

Transkript zum Videomitschnitt

Versorgung im ambulanten/ vertragsärztlichen Bereich bei Long- und Post-COVID, Post-Vac und ME/CFS

Dr. Claudia Schwenzer MBA (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Dr. med. Prosper Rodewyk (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Dr. Claudia Schwenzer:

Wir beide haben uns ein bisschen aufgeteilt. Ich übernehme mehr den theoretischen Part und versuche auch den Zuhörenden die Rahmenbedingungen, in denen die Vertragsärzte arbeiten, ein bisschen näher zu bringen. Wie bekommen wir eigentlich unsere Daten, auch zum Beispiel für ganz Deutschland, zu den Erkrankungen und zu den Diagnosen? Und ich gehe einfach mal in medias res und wenn wir mit der nächsten Folie weitermachen könnten. Hier sehen wir für Westfalen-Lippe die Anzahl der versorgenden Haus- und Kinderärzte, 5600 in 3200 Praxen und diese versorgen pro Jahr circa 7,1 Millionen Patienten. Unsere 11.600 niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten versorgen in 7700 Praxen 8 Millionen Patienten im Jahr. Dies bezieht sich jetzt auf Westfalen-Lippe. Wir haben in Nordrhein-Westfalen als einziges Bundesland wegen der Größe und der erheblichen Einwohneranzahl 2 KVen. Die KV Nordrhein ist ganz ähnlich aufgestellt wie wir. Sie können diese Zahlen, die ich Ihnen liefere und vielleicht auch gleich die Zahlen zu den Diagnosen gerne plus 20 Prozent rechnen. Dann haben Sie so ungefähr die Zahlen, wie sie für Nordrhein-Westfalen gelten, sodass ich jetzt weiterhin von Westfalen-Lippe sprechen werde, aber Sie könnten das dann eben für sich auch extrapolieren.

Ja, wir haben jetzt hier mal aus unserem Data Warehouse eine Kurve, die den Verlaufszeit für Post-COVID-Zustände, die in den Praxen diagnostiziert wurden in Westfalen-Lippe. Die Zahlen gelangen zu uns über die quartalsmäßigen Abrechnungen der Vertragsarztpraxen. Wir füttern unser Data Warehouse damit und können dann mit diesen Zahlen auch arbeiten. Mit den Daten können zum Beispiel hier diese Darstellung machen für die Diagnosen, die im Diagnoseschlüssel vorhanden sind. Vielleicht nur, ich möchte gar nicht so im Einzelnen jetzt die Kurven besprechen, aber zeigen, dass wir durchschnittlich im Quartal in Westfalen-Lippe 22.200 Patienten in den Praxen mit dieser Diagnose behandeln. Wenn wir auf die nächste Folie gehen, dann sehen wir hier eine Folie und das ist noch ein Hinweis, wie wir weiter unsere Daten auch in die gesamtdeutsche Erfassung geben. Die Daten gehen aus den einzelnen Länder-KVen nach Berlin und werden da von unserem wissenschaftlichen Institut weiterverwertet. Das ist das ZI, das Zentralinstitut, kommen dann bearbeitet wieder zu uns in die Häuser und wir können Aussagen machen, dies ist jetzt auch wieder zu Post-COVID. An dieser, will ich nur ganz kurz sagen, Folie sehen wir jetzt zum Beispiel, dass in dem zweiten Quartal von 2024 auffällig ist, dass circa ein Drittel der Betroffenen keine dokumentierte Infektion

haben. Das bedeutet für die Richtlinie: Diese Diagnosen, die hier zustande gekommen sind, immerhin bei 37 Prozent der Patienten, sind vor allen Dingen auch Diagnosen, die aus Anamnese und Ausschlussdiagnostik erstellt wurden. Bei der nächsten Folie, die wir zeigen können, das ist, glaube ich, bekannt, der Altersverlauf, die Alterskurve der Betroffenen. Und hier sehen wir nochmal sehr eindeutig, dass Frauen deutlich häufiger betroffen sind. In der nächsten Folie, die ich auch nur exemplarisch zeige, um darzustellen, was können wir mit unseren Daten tun, was machen wir, sehen wir, dass eben die drei häufigsten Symptome bei dieser Diagnose Post-COVID nach wie vor Erschöpfung, Ermüdung, Schlafstörung und Kurzatmigkeit sind. Die nächste Folie können wir gerne überspringen und würden nochmal, danke, würden uns jetzt ansehen, wie sehen unerwünschte Nebenwirkungen aus. Das wären also jetzt, wenn Sie den Verlauf anschauen und sich das Quartal anschauen, das durchschnittliche in 2024, dann haben wir in Westfalen-Lippe 610 Betroffene in den Praxen diagnostiziert mit Post-Vac. Die letzte der Kurven, dann quäle ich Sie nicht mehr mit irgendwelchen Daten oder Kurven. Wie gesagt, das soll Ihnen einfach nur veranschaulichen, welche Daten wir erheben. Die letzte Kurve zeigt, das chronische Fatigue-Syndrom nach B93.3 diagnostiziert. Und hier sehen wir auch schon in den Jahren vor der Corona-Infektion, vor der Pandemie, einen stetigen Anstieg dieser Zahlen.

Gut, und jetzt, was machen wir mit unseren Informationen? Wie informieren wir unsere niedergelassenen Mitglieder und Fach- und Hausärzte? Wir haben verschiedene Medien, über die wir informieren. Das eine ist ein Fachmagazin für unsere Mitglieder, das wir seit wenigen Monaten auf dem elektronischen Weg verbreiten. Früher kam das mit der Post und das neueste, die neueste KVWL-Kompakt-Ausgabe beschäftigt sich mit Therapieansätzen beim Post-COVID-Syndrom. Und da ist insbesondere auch der Therapie-Kompass erläutert und therapeutische Möglichkeiten sind da aufgezeigt für die Kollegen in einem Übersichtsartikel. Wir haben ganz zu Beginn der Post-COVID-Problematik ja auf die S1-Linie alle zurückgreifen können und haben diese Leitlinie bei uns im Internet verbreitet, haben auch in anderen Medien darauf hingewiesen, dass die Leitlinie dort eins zu eins zu lesen ist, und haben aber gleichzeitig das Wesentliche für die niedergelassenen Kollegen aus der Leitlinie herausgezogen, nämlich ambulante Behandlungspfade aufgezeigt in einer Übersicht. Wir hatten zum Beispiel Veranstaltungen hier in der KV „Bürger fragen – Experten antworten“ zu dem Thema. Und als nächstes kam dann die Richtlinie, in deren Entwurf auch beide KVen, die Vorstände beider KVen in NRW vertreten waren in Berlin beim Ausschuss. Und die Richtlinie, als sie dann verabschiedet wurde, haben wir dann aufbereitet für unsere Mitglieder, indem wir einen sehr umfangreichen Foliensatz erstellt haben, mehr als 50 Seiten. Und dieser Foliensatz dient dazu, dass in den Qualitätszirkeln, die stattfinden in den Regionen der KVWL, dass in den Qualitätszirkeln dazu diese Folien bearbeitet werden können und das Wissen, die Folien leben, das heißt, die werden jeweils an den neuesten Stand der Wissenschaft und der Informationen, die

zugänglich sind, angepasst. Und wir haben uns bei diesen Folien auch zusammengesetzt mit Vertretern der Selbsthilfe, ME/CFS, Long Covid NRW und Long COVID Deutschland, sind mit denen die Folien durchgegangen, haben sehr wertvolle Hinweise bekommen, wie wir die Folien noch verbessern und anpassen können, hatten uns mit den betroffenen Vertretern auch schon zuvor mehrmals zusammengesetzt und wollen das auch weiterhin so tun. Zur nächsten Folie, einfach nur, um zu zeigen, wie es ist, die sind die ambulanten Behandlungspfade, die wir den Niedergelassenen zur Verfügung gestellt haben, die im Internet immer noch abzurufen sind, das ist eine Aktion ganz zu Beginn.

In der nächsten Folie sehen Sie das Titelbild unserer ausführlichen Sammlung für die Qualitätszirkel, aber auch jeder interessierte Kollege kann sich das angucken, bei uns auf der Internetseite und hier vielleicht nur ein paar Auszüge. Es geht wirklich nicht inhaltlich jetzt darum, dass Sie verstehen, was da steht. Ich glaube, es sind sowieso alles Experten hier in der Runde. Ich möchte Ihnen einfach nur zeigen, mit welchen Medien und Mitteln wir die Kollegen beraten und wie wir die informieren. Und wenn Sie dann die nächste Folie zeigen, durchaus auch selbstkritisch, wie Sie auf dieser Folie sehen, in den Qualitätszirkeln wird die sicherlich zu Diskussionen führen. Auf der nächsten Folie sehen Sie ein Beispiel, wie gesagt, das sind Beispiele aus den 52 Folien, wie den niedergelassenen Kollegen auch noch mal PEM nähergebracht wird im Rahmen von ME/CFS. Dann zeigen wir zum Beispiel ein Flussdiagramm, wie es für die Patientenfragebögen aussieht, um eben den funktionalen Status des Patienten zu erfassen, auch für die Anamnese und für die Einordnung. Die Basisdiagnostik auf der nächsten Folie wird auch noch auf vielen anderen Folien in der Zusammenstellung weiter aufgegliedert. Hier geht es um die Basisdiagnostik ME/CFS. Auch hier finden die Kollegen Vorgehensweisen und Empfehlungen. Und zu guter Letzt noch die Diagnose-Kriterien, die kanadischen Konsensuskriterien und IOM haben wir hier aufgeführt noch mal zur Übersicht. Und dann daraus noch potenzielle Behandlungsmöglichkeiten und ihre Evidenz, die wir sicherlich auch noch mal anpassen werden. Und einen Behandlungsplan, so wie er in der Richtlinie vorgesehen ist, als vielleicht letzter Hinweis und Auszug aus dieser umfangreichen Foliensammlung. Da können sich die niedergelassenen Hausärzte, wenn sie gerade, genau, Dankeschön, die niedergelassenen Haus- und Fachärzte auch hieran sozusagen entlanghangeln, um nichts zu vergessen, aber auch um zum Beispiel einen Behandlungsplan umfassend aufzustellen.

Und mit diesem Ritt durch die Theorie oder durch unsere Möglichkeiten der KV vielleicht noch ein Hinweis darauf: In der Kassenärztlichen Vereinigung agieren wir zusammen mit den Mitgliedern, mit den Vertragsärzten in den sehr engen Leitplanken des Sozialgesetzbuches 5. Das erklärt auch vielleicht einiges, auch an Fragen, die hier schon, die ich so nebenbei mit einem Auge auch im Chat gesehen habe. Ich gebe jetzt weiter an Herrn Dr. Rodewyk.

Andrea Blome: [00:12:30]

Frau Schwenger, vielleicht kurz eine Zwischenfrage, damit wir das direkt klären. Es gab die Frage, was bedeutet dokumentierte Corona-Infektion und was ist mit denen, die nicht kassenärztlich versorgt sind? Da gibt es natürlich auch viele Menschen. Ist das eine Dunkelziffer oder wie werden die erfasst?

Dr. Claudia Schwenger:

Lassen Sie mich den ersten Teil der Frage, das bedeutet, positive PCR-Tests, die festgehalten sind. Das kam ja von Ihnen schon mal, habe ich gesehen im Chat, diese Anmerkung auch zu den positiven PCR-Tests und in einem Vortrag. Und die haben wir ja, das beobachten wir ja seit längerer Zeit. Es gibt ja immer weniger tatsächlich PCR-Tests, die durchgeführt werden. Das resultiert dann natürlich auch, dieses Ergebnis, dass mehr als ein Drittel auch gar keinen positiven Test nachweisen und trotzdem eben als Betroffene mit dieser Diagnose aus der Praxis gehen. Und dann habe ich die Frage, weiß ich nicht, habe ich die richtig verstanden, Sie meinen Nicht-Versicherte?

Andrea Blome:

Genau. Ja, oder Nicht-Gesetzlich-Versicherte, weil Ihre Daten beziehen sich ja auf die gesetzlich Versicherten, oder?

Dr. Claudia Schwenger:

Ja, das sind die, genau, das sind die Abrechnungsdaten, also da sind jetzt die Privatversicherten nicht dabei, weil die als Abrechnungsdaten nicht zu uns in die KV gelangen.

Andrea Blome:

Okay. Gut, dann würde ich sagen, Herr Dr. Rodewyk, dann sind Sie dran.

Dr. Prosper Rodewyk:

Ja, also nachdem 2023 der gemeinsame Bundesausschuss auf Auftrag von Herrn Lauterbach sich überhaupt erst mal Gedanken gemacht hat, was ist Post-Vac, was ist Post-COVID, dort hat man festgestellt, jetzt wissen wir, was es ist, aber wie behandeln wir es? Das war nicht so ganz einfach und hat festgestellt, dass es ja eigentlich gar keine zugelassenen Arzneimittel gibt. Und wann immer ich Arzneimittel benutze, die nicht eine Zulassung für eine bestimmte Erkrankung haben, dann komme ich in den Off-Label-Use. Und das ist etwas, wo wir juristisch ein ganz großes Problem haben. Das ist einmal die Frage, wenn irgendwelche Nebenwirkungen auftreten. Und die andere Frage ist, dass die Krankenkassen quasi uns Ärzten sagen: Das dürft ihr jetzt bezahlen, das ist außerhalb der Zulassung. Und da hat man dann gesagt: Jetzt müssen wir gucken, wie können wir das Problem lösen und hat eine Arbeitsgruppe geschaffen, hochkarätig besetzt, die ich begleiten darf für den gemeinsamen Bundesausschuss, die sich Gedanken machen sollten: Was kann man machen? Was gibt es für Daten weltweit zur Therapie der Long-

COVID- oder der Post-Vac-Situation und deren Probleme? Und diese Arbeitsgruppe hat als erstes mal gesagt: Im Moment gibt es ja kaum noch was. Wir gucken jetzt erst einmal, welche Arzneimittel können wir denn in einer ersten Whitelist benutzen, die wir quasi bei den entsprechenden Symptomen einsetzen können. Wir haben die Tachykardie-Symptome, wir haben die Depression, wir haben die Schlafstörung. Wir haben also eine Vielzahl von Symptomen, für die wir auch Arzneimittel haben, die wir allgemein einsetzen können. Und da gibt es, die Liste ist im letzten Herbst veröffentlicht worden, als Hinweis für die Behandler. Hier kannst du Arzneimittel einsetzen, die jetzt die Symptome der Patienten durchaus verbessern können.

Das Zweite ist, wir haben jetzt weltweit über 16.000 Studien analysiert. Da gibt es ein Institut, was das macht und die haben also rausgesucht, was es da an Daten gibt zur Behandlung von Post-COVID. Und bei 16.000 Studien sind genau vier herausgekommen, die wirklich ganz gute Ergebnisse zeigen. Dummerweise mit einem Arzneimittel, was es in Deutschland gar nicht zurzeit im Handel befindet. Das ist ein Antidepressivum. Da gibt es relativ gute Daten dazu. Und da gibt es aber, das Problem ist, dass im Moment dieses Medikament in Deutschland nicht vorhanden ist. Das andere, was wir gefunden haben, sind Studien mit 18, 15 Patienten. Das sind noch keine Daten, wo man sagen kann, also normalerweise Off-Label bedeutet, das Zulassen des Off-Labels. Da müssen wirklich gute, valide Daten da sein, dass man dann sagen kann, wir lassen das zu. Also da wird zurzeit noch gewartet. Es stehen noch viele Sachen aus. Wir haben noch keine Daten zu, sind dabei anzugucken, was ist auch mit, mit der hyperbaren Sauerstofftherapie. Was ist mit, mit Blutwäschetherapien, die es da gibt. Aber da gibt es noch keine veröffentlichten Daten zu, sodass wir dazu einfach noch nichts sagen können.

Jetzt sehe ich, dass ganz viele ganz fürchterlich unzufrieden sind mit der Situation in Deutschland. Ich war im Oktober auf einem Kongress, da waren 300 Leute aus 30 Ländern, die sich mit Post-COVID und Post-Vac beschäftigen, und kann sagen: Wir sind da nicht alleine. Das ist in anderen Ländern genauso. Die haben die gleichen Probleme. Und David Strain ist ein Engländer, der so führend in England sich mit Post-COVID beschäftigt. Und mit dem konnte ich sprechen. Und der hat eine Riesenambulanz mit 400 Post-COVID-Patienten. Er sagte, nach seiner Erfahrung geht ungefähr ein Drittel der Patienten, die er behandelt hat, pro Jahr wieder aus, aus seiner Behandlung raus, weil es ihnen besser geht. Und bei einer großen Anzahl von Patienten, das, inzwischen sehe ich es auch bei meinen Post-COVID-Patienten. Ich habe bei Weitem nicht so viele, nur ganz paar aus meiner Praxis. Es gibt durchaus Verbesserungen in absehbarer Zeit, dass Patienten nach anderthalb, zwei Jahren plötzlich wieder leistungsfähig werden und wieder arbeiten können. Aber es gibt auch in unseren Praxen große Probleme. Ich habe vorhin gesehen, Deutsche Rentenversicherung war dabei. Wenn wir Patienten mit Post-COVID, ich habe eine Briefträgerin mit Post-COVID und die ist dann nach langer Zeit in eine Reha-Klinik gekommen, in eine Lungenfachklinik. Und die hat man dann gesagt, ja, bist ja

eigentlich ganz fit und bist ja Briefträgerin, du nimmst jetzt die Stöcke und gehst mit den anderen Patienten in den Wald. Nach 50 Metern setzte die sich hin und konnte nicht mehr. Das war die falsche Klinik für diese Patientin. Also wir müssen sicherlich gucken und aufpassen, dass wir, also man hat ihr dann vorgeworfen, sie will nicht und sie wollte nicht und so weiter. Sie konnte einfach nicht und die haben das nicht verstanden. Man muss sicherlich gucken, dass man die Patienten auf die richtigen Wege bringt. Aber das können nicht nur wir, sondern wir können sagen, du brauchst eine Reha. Wie konnten denn, wie kann ich sicherstellen, dass auch die Deutsche Rentenversicherung diese Patienten an die Stelle schickt, wo sie wirklich gut versorgt werden können. Das ist ein kleines Problem, was ich schildern konnte.