

Mitteilung – zur Kenntnisnahme –

Einrichtung von Long/Post-COVID/Post-Vac-Ambulanzen in Berlin
Drucksachen 19/1173, 19/1260 und 19/1460 – Schlussbericht

Der Senat von Berlin
WGP - I F 15 -
Tel.: 9028 (928) 1275

An das

Abgeordnetenhaus von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

Mitteilung

- zur Kenntnisnahme -

über Einrichtung von Long/Post-COVID/Post-Vac-Ambulanzen in Berlin

- Drucksachen Nrn. 19/1173, 19/1260 und 19/1460 -

- Schlussbericht -

Der Senat legt nachstehende Mitteilung dem Abgeordnetenhaus zur Besprechung vor:

Das Abgeordnetenhaus hat in seiner Sitzung am 16.11.2023 Folgendes beschlossen:

„Der Senat wird aufgefordert, ein Konzept für die Einrichtung einer Koordinierungsstelle für eine systematische Datensammlung von Long/Post-COVID/Post-Vac-Patientinnen und Patienten zu entwickeln. Zudem wird der Senat aufgefordert, ein Konzept zum berlinweiten Aufbau interdisziplinärer, wohnortnaher und niederschwelliger Long/Post-COVID/Post-Vac- Ambulanzen zu entwickeln, deren Vernetzung durch die mit der Datensammlung beauftragten Stelle koordiniert werden soll. Dabei ist sicherzustellen, dass in den Behandlungspfaden die Arbeit der Ambulanzen mit der Arbeit, die auf haus- und fachärztlicher Ebene im Bereich der Diagnostik und Therapie stattfindet, verknüpft wird. Zudem ist zu prüfen:

- ob und wie diese interdisziplinären Ambulanzen an die Krankenhäuser anzudocken sind,
- wie das Long-COVID-Netzwerk der KV Berlin eingebunden werden kann,
- wie die Telemedizin für die Patientenlotsenfunktion und für die therapeutische Arbeit gestärkt werden kann,

- wie insbesondere für Kinder und Schwerstbetroffene Telemedizin und Hausbesuche in die Behandlungspfade integriert werden können,
- ob die im Long/Post-COVID-Netzwerk der Charité bestehenden Anlaufstellen gebündelt und um ein Angebot an erweiterter Diagnostik und Therapiesteuerung ergänzt werden können.

Dem Abgeordnetenhaus ist bis zum 31. März 2024 zu berichten.“

Es wird gebeten, mit nachfolgendem Bericht den Beschluss als erledigt anzusehen.

Hierzu wird berichtet:

I. Einleitung

„Post-COVID“, das eine länger andauernde oder wieder auftretende Form von „Long COVID“ darstellt, ist eine in der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ICD-10-GM gelistete Krankheit (ICD-Code U09.9!: „Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ und U10.9: „Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet“), für die es nach der S-1-Leitlinie Long-/Post-Covid der AWMF (Version 3.0 v. 05.03.2023) bislang keine kurative Behandlung gibt.

Auf seiner Website führt das RKI zur Definition der vorgenannten Begriffe Long- / Post-COVID folgendes aus (letzter Abruf am 25.03.2024):

"Long COVID" bezeichnet längerfristige, gesundheitliche Beeinträchtigungen im Anschluss an eine SARS-CoV-2-Infektion, die über die akute Krankheitsphase von vier Wochen hinaus vorliegen (siehe S1-Leitlinie Long/ Post-COVID, abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-027>). Die Beschwerden beginnen entweder bereits in der akuten Erkrankungsphase und bleiben längerfristig bestehen, oder treten im Verlauf von Wochen und Monaten nach der Infektion neu oder wiederkehrend auf. Vom "Post-COVID-Zustand" oder "Post-COVID-Syndrom" (siehe vorläufige Falldefinition der WHO, abrufbar unter: <https://iris.who.int/handle/10665/345824>) spricht man, wenn Beschwerden mindestens 12 Wochen und länger nach der akuten Infektion entweder noch vorhanden sind oder nach diesem Zeitraum neu auftreten und nicht anderweitig erklärt werden können. Im Folgenden wird der Begriff "Long COVID" verwendet, um gesundheitliche Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2-Infektion zu bezeichnen, da somit der gesamte Zeitraum jenseits der akuten Krankheitsphase abdeckt wird. Sind explizit gesundheitliche Beschwerden gemeint, die sich über mehr als 12 Wochen ausdehnen, dann wird der Begriff "Post-COVID-19-Zustand" verwendet“.

Die Prävalenz für das Auftreten einer Long-COVID-Krankheit ist nach Einschätzung des RKI (Epidemiologisches Bulletin 44/2022), u.a. von der Variante des SARS-CoV-2-Virus, Alter,

Grunderkrankung sowie Schwere der COVID-19-Krankheit und möglicherweise auch Impfstatus abhängig und kann daher nicht sicher eingeschätzt werden.

Da die Symptome, die unter Long-/Post-COVID auftreten, nicht immer eindeutig auf eine vorangegangene SARS-CoV-2-Infektion zurückgeführt werden können und inzwischen von einer hohen Dunkelziffer nicht diagnostizierter SARS-CoV-2-Infektionen ausgegangen werden muss, kann keine belastbare Aussage zur Verbreitung von Long-/Post-COVID in der (Berliner) Bevölkerung getroffen werden.

Das RKI stellt zur Symptomatik von Long-COVID fest, dass „Personen mit Long COVID über sehr unterschiedliche körperliche und psychische Symptome berichten. Diese können sowohl einzeln als auch in Kombination auftreten und von sehr unterschiedlicher Dauer sein. Bislang lässt sich daher kein einheitliches Krankheitsbild abgrenzen.“

Das sogenannte „Post Vac-Syndrom“ stellt laut Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hingegen keine medizinisch definierte Bezeichnung einer Erkrankung dar und unterliegt keiner eindeutigen Falldefinition für die Meldung eines Verdachtsfalls einer Nebenwirkung eines Impfstoffprodukts (Stellungnahme des Paul-Ehrlich-Instituts zum Thema „Post-Vac-Syndrom“ nach COVID-19-Impfung (Stand 19.05.2023)). Das sog. „Post Vac-Syndrom“ ist ebenfalls keine im ICD-10-GM gelistete Diagnose sondern bezeichnet Symptome, die mit einer vorangegangenen Impfung gegen SARS-CoV-2 im Sinne von Impf-Nebenwirkungen in Zusammenhang gebracht werden und teilweise denen ähneln, die unter Long-/Post-COVID auftreten. Beim BfArM ist im ICD-10-GM mit dem Code „U12.9! Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet“ eine Diagnose gelistet, die mögliche Impf-Nebenwirkungen in Zusammenhang mit einer Impfung gegen SARS-CoV-2 berücksichtigt.

Zum 19.05.2023 hat das RKI bundesweit „insgesamt 1.547 Meldungen über Verdachtsfälle von Nebenwirkungen in unterschiedlichem zeitlichen Abstand nach COVID-19-Impfung, die als Long-/Post-COVID-ähnlich, chronisches Erschöpfungssyndrom (Chronic Fatigue Syndrome/Myalgische Enzephalomyelitis, CFS/ME), posturales Tachykardiesyndrom (POTS), einschließlich der Beschwerden, die als Post-exertional Malaise (PEM, Unwohlsein nach Belastung) bezeichnet werden, oder Beschwerden, die als "Post-Vac" bezeichnet werden“, erhalten ([Positionen des Paul-Ehrlich-Instituts - Stellungnahme des Paul-Ehrlich-Instituts zum Thema "Post-Vac-Syndrom" nach COVID-19-Impfung - Paul-Ehrlich-Institut \(pei.de\)](#), letzter Abruf am 25.03.2024). Bundesweit wurden bislang 180.736.158 Impfdosen gegen SARS-CoV-2 verabreicht (Stand 18.03.2024). Auf das Land Berlin (Stand: 18.03.2024) entfallen rund 8,9 Mio gegen SARS-CoV-2 verabreichte Impfdosen. Beim Landesamt für Gesundheit und Soziales wurden mit Stichtag 26.03.2024 insgesamt 511 Anträge auf Impfschadensersatz nach einer Impfung gegen SARS-CoV-2 gestellt, von denen 23 bewilligt wurden.

II. Ambulante medizinische Versorgung von Menschen mit Long-/Post-COVID und Post-Vac

Die Krankenbehandlung der gesetzlich Versicherten einschließlich derer mit Long-/Post-Covid und „Post-Vac“ ist Aufgabe der Krankenkassen (siehe § 27 SGB V) und wird durch die zugelassenen Leistungserbringer zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht, vgl. § 2 Abs. 1 SGB V. Entsprechendes gilt für die Rehabilitation als Leistung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Eingliederungshilfe und den für diese Leistungen zugelassenen Leistungserbringer. Daher hat das Land Berlin insoweit keine Aufgabe zu erfüllen, sodass eine Veranschlagung und/oder Verausgabung von Mitteln aus dem Landeshaushalt hierfür nicht in Betracht kommt (§ 6 LHO).

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante vertragsärztliche Versorgung nach § 75 Abs. 1 SGB V liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV Berlin). Das Land übt lediglich eine Rechts-, aber keine Fachaufsicht über die KV Berlin aus. Auch die Hochschulambulanzen der Charité - Universitätsmedizin Berlin sowie stationäre und ambulante Einrichtungen der Rehabilitation sind als zugelassene Leistungserbringer in die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten involviert, die von Long-/Post-COVID betroffen sind oder Long-COVID-ähnliche Symptome nach einer Impfung zur Prophylaxe einer COVID-19-Erkrankung aufweisen. Eine organisatorische Andockung von Post-COVID-Ambulanzen existiert bereits beispielhaft an den Institutsambulanzen des Post-COVID-Netzwerks der Charité. Verschiedene Fachrichtungen bilden das Post-COVID-Netzwerk der Charité, die, je nach Symptomen und individuellen Bedürfnissen, eine gezielte Überweisung von Patientinnen und Patienten ermöglichen. Es handelt sich um Ambulanzen an verschiedenen Kliniken und Instituten: Schmerz- und Palliativmedizin, Charité Fatigue Centrum, Medizinische Klinik für Kardiologie, Hochschulambulanz für Kardiologie, Neurologie, Physikalische Medizin, Psychosomatik, Post Intensive Care Syndrom (PICS) Ambulanz, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Infektiologie und Pneumologie sowie die Rhinologische Sprechstunde. Die Hochschulambulanzen der Charité erbringen ambulante Leistungen der Krankenbehandlung nach Maßgabe des § 117 SGB V.

Als das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V rechtsverbindlich den Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten fest. In der vom G-BA beschlossenen Erstfassung der Richtlinie nach § 92 Abs. 6c SGB V über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen (Long-COVID-Richtlinie), werden erstmals Anforderungen an die Versorgung der Patientinnen und Patienten definiert und sogenannte Versorgungspfade beschrieben. Grundsätzlich werden Behandlungspfade nicht von Landesbehörden, sondern von der Selbstverwaltung erarbeitet. In der Regel ist der G-BA nach § 91 SGB V hierfür zuständig.

§ 2 der Long-COVID-Richtlinie ist zu entnehmen, dass, neben Menschen mit Long-COVID, auch Menschen mit Post-COVID Teil der definierten Patientengruppe sind, denn es werden „auch Folgen einer akuten SARS-CoV-2-Infektion gezählt, die als Post-COVID bezeichnet werden und länger als 12 Wochen (bei Kindern und Jugendlichen nach acht Wochen) nach Infektion andauern oder neu auftreten.“. Ebenso werden in § 2 von der Long-COVID-Richtlinie Patientinnen und Patienten erfasst, „die nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe einer COVID-19-Erkrankung Long-COVID-ähnliche Symptome aufweisen.“. Insofern umfasst die Long-COVID-Richtlinie des G-BA die Versorgung aller Patientinnen und Patienten, die Bestandteil des Beschlusses des Abgeordnetenhauses zur Einrichtung von entsprechenden Ambulanzen in Berlin sind.

Die Long-COVID-Richtlinie sieht eine gestufte ambulante Versorgung für Patientinnen und Patienten mit Long-/Post-COVID vor, entsprechend den aktuellen Leitlinien-Empfehlungen im Rahmen der etablierten Versorgungsstrukturen. Ausdrücklich umfasst die vorgelegte Richtlinie auch Verdachtsfälle von Post-COVID und alle Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen - also auch Symptomkonstellationen im Zusammenhang mit möglichen Impfnebenwirkungen und Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS).

Erste Ansprechperson für die Patientinnen und Patienten ist laut Long-COVID-Richtlinie in der Regel der Hausarzt bzw. die Hausärztin oder der Kinder- und Jugendarzt bzw. die Kinder- und Jugendärztin. Der G-BA bezeichnet dies als Kernelement dieser Versorgung, weil der Gesundheitszustand der Patientin bzw. des Patienten systematisch erfasst wird und der Verdacht abgeklärt wird, ob Long-/Post-COVID vorliegt. In der Long-COVID-Richtlinie wird dies als „Basis-Assessment“ bezeichnet (§ 5 Absatz 1 Nummer 1 Buchstaben a bis d Long-COVID-Richtlinie), welches in besonderen Fällen auch durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen kann. Der Hausarzt bzw. die Hausärztin soll dann die weiteren Schritte mit Fachärztinnen bzw. Fachärzten koordinieren. Fachärztinnen bzw. Fachärzte unterstützen die hausärztliche Versorgungsebene im Zusammenhang mit der differenzialdiagnostischen Abklärung des Verdachts auf Long-/Post-COVID und übernehmen bedarfsgerecht die weitere Diagnostik und Therapie und können unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls Koordinationsaufgaben wahrnehmen. Reicht die Versorgung in der haus- und fachärztlichen Ebene nicht aus, insbesondere aufgrund der Komplexität und Schwere des Erkrankungsbildes, kann die Versorgung von Patientinnen und Patienten in der spezialisierten, ambulanten Versorgung erfolgen. Bei besonders spezialisierten, ambulanten Einrichtungen handelt es sich zunächst um Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V. Darüber hinaus kann die Versorgung auf der Ebene einer spezialisierten ambulanten Versorgung etwa durch Kompetenzzentren und Spezialambulanzen sowie Zusammenschlüsse ermächtigter Fachärztinnen und Fachärzte oder Einrichtungen erfolgen.

Wesentliche Elemente der Versorgung der Patientinnen und Patienten sind die zentrale Koordination (in der Regel durch den Hausarzt/die Hausärztin) und ein Behandlungsplan. Die Erstellung eines Behandlungsplanes soll die Koordinierung durch eine konkrete Planung unterstützen und Patientinnen und Patienten eine verlässliche, orientierende Grundlage bieten. Zusätzlich wird der gegenseitige Austausch durch Fallbesprechungen gefördert. In Abwesenheit kurativer Therapieoptionen dient die Behandlung der Verbesserung des Krankheitsverlaufs, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, wie zum Beispiel durch Linderung von Symptomen und Abwendung einer Verschlechterung des Verlaufs unter Beachtung der Post-Exertionellen Malaise (PEM)¹.

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird in der Long-COVID-Richtlinie ebenfalls beachtet. Bei der hausärztlichen Versorgung ist im Falle von Kindern und Jugendlichen die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint (§ 5 der Long-COVID-Richtlinie). Bei der Diagnostik und Behandlung in der fachärztlichen Versorgung gilt es insbesondere bei Kindern und Jugendlichen auch weiterführende Informationen, beispielsweise zum Sozial- oder Schulleben, zu berücksichtigen (§ 6 der Long-COVID-Richtlinie). Zu den Aufgaben der spezialisierten ambulanten Versorgung zählt, die besonderen Erfordernisse an die Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher gesondert zu beachten (§ 7 der Long-COVID-Richtlinie). Weiterhin sind auch Hausbesuche bei der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung in der Long-COVID-Richtlinie vorgesehen und damit in die Versorgungspfade integriert.

Die Nutzung telemedizinischer Verfahren ist ein Ziel der Long-COVID-Richtlinie des G-BA und wird u.a. in § 1 Abs. 3 Nr. 1 der Long-COVID-Richtlinie explizit aufgeführt. Bei der Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen, der fachärztlichen sowie der spezialisierten ambulanten Versorgung ist eine telemedizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten vorgesehen. Im Rahmen der fachärztlichen Versorgung ist bspw. zu § 6 Abs. 1 Nr. 6 der Long-COVID-Richtlinie in den tragenden Gründen zum Beschluss festgehalten: „Eine telemedizinische Betreuung kann für bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung gemäß § 2 wichtig sein, sowohl im Hinblick auf eingeschränkte Mobilität als auch in Bezug auf eine vereinfachte Nutzung bestehender Versorgungsmöglichkeiten. Entsprechend kann sie im Bedarfsfall unter Berücksichtigung der geltenden Vorgaben zur Fernbehandlung, insbesondere gemäß Anlage 31b BMV-Ä, und insofern die Versorgung (teilweise) in Form von Fernbehandlungen erbracht werden kann, erfolgen.“. Einzelheiten zu den telemedizinischen Verfahren werden im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband geregelt (siehe hierzu u.a. Anlage 31 zum BMV-Ä -

¹ Post-Exertionelle Malaise (kurz: PEM) bedeutet die Verschlechterung der Symptomatik nach geringfügiger körperlicher und/oder geistiger Anstrengung. PEM tritt unmittelbar nach einer ausgeführten Aktivität oder mit einer Latenz von ca. 12 bis 48 Stunden danach auf und kann für mehrere Tage oder Wochen anhalten oder zu einer dauerhaften Zustandsverschlechterung führen.

Telemedizinische Leistungen; Anlage 31a zum BMV-Ä - Vereinbarung Telekonsil; Anlage 31b zum BMV-Ä - Videosprechstunde; Anlage 32 zum BMV-Ä - Telematikinfrastuktur; Anlage 34 zum BMV-Ä - Digitale Gesundheitsanwendungen).

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat nach § 91a SGB V die Rechtsaufsicht über den G-BA. Mit Schreiben des BMG vom 11.04.2024 wurde die Long-COVID-Richtlinie nicht beanstandet. Nach Nichtbeanstandung durch das BMG tritt die Richtlinie am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Sofern und soweit die Long-COVID-Richtlinie hierzu Anlass gibt, hat der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 SGB V nach § 87 Abs. 5b Satz 1 und 2 SGB V sechs Monate Zeit, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) anzupassen und die Vergütung zu regeln.

III. Ambulante Versorgungsstrukturen im Land Berlin

Das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V, welches nach § 90a Abs. 1 SGB V u.a. Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgungsfragen und Fragen der ambulanten Bedarfsplanung abgeben kann, tagte am 6. März 2024. In dieser Sitzung wurde erstmals darüber beraten, wie die Versorgung von Long-/Post-Betroffenen in Berlin eingeschätzt wird und ob es insoweit strukturelle Anpassungsbedarfe gibt. Grundlage der Beratungen war auch die Richtlinie des G-BA vom 21. Dezember 2023 über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen (Long-COVID-Richtlinie).

Das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V am 6. März 2024 wird durch die für Gesundheit zuständige Senatorin geleitet. Es setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung, der KV Berlin, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft, der Ärztekammer Berlin, der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Berlin (Psychotherapeutenkammer Berlin), sachkundige Personen, die von den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen benannt werden, der oder der Landesärztin für Psychiatrie sowie die oder der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung zusammen. Stimmberechtigt sind nach § 4 des Gesetzes zur Errichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Vertreterinnen oder Vertreter der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Berlin, der KV Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft, der Ärztekammer Berlin sowie der Psychotherapeutenkammer Berlin.

Der Zugang zur Versorgung von Long-/Post-COVID-Betroffenen in Berlin erfolgt in der Regel zunächst durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt zur Abklärung des Verdachts auf das Vorliegen von Long-/Post-COVID bzw. von Patientinnen und Patienten, die

nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe einer COVID-19-Erkrankung Long-COVID-ähnliche Symptome aufweisen. Der Hausärztin bzw. dem Hausarzt obliegt es, aufgrund der individuellen Ausprägung der Symptome, die Patientin bzw. den Patienten zu behandeln, an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt zu überweisen oder in Koordination mit Fachärztinnen bzw. Fachärzten die Behandlung wahrzunehmen. Die Steuerung der Patientinnen und Patienten, in der Regel durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin, ist auch Bestandteil der Long-COVID-Richtlinie des G-BA. Für die Behandlung dieser komplexen Krankheitsbilder steht in Berlin u.a. das Long-COVID-Netzwerk der KV Berlin zur Verfügung, welches im Moment aus rund 70 Praxen verschiedener Fachrichtungen besteht. Der Zugang zu dem Long-COVID-Netzwerk erfolgt normalerweise über die Hausärztinnen bzw. die Hausärzte, die ihre Patientinnen und Patienten an Fachärztinnen bzw. Fachärzte oder Psychologinnen bzw. Psychologen überweisen. In besonders schwierigen und komplexen Fällen kann auch eine Versorgung auf der Ebene der spezialisierten ambulanten Versorgung, die durch Hochschulambulanzen im Sinne von § 117 SGB V erfolgt, angezeigt sein. Eine Überweisung an das Post-COVID-Netzwerk der Charité ist deshalb ebenfalls möglich. Ziel der aktuellen Versorgungsstruktur ist es, die Patientinnen und Patienten insbesondere durch Hausärztinnen bzw. Hausärzte in die richtige Versorgungsebene einzusteuern und durch die zugelassenen Leistungserbringer adäquat zu behandeln.

In der Sitzung des gemeinsamen Landesgremiums am 06.03.2024 wurde zu diesem Aspekt kein Beschluss gefasst. Hieraus wird gefolgert, dass weder für die Krankenkassen noch für die zugelassenen Leistungserbringer ein Bedarf an zusätzlichen Strukturen für die Versorgung von Long-/Post-COVID-Betroffenen in Berlin besteht.

Hinsichtlich der Versorgung von Patientinnen und Patienten die nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe einer COVID-19-Erkrankung Long-COVID-ähnliche Symptome aufweisen (sog. Post-Vac-Syndrom; keine ICD-10-GM gelistete Diagnose), ist neben den vorhandenen und vorstehend beschriebenen Strukturen des Regelversorgungssystems für die Behandlung von Long- und Post-Covid auf die Zuständigkeit des Landesamts für Gesundheit und Soziales (LaGeSo) hinsichtlich einer Entschädigung für Impfschäden zu verweisen. Bei möglichen gesundheitlichen Schädigungen nach einer Impfung kann dort ein Antrag auf Gewährung von Leistungen nach § 24 des Sozialgesetzbuchs XIV - Soziale Entschädigung - gestellt werden. Beim Landesamt für Gesundheit und Soziales wurden mit Stichtag 26.03.2024 insgesamt 511 Anträge auf Impfschadensersatz nach einer Impfung gegen SARS-CoV-2 gestellt, von denen 23 bewilligt wurden.

IV. Datengrundlagen der ambulanten Versorgung und ihrer Verbesserung sowie der Forschung

Auch in Bezug auf eine systematische Datensammlung wird auf bereits vorhandene Strukturen verwiesen. Die Krankenbehandlung und Koordinierung der individuellen Krankenversorgung erfolgt auf Basis der versichertenbezogenen Behandlungsdaten, die zu diesem Zweck durch die/den behandelnden Leistungserbringer verarbeitet werden dürfen.

Die Verarbeitung von Sozialdaten zum Zweck der Krankenbehandlung und ihrer Abrechnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist im SGB V abschließend geregelt.

Mit dem Forschungsdatenzentrum (FDZ) nach § 303d SGB V am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurde auf Bundesebene eine Struktur geschaffen, die systematisch pseudonymisierte (Abrechnungs-) Daten u.a. aus der Behandlung von Versicherten mit Long-/Post-COVID erhält und für die Zwecke nach § 303e Abs. 2 SGB V in der Fassung des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG, BGBl. I v. 26.03.2024, Nr. 102) beispielsweise für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung, Gesundheitsberichterstattung, Verbesserung der Qualität der Versorgung natürlichen und juristischen Personen unabhängig von ihrer institutionellen Anbindung und bestehenden Aufgaben anonymisiert oder pseudonymisiert auf ihren Antrag hin zur Verfügung stellt.

Nach § 347 Abs. 1 SGB V in der Fassung des Digital-Gesetzes (DigiG, BGBl. I v. 26.03.2024, Nr. 101) sind zugelassene Leistungserbringer ab dem 15.01.2025 verpflichtet, sämtliche versichertenbezogenen Diagnose- und Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte zu übermitteln und dort zu speichern, sofern und soweit die oder der Versicherte dem nicht widerspricht. Nach § 363 Abs. 1 und 2 SGB V in der Fassung des GDNG werden diese Daten pseudonymisiert an das Forschungsdatenzentrum übermittelt und neben den bereits jetzt dort auf Antrag für die Zwecke des § 303e Abs. 2 SGB V zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten für die o.g. Zwecke verfügbar sein, sofern die oder der Versicherte der Übermittlung an das Forschungsdatenzentrum nicht widerspricht.

Damit stehen ab 2025 u.a. sämtliche für die Verbesserung der Qualität der Versorgung von Versicherten mit Long-/Post-COVID und möglicherweise aus Impfungen gegen SARS-CoV-2 resultierenden unerwünschten Nebenwirkungen („Post-Vac“) erforderlichen klinischen Daten den zugelassenen Leistungserbringern sowie der für die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung.

Davon unabhängig gibt es mit dem „Netzwerk Universitätsmedizin“ (NUM) ein Bündnis, bei dem alle deutschen Universitätskliniken zusammenarbeiten. Ziel ist es, die COVID-19-Forschung besser zu koordinieren. So sammelt etwa das Nationale Pandemie Kohorten Netz (NAPKON) Daten und Bioproben von Covid-19-Patientinnen und -Patienten und stellt diese für wissenschaftliche und versorgungsrelevante Fragestellungen zur Verfügung.

V. Haushaltsrechtliche Hindernisse, die einer Einrichtung und eines Betriebes von Long-/Post-Covid/Post-Vac-Ambulanzen zu Lasten des Landeshaushaltes entgegenstehen

Da die Krankenbehandlung einschließlich ihrer Dokumentation und (datengestützten) Koordinierung bundesgesetzlich (s. § 2 Abs. 1 i.V.m. § 27 SGB V) den gesetzlichen Krankenkassen zugewiesen ist, die durch die zugelassenen Leistungserbringer, insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte (s. § 73 Abs. 1 S. 2 SGB V) zu erbringen ist,

handelt es sich nicht um eine Aufgabe des Landes Berlin. Bereits aus diesem Grund kommt nach § 6 LHO eine Einrichtung von Anlaufstellen/Ambulanzen zur Behandlung von Personen mit Long-/Post-COVID oder Post-Vac und/oder einer Stelle für eine datengestützte Koordinierung der Behandlung dieser Personengruppe zu Lasten des Landeshaushalts unabhängig davon, ob Mittel hierfür im Haushaltsplan des Landes Berlin veranschlagt wurden, nicht in Betracht. Davon unabhängig wäre sie auch nicht mit den haushaltsrechtlichen Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (s. § 7 LHO) vereinbar, da die Kosten der Krankenbehandlung (d.h. der hierfür erforderlichen Sach- und Personalmittel) von den Krankenkassen zu tragen sind.

VI. Ergebnis

Im Ergebnis sieht der Senat die Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die zugelassenen Leistungserbringer in der alleinigen Verantwortung und Verpflichtung, die Krankenbehandlung von Versicherten, die an Long-/Post-COVID erkrankt sind oder vergleichbare Symptome im Nachgang zu einer Impfung gegen SARS-CoV-2 aufweisen, wahrzunehmen und die dafür erforderlichen versichertenbezogenen Daten zu verarbeiten. Infolgedessen besteht kein Raum für den Aufbau einer aus Steuermitteln finanzierten parallelen oder ergänzenden Versorgungsstruktur. Die Krankenbehandlung der betreffenden Personengruppe ist aus Sicht des Senats durch die Regelversorgungsstruktur gewährleistet. Sollten künftig Anpassungsbedarfe auftreten, sind diese durch die hierfür verantwortliche Kassenärztliche Vereinigung im Zusammenwirken mit den zugelassenen Leistungserbringern sowie in Abstimmung mit den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen umzusetzen

VII. Ausblick

Unbeschadet der Ergebnisse des vorliegenden Berichts prüft die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, inwieweit im Doppelhaushalt 2024/2025 Projekte, die einen Zusammenhang mit den für Long/Post-Covid und Post Vac veranschlagten Mittelansätzen aufweisen, finanziert werden können. Denkbar ist die Förderung der Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung, sowie der Durchführung von Maßnahmen psychosozialer Versorgung von Long-/Post-COVID-Betroffenen. Die haushaltsrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten. Soweit andere Kostenträger eine finanzielle Förderung in Aussicht stellen, gilt für die Landesmittel damit das Nachrangigkeitsprinzip.

Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung:

- a) Auswirkungen auf Einnahmen und Ausgaben:
Keine.
- b) Personalwirtschaftliche Auswirkungen:
Keine.

Berlin, den 18. Juni 2024

Der Senat von Berlin

Franziska Giffey
Bürgermeisterin

Dr. Ina Czyborra
Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege