

# Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen

Vom 21. Dezember 2023

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>2</b>
	§ 1 Rechtsgrundlage, Zweck und Versorgungsziele .....	3
	§ 2 Definition der Patientengruppe.....	7
	§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen .....	10
	§ 4 Behandlungsplan und Koordination der Versorgung .....	13
	§ 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung.....	18
	§ 6 Diagnostik und Behandlung in der Fachärztlichen Versorgung.....	24
	§ 7 Diagnostik und Behandlung in der spezialisierten ambulanten Versorgung .....	28
	§ 8 Verordnung weiterer Leistungen.....	29
	§ 9 Evaluation .....	31
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>31</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf</b> .....	<b>31</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>34</b>
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>34</b>
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation</b> .....	<b>36</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Gemäß § 92 Absatz 6c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis spätestens zum 31. Dezember 2023 in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID. Er kann hierzu Regelungen treffen, die insbesondere eine interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und den zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot sicherstellen. Zudem kann der G-BA den Anwendungsbereich seiner Richtlinie auf die Versorgung von Versicherten erstrecken, bei denen ein Verdacht auf eine andere Erkrankung besteht, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweist.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Mit dem Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) wurde der G-BA in § 92 Absatz 6c SGB V beauftragt, für eine verbesserte und zeitgerechtere Versorgung von Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf Long-COVID Regelungen über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID zu treffen. Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag und seiner Begründung trifft der G-BA diese Regelungen, um insbesondere eine interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und den zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot zu ermöglichen. Um die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten nachhaltig zu verbessern und lange „Odysseen“ der Betroffenen zu vermeiden, werden dafür verbindlich Versorgungspfade beschrieben sowie Anforderungen unter anderem an eine standardisierte Diagnostik, Behandlungscoordination und multiprofessionelle Zusammenarbeit gestellt.

Der G-BA kann Versorgungspfade festlegen, die sich an vorliegenden Leitlinien orientieren und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Vorgaben für eine strukturierte Versorgung geben. Dabei sollen die Vorgaben keine zusätzlichen Strukturen und Anforderungen schaffen, die eine Behandlung von Patientinnen und Patienten gegebenenfalls auf wenige Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer reduzieren und damit etwaige Wartezeiten noch weiter verlängern. Gleichwohl werden die Versorgung strukturierende, angemessene Aufgabenzuordnungen und Versorgungsebenen bestimmt, die dem Ziel der Verwirklichung einer gleichermaßen bedarfsentsprechenden wie zeitnah und niedrigschwellig erreichbaren Versorgung dienen sollen.

Der G-BA erstreckt den Anwendungsbereich seiner Richtlinie auch auf die Versorgung von Versicherten, bei denen ein Verdacht auf eine andere Erkrankung besteht, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweist. Dies erfolgt, um auch dem bestehenden Bedarf von Patientinnen und Patienten, die an Symptomen leiden, die einer Long-COVID-Erkrankung ähnlich sind, an flächendeckender interdisziplinärer und standardisierter Diagnostik sowie an einem zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot Rechnung zu tragen.

## **§ 1 Rechtsgrundlage, Zweck und Versorgungsziele**

### **Zu Absatz 1**

Einführend werden zunächst die Rechtsgrundlage benannt und in Bezug auf den gesetzlichen Auftrag Kerngehalte der Richtlinie, die Bestandteil der Richtlinien über die ärztliche Behandlung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V ist, beschrieben. Auf der Grundlage von § 92 SGB V Absatz 6c SGB V regelt die Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung der in § 2 definierten Patientinnen und Patienten durch die in § 3 näher beschriebenen und unterschiedlichen Versorgungsebenen zugeordneten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

### **Zu Absatz 2**

In Erfüllung des gesetzlichen Auftrags legt die Long-COVID-Richtlinie zur Erreichung der in Absatz 3 genannten Ziele strukturierte Versorgungswege und Rahmenbedingungen einer interdisziplinären sektorenübergreifenden Zusammenarbeit fest und definiert Anforderungen an die Versorgung. Hierfür werden keine neuen Versorgungsstrukturen geschaffen, sondern es werden die bestehenden ambulanten Versorgungsangebote in gestufter und strukturierter Form verknüpft (§§ 3, 5 bis 7). Dazu werden Vorgehensweisen bestimmt und es wird die Aufstellung eines Behandlungsplanes und die Koordinierung der Versorgung beschrieben (§ 4).

Einen wesentlichen Schwerpunkt der Versorgung nach dieser Richtlinie stellen die indikationsbezogene und strukturierte Diagnostik und der zeitnahe Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot dar.

Mit dem von der Richtlinie vorgesehenen Ansatz, dass der Zugang der betroffenen Patientinnen und Patienten in der Regel über die hausärztliche Versorgung erfolgt, soll ein möglichst schneller erster Versorgungszugang beschrieben werden, der die Klärung des Verdachts auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 ermöglicht und Ausgangspunkt einer adäquaten, bei Bedarf multimodalen Behandlung darstellt. Demnach von einer in der Regel hausärztlich-koordinierten Versorgung ausgehend, beschreibt die Richtlinie für den Bedarfsfall die weitergehende fachärztliche Diagnostik, Behandlung und Betreuung sowie, in Fällen mit besonderer Schwere und besonders komplexen Bedarfen, eine spezialisierte ambulante Versorgung in Hochschulambulanzen und anderen spezialisierten Einrichtungen. Unter Berücksichtigung der Unsicherheiten über wirksame Behandlungsmethoden generell bei Long- bzw. Post-COVID [1] sowie bei der Myalgischen Enzephalomyelitis /eines Chronic Fatigue Syndromes (ME/CFS)[4] ist hier gegenwärtig auf allen Versorgungsebenen von einer vorwiegend symptomatischen Behandlung auszugehen.

Die Vorgaben sollen die Durchführung einer indikationsbezogenen und strukturierten Diagnostik sowie die Umsetzung der Grundsätze einer biopsychosozialen, symptomorientierten Behandlung nach aktuellem medizinischem Kenntnisstand sicherstellen.

### **Zu Absatz 3**

Absatz 3 beschreibt die Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung nach § 2 als zentrales Ziel der LongCOV-RL. Betroffenen Patientinnen und Patienten soll eine an ihrem individuellen Bedarf orientierte, zeitnahe Klärung des Erkrankungsverdachts und eine daran anknüpfende ebenso bedarfsorientierte Versorgung ermöglicht werden.

Dieses übergeordnete Ziel wird anschließend durch eine nicht abschließende Aufzählung von Teilaspekten zur Zielerreichung konkretisiert:

#### **Zu Absatz 3 Nummer 1**

Bei der von der Richtlinie in § 2 adressierten Patientengruppe handelt es sich in der Regel um Patientinnen und Patienten mit oft komplexen Krankheitsbildern mit gegebenenfalls schwerwiegender Multiorganbetroffenheit, wie z. B. dem Long-/Post-COVID-Syndrom und ME/CFS.

Im Einzelnen ist aber gegebenenfalls auch mit einer unsicheren, möglicherweise nicht geringen Zahl von Patientinnen und Patienten zu rechnen, die bei sich das Long-/Post-COVID-Syndrom vermuten. Letzteres ist sowohl nach Art, Zahl und Schwere der Symptome vielgestaltig. Zum Teil können auch bereits bekannte Vor- oder Begleiterkrankungen oder andere, neu aufgetretene Erkrankungen, der Symptomatik zugrunde liegen. Neben schweren Beeinträchtigungen, wie z.B. ME/CFS, kann es sich auch um einzelne, gegebenenfalls weniger gravierende Symptome handeln.

Vor dem Hintergrund möglicher komplexer Krankheitsbilder und gegebenenfalls bestehender erheblicher Unsicherheiten ist es zunächst erforderlich, die notwendige Versorgung **niedrigschwellig und zeitnah** erreichen zu können.

In der Vergangenheit wurde häufig darüber berichtet, dass Patientinnen und Patienten, die bei sich das Vorliegen einer Erkrankung nach dieser Richtlinie vermuten, (insbesondere in Bezug auf langfristige Folgen einer COVID-19-Infektion) unsicher sind, wohin sie sich wenden sollen. Zugleich wird über z. T. sehr lange Wartelisten und erhebliche Verzögerungen bei der Inanspruchnahme hochspezialisierter Angebote z. B. an Hochschulambulanzen berichtet. Um dieser Problematik zu begegnen, wird erhofft, dass Versorgungsangebote gemäß der vorliegenden Richtlinie hier zu Verbesserungen beitragen, indem eine gestufte, insbesondere zunächst hausärztliche Versorgung angeboten wird. Diese ist in der Regel zeitnah und niederschwellig erreichbar. Auf der hausärztlichen Versorgungsebene soll initial das Ausmaß der Betroffenheit ermittelt werden, ebenso die Wahrscheinlichkeit, dass es sich tatsächlich um eine der Erkrankungen gemäß § 2 handelt, für welche gegebenenfalls weiterreichender Versorgungsbedarf nach dieser Richtlinie besteht, und es sollen notwendige Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst werden. Dies soll auch dazu beitragen, dass insbesondere hochspezialisierte ambulante Angebote vorrangig für Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen, die einen hohen bzw. komplexen Versorgungsbedarf aufweisen und somit auch diese Angebote für Patientinnen und Patienten mit einem solchen Bedarf schneller zugänglich gemacht werden (vgl. zu Nummer 2). Die derzeit teilweise großen Zeitintervalle zwischen Symptomaufreten, Initiierung der Diagnostik und letztendlich Stellung der Diagnose sollen dadurch verkürzt und lange „Odysseen“ vermieden werden.

Die Beteiligung von Leistungserbringern aller Versorgungsstufen ermöglicht im Bedarfsfalle eine für das komplexe Krankheitsbild **erforderliche multiprofessionelle und interdisziplinäre Herangehensweise** sowie eine Kontinuität in der Versorgung.

Hierfür sollen den Patientinnen und Patienten jeweils individuell eine niederschwellig erreichbare **zentrale ärztliche Ansprechpartnerin** oder ein niederschwellig erreichbarer **zentraler ärztlicher Ansprechpartner** zur Verfügung stehen, sowie eine patientenindividuelle Koordination der Versorgung erfolgen. Aufgrund der Vielfältigkeit der Symptomatik, die insbesondere in Bezug auf Post- bzw. Long-COVID-Syndrome beobachtet wird, können eine Reihe fachärztlicher Untersuchungen und gegebenenfalls auch eine Versorgung durch mehrere Fachärztinnen und Fachärzte erforderlich werden. In solchen Fällen ist eine patientenindividuelle Koordination durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt, in der Regel durch die Hausärztin oder den Hausarzt, sinnvoll, um die Versorgung patientenindividuell, auch unter Vermeidung von „Odysseen“ in Bezug auf unnötige Vorstellungen bei verschiedenen Fachärztinnen oder Fachärzten oder spezieller Ambulanzen, auszurichten.

### **Zu Absatz 3 Nummer 2**

Das Erreichen einer verbesserten Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten erfordert ferner bei Bedarf eine interdisziplinäre Diagnostik und Therapie.

### **Zu Absatz 3 Nummer 3**

Um betroffene Patientinnen und Patienten sowohl angemessen versorgen wie auch zügig der erforderlichen Versorgungsebene zuweisen zu können, ist die Erfassung der Schwere der Erkrankung essenziell. Grundsätzlich sind bei den Patientinnen und Patienten verschiedene Ausprägungen der Betroffenheit nach Art und Schwere der Symptomatik und Komplexität der Befundkonstellation, nach Anzahl betroffener Organsysteme und dem Zeitverlauf zu unterscheiden. Daraus ergeben sich schließlich verschiedene Anforderungen an die Patientenbetreuung, denen durch eine gestufte Versorgung Rechnung getragen werden kann.

Eine frühzeitige Diskrimination verschiedener Untergruppen postinfektiöser Krankheitsbilder und eine Zuordnung nach der Schwere der Erkrankung ermöglicht eine frühzeitige Initiierung angemessener weiterer Maßnahmen mit dem Ziel, eine Chronifizierung der Erkrankung, wenn möglich, zu verhindern oder abzumildern.

Eine Zuordnung nach der Schwere der Erkrankung, insbesondere ob eine leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkung vorliegt, folgt grundsätzlich der Empfehlung der aktuellen S-1-Leitlinie [7] (Abschnitt 6.2., S. 15 f.) und kann mit Hilfe des dort charakterisierten, einfachen und aufwandsarm zu nutzenden Instrumentes erfolgen. Sie kann z.B. für ME/CFS mit einer Reihe von Instrumenten erfolgen, dargestellt im Abschlussbericht des IQWiG [4] zum aktuellen Kenntnisstand bei ME/CFS, S.9f. Auch hier können z.B. milde, moderate, schwere oder sehr schwere Formen unterschieden werden.

#### **Zu Absatz 3 Nummer 4**

Ein strukturierter Behandlungsplan bildet die Grundlage für die koordinierte Behandlung und soll so die zeitnahe Umsetzung der Versorgung unterstützen.

#### **Zu Absatz 3 Nummer 5**

Weiteres Ziel der LongCOV-RL ist die Stärkung der strukturierten Zusammenarbeit an der Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten beteiligter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Dies umfasst sowohl die Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Fachdisziplinen als auch die Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsebenen.

Dies ist zum einen deshalb Ziel der vorliegenden Richtlinie, da die relative Neuheit insbesondere des Long- bzw. Post-COVID-Syndroms (und z. T. als nicht ausreichend ausgeprägt angesehene Kenntnisstände zu anderen Erkrankungen nach § 2) eine Zusammenarbeit auch im Sinne eines Wissens- und Erfahrungsaustausches besonders bedeutend macht. Zum anderen führen die häufig beschriebene Vielgestaltigkeit und zum Teil geringe Spezifik der Symptomatik ebenfalls dazu, dass ein weiterer Erfahrungsgewinn und der Austausch unter den Versorgungsbeteiligten von besonderer Bedeutung sind.

Die Zusammenarbeit von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie setzt Kommunikation, Abstimmungen und auch die Übermittlung von Daten zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern voraus. Soweit dabei die Verarbeitung personenbezogener Daten der Versicherten erforderlich ist, regelt die Richtlinie keine eigenständigen Erlaubnistatbestände, sondern es bleiben die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen unberührt. Es wird insoweit auch auf die Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vom 27. November 2023 zum Beschlussentwurf verwiesen (Anlage 3 der Tragenden Gründe).

#### **Zu Absatz 3 Nummer 6**

Zur Förderung der im Versorgungskontext notwendigen Forschung sollen die von der Richtlinie adressierten Patientinnen und Patienten beim Zugang zu klinischen Studien zur Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten unterstützt werden.

Die Unterstützung insbesondere der klinischen Forschung und darüber hinaus der Forschung sowohl im Grundlagenbereich als auch der Versorgungsforschung sind insofern hier von besonderer Bedeutung, da es sich im Bereich der postinfektiösen Krankheitsbilder um einerseits neue Herausforderungen im Bereich Long-/Post-COVID handelt, andererseits häufig davon ausgegangen wird, dass seit Jahrzehnten postinfektiöse Erkrankungen mit der Ausprägung ME/CFS in Forschung und Lehre unterrepräsentiert waren. Vor dem Hintergrund bislang geringer Erfahrungen und fehlender Evidenz müssen viele wissenschaftliche Erkenntnisse noch gewonnen und voraussichtlich auch fortlaufend neue Erkenntnisse erzielt werden, die in der Versorgung zu berücksichtigen sind. Die Ermöglichung der Teilnahme von Patientinnen und Patienten an wissenschaftlichen Studien ist die Voraussetzung für die Aufklärung der Krankheitsmechanismen sowie für die Entwicklung und klinische Prüfung kausaler Therapien.

### **Zu Absatz 3 Nummer 7**

Sofern sich hierfür eine Erforderlichkeit zeigt, ist der betroffenen Patientin oder dem betroffenen Patienten eine am individuellen Bedarf orientierte gezielte, zeitnahe Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie zu ermöglichen.

Eine Überleitung findet insbesondere dann statt, wenn eine Versorgung nach dieser Richtlinie im Sinne der spezifischen Koordinierung als Kernmerkmal der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr erforderlich ist (s. zu § 2 Absatz 4). Eine Überleitung kann auch darin bestehen, dass die Patientin oder der Patient im Rahmen einer klinischen Studie weiter behandelt wird.

### **Zu Absatz 3 Nummer 8**

Long-/Post-COVID und andere postinfektiöse syndromale Krankheitsbilder beeinträchtigen den Alltag der Patientinnen und Patienten und führen oftmals zu einer erheblich eingeschränkten Lebensqualität und Leistungsfähigkeit.

Ein wichtiges Ziel der Versorgung ist es daher, Maßnahmen zur Verbesserung des Krankheitsverlaufs, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität der Versicherten anzubieten. Bei der Linderung von Symptomen und Abwendung einer Verschlechterung des Verlaufs ist eine vorhandene post-exertionellen Malaise (PEM), mit der die Verschlechterung aller Symptome nach auch geringer körperlicher oder geistiger Belastung einhergeht, zu beachten bzw. zu vermeiden. Bei Vorliegen einer PEM, z.B. bei ME/CFS, müssen alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Alltagsaktivitäten auf die individuell oft erheblich eingeschränkte Belastbarkeit angepasst werden. Ein „Pacing“, das heißt ein schonender, dosierter Umgang mit eigenen Energieressourcen und strikte Vermeidung von Überlastung, ist zu empfehlen [2,5,12,15,16,19].

Durch die gezielte Behandlung von Symptomen, durch eine qualitative ärztliche Betreuung verbunden mit Selbstmanagement und sozialmedizinischer Unterstützung kann sich die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessern und sich sogar eine moderate Verbesserung des Krankheitsverlaufs einstellen [18,19].

## **§ 2 Definition der Patientengruppe**

Die vorliegende Richtlinie regelt zunächst die Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit einer diagnostizierten Long-COVID-Erkrankung oder dem Verdacht auf eine solche. Den vom Gesetzgeber in § 92 Absatz 6c Satz 3 SGB V explizit eingeräumten Spielraum aufgreifend, erstreckt sich der Anwendungsbereich der Richtlinie zudem auf Patientinnen und Patienten, bei denen ein Verdacht auf eine andere Erkrankung besteht, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung aufweisen. Die Regelungen in § 2 dienen demnach einer zielgenauen Beschreibung der adressierten Patientengruppen.

### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 definiert zunächst die von der LongCOV-RL adressierten Patientinnen und Patienten, bei denen der Verdacht auf oder eine festgestellte Long-COVID-Erkrankung vorliegt. Dabei wird die mittlerweile als weitgehend verbindlich angesehene Definition von Long- bzw. Post-COVID zugrunde gelegt [17], wonach eine Unterscheidung unter Berücksichtigung der Erkrankungsdauer erfolgt. Da der besondere Versorgungsbedarf sowohl für Erwachsene als

auch für Kinder und Jugendliche besteht und sich die Versorgungsstrukturen nicht wesentlich unterscheiden, umfasst die Richtlinie die Versorgung aller Altersgruppen. Für Kinder und Jugendliche wird gemäß WHO [20] eine verkürzte Zeitdauer von zwei Monaten für die Feststellung eines Post-COVID-Syndroms angewendet. Gemäß einer ersten Falldefinition für den „Post-COVID-19-Zustand“ bei Kindern und Jugendlichen wird Post-COVID bei Personen mit einer bestätigten oder wahrscheinlichen SARS-COV-2-Infektion in der Vorgeschichte diagnostiziert, wenn Symptome mindestens zwei Monate andauern und erstmals innerhalb von drei Monaten aufgetreten sind [20].

Im Sinne dieser Grundsätze umfasst die Richtlinie auch Fälle, in denen der Verdacht auf das Vorliegen einer Long-COVID ähnlichen Symptomatik in Folge einer Impfung zur Prophylaxe einer COVID-19-Erkrankung besteht (derzeit häufig als „PostVac“ bezeichnet).

Eingeschlossen sind zudem Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf oder eine diagnostizierte ME/CFS (früher auch nur als Chronisches Fatigue Syndrom bezeichnet) als Folge einer Infektion mit SARS-CoV-2. Dieses bereits seit Jahrzehnten bekannte, im wesentlichen postinfektiöse Krankheitsbild der ME/CFS wird hier ausdrücklich erwähnt, um den ca. 500.000 Erkrankten in Deutschland ebenfalls einen geordneten Zugang zu der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen.

## **Zu Absatz 2**

Darüber hinaus wird die in § 92 Absatz 6c Satz 3 SGB V vorgesehene Möglichkeit genutzt, auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu erfassen, deren Symptombilder bzw. Erkrankungen eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweisen. Dies wird in Bezug auf Patientinnen oder Patienten, die nach einer anderen viralen Infektion ähnliche Symptome aufweisen und insbesondere auch für Patientinnen und Patienten, bei denen der Verdacht auf das Vorliegen eines ME/CFS besteht, als sachgerecht angesehen [9].

ME/CFS kann auf langfristige Infektionsfolgen zurückgehen, allerdings bestehen hier erhebliche Unsicherheiten. Ausschlaggebend für eine Versorgung sind – gerade wenn die Kausalität nicht abschließend geklärt ist und kausale Behandlungsansätze nicht bekannt sind – die Erkrankung und ihre Symptomatik und nicht deren Auslöser. Gerade bei Infektionen mit mildem/asymptomatischem Verlauf und folgender postinfektiöser Symptomatik kann der Auslöser anamnestisch oft nicht erfasst werden.

Mit dieser Regelung soll der Gleichartigkeit postinfektiöser Erkrankungen mit ähnlicher Ursache oder ähnlicher Krankheitsausprägung wie Long-COVID Rechnung getragen werden. So werden etwa auch präpandemisch erkrankte Patientinnen und Patienten, deren Versorgungsbedarf im IQWiG-Bericht [4] für Erwachsene und Kinder deutlich formuliert wurde, von der Richtlinie umfasst. Eine aktuelle Publikation der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) zeigt zudem, dass postinfektiöse Symptome nach COVID oder anderen Atemwegsinfektionen in einem Zeitraum bis zwölf Monaten etwa gleich häufig auftreten [9].

Schließlich berücksichtigt der erweiterte Anwendungsbereich auch, dass aufgrund des Durchsechungsgrads und abnehmender Häufigkeit von Testungen die Nachweis-Strategie für COVID-Infektionen nicht hinreichend belastbar ist.



### **Zu Absatz 3**

Die Diagnosestellung soll auf Basis einer symptomorientierten differenzialdiagnostischen Abklärung oder als Ausschlussdiagnose erfolgen. Dabei wird die Gesamtschau der anamnestischen klinischen und paraklinischen Befunde berücksichtigt.

Die differenzialdiagnostische Abklärung und insbesondere die Diagnosestellung als Ausschlussdiagnose sollen einen zeitnahen Behandlungsbeginn – gegebenenfalls vor abschließender Diagnosestellung und Ausschluss weiterer Einzeldiagnosen – nicht hemmen. Diese Bestimmung ist im vorliegenden Kontext von großer Bedeutung, da eine abschließende Definition von Long- bzw. Post-COVID nicht vorliegt und eine große Zahl von möglichen Symptomen genannt und Beiträge vieler medizinischer Fachdisziplinen erwogen werden ([7,14]). Dabei sind auch methodische Unsicherheiten vieler vorliegender Studien zu berücksichtigen und insbesondere auch die Bedeutung anderer Erkrankungen als mögliche Erklärungen für die zugrundeliegende Symptomatik zu bedenken [3].

Eine spezifische, bestätigende Diagnostik ist mindestens gegenwärtig nicht möglich. Es soll daher insbesondere im Sinne der Patientinnen und Patienten nicht abgewartet werden, bis jede erdenkliche Diagnostik durchgeführt wurde und auf weitere Differenzialdiagnostik auch verzichtet werden, insofern diese nicht im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie durchgeführt wird oder keinen wesentlichen Beitrag zur Behandlung und Versorgung erwarten lässt.

Ein Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung nach § 2 Absatz 1 und 2 dieser Richtlinie setzt voraus, dass Symptome oder Beschwerden bestehen, die mit einer behandlungsbedürftigen Einschränkung der Alltagsfunktion und Lebensqualität einhergehen und einen negativen Einfluss auf Sozial-, Arbeits- und/oder Schulleben haben und die nicht hinreichend durch andere Erkrankungen erklärbar sind. Ist bereits initial deutlich, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit andere Erkrankungen für die Symptomatik verantwortlich sind, so erfolgt die Versorgung gemäß etablierter Standards der Regelversorgung in Bezug auf diese Erkrankungen.

### **Zu Absatz 4**

Für die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf es der ärztlichen Feststellung eines hinreichend begründeten Verdachtes auf das Vorliegen einer Erkrankung nach Absatz 1 oder Absatz 2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie beginnt demnach mit der Durchführung der Maßnahmen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1. Sie wird nur dann fortgeführt, wenn die Maßnahmen zur Feststellung des Vorliegens einer Erkrankung nach Absatz 1 oder Absatz 2 geführt haben. Diese Regelung ist folgerichtig, da die Versorgung nach dieser Richtlinie der Aufklärung des Verdachts auf das Vorliegen einer solchen Erkrankung gilt und darüber hinaus nur dann erfolgen soll, wenn eine solche Erkrankung bestätigt werden kann.

Ein besonderer Fall liegt dann vor, wenn bereits eine Erkrankung gemäß Absatz 1 in der Versorgung außerhalb der Richtlinie diagnostiziert wurde. Solche Patientinnen und Patienten sollen von der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht ausgeschlossen werden. Die Maßnahmen im Sinne dieser Richtlinie sind dann jedoch entsprechend anzupassen (z. B. kann die in § 5 Absatz 1 vorgesehene Anamnese und können einzelne Erhebungen und Untersuchungen gegebenenfalls unnötig sein, insofern bereits entsprechende Ergebnisse aus der Versorgung außerhalb der Richtlinie vorliegen).

Zunächst kann eine Versorgung auch entsprechend § 5 Absatz 2 (Beobachtung des Krankheitsverlaufes) erfolgen, ohne dass ein besonderer Koordinierungsbedarf gemäß § 4 Absatz 4 besteht. Geht die Versorgung jedoch darüber hinaus, und ist demnach auch eine Koordinierung notwendig, so stellt eine solche Koordinierung ein Kernmerkmal der Richtlinie dar. Ist ein solcher Bedarf nach Koordinierung in der späteren Folge nicht mehr vorhanden, ist eine Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie dann auch nicht mehr notwendig.

Die Versorgung erfolgt ebenfalls nicht oder nicht mehr im Rahmen der vorliegenden Richtlinie, wenn bzw. sobald die Patientin oder der Patient im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden soll und die Vorgaben des Studienprotokolls und der vorliegenden Richtlinie unvereinbar wären. In diesen Fällen sollten die Bestimmungen des Protokolls der klinischen Studie vorrangig sein, um den im vorliegenden Kontext besonders wichtigen Erkenntnisfortschritt, der durch eine Studienteilnahme erzielt werden kann, nicht zu behindern.

Insbesondere die Bestimmungen zum Ende der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie dienen auch der Erreichung des in § 1 Absatz 3 Nummer 7 genannten Ziels, eine gezielte, zeitnahe Überleitung in eine Versorgung außerhalb dieser Richtlinie zu ermöglichen.

### **§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen**

#### **Zu Absatz 1**

An der Versorgung nach dieser Richtlinie sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt. Dies umfasst beispielsweise auch ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser sowie Hochschulambulanzen. Die Versorgung erfolgt dabei in Abhängigkeit von der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung gestuft in drei Ebenen: der hausärztlichen Ebene (§ 5), der fachärztlichen Ebene (§ 6) und der Ebene der spezialisierten ambulanten Versorgung (§ 7).

Die Einbeziehung aller ambulanten Versorgungsebenen ist sachgerecht und gegebenenfalls notwendig, um eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung nach § 2 zu ermöglichen. Auch sollen bereits erfolgreich etablierte, regionale Versorgungsangebote nicht eingeschränkt, bestehende Angebote genutzt und in die Behandlung nach dieser Richtlinie integriert werden.

#### **Zu Absatz 2**

Die Versorgung in der hausärztlichen Ebene erfolgt durch vertragsärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V teilnehmen. Klarstellend wird festgehalten, dass dies auch Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte umfasst, um insbesondere auch das Ziel der Versorgung aller Altersgruppen (vgl. § 2 Absatz 1) erreichen zu können.

In der hausärztlichen Versorgungsebene beginnt in der Regel die Versorgung im Rahmen der Richtlinie. Insbesondere in Bezug auf eine Erkrankung an Long- bzw. Post-COVID ist von einer erheblichen Breite der Symptomatik und gegebenenfalls zu klärendem Behandlungsbedarf auszugehen, dem in der Regel zunächst allgemeinmedizinisch begegnet werden soll und für den die Patientin oder der Patient in der Regel auch die Hausärztin oder den Hausarzt aufsuchen wird. Insbesondere die begrenzten speziellen ambulanten Angebote durch

Hochschulambulanzen und gegebenenfalls andere spezialisierte Versorgungseinrichtungen (s. auch § 3 Absatz 4 und § 7) sollten insbesondere von Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden, die einen besonderen Behandlungsbedarf aufweisen.

Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung nach dieser Richtlinie werden in § 5 näher beschrieben.

### **Zu Absatz 3**

Die Versorgung in der fachärztlichen Ebene erfolgt durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 SGB V teilnehmen, einschließlich entsprechende Fachgruppen der Kinder- und Jugendmedizin, sofern eine Facharztbezeichnung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung vorliegt. Dies umfasst auch ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie ermächtigte Einrichtungen.

Orientiert an Abschnitt A § 2a Absatz 6 (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) werden als Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung im Sinne der Richtlinie nachfolgend genannte Fachgebiete verstanden: Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Urologie. Die Überweisungsvorbehalte im BMV-Ä sind gegebenenfalls zu berücksichtigen.

Gleichwohl Analysen der Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung zeigen, dass neben der dominierenden Rolle der haus- bzw. kinderärztlichen Versorgung insbesondere die Pneumologie, Kardiologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie und Nervenheilkunde in die Versorgung von einer Erkrankung nach § 2 betroffener Patientinnen und Patienten involviert sind [13], ist eine Beschränkung auf bestimmte Fachgebiete nicht angemessen. Mit Blick auf die teilweise unspezifische Symptombreite ist von Berührungspunkten zu möglicherweise vielen Fachgebieten auszugehen.

Fachärztinnen und Fachärzte, die nach § 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, werden von § 3 Absatz 2 der Richtlinie erfasst.

Schließlich wird explizit herausgestellt, dass die fachärztliche Ebene auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten umfasst. Wegen der möglichen Bedeutung der Neuropsychologie für die Versorgung von Patientinnen und Patienten nach § 2 sind insoweit auch die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die neuropsychologische Therapie nach Anlage I Nummer 19 § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung erbringen, eingeschlossen. Zudem umfasst die fachärztliche Ebene auch ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte sowie ermächtigte Einrichtungen. In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen kommt hierbei den Sozialpädiatrischen Zentren eine besondere Bedeutung zu.

#### **Zu Absatz 4**

In der Ebene der spezialisierten ambulanten Versorgung erfolgt die Versorgung durch Hochschulambulanzen sowie durch weitere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Reicht die Versorgung in der haus- und fachärztlichen Ebene nicht aus, insbesondere aufgrund der Komplexität und Schwere des Erkrankungsbildes oder weil eine bereits fortgesetzte Behandlung auf der haus- und fachärztlichen Ebene keine wesentlichen Verbesserungen im Krankheitszustand oder -verlauf erbracht hat, so kann die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung nach § 2 auf der Ebene einer für diese Erkrankungen spezialisierten, ambulanten Versorgung erfolgen.

Bei besonders spezialisierten, ambulanten Einrichtungen handelt es sich zunächst um Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V, die sowohl Patientinnen und Patienten im Rahmen der Forschung betreuen (eine hier, aufgrund des vielfach noch unzureichenden Erkenntnisstandes, besonders bedeutsame Aufgabe) als auch Patientinnen und Patienten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer besonders spezialisierten Behandlung bedürfen. Darüber hinaus kann die Versorgung auf der Ebene einer spezialisierten ambulanten Versorgung durch weitere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wie beispielweise auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten nach § 2 spezialisierte interdisziplinäre Versorgungsstrukturen wie Kompetenzzentren und Spezialambulanzen sowie Zusammenschlüsse ermächtigter Fachärztinnen und Fachärzte oder Einrichtungen, erfolgen.

Sofern es sich nicht um Hochschulambulanzen handelt, sollen die Einrichtungen in dieser Ebene ein der Erkrankungsgruppe nach § 2 entsprechendes Angebot mit mindestens der genannten Fachgebiete bzw. Facharztkompetenzen Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Pneumologie sowie ein Angebot zur Behandlung psychischer Störungen oder neuropsychologischer Diagnostik vorhalten. Letztere sind für viele Symptomkomplexe der Gruppe der Patientinnen und Patienten von Bedeutung. Die Benennung von Neurologie und internistischen Facharztkompetenzen erfolgt, da nach vorliegenden Ergebnissen diese Bereiche von besonderer Bedeutung für die Versorgung bei Patientinnen und Patienten gemäß § 2 sind. Zudem soll, gegebenenfalls in Kooperation, die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung bestehen und es sollen telemedizinische Angebote vorgehalten werden.

Das kann z.B. erforderlich sein, um Patientinnen und Patienten bei einer Belastungsintoleranz (PEM) oder für die Durchführung mehrerer diagnostischer Maßnahmen stationär oder auch teilstationär aufnehmen zu können. Der übliche Weg einer Differentialdiagnostik mit der Absolvierung mehrerer Untersuchungen und/oder Maßnahmen an einem Termin kann bei Patientinnen und Patienten mit PEM zu einer Überlastung und damit Verschlechterung des Zustands führen. Wiederholte Wege zu mehrfachen Terminen können den gleichen Effekt haben.

Eine erhebliche Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einer Long-COVID-Nebendiagnose im akutstationären Bereich zeigt, dass eine solche Behandlung gegebenenfalls notwendig ist. Da die Anzahl besonders spezialisierter Einrichtungen begrenzt ist, kann die telemedizinische Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung sein. Zudem sollen eine Beteiligung an klinischer Forschung zu Erkrankungen gemäß § 2 gegeben sowie

Informationen über laufende Studien und Forschungsergebnisse vorhanden sein. Dies ist hier von erheblicher Bedeutung, da noch intensiver Forschungsbedarf in Bezug auf die Erkrankungen gemäß § 2 besteht. Die geforderte Forschungsbeteiligung setzt nicht voraus, dass Einrichtungen selbst Forschungsarbeiten betreiben, sondern kann auch durch Teilnahme an (universitären) Forschungsprojekten bzw. -studien, z.B. als Studienzentrum, das Patientinnen und Patienten für Studien rekrutiert, erfolgen.

#### **Zu Absatz 5**

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2 hat dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Es wird empfohlen, dass sich Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer strukturiert zu den Erkrankungen nach § 2 sowie deren Diagnostik und Behandlung austauschen. Aufgrund der Symptombreite, einer in erheblichen Teilen bestehenden Neuartigkeit der Erkrankungen nach § 2 und der Dynamik wissenschaftlicher Erkenntnisse ist hier von einem besonderen Bedarf auszugehen. Dies gilt auch für den interdisziplinären Austausch. So können etwa abgestimmte Abläufe, z.B. bei der Erforderlichkeit einer Überweisung oder Weiterleitung in eine andere Versorgungsebene, eine zeitgerechte Versorgung unterstützen. Auch kann der Austausch über den aktuellen Wissensstand zu den Erkrankungen nach § 2 eine leitliniengerechte bzw. am aktuellen medizinischen Wissensstand orientierte Behandlung fördern.

Der den Wissenstransfer der an der Versorgung von Patientinnen und Patienten nach § 2 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer fördernde Austausch kann beispielsweise in Fortbildungen, Netzwerken oder anderen Formaten erfolgen. Die in der Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung liegende Fort- und Weiterbildungsorganisation bleibt unberührt.

### **§ 4 Behandlungsplan und Koordination der Versorgung**

#### **Zu Absatz 1**

In Absatz 1 werden die Behandlungscoordination und der Behandlungsplan als wesentliche Elemente der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie hervorgehoben. Die Koordination ist dabei als Prozesselement in der Kooperation der Versorgungsbeteiligten anzusehen. Die Erstellung eines Behandlungsplanes soll diese Koordinierung durch eine konkrete Planung unterstützen und auch Patientinnen und Patienten eine verlässliche, orientierende Grundlage bieten. Behandlungscoordination und -planung sollen darüber hinaus zu einer zügigen Diagnosestellung und gegebenenfalls Einleitung therapeutischer Maßnahmen beitragen.

Unter Berücksichtigung der Patientenautonomie hat die Festlegung der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten zu erfolgen. Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass nur die Person die Koordination übernimmt, zu der eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung besteht. Dies betrifft auch einen evtl. notwendigen Wechsel der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes.

## **Zu Absatz 2**

In Absatz 2 werden die einzelnen Aufgaben, die die Koordination umfasst, näher bezeichnet. Sämtliche koordinative Aufgaben dienen dabei der Strukturierung der Versorgung sowie der Realisierung eines zeitnahen Zugangs zu Behandlungsmöglichkeiten und damit der Erreichung der in § 1 genannten Versorgungsziele, insbesondere der Vermeidung von längeren „Odysseen“ im Rahmen der Behandlung.

### **Zu Absatz 2 Nummer 1**

Zunächst umfasst die Koordination die Übernahme der Rolle der zentralen Ansprechperson, um betroffenen Patientinnen und Patienten damit jederzeit eine eindeutige Anlaufstelle für ihre Anliegen zur Verfügung zu stellen.

### **Zu Absatz 2 Nummer 2**

Die Koordination der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie umfasst weiter die Steuerung der Behandlung in Bezug auf die mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam festgelegten Behandlungsziele und entsprechend der Schwere der Erkrankung.

Dies ist vor dem Hintergrund einer gegebenenfalls vielgestaltigen Symptomatik mit zum Teil sehr unterschiedlicher Beeinträchtigung für die Patientinnen und Patienten von Bedeutung. Insbesondere soll die Versorgung auf die aus medizinischer Sicht und in der Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten primär wichtigen Ziele ausgerichtet werden.

### **Zu Absatz 2 Nummer 3**

Die Koordination umfasst die Erstellung eines Behandlungsplanes, wenn die Diagnose einer Erkrankung gemäß § 2 hinreichend wahrscheinlich ist. Absatz 2 Nummer 3 nennt in diesem Zusammenhang auch die im Wesentlichen im Behandlungsplan vorzusehenden Inhalte.

Ein Behandlungsplan ist bei der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie erforderlich, da bei Patientinnen und Patienten mit Symptomen bzw. Erkrankungen nach § 2, die in der Regel bereits eine ganze Zeit andauern und für die eine kausale Therapie bisher nicht verfügbar ist, von einem Strukturierungsbedürfnis in Bezug auf die Versorgung und einem erheblichen Orientierungsbedürfnis auszugehen ist.

### **Zu Absatz 2 Nummer 4**

Um dem Sinn und Zweck einer gestuften Versorgung, nämlich die Patientin oder den Patienten entsprechend der Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung in die richtige Versorgungsebene zu bringen, gerecht zu werden, sollte die Weiterleitung in die jeweilige nächste Stufe gezielt und geplant erfolgen. Daher ist es zielführend, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt nach Möglichkeit die Weiterleitung in die fachärztliche oder spezialisierte ambulante Versorgung im Rahmen einer Vorabklärung vorbereitet. Die Ausgestaltung der Vorabklärung liegt im Ermessen der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes. Zunächst soll geklärt werden, ob die Patientin oder der Patient für eine weiterführende Diagnostik geeignet ist und gegebenenfalls zusätzliche (Vor-) Befunde für die weiterführenden Untersuchungen und gegebenenfalls Behandlung erforderlich sind. Sie kann auch fallabschließend erfolgen und eine Vorstellung der Patientin oder des Patienten – und damit gegebenenfalls eine Mehrfachkonsultation – erübrigen. Im Rahmen der Vorabklärung werden die relevanten Informationen erfasst und Behandlungsmöglichkeiten besprochen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass Patienten mit PEM und vermuteter oder gesicherter ME/CFS-Diagnose eine Planung der Maßnahmen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Leistungsgrenzen erhalten.

#### **Zu Absatz 2 Nummer 5**

Ferner obliegt der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt die Vermittlung eines dringend erforderlichen fachärztlichen Behandlungstermins. Insbesondere bei ausgeprägten krankheitsbedingten Einschränkungen können selbst organisatorische Aufgaben eine Herausforderung für Betroffene darstellen.

In Anbetracht der vielerorts gegebenenfalls bereits stark ausgelasteten Kapazitäten kann die Findung eines Behandlungstermins zusätzlich erschwert sein. Es ist deshalb Aufgabe der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes, im Bedarfsfall die Vermittlung zu übernehmen. Dies ist erforderlich, um das Ziel einer zeitnahen Versorgung (vgl. § 1 Absatz 3) erreichen zu können und ist Teil der hausärztlichen Aufgaben gemäß § 73 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.

Für Patientinnen und Patienten mit schwerem und sehr schwerem Krankheitsgrad nach NICE ist eine Vermittlung von dringend erforderlichen Behandlungsterminen wichtig.

#### **Zu Absatz 2 Nummer 6**

Die Koordination umfasst die Einbeziehung anderer Beteiligter in verschiedener Weise. So muss der Behandlungsplan, um patientinnen- bzw. patientenseitig alle relevanten Versorgungsaspekte zu integrieren, Beiträge und Empfehlungen zur Veränderung des Behandlungsplanes von anderen an der Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten Beteiligten zulassen, die zu koordinieren sind.

#### **Zu Absatz 2 Nummer 7**

Im Zusammenhang mit der interdisziplinären Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung nach § 2 ist zudem grundsätzlich die Vernetzung der an dieser Versorgung Beteiligten anzustreben. Unter Vernetzung sind dabei unterschiedliche, insbesondere auch informelle Formen der Kooperation und/oder des Wissens- und Erfahrungsaustausches zu verstehen. Dabei kann es sich z.B. um Fortbildungen, Qualitätszirkel, regionale Vereinbarungen und Verbände, „Netzwerke“ o. ä. handeln.

Auf nähere Bestimmungen wird hier aufgrund der Rechtsgrundlage der vorliegenden Richtlinie und insbesondere auch aufgrund unterschiedlicher regionaler Gegebenheiten und möglicher zeitnaher Entwicklungen auf der Ebene der kassenärztlichen Vereinigungen und Landesärztekammern bzw. Länder verzichtet.

#### **Zu Absatz 2 Nummer 8**

Wesentliche Befunde, Informationen und Daten sind von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt zusammenzuführen, zu bewerten, zu dokumentieren und aufzubewahren. Damit soll ermöglicht werden, dass alle Versorgungsbeteiligten bei Bedarf gegebenenfalls alle relevanten medizinischen Informationen grundsätzlich möglichst einfach einsehen können. Die Regelung entspricht den für die Inhalte der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V geltenden Vorgaben und korrespondiert mit den nach § 73 Absatz 1b SGB V für die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bestehenden Pflichten, sich mit Zustimmung der oder des Versicherten

gegenseitig die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde zur Verfügung zu stellen.

#### **Zu Absatz 2 Nummer 9**

Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt stellt notwendige Überweisungen aus. Dabei handelt es sich um eine Aufgabe, die die Koordination gegebenenfalls notwendiger, weiterer Untersuchungen oder Behandlungen vorsieht. Sie ist explizit als Aufgabe der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes ausgewiesen. Damit soll die strukturierte und koordinierte Behandlung sichergestellt werden.

#### **Zu Absatz 2 Nummer 10**

Die Koordination im Richtlinienkontext umfasst ferner gegebenenfalls den Einbezug relevanter, der Patientin oder dem Patienten zugehöriger Personen. Dies ist generell zu beachten und ist im Rahmen der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie absehbar insbesondere bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen wichtig.

#### **Zu Absatz 2 Nummer 11**

Auch für Beteiligte anderer Leistungsbereiche und auch solche außerhalb der Gesundheitsversorgung (z. B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen) soll die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt gegebenenfalls als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Damit soll bei den neuartigen (insbesondere Long- bzw. Post-COVID) bzw. relativ wenig bekannten Erkrankungen (z. B. ME/CFS) insbesondere auch dem Orientierungsbedarf Dritter Rechnung getragen werden.

Dabei können auch Aspekte von Bedeutung sein, die von Dritten möglicherweise an die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt herangetragen werden und bei Berücksichtigung zu einer besser gelingenden Gestaltung der Versorgung beitragen können.

#### **Zu Absatz 2 Nummer 12**

Absatz 2 Nummer 11 ergänzend ist zudem im Bedarfsfalle auch die Koordination mit weiteren Gesundheitsprofessionen und flankierenden Diensten vorgesehen. Die Bestimmung dient der Klarstellung, dass auch die Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die von Bestimmungen der vorliegenden Richtlinie nicht unmittelbar berührt sind, für die patientenindividuell koordinierte Versorgung von Belang sein können.

#### **Zu Absatz 2 Nummer 13**

Ebenfalls umfasst von den Koordinationsaufgaben im Sinne der LongCOV-RL sind die Unterstützung des Selbstmanagements sowie die Information über Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, zur Krankheitsbewältigung und zum Erhalt der Arbeits- oder Schulfähigkeit. Dies ist insbesondere im Kontext der vielfach wenig bekannten und zum Teil neuartigen Erkrankungen gemäß § 2 relevant. Zudem können auch die Angebote von Betroffenenorganisationen oder Krankenkassen hier von Bedeutung sein.

#### **Zu Absatz 2 Nummer 14**

Abhängig von der Schwere der Erkrankung und der individuellen Lebenssituation sind Patientinnen und Patienten – und bei Kindern und Jugendlichen ihre Sorgeberechtigten – auch auf weiterführende Informationen und Unterstützungsleistungen angewiesen.



Die Koordination umfasst daher auch die Information von Betroffenen, Sorgeberechtigten, anderen Leistungserbringenden sowie kooperierenden Einrichtungen über Schulungsangebote und sonstige Informationsquellen. Eine Reihe von Organisationen hat inzwischen umfassende oder bereichsspezifische Informationsangebote für insbesondere von Long-/Post-COVID Betroffene zur Verfügung gestellt. Neben u. a. Krankenkassen, die solche Informationen anbieten, ist dies z. B. auch die „Long COVID“-Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit ([www.bmg-longcovid.de](http://www.bmg-longcovid.de)). Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt kann die betroffene Patientin oder den betroffenen Patienten auf entsprechende Angebote, beispielweise durch Verweise auf Webseiten oder Informationsmaterialien, hinweisen und somit das Verständnis für die Grunderkrankung sowie die Belange von Betroffenen fördern.

### **Zu Absatz 3**

Absatz 3 konkretisiert die Anforderungen an den im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten mit einer Erkrankung nach § 2 zu erstellenden Behandlungsplan. So werden wesentliche Inhalte und die Übermittlung an die Patientin oder den Patienten beschrieben.

Der Behandlungsplan muss mindestens die genannten Angaben enthalten. Der Behandlungsplan sowie die Behandlungsziele sind mit der Patientin oder dem Patienten abzustimmen und ihnen in Textform zugänglich zu machen. Letzteres ist von Bedeutung, damit die Behandlungsplanung ihren Zweck erfüllen kann und die Patientin oder der Patient sich auch außerhalb von Präsenzterminen und Gesprächen mit anderen Versorgungsbeteiligten mit den Zielen, Ergebnissen und Behandlungsschritten vertraut machen kann. Insgesamt soll damit eine konsistente und nachvollziehbare Behandlungsplanung gewährleistet werden.

### **Zu Absatz 4**

Die Bestimmung konkretisiert, dass ein Koordinierungsbedarf im Sinne der Versorgung nach dieser Richtlinie und insofern dieser über den bereits der Regelversorgung zuzuordnenden Koordinierungsbedarf (§ 73 Absatz 1 Nummer 2 SGB V) hinausgeht, nur vorliegt, wenn pro Quartal durch mindestens eine weitere Leistungserbringerin oder mindestens einen weiteren Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplin, also über die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt (in der Regel Hausärztin oder Hausarzt) hinaus, eine Behandlung in Bezug auf die gemäß § 2 festgestellte Zielerkrankung erfolgt.

Da ein koordinierender Hausarzt bei bereits begonnener Koordination beispielsweise zum Ende des Quartals hin noch nicht unbedingt wissen kann, ob noch im gleichen Quartal ein weiterer Leistungserbringer weiterhin beteiligt ist (insbesondere mit Blick auf die verfügbaren Termine, Absagen oder den Gesundheitszustand des Patienten), soll eine weitere Behandlung durch einen Leistungserbringer im Folgequartal auch für das Vorliegen des Koordinationsbedarfes berücksichtigt werden. Wichtig ist, dass die Kontinuität der Versorgung durch den zentralen Ansprechpartner und Koordinator gerade für komplex erkrankte Patientinnen und Patienten über Quartalsübergänge hinweg gewährleistet wird und so im Vordergrund der Versorgung steht.

Damit wird klargestellt, dass der außerordentliche Aufwand der Koordinierung nur dann anfällt, wenn auch tatsächlich eine komplexe Versorgungssituation vorliegt, die der besonderen Koordinierung bedarf.

Der Regelung liegt die Erwartung zu Grunde, dass sich im Verlauf der Klärung der initialen Symptomatik oder im Spontanverlauf bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung gemäß § 2 nach vorliegenden Ergebnissen häufig im weiteren Zeitverlauf kein intensiver, koordinierungsbedürftiger Behandlungsbedarf mehr ergeben wird. So weisen aktuelle Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung darauf hin, dass die Mehrheit von Post- bzw. Long-COVID-Patientinnen und -Patienten keine spezielle medizinische Versorgung über einen längeren Zeitraum hinweg benötigt [6].

## **§ 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung**

### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 benennt die wesentlichen Aufgaben der hausärztlichen Versorgung im Sinne der vorliegenden Richtlinie. Diese Aufzählung ist insofern nicht abschließend, als weitere Leistungen der hausärztlichen Versorgung ebenfalls erbracht werden können.

### **Zu Nummer 1**

Der Zugang zur Versorgung nach dieser Richtlinie beginnt mit der Abklärung des Verdachtes auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 durch systematische Erfassung und Bewertung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten. Dies ist ein Kernelement dieser Versorgung und wird als Basis-Assessment in § 5 Absatz 1 Nummer 1 Buchstaben a bis d erfasst. Die einzelnen Bestimmungen orientieren sich insbesondere an den Empfehlungen der aktuellen S1-Leitlinie [7] sowie an generellen Inhalten der hausärztlichen Primärversorgung (in einschlägigen Fällen können auch die Empfehlungen anderer Leitlinien wie z. B. der S3 Leitlinie Müdigkeit von Bedeutung sein). Unter den Voraussetzungen des § 6 Absatz 2 kann das Basis-Assessment auch unmittelbar durch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erfolgen.

Zur systematischen Erfassung des Gesundheitszustands, die bei der Bewertung zur Verdachtsabklärung auf eine Erkrankung gemäß § 2 zu berücksichtigen ist, gehören in der Regel die in der Aufzählung in den Buchstaben a bis d der Nummer 1 genannten Maßnahmen:

### **Zu Nummer 1 Buchstaben a und b**

Als Basis für alle weiteren diagnostischen und gegebenenfalls therapeutischen Schritte sollen zur Erfassung des Symptombildes in allen Bereichen zunächst eine sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung durchgeführt werden. Da der Impfstatus sowie eine Schmerz- und Schlafanamnese nicht immer regelhaft bei hausärztlichen Konsultationen erfasst werden, sind diese ausdrücklich erwähnt. Bei Kindern (insbesondere bei kleinen Kindern) und Jugendlichen und bei Personen mit stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit und kognitiver Funktion (z.B. Demenz, Menschen mit geistiger Behinderung) kann zusätzlich eine Fremdanamnese durch eine Bezugsperson erforderlich sein.

Insofern die Patientin oder der Patient bereits in Behandlung bei der Ärztin oder dem Arzt ist, kann eine Anamnese gegebenenfalls bereits vorliegen, die zu berücksichtigen ist.

### **Zu Nummer 1 Buchstabe c**

Die vorgesehene Erfassung des funktionellen Status mit Hilfe einer Skala und Ermittlung, ob eine leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkungen vorliegt, folgt insbesondere den Empfehlungen der aktuellen S-1-Leitlinie [7] (Abschnitt 6.2., S. 15 f.) und kann mit Hilfe des dort charakterisierten, einfachen und aufwandsarm zu nutzenden Instrumentes erfolgen. Eine einfache Klassifizierung in milde, moderate, schwere oder sehr schwere Formen insbesondere von ME/CFS kann anhand der im IQWIG Bericht ME/CFS [4] beschriebenen Klassifizierung durchgeführt werden. Damit soll die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigung und Dringlichkeit der Behandlung abgeschätzt werden, um zur Planung der geeigneten weiteren Versorgung beizutragen und diese auf eine nachvollziehbare Grundlage zu stellen. Insbesondere bei Kindern sind auch gegebenenfalls resultierende Einschränkungen, die Sorgeberechtigte betreffen, mit einzubeziehen.

### **Zu Nummer 1 Buchstabe d**

Unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten ist bei hinweisender Symptomatik eine grundlegende orientierende Untersuchung des neurologischen, psychischen und funktionellen Status durchzuführen. Dies beinhaltet auch die Identifikation sogenannter „red flags“, die auf eine notwendige dringliche Überweisung an eine Facharzt Disziplin oder auf eine erforderliche stationäre Einweisung hinweisen können, wie z.B. Myokarditis, Lungenembolie sowie die Identifizierung von Warnhinweisen für Chronifizierung und Ersteinschätzung, ob z.B. ein ME/CFS vorliegt oder Hinweise für die Entwicklung eines solchen gesehen werden.

Die strukturierte Erfassung einer möglichen orthostatischen Intoleranz (OI), eines posturalen orthostatischen Tachykardiesyndroms (POTS) und einer PEM sind hinweisende Symptome auf das Vorliegen eines ME/CFS. Die frühzeitige Abklärung bei vorliegenden Hinweisen ist erforderlich, weil OI und POTS therapierbare Schlüsselsymptome der Erkrankung darstellen und gemeinsam mit PEM einen hohen diagnostischen Stellenwert haben. Insbesondere die Identifikation der PEM ermöglicht eine frühzeitige Verhaltensadaptation mit dem Ziel, eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufs zu verhindern. Dabei ist zu beachten, dass die PEM eine Verschlechterung aller Symptome nach Belastung darstellt, zeitverzögert bis zu 48 Stunden nach Belastung auftreten kann und mindestens 14 Stunden anhält. Zur strukturierten Erfassung der PEM eignet sich der Fragebogen nach Jason et al ([https://cfc.charite.de/fileadmin/user\\_upload/microsites/kompetenzzentren/cfc/ZZ alte Da teien/Landing Page/DSQ-PEM\\_TUM.pdf](https://cfc.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/kompetenzzentren/cfc/ZZ_alte_Da teien/Landing_Page/DSQ-PEM_TUM.pdf)).

Bei einer anamnestischen Belastungsintoleranz und hinweisender Symptomatik kann zur Abklärung einer PEM ein DSQ-PEM Screening (DSQ: DePaul Symptom Questionnaire) unterstützen.

Zur Erfassung eines ME/CFS stehen in der Versorgung orientierend die IOM-/NICE-Kriterien zur Verfügung (IOM: Institute of Medicine, now the National Academy of Medicine/ NAM/ USA; NICE: The National Institute for Health and Care Excellence/ UK), welche mittels der kanadischen Konsensuskriterien CCC (Canadian Consensus Criteria bzw. angepasste Kriterien für Minderjährige) bestätigt werden können.

Der S3-Leitlinie „Müdigkeit“ 2022 zufolge, kann zusätzlich zu den IOM-Kriterien bei Abklärung eines ME/CFS auch der MBSQ (Munich Berlin Symptom Questionnaire) Einsatz finden, der Schweregrad und Häufigkeit von ME/CFS-Symptomen erfasst und einen Algorithmus für die Berechnung der IOM- und CCC-Kriterien liefert.

Zudem können die strukturierte Erfassung einer möglichen orthostatischen Intoleranz (OI) oder eines posturalen orthostatischen Tachykardiesyndroms (POTS) bei hinweisender Symptomatik ein Schellong-/NASA-Lean-Test eine Befundermittlung unterstützen.

#### **Zu Nummer 2**

Über die vom Basis-Assessment abgedeckten Maßnahmen hinaus werden in Nummer 2 weitere Aufgaben zur Verdachtsabklärung beschrieben.

So soll die Hausärztin oder der Hausarzt die notwendige Differenzialdiagnostik durchführen, wobei die Bestimmungen in Absatz 2 zur gegebenenfalls ausreichenden Beobachtung des Krankheitsverlaufs und insbesondere die Bestimmungen in § 2 Absatz 3 zu berücksichtigen sind, wonach differenzialdiagnostische Abklärungen die zeitnahe, am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung nicht behindern sollen.

Im Bedarfsfall überweist die Hausärztin oder der Hausarzt die Patientin oder den Patienten an eine geeignete Leistungserbringerin oder einen geeigneten Leistungserbringer der fachärztlichen oder spezialisierten ambulanten Versorgungsebene nach § 3 Absatz 3 oder Absatz 4, soweit kein fachärztlicher Überweisungsvorbehalt besteht. Ein fachärztlicher Überweisungsvorbehalt besteht gemäß § 117 Absatz 1 Satz 2 SGB V bei der Überweisung von Patientinnen oder Patienten an Hochschulambulanzen, wenn die betroffenen Personen wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen.

#### **Zu Nummer 3**

Die Information, Aufklärung, Beratung, Betreuung und Anleitung der Patientinnen und Patienten oder ihrer Bezugsperson über das Krankheitsbild und zu ihren spezifischen Symptomen gehört zu den hausärztlichen Aufgaben. Verändert sich die Symptomatik wesentlich im Verlauf, so kann dies auch wiederholt notwendig sein. Diese Aufgabe ist in Bezug auf die, gegebenenfalls den Patientinnen oder Patienten wenig bekannten und zum Teil neuartigen Erkrankungen gemäß § 2 von besonderer Bedeutung.

#### **Zu Nummer 4**

Die Hausärztin oder der Hausarzt erstellt den Behandlungsplan (vgl. § 4) und koordiniert die Behandlung, da sie oder er in der Regel – vorbehaltlich der Ausnahmeregelung gemäß § 6 Absatz 2 – zugleich koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt ist.

#### **Zu Nummer 5**

Es werden die hausärztliche Therapie und eine gegebenenfalls erforderliche Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung in die fachärztliche Ebene gemäß Absatz 4 als hausärztliche Aufgaben bestimmt, da sie unverzichtbarer Teil der Versorgung auch nach der vorliegenden Richtlinie sind.

#### **Zu Nummer 6**

Auch die Verordnung von Leistungen (siehe hierzu auch § 8) nach den hierfür geltenden Regelungen des BMV-Ä zählt zu den unverzichtbaren Aufgaben der Hausärztin oder des Hausarztes und wird als solche explizit benannt.

### **Zu Nummer 7**

Die Beratung zum Selbstmanagement, zur Krankheitsbewältigung und zur Stressreduktion sind von besonderer Bedeutung für die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit einer von dieser Richtlinie adressierten Erkrankung und gehen über das bisher übliche Maß hinaus. Als zentrale Elemente in der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten sollen sie deshalb intensiviert und so auch kontinuierlich gestärkt und ausgebaut werden.

Bei der Symptomatik der Erkrankungen gemäß § 2 können Fatigue und Belastungsintoleranz mit PEM eine besondere Rolle spielen. In diesen Fällen kann eine Beratung zu Selbst- und Leistungsmanagement notwendig sein. Hierbei soll versucht werden, mit Hilfe einer angemessenen Therapie- und Alltagsgestaltung Überlastung zu vermeiden.

Pacing ist ein Konzept zur Einhaltung der eigenen Belastungsgrenzen mit dem Ziel, eine Verschlechterung des Krankheitszustands oder -verlaufs zu vermeiden, auch wenn zum Zeitpunkt der Richtlinienerstellung noch wenig über spezifisch konzipierte „Pacing“-Interventionen über belastbare Studien bekannt ist [4]. Hinsichtlich ME/CFS wurden frühere Behandlungskonzepte mit medizinischer Trainingstherapie mit steigender Belastung (graded exercise therapy, GET) oder kognitive Verhaltenstherapie (CBT) als von keiner (NICE/IQWiG) oder – im Hinblick auf CBT – allenfalls geringer (IQWiG) Evidenz für die Wirksamkeit beurteilt. Für Long-COVID im engeren Sinne liegen hinweisende Studien zum Nutzen von Pacing-Konzepten vor.

Das IQWiG rät jedoch in seinen Handlungsempfehlungen bis zum Vorliegen von ausreichenden Studienergebnissen dazu, die Entscheidung für oder gegen eine aktivierende Therapie bei ME/CFS individuell nach adäquater Aufklärung über mögliche Vor- und Nachteile sowie unter Berücksichtigung persönlicher Präferenzen zu treffen [4].

### **Zu Nummer 8**

Besonders erwähnt wird die der Hausärztin oder dem Hausarzt zur Verfügung stehende Möglichkeit zur Nutzung bzw. Durchführung oder Veranlassung von aufsuchenden Versorgungsmöglichkeiten, insbesondere von Hausbesuchen. Hausbesuche sind im Bedarfsfall und soweit dies nach den geltenden Vorgaben des BMV-Ä erforderlich ist durchzuführen. Dies kann für bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung gemäß § 2 wichtig sein, insbesondere bei eingeschränkter Mobilität.

### **Zu Nummer 9**

Ergänzend zu Nummer 8 stimmt sich die Hausärztin oder der Hausarzt bei Bedarf mit Pflegediensten und anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zur Versorgung in der Häuslichkeit ab. Die unterstützende Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten kann im Bedarfsfall bei der Klärung der Situation vor Ort hilfreich sein.

### **Zu Nummer 10**

Es wird ferner – wiederum für den Bedarfsfall – die Nutzung bzw. Durchführung von Fernbehandlungsmöglichkeiten unter Beachtung der geltenden Vorgaben des BMV-Ä vorgesehen. Dies kann sowohl im Hinblick auf eingeschränkte Mobilität und schwere Betroffenheit (z.B. ME/CFS, PEM) als auch in Bezug auf die Vereinfachung der Nutzung der Versorgungsmöglichkeiten für bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten mit einer

Erkrankung gemäß § 2 wichtig sein, sofern die Versorgungsleistung (teilweise) in Form einer Fernbehandlung erbracht werden kann.

#### **Zu Nummer 11**

Der interkollegiale Austausch ist – auch mit Blick auf die versorgungsebenenübergreifende Zusammenarbeit – im Bedarfsfall für die interdisziplinäre und gegebenenfalls auch multimodale Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten von herausgehobener Bedeutung, so dass er im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie einen besonderen Stellenwert einnimmt. Dieser Austausch mit der fachärztlichen Versorgungsebene kann zum Beispiel in Form von Fallbesprechungen und Konsilen, möglichst auch unter Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten, erfolgen, um damit die Versorgungseffizienz zu erhöhen. Die derzeit geltenden Regelungen sind zu beachten.

#### **Zu Nummer 12**

Zudem prüft die Hausärztin oder der Hausarzt in Einzelfällen Erforderlichkeit, Eignung und Möglichkeiten einer Behandlung der von der Richtlinie fokussierten Patientin oder des Patienten in der spezialisierten ambulanten Versorgung nach § 3 Absatz 4. Dies umfasst im Bedarfsfall auch die Prüfung und gegebenenfalls Veranlassung einer Überweisung der Patientin oder des Patienten in die entsprechende spezialisierte ambulante Versorgung, wobei gegebenenfalls bestehende fachärztliche Überweisungsvorbehalte (vgl. dazu oben zu Nummer 2) zu beachten sind.

#### **Zu Nummer 13**

Die Vermittlung an eine Hochschulambulanz zu Zwecken der Forschung und Lehre im Sinne von § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ist eine wichtige Aufgabe der hausärztlichen Versorgung, insofern ein erheblicher Forschungsbedarf in Bezug auf Erkrankungen nach § 2 besteht. Sie soll unter Berücksichtigung der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Nummer 7 erfolgen. Damit wird auch der in § 1 Absatz 3 Nummer 6 formulierten Zielstellung, die Forschung zu unterstützen, Rechnung getragen.

Insofern auch andere spezialisierte Einrichtungen an der Forschung teilnehmen, gilt dies auch für diese Einrichtungen. Eine Vorabklärung der Eignung bestimmter Einrichtungen kann insbesondere auf der Grundlage der nach § 7 Nummer 7 veröffentlichten Kriterien, für welche Gruppe von Patientinnen und Patienten eine Einrichtung geeignet ist, erfolgen.

#### **Zu Absatz 2**

Beim Auftreten der Symptomatik und am Beginn der Behandlung sollte berücksichtigt werden, dass die Möglichkeit von Verbesserungen im Zeitverlauf besteht, die auch ohne spezifische Maßnahmen eintreten können. Dies kann auch den vorübergehenden Verzicht auf spezifische weitere Maßnahmen unter Beobachtung des weiteren Krankheitsverlaufs zur Folge haben. Daten zur Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgungsleistungen zeigen, dass viele Patientinnen und Patienten, für die eine Long- bzw. Post-COVID-Diagnose dokumentiert wurde, in der Folgezeit keine oder nur wenige weitere (vertragsärztliche) Leistungen in Anspruch genommen haben [6].

Im Rahmen des bereits intensiven Forschungsgeschehens [11], das noch viele Lücken enthält und weiteren Erkenntnisbedarf zeigt, aber sicherlich auch in absehbarer Zukunft zu weiteren Erkenntnissen über längerfristige Verläufe führen wird, wird jedoch auch über gutartige

Verläufe berichtet. So kommt eine Studie aus Großbritannien zu dem Schluss, dass, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einer wenig schweren Verlaufsform der COVID-Infektion, die meisten Problematiken ein Jahr nach Infektion nicht mehr fortbestehen [8].

Die S1-Leitlinie gibt im Kapitel 2.2 jedoch zu bedenken: „...Ob die Prävalenz von Long/Post-COVID-Symptomen mit der Schwere der akuten SARS-CoV-2-Infektion korreliert, ist umstritten, ohne Zweifel kann dieses auch bei Patient\*innen mit initial asymptomatischer SARS-CoV-2-Infektion oder milder COVID-19 auftreten ...“ [7].

Darüber hinaus erscheint es auch vor dem Hintergrund der Breite der Symptomatik und des breiten Eingangskriteriums des Verdachts auf das Vorliegen des nicht präzise abgrenzbaren Long- bzw. Post-COVID-Syndroms sowie nicht verfügbarer, spezifischer Behandlungsverfahren und auf der Grundlage vorliegender Ergebnisse zum Verlauf plausibel, dass bei vielen Patientinnen und Patienten in der Folge eine wesentliche Besserung des Krankheitszustands und -verlaufs auch ohne eine spezifische oder intensive Behandlung eintritt. Dies ist daher zu berücksichtigen.

### **Zu Absatz 3**

Wenn die diagnostische Abklärung durch die Hausärztin oder den Hausarzt nicht eindeutig leistbar und/oder die Anwendung einer Untersuchungsmethode erforderlich ist, die diese oder dieser nicht selbst durchführen kann, so ist eine Überweisung zur Erbringung einer Auftragsleistung oder eine Konsiliarüberweisung an an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 3 oder in Einzelfällen in die spezialisierte ambulante Versorgung nach § 3 Absatz 4 in Betracht zu ziehen. Eine entsprechende Überweisung ist im Bedarfsfall und unter Beachtung gegebenenfalls bestehender fachärztlicher Überweisungsvorbehalte insbesondere Aufgabe der Hausärztin oder des Hausarztes. Hierbei gelten die Vorgaben des § 24 BMV-Ä uneingeschränkt.

Eine Überweisung zur Auftragsleistung oder Konsiliaruntersuchung ist explizit als solche in Betracht zu ziehen, da hiermit keine Mit- oder Weiterbehandlung ausgelöst werden soll, sondern die Klärung einer diagnostischen Fragestellung. Sie erfolgt als Konsequenz der in der Richtlinie vorgesehenen gestuften Versorgung und bedient sich der in den Bestimmungen in § 24 Absatz 3 Nummer 1 und 2 BMV-Ä vorgesehenen Überweisung zur Auftragsleistung oder Konsiliaruntersuchung. Zunächst soll, soweit möglich, die Versorgung auf der hausärztlichen Ebene erfolgen. Ist eine Mit- oder Weiterbehandlung auf der fachärztlichen Ebene erforderlich, kann eine Überweisung gemäß Absatz 4 zur Mit- bzw. Weiterbehandlung erfolgen (§ 24 Absatz 3 Nummer 3 und Nummer 4 BMV-Ä).

### **Zu Absatz 4**

In Absatz 4 werden nicht abschließend Umstände benannt, die eine Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung an Fachärztinnen oder Fachärzte oder psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten erforderlich machen. Eine Überweisung kann in Einzelfällen auch in die spezialisierte ambulante Versorgung nach § 3 Absatz 4 erfolgen, soweit kein fachärztlicher Überweisungsvorbehalt besteht.

Eine entsprechende Überweisung sollte in Betracht gezogen werden, wenn bei einer Patientin oder einem Patienten mit einer Erkrankung nach § 2 Symptome neu auftreten, unter der

Behandlung fortbestehen oder sich verschlechtern oder klinische Hinweise auf veränderte oder sich verschlechternde Symptome (Warnhinweise) auftreten.

In Anlehnung an die bestehende S1-Leitlinie [7] werden die Warnhinweise, wie z.B. ein schlechter Allgemeinzustand, eine signifikante Gewichtszunahme bzw. -abnahme, unerklärliche oder neurologische Auffälligkeiten (Sensibilität, Motorik, Schlucken, Sprache und Kognition) oder eine neue Schmerzsymptomatik explizit aufgeführt, um deren Bedeutung hervorzuheben. „Diese sollten Anlass zu einer vertiefenden gegebenenfalls fachspezifischen Diagnostik oder einer Überweisung z. B. in eine Post-COVID-Ambulanz geben.“ [7]

#### **Zu Absatz 5**

Die Überweisung ist bedarfsorientiert und nach den Erkenntnissen über die Zuordnung der Symptomatik zum jeweiligen Fachgebiet unter Berücksichtigung der Ergebnisse der vorgenommenen Diagnostik auszurichten.

Ist eine Überweisung in die fachärztliche Versorgungsebene nicht notwendig, erfolgt die Weiterbehandlung durch die Hausärztin oder den Hausarzt gegebenenfalls bzw. in der Regel auf der Grundlage des gefassten Behandlungsplanes.

#### **Zu Absatz 6**

Die hausärztliche Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst auch eine Unterstützung betroffener Patientinnen und Patienten durch weitere Informationen und unterstütztes Selbstmanagement auch als Delegationsleistung, insbesondere wenn die Beeinträchtigung des Alltagslebens unter Berücksichtigung der Lebensumstände der Patientin und des Patienten nicht so gravierend ist, dass darüber hinausgehende Maßnahmen notwendig sind. Hierbei sind auch ohne spezifische Behandlungsmaßnahmen (vgl. § 5 Absatz 2) eintretende günstige Verläufe zu berücksichtigen. Aufgrund des niederschweligen Zugangs zur Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie in Verbindung mit zum Teil vielgestaltigen und unspezifischen Syndromen bzw. Symptomspektren sind Fallkonstellationen zu erwarten, bei denen die Symptomatik weder auf eine andere als eine der in § 2 genannten Erkrankungen zurückzuführen ist, noch spezifische Behandlungen verfügbar sind oder benötigt werden.

Insofern dennoch, mäßig gravierende und nur geringer das Alltagsleben beeinträchtigende, Symptome fortbestehen, kann das beschriebene Vorgehen sowie eine bedarfsentsprechende Weiterbehandlung durch die Hausärztin oder den Hausarzt angemessen sein.

### **§ 6 Diagnostik und Behandlung in der Fachärztlichen Versorgung**

#### **Zu Absatz 1**

In Absatz 1 werden – nicht abschließend – die wesentlichen Aufgaben der fachärztlichen Versorgung im Sinne dieser Richtlinie dargelegt.

#### **Zu Nummer 1**

Zentrale Aufgabe der fachärztlichen Versorgung ist – in Übereinstimmung mit deren Aufgaben auch in der Regelversorgung – die Unterstützung der hausärztlichen Versorgungsebene im Zusammenhang mit der differenzialdiagnostischen Abklärung des Verdachtes auf eine Erkrankung nach § 2.



## **Zu Nummer 2**

Diagnostische und therapeutische Maßnahmen bilden – über die unmittelbare und punktuelle Unterstützung bei der differenzialdiagnostischen Abklärung eines Erkrankungsverdachts gemäß Nummer 1 hinaus – den zweiten wesentlichen Aufgabenbereich der Fachärztinnen und Fachärzte im Rahmen dieser Richtlinie.

## **Zu Nummer 3**

Sofern die Verordnung von Leistungen nach § 8 erforderlich ist, kann dies auch in der fachärztlichen Ebene erfolgen. Eine Verordnung per Videosprechstunde ist möglich, sofern die geltenden Vorgaben dies zulassen. Für die Verordnung gelten die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V.

## **Zu Nummer 4**

Ergibt sich in Folge der fachärztlich durchgeführten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen Bedarf zur Änderung des Behandlungsplans, sind der koordinierenden Ärztin bzw. dem koordinierenden Arzt entsprechende Anpassungen vorzuschlagen, sofern die Fachärztin oder der Facharzt unter Berücksichtigung der Voraussetzungen gemäß § 6 Absatz 2 nicht selbst die Koordination übernommen hat. Die Aktualisierung des Behandlungsplans durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt ist wichtig, um die Koordinationsfunktion im Interesse der Patientinnen und Patienten ausüben zu können.

## **Zu Nummer 5**

Mit Blick auf die erforderliche Zusammenarbeit ist im Bedarfsfall eine Teilnahme der fachärztlichen Versorgungsebene an Konsilen und Fallbesprechungen, möglichst auch unter Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten, zur Erhöhung der Versorgungseffizienz nach den geltenden Vorgaben notwendig.

## **Zu Nummer 6**

Nummer 6 legt die Möglichkeit zur Nutzung bzw. Durchführung oder Veranlassung von aufsuchenden Versorgungsmöglichkeiten, insbesondere von Hausbesuchen und der Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste, sowie von Fernbehandlungsmöglichkeiten fest.

Hausbesuche sind im Bedarfsfall und soweit dies unter Beachtung der geltenden Vorgaben des § 17 Absatz 6 BMV-Ä in der Fassung vom 1. Oktober 2023 erforderlich und notwendig ist durchzuführen. 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.

## **Zu Nummer 7**

Auch bei der Überweisung an andere Fachärztinnen und Fachärzte oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Berufe handelt sich um eine regelhafte Aufgabe der fachärztlichen Versorgung, die im Rahmen der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie notwendig sein

kann. Dabei sind die Bestimmungen des § 6 Absatz 3 zu berücksichtigen. Zudem wird auf die Bestimmungen des § 24 BMV-Ä verwiesen.

### **Zu Nummer 8**

Um dem Sinn und Zweck einer gestuften Versorgung gerecht zu werden, sollte die Weiterleitung in die spezialisierte ambulante Versorgung durch Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 4 gezielt und geplant erfolgen. Für diese gezielte Weiterleitung soll nach Möglichkeit eine Vorabklärung erfolgen, um anhand wesentlicher Vorbefunde und etwaiger Therapieoptionen die Notwendigkeit und Möglichkeiten einer weiterführenden Diagnostik und Behandlung prüfen und gegebenenfalls vorbereiten zu können.

Als Grundlage einer zügigen Vorabklärung dienen die Informationen zur Auswahl geeigneter Patientinnen und Patienten, die die spezialisierten ambulanten Einrichtungen gemäß § 7 Nummer 7 veröffentlichen sollen.

Die Ausgestaltung der Vorabklärung zwischen der überweisenden Ärztin oder dem überweisenden Arzt und der Hochschulambulanz oder spezialisierten Einrichtung liegt im Ermessen der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Wie beschrieben soll zunächst geklärt werden, ob die Patientin oder der Patient für eine weiterführende Diagnostik geeignet ist und gegebenenfalls zusätzliche (Vor-) Befunde für die weiterführenden Untersuchungen und gegebenenfalls Behandlung erforderlich sind. Im Rahmen der Vorabklärung werden alle relevanten Informationen erfasst und Behandlungsmöglichkeiten besprochen.

Weitere Aspekte zur Überweisung und zum Zugang in die spezialisierte Versorgung werden im Folgenden in Nummer 9 sowie § 6 Absatz 4 geregelt.

### **Zu Nummer 9**

Es werden Bestimmungen zur Überweisung bzw. zur Vermittlung an eine Hochschulambulanz oder eine spezialisierte ambulante Einrichtung gemäß § 3 Absatz 4 getroffen, die in den benannten Fällen durch die Fachärztin oder den Facharzt erfolgt. Diese kann aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung erforderlich bzw. ratsam sein (vgl. § 6 Absatz 4). Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn bestimmte erforderliche Untersuchungsmöglichkeiten in dieser Ebene verfügbar sind oder für die weitere Behandlung zusätzliche oder spezifische Expertise erforderlich ist.

### **Zu Nummer 10**

Die Vermittlung an eine Hochschulambulanz zu Zwecken der Forschung und Lehre im Sinne von § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ist eine wichtige Aufgabe der fachärztlichen Versorgung, da weiterhin ein erheblicher Forschungsbedarf in Bezug auf Erkrankungen nach § 2 besteht. Insofern kann die Fachärztin oder der Facharzt einen entsprechenden Vorschlag machen, der gegebenenfalls eine Studienteilnahme ermöglicht. Eine Überweisung ist hierfür nicht erforderlich. Damit wird auch dem in § 1 Absatz 3 Nummer 6 genannten Ziel, die Forschung zu unterstützen, Rechnung getragen.

Insofern auch andere spezialisierte Einrichtungen an der Forschung teilnehmen, gilt dies auch für diese Einrichtungen. Es sind die Veröffentlichungen der spezialisierten ambulanten

Einrichtungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Nummer 7 zu berücksichtigen. Dabei ist die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt entsprechend § 6 Absatz 3 einzubeziehen. Eine Vorabklärung der Eignung bestimmter Einrichtungen kann insbesondere auf der Grundlage der veröffentlichten Kriterien, für welche Gruppe von Patientinnen und Patienten eine Einrichtung geeignet ist, erfolgen.

#### **Zu Absatz 2**

Die hausärztlich koordinierte Versorgung ist ein wesentliches Merkmal der vorliegenden Richtlinie. Gleichwohl sind Gegebenheiten der Versorgung denkbar, in denen Patientinnen und Patienten aktuell in regelmäßiger Behandlung bei einer Fachärztin oder einem Facharzt sind, die oder der nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt und zugleich eine solche Beziehung zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt nicht besteht. In solchen Fällen kann die Koordination auch durch die Ärztin oder den Arzt wahrgenommen werden, zu dem bereits eine Beziehung besteht, vorausgesetzt, diese bzw. dieser kann die Koordinationsaufgaben auch erfüllen. Diese Ausnahmeregelung erscheint sachgerecht, da diese Fachärztin oder dieser Facharzt in der Regel bereits über wichtige Informationen zur Patientin oder zum Patienten verfügt und ein separates Aufsuchen einer (neuen) Hausärztin oder eines (neuen) Hausarztes gegebenenfalls mit unnötigem Aufwand verbunden wäre.

#### **Zu Absatz 3**

Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut kann im Falle der Erforderlichkeit für Diagnostik und/oder Behandlung die Überweisung bzw. Beteiligung weiterer Fachärztinnen oder Fachärzte anderer Fachgebiete veranlassen.

Eine entsprechende Überweisung oder die Veranlassung des Einbezugs weiterer Fachärztinnen oder Fachärzte kann aber nur in Kenntnis und in Absprache mit der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt erfolgen. In Fällen besonderer Eilbedürftigkeit ist eine zeitnahe Information der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes im Nachgang ausreichend.

Diese Regelung ist notwendig, da andernfalls die wesentliche und für die Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie zentrale, in der Regel hausärztlich übernommene Koordinierungsfunktion nicht angemessen ausgeübt werden kann. Der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt wäre sonst unter Umständen unbekannt, welche weiteren Ärztinnen oder Ärzte an der Versorgung beteiligt sind. Dies könnte gegebenenfalls auch die Funktion des Behandlungsplanes in Frage stellen. Auch die Nutzung von möglicherweise erzielten Ergebnissen der weiteren Ärztinnen oder Ärzte wäre dann gegebenenfalls weder der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt noch weiteren Versorgungsbeteiligten in der ansonsten im Rahmen der Koordination vorgesehenen Form möglich. Das mit der Bestimmung in Absatz 3 vorgesehene Vorgehen sichert insofern den intensiven Informationsaustausch und die Koordination zwischen den einbezogenen Versorgungsebenen und trägt zur qualifizierten individuellen Patientenbetreuung bei.

#### **Zu Absatz 4**

Die Überweisung in die spezialisierte ambulante Versorgung gemäß § 3 Absatz 4 sollte erfolgen, wenn die Patientin oder der Patient mit einer Erkrankung oder einem Erkrankungsverdacht nach § 2 wegen Art, Schwere oder Komplexität einer interdisziplinären

Versorgung von mindestens zwei oder mehr Fachdisziplinen und der besonderen ärztlichen Expertise eines Fachgebietes bedarf, die über die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach §§ 5 und 6 hinausgeht. Dies ist spätestens zu erwägen, wenn eine dreimonatige Arbeitsunfähigkeit bei Erwachsenen oder eine vierwöchige Schulunfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen vorliegt oder ein ME/CFS mit mindestens moderatem Schweregrad. Diese Zeitintervalle resultieren aus der dreimonatigen Frist (Erwachsene), mit der mittels IOM-Kriterien ein ME/CFS diagnostiziert werden kann (dies wird hier, mangels vergleichbarer Empfehlungen für schwerere Verläufe von Long-COVID, generell angewendet). Eine formale Bestätigung der Kanadischen Konsensus Kriterien ist per definitionem erst nach sechs Monaten Krankheitsdauer möglich (Erwachsene). Bei Kindern sind diese Zeitintervalle zu reduzieren, da aufgrund von Bildungslücken und Verlust der Peer Group hier größere Eile geboten ist. Eine moderate Schwere bezieht sich auf die Schweregradeinteilung gemäß NICE-Guideline [10] und wird auch im IQWiG-Bericht ME/CFS wiedergeben. Demnach besteht eine moderate Schwere des ME/CFS dann, wenn die Patientinnen oder die Patienten u.a. aufgrund der Schwere in der Regel nicht arbeits- und schulfähig sind.

Auch diese Bestimmung ist für die konsequente Umsetzung einer gestuften Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlich. Die Kapazitäten der spezialisierten ambulanten Einrichtungen sollen somit insbesondere für die Behandlung besonders schwieriger und komplexer Fälle genutzt werden.

## **§ 7 Diagnostik und Behandlung in der spezialisierten ambulanten Versorgung**

In § 7 werden – nicht abschließend – die wesentlichen Aufgaben der spezialisierten ambulanten Versorgung gemäß § 3 Absatz 4 beschrieben.

### **Zu Nummer 1**

Die Ebene der spezialisierten ambulanten Versorgung unterstützt mit ihrer besonderen Expertise haus- und fachärztliche, und damit weniger spezialisierte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bei der differentialdiagnostischen Abklärung von Symptomen und der Behandlung von betroffenen Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung nach § 2. Die gegebenenfalls besonderen Erfordernisse bei Kindern und Jugendlichen sollen hierbei beachtet werden.

### **Zu Nummer 2**

Die Unterstützung durch Anbieter spezieller ambulanter Angebote (vgl. § 3 Absatz 4) umfasst die diagnostische und therapeutische Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten.

### **Zu Nummer 3**

Weiter sind Aufgaben auch der spezialisierten ambulanten Versorgung die bedarfsabhängige Information, Aufklärung, Beratung, Betreuung und Anleitung der Patientinnen und Patienten und möglicher Bezugspersonen über das Krankheitsbild und zu ihren spezifischen Symptomen.

#### **Zu Nummer 4**

Ergibt sich in Folge der durchgeführten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen Bedarf zur Änderung des Behandlungsplans, sind der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt entsprechende Anpassungen vorzuschlagen.

#### **Zu Nummer 5**

Soweit erforderlich, obliegt es der an der spezialisierten ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringerin oder dem teilnehmenden Leistungserbringer, aufgrund ihrer speziellen Expertise Leistungen nach § 8 zu verordnen.

#### **Zu Nummer 6**

Zudem gehört die Durchführung bzw. Teilnahme an telemedizinischen Verfahren wie Telekonsilien oder Videosprechstunden zu den Aufgaben dieser Ebene. Das Angebot bzw. die die Nutzung von Telemedizin sind bei Anbietern spezieller Angebote von besonderer Bedeutung, da es sich um eine begrenzte Zahl von spezialisierten Einrichtungen handelt, sodass die Nutzung von telemedizinischen Angeboten hier für Patientinnen und Patienten eine erhebliche Erleichterung darstellen kann. Dies gilt insbesondere auch mit Blick auf die teilweise regional unterschiedlichen Angebote dieser Versorgungsebene und eine möglichst niederschwellige Ausgestaltung des Zugangs zu diesen. Die Möglichkeiten der Telemedizin sind möglichst auch zu nutzen, um damit auch zur Versorgungseffizienz beizutragen.

#### **Zu Nummer 7**

Spezialisierte ambulante Einrichtungen veröffentlichen Informationen zur Auswahl geeigneter Patientinnen und Patienten für die Behandlung und gegebenenfalls Forschung in der jeweiligen Einrichtung, sowie, welche anamnestischen Informationen und diagnostischen Ergebnisse vor dem Erstkontakt übermittelt werden sollen. Damit soll erreicht werden, dass andere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer möglichst patientenindividuelle Informationen, soweit vorhanden, bereits bereitstellen können und die spezialisierten ambulanten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer einschätzen können, welchen besonderen Bedarf die Patientinnen und Patienten aufweisen. Durch die Bereitstellung solcher Informationen können insbesondere aufwändige, einzelne Kommunikationsprozesse vermieden bzw. auf ein Minimum reduziert werden.

Diese Informationen sind im Bedarfsfalle die Grundlage für Überweisungen und Vermittlungen aus der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie für eine zügige Vorabklärung.

Zugleich wird erwartet, dass spezialisierte ambulante Einrichtungen intensiv an Forschungsaktivitäten teilnehmen und somit gegebenenfalls auch, im Rahmen von Studien, experimentelle Verfahren einsetzen bzw., insofern es sich um Hochschulambulanzen handelt, auch eine Versorgung auf der Grundlage von § 117 Absatz Nummer 1 SGB V anbieten.

### **§ 8 Verordnung weiterer Leistungen**

#### **Zu Absatz 1**

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie umfasst grundsätzlich auch die Verordnung aller Leistungen, die in der vertragsärztlichen Versorgung

verordnungsfähig sind. Satz 1 verweist insoweit deklaratorisch und nicht abschließend auf verordnungsfähige Leistungen, die für die Versorgung nach dieser Richtlinie besonders relevant sind. Die Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie kann demnach, soweit erforderlich, insbesondere die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 SGB V (Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen, Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen, Verordnung häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege, Verordnung von Soziotherapie) und gegebenenfalls Nummer 14 (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) umfassen. Für die Verordnung gelten die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V, d. h. es werden keine über die bestehenden Verordnungsmöglichkeiten hinausgehenden Verordnungsmöglichkeiten geschaffen. Die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen gelten. Auch werden keine generellen Beschränkungen des Leistungsumfangs vorgenommen.

Erkrankungen nach § 2 können mit verschiedenen Symptomen in unterschiedlicher Intensität und Schwere auftreten und zu schweren Behinderungen mit erheblichen Einschränkungen im Alltagsleben führen, bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Erkrankungsspezifische Besonderheiten sind zu berücksichtigen, insbesondere in Bezug auf die individuelle Belastbarkeit. Integraler Bestandteil der Therapie ist die rechtzeitige und bedarfsgerechte Versorgung mit ärztlich oder gegebenenfalls psychotherapeutisch verordneten Leistungen, wie Hilfsmitteln nach § 33 SGB V, Heilmitteln nach § 32 SGB V, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V und/oder häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz (PEM) ist zudem auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten. Dabei ist zu beachten, dass PEM, also die Verschlechterung der Symptome aufgrund leichter Aktivitäten, bis zu 48 Stunden zeitverzögert eintreten kann [10]. Hierzu gehört auch, auf Reizempfindlichkeiten (in Bezug auf Licht, Düfte, Geräusche Berührungen) und tageszeitabhängige Bedürfnisse zu achten sowie alle bestehenden Möglichkeiten von Hausbesuchen und telemedizinischen Verordnungs- sowie Erbringungsmöglichkeiten zu nutzen. Erkrankungsspezifischen Besonderheiten sollten bei allen Verordnungen ausdrücklich vermerkt werden, so dass sich auch die weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer auf spezifische Bedarfe der Patientinnen und Patienten einstellen und die Leistungserbringung entsprechend leitliniengerecht durchführen können.

Es ist daher immer eine Balance zwischen der Vermeidung von Überlastung und zugleich zur Nutzung der Chancen einer körperlichen Aktivierung anzustreben, die sorgfältig und individuell abgewogen werden müssen.

### **Zu Absatz 2**

Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie kann auch die Verordnung einer stationären Krankenhausbehandlung erforderlich werden. So wird Krankenhausbehandlung u. a. in Zusammenhang mit Long-/Post-COVID verzeichnet.

So kann beispielsweise bei einer schweren Belastungsintoleranz oder bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen eine stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen sein, wenn die erforderlichen Maßnahmen ambulant nicht

umgesetzt werden können oder mit einer stationären Behandlung eine zeitnahe und komprimierte Diagnostik bei gleichzeitig reduzierter Belastung der Patientin oder des Patienten unterstützt werden kann.

Die Vorgaben der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KE-RL) sind in Verbindung mit § 39 Absatz 1 SGB V zu beachten.

Im Falle einer Krankenhauseinweisung sollte geprüft werden, ob eine Krankenhausbegleitung nach § 44b Absatz 2 SGB V in Verbindung mit der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KHB-RL) erforderlich ist.

## **§ 9 Evaluation**

Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie, in welcher Form eine Evaluation zur Überprüfung des Beschlusses über die Erstfassung der postCOV-RL gemäß des 1. Kapitels, § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung erforderlich ist. Gemäß dieser Bestimmung der Verfahrensordnung soll der Gemeinsame Bundesausschuss überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen. In Bezug auf die vorliegende Richtlinie ist der Versorgungskontext insbesondere in Bezug auf die Entwicklung von Versorgungsangeboten im Rahmen dieser Richtlinie als auch außerhalb dieser zu berücksichtigen. Es handelt sich, insbesondere bei Long- bzw. Post-COVID, um einen Bereich, der einerseits im Hinblick auf den anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse erhebliche Unsicherheiten aufweist und andererseits, im Vergleich zu anderen Versorgungsgebieten, in der näheren Zukunft einem schnellen Wandel unterworfen sein kann. Dies kann sowohl Versorgungsangebote als auch Erkenntnisse zu Diagnostik, Therapie und geeigneten Versorgungsformen umfassen. Auch in Bezug auf ME/CFS kann dies der Fall sein.

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

### **4. Verfahrensablauf**

Am 7. Februar 2023 begann der Unterausschuss Post-Covid und Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik (UA PostCOV) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Post-COVID. In 20 Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und beraten (s. untenstehende Tabelle).

<b>Datum</b>	<b>Beratungsgremium</b>	<b>Inhalt/Beratungsgegenstand</b>
<b>5. Januar 2023</b>	Plenum	Einsetzung des UA PostCOV zur Erarbeitung der Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Post-COVID (LongCOV-RL)
<b>7. Februar 2023</b>	UA PostCOV	Beschlussempfehlung zur Bestimmung der Stimmrechte
<b>21. Februar 2023</b>	UA PostCOV	Abstimmung Fragenkatalog und Festlegung Fachexperten
<b>7. März 2023</b>	UA PostCOV	Anhörung der Fachexperten
<b>21. März 2023</b>	UA PostCOV	Anhörung der Fachexperten Beratung über Eckpunkte zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V
<b>4. April 2023</b>	UA PostCOV	Vorstellung des ZI zu Verordnungsdaten zu Post-Covid Beratung über die Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V
<b>18. April 2023</b>	UA PostCOV	Vorstellung des IQWiG zu Schweregraden Fortsetzung der Beratungen über erste Textvorschläge zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V Beratung zu stellungnahmeberechtigten Organisationen
<b>2. Mai 2023</b>	UA PostCOV	Vorstellung des IQWiG zu Risikofaktoren und Folgeerkrankungen Fortsetzung der Beratungen über erste Textvorschläge zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V Beratung zu stellungnahmeberechtigten Organisationen
<b>30. Mai 2023</b>	UA PostCOV	Fortsetzung der Beratungen über erste Textvorschläge zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V Beratung zu stellungnahmeberechtigten Organisationen
<b>13. Juni 2023</b>	UA PostCOV	Fortsetzung der Beratungen über erste Textvorschläge zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V



<b>27. Juni 2023</b>	UA PostCOV	Fortsetzung der Beratungen über erste Textvorschläge zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V  Festlegung der Fachexperten zum Einbezug von Kindern und Jugendlichen  Beratung zu stellungnahmeberechtigten Organisationen
<b>11. Juli 2023</b>	UA PostCOV	Fortsetzung der Beratungen zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V
<b>25. Juli 2023</b>	UA PostCOV	Expertengespräche zum Einbezug von Kindern und Jugendlichen in die LongCOV-RL (einschl. Auswertung)  Fortsetzung der Beratungen zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V
<b>8. August 2023</b>	UA PostCOV	Fortsetzung der Beratungen zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V
<b>22. August 2023</b>	UA PostCOV	Fortsetzung der Beratungen zur Richtlinie nach § 92 Abs. 6c
<b>5. September 2023</b>	UA PostCOV	Fortsetzung der Beratungen zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V
<b>26. September 2023</b>	UA PostCOV	Fortsetzung der Beratungen zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V und Einleitung Stellungnahmeverfahren
<b>10. Oktober 2023</b>	UA PostCOV	Fortsetzung der Beratungen zu den Tragenden Gründen zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V
<b>7. November 2023</b>	UA PostCOV	Beginnende Auswertung des Stellungnahmeverfahrens  Fortsetzung der Beratungen zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V unter Berücksichtigung der Stellungnahmen
<b>21. November 2023</b>	UA PostCOV	Mündliche Anhörung  Auswertung des Stellungnahmeverfahrens  Fortsetzung der Beratungen zur Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V
<b>28. November 2023</b>	UA PostCOV	Abschluss der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens und der Beratungen

		über die Richtlinie nach § 92 Absatz 6c SGB V: Beschlussempfehlung
<b>21. Dezember 2023</b>	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

## 5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Dezember 2023 die Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen (LongCOV-RL) beschlossen.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

## 6. Literaturverzeichnis

1. **Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BzGA).** Wie wird Long COVID behandelt? [online]. Köln (GER): BzGA; 2023. [Zugriff: 20.09.2023]. URL: <https://www.longcovid-info.de/betroffene-und-angehoerige/wie-wird-long-covid-behandelt/>.
2. **Hallek M, Adorjan K, Behrends U, Ertl G, Suttorp N, Lehmann C.** Post-Covid-Syndrom: Übersichtsarbeit ergänzt um Zusatzmaterial und eLiteraturliste. Deutsches Ärzteblatt 2023;120(4):48-55.
3. **Høeg TB, Ladhani S, Prasad V.** How methodological pitfalls have created widespread misunderstanding about long COVID. BMJ Evidence-Based Medicine 2023 [Epub ahead of print].
4. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Myalgische Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS); aktueller Kenntnisstand; Abschlussbericht; Auftrag N21-02 [online]. Köln (GER): IQWiG; .2023. [Zugriff: 02.11.2023]. (IQWiG-Berichte; Band 1539). URL: [https://www.iqwig.de/download/n21-01\\_me-cfs-aktueller-kenntnisstand\\_abschlussbericht\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/n21-01_me-cfs-aktueller-kenntnisstand_abschlussbericht_v1-0.pdf).
5. **Jason LA, Brown M, Brown A, Evans M, Flores S, Grant-Holler E, et al.** Energy conservation/envelope theory interventions to help patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. Fatigue 2013;1(1-2):27-42.
6. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).** Langzeit-COVID-Erkrankte [online]. Berlin (GER): KBV; 2023. [Zugriff: 20.09.2023]. URL: [https://www.kbv.de/html/themen\\_55220.php](https://www.kbv.de/html/themen_55220.php).
7. **Koczulla AR, Ankermann T, Behrends U, Berlit P, Berner R, Boing S, et al.** S1-Leitlinie Long-/Post-COVID. Pneumologie 2022;76(12):855-907.

8. **Mizrahi B, Sudry T, Flaks-Manov N, Yehezkelli Y, Kalkstein N, Akiva P, et al.** Long covid outcomes at one year after mild SARS-CoV-2 infection: nationwide cohort study. *BMJ* 2023;380:e072529.
9. **Montoy JCC, Ford J, Yu H, Gottlieb M, Morse D, Santangelo M, et al.** Prevalence of symptoms  $\leq$ 12 months after acute illness, by COVID-19 testing status among adults - United States, December 2020-March 2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2023;72(32):859-865.
10. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management; evidence reviews [D] identifying and diagnosing ME/CFS; final [online]. London (GBR): NICE; 2021. [Zugriff: 02.11.2023]. (NICE guideline; Band 206). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206/evidence/d-identifying-and-diagnosing-mecfs-pdf-9265183025>.
11. **O'Mahoney LL, Routen A, Gillies C, Ekezie W, Welford A, Zhang A, et al.** The prevalence and long-term health effects of long covid among hospitalised and non-hospitalised populations: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2023;55:101762.
12. **Pendergrast T, Brown A, Sunnquist M, Jantke R, Newton JL, Strand EB, et al.** Housebound versus nonhousebound patients with myalgic encephalomyelitis and chronic fatigue syndrome. *Chronic Illn* 2016;12(4):292-307.
13. **Petersen EL, Gossling A, Adam G, Aepfelbacher M, Behrendt CA, Cavus E, et al.** Multi-organ assessment in mainly non-hospitalized individuals after SARS-CoV-2 infection: The Hamburg City Health Study COVID programme. *Eur Heart J* 2022;43(11):1124-1137.
14. **Reinhardt K, Scriba PC, Hallek M.** Post-COVID-Syndrom (PCS) [online]. Berlin (GER): Bundesärztekammer; 2022. [Zugriff: 03.11.2023]. URL: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Themen/Medizin\\_und\\_Ethik/BAEK\\_Stellungnahme\\_Post-COVID-Syndrom\\_ONLINE.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/BAEK_Stellungnahme_Post-COVID-Syndrom_ONLINE.pdf).
15. **Renz-Polster H, Broxtermann W, Behrends U.** Chronische Erschöpfung bedeutet nicht, einfach nur müde zu sein. *Pädiatrie* 2022;34(3):26-33.
16. **Renz-Polster H, Scheibenbogen C.** Post-COVID-Syndrom mit Fatigue und Belastungsintoleranz: Myalgische Enzephalomyelitis bzw. Chronisches Fatigue-Syndrom. *Inn Med (Heidelb)* 2022;63(8):830-839.
17. **Robert Koch-Institut (RKI).** Was ist Long COVID? [online]. Berlin (GER): RKI; 2023. [Zugriff: 20.09.2023]. URL: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ\\_Long-COVID\\_Definition.html#:~:text=Die%20bereits%20Ende%202020%20over%C3%B6ffentlichte,Wochen%20fortbestehen%20oder%20neu%20auftreten](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Long-COVID_Definition.html#:~:text=Die%20bereits%20Ende%202020%20over%C3%B6ffentlichte,Wochen%20fortbestehen%20oder%20neu%20auftreten).
18. **Scheibenbogen C, Bellmann-Strobl J, Reißhauer A, Maier A, Veauthier C, Schmidt D, et al.** Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom: interdisziplinär versorgen. *Dtsch Arztebl* 2023;120(20):A-908 / B-780.

19. **Scheibenbogen C, Renz-Polster H, Hohberger B, Behrends U, Schieffer E, Schieffer B.** Post COVID und Post-Vakzin-Syndrom: Die Pandemie nach der Pandemie. Dtsch Ärztebl 2023;120(13):A-566 / B-485.
20. **World Health Organization (WHO).** A clinical case definition for post COVID-19 condition in children and adolescents by expert consensus [online]. Genf (SUI): WHO; 16.02.2023. [Zugriff: 02.11.2023]. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366126/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-CA-Clinical-case-definition-2023.1-eng.pdf?sequence=1>.

## **7. Zusammenfassende Dokumentation**

- Anlage 1: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlusssentwurf über eine LongCOV-RL sowie versandte Tragende Gründe
- Anlage 3: Von 19 Organisationen eingereichte Stellungnahmen
- Anlage 4: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 21. Dezember 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



**Verteiler für das Stellungnahmeverfahren  
nach § 91 Abs. 5 und 5a SGB V und gemäß 1. Kapitel §§ 8  
Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der  
Verfahrensordnung des gemeinsamen Bundesausschusses  
Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über  
eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und  
strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf  
Long-COVID**

- Bundesärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK)
- Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) und Redaktionskomitee S2k-LL SARS-CoV-2, COVID-19 und (Früh-) Rehabilitation
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS),
- Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)
- Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP)
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO)
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin e.V. (DGRM)
- Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)
- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
- Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)
- Deutsche Gesellschaft für ME/CFS
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
- Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)



- Deutsche Gesellschaft für Immunologie (DGfI)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- & Jugendpsychiatrie & Psychotherapie (dgkjp)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- & Jugendrheumatologie (GKJR)
- Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)
- Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie & Ernährung (GPGE)
- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie & Angeborene Herzfehler (DGPK)
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung & Schlafmedizin (DGSM)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie & Jugendmedizin (DGSPJ)
- Gesellschaft für Virologie (GfV)



# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen	von Post-COVID (postCOV-RL)	von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS <i>alternativ:</i> von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS

**Stand: 05.10.2023**

**Legende:**

**Gelb hinterlegt:** dissente Positionen

**Grau hinterlegt:** Folgedissense bzw. redaktionell noch anzupassende Passagen/redaktionelle Hinweise

Vom 21. Dezember 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Dezember 2023 folgende Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Post-COVID beschlossen:

I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

**Inhalt**

**Beschlussentwurf.....1**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung .....1

§ 1 Rechtsgrundlage, Zweck und Versorgungsziele .....3

§ 2 Definition der Patientengruppe .....4

§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen .....5

§ 4 Behandlungsplan und Koordination der Versorgung .....7

§ 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung .....9

§ 6 Diagnostik und Behandlung in der fachärztlichen Versorgung .....11

§ 7 Diagnostik und Behandlung in der spezialisierten ambulanten Versorgung .....14

§ 8 Verordnung weiterer Leistungen .....15

§ 9 Evaluation .....15



## § 1 Rechtsgrundlage, Zweck und Versorgungsziele

(1) Die Richtlinie regelt auf Grundlage von § 92 SGB V Absatz 6c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Patientinnen und Patienten nach § 2 durch Leistungserbringer nach § 3.

(2) Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die verbesserte, bedarfsgerechte [PatV: , flächendeckende] und zeitnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2. Dieses Ziel wird konkretisiert durch:

1.

DKG /PatV	GKV-SV/KBV
die Verfügbarkeit und niedrighschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote,	[keine Übernahme]

2. die Verfügbarkeit einer niedrighschwellig erreichbaren zeitnahen, bei Bedarf interdisziplinären, Diagnostik und Therapie

DKG/PatV	GKV-SV/KBV
3. die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung. 4. die Versorgung auf der Grundlage eines strukturierten und aktuellen Behandlungsplans,	[keine Übernahme]

3. einen bedarfsorientierten, zeitnahen Zugang zu einem leitliniengerechten, bei Bedarf multimodalen Versorgungsangebot,

4.

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote,	[keine Übernahme]

5. die Ermöglichung einer gezielten, zeitnahen Überleitung in eine Versorgung außerhalb dieser Richtlinie,

6. die Stärkung der strukturierten Zusammenarbeit von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern,

7. die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Zugang zu klinischen Studien zur Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten

PatV	GKV-SV/KBV/DKG
und Förderung der translationalen Forschung	[keine Übernahme]

DKG/PatV	GKV-SV/KBV
8. und grundsätzlich im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung auch vorzusehende Angebote zur 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-Exertional Malaise (PEM).	[keine Übernahme]

Die Richtlinie beschreibt hierfür eine strukturierte Patientenversorgung, legt Rahmenbedingungen einer interdisziplinären und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit fest und definiert Anforderungen an die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Vorgaben sollen die Durchführung einer indikationsbezogenen und strukturierten Diagnostik, sowie die Umsetzung der Grundsätze einer biopsychosozialen Behandlung nach aktuellem medizinischen Kenntnisstand sicherstellen.

**§ 2 Definition der Patientengruppe**

(1) Die Richtlinie regelt die Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit dem Verdacht auf oder einer festgestellten Long-COVID-Erkrankung. Als Long-COVID werden ein post-akut anhaltendes oder neu auftretendes Symptom oder Krankheitsbild oder mehrere solcher Symptome oder Krankheitsbilder in Folge einer akuten SARS-CoV-2-Infektion bezeichnet, die länger als vier Wochen nach Infektion andauern oder ab einer Zeit von vier Wochen nach Infektion auftreten. Hierzu 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. In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen und Patienten erfasst, die

1. infolge einer Infektion mit SARS-CoV-2 den Verdacht oder die Diagnose einer Myalgischen Enzephalomyelitis /eines Chronic Fatigue Syndromes (ME/CFS) aufweisen oder
2. die nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe einer Infektion mit SARS-CoV-2 Long-COVID ähnliche Symptome aufweisen.

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
<p>Von der Richtlinie erfasst wird auch der Verdacht auf oder eine festgestellte Erkrankung, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweist. In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen und Patienten erfasst, die</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. infolge eines viralen Infekts oder einer [DKG: fehlgesteuerten] Immunantwort auf einen viralen Infekt oder eines anderen Auslösers einer Immunantwort post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung vergleichbare Symptomatik aufweisen oder</li> <li>4. eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) aufweisen.</li> </ol>	<p>(2) Von der Richtlinie erfasst ebenfalls Patientinnen und Patienten mit einem Verdacht auf eine andere Erkrankung mit ähnlicher Ursache oder Krankheitsausprägung wie Long-COVID, die infolge eines viralen Infektes</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. post-akut eine mit Long-COVID vergleichbare Symptomatik aufweisen, oder</li> <li>2. eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS) ausbilden.</li> </ol>

(2) Die Diagnosestellung erfolgt leitlinienbasiert auf Basis einer symptomorientierten differenzialdiagnostischen Abklärung oder als Ausschlussdiagnose. Die differenzialdiagnostische Abklärung und insbesondere die Diagnosestellung als Ausschlussdiagnose sollen den zeitnahen Behandlungsbeginn bei hinreichender Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Erkrankung nach § 2 nicht behindern. Ein Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß Absatz 1 und Absatz 2 setzt voraus, dass Symptome oder Beschwerden bestehen, die eine behandlungswürdige Einschränkung der Alltagsfunktion und Lebensqualität bewirken und einen negativen Einfluss auf Sozial-, Arbeits- oder Schulleben haben, die nicht hinreichend durch andere Erkrankungen erklärbar sind.

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
In den Fällen von Absatz 1 Nummer 1 müssen diese Symptome oder Beschwerden mit Erkenntnissen zu postinfektiösen Symptomatiken in Verbindung gebracht werden können.	[keine Übernahme]

(3)

GKV-SV/KBV	DKG/PatV
Die Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst Patientinnen und Patienten, bei denen der Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung nach [GKV-SV: Absatz 1 / KBV: den Absätzen 1 und 2] vorliegt und beginnt mit der Durchführung der Maßnahmen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 [KBV: und § 6 Absatz 1].	[keine Übernahme]

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
Die Versorgung nach dieser Richtlinie wird nach Durchführung dieser Maßnahmen nur dann fortgeführt, wenn diese zur Feststellung des Vorliegens einer Erkrankung nach Absatz 1 geführt haben und ein Koordinierungsbedarf gemäß § 4 Absatz 4 vorliegt. Die Versorgung nach dieser Richtlinie endet auch wenn eine Versorgung über § 5 Absatz 2 hinaus stattgefunden hat, in der Folge jedoch kein weiterer Behandlungs- oder Koordinierungsbedarf mehr besteht. Sie endet ebenfalls wenn die Patientin oder der Patient im Rahmen einer klinischen Studie behandelt wird.	[keine Übernahme]

### § 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen

(1) Die Versorgung von Patientinnen und Patienten nach § 2 erfolgt durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer [DKG: und Krankenhäuser]. Die Versorgung nach dieser Richtlinie kann in Abhängigkeit von der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung in den Ebenen hausärztliche Versorgung (§ 5), fachärztliche Versorgung (§ 6) und spezialisierte ambulante Versorgung (§ 7) erfolgen.

(2) In der hausärztlichen Ebene erfolgt die Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V teilnehmen, einschließlich Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
, die folgende Kriterien erfüllen: 1. direkte telefonische Erreichbarkeit und Terminvergabe an mindestens 4 Wochentagen jeweils für 4 Stunden, 2. bedarfsabhängig kurzfristige Terminvergabe und Terminvermittlung zu anderen Ärzten, 3. Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einem Psychologen/Psychotherapeuten, 4. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten (z. B. Videosprechstunde), 5. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2.	[keine Übernahme]

(3) In der fachärztlichen Ebene erfolgt die Versorgung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 SGB V teilnehmen, sofern eine Facharztbezeichnung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung vorliegt. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten [KBV: (einschließlich Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit einer Qualifikation nach Anlage I Nummer 19 § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Neuropsychologische Therapie)] sind dieser Versorgungsebene zuzuordnen.

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Die fachärztliche Versorgung umfasst auch die Versorgung durch ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigte Einrichtungen. Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind dies insbesondere auch Sozialpädiatrische Zentren.	Die fachärztliche Versorgung umfasst auch die Versorgung durch ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigte Einrichtungen sowie an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen. Bei der Versorgung

	<p>von Kindern und Jugendlichen sind dies auch Sozialpädiatrische Zentren.</p> <p>Folgende Kriterien sind von der fachärztlichen Versorgung zu erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. direkte telefonische Erreichbarkeit und Terminvergabe an mindestens 3 Wochentagen jeweils für 2 Stunden,</li> <li>2. bedarfsabhängig zeitnahe Terminvergabe bei Überweisung durch den Hausarzt,</li> <li>3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten,</li> <li>4. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2.</li> </ol>
--	---

(4) Die Versorgung auf der Ebene spezialisierte ambulante Versorgung erfolgt durch Hochschulambulanzen im Sinne von § 117 SGB V sowie

GKV-SV/KBV /PatV	DKG
<p>an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende [GKV-SV: Einrichtungen / KBV, GKV-SV: Leistungserbringer] gemäß § 7</p>	<p>durch weitere ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigte Einrichtungen oder an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen (z.B. auf die Versorgung von Patienten nach § 2 spezialisierte interdisziplinäre Versorgungsstrukturen wie Kompetenzzentren und Spezialambulanzen sowie Zusammenschlüsse ermächtigter Fachärztinnen und Fachärzte oder Einrichtungen)</p>

GKV-SV/KBV	DKG	PatV
<p>, die folgende Kriterien erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ein dem Fachgebiet entsprechendes umfassendes Angebot einer ambulanten, fachärztlichen Versorgung der Fachgebiete Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Pneumologie,</li> <li>2. das Angebot einer psychotherapeutischen Versorgung oder neuropsychologischen Diagnostik,</li> <li>3. das Angebot einer offenen, interdisziplinär besetzten Sprechstunde an mindestens drei Tagen in der Woche für</li> </ol>	<p>, die folgende Kriterien erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ein der Erkrankungsgruppe nach § 2 entsprechendes Angebot mit mindestens zwei Fachrichtungen aus dem Gebiet Innere Medizin und mindestens einem weiteren Fachgebiet,</li> <li>2. ein Angebot zur Behandlung psychischer Störungen i. V. m. einer Erkrankung nach § 2 auch in Kooperation,</li> <li>3. regelmäßiges Angebot von Sprechstunden, mindestens an 2 Tagen pro Woche,</li> <li>4. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten,</li> </ol>	<p>, die folgende Kriterien erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. das dem Fachgebiet entsprechende Angebot einer ambulanten, fachärztlichen Versorgung für das Krankheitsbild relevanter Fachgebiete (z.B. entweder Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie oder Pneumologie),</li> <li>2. das Angebot einer psychotherapeutischen Versorgung oder neuropsychologischen Diagnostik,</li> <li>3. die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für die relevanten Fachgebiete,</li> </ol>

<p>jeweils mindestens fünf Stunden,                  4. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten und                  5. Forschungstätigkeit zu Erkrankungen gemäß § 2 sowie Information über laufende Studien und Forschungsergebnisse.</p>	<p>5. Wahrnehmung oder Angebot von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2.</p>	<p>4. das Angebot einer offenen, interdisziplinär besetzten Sprechstunde,                  5. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten,                  6. Forschungstätigkeit zu Erkrankungen gemäß § 2 sowie Information über laufende Studien und Forschungsergebnisse.</p>
---	---	--

GKV-SV/DKG	PatV	KBV
<p>(5) Den an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern wird empfohlen, sich über Erkrankungen nach § 2 und deren koordinierte Versorgung insbesondere interdisziplinär strukturiert auszutauschen.</p>	<p>(5) Die an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sollten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortbildungsangebote zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2 in Anspruch nehmen,</li> <li>2. regelmäßig Abstimmungs- und Austauschtreffen zum aktuellen Wissensstand über Erkrankungen nach § 2, ihre Behandlungserfahrungen sowie zu angewandten und möglichen neuen Therapieformen abhalten und</li> <li>3. in ihrer Region Kooperationsmodelle zur interdisziplinären Versorgung, wie z.B. Netzwerke, etablieren oder sich an einem solchen beteiligen.</li> </ol>	<p>[keine Übernahme]</p>

**§ 4 Behandlungsplan und Koordination der Versorgung**

(1) Wesentliche Elemente in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung nach § 2 sind die Behandlungskoordination und der Behandlungsplan.

PatV	GKV-SV/KBV/DKG
<p>Die Benennung der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes ist in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten durchzuführen.</p>	<p>[keine Übernahme]</p>

(2) Die Koordination umfasst:

1. die Übernahme der Rolle der zentralen Ansprechperson im Versorgungsprozess für die Patientin oder den Patienten,
2. die Steuerung der Behandlung in medizinischen Fragen zu Diagnose- und Therapieoptionen unter Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte entlang der mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam festgelegten Behandlungsziele und entsprechend dem vorliegenden Schweregrad,

3. [KBV: bei Bedarf] die Erstellung eines Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse [KBV: des Basis-Assessments] nach § 5 Nummer 1 und weiterer Diagnostik mit Behandlungszielen, Angaben zu den nächsten Behandlungsschritten und den geplanten weiteren Maßnahmen, wenn gemäß § 2 Absatz 2 eine Diagnose hinreichend wahrscheinlich ist,

4.

KBV/DKG/PatV	GKV-SV
die Vorabklärung und Planung erforderlicher diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht,	[keine Übernahme]

5. die [KBV/GKV-SV: Unterstützung bei der] Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 3 oder Absatz 4,
6. die Berücksichtigung von Vorschlägen zur Anpassung und Aktualisierung des Behandlungsplans anderer an der Behandlung beteiligter Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer,
7. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern für diese Koordination,
8. die Zusammenführung, Bewertung, Dokumentation und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
9. die Veranlassung notwendiger Überweisungen,
10. die Einbeziehung relevanter Bezugspersonen, sofern erforderlich,
11. die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie sonstige [GKV-SV/DKG/PatV: Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner / KBV: Einrichtungen und Organisationen] (z.B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen),
12. ggf. die Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsprofessionen und flankierenden Diensten, insbesondere ambulante Pflegedienste zur häuslichen Krankenpflege, Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer, Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung nach § 2,
13. die bedarfsgerechte Begleitung eines unterstützenden Selbstmanagements sowie Information über Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, zur Krankheitsbewältigung und Erhalt der Arbeits- oder Schulfähigkeit.

(3)

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
Der Behandlungsplan nach Absatz 1 Nummer 3 muss mindestens Angaben zu erwogenen oder bestätigten Diagnosen, den Ergebnissen der Befunderhebung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 und therapie relevanten Ergebnissen durchgeführter diagnostischer Untersuchungen sowie zu auf der Grundlage dieser Ergebnisse geplanten Diagnostik- und Therapiemaßnahmen enthalten, sowie Angaben dazu, durch wen und in welchen Zeiträumen diese Maßnahmen durchgeführt werden sollen und Angaben zur Verlaufskontrolle. Der Behandlungsplan sowie die Behandlungsziele sind mit der Patientin und dem Patienten	Bei komplexem Koordinationsbedarf (z. B. bei Einbindung mehrerer Fachgebiete oder anderer Leistungserbringer) und einer voraussichtlich längeren Behandlung enthält der Behandlungsplan nach Absatz 1 Nummer 3 mindestens Angaben zu relevanten Diagnosen, den Ergebnissen der Befunderhebung nach § 5 Absatz 1 oder § 6 Absatz 1 und therapie relevanten Ergebnissen durchgeführter diagnostischer Untersuchungen sowie zu geplanten Diagnostik- und Therapiemaßnahmen, und ist auf Wunsch der der Patientin oder dem Patienten in Textform zugänglich zu machen.

abzustimmen und ihnen in Textform zugänglich zu machen.	
---	--

(4)

GKV-SV	KBV/ DKG/PatV
Eine Koordination im Rahmen der Richtlinie setzt voraus, dass nach den Maßnahmen gemäß § 5 Absatz 1 Nummern 1 und 2 und in der Folge die Behandlung der Erkrankung oder Erkrankungen nach § 2 pro Quartal durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 3 Absatz 3 oder 4 erforderlich ist.	[keine Übernahme]

### § 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung

(1) Aufgaben der hausärztlichen Versorgung im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere:

1. [GKV-SV, KBV, PatV: Basis-Assessment:] die Abklärung des Verdachtes auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 durch systematische Erfassung und Bewertung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten in der Regel einschließlich
  - a) ausführlicher Anamnese einschließlich Impfanamnese, sowie Schlaf- und Schmerzanamnese [GKV-SV/DKG/PatV: (ggf. als Fremdanamnese durch eine Bezugsperson bei Kindern und Jugendlichen)],
  - b) körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen, funktionellen und psychischen Status unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten,
  - c) Erfassung des funktionellen Status mit Hilfe einer Skala und Ermittlung ob leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkungen vorliegen,
  - d)

KBV/DKG/PatV	GKV-SV
strukturiertes Ersterfassung einer möglichen orthostatischen Intoleranz (OI) und/oder einer Post-Exertionellen Malaise (PEM) und/oder eines posturalen orthostatischen Tachykardiesyndroms (POTS) bei hinweisender Symptomatik,	[keine Übernahme]

2. weitere Aufgaben zur Verdachtsabklärung:

- a) Durchführung notwendiger Differenzialdiagnostik,
- b) Überweisung an eine [KBV: an der vertragsärztlichen Versorgung] teilnehmende Leistungserbringerin oder einen teilnehmenden Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 oder Absatz 4

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
soweit für die Anwendung nicht selbst vorgehaltener Untersuchungsmethoden gemäß Absatz 3 erforderlich	[keine Übernahme],

3.

KBV	GKV-SV/DKG/PatV
die Information der Patientinnen und Patienten oder ihrer Bezugsperson über das Krankheitsbild sowie eine vertiefte und ggf. im weiteren Verlauf weiterhin notwendige Beratung und Betreuung zu ihren oder seinen spezifischen Symptomen,	die Information, Aufklärung, Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten oder ihrer Bezugsperson über das Krankheitsbild und zu ihren spezifischen Symptomen unter Berücksichtigung der Lebensumstände der Patientin oder des Patienten, ggf. bei wesentlich veränderter Symptomatik auch wiederholt,

4. die Koordinierung der Behandlung sowie die Erstellung des Behandlungsplans nach § 4 [**KBV**: soweit kein Facharztvorbehalt besteht],
5. die Durchführung therapeutischer Maßnahmen soweit diese Gegenstand der hausärztlichen Versorgung sind unter Berücksichtigung von Absatz 2 [**GKV-SV**: sowie die Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung gemäß Absatz 4],
6. die Verordnung von Leistungen nach § 8 gegebenenfalls per Videosprechstunde [**KBV**: unter Beachtung der geltenden Vorgaben],
7. bei vorliegender spezifischer Indikation: die Beratung zu Selbst- und Leistungsmanagement (z.B. bei Vorliegen von PEM Beratung zu Pacing) sowie die Beratung zu Methoden zur Krankheitsbewältigung und Stressreduktion,
8. die aufsuchende Versorgung durch Hausbesuche [**KBV**: unter Beachtung der geltenden Vorgaben],
9. bei Bedarf Abstimmung mit Pflegediensten und anderen Leistungserbringern zur Versorgung in der Häuslichkeit,
10. bei Bedarf die Durchführung von Fernbehandlung und der telemedizinischen Betreuung [**KBV**: unter Beachtung der geltenden Vorgaben,]

11.

<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>GKV-SV</b>
bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen,	[keine Übernahme]

12.

<b>DKG/PatV</b>	<b>GKV-SV/KBV</b>
die Prüfung der Erforderlichkeit, Eignung und Möglichkeiten einer Behandlung der Patientin oder des Patienten in der spezialisierten ambulanten Versorgung nach § 7	[keine Übernahme]

13. der Vorschlag zur Vermittlung an eine Hochschulambulanz zu Zwecken der Forschung und Lehre im Sinne von § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V [**GKV-SV**: oder einer anderen spezialisierten Einrichtung gemäß § 3 Absatz 4 unter Berücksichtigung der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8.]

(2) In der Frühphase der Symptomatik soll insbesondere auch die Möglichkeit von Verbesserungen im Zeitverlauf, die auch ohne spezifische Maßnahmen eintreten können, berücksichtigt werden; dies kann auch den vorübergehenden Verzicht auf spezifische weitere Maßnahmen unter Beobachtung des weiteren Krankheitsverlaufs zur Folge haben. [**GKV-SV**: In diesen Fällen ist eine Koordinierung gemäß § 4 nicht erforderlich.]

(3) Die Überweisung

<b>GKV-SV</b>	<b>DKG/KBV/PatV</b>
zur Auftragsleistung- oder Konsiliaruntersuchung	[keine Übernahme]

[**KBV/GKV-SV**: in die fachärztliche Ebene nach § 3 Absatz 3 / **DKG/PatV**: an eine Leistungserbringern oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 oder 4] ist insbesondere dann [**GKV-SV/KBV/DKG**: in Betracht zu ziehen; **PatV**: erforderlich],

1. wenn die Verdachtsdiagnose einer Erkrankung nach § 2 durch das [**GKV-SV/KBV/PatV**: Basis-Assessment / **DKG**: die Maßnahmen] nach Absatz 1 Nummer 1 nicht hinreichend bestätigt werden konnte oder
2. wenn die Anwendung einer Untersuchungsmethode erforderlich ist, die von der hausärztlichen Leistungserbringern oder dem hausärztlichen Leistungserbringer nicht selbst erbracht wird.



GKV-SV/KBV/PatV	DKG
<p>(4) Eine Überweisung [GKV-SV/PatV: zur Mit- oder Weiterbehandlung] in die fachärztliche Versorgung nach § 3 Absatz 3 ist insbesondere erforderlich, wenn bei einer Patientin oder einem Patienten nach § 2 Absatz 1 Symptome neu auftreten, unter Behandlung fortbestehen oder sich verschlechtern oder [KBV: klinische Hinweise auf veränderte oder sich verschlechternde Symptome] (Warnhinweise) auftreten. Als Warnhinweise sind u. a. ein schlechter Allgemeinzustand, eine signifikante Gewichts- bzw. -abnahme, unerklärliche oder neu aufgetretene neurologische Auffälligkeiten (z. B. Sensibilität, Motorik, Schlucken, Sprache und Kognition), neue Schmerzsymptomatik, schlechte oder sich verschlechternde somatische oder psychische Befunde sowie unerklärliche Auffälligkeiten in der Basisdiagnostik zu verstehen. [DKG prüft/PatV: Diese sollten Anlass zu einer vertiefenden ggf. fachspezifischen Diagnostik oder einer Überweisung geben.] Weiterhin ist zu überweisen, wenn die Symptomatik, die zu dem Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 geführt hat, darauf hinweist, dass eine Behandlung [GKV-SV/PatV: im Kernbereich] des Fachgebiets einer Fachärztin oder eines Facharztes erforderlich ist.</p>	<p>3. die Symptomatik neu aufgetreten ist, sich im Verlauf verschlechtert oder unverändert fortbesteht.</p> <p>4. Warnhinweise auftreten, wie ein schlechter Allgemeinzustand, eine signifikante Gewichts- bzw. -abnahme, unerklärliche oder neu aufgetretene neurologische Auffälligkeiten (z. B. Sensibilität, Motorik, Schlucken, Sprache und Kognition), neue Schmerzsymptomatik, schlechte oder sich verschlechternde somatische oder psychische Befunde sowie unerklärliche Auffälligkeiten in der Basisdiagnostik. Warnhinweise sollten Anlass zu einer vertiefenden ggf. fachspezifischen Diagnostik oder einer Überweisung z. B. an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 oder 4 geben.</p> <p>5. wenn die Symptomatik, die zu dem Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 geführt hat, darauf hinweist, dass eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebiets einer Fachärztin oder eines Facharztes erforderlich ist.</p>

(5) Eine Überweisung ist nach den Erkenntnissen über die Zuordnung der Symptomatik zu Schwerpunkten der jeweiligen fachärztlichen Tätigkeit unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Diagnostik nach Absatz 1 Nummer 1 auszurichten. Ist eine fachärztliche Mit- und Weiterbehandlung nicht erforderlich, erfolgt die hausärztliche Versorgung in der Regel auf Grundlage des gemäß § 4 Absatz 3 erstellten Behandlungsplans.

(6) Wenn die Beeinträchtigung des Alltagslebens unter Berücksichtigung der Lebensumstände der Patientin und des Patienten nicht so gravierend ist, dass weitere Maßnahmen insbesondere gemäß Absatz 2 erforderlich sind, erfolgt eine Unterstützung durch weitere Informationen und unterstütztes Selbstmanagement auch als Delegationsleistung sowie eine bedarfsentsprechende Weiterbehandlung in der hausärztlichen Versorgung.

## § 6 Diagnostik und Behandlung in der fachärztlichen Versorgung

- (1) Aufgaben der fachärztlichen Versorgung im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere:
1. die Unterstützung der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bei der differenzialdiagnostischen Abklärung des Verdachtes auf das Vorliegen einer Erkrankung nach § 2,
  2. die Durchführung fachärztlicher [KBV/DKG/PatV: diagnostischer und] therapeutischer Maßnahmen [KBV/PatV: (Basis-Assessment)],
  3. die Verordnung von Leistungen nach § 8 [KBV: unter Beachtung der geltenden Vorgaben] gegebenenfalls per Videosprechstunde,

4.

KBV/DKG/PatV	GKV-SV
die Information, Aufklärung, Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten oder ihrer Bezugsperson über das Krankheitsbild und zu ihren spezifischen Symptomen unter Berücksichtigung der Lebensumstände der Patientin oder des Patienten, ggf. bei wesentlich veränderter Symptomatik auch wiederholt,	[keine Übernahme]

5. Vorschläge zur Anpassung des individuellen Behandlungsplans für die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt,

6. [KBV/DKG/PatV: bei Bedarf die Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen auch unter Nutzung bestehender telemedizinischer Möglichkeiten,]

7. die Durchführung von Hausbesuchen [KBV: bei Bedarf und soweit dies unter Beachtung der geltenden Vorgaben erforderlich und notwendig ist] und die Nutzung bestehender Möglichkeiten der Fernbehandlung, der telemedizinischen Betreuung [KBV: unter Beachtung der geltenden Vorgaben],

8. die Überweisung an andere Fachärztinnen und Fachärzte oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Berufe unter Berücksichtigung [KBV: unter Beachtung der geltenden Vorgaben] von Absatz 3,

9.

KBV/PatV	GKV-SV/DKG
die Vorabklärung vor einer weiterführenden Diagnostik oder Behandlung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 zwischen dieser und der überweisenden Ärztin oder dem überweisenden Arzt,	[keine Übernahme]

10. die Überweisung an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4, [GKV-SV: unter Berücksichtigung von Absatz 3], wenn wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung eine Untersuchung oder Behandlung dort erforderlich ist oder

11. ein Vorschlag zur Vermittlung an eine Hochschulambulanz zu Zwecken der Forschung und Lehre im Sinne von § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V [GKV-SV: unter Berücksichtigung der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 und Berücksichtigung von Absatz 3].

(2)

KBV/DKG/PatV	GKV-SV
<p>An der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer können Koordinationsaufgaben nach § 4 wahrnehmen, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:</p> <p>1. die Patientin oder der Patient ist bereits vor der Verdachtsdiagnose einer Erkrankung nach § 2 aufgrund einer vorbestehenden Erkrankung in regelmäßiger Behandlung bei der fachärztlichen Leistungserbringerin oder dem fachärztlichen Leistungserbringer oder eine kontinuierliche fachärztliche Behandlung ist nach Neudiagnose erforderlich,</p>	<p>An der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer können Koordinationsaufgaben nach § 4 und Aufgaben nach § 5 wahrnehmen, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Verdachtsdiagnose einer Erkrankung nach § 2 aufgrund einer vorbestehenden Erkrankung aktuell in regelmäßiger Behandlung bei der fachärztlichen Leistungserbringerin oder dem fachärztlichen Leistungserbringer ist und diese oder dieser die Aufgaben in vollem Umfang erfüllen kann.</p>

DKG/PatV	KBV	GKV
<p>[DKG: oder]</p> <p>2. die Symptomatik, die zu dem Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 geführt hat, weist darauf hin, dass eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebiets der Fachärztin oder des Facharztes erforderlich sein wird oder es besteht eine die Behandlung der Erkrankung nach § 2 erheblich überwiegende Behandlungsbedürftigkeit einer dem Kernbereich des Fachgebietes zuzuordnenden anderen Erkrankung oder</p>	<p>oder 2. die Symptomatik, die zu dem Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 geführt hat, weist darauf hin, dass eine Behandlung des Fachgebiets der Fachärztin oder des Facharztes erforderlich sein wird oder</p>	<p>[keine Übernahme]</p>

KBV/DKG/PatV	GKV-SV
<p>3. die Abklärung des Verdachtes auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 unter Durchführung eines [KBV/PatV: Basis-Assessments gemäß/ DKG: der Maßnahmen nach] § 5 Absatz 1 Nummer 1 ist durch eine fachärztliche Leistungserbringerin oder einen fachärztlichen Leistungserbringer erfolgt.</p>	<p>[keine Übernahme]</p>

(3)

GKV-SV	KBV	DKG/PatV
<p>Sofern erforderlich, veranlasst die Fachärztin oder der Facharzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut die Beteiligung weiterer Fachgebiete im Austausch mit der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt oder bei dessen zeitnahe Information im Nachgang falls besondere Eilbedürftigkeit besteht.</p>	<p>Sofern erforderlich, veranlasst die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer die Beteiligung weiterer Fachgebiete beispielsweise in Form eines interdisziplinären Assessments im Austausch oder bei zeitnahe Information im Nachgang.</p>	<p>Sofern erforderlich, veranlasst die Fachärztin oder der Facharzt bzw. die Psychotherapeutin oder Psychotherapeut die Beteiligung weiterer Fachgebiete [DKG: bei Bedarf] im Austausch oder bei zeitnahe Information im Nachgang.</p>

KBV/PatV	GKV-SV/DKG
<p>Dieses Vorgehen beinhaltet eine umfassende Erhebung der bisherigen Diagnostik und des Therapieverlaufs und die Abstimmung des weiteren Vorgehens mit der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt bei Bedarf in einer gemeinsamen Fallbesprechung. Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt ist mindestens über das Ergebnis der Fallbesprechung zu informieren.</p>	<p>[keine Übernahme]</p>

(4) Die Überweisung an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 sollte erfolgen, wenn die Patientin oder der Patient wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer

KBV/GKV-SV	DKG/PatV
<p>interdisziplinären Versorgung von mindestens zwei oder mehr Fachdisziplinen und der besonderen ärztlichen Expertise eines Fachgebietes bedarf, die über die Untersuchung und Versorgung nach §§ 5 und 6 hinausgeht.</p>	<p>spezialisierten ambulanten Versorgung oder der besonderen ärztlichen Expertise eines Fachgebietes bedarf. Die diagnostische und therapeutische Versorgung für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung nach § 2 kann auch ohne</p>

	Überweisung erfolgen. [PatV: Eine Überweisung an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 ist spätestens zu erwägen, wenn eine mehrmonatige Arbeitsunfähigkeit, eine mehrwöchige Schulunfähigkeit oder eine ME/CFS-Erkrankung mit mindestens moderatem Schweregrad vorliegt.]
--	--

(5)

KBV/DKG/PatV	GKV-SV
Vor einer weiterführenden Diagnostik oder Behandlung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 soll eine Vorabklärung zwischen dieser und der überweisenden Ärztin oder dem überweisenden Arzt erfolgen. Im Rahmen der Vorabklärung werden die für die weiterführende Diagnostik und ggf. Behandlung relevanten Informationen über die Patientin oder den Patienten erfasst und Behandlungsmöglichkeiten besprochen. Insbesondere bei Kindern- und Jugendlichen sind dabei auch weiterführende Informationen, beispielsweise zum Sozial- oder Schulleben zu berücksichtigen.	[keine Übernahme]

### § 7 Diagnostik und Behandlung in der spezialisierten ambulanten Versorgung

Aufgaben der spezialisierten ambulanten Versorgung im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere:

1. die Unterstützung und Beratung der an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bei der differentialdiagnostischen Abklärung und bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten; die besonderen Erfordernisse an die Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher sind gesondert zu beachten,
2. die diagnostische und therapeutische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung nach § 2 [KBV/GKV-SV: auf Grundlage einer Überweisung],

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung von Kindern- und Jugendlichen nach § 6, insofern eine Versorgung nicht durch hinreichend spezialisierte, vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte erfolgt,	[keine Übernahme]

3.

GKV-SV/KBV	DKG/PatV
die bedarfsabhängige Information, Aufklärung, Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten und möglicher Bezugspersonen unter Berücksichtigung der Lebensumstände der Patientin oder des Patienten,	die Information, Aufklärung, Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten oder ihrer Bezugspersonen über das Krankheitsbild und zu ihren spezifischen Symptomen unter Berücksichtigung der Lebensumstände der Patientin oder des Patienten, ggf. bei wesentlich veränderter Symptomatik auch wiederholt,

4.

DKG /PatV	KBV/GKV-SV
bedarfsabhängig die Übernahme der Koordination der Behandlung nach § 4,	[keine Übernahme]

5. Vorschläge zur Anpassung des individuellen Behandlungsplans für die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt,

6. die Verordnung von Leistungen nach § 8 gegebenenfalls per Videosprechstunde [KBV: unter Beachtung der geltenden Vorgaben,]

7.

KBV/PatV	DKG	GKV-SV
[PatV: die Durchführung von telemedizinischen Leistungen,] bei Bedarf die Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen auch unter Nutzung bestehender telemedizinischer Möglichkeiten,	die Durchführung von telemedizinischen Verfahren wie z.B. Telekonsilien oder Videosprechstunden,	die Durchführung von telemedizinischen Leistungen im Sinne von telemedizinischen Visiten oder Videosprechstunden,

8.

GKV-SV/PatV/KBV	DKG
spezialisierte ambulante Einrichtungen veröffentlichen Informationen zur Auswahl geeigneter Patientinnen und Patienten für die Behandlung und ggf. Forschung in der jeweiligen Einrichtung, sowie, welche anamnestischen Informationen und diagnostischen Ergebnisse übermittelt werden sollen.	[keine Übernahme]

### § 8 Verordnung weiterer Leistungen

(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach [GKV-SV/KBV: § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 SGB V/DKG/PatV: § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V] ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten [DKG: grundsätzlich] die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz (PEM) auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.

PatV	GKV-SV/KBV/DKG
Hierzu gehört auch die Rücksichtnahme auf bestehende Reizempfindlichkeiten und tageszeitabhängige Bedürfnisse sowie die Nutzung aller bestehenden Möglichkeiten von Hausbesuchen und telemedizinischen Verordnungs- sowie Erbringungsmöglichkeiten. Die Belastungsgrenze ist zu beachten sowohl bei der qualitativen als auch der quantitativen Auswahl der zu verordnenden Leistungen. In den Verordnungen ist auf diese Spezifika hinweisen.	[keine Übernahme]

(2)

DKG/PatV	GKV-SV/KBV
Die Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung, wenn diese gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist. Insbesondere bei einer Belastungsintoleranz (PEM) oder bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen ist eine stationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen.	[keine Übernahme]

### § 9 Evaluation

GKV-SV/KBV/DKG	PatV
Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft nach Inkrafttreten der Richtlinie, ob und in welcher Form eine Evaluation zur Überprüfung gemäß des 1.	Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert spätestens nach fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität auf die in § 2 definierte

Kapitels, § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung erforderlich ist.	Patientengruppe. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.
--	---

II. Die Richtlinie tritt [*Angabe zum Inkrafttreten der Änderung*] in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 21. Dezember 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen	von Post-COVID (postCOV-RL)	von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS <i>alternativ:</i> von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS

Stand: 05.10.2023

Legende:

Gelb hinterlegte Textteile: dissente Passagen

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Vom T. Monat JJJJ

**Inhalt**

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung .....</b>	<b>3</b>
	§ 1 Rechtsgrundlage, Zweck und Versorgungsziele .....	3
	§ 2 Definition der Patientengruppe.....	7
	§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen .....	14
	§ 4 Behandlungsplan und Koordination der Versorgung .....	23
	§ 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung.....	28
	§ 6 Diagnostik und Behandlung in der Fachärztlichen Versorgung.....	36
	§ 7 Diagnostik und Behandlung in der spezialisierten ambulanten Versorgung .....	44
	§ 8 Verordnung weiterer Leistungen.....	46
	§ 9 Evaluation .....	53
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>54</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>55</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>55</b>
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>55</b>
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation.....</b>	<b>56</b>



## 1. Rechtsgrundlage

Mit dem Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in § 92 Abs. 6c SGB V beauftragt, bis spätestens zum 31. Dezember 2023 in einer Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID zu beschließen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Richtlinie sieht entsprechend § 92 Abs. 6c SGB V vor, das Nähere über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-Covid zu regeln. Ausweislich dem gesetzlichen Auftrag und seiner Begründung trifft der G-BA Regelungen, die insbesondere eine interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und den zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot sicherstellen soll. Zudem erstreckt er den Anwendungsbereich seiner Richtlinie auf die Versorgung von Versicherten, bei denen ein Verdacht auf eine andere Erkrankung besteht, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweist.

### § 1 Rechtsgrundlage, Zweck und Versorgungsziele

#### Zu Absatz 1

[GKV-SV: Die Richtlinie regelt auf Grundlage von § 92 SGB V Absatz 6c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Versicherten nach § 2 durch Leistungserbringer nach § 3.]

#### Zu Absatz 2

DKG /PatV	GKV-SV/KBV
[DKG: Komplexe Krankheitsbilder mit ggf. schwerwiegender Multiorganbetroffenheit wie z. B. das Long/Post-COVID-Syndrom und ME/CFS erfordern eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Herangehensweise sowie eine Kontinuität in der Versorgung. Dies erfordert die Beteiligung von Leistungserbringern aller Versorgungsstufen. Grundsätzlich sind bei den Patienten verschiedene Grade der Betroffenheit nach Art und Schwere der Symptomatik und Komplexität der Befundkonstellation, nach Anzahl betroffener Organsysteme und dem	[GKV-SV: Es wird als Ziel der Richtlinie eine bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 benannt. Patientinnen und Patienten soll eine bedarfsgerechte und zeitnahe Klärung des Verdachts und eine daraufhin bedarfsangemessene Versorgung ermöglicht werden. Hierzu werden strukturierte Versorgungswege und Rahmenbedingungen einer interdisziplinären [KBV: sektorenübergreifenden] Zusammenarbeit festgelegt und Anforderungen an die

<p>Zeitverlauf zu unterscheiden; daraus ergeben sich verschiedene Erfordernisse an die Patientenbetreuung, denen durch eine gestufte Versorgung Rechnung getragen werden kann. Für die Patienten soll ein niederschwellig erreichbarer zentraler Ansprechpartner zur Verfügung stehen, sowie eine patientenindividuelle Koordination der Versorgung erfolgen.]</p>	<p>Versorgung definiert. Die Vorgaben sollen die Durchführung einer indikationsbezogenen und strukturierten Diagnostik sowie die Umsetzung der Grundsätze einer biopsychosozialen, symptomorientierten Behandlung nach aktuellem medizinischem Kenntnisstand sicherstellen.</p> <p>Einen wesentlichen Schwerpunkt der Versorgung nach dieser Richtlinie stellt [GKV-SV: auf gesetzlicher Grundlage] die interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und der zeitnahe Zugang zu einem [KBV: bei Bedarf] multimodalen Therapieangebot dar.</p> <p>Es soll ein rasch nutzbarer erster Versorgungszugang ermöglicht werden, der den Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 zu klären ermöglicht sowie ebenfalls den Beginn einer adäquaten, multimodalen, Behandlung. Unter Berücksichtigung der Unsicherheiten über wirksame Behandlungsmethoden generell bei Long- bzw. Post-COVID [1] sowie bei ME/CFS [2] ist hier gegenwärtig von einer vorwiegend symptomatischen Behandlung auszugehen.</p>
--	--

GKV	KBV	PatV
<p>Um dies zeitnah und breit verfügbar zu ermöglichen, erfolgt der Zugang über die hausärztliche Versorgung. Die vorliegende Richtlinie beschreibt demnach wesentlich eine hausärztlich-koordinierte Versorgung, bei Bedarf unterstützt durch fachärztliche Diagnostik und Therapie sowie, in Fällen mit besonderer Schwere und besonders komplexen Bedarfen sowie zum Zweck der Studienteilnahme, eine</p>	<p>Der Zugang der Patientinnen oder Patienten erfolgt i.d.R. über die hausärztliche Versorgung. Die vorliegende Richtlinie geht demnach von einer i.d.R. hausärztlich - koordinierten Versorgung aus, bei Bedarf unterstützt durch fachärztliche Diagnostik und Therapie sowie, in Fällen mit besonderer Schwere und besonders komplexen Bedarfen eine Versorgung durch eine spezialisierte ambulante Versorgung in</p>	<p>Die vorliegende Richtlinie beschreibt eine Versorgung, die - mit einem Schwerpunkt in einer hausärztlich koordinierten Versorgung - die Einbeziehung der fachärztlichen Diagnostik und Therapie und der spezialisierten ambulanten Versorgung in Hochschulambulanzen und anderen spezialisierten Einrichtungen als strukturierten Patientenpfad entsprechend Schweregrad</p>

Versorgung durch eine spezialisierte ambulante Versorgung in Hochschulambulanzen und anderen spezialisierten Einrichtungen.	Hochschulambulanzen und anderen spezialisierten Einrichtungen.	und Komplexität der Symptomatik ermöglicht.
---	--	---

PatV	KBV/GKV-SV/ DKG
[Zu Absatz 2: flächendeckend Neben der verbesserten, bedarfsgerechten und zeitnahen Versorgung von Patientinnen und Patienten besteht ein wesentliches Ziel in der flächendeckenden Versorgung, an der es zum Zeitpunkt der Beschlussfassung der Richtlinie noch mangelt. Der Begriff „flächendeckend“ ist zudem aus der Gesetzesbegründung des § 92 Abs 6c SGB V entnommen.]	[keine Übernahme] Begründung für „keine Übernahme“: [GKV-SV: Eine möglichst flächendeckende Versorgung ist grundsätzlich ebenfalls angestrebt. Diese wird jedoch nicht explizit als Zielstellung formuliert, da die Erreichung dieses Zieles nicht in erster Linie von der Geltung der vorliegenden Richtlinie abhängt, sondern von den Kapazitäten und der Bereitschaft der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 3, Leistungen nach der vorliegenden Richtlinie anzubieten bzw. zu erbringen.]

Hierzu ist zunächst (2.) eine niederschwellig und zeitnah erreichbare, bei Bedarf interdisziplinäre Diagnostik erforderlich, sowie bei Bedarf, die Nutzung eines Versorgungsangebotes (3.), die Gewährleistung einer [KBV/PatV: patientenindividuellen] notwendigen [GKV-SV: Kooperation / KBV: Koordination der Versorgungsangebote] (4.) und [KBV: falls erforderlich] eine Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie (5.).

GKV	KBV
Weitere Ziele bilden die Stärkung der Kooperation und des Erfahrungsgewinns in der Versorgung und die Stärkung der strukturierten Zusammenarbeit von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (6.) sowie die Unterstützung der Forschung (7.).	Weitere Ziele bilden die Stärkung der strukturierten Zusammenarbeit von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (6.) sowie die Unterstützung der schwer betroffenen Patienten beim Zugang zu klinischen Studien zur Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten (7.)

Diese Ziele sind insofern hier von besonderer Bedeutung, als es sich insbesondere in Bezug auf Long- bzw. Post-COVID um neue Herausforderungen handelt, mit der bisher wenige Erfahrungen vorliegen und noch viele wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden müssen und voraussichtlich auch fortlaufend neue Erkenntnisse erzielt werden, die in der Versorgung zu berücksichtigen sind.

[PatV: Hierzu ist (1., 2., 4.) eine niedragschwellige und zeitnah erreichbare sowie bei Bedarf interdisziplinäre Diagnostik sowie die patientenindividuelle Koordination der Versorgung

erforderlich. Eine frühzeitige Diskrimination verschiedener Untergruppen postinfektiöser Krankheitsbilder und eine Zuordnung nach Schweregrad ermöglicht eine frühzeitige Bahnung angemessener weiterer Maßnahmen mit dem Ziel, einer Chronifizierung zu verhindern oder abzumildern. Daraus lässt sich ein strukturierter Behandlungsplan ableiten, der den bedarfsorientierten zeitnahen Zugang zu einer (3.) leitliniengerechten und multimodalen Versorgung ermöglicht sowie die gezielte zeitnahe Überleitung in eine Versorgung außerhalb dieser Richtlinie (5.).

Weitere Ziele bilden die Stärkung der Kooperation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, des Erfahrungsgewinns in der Versorgung und die Stärkung der strukturierten Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsebenen (6.). Die Unterstützung der Forschung sowohl im Grundlagenbereich als auch der Versorgungsforschung (7.) sind insofern hier von besonderer Bedeutung, da es sich im Bereich der postinfektiösen Krankheitsbilder um einerseits neue Herausforderungen im Bereich Long/Post COVID handelt, andererseits seit Jahrzehnten postinfektiöse Erkrankungen mit der Ausprägung ME/CFS in Forschung und Lehre unterrepräsentiert waren. Die Ermöglichung der Teilnahme von Patientinnen und Patienten an wissenschaftlichen Studien ist die Voraussetzung für die Aufklärung der Krankheitsmechanismen und für die Entwicklung kausaler Therapien.

Die Beachtung einer möglichen PEM (Post Exertional Malaise), insbesondere bei ME/CFS, ist für eine Verhinderung von Chronifizierung und einer Verschlechterung des Verlaufs und damit der Prognose von besonderer Bedeutung (8.).]

**Zu Absatz 2 Nr. 2**

DKG	PatV	KBV
Um Patientinnen und Patienten sowohl angemessen zu versorgen und zügig der erforderlichen Versorgungsebene zuweisen zu können, ist die Erhebung des Schweregrades der Erkrankung essenziell. Der Behandlungsplan soll die Grundlage für die koordinierte Behandlung bilden und so die zeitnahe Umsetzung der Versorgung unterstützen.	Die Zuordnung nach Schweregraden ist mit einfachen Mitteln möglich, so z.B. für ME/CFS dargestellt im Abschlussbericht des IQWiG <sup>1</sup> zum aktuellen Kenntnisstand bei ME/CFS, S.9f. Diese Unterscheidung ist bedeutsam, weil bei Erkrankung mit mindestens moderatem Schweregrad eine Versorgung unter Beteiligung spezialisierter Einrichtungen notwendig ist.	<i>[keine Übernahme] [Auf eine Zuordnung der Patienten nach Schweregraden der Erkrankung wird verzichtet, da für eine Definition solcher Schweregrade bislang keine hinreichende Evidenz vorliegt.]</i>

**Zu Absatz 2 Nr. 8**

DKG / PatV	GKV-SV/KBV
[PatV: Postinfektiöse syndromale Krankheitsbilder beeinträchtigen den Alltag der Patientinnen und Patienten, führen oftmals zu einer eingeschränkten Lebensqualität und Leistungsfähigkeit.	<i>[keine Übernahme]</i>

1 IQWiG Myalgische Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): aktueller Kenntnisstand – Abschlussbericht 2023  
[https://www.iqwig.de/download/n21-01\\_me-cfs-aktueller-kenntnisstand-abschlussbericht\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/n21-01_me-cfs-aktueller-kenntnisstand-abschlussbericht_v1-0.pdf) (Zugriff am 03.09.2023)

<p>Ein wichtiges Ziel der Versorgung ist daher Maßnahmen zur Verbesserung des Krankheitsverlaufs, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität der Versicherten anzubieten. Bei der Linderung von Symptomen und Abwendung einer Verschlechterung des Verlaufs ist eine Post-Exertional Malaise (PEM) zu beachten bzw. zu vermeiden. PEM bedeutet die Verschlechterung aller Symptome nach auch geringer körperlicher oder geistiger Belastung. Bei Vorliegen einer PEM, z.B. bei ME/CFS müssen alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Alltagsaktivitäten auf die individuell oft erheblich eingeschränkte Belastbarkeit angepasst werden. Ein „Pacing“ das heißt ein schonender, dosierter Umgang mit eigenen Energieressourcen und strikte Vermeidung von Überlastung, ist zu empfehlen. [Quelle: Hallek M, Adorjan K, Behrends U, Ertl G, Suttorp N, Lehmann C,, on behalf of the Long COVID Working Group of the Scientific Advisory Board within the German Medical Association: Post-COVID syndrome. Dtsch Arztebl Int 2023; 120 (online first). DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0409]</p> <p>Durch die gezielte Behandlung von Symptomen, durch eine qualitative ärztliche Betreuung verbunden mit Selbstmanagement und sozialmedizinischer Unterstützung kann die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten sich verbessern und sich sogar eine moderate Verbesserung des Krankheitsverlaufs einstellen<sup>2</sup>.</p>	
--	--

PatV	GKV-SV/KBV/DKG
<p>Komplexe Krankheitsbilder mit ggf. schwerwiegender Multiorganbetroffenheit wie z. B. das Long/Post-COVID-Syndrom und ME/CFS erfordern eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Herangehensweise sowie eine Kontinuität in der Versorgung. Dies erfordert die Beteiligung von Leistungserbringern aller Versorgungsstufen. Grundsätzlich sind bei den Patienten verschiedene Grade der Betroffenheit nach Art und Schwere der Symptomatik und Komplexität der Befundkonstellation, nach Anzahl betroffener Organsysteme und dem Zeitverlauf zu unterscheiden; daraus ergeben sich verschiedene Erfordernisse an die Patientenbetreuung, denen durch eine gestufte Versorgung Rechnung getragen werden kann.</p>	<p>[keine Übernahme]</p>

<sup>2</sup> Scheibenbogen C, Bellmann-Strobl, J, Reißhauer, A, Maier A, Veauthier C, Schmidt D, Behrends, U. (2023): Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom: Interdisziplinär versorgen. Deutsches Ärzteblatt; 120 (20)]

## § 2 Definition der Patientengruppe

[PatV: Nach dem gesetzlichen Auftrag gem. § 92 Abs 6 c SGB V soll die neue Versorgung insbesondere für Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Long-COVID ausgerichtet sein, sie kann jedoch auch Erkrankungen aufnehmen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen. Die Regelungen in § 2 dienen einer zielgenauen Identifikation der Patientengruppen.]

### Zu Absatz 1 [KBV: und Absatz 2]

PatV	GKV-SV/ KBV				
<p>Absatz 1 stellt die Definition der Patientengruppe mit Long COVID im engeren Sinne dar, hierzu wird die zeitliche Abgrenzung zwischen Long und Post COVID anhand der Erkrankungsdauer durchgeführt. Für Kinder und Jugendliche wird gemäß WHO <sup>3</sup> eine verkürzte Zeitdauer von 2 Monaten für die Feststellung eines Post COVID Syndroms angewendet.</p> <p>Der besondere Versorgungsbedarf besteht sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche. Da sich die Versorgungsstrukturen für Erwachsene nicht wesentlich von denen für Kinder und Jugendliche unterscheiden umfasst die Richtlinie die Versorgung aller Altersgruppen und schließt Kinder und Jugendliche ausdrücklich mit ein. Eingeschlossen sind Patientinnen und Patienten mit ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue Syndrom, früher auch nur als Chronisches Fatigue Syndrom bezeichnet, verschlüsselt nach ICD 10 mit G93.3) nach einer Infektion mit SARS-CoV-2, die den</p>	<p>Die Richtlinie regelt die Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit dem Verdacht auf oder einer diagnostizierten Long-COVID-Erkrankung sowie mit dem Verdacht auf</p>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GKV-SV</th> <th>KBV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>oder einer diagnostizierten Erkrankung nach Absatz 3, die eine ähnliche Ursache oder ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweisen. Hiermit wird die gesetzliche Vorgabe in § 92 Absatz 6c</p> </td> <td> <p>eine Erkrankung nach Absatz 2. In diesen Fällen wird die eine ähnliche Ursache oder ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID angenommen. Hiermit wird die gesetzliche Vorgabe in § 92 Absatz 6c Satz 3</p> </td> </tr> </tbody> </table>	GKV-SV	KBV	<p>oder einer diagnostizierten Erkrankung nach Absatz 3, die eine ähnliche Ursache oder ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweisen. Hiermit wird die gesetzliche Vorgabe in § 92 Absatz 6c</p>	<p>eine Erkrankung nach Absatz 2. In diesen Fällen wird die eine ähnliche Ursache oder ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID angenommen. Hiermit wird die gesetzliche Vorgabe in § 92 Absatz 6c Satz 3</p>
	GKV-SV	KBV			
<p>oder einer diagnostizierten Erkrankung nach Absatz 3, die eine ähnliche Ursache oder ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweisen. Hiermit wird die gesetzliche Vorgabe in § 92 Absatz 6c</p>	<p>eine Erkrankung nach Absatz 2. In diesen Fällen wird die eine ähnliche Ursache oder ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID angenommen. Hiermit wird die gesetzliche Vorgabe in § 92 Absatz 6c Satz 3</p>				
<p>SGB V umgesetzt. Es sind sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche erfasst. Es wird die mittlerweile als weitgehend verbindlich angesehene grundsätzliche Definition von Long- bzw. Post-COVID genutzt [3]. Umfasst sind Fälle, in denen der Verdacht auf das Vorliegen einer Long-COVID ähnlichen Symptomatik nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe einer Infektion mit SARS-CoV-2 besteht. Damit wird die in § 92 Absatz 6c SGB V vorgesehene Möglichkeit zur Regelung in Bezug auf Fälle, in denen eine mit Long-COVID vergleichbare Symptomatik vorliegt, genutzt.]</p>					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GKV-SV/DKG/PatV</th> <th>KBV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>[GKV-SV: Die in § 92 Absatz 6c SGB V</p> </td> <td> <p>(ähnliche Textierung EC):</p> </td> </tr> </tbody> </table>	GKV-SV/DKG/PatV	KBV	<p>[GKV-SV: Die in § 92 Absatz 6c SGB V</p>	<p>(ähnliche Textierung EC):</p>
GKV-SV/DKG/PatV	KBV				
<p>[GKV-SV: Die in § 92 Absatz 6c SGB V</p>	<p>(ähnliche Textierung EC):</p>				

<sup>3</sup> WHO (2023) A clinical case definition for post COVID-19 condition in children and adolescents by expert consensus, 16 February 2023 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-CA-Clinical-case-definition-2023-1> (Zugriff am 20.09.2023)

<p>Verdacht auf oder die Diagnose ME/CFS aufweisen und Patientinnen und Patienten, die Long COVID-ähnliche Symptome nach einer Impfung zur Prophylaxe eben dieser Infektion aufweisen (derzeit häufig als „PostVac“ bezeichnet). Weiterhin wird ausdrücklich geregelt, dass auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten in die Richtlinie einbezogen wird, deren Symptomatik bzw. Erkrankung eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Erkrankungsprägung wie Long-COVID aufweist. Vermieden werden soll damit, dass es Patientinnen und Patienten mit postinfektiösen Erkrankungen „1. und 2. Klasse“ gibt mit dem Unterscheidungsmerkmal einer nachgewiesenen COVID-Infektion. Aufgrund des Durchseuchungsgrads und der nachlassenden Häufigkeit von Testungen ist die Nachweisstrategie für COVID-Infektionen unzuverlässig. Präpandemisch erkrankte Versicherte, deren Versorgungsbedarf im IQWiG-Bericht<sup>4</sup> für Erwachsene und Kinder deutlich formuliert wurde, werden in die Richtlinie eingeschlossen. Eine aktuelle Publikation der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) zeigt, dass postinfektiöse Symptome nach COVID oder anderen Atemwegs-Infektionen etwa gleich häufig auftreten<sup>5</sup>. In Absätzen 1 und 2 wird ausdrücklich geregelt, dass sowohl Patientinnen und Patienten mit Long Covid als auch</p>	<p>vorgesehene Möglichkeit, auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten, deren Symptomatik bzw. Erkrankung eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Erkrankungsprägung wie Long-COVID aufweisen, wird genutzt. Dies wird in Bezug auf Patientinnen oder Patienten, die nach einer anderen viralen Infektion [DKG: oder aufgrund einer fehlgesteuerten Immunreaktion anderer Ursache] ähnliche Symptome aufweisen und insbesondere auch für Patientinnen und Patienten bei denen der Verdacht auf das Vorliegen einer myalgischen Enzephalomyelitis /eines Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS) besteht, als sachgerecht angesehen. Auch nach anderen viralen Infektionen können mit Long-COVID vergleichbare Symptome auftreten [4]. [GKV-SV/DKG: ME/CFS kann auf langfristige Infektionsfolgen zurückgehen, allerdings bestehen hier erhebliche Unsicherheiten [2].]</p>	<p>Dem Gesetzauftrag nach § 92 Absatz 6c Satz 3 SGB V folgend erfasst die Richtlinie auch Patientinnen und Patienten, die ähnliche Krankheitsursachen sowie ähnliche Symptome aufweisen wie Personen mit Long-COVID. Maßgeblich ist hierbei eine vorhergehende virale Infektion in der Anamnese (ähnliche Ursache) in Kombination mit einem möglichst gut abzugrenzenden Symptom bzw. Symptomenkomplex, das bzw. der bei Long-COVID wie auch bei anderen post-viralen Erkrankungsbildern auftritt (ähnliche Symptome) und möglichst plausibel auf die auslösende Ursache zurückzuführen ist. Die Ähnlichkeit zwischen Symptomen zweier Erkrankungsbilder alleine ermöglicht hingegen keine sichere Zuordnung zu einer Erkrankung, einer Behandlungsmethode oder einer Versorgungsform. Der sorgfältigen differentialdiagnostischen Abklärung ist eine besondere Bedeutung beizumessen, insbesondere bei unspezifischen Symptomen wie</p>
--	--	--

<p>mit ähnlichen Erkrankungen eingeschlossen sind.          Hierzu werden auch Folgen einer SARS-CoV-2- Infektion gezählt, die als Post-COVID bezeichnet werden und länger als 12 Wochen nach Infektion andauern oder neu auftreten. Gemäß einer ersten Falldefinition für den „Post-COVID-19 Zustand“ bei Kindern und Jugendlichen wird bei Personen mit einer bestätigten oder wahrscheinlichen SARS-COV-2-Infektion in der Vorgeschichte diagnostiziert, wenn Symptome mindestens 2 Monate andauern und erstmals innerhalb von 3 Monaten aufgetreten sind.<sup>6]</sup></p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Müdigkeit, Kopfschmerz oder Gelenkschmerzen.]</td> </tr> </table>		Müdigkeit, Kopfschmerz oder Gelenkschmerzen.]
	Müdigkeit, Kopfschmerz oder Gelenkschmerzen.]		

**Zu Absatz 2**

PatV	GKV/KBV
<p>Die Diagnosestellung erfolgt aufgrund des Fehlens einfacher diagnostischer Marker in der Gesamtschau der anamnestischen klinischen und paraklinischen Befunde. Aufgrund der erforderlichen klinischen differentialdiagnostischen Abklärung ist es erforderlich, bereits vor endgültiger Diagnosestellung einer alleinigen syndromalen postinfektiösen Erkrankung bis zum Ausschluss weiterer Einzeldiagnosen einen zeitnahen Behandlungsbeginn zu initiieren.          Zur Diagnosestellung stehen verschiedene Score-Systeme zur Verfügung. Die</p>	<p>Die Diagnosestellung soll auf Basis einer symptomorientierten differenzialdiagnostischen Abklärung oder als Ausschlussdiagnose erfolgen. Die differenzialdiagnostische Abklärung und insbesondere die Diagnosestellung als Ausschlussdiagnose sollen den zeitnahen Behandlungsbeginn nicht behindern. Diese Bestimmung ist im vorliegenden Kontext von großer Bedeutung, da eine abschließende Definition von Long- bzw. Post-COVID nicht vorliegt und eine große Zahl von möglichen Symptomen genannt und Beiträge vieler medizinischer Fachdisziplinen erwogen</p>

4 [IQWiG Myalgische Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): aktueller Kenntnisstand – Abschlussbericht 2023 [https://www.iqwig.de/download/n21-01\\_me-cfs-aktueller-kenntnisstand\\_abschlussbericht\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/n21-01_me-cfs-aktueller-kenntnisstand_abschlussbericht_v1-0.pdf) (Zugriff am 03.09.2023)]

5 Montoy JC, Ford J, Yu H, et al. Prevalence of Symptoms ≤12 Months After Acute Illness, by COVID-19 Testing Status Among Adults — United States, December 2020–March 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2023;72:859–865. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7232a2>

6 WHO (2023) A clinical case definition for post COVID-19 condition in children and adolescents by expert consensus, 16 February 2023 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-CA-Clinical-case-definition-2023-1> (Zugriff am 20.09.2023)



<p>diagnostische Bewertung eines Post COVID-Syndroms kann unter Zuhilfenahme des PCS-Scores oder des PCFS erfolgen, die jedoch aufgrund der erst kurzen Existenz des Post COVID-Syndroms noch nicht umfassend validiert sind.</p> <p>Die Diagnostik von ME/CFS erfolgt wie in der S3- Leitlinie „Müdigkeit“ der DEGAM<sup>7</sup> Kapitel 5.7. dargelegt: Orientierend werden die IOM-/NICE-Kriterien erfragt, bei positivem Ergebnis die Kanadischen Konsensus Kriterien (Canadian Consensus Criteria) CCC<sup>8</sup>,. Dieses Vorgehen empfiehlt auch die NICE Guideline<sup>9</sup>.</p> <p>Allgemein wird ein Behandlungsbedarf nach dieser Richtlinie gesehen bei einem Schweregrad, der eine signifikante Einschränkung der Alltagsfunktionen beinhaltet und negative Auswirkungen auf Sozial, Arbeits- und Schulleben hat.]</p> <p>Ein Zusammenhang mit einer infektiösen Erkrankung oder eines anderen immunvermittelten Auslösers kann bei gewissen Latenzen zwischen Infektion und Auftreten der Symptomatik nicht immer mit Sicherheit erbracht werden.]</p>	<p>werden ([5], [6]). [GKV-SV: , wobei methodische Unsicherheiten vieler vorliegender Studien zu berücksichtigen sind und insbesondere auch die Bedeutung anderer Erkrankungen als möglicher Erklärungen für die zugrundeliegende Symptomatik zu bedenken sind [7].]</p> <table border="1" data-bbox="810 577 1385 1514"> <thead> <tr> <th data-bbox="810 577 1187 618">GKV-SV</th> <th data-bbox="1187 577 1385 618">KBV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="810 618 1187 1514"> <p>Eine spezifische, bestätigende Diagnostik ist mindestens gegenwärtig nicht möglich. Es soll daher insbesondere im Sinne der Patientinnen und Patienten nicht abgewartet werden, bis alle erdenkliche Diagnostik durchgeführt wurde und auf weitere Differenzialdiagnostik auch verzichtet werden, insofern diese nicht im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie durchgeführt wird oder keinen wesentlichen Beitrag zur Behandlung und Versorgung erwarten lässt.</p> </td> <td data-bbox="1187 618 1385 1514"> <p>[keine Übernahme]</p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Die Versorgung nach dieser Richtlinie setzt voraus, dass Symptome oder Beschwerden bestehen, die eine behandlungswürdige Einschränkung der Alltagsfunktion und Lebensqualität bewirken und einen</p>	GKV-SV	KBV	<p>Eine spezifische, bestätigende Diagnostik ist mindestens gegenwärtig nicht möglich. Es soll daher insbesondere im Sinne der Patientinnen und Patienten nicht abgewartet werden, bis alle erdenkliche Diagnostik durchgeführt wurde und auf weitere Differenzialdiagnostik auch verzichtet werden, insofern diese nicht im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie durchgeführt wird oder keinen wesentlichen Beitrag zur Behandlung und Versorgung erwarten lässt.</p>	<p>[keine Übernahme]</p>
GKV-SV	KBV				
<p>Eine spezifische, bestätigende Diagnostik ist mindestens gegenwärtig nicht möglich. Es soll daher insbesondere im Sinne der Patientinnen und Patienten nicht abgewartet werden, bis alle erdenkliche Diagnostik durchgeführt wurde und auf weitere Differenzialdiagnostik auch verzichtet werden, insofern diese nicht im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie durchgeführt wird oder keinen wesentlichen Beitrag zur Behandlung und Versorgung erwarten lässt.</p>	<p>[keine Übernahme]</p>				

7 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Müdigkeit; S3-Leitlinie [online]. 2022 [Zugriff: 29.09.2023]. URL: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-002l\\_S3\\_Muedigkeit\\_2023-01\\_01.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-002l_S3_Muedigkeit_2023-01_01.pdf)

8 Jason LA, Evans M, Porter N et al. The Development of a Revised Canadian Myalgic Encephalomyelitis Chronic Fatigue Syndrome Case Definition. American Journal of Biochemistry and Biotechnology 2010; 6(2): 120-135. <https://dx.doi.org/10.3844/ajbbbsp.2010.120.135>

9 National Institute for Health and Care Excellence. Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy) / chronic fatigue syndrome: diagnosis and management; [B] Information, education and support for health and social care professionals; NICE guideline NG206 [online]. 2021 [Zugriff: 29.09.2023]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206/evidence/b-information-education-and-support-for-health-and-social-care-professionals-pdf-9265183023>.

	negativen Einfluss auf Sozial-, Arbeits- und/oder Schulleben haben, die nicht hinreichend durch andere Erkrankungen erklärbar sind. Ist bereits initial deutlich, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit andere Erkrankungen für die Symptomatik verantwortlich sind, so erfolgt die Versorgung gemäß etablierter Standards der Regelversorgung in Bezug auf diese Erkrankungen.
--	---

**Zu Absatz 3**

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV/PatV</b>	<b>DKG</b>
<p>Es wird davon ausgegangen, dass, auch wenn Patientinnen oder Patienten in Eigenanamnese den Verdacht auf eine Erkrankung gemäß der Absätze 1 und 2 hegen, bei bzw. in Folge der Erstvorstellung in der hausärztlichen Versorgung gemäß § 5 Absatz 1 Nummern 1 und 2 eingangs geklärt wird, ob dieser Verdacht ärztlich als hinreichend begründet anzusehen ist. Die Versorgung nach dieser Richtlinie wird nach Durchführung dieser Maßnahmen (Basis-Assessment und ggf. zusätzliche Diagnostik) nur dann fortgeführt, wenn diese zur Feststellung des Vorliegens einer Erkrankung nach den Absatz 1 geführt haben und ein Koordinierungsbedarf gemäß § 4 Absatz 4 vorliegt. Diese Regelung ist folgerichtig, da die Versorgung nach dieser Richtlinie der Aufklärung des Verdachts auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 gilt und darüber hinaus nur dann erfolgen soll, wenn eine solche Erkrankung bestätigt werden kann. Zudem ist ein besonderer Koordinierungsbedarf gemäß § 4 Absatz 4 festzustellen, da eine solche Koordinierung ein Kernmerkmal der Richtlinie darstellt. Ist ein solcher Bedarf nicht vorhanden, ist eine Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie nicht notwendig. Dies gilt sowohl unmittelbar nach Feststellung des Vorliegens einer Erkrankung gemäß § 2 als auch in der Folge (sofern eine solche Koordinierung überhaupt notwendig war und ausgeübt wurde, vgl. zu § 5 Absatz 2).</p>	<p>Der Einschluss in eine Studie beendet nicht zwingend und gänzlich den Versorgungsbedarf im Rahmen dieser Richtlinie.</p>	<p>Der Einschluss in eine Studie beendet nicht zwingend den ambulanten Versorgungsbedarf und kann ergänzend weiter nach dieser Richtlinie erfolgen.]</p>

<p>Dass der Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie immer in der hausärztlichen Versorgung liegt (in der fachärztlichen Versorgung nur wenn die Voraussetzungen nach § 6 Absatz 2 gegeben sind), liegt zum einen in der Regelungsbefugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses, insofern sich vergleichbare Bestimmungen im Bundesmantelvertrag Ärzte in Bezug auf den Ausschluss der Inanspruchnahme bestimmter Fachärztinnen bzw. Fachärzte (z. B. Laboratoriumsmedizin und Radiologie) finden (§ 13 Absatz 4). Zum anderen stellt die Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie ein zusätzliches Versorgungsangebot dar. Die für die Regelversorgung bestimmte freie Arztwahl (§ 76 SGB V) ist somit nicht berührt.</p> <p>Die Versorgung erfolgt ebenfalls nicht oder nicht mehr im Rahmen der vorliegenden Richtlinie, wenn bzw. sobald die Patientin oder der Patient im Rahmen einer klinischen Studie behandelt wird. In diesem Fall ist davon auszugehen, dass die Versorgung und Behandlung wesentlich durch das Studienprotokoll bestimmt wird. Hier ist von dezidierten Regelungen auszugehen, die im Einzelnen auch andere Vorgehensweisen als die in der vorliegenden Richtlinie vorgesehenen festlegen können. Es sind Widersprüche zu vermeiden. In diesen Fällen sollten die Bestimmungen des Protokolls der klinischen Studie vorgängig sein, auch, um den im vorliegenden Kontext besonders wichtigen Erkenntnisfortschritt, der durch eine Studienteilnahme erzielt werden kann, nicht zu behindern.</p> <p>Insbesondere die Bestimmungen zum Ende der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie dienen auch der Erreichung des Zieles der Ermöglichung einer gezielten, zeitnahen Überleitung in eine Versorgung außerhalb dieser Richtlinie, gemäß § 1 Absatz Nummer 4.</p>		
---	--	--

### § 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen

#### Zu Absatz 1

DKG	GKV-SV/KBV	PatV				
<p>Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt in Abhängigkeit von der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankungen gestuft in drei Ebenen: der hausärztlichen Ebene, der fachärztlichen Ebene und der Ebene der spezialisierten ambulanten Versorgung. Berechtig zur Teilnahme sind alle Leistungserbringer, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Dies umfasst auch ermächtigte Personen und Einrichtungen, Krankenhäuser und deren Ambulanzen sowie Hochschulambulanzen. Um bereits erfolgreich etablierte, regionale Versorgungsangebote künftig nicht zu behindern, erfolgt keine Einschränkung auf bestimmte gesetzliche Grundlagen. Bestehende Angebote sollen genutzt und in die Behandlung nach dieser Richtlinie integriert werden.</p>	<p>An der Versorgung nach dieser Richtlinie sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt. Dies umfasst</p> <table border="1" data-bbox="603 730 999 1133"> <thead> <tr> <th data-bbox="603 730 802 781">GKV-SV</th> <th data-bbox="810 730 999 781">KBV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="603 792 802 1133">auch ermächtigte Krankenhausärztinnen und -Ärzte bzw. ermächtigte Krankenhäuser.</td> <td data-bbox="810 792 999 1133">beispielsweise auch ermächtigte Ärztinnen und -Ärzte</td> </tr> </tbody> </table> <p>Die Versorgung nach dieser Richtlinie kann in Abhängigkeit von der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung auf den Ebenen hausärztliche Versorgung (§ 4), fachärztliche Versorgung (§ 5) und spezialisierte ambulante Versorgung (§ 6) erfolgen. Eine Einbeziehung aller ambulanten Versorgungsebenen ist sachgerecht und ggf. notwendig um ein berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung zu ermöglichen.</p>	GKV-SV	KBV	auch ermächtigte Krankenhausärztinnen und -Ärzte bzw. ermächtigte Krankenhäuser.	beispielsweise auch ermächtigte Ärztinnen und -Ärzte	<p>Die Regelungen nach § 3 stellen eine Auflistung der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dar, die abhängig von der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung und Alter der Patientinnen und Patientenauf den drei Versorgungsebenen an der Versorgung teilnehmen können.</p>
GKV-SV	KBV					
auch ermächtigte Krankenhausärztinnen und -Ärzte bzw. ermächtigte Krankenhäuser.	beispielsweise auch ermächtigte Ärztinnen und -Ärzte					

## Zu Absatz 2

DKG	GKV-SV/KBV/PatV		
<p>Die Versorgung in der hausärztlichen Ebene erfolgt durch Teilnehmer an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V und umfasst auch Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Um die Versorgungsziele dieser Richtlinie zu erreichen sollen Leistungserbringer dieser Ebene eine direkte telefonische Erreichbarkeit und Terminvergabe an mindestens 4 Wochentagen jeweils für 4 Stunden sowie eine bedarfsabhängige kurzfristige Terminvergabe und Terminvermittlung zu anderen Ärzten ermöglichen. Die Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einem Psychologen/Psychotherapeuten sowie das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten (z. B. Videosprechstunde) und die Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2 sollen ebenfalls dazu beitragen die Ziele dieser Richtlinie zu erreichen.</p>	<p>[GKV-SV: Es wird eine hausärztliche Versorgungsebene bestimmt, die die Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringern und Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnehmen umfasst. Damit sind auch Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte umfasst, um insbesondere auch das Ziel der Versorgung aller Altersgruppen (vgl. § 2 Absatz 1) erreichen zu können. Die hausärztliche Versorgungsebene ist für die Versorgung nach dieser Richtlinie von herausgehobener Bedeutung, da diese Versorgung hier beginnt. Dies ist sachgerecht, da insbesondere in Bezug auf Long- bzw. Post-COVID von einer erheblichen Breite der Symptomatik und ggf. zu klärendem Behandlungsbedarf ausgegangen werden muss, dem in der</p>	<p>[KBV: Es wird eine hausärztliche Versorgungsebene bestimmt, die die Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringern und Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnehmen, umfasst. Es wird klargestellt, dass auch Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte umfasst sind, um insbesondere auch das Ziel der Versorgung aller Altersgruppen (vgl. § 2 Absatz 1) erreichen zu können. In der hausärztlichen Versorgungsebene beginnt in der Regel die Versorgung im Rahmen der Richtlinie. Es wird davon ausgegangen, dass Patienten meist zuerst den Hausarzt aufsuchen. Dies kann vor dem Hintergrund der insbesondere in Bezug auf Long- bzw. Post-COVID</p>	<p>[PatV: Dieser besondere Behandlungsbedarf wird in §6 Absatz 4 näher erläutert.]</p>

	<p>Regel zunächst allgemeinmedizinisch begegnet werden soll. Insbesondere die begrenzten Angebote der speziellen ambulanten Angebote durch Hochschulambulanzen und ggf. andere spezialisierte Versorgungseinrichtungen (s. zu Absatz 4 und zu § 7) sollen insbesondere durch Patientinnen und Patienten genutzt werden, die einen besonderen Behandlungsbedarf aufweisen.]</p>	<p>auszugehenden erheblichen Breite der Symptomatik und ggf. zu klärendem Behandlungsbedarf angenommen werden.]</p>	
--	--	---	--

**Zu Absatz 3**

GKV-SV/KBV/PatV		DKG
<p>[GKV-SV: Es wird eine fachärztliche Versorgungsebene bestimmt, die die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 SGB V teilnehmenden umfasst sowie die entsprechenden Fachgruppen der Kinder- und Jugendmedizin. Die fachärztliche Versorgungsebene ist für die Versorgung nach dieser Richtlinie sowohl in Bezug auf (Differenzial-)Diagnostik bzw. diagnostische Leistungen, die auf der hausärztlichen Ebene nicht erbracht</p>	<p>[PatV Angelehnt an Abschnitt A § 2a Absatz 6 (Muster) WBO werden als Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung im Sinne der Richtlinie bezeichnet: Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie,</p>	<p>Die Versorgung in der fachärztlichen Ebene erfolgt durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 SGB V teilnehmen und umfasst auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, ermächtigte Einrichtungen sowie an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach §140a SGB V teilnehmenden Einrichtungen. Dies umfasst auch sozialpädiatrische</p>

<p>werden können, notwendig, als auch für die fachärztliche oder psychotherapeutische Mit- und Weiterbehandlung von Erkrankungen im Bereich des jeweiligen Fachgebietes. Im Einzelnen sind hier aufgrund der teilweise unspezifischen Symptombreite möglicherweise viele Fachgebiete berührt, sodass eine Beschränkung auf bestimmte Fachgebiete nicht angemessen ist. Analysen der Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung zeigen jedoch, dass hier, neben der dominierenden Rolle der Haus- bzw. Kinderärztlichen Versorgung insbesondere die Pneumologie, Kardiologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie und Nervenheilkunde involviert sind [8].</p> <p><b>KBV:</b> [keine Übernahme]</p>	<p>Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Urologie. Fachärztinnen und Fachärzte, die nach § 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, werden von Absatz 2 der Richtlinie erfasst.]</p>	<p>Zentren. Zur Erreichung der Versorgungsziele sollen Teilnehmer dieser Ebene eine direkte telefonische Erreichbarkeit und Terminvergabe an mindestens 3 Wochentagen jeweils für 2 Stunden sowie eine bedarfsabhängig zeitnahe Terminvergabe bei Überweisung durch den Hausarzt oder Facharzt ermöglichen, telemedizinische Angebote vorhalten und Fortbildungsangebote zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2 wahrnehmen.]</p>
---	--	---

**Zu Absatz 4**

GKV-SV/KBV		PatV	DKG
<p>[GKV-SV: Reicht die Versorgung auf der haus- und fachärztlichen Ebene nicht aus, insbesondere weil die Komplexität und Schwere der Erkrankung</p>	<p>[KBV: Im Sinne einer gestuften und bedarfsgerechten Versorgung ist es wichtig, die spezialisierte ambulante Versorgung von der fachärztlichen</p>	<p>[PatV: Auf dieser Ebene sind (1.) dem Fachgebiet entsprechende Angebote wie z.B. Neurologie, Kardiologie, Innere Medizin, Kardiologie oder</p>	<p>In der Ebene der spezialisierten ambulanten Versorgung erfolgt die Versorgung durch Hochschulambulanz en sowie durch</p>

<p>außerordentlich ist oder eine bereits fortgesetzte Behandlung auf der haus- und fachärztlichen Ebene keine wesentlichen Fortschritte erbracht hat so kann die Versorgung auf der Ebene einer für die Erkrankungen nach § 2 spezialisierten, ambulanten Versorgung erfolgen. Dies ist dann sinnvoll, wenn die Hoffnung besteht, durch eine besonders spezialisierte Versorgung Verbesserungen zu erreichen. Hier sind Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V, die eine entsprechende Versorgung anbieten können, umfasst. Zusätzlich umfasst sind Einrichtungen, die über eine besondere Expertise verfügen und entsprechende Kriterien erfüllen. [GKV-SV: Auf dieser Ebene sind (1.) Angebote der Fachgebiete Neurologie, Kardiologie und</p>	<p>ambulanten Versorgung abzugrenzen. In der spezialisierten ambulanten Versorgung soll primär die Versorgung besonders schwer und komplex erkrankter Patienten zu gewährleistet werden. Dies soll durch die genannten Anforderungen erreicht werden. Ein Wesensmerkmal von Spezialambulanzen für diese schwer und komplex erkrankten Patienten muss die Interdisziplinarität, die Erfahrung in der Versorgung und das Engagement in Lehre und Forschung sein. Das Erfordernis der drei Fachgebiete Kardiologie, Pneumologie und Neurologie deckt die drei häufigsten Komorbiditäten ab. Auch die weiteren Anforderungen leiten sich ab aus dem spezifischen Versorgungsbedarf der komplexen Fälle der von der Richtlinie erfassten Patientinnen und Patienten. Maßgeblich für diese höchste Stufe der</p>	<p>Pneumologie) Voraussetzung ebenso wie (2.) neuropsychologische oder psychotherapeutische Angebote. (3.) Die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung soll gegeben sein. Das kann z.B. erforderlich sein, um Patientinnen und Patienten bei einer Belastungsintoleranz (PEM) oder für die Durchführung mehrerer diagnostischer Maßnahmen stationär aufnehmen zu können. Der übliche Weg einer Differentialdiagnostik mit der Absolvierung mehrerer Untersuchungen, Maßnahmen an einem Termin kann bei Patientinnen und Patienten mit PEM zu einer Überlastung und damit Verschlechterung des Zustands führen. Wiederholte Wege zu mehrfachen Terminen können den gleichen Effekt</p>	<p>weitere ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigte Einrichtungen oder an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmenden Einrichtungen. Oftmals sind diese Ambulanzen oder Einrichtungen primäre Anlaufstelle für Patienten und Ärzte bei komplexen Fragestellungen oder schweren Verläufen. Teilweise haben sie auch bei der regionalen Koordination der Versorgung sowie der Erarbeitung und Implementierung von Versorgungskonzepten mitgewirkt. Auch diese Expertise soll im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie berücksichtigt werden. Dies können beispielsweise Kompetenzzentren, Spezialambulanzen oder</p>
--	--	--	--



<p>Pneumologie von hervorgehobener Bedeutung (vgl. Absatz 2) ebenso wie (2.) neuropsychologische und psychotherapeutische Angebote [5] Voraussetzung. Zudem soll eine hinreichende Zugänglichkeit der Angebote durch Sprechzeiten (3.) sowie durch das Angebot von Telemedizin (4.) gesichert sein. Auch eine Beteiligung an Forschungsaktivitäten und die Vermittlung von Möglichkeiten zur Studienteilnahme (5.) sollen gegeben sein, da die besondere Expertise spezialisierter Einrichtungen insbesondere auch für die in Bezug auf die Erkrankungen gemäß § 2 besonders dringlich benötigte weitere Forschung zur Verfügung stehen soll und somit auch dem Ziel der Unterstützung der Forschung gemäß § 1 Absatz 2 Nummer 7 entsprochen</p>	<p>spezialisierten Versorgung sind die Hochschulambulanzen, also Spezialambulanzen an Universitätskliniken.</p>	<p>haben. Dies ist auch die Begründung für die Notwendigkeit telemedizinischer Angebote, vor allem für Patientinnen und Patienten, die die Häuslichkeit nicht verlassen können oder bettlägerig sind (5.). (4.) Zudem soll eine hinreichende Zugänglichkeit der Angebote durch Sprechzeiten. Es werden keine expliziten Vorgaben gemacht zu welchen Zeiten sie angeboten werden müssen. Dies liegt im Ermessen der spezialisierten Einrichtungen. (5.) Auch eine Beteiligung an Forschungsaktivitäten und die Vermittlung von Möglichkeiten zur Studienteilnahme sollen gegeben sein, da die besondere Expertise spezialisierter Einrichtungen insbesondere auch für die in Bezug auf die Erkrankungen gemäß § 2 besonders dringlich benötigte weitere Forschung zur</p>	<p>Zusammenschlüsse ermächtigter Fachärzte oder Einrichtungen sein, die sich auf die Behandlung von Erkrankungen nach §2 spezialisiert haben. Sofern es sich nicht um Hochschulambulanzen handelt sollen die Einrichtungen in dieser Ebene ein der Erkrankungsgruppe nach § 2 entsprechendes Angebot mit mindestens zwei Fachrichtungen aus dem Gebiet Innere Medizin und mindestens einem weiteren Fachgebiet sowie ein Angebot zur Behandlung psychischer Störungen i. V. m. einer Erkrankung nach § 2 auch in Kooperation vorhalten, über ein regelmäßiges Angebot von Sprechstunden, mindestens an 2 Tagen pro Woche verfügen und telemedizinische Angebote vorhalten. Auch</p>
--	---	--	---

<p>werden kann. Auch spezialisierte Einrichtungen, die nicht Hochschulambulanzen sind, sollen aufgrund des besonderen Bedarfes an der Forschung notwendig partizipieren, selbst wenn sie selbst keine Studien initiieren oder leiten, sondern sich z. B. als Studienzentren beteiligen. Zudem kann die Formulierung von Kriterien für die Teilnahme an der besonders spezialisierten ambulanten Versorgung auch genutzt werden, insofern Pläne bestehen, weitere solcher Angebote für Long- bzw. Post-COVID Betroffene zu schaffen. Eine Ausrichtung an den in Bezug auf die Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie formulierten Anforderungen kann dann bereits berücksichtigt werden und zur Weiterentwicklung</p>		<p>Verfügung stehen soll.]</p>	<p>sollen sie Fortbildungsangebote zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2 anbieten bzw. an diesen teilnehmen. Dies soll sie insbesondere dazu befähigen, bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungszuständen zu unterstützen oder diese zu übernehmen.</p> <p>Vor dem Hintergrund teilweise begrenzter Kapazitäten der fachärztlichen Versorgung von Kindern- und Jugendlichen, kann die fachärztliche Versorgung auch durch Leistungserbringer z. B. ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte oder Einrichtungen in der Ebene der spezialisierten ambulanten Versorgung erfolgen.</p>
---	--	--------------------------------	--

der Versorgung somit beitragen.]			
----------------------------------	--	--	--

**Zu Absatz 5**

GKV-SV/DKG		PatV	KBV
GKV-SV: Aufgrund der Symptombreite und in erheblichen Teilen Neuartigkeit der Erkrankungen nach § 2 (insbesondere Long- bzw. Post-COVID) oder eines verschiedentlich gesehenen Wissensdefizites auch in Bezug auf postinfektiöse Syndrome und ggf. anderer Erkrankungen nach § 2 erscheint ein besonderer Bedarf nach, auch interdisziplinärem, Austausch gegeben. Die in der Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung liegende Fort- und Weiterbildungsorganisation bleibt unberührt.]	DKG: Es wird empfohlen, dass sich Leistungserbringer welche an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen strukturiert zu den Erkrankungen nach §2 sowie deren Behandlung austauschen. So sollen die Abläufe, insbesondere bei der Erforderlichkeit einer Überweisung oder Weiterleitung in eine andere Versorgungsebene, für die teilnehmenden Leistungserbringer transparent sein. Dies kann zu einer zeitnahen Versorgung beitragen. Auch kann der Austausch über den aktuellen Wissensstand zu den	Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2 soll sich an aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien orientieren. Auf Grund der Dynamik wissenschaftlicher Erkenntnisse hierzu bei gleichzeitig defizitärer Wissenslage bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durch fehlende Berücksichtigung postinfektiöser Krankheitsbilder in Studium und ärztlicher Weiterbildung hierzu soll die Regelung einen Anreiz schaffen, dass diese sich regelmäßig fortbilden und ihr Wissen auf dem aktuellen Stand der Forschung bringen und die Qualität der Diagnostik und Behandlung der Erkrankungen erhöht wird.  Regelmäßige Abstimmungs- und Austauschtreffen zum	Für eine zeitnahe Umsetzung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist es wichtig keine formalen Hürden aufzubauen, damit schnell möglichst viele Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen. Für die Versorgung der Versicherten in dieser Richtlinie ist es von entscheidender Bedeutung schnell Zugang zur Versorgung zu bekommen und dann strukturiert und koordiniert versorgt zu werden. Diese Struktur wird durch den Behandlungsplan und den koordinierenden Arzt gewährleistet. Zur Abstimmung und für einen guten Informationsfluss sind insbesondere Fallbesprechungen, Konsile und die Vorabklärung vor der Überweisung an eine Spezialambulanz

	<p>Erkrankungen nach §2 eine leitliniengerechte Behandlung fördern.</p>	<p>aktuellen Wissensstand über Erkrankungen nach § 2 sowie zu angewandten und möglichen neuen Therapieformen fördert den Wissenstransfer von Leistungserbringern und -erbringern in der Versorgung.</p> <p>Die Beteiligung oder Etablierung von Kooperationsmodellen zur interdisziplinären Versorgung trägt zudem dazu bei Versorgungsangebote in ausreichender Kapazität und orientiert am aktuellen Wissensstand verfügbar zu machen.</p> <p>Damit diese Qualitätskriterien nicht ein Umsetzungshindernis zur Versorgung nach dieser Richtlinie darstellen, wurde die Formulierung „sollten“ gewählt. Eine flächendeckende Versorgung ohne Qualitätskriterien wird jedoch den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten nicht gerecht.</p>	<p>von entscheidender Bedeutung. Denn so entstehen patientenindividuelle, flexible Kooperationen.</p>
--	---	--	---

**§ 4 Behandlungsplan und Koordination der Versorgung**

**Zu Absatz 1**

PatV	DKG/GKV-SV/KBV	
<p>Unter Berücksichtigung der Patientenautonomie hat die Festlegung der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes in Abstimmung mit der Patientin bzw. des Patienten zu erfolgen. Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass nur die Person die Koordination übernimmt, zu der eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung besteht. Dies betrifft auch einen evtl. notwendigen Wechsel der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes.</p>	<p>[DKG: In Absatz 1 wird die zentrale Rolle der Behandlungsplanung und -Koordination hervorgehoben. Sie sollen zu einer zügigen Diagnosestellung und falls möglich die Einleitung therapeutischer Maßnahmen beitragen. Die Koordination der Behandlung kann grundsätzlich in allen Ebenen der Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen. Ob die Koordination primär in der hausärztlichen Ebene verbleibt, durch die fachärztliche Ebene übernommen wird oder durch einen Teilnehmer der spezialisierten ambulanten Versorgung durchgeführt wird, richtet sich nach dem Umfang und der Komplexität der Behandlung.]</p>	<p>[GKV-SV/KBV: Die stattfindende Behandlungsplanung, [GKV-SV: wesentlich durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V,] und ggf. die Erstellung eines Behandlungsplanes sind wesentliche Elemente der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie. Die Koordination ist dabei als Prozesselement in der Kooperation der Versorgungsbeteiligten anzusehen. Die Erstellung eines Behandlungsplanes soll diese Koordination durch eine konkrete Planung unterstützen und auch Patientinnen und Patienten eine verlässliche, orientierende Grundlage bieten.]</p>
	<b>GKV-SV</b>	<b>KBV</b>
	<p>Die hausärztlich-koordinierte Versorgung ist ein zentrales Merkmal der vorliegenden Richtlinie, in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Grundlagen in Bezug auf die Aufgaben der hausärztlichen Versorgung, die insbesondere auch die Koordination der</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

		Behandlung gemäß § 73 Absatz 1 Nummer 2 SGB V umfasst.	
--	--	--	--

**Zu Absatz 2**

PatV	GKV-SV/KBV/DKG
<p>[PatV: Die Regelungen zur Koordinationsaufgaben und zum Behandlungsplan werden auf Grund ihrer Bedeutung für die Versorgung in einem eigenen Paragraphen 4 dargestellt. Die Koordinationsaufgabe erfolgt primär in der haus- und kinderärztlichen Versorgungsebene. Es kann aber in bestimmten Konstellationen (z.B. in schwere Krankheitsfällen) erforderlich sein, dass die Koordinationsaufgabe in der fachärztlichen oder ambulant spezialisierten Versorgungsebene erfolgt. Die Verortung in einem eigenen Paragraphen dient somit auch der besseren Übersichtlichkeit der Richtlinie.]</p> <p>Zu sozialen Beratungsangeboten: Abhängig von der Schwere der Erkrankung und der individuellen Lebenssituation sind Patientinnen und Patienten auch auf weitere Unterstützungsleistungen angewiesen. Um diese Leistungen (z.B. Erwerbsminderungsrente, Leistungen der Pflegeversicherung, Unterstützung bei der Kinderbetreuung, Nachteilsausgleiche) zu erhalten, brauchen sie Anlaufstellen, die sie hierzu beraten. Die Information, wo diese sozialen Beratungsangebote zu finden sind, soll daher von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten weitergegeben werden.]</p>	<p>[GKV-SV/KBV: Die Koordination umfasst (1.) die Übernahme der Rolle der zentralen Ansprechperson, damit Patientinnen und Patienten jederzeit über eine eindeutige Anlaufstelle für ihre Anliegen verfügen. Sie umfasst weiter (2.) die Steuerung der Behandlung in Bezug auf die mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam festgelegten Behandlungsziele und entsprechend dem vorliegenden Schweregrad. Dies ist vor dem Hintergrund einer ggf. vielgestaltigen Symptomatik mit z. T. sehr unterschiedlicher Beeinträchtigung für die Patientinnen und Patienten von Bedeutung. Insbesondere soll die Versorgung auf die aus medizinischer Sicht und in der Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten primär wichtigen Ziele ausgerichtet werden.</p> <p>Die Koordination umfasst [KBV: bei Bedarf] (3.) die Erstellung eines Behandlungsplanes, wenn die Diagnose einer Erkrankung gemäß § 2 hinreichend [GKV-SV/KBV: gesichert / DKG: wahrscheinlich] ist.</p> <p>Sie umfasst (5. [Nr. 4 wird GKV-seitig nicht mitgetragen]) die [GKV-SV/KBV: Unterstützung / DKG: Vermittlung] bei der Terminfindung eines dringend erforderlichen fachärztlichen Behandlungstermins. Dies ist erforderlich, um die Ziele einer zeitnahen Versorgung (vgl. § 1 Absatz 2) erreichen zu können.</p> <p>Die Koordination umfasst die Einbeziehung anderer Beteiligter in verschiedener Weise. So muss der Behandlungsplan, um patientinnen- bzw. patientenseitig aller relevanten Versorgungsaspekte zu integrieren, Beiträge [GKV-SV: bzw.</p>

	<p>Empfehlungen zur Veränderung des Behandlungsplanes] von den Beteiligten zulassen, die zu koordinieren sind (6.) und generell die Vernetzung dieser Beteiligten (7.). Wesentliche Dokumente sind ggf. zusammenzuführen, [KBV: zu dokumentieren] und aufzubewahren (8.), notwendige Überweisungen auszustellen (9.) und relevante, der Patientin oder dem Patienten zugehörige Personen ggf. einzubeziehen (10.). Auch Beteiligte anderer Leistungsbereiche und auch solche außerhalb der Gesundheitsversorgung (z. B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen) sind ggf. einzubeziehen, wenn hier in Bezug auf den Behandlungsprozess notwendig von diesen zu beachtende oder durch diese einzubringende Aspekte vorliegen (11. bzw. 12.)</p> <p>Ebenfalls umfasst sind die Unterstützung des Selbstmanagements sowie Information über Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, zur Krankheitsbewältigung und Erhalt der Arbeits- oder Schulfähigkeit (13.). Dies ist insbesondere im Kontext der vielfach wenig bekannten und z. T. neuartigen Erkrankungen gemäß § 2 relevant. Zudem können auch die Angebote von Betroffenenorganisationen [GKV-SV: oder Krankenkassen] hier von Bedeutung sein.]</p>
--	--

**Zu Absatz 2 Nummer 4**

KBV/DKG/PatV		GKV-SV
<p>[KBV/DKG: Um dem Sinn und Zweck einer gestuften Versorgung, nämlich die Patienten entsprechend der Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung in die richtige Versorgungsebene zu bringen, gerecht zu werden, sollte die Weiterleitung in die jeweilig nächste Stufe gezielt und geplant erfolgen. Daher ist es notwendig, dass der koordinierende Arzt die</p>	<p>[PatV: Die Vorbereitung eines Hinzuziehens einer höheren Versorgungsebene wie die fachärztliche Versorgung oder die spezialisierte ambulante Versorgung kann eine vorbereitende Diagnostik erforderlich machen, um der Patientin oder dem Patienten Mehrfachkonsultationen durch mangelnde Vorbereitung zu</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

<p>Weiterleitung in die fachärztliche oder spezialisierte ambulante Versorgung im Rahmen einer Vorabklärung vorbereitet. Dies Ausgestaltung der Vorabklärung liegt im Ermessen des koordinierenden Arztes. Zunächst soll geklärt werden, ob die Patienten oder der Patient für eine weiterführende Diagnostik geeignet ist und gegebenenfalls zusätzliche (Vor-) Befunde für die weiterführenden Untersuchungen und ggf. Behandlung erforderlich sind. Sie kann auch fallabschließend erfolgen und eine Vorstellung des der Patienten oder des Patienten erübrigen. Im Rahmen der Vorabklärung werden die relevanten Informationen erfasst und Behandlungsmöglichkeiten besprochen.]</p>	<p>ersparen. Im Rahmen der Vorabklärung kann die hausärztliche Ebene Diagnostik durchführen.</p>	
--	--	--

**Zu Absatz 3**

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
<p>[GKV-SV: Der Behandlungsplan muss mindestens die genannten Angaben enthalten. Der Behandlungsplan sowie die Behandlungsziele sind mit der Patientin und dem Patienten abzustimmen und ihnen in Textform zugänglich zu machen. Letzteres ist von Bedeutung, damit die Behandlungsplanung ihren Zweck erfüllen kann und die Patientin und der Patient sich auch außerhalb von Präsenzterminen und Gesprächen mit anderen Versorgungsbeteiligten mit den Zielen, Ergebnissen und Behandlungsschritten vertraut machen kann. Insgesamt soll die Gewähr einer konsistenten und prüfbar Behandlungsplanung damit gegeben werden.]</p>	<p>Ein Behandlungsplan wird beispielsweise bei Bedarf erstellt, d.h. für Patientinnen und Patienten, bei denen sich im Zuge der Diagnosestellung ein komplexer Koordinationsbedarf und ein längerer Behandlungsbedarf abzeichnet. Dieser ist gegeben, sobald die Einbeziehung mehrerer Fachgebiete ggf. auf mehreren Versorgungsstufen notwendig wird. Der Behandlungsplan enthält die für die weitere diagnostische und therapeutische Behandlung notwendigen Informationen und Ergebnisse.</p>



## Zu Absatz 4

GKV-SV	KBV	DKG/PatV
<p>Die Bestimmung konkretisiert, dass ein Koordinierungsbedarf im Sinne der Versorgung nach dieser Richtlinie und insofern dieser über den bereits der Regelversorgung zuzuordnenden Koordinierungsbedarf (§ 73 Absatz 1 Nummer 2) nur vorliegt, wenn pro Quartal durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen eine Behandlung erfolgt. Hierdurch soll klargestellt werden, dass der außerordentliche Aufwand der Koordination nur dann anfällt, wenn auch tatsächlich eine komplexe Versorgungssituation vorliegt, die der besonderen Koordination auch bedarf. Der Regelung liegt die Erwartung zu Grunde, dass sich im Verlauf der Klärung der initialen Symptomatik oder im Spontanverlauf bei Patientinnen und Patienten gemäß § 2 nach vorliegenden Ergebnissen häufig im weiteren Zeitverlauf kein intensiver, koordinierungsbedürftiger Behandlungsbedarf mehr ergeben wird. So weisen aktuelle Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung darauf hin, dass die Mehrheit von Post- bzw. Long-COVID-Patienten keine spezielle medizinische Versorgung über einen längeren Zeitraum hinweg benötigen [9].]§ 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung. Ein (besonderer) Koordinierungsbedarf im Sinne der vorliegenden Richtlinie besteht nicht, wenn die Versorgung lediglich auf hausärztlicher Ebene erfolgt oder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte lediglich einer Disziplin. In letzterem Fall wird es sich i. d. R. auch nicht um die Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie handeln. Hier sind die bereits die in der Regelversorgung geltenden Regelungen einschlägig und ausreichend (z. B. bezogen auf die Ansprechpersonen, die Aufbewahrung von Unterlagen, die Veranlassung notwendiger Überweisungen).</p>	<p><i>[keine Übernahme] [Begründung der Position: Eine weitere Spezifizierung ist nicht erforderlich, da bereits durch Vorschlag der KBV in Abs. 3 abgedeckt]</i></p>	<p><i>[keine Übernahme] [Begründung der Position: [DKG: Vor dem Hintergrund der heterogenen Krankheitsverläufe und sich im Verlauf ändernden Symptome und Beschwerden ist die Bindung der Koordinationsaufgaben nach dieser Richtlinie an die Erforderlichkeit der Einbindung mehrerer Fachrichtungen pro Quartal nicht sachgerecht und kann im Zweifelsfall eine rasche Weiterleitung verzögern oder zu einer unnötigen Inanspruchnahme führen.] [PatV: Eine Konkretisierung des Koordinierungsbedarfs anhand von Mindestwerten für Häufigkeit und Anzahl an Fachgebieten erscheint nicht zielführend. Eine komplexe Koordination kann auch erforderlich sein, wenn die Patientin oder der Patient in einem Quartal nur eine Fachdisziplin zu einem Zeitpunkt sehen.]</i></p>

## § 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung

### Zu Absatz 1

#### Zu Nummer 1

GKV-SV/ KBV: Der Zugang zur Versorgung nach dieser Richtlinie beginnt [KBV: in der Regel] mit der Abklärung des Verdachtes auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 durch systematische Erfassung und Bewertung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten. Dies ist ein Kernelement dieser Versorgung. Die einzelnen Bestimmungen orientieren sich an den Empfehlungen der aktuellen S1-Leitlinie [5] sowie an generellen Inhalten der hausärztlichen

GKV-SV	DKG	KBV
Primärversorgung.	Primärversorgung. Gleichwohl ist auch der Direktzugang beim Facharzt oder einem Teilnehmer an der spezialisierten ambulanten Versorgung nach §7 möglich.	Versorgung. Gleichwohl bleibt auch der Direktzugang beim Facharzt möglich.

#### Zu den Buchstaben a und b

Es soll eine sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung durchgeführt werden, da diese die Basis für alle weiteren diagnostischen und ggf. therapeutischen Schritte bildet. [KBV: Diese Anamnese und Untersuchung wird als Basis-Assessment in § 5 Absatz 1 Nr. 1 a bis d erfasst.]

[PatV: Bei Kindern (insbesondere bei kleinen Kindern) und Jugendlichen kann zusätzlich eine Fremdanamnese durch eine Bezugsperson erforderlich sein.]

Insofern die Patientin oder der Patient bereits in (haus-)ärztlicher Behandlung bei der Ärztin oder dem Arzt ist, kann eine Anamnese ggf. bereits vorliegen.

#### Zu Buchstabe c

Die Erfassung des funktionellen Status mit Hilfe einer Skala und Ermittlung ob eine leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkungen vorliegt folgt den Empfehlung der aktuellen S-1-LL [5] (Abschnitt 6.2., S. 15 f.) und kann mit Hilfe des dort charakterisierten, einfachen und aufwandsarm zu nutzenden Instrumentes erfolgen. Damit soll die Beurteilung der Dringlichkeit und Schwere der Beeinträchtigung abgeschätzt werden, um zur Planung der geeigneten weiteren Versorgung beizutragen und diese auf eine nachvollziehbare Grundlage zu stellen.

[PatV: Die einfache Klassifizierung in milde, moderate, schwere oder sehr schwere Formen insbesondere von ME/CFS kann anhand der im IQWiG Bericht ME/CFS<sup>10</sup> beschriebenen Klassifizierung durchgeführt werden.]

10 IQWiG Myalgische Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): aktueller Kenntnisstand – Abschlussbericht 2023 [https://www.iqwig.de/download/n21-01\\_me-cfs-aktueller-kenntnisstand\\_abschlussbericht\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/n21-01_me-cfs-aktueller-kenntnisstand_abschlussbericht_v1-0.pdf) (Zugriff am 03.09.2023)

**[PatV: Zu den Buchstaben a bis c**

Die Aufgaben der hausärztlichen Ebene sind insbesondere,

- die Erfassung des Symptombildes in allen Bereichen. Da der Impfstatus sowie eine Schmerz- und Schlafanamnese nicht regelmäßig bei hausärztlichen Konsultationen erfasst werden, sind diese ausdrücklich erwähnt.
- Grundlegende orientierende Untersuchung des neurologischen, psychischen und funktionellen Status.
- Identifikation sogenannter „red flags“, die auf eine notwendige dringliche Überweisung an eine Facharzt Disziplin oder zur stationären Einweisung hinweisen können, z.B. Myokarditis, Lungenembolie
- Identifizierung von Warnhinweisen für Chronifizierung; Ersteinschätzung, ob ME/CFS vorliegt oder sich entwickeln könnte
- Schweregradeinschätzung der Funktionseinschränkung

Die Anwendung der PCFS-Skala<sup>11</sup> zur Einschätzung von Funktionseinschränkungen und des PCS-Scores<sup>12</sup> zur Erfassung der gesundheitlichen Einschränkungen und der Organbeteiligung können die Basisdiagnostik bei Erwachsenen sinnvoll unterstützen.

Zur Erfassung eines ME/CFS werden orientierend die IOM-/NICE-Kriterien<sup>13</sup> eingesetzt, sind diese positiv, werden die kanadischen Konsensuskriterien CCC (Canadian Consensus Criteria bzw. angepasste Kriterien für Minderjährige)<sup>14</sup> überprüft.

- strukturierter Erfassung einer möglichen orthostatischen Intoleranz (OI)/eines posturalen orthostatischen Tachykardiesyndroms (POTS) und einer Post-Exertionellen Malaise (PEM) und bei hinweisender Symptomatik,
- DSQ-PEM Screening

Schellong-/NASA-Lean-Test]

KBV/DKG/PatV	GKV-SV
<p><b>Zu Buchstabe d</b></p> <p>[PatV: Die strukturierte Erfassung einer möglichen orthostatischen Intoleranz (OI), eines posturalen orthostatischen Tachykardiesyndroms (POTS) einer PEM sind hinweisende Symptomatik auf das Vorliegen eines ME/CFS. Die frühzeitige Identifikation ist sind erforderlich, weil OI und POTS therapiebaren Schlüsselsymptome der Erkrankung darstellen und gemeinsam mit PEM einen hohen diagnostischen Stellenwert haben. Insbesondere</p>	<p>[keine Übernahme]</p>

11 Klok, F.A., et al., The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. Eur Respir J, 2020. 56(1).

12 BahmerT,etal. Severity,predictors and clinical correlates ofPost-COVID syndrome (PCS) inGermany:Aprospective, multi-centre, population-based cohortstudy. EClinicalMedicine 2022; 51: 101549.doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101549. (CC BY-NC-ND 4.0)

13 Carruthers BM, Jain AK, De Meirleir KL et al. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. Journal of Chronic Fatigue Syndrome 2003; 11(1): 7-115. [https://dx.doi.org/10.1300/J092v11n01\\_02](https://dx.doi.org/10.1300/J092v11n01_02).

14 Jason LA, Evans M, Porter N et al. The Development of a Revised Canadian Myalgic Encephalomyelitis Chronic Fatigue Syndrome Case Definition. American Journal of Biochemistry and Biotechnology 2010; 6(2): 120-135. <https://dx.doi.org/10.3844/ajbbbsp.2010.120.135>; Rowe, P. C., et al. (2017). "Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Diagnosis and Management in Young People: A Primer." Front Pediatr 5: 121. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2017.00121/full>

<p>die Identifikation der PEM ermöglicht frühzeitige Verhaltensadaptation mit dem Ziel der Vermeidung von Verschlechterungen des Verlaufs. Dabei ist zu beachten, dass die PEM eine Verschlechterung aller Symptome nach Belastung darstellt, zeitverzögert bis zu 48 h nach Belastung auftreten kann und mindestens 14 h anhält. Zur strukturierten Erfassung der PEM eignet sich der Fragebogen nach Jason et al., auf Deutsch zu finden unter <sup>15</sup>.]</p>	
--	--

**Zu Nummer 2**

**Zu Buchstabe a**

<p><b>GKV-SV/KBV</b></p> <p>Die notwendige Differenzialdiagnostik soll durchgeführt werden, wobei die Bestimmungen in Absatz 2 zur ggf. ausreichenden Beobachtung des Krankheitsverlaufs und insbesondere die Bestimmungen in § 2 Absatz 3 zu berücksichtigen sind, wonach differenzialdiagnostische Abklärungen die zeitnahe, an den Bedarf der Patientinnen und Patienten orientierte, Versorgung nicht behindern sollen.]</p>
--

**Zu Buchstabe b**

GKV-SV	KBV	DKG	PatV
<p>Aufgabe der hausärztlichen Versorgung ist im Bedarfsfall eine Überweisung der Patienten oder des Patienten zu einen geeigneten Leistungserbringer oder einer geeigneten Leistungsbringerin nach § 3 Absatz 3 oder 4, sofern notwendige Untersuchungen nicht selbst durchgeführt werden können (vgl. Absatz 3).</p>	<p>Aufgabe der hausärztlichen Versorgung ist im Bedarfsfall eine Überweisung der Patienten oder des Patienten in die fachärztliche Versorgungsebene. Hierbei gelten die Vorgaben des Bundesmantelvertrages-Ärzte. Beschränkungen der bestehenden Überweisungsmöglichkeiten nach den bundesmantelvertraglichen Regelungen sollten ausdrücklich vermieden werden.</p>	<p>Weitere Aufgaben die im Rahmen der Verdachtsabklärung erforderlich sein können ist (a) die Durchführung notwendiger Differentialdiagnostik (b) ggf. auch mit Unterstützung durch Leistungserbringer der fachärztlichen oder spezialisierten ambulanten Versorgungsebene.</p>	<p>Bereits auf der hausärztlichen Ebene soll geprüft werden, ob eine Behandlung bei einer Einrichtung gemäß § 3 Abs. 3 und 4 durchgeführt werden sollte. Dies gilt insbesondere bei Arbeitsunfähigkeit von Erwachsenen und Schulunfähigkeit von Kindern und Jugendlichen und bei ME/CFS mit mindestens moderatem Schweregrad.</p>

**Zu Nummer 3**

---

15 [https://cfc.charite.de/fileadmin/user\\_upload/microsites/kompetenzzentren/cfc/Landing\\_Page/DSQ-PEM\\_TUM.pdf](https://cfc.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/kompetenzzentren/cfc/Landing_Page/DSQ-PEM_TUM.pdf)

Die Aufklärung, Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten oder ihrer Bezugsperson über das Krankheitsbild und zu ihren spezifischen Symptomen gehört zu den hausärztlichen Aufgaben. Verändert sich die Symptomatik wesentlich im Verlauf, so kann dies auch wiederholt notwendig sein. Diese Aufgabe ist in Bezug auf die, ggf. den Patientinnen oder Patienten wenig bekannten und z. T. neuartigen Erkrankungen gemäß § 2 von besonderer Bedeutung.

**Zu Nummer 4**

Die Hausärztin oder der Hausarzt erstellt den Behandlungsplan (vgl. § 4) und koordiniert die Behandlung, [GKV-SV: da sie oder er / KBV: wenn sie oder er i.d.R.] zugleich koordinierte Ärztin oder koordinierender Arzt ist (vorbehaltlich der Ausnahmeregelung gemäß § 6 Absatz 2).

GKV-SV	KBV
Dies entspricht der zentralen Rolle der hausärztlich-koordinierenden Versorgung, die die vorliegende Richtlinie wesentlich kennzeichnet.	[keine Übernahme]

**Zu Nummer 5**

Es werden die hausärztliche Therapie [GKV-SV: , die Mit- oder Weiterbehandlung auf der fachärztlichen Ebene gemäß Absatz 4] und die Verordnung von Leistungen (vgl. § 8) als hausärztliche Aufgaben bestimmt, da sie unverzichtbarer Teil der Versorgung auch nach der vorliegenden Richtlinie sind [KBV: , sofern sie sich nach den hierfür geltenden Regelungen richtet.]

**Zu Nummer 7**

GKV-SV/KBV		PatV
<b>GKV-SV</b>	<b>KBV</b>	Pacing ist ein Konzept der Einhaltung der eigenen Belastungsgrenzen mit dem Ziel, eine weitere Verschlechterung zu vermeiden. Hinsichtlich ME/CFS wurden frühere Behandlungskonzepte mit medizinischer Trainingstherapie mit steigender Belastung (graded exercise therapy, GET) oder kognitive Verhaltenstherapie (CBT) als von keiner (NICE) oder geringer (IQWiG) Evidenz für Wirksamkeit beurteilt. Für Long COVID im engeren Sinne liegen hinweisende Studien zur Nützlichkeit von Pacing Konzepten vor.
Die Beratung zu Selbstmanagement, zur Krankheitsbewältigung und Stressreduktion, sind bereits Gegenstand der hausärztlichen Regelversorgung.	Die Beratung zum Selbstmanagement, zur Krankheitsbewältigung und zur Stressreduktion sind zentrale Elemente der Versorgung von Patientinnen und Patienten in dieser Richtlinie und sollen deshalb intensiviert und so auch kontinuierlich gestärkt werden.	
Bei der Symptomatik der Erkrankungen gemäß § 2 können die Fatigue, Belastungsintoleranz und die „post exertional Malaise“ (PEM) eine besondere Rolle spielen. In diesen Fällen kann eine Beratung zu Selbst- und Leistungsmanagement notwendig		

sein. Hierbei kann versucht werden, mit Hilfe einer angemessenen Therapie- und Alltagsgestaltung Überlastung zu vermeiden. Über spezifisch konzipierte „Pacing“-Interventionen ist jedoch bisher wenig verlässliches Wissen verfügbar und es besteht Bedarf nach weiteren Erkenntnissen [2].	
--	--

GKV-SV	KBV/PatV
Es ist allerdings ebenfalls zu vermeiden, häufig wirksame körperliche Trainingsmaßnahmen ggf. zu unterlassen, obwohl diese für Patientinnen und Patienten nützlich sein können. Eine aktuelle publizierte, systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass rehabilitative Behandlungsansätze, insbesondere auch solche die körperliche Aktivierung umfassen, vermutlich für geeignete Patientinnen und Patienten vorteilhaft sind [10].	<i>[keine Übernahme]</i>

**Zu Nummer 8**

[KBV: Hausbesuche sind im Bedarfsfall und soweit dies nach den geltenden Vorgaben des Bundesmantelvertrages erforderlich ist durchzuführen. Auch sind bei Bedarf Abstimmungen mit Pflegediensten und anderen Leistungserbringern zur Versorgung in der Häuslichkeit zu erbringen.]

**Zu Nummer 9**

Es wird die Nutzung bzw. Durchführung oder Veranlassung von aufsuchenden Versorgungsmöglichkeiten, insbesondere von Hausbesuchen und ambulanten Pflegediensten [GKV-SV: bestimmt / KBV: besonders erwähnt]. Dies kann für bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten gemäß § 2 wichtig sein, insbesondere bei eingeschränkter Mobilität. [PatV: Hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine eingeschränkte Mobilität auch bedeuten kann, dass die Anstrengung des Arztbesuches zu einer PEM führen kann, auch wenn die Mobilität im engeren Sinne nicht beeinträchtigt ist, wie z.B. bei einer Lähmung etc.]

**Zu Nummer 10**

[GKV-SV: Es wird die Nutzung bzw. Durchführung von Fernbehandlungsmöglichkeiten bestimmt, was insbesondere für bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten gemäß § 2 wichtig sein kann, sowohl im Hinblick auf eingeschränkte Mobilität als auch in Bezug auf die Vereinfachung der Nutzung der Versorgungsmöglichkeiten, sofern diese (teilweise) in Form von Fernbehandlungen erbracht werden können.]

**Zu Nummer 11**

KBV/DKG/PatV			GKV-SV
[DKG: Für die Zusammenarbeit der Versorgungsebene ist im Bedarfsfall eine Teilnahme der	[KBV: Der interkollegiale Austausch ist für die interdisziplinäre	[PatV: Die Durchführung von telemedizinischen Leistungen und Telekonsilen ist insbesondere bei	<i>[wird nicht mitgetragen]</i>

<p>fachärztlichen Versorgungsebene an Konsilen und Fallbesprechungen auch unter der Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten notwendig. [DKG: Im Übrigen / KBV: Hierbei] sind die derzeit geltenden Regelungen maßgeblich.</p>	<p>und ggf. auch multimodale Therapie Versorgung von entscheidender Bedeutung, so dass er im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie einen besonderen Stellenwert zum Beispiel in Form von Fallbesprechungen und Konsilen einnimmt.</p>	<p>bettlägerigen bzw. immobilen Versicherten, schwer Betroffenen und schwer Betroffenen mit ME/CFS bzw. PEM angezeigt.]</p>	
---	--	---	--

### Zu Nummer 12

Es ist Erforderlichkeit, Eignung und Möglichkeiten einer Behandlung [GKV-SV: der oder des Versicherten / KBV: der Patientin oder des Patienten] in der spezialisierten ambulanten Versorgung nach § 3 Absatz 4 inkl. der Überweisung der Patientin in die entsprechende spez. amb. Versorgung zu Zwecken der Forschung und Lehre im Sinne von § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V, erforderlichen Falls jeweils zu prüfen bzw. zu veranlassen. [GKV-SV: Dies ist ein wichtiges Element der nach dieser Richtlinie gestuften und koordinierten Versorgung / KBV: [keine Aufnahme]].

### Zu Nummer 13

[GKV-SV: Die Vermittlung an eine Hochschulambulanz zu Zwecken der Forschung und Lehre im Sinne von § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V unter Berücksichtigung der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ist eine wichtige Aufgabe der hausärztlichen Versorgung, insofern ein erheblicher Forschungsbedarf in Bezug auf Erkrankungen nach § 2 besteht und gemäß § 1 das Ziel einer Unterstützung der Forschung formuliert wurde. Insofern auch andere spezialisierte Einrichtungen an der Forschung teilnehmen oder eine besondere Versorgung ausweislich der von diesen publizierten Kriterien ermöglichen gilt dies auch für diese Einrichtungen. Eine Vorabklärung der Eignung bestimmter Einrichtungen kann insbesondere auf der Grundlage der nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 veröffentlichten Kriterien, für welche Gruppe von Patientinnen und Patienten eine Einrichtung geeignet ist, erfolgen.]

### Zu Absatz 2

[GKV-SV/KBV: In der Frühphase der Symptomatik soll insbesondere auch die Möglichkeit von Verbesserungen im Zeitverlauf, die auch ohne spezifische Maßnahmen eintreten können, berücksichtigt werden. Dies kann auch den vorübergehenden Verzicht auf spezifische weitere Maßnahmen unter Beobachtung des weiteren Krankheitsverlaufs zur Folge haben. Daten zur Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgungsleistungen zeigen, dass viele Patientinnen und

Patienten, zu denen eine Long- bzw. Post-COVID-Diagnose aufgezeichnet wurde, in der Folgezeit keine oder nur wenige weitere (vertragsärztliche) Leistungen in Anspruch genommen haben [9].

Vor dem Hintergrund bereits intensiven Forschungsgeschehens [11], das noch viele Lücken und weiteren Erkenntnisbedarf zeigt, aber sicherlich auch in absehbarer Zukunft zu weiteren Erkenntnissen über längerfristige Verläufe führen wird, wird jedoch auch über gutartige Verläufe berichtet. So kommt eine Studie aus Großbritannien zu dem Schluss, dass, insbesondere bei Patientinnen und Patient mit einer wenig schweren Verlaufsform der COVID-Infektion die meisten Problematiken ein Jahr nach Infektion nicht mehr fortbestehen [12].

Vor dem zusätzlichen Hintergrund der Breite der Symptomatik und des breiten Eingangskriteriums des Verdachts auf das Vorliegen des nicht präzise abgrenzbaren Long- bzw. Post-COVID-Syndroms und nicht verfügbarer, spezifischer Behandlungsverfahren und auf der Grundlage vorliegender Ergebnisse zum Verlauf, erscheint es plausibel, dass bei vielen Patientinnen und Patienten in der Folge eine wesentliche Besserung auch ohne eine spezifische oder intensive Behandlung eintritt. Dies ist daher zu berücksichtigen.]

[GKV-SV: Ein (besonderer) Koordinierungsbedarf im Sinne der vorliegenden Richtlinie besteht nicht, wenn die Versorgung lediglich auf hausärztlicher Ebene erfolgt oder nur durch Fachärztinnen und Fachärzte lediglich einer Disziplin. In letzterem Fall wird es sich i. d. R. auch nicht um die Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie handeln. Hier sind die bereits in der Regelversorgung geltenden Regelungen einschlägig und ausreichend (z. B. bezogen auf die Ansprechpersonen, die Aufbewahrung von Unterlagen, die Veranlassung notwendiger Überweisungen).]

### Zu Absatz 3

GKV-SV	KBV	DKG
Wenn die diagnostische Aufklärung durch die Hausärztin oder den Hausarzt nicht eindeutig leistbar ist und/oder die Anwendung einer Untersuchungsmethode erforderlich ist, die dieser oder dieser nicht selbst durchführen kann, so kann eine Überweisung zur Erbringung einer Auftragsleistung oder eine Konsiliarüberweisung an eine Fachärztin oder einen Facharzt notwendig sein. Diese ist explizit als solche zu veranlassen, da hiermit	Aufgabe der hausärztlichen Versorgung ist im Bedarfsfall eine Überweisung der Patienten oder des Patienten in die fachärztliche Versorgungsebene. Hierbei gelten die Vorgaben des Bundesmantelvertrages-Ärzte. Unklare Überweisungsregelungen sollten vermieden werden.	Wenn die diagnostische Abklärung durch die Hausärztin oder den Hausarzt bzw. den koordinierenden Leistungserbringer nicht eindeutig leistbar ist und/oder die Anwendung einer Untersuchungsmethode erforderlich ist, die dieser oder dieser nicht selbst durchführen kann, so kann eine Überweisung an eine Fachärztin oder einen Facharzt oder einer Spezialambulanz notwendig sein. Eine Überweisung kann



<p>keine Mit- oder Weiterbehandlung ausgelöst werden soll, sondern die Klärung einer diagnostischen Fragestellung. Diese Bestimmung steht im Einklang mit § 24 Bundesmantelvertrag Ärzte und erfolgt im Sinne einer konsequent gestuften Versorgung. Zunächst soll, soweit möglich, die Versorgung auf der hausärztlichen Ebene erfolgen. Ist eine Mit- oder Weiterbehandlung auf der fachärztlichen Ebene erforderlich, kann eine Überweisung gemäß Absatz 4 erfolgen.</p>		<p>ebenfalls nach diagnostischer Abklärung erforderlich sein, wenn neue Symptome auftreten oder sich bestehende Symptome verschlechtern, wenn Warnhinweise auftreten oder Symptome festgestellt werden, die eine Behandlung in einem bestimmten Fachgebiet erforderlich machen. Durch die zeitnahe Weiterleitung soll in diesen Fällen ein Fortschreiten oder eine Verschlechterung der Beschwerden verhindert oder abgemildert werden.</p>
---	--	---

**Zu Absatz 4**

GKV-SV/KBV/PatV			DKG
<p>[GKV-SV: Es werden die Umstände im Einzelnen bestimmt, die eine Mit- und Weiterbehandlung durch Fachärztinnen oder Fachärzte oder psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten erforderlich machen. In diesen Fällen soll entsprechend überwiesen werden.]</p>	<p>[KBV: Die Überweisung sollte in Betracht gezogen werden, wenn bei einer Versicherten oder einem Versicherten Symptome neu auftreten, unter der Behandlung fortbestehen oder sich verschlechtern oder klinische Hinweise auf veränderte oder sich verschlechternde</p>	<p>[PatV: In Absatz 4 werden Vorgaben getroffen, wann eine Überweisung in die fachärztliche Ebene zu erfolgen hat. Analog zur S1 Leitlinie<sup>16</sup> werden die Warnhinweise wie schlechter Allgemeinzustand, eine signifikante Gewichtszu- bzw. abnahme, unerklärliche oder neurologische Auffälligkeiten (Sensibilität, Motorik, Schlucken, Sprache</p>	<p>[keine Übernahme] [Begründung der Position: bereits in Absatz 3 zusammenfassend geregelt.]</p>

16 Quelle: Koczulla AR, Ankermann T, Behrends U et al. AWMF S1-Leitlinie Long/ Post-COVID [online]. 2022 [Zugriff: 01.09.2023]. URL: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-0271\\_S1\\_Post\\_COVID\\_Long\\_COVID\\_2022-08.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-0271_S1_Post_COVID_Long_COVID_2022-08.pdf).

	Symptome (Warnhinweise) auftreten.	und Kognition), neue Schmerzsymptomatik explizit aufgeführt um deren Bedeutung hervorzuheben.	
--	------------------------------------	---	--

**Zu Absatz 5**

GKV-SV	KBV
Es wird die angemessene fachliche Zuordnung bei Überweisung bestimmt, falls eine solche notwendig ist. Ist diese nicht notwendig, erfolgt die Weiterbehandlung auf der hausärztlichen Ebene. Diese Bestimmung erfolgt im Sinne einer konsequent gestuften Versorgung. Die Versorgung soll möglichst auf der hausärztlichen Ebene erfolgen.]	[keine Übernahme]

**Zu Absatz 6**

[GKV-SV/KBV: Die [GKV-SV: hausärztliche] Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst auch eine Unterstützung durch weitere Informationen und unterstütztes Selbstmanagement [GKV-SV: auch als Delegationsleistung], insbesondere wenn die Beeinträchtigung des Alltagslebens unter Berücksichtigung der Lebensumstände der Patientin und des Patienten nicht so gravierend ist, dass darüber hinausgehende Maßnahmen notwendig sind. Hierbei sind auch ohne spezifische Behandlungsmaßnahmen (vgl. Absatz 2) eintretende günstige Verläufe zu berücksichtigen.]

**§ 6 Diagnostik und Behandlung in der Fachärztlichen Versorgung****Zu Absatz 1**

[DKG: In Absatz 1 werden die Aufgaben der fachärztlichen Versorgung im Sinne dieser Richtlinie festgelegt.]

GKV-SV	KBV
<b>Zu Nummern 1 und 2</b> Die Aufgaben der fachärztlichen Versorgung werden, in Übereinstimmung mit deren Aufgaben auch in der Regelversorgung, fokussiert auf das zentrale Merkmal der Versorgung nach dieser Richtlinie als hausärztliche-koordinierter Versorgung, als unterstützend in Bezug auf Diagnostik (Nummer 1) sowie Therapie (Nummer 2) bestimmt.]	[keine Übernahme]

[DKG: Zentrale Aufgabe der fachärztlichen Versorgung ist die Unterstützung der hausärztlichen Versorgungsebene (1) im Rahmen der differenzialdiagnostischen Abklärung des Verdachtes auf eine Erkrankung nach §2 sowie (2) die Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. (3) Sofern die Verordnung von Leistungen nach §8 erforderlich ist, kann dies auch in der fachärztlichen Ebene erfolgen. Eine Verordnung per Videosprechstunde ist möglich, sofern die geltenden Vorgaben dies ermöglichen.]

**Zu Nummer 3**

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
<p>Es wird die Verordnung von Leistungen (vgl. § 8) als fachärztliche Aufgaben bestimmt. Solche Verordnungen bzw. die verordneten Leistungen können gemäß der vorliegenden Richtlinie notwendig sein.</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i>  <i>Erläuterung der Position:</i>  <i>[PatV/KBV: Die differentialdiagnostische Abklärung des Verdachts auf das Vorliegen einer Erkrankung nach § 2 [KBV/PatV: und die Durchführung fachärztlicher therapeutischer Maßnahmen] durch die fachärztliche Ebene muss nicht in jedem Fall auf der Grundlage einer [PatV: Auftrags- oder Konsiliaruntersuchung] [KBV: Überweisung] erfolgen. Es kann Fälle geben, wo die Patientin bzw. der Patient auf Grund der fachgebietsspezifischen Symptomatik und durch das Recht auf freie Arztwahl direkt eine Fachärztin bzw. einen Facharzt aufsucht. [KBV: Die in Nr. 2 genannten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bilden so das Basis Assessment der fachärztlichen Versorgung]</i></p>

**Zu Nummer 4**

KBV/ DKG/PatV	GKV-SV
<p>Eine wichtige Aufgabe der fachärztlichen Versorgung ist die bedarfsabhängige Information, Aufklärung und Beratung der Patientinnen und Patienten und möglicher Bezugspersonen unter Berücksichtigung ihrer Lebensumstände. Patientenindividuell sollen Problemsituationen, die mit einer Erkrankung nach § 2 zusammenhängen, aufgegriffen werden und Lösungswege aufgezeigt werden. Hierbei erfasst die Ärztin oder der Arzt den Versorgungsbedarf (u.a. (schwere) Symptome, komplexe Versorgung, Erkrankungssituationen, Therapiezielfindung, Angehörigenkonstellation) und informiert über das Krankheitsbild, klärt über die individuelle Situation auf und bespricht mit der Patientin oder dem Patienten mögliche Behandlungsszenarien. Daneben stellt die umfassende und intensive Betreuung von Patienten nach § 2 eine Kernaufgabe der fachärztlichen Versorgungsebene dar [KBV: , um die Therapieziele zu erreichen].</p>	<p><i>[wird nicht mitgetragen]</i></p>

**Zu Nummer 5:**

GKV-SV	DKG
<p>Insofern im Rahmen der fachärztlichen Versorgung Veränderungen des Behandlungsplanes sinnvoll erscheinen, sind</p>	<p>Ergibt sich in Folge der durchgeführten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen Änderungsbedarf am</p>

<p>diese der koordinierenden Ärztin bzw. dem koordinierenden Arzt zu empfehlen. Es ist wichtig, dass diese bzw. dieser den Behandlungsplan ggf. aktualisiert, sodass die Koordinationsfunktion im Interesse der Patientinnen und Patienten ausgeübt werden kann und keine inkonsistenten Empfehlungen oder Pläne bestehen.</p>	<p>Behandlungsplan, sollen entsprechende Vorschläge für den koordinierenden Arzt erfolgen, sofern die Ärztin oder der Arzt die Maßnahmen nicht selber erbringt oder die Koordination übernommen hat.</p>
--	--

**Zu Nummer 6**

<b>KBV, PatV</b>	<b>GKV-SV</b>
<p>Für die Zusammenarbeit der Versorgungsebene ist im Bedarfsfall eine Teilnahme der fachärztlichen Versorgungsebene an Konsilen und Fallbesprechungen auch unter der Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten [KBV: nach den geltenden Vorgaben] notwendig.</p>	<p><i>[wird nicht mitgetragen]</i></p>

**Zu Nummer 7**

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV</b>
<p>Es wird die Nutzung bzw. Durchführung oder Veranlassung von aufsuchenden Versorgungsmöglichkeiten, insbesondere von Hausbesuchen und der Nutzung ambulanten Pflegedienste, sowie von Fernbehandlungsmöglichkeiten bestimmt. Dies kann für bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten gemäß § 2 wichtig sein, sowohl im Hinblick auf eingeschränkte Mobilität als auch in Bezug auf die Vereinfachung der Nutzung der Versorgungsmöglichkeiten, sofern diese (teilweise) in Form von Fernbehandlungen erbracht werden können.]</p>	<p>Hausbesuche sind im Bedarfsfall und soweit dies unter Berücksichtigung der geltenden Vorgaben des Bundesmantelvertrages erforderlich und notwendig ist durchzuführen. Unter Berücksichtigung der geltenden Vorgaben zur Fernbehandlung ist eine telemedizinische Betreuung ggf. angezeigt und durchzuführen.</p>

**Zu Nummer 8**

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV</b>
<p>Es werden Bestimmungen zur Überweisung an andere Fachärztinnen und Fachärzte oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Berufe unter Berücksichtigung von Absatz 3 getroffen. Es handelt sich um eine regelhafte Aufgabe der fachärztlichen Versorgung, die im Rahmen</p>	<p>Für die Überweisung an andere Fachärztinnen und Fachärzte oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmender Berufe wird auf die Bestimmungen des Bundesmantelvertrages Ärzte verwiesen.</p>

der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie notwendig sein kann.	
--	--

**Zu Nummer 9**

<b>KBV/PatV</b>	<b>DKG/GKV-SV</b>
	<i>[Nr. 9 wird GKV-seitig nicht mitgetragen] [DKG: Dieser Aspekt wird im Folgenden in § 6 Absatz 5 geregelt.]</i>

[GKV-SV:	KBV	DKG
<p><b>Zu Nummer 10 und 11</b> Es werden Bestimmungen zur Überweisung bzw. zur Vermittlung an eine spezialisierte ambulante Einrichtung bzw. Hochschulambulanz getroffen. Diese kann aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung erforderlich bzw. ratsam sein (vgl. Absatz 4). Die Vermittlung oder Überweisung an eine Hochschulambulanz zu Zwecken der Forschung und Lehre im Sinne von § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ist eine wichtige Aufgabe der fachärztlichen Versorgung, insofern ein erheblicher Forschungsbedarf in Bezug auf Erkrankungen nach § 2 besteht und gemäß § 1 das Ziel einer Unterstützung der Forschung formuliert wurde. Insofern auch andere spezialisierte Einrichtungen an der Forschung teilnehmen gilt dies auch für diese Einrichtungen. Es sind die Veröffentlichungen der spezialisierten ambulanten Einrichtungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 zu berücksichtigen. Dabei ist der koordinierende Arzt bzw. ist die koordinierende Ärztin nach</p>	<p><b>Zu Nummer 10</b> Es werden Bestimmungen zur Überweisung bzw. zur Vermittlung an eine spezialisierte ambulante Einrichtung bzw. Hochschulambulanz getroffen unter Beachtung der geltenden Regelungen. Dies kann nur in Kenntnis und mit Absprache im Austausch oder bei zeitnahe Information im Nachgang mit der koordinierenden Ärztin bzw. dem koordinierenden Arzt erfolgen.</p> <p><b>Zu Nummer 11</b> Vor einer Überweisung in eine Spezialambulanz soll im Rahmen beispielsweise eines Konsils vorab geklärt werden, ob der Patient für die Versorgung in der Spezialambulanz geeignet ist und von ihr profitieren kann. Dies beinhaltet auch einen Austausch zur Diagnostik und weiteren für die zügige und nahtlose</p>	<p><b>Zu Nummer 10</b> Zu den Aufgaben der fachärztlichen Ebene zählt auch die Überweisung in die spezialisierte ambulante Versorgungsebenen nach dieser Richtlinie, wenn dies wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung erforderlich ist. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn bestimmte erforderliche Untersuchungsmöglichkeiten in dieser Ebene verfügbar sind oder für die weitere Behandlung zusätzliche oder spezifische Expertise erforderlich ist.</p> <p><b>Zu Nummer 11</b> In der fachärztlichen Ebene kann auch ein Vorschlag zur Vermittlung an eine Hochschulambulanz zu Zwecken der Forschung und Lehre erfolgen, beispielsweise um eine Studienteilnahme zu ermöglichen. Eine Überweisung ist dabei nicht erforderlich.]</p>

<p>Absatz 3 einzubeziehen. Eine Vorabklärung der Eignung bestimmter Einrichtungen kann insbesondere auf der Grundlage der nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 veröffentlichten Kriterien, für welche Gruppe von Patientinnen und Patienten eine Einrichtung geeignet ist, erfolgen.]</p>	<p>Weiterbehandlung relevante Informationen.]</p>	
---	---	--

**Zu Absatz 2**

KBV/DKG/PatV		GKV-SV
<p>[KBV: Die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer können die Koordination übernehmen, wenn der Patient bereits in Behandlung bei ihnen ist oder die Symptomatik im jeweiligen Fachgebiet liegt.]</p>	<p>[DKG: Die Koordination der Behandlung kann auch in der Ebene der fachärztlichen Versorgung erfolgen, wenn (1) die Patientin oder der Patient bereits zuvor wegen einer anderen Erkrankung regelmäßig bei der Fachärztin oder Facharzt in Behandlung war. Ebenso kann in dieser Ebene die Koordination übernommen werden, wenn die (2) Symptome die zu dem Verdacht der Erkrankung nach §2 geführt haben darauf hinweisen, dass eine Behandlung durch das jeweilige Fachgebiet erforderlich sein wird. oder (3) die Durchführung der durch eine oder einen fachärztlichen Leistungserbringer erfolgt ist. Sollte sich die Patientin oder der Patient ohne vorherige Behandlung und Überweisung durch einen Hausarzt bei einem</p>	<p>GKV-SV: Die hausärztlich koordinierte Versorgung ist ein wesentliches Merkmal der vorliegenden Richtlinie. Gleichwohl sind Gegebenheiten der Versorgung denkbar, in denen Patientinnen und Patienten aktuell in regelmäßiger Behandlung bei einer Fachärztin oder einem Facharzt sind, die oder der nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt und zugleich eine solche Beziehung zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt nicht besteht. In solchen Fällen kann die Koordination auch durch die Ärztin oder den Arzt wahrgenommen werden, zu dem bereits eine Beziehung besteht, vorausgesetzt, diese bzw. dieser kann die Koordinationsaufgaben auch erfüllen. Diese Ausnahmeregelung erscheint sachgerecht, da diese Ärztin oder dieser Arzt in der Regel bereits über wichtige Informationen zur Patienten bzw. zum Patienten verfügt und eine separate Nachsuche nach einer (neuen) Hausärztin/Hausarzt ggf. mit unnötigem Aufwand verbunden wäre.]</p>

	Teilnehmer der fachärztlichen Ebene vorstellen, kann dieser auch die Maßnahmen gemäß § 5 Absatz 1 Nr. 1 und 2 durchführen und auf deren Ergebnissen basierend die Koordination der weiteren Behandlung übernehmen (3).]	
--	---	--

**Zu Absatz 2 Nummer 3:**

[KBV: Mit dem Basis-Assessment soll die Abklärung des Verdachtes auf das Vorliegen der Erkrankung gemäß § 2 durch eine fachärztliche Leistungserbringerin oder einen fachärztlichen Leistungserbringer erfolgen. Die Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung und ggf. der besondere Versorgungsbedarf kann erfasst werden. Anhand der Ergebnisse wird unter Abstimmung mit allen Beteiligten die patientenindividuelle Therapie geplant und der Behandlungsplan erstellt.]

**Zu Absatz 3**

GKV-SV/KBV		PatV
[GKV-SV/KBV: Die Fachärztin oder der Facharzt, Psychotherapeutin oder Psychotherapeut, kann die Überweisung bzw. Beteiligung weiterer Fachärztinnen oder Fachärzte anderer Fachgebiete veranlassen. Dies kann [DKG: bei Bedarf] aber nur in Kenntnis und mit Absprache [KBV: im Austausch oder, bei] [GKV-SV: besonderer Eilbedürftigkeit], [KBV: zeitnahe Information im Nachgang] mit der koordinierenden Ärztin bzw. dem koordinierenden Arzt erfolgen. In der Regel ist dies eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt.		[PatV: Sofern erforderlich, veranlasst die Fachärztin oder der Facharzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut die Beteiligung weiterer Fachgebiete. Dies ist insbesondere erforderlich, wenn eine PEM vorliegt, die kanadischen Konsensuskriterien positiv sind, eine orthostatische Dysregulation vorliegt oder bei subjektiven kognitiven Dysfunktionen. <sup>17]</sup>
GKV-SV	KBV	
Diese Regelung ist notwendig, da andernfalls die wesentliche und für die Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie zentrale hausärztlich-koordinierende Funktion	[keine Übernahme]	

17 Martin EM, Rupprecht S, Schrenk S, Kattlun F, Utech I, Radscheidt M, Brodoehl S, Schwab M, Reuken PA, Stallmach A, Habekost T, Finke K. A hypoarousal model of neurological post-COVID syndrome: the relation between mental fatigue, the level of central nervous activation and cognitive processing speed. J Neurol. 2023 Jun 25. doi: 10.1007/s00415-023-11819-7. Epub ahead of print. PMID: 37356025.

nicht angemessen ausgeübt werden kann.]		
---	--	--

**Zu Absatz 4**

KBV/PatV	DKG/GKV-SV
[KBV: Die Fachärztin oder der Facharzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut veranlasst die Einbindung und Beteiligung weiterer Fachgebiete, wenn dies für die Diagnostik und Behandlung erforderlich ist. Dies geschieht im Austausch oder bei zeitnaher Information im Nachgang mit der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt. Im Rahmen einer gemeinsamen Fallbesprechung soll eine umfassende Erhebung der bisherigen Diagnostik und des Therapieverlaufs erfolgen. Das weitere Vorgehen soll abgestimmt werden und die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt ist über das Ergebnis zu informieren. Dieses Vorgehen sichert den intensiven Informationsaustausch und die Koordination zwischen den einbezogenen Versorgungsebenen und trägt zur qualifizierten individuellen Patientenbetreuung bei.]	[keine Übernahme]

**Zu Absatz 5**

GKV-SV	KBV	DKG/PatV
Für eine Überweisung an eine spezialisierte ambulante Einrichtung (entsprechend § 3 Absatz 4) ist es erforderlich, dass ein entsprechend komplexer Behandlungsbedarf von mindestens zwei Fachdisziplinen und der besonderen ärztlichen Expertise eines Fachgebietes bedarf, die über Versorgung nach §§ 5 und 6 hinausgeht. Diese Bestimmung ist für die konsequente Umsetzung einer gestuften Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlich. Die Kapazitäten der spezialisierten	Die Überweisung an in die spezialisierte ambulante Versorgung sollte erfolgen, wenn die Patientin oder der Patient wegen Art, Schwere oder Komplexität einer interdisziplinären Versorgung von mindestens zwei oder mehr Fachdisziplinen und der besonderen ärztlichen Expertise eines Fachgebietes bedarf, die über die Untersuchungsmöglichkeiten in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung hinausgeht. Die Einbindung der spezialisierten Ebene hängt an den Qualifikationsvoraussetzungen. Dies bedeutet auch im Sinne einer qualitätsorientierten Patientenversorgung, dass eine	[PatV: In Absatz 4 wird eine Regelung getroffen, wann eine Überweisung in die spezialisierte ambulante Versorgung erforderlich ist. Dies ist spätestens zu erwägen, wenn eine dreimonatige Arbeitsunfähigkeit bei Erwachsenen oder eine vierwöchige Schulunfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen vorliegt oder eine ME/CFS von mindestens moderatem Schweregrad. Diese Zeitintervalle resultieren aus der dreimonatigen Frist (Erwachsene), mit der man mittels IOM-Kriterien die Diagnose ME/CFS stellen kann. Eine formale



<p>ambulanten Einrichtungen sollen insbesondere für die Behandlung in besonders schwierigen Fällen genutzt werden. Eine Vorabklärung der Eignung bestimmter Einrichtungen kann insbesondere auf der Grundlage der nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 veröffentlichten Kriterien, für welche Gruppe von Patientinnen und Patienten eine Einrichtung geeignet ist, erfolgen.</p>	<p>interdisziplinäre Versorgung sichergestellt werden muss. Dies bedingt die Einbindung von <b>mindestens zwei</b> Fachdisziplinen und einer besonderen ärztlichen Expertise.</p>	<p>Bestätigung der Kanadischen Konsensus Kriterien ist per definitionem erst nach 6 Monaten Krankheitsdauer möglich (Erwachsene). Bei Kindern sind diese Zeitintervalle zu reduzieren, da aufgrund von Bildungslücken und Verlust der Peer Group hier größere Eile geboten ist. Eine moderate Schwere bezieht sich auf die Schweregradeinteilung gemäß NICE- Guideline<sup>18</sup> und wird auch im IQWiG Bericht ME/CFS wiedergeben. Demnach besteht eine moderate Schwere der ME/CFS wenn sie u.a. aufgrund der Schwere i.d.R. nicht arbeits- und schulfähig sind].</p>
--	---	--

KBV/ DKG/PatV	GKV-SV
<p>[KBV: Vor einer weiterführenden Diagnostik oder Behandlung durch eine Hochschulambulanz oder eine Spezialambulanz soll eine Vorabklärung zwischen dieser und der überweisenden Vertragsärztin oder dem überweisenden Vertragsarzt erfolgen. Zunächst soll geklärt werden, ob die Patienten oder der Patient für eine weiterführende Diagnostik geeignet ist und gegebenenfalls zusätzliche (Vor-) Befunde für die weiterführenden Untersuchungen und ggf. Behandlung erforderlich sind. Die patientenorientierte Vorabklärung erfolgt zwischen der überweisenden Vertragsärztin oder dem überweisenden Vertragsarzt und der Einrichtung ohne Patientenkontakt. Sie kann auch im Sinne eines Konsils fallabschließend sein und eine Vorstellung der Patientin oder des Patienten erübrigen. Im Rahmen der Vorabklärung werden alle relevanten Informationen erfasst und Behandlungsmöglichkeiten besprochen.]</p>	<p><i>[wird nicht mitgetragen]</i></p>

18 National Institute for Health and Care Excellence. Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy) / chronic fatigue syndrome: diagnosis and management; [D] Identifying and diagnosing ME/CFS; NICE guideline NG206 [online]. 2021. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206/evidence/d-identifying-and-diagnosing-mecfs-pdf-9265183025>.

## § 7 Diagnostik und Behandlung in der spezialisierten ambulanten Versorgung

DKG	GKV-SV/KBV
<p>Die Ebene der spezialisierten ambulanten Versorgung (1) unterstützt bei der differentialdiagnostischen Abklärung von Symptomen und der Behandlung von Betroffenen. Sie kann die diagnostische und therapeutische Versorgung sowie die fachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen übernehmen (2). Auch in dieser Ebene erfolgt eine Information, Aufklärung und Beratung der Patientinnen und Patienten oder deren Bezugspersonen (3). Sollte es erforderlich sein, kann auch in dieser Ebene die Koordination der Behandlung erfolgen. Insbesondere bei Betroffenen mit komplexen medizinischen Fragestellungen kann dies der Fall sein (4). Ergibt sich in Folge der durchgeführten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen Änderungsbedarf am Behandlungsplan, sollen entsprechende Vorschläge für den koordinierenden Arzt erfolgen, sofern die Maßnahmen nicht vom Leistungserbringer selbst vorgenommen werden oder die Koordination nicht in der Ebene der spezialisierten ambulanten Versorgung erfolgt (5). Soweit erforderlich kann in dieser Ebene auch die Verordnung von Leistungen nach §8 erfolgen (6). Zudem gehört die Durchführung bzw. Teilnahme an telemedizinischen Verfahren wie Telekonsilien oder Videosprechstunden zu den Aufgaben dieser Ebene. Auch mit Blick auf die teilweise regional unterschiedlichen Angebote dieser Versorgungsebene soll der Zugang möglichst niederschwellig ausgestaltet werden (7).]</p>	<p>[GKV-SV/KBV: Die Aufgaben der Anbieter spezieller ambulanter Angebote (vgl. § 3 Absatz 4) umfassen die Unterstützung anderer, weniger spezialisierter, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in Bezug auf Diagnostik und Behandlung (1. und 2.) auf der Grundlage der besonderen Expertise. Sie umfasst insbesondere auch die Versorgung von Kinder und Jugendlichen, insofern eine Versorgung nicht durch hinreichend spezialisierte, vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte erfolgt (3.), [GKV-SV: erfolgt da der fachgebietsbezogene Differenzierungsgrad in der Kinder- und Jugendmedizin geringer ausgeprägt ist, kann davon ausgegangen werden, dass für komplexe Behandlungsbedarfe in der Kinder- und Jugendmedizin die speziellen ambulanten Angebote ggf. von größerer Bedeutung sind./ KBV: [keine Übernahme]] Weiter sind Aufgaben auch der spezialisierten ambulanten Versorgung die [GKV-SV: bedarfsabhängige Information, Aufklärung, Beratung und Betreuung (3.)] Anpassung und Erläuterung des individuellen Behandlungsplans (5. [Nr. 4 wird GKV-seitig nicht mitgetragen]) und die Verordnung von Leistungen (6.), aufgrund der speziellen Expertise. Das Angebot bzw. die die Nutzung von Telemedizin (7.) sind bei Anbietern spezieller Angebote von besonderer Bedeutung, da es sich um eine begrenzte Zahl von spezialisierten Einrichtungen handelt, sodass die Nutzung von telemedizinischen Angebote hier für Patientinnen und Patienten eine erhebliche Erleichterung darstellen kann. Spezialisierte ambulante Einrichtungen veröffentlichen (8.) Informationen zur Auswahl geeigneter Patientinnen und</p>

	<p>Patienten für die Behandlung und ggf. Forschung in der jeweiligen Einrichtung, sowie, welche anamnestischen Informationen und diagnostischen Ergebnisse vor dem Erstkontakt übermittelt werden sollen. Damit soll erreicht werden, dass andere Leistungserbringer passgenaue Informationen, soweit vorhanden, bereits bereitstellen können und die spezialisierten ambulanten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer einschätzen können, welchen besonderen Bedarf die Patientinnen und Patienten aufweisen. Durch die Bereitstellung solcher Informationen können insbesondere aufwändige, einzelne Kommunikationsprozesse vermieden bzw. auf ein Minimum reduziert werden.</p>
<p><b>GKV-SV</b></p>	<p><b>KBV</b></p>
<p>Diese Informationen sind die Grundlage von Überweisungen und Vermittlungen aus der haus- und fachärztlichen Versorgung (vgl. § 3 Absatz 1 Nr. 12 und § 4 Absatz 1 Nr. 10 und 11).</p> <p>Insgesamt werden für die spezialisierten ambulanten Einrichtungen vergleichsweise weniger spezifische Vorgaben und Bestimmungen formuliert, als für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer auf der Ebene der haus- und fachärztlichen Versorgung. Dies ist dadurch begründet, dass hier eine besondere Expertise angenommen wird und zugleich besonders</p>	<p>Diese Informationen sind für eine zügige Vorabklärung sehr hilfreich.</p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

	komplexe Fälle durch diese im Rahmen der vorliegenden Richtlinie behandelt werden sollen.					
	Zugleich wird erwartet, dass spezialisierte ambulante Einrichtungen intensiv an Forschungsaktivitäten teilnehmen und somit ggf. auch, im Rahmen von Studien, experimentelle Verfahren einsetzen bzw., insofern es sich um Hochschulambulanzen handelt, auch eine Versorgung auf der Grundlage von § 117 SGB V Absatz Nummer 1 anbieten.					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="798 810 1117 851">GKV-SV</th> <th data-bbox="1117 810 1391 851">KBV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="798 851 1117 1279">Vor diesen Hintergründen werden ins Einzelne gehende Bestimmungen zu den Aufgaben der spezialisierten ambulanten Versorgung hier nur zurückhaltend getroffen.</td> <td data-bbox="1117 851 1391 1279">[keine Aufnahme]</td> </tr> </tbody> </table>	GKV-SV	KBV	Vor diesen Hintergründen werden ins Einzelne gehende Bestimmungen zu den Aufgaben der spezialisierten ambulanten Versorgung hier nur zurückhaltend getroffen.	[keine Aufnahme]	
GKV-SV	KBV					
Vor diesen Hintergründen werden ins Einzelne gehende Bestimmungen zu den Aufgaben der spezialisierten ambulanten Versorgung hier nur zurückhaltend getroffen.	[keine Aufnahme]					

**§ 8 Verordnung weiterer Leistungen**

PatV	GKV-SV/KBV
<p><b>Zu Absatz 1</b>                      [PatV: Erkrankungen nach § 2 können mit verschiedenen Symptomen in unterschiedlicher Intensität und Schwere auftreten und zu schweren Behinderungen mit erheblichen Einschränkungen im Alltagsleben führen, bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Integraler Bestandteil der Therapie ist daher die rechtzeitige und bedarfsgerechte Versorgung mit ärztlich oder ggf. psychotherapeutisch verordneten Leistungen aus dem Repertoire der vertragsärztlichen Versorgung, wie Hilfsmitteln nach § 33 SGB V, Heilmitteln nach § 32 SGB V, Leistungen zur medizinischen</p>	<p><b>Zu Absatz 1 und 2</b>                      [GKV-SV/KBV: Die Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie kann, soweit erforderlich, Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 SGB V (Rehabilitationsleistungen, häusliche Krankenpflege, Hilfeleistungen Dritter, Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,</p>

Rehabilitation nach § 40 SGB V und/oder häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Diese können auch bei kurzfristig noch erhaltener Funktionalität zur Vermeidung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes indiziert sein. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt prüft individuell, ob die oder der Versicherte von diesen Maßnahmen profitieren kann. Bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz (PEM) ist zudem auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten. Dabei ist zu beachten, dass PEM, also die Verschlechterung der Symptome aufgrund leichter Aktivitäten, bis zu 48 Stunden zeitverzögert eintreten kann.<sup>19</sup> Hierzu gehört auch auf Reizempfindlichkeiten (in Bezug auf Licht, Düfte, Geräusche Berührungen) und tageszeitabhängige Bedürfnisse sowie die Nutzung aller bestehender Möglichkeiten von Hausbesuchen und telemedizinischen Verordnungs- sowie Erbringungsmöglichkeiten.

Die Belastungsgrenze der Patientinnen und Patienten ist zu beachten sowohl bei der qualitativen als auch bei der quantitativen Auswahl der zu verordnenden Leistungen. So können beispielsweise zu viele Angebote gleichzeitig überfordern und schlimmstenfalls der Patientin oder dem Patienten schaden. Hilfreich kann eine Priorisierung einzelner Leistungen sein, auch wenn die Maßnahmen einzeln betrachtet sinnvoll sind.<sup>20]</sup>

**Zu Absatz 2**

DKG/PatV	
[DKG: Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie kann auch die Verordnung einer stationären Krankenhausbehandlung erforderlich werden. So kann beispielsweise	[PatV: Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist insbesondere bei einer Belastungsintoleranz erforderlich oder zur Durchführung mehrerer

Digitale Gesundheitsanwendungen, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege) umfassen. Für die Verordnung gelten die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V, d. h. es werden keine über die bestehenden Verordnungsmöglichkeiten hinausgehende

Verordnungsmöglichkeiten geschaffen. Die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen gelten. Auch werden keine generellen Beschränkungen des Leistungsumfangs vorgenommen [GKV-SV: jedoch voraussichtlich in Bezug auf Erkrankungen gemäß § 2 in bestimmten Fällen benötigte Leistungen hier genannt. Im Einzelnen insbesondere:

- Krankenhausbehandlung, sofern erforderlich: Auswertungen zu abgerechneten Krankenhausfällen der Jahre 2021 bis 2023 auf der Grundlage der öffentlich verfügbaren Daten des Instituts für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK-Datenbrowser, <https://datenbrowser.inek.org/>, 20.09.2023) zeigen, dass im Jahr 2021 29.959 Krankenhausfälle verzeichnet wurden, bei denen der ICD-10-GM-Kode U09.9! (Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet) als

19 National Institute for Health and Care Excellence. Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy) / chronic fatigue syndrome: diagnosis and management; [D] Identifying and diagnosing ME/CFS; NICE guideline NG206 [online]. 2021. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206/evidence/d-identifying-and-diagnosing-mecfs-pdf-9265183025>.

20 Montoya JG, Dowell TG, Mooney AE, Dimmock ME, Chu L. Caring for the Patient with Severe or Very Severe Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. Healthcare (Basel). 2021 Oct 6;9(10):1331. doi: 10.3390/healthcare9101331. PMID: 34683011; PMCID: PMC8544443.

<p>bei einer schweren Belastungsintoleranz oder bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen eine stationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen sein, da so eine zeitnahe und komprimierte Diagnostik bei gleichzeitig reduzierter Belastung der Patientin oder des Patienten unterstützt werden kann. Die Vorgaben der Krankenhauseinweisung-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind in Verbindung mit § 39 Absatz 1 zu beachten.]</p>	<p>medizinischer Maßnahmen, wenn dies ambulant nicht umsetzbar ist. Damit sich das Krankenhaus auf die Besonderheiten der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten einstellen kann, sind diese auf der Verordnung anzugeben. Beispiele für Anpassungen im Krankenhaus sind: (abgelegenes) Einzelzimmer mit Schallisolierung, reduzierte Störungen durch Krankenhauspersonal, Licht- und Geruchsreduzierung, verminderter Terminstress durch möglichst wenig Wartezeiten, Pausen und angepasstes Tempo, tageszeitabhängige Untersuchungen, nur zwingend notwendige Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten, eher mit der Bezugsperson.]</p>	<p>Nebendiagnose kodiert worden war, in den Jahren 2022 bzw. 2023 (Monate Januar bis Mai) waren dies 33.046 bzw. 8.877 Fälle. Aufgrund der Systematik der Datengrundlage kann allerdings nicht sicher beurteilt werden, ob oder in welchen Maße die Krankenhausbehandlung Long- bzw. Post-COVID galt.]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heilmittel: Aus der Heilmittelverordnung muss das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 sowie die vorliegende (Leit-) Symptomatik hervorgehen. Der oder die Verordnende prüft, ob ein dringlicher Behandlungsbedarf gemäß § 15 Absatz 1 Satz 2 Heilmittel-RL vorliegt und hat dies entsprechend auf der Verordnung kenntlich zu machen. Heilmittel können im Rahmen der Behandlung von Long- bzw. Post-COVID angewandt werden [13]. Die Prüfung der Dringlichkeit ist in der Zielstellung (vgl. § 1) einer möglichst zeitnahen Versorgung begründet.]</li> <li>• Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Rehabilitationsleistungen werden im Rahmen der Versorgung insbesondere bezogen auf Long- bzw. Post-COVID genutzt, Teilweise</li> </ul>
--	---	--

	<p>wurden oder werden spezielle Rehabilitationskonzepte oder -leistungen entwickelt und angeboten [14].]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hilfsmittel: insbesondere bei Einschränkungen der Mobilität, die die Versorgung mit zur Kompensation dieser Einschränkungen geeigneten Hilfsmitteln notwendig machen können.</li></ul> <p>Es sind jedoch auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen, insbesondere in Bezug auf die individuelle Belastbarkeit. Bei der Symptomatik der Erkrankungen gemäß § 2 können die Fatigue, Belastungsintoleranz und die „post exertional Malaise“ (PEM) eine besondere Rolle spielen. In Rücksicht darauf kann versucht werden, mit Hilfe einer angemessenen Therapie- und Alltagsgestaltung Überlastung zu vermeiden. Über spezifisch konzipierte „Pacing“-Interventionen ist jedoch bisher wenig verlässliches Wissen verfügbar und es besteht Bedarf nach weiteren Erkenntnissen [2].</p> <p>Es ist allerdings ebenfalls zu vermeiden, häufig wirksame körperliche Trainingsmaßnahmen ggf. zu unterlassen, obwohl diese für Patientinnen und Patienten nützlich sein können. Eine aktuelle publizierte, systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass rehabilitative Behandlungsansätze, insbesondere auch solche die körperliche Aktivierung umfassen, vermutlich für geeignete Patientinnen und Patienten vorteilhaft sind [10].</p>
--	--

	<p>Dabei ist zu berücksichtigen, dass die adäquate Erfassung der Belastbarkeit und Bewertung ob und in welchem Maße ggf. insbesondere eine PEM-Problematik vorliegt nicht einfach objektivierbar ist und u. a. auch von der individuellen Lebenssituation und dem subjektiven Erleben der Patientin oder des Patienten abhängt.]</p>
--	--

PatV	GKV-SV/KBV/DKG
<p>In Abhängigkeit der funktionellen und strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, die aus einer Erkrankung gemäß § 2 resultieren, können Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie und Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie als Heilmittel angezeigt sein. Aus der Heilmittelverordnung muss das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 sowie die vorliegende (Leit-) Symptomatik hervorgehen. Der oder die Verordnende prüft, ob ein dringlicher Behandlungsbedarf gemäß § 15 Absatz 1 Satz 2 Heilmittel-RL vorliegt und hat dies entsprechend auf der Verordnung kenntlich zu machen.</p> <p>In Bezug auf das Post-COVID-Syndrom (ICD-10 U09.9) ist bei der Verordnung von Heilmitteln zu beachten, dass ein besonderer Verordnungsbedarf anerkannt ist.<sup>21</sup> Bei schweren funktionellen oder strukturellen Schädigungen im Rahmen anderer Erkrankungen gemäß § 2 kann die individuelle Beantragung der Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs sinnvoll sein.</p> <p>Bei bestehender Belastungsintoleranz (PEM) sollten die Möglichkeit der Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde sowie die Möglichkeit der telemedizinischen Leistungserbringung genutzt werden. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob Heilmittel als Hausbesuche erbracht werden können.</p> <p>Bei der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind folgende Aspekte insbesondere zu berücksichtigen: Auf der Verordnung ist die Erkrankung gemäß § 2 in der Anamnese darzustellen sowie die aus den vorliegenden Symptomen resultierenden nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe anzugeben. Bei der Zuordnung zu bestimmten Indikationen oder inhaltlichen Schwerpunkten sind die für die Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehende individuelle Symptomatik und das angestrebte Rehabilitationsziel in</p>	<p>Es ist keine gesonderte Regelung erforderlich.</p>

21 [https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel\\_Diagnoseliste\\_Webversion.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Diagnoseliste_Webversion.pdf).



Übereinstimmung mit den generellen Behandlungszielen zu berücksichtigen. Den besonderen Belangen der Patientinnen und Patienten gemäß § 2 ist Rechnung zu tragen.

Bei bestehender Belastungsintoleranz (PEM) ist besonderes Augenmerk auf die Bewertung der Rehabilitationsfähigkeit zu legen. Diese setzt eine entsprechende Belastbarkeit im Hinblick auf die Therapieinhalte als auch die Wegefähigkeit voraus. Die bestehenden herkömmlichen rehabilitativen Konzepte, die für Post COVID Erkrankte ohne PEM durchaus sehr hilfreich sind, verfolgen einen die Belastung steigernden aktivierenden Ansatz, welcher dem Prinzip des „Pacings“ grundsätzlich zuwiderläuft. Werden bei Erkrankten mit PEM Belastungssteigerungen bei aktivierenden Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt und die individuellen Belastungsgrenzen nicht hinreichend berücksichtigt, kann es ebenso zu einer nachhaltigen oder gar irreversiblen Verschlechterung oder Chronifizierung des Gesundheitszustands bis hin zur dauerhaften Pflegebedürftigkeit kommen – insbesondere auch bei zuvor leicht oder moderat Betroffenen.<sup>22</sup> Daher ist bei vorliegender Belastungsintoleranz sorgfältig abzuwägen, ggf. die oder der Versicherte bei der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationsklinik zu unterstützen. Liegen besondere Einschränkungen der individuellen Belastbarkeit vor, sollte in der Verordnung in geeigneter Weise darauf, sowie auf Art und Ausmaß dieser hingewiesen werden.

Die Rehabilitationsfähigkeit ist besonders sorgfältig zu prüfen. Zudem sind Patientinnen und Patienten zu einer geeigneten Rehabilitations-Einrichtung zu beraten. Sie müssen auf ein mögliches Schadenspotenzial durch die Aktivierungstherapie bei ME/CFS<sup>23</sup> aufgeklärt werden., wenn nicht auf die Belastungsgrenze hingewiesen wird. Sie sollten eher eine Rehabilitationsmaßnahme abbrechen, als das Risiko einer Abnahme des Funktionsniveaus nach körperlicher oder kognitiver Anstrengung (wahrgenommen als „Crash“) einzugehen.

Bezüglich der Versorgung mit Hilfsmitteln ist bei Vorliegen von Belastungsintoleranz (PEM) zu beachten, dass Aktivitäten, die funktionell noch möglich erscheinen, zur Verhinderung einer zeitverzögert eintretenden Symptomverschlechterung aufgrund Überlastung (PEM) ggf. zu vermeiden sind oder der Unterstützung bzw. Erleichterung bedürfen. So kann etwa die Versorgung mit einem Rollstuhl auch dann erforderlich sein, wenn das Gehen, Stehen oder

22 IQWiG Myalgische Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): aktueller Kenntnisstand – Abschlussbericht 2023

23 IQWiG Myalgische Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): aktueller Kenntnisstand – Abschlussbericht 2023

[https://www.iqwig.de/download/n21-01\\_me-cfs-aktueller-kenntnisstand\\_abschlussbericht\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/n21-01_me-cfs-aktueller-kenntnisstand_abschlussbericht_v1-0.pdf)  
(Zugriff am 03.09.2023)

Treppensteigen möglich wäre, hiermit aber die Verschlechterung des Gesundheitszustands riskiert würde.

Im Hinblick auf Erkrankungen nach § 2 können für die Verordnung von Hilfsmitteln je nach Funktionsstörung beispielsweise bei Mobilitätseinschränkungen Gehhilfen, Rollstühle, Treppenlifte in Betracht kommen. Gleiches gilt etwa für Kompressionsstrümpfe mit dem Ziel der Thromboseprophylaxe oder bei posturalem Tachykardiesyndrom (POTS). Bei schwer oder sehr schwer Erkrankten können auch Hilfsmittel zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme, Körperpflege o.Ä. erforderlich sein.

Bei Kindern und Jugendlichen können Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich sinnvoll sein, etwa im Rahmen der gesetzlichen Schulpflicht, um die Teilnahme am Schulunterricht zu ermöglichen (z.B. Schulpräsenzroboter).

Im Hinblick auf Erkrankungen nach § 2 können für die Verordnung von Hilfsmitteln insbesondere folgende Aspekte relevant sein:

Bei der Verordnung von Hilfsmitteln nach § 33 SGB V ist nach § 6 Absatz 3 der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA zu beachten, dass sich deren Notwendigkeit nicht allein aus der Diagnose ergibt. Vielmehr sind unter Gesamtbetrachtung (ICF) der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), der noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik der Bedarf, die Fähigkeit zur Nutzung, die Prognose und das Ziel einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, für die Versicherte oder den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel (§ 3 Absatz 1 Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA) zu berücksichtigen.

Erkrankungen nach § 2 können in schweren Fällen zu Pflegebedürftigkeit führen. Menschen mit schwerer oder sehr schwerer Ausprägung von ME/CFS benötigen umfangreiche Hilfe bei fast allen Alltagsaktivitäten. Sie haben beispielsweise große Schwierigkeiten, selbständig zu essen oder auf Toilette zu gehen. Sie bedürfen daher der pflegerischen Unterstützung.<sup>24</sup>

#### **Krankenbeförderung**

Erkrankungen nach § 2 können zu eingeschränkter Mobilität, Schwindel und Schwäche und in sehr schweren Fällen zu Bettlägerigkeit führen oder mit POTS verbunden sein. Deshalb kann bei der Verordnung von Krankenbeförderungsleistungen die Form

24 IQWiG Myalgische Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): aktueller Kenntnisstand – Abschlussbericht 2023

[https://www.iqwig.de/download/n21-01\\_me-cfs-aktueller-kenntnisstand\\_abschlussbericht\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/n21-01_me-cfs-aktueller-kenntnisstand_abschlussbericht_v1-0.pdf)  
(Zugriff am 03.09.2023)

<p>des Krankentransportes erforderlich sein, ggf. auch als Liegendtransport.</p> <p><b>Krankenhouseinweisung</b> Im Falle einer Krankenhouseinweisung sollte geprüft werden, ob eine Krankenhausbegleitung nach § 44b Absatz 2 SGB V i.V.m. der KHB-RL erforderlich ist.</p> <p><b>Besonderheiten bei Belastungsintoleranz bzw. schwer und sehr schwer Erkrankten</b> Bei bestehender Belastungsintoleranz (PEM) sollten die Möglichkeit der Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde sowie die Möglichkeit der telemedizinischen Leistungserbringung (siehe insbes. Heilmittel) genutzt werden. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob Leistungen als Hausbesuche erbracht werden können. Dies gilt insbesondere bei sehr schwer an ME/CFS Erkrankten, da anderenfalls die Leistung nicht in Anspruch genommen werden kann. Ferner ist sowohl beim Verordnungsvorgang als auch bei der Durchführung der Leistung bei schwer und sehr schwer Erkrankten auf bestehende Reizempfindlichkeit zu achten. Der Gesundheitszustand von sehr schwer Erkrankten kann sich bereits bei geringfügigen Lichtreizen, Geräuschen und Berührungen erheblich verschlechtern und teils fehlt die Ansprechbarkeit. Die konkreten Verordnungsvoraussetzungen richten sich nach den Vorgaben in den entsprechenden Richtlinien des G-BA.</p> <p><b>Weitere ggf. erforderliche Nachweise</b> Darüber hinaus kann der Bedarf von ärztlichen Nachweisen oder Bescheinigungen über Symptome und Funktionseinschränkungen, ggf. auch ärztliche Empfehlungen bestehen, etwa solche für die Schule oder die Ausbildungs- bzw. Studieneinrichtung zur Ermöglichung geeigneter Nachteilsausgleiche oder Schulungsformen. Gleiches gilt für die Feststellung des Grades der Behinderung bei Versorgungsämtern oder der Feststellung des Pflegegrades durch die Pflegekasse bzw. den Medizinischen Dienst.</p>	
--	--

## § 9 Evaluation

GKV-SV/KBV/DKG	PatV
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss beabsichtigt nach Inkrafttreten der Richtlinie zu prüfen, ob und in welcher Form eine Evaluation zur Überprüfung gemäß des 1. Kapitels, § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung erforderlich ist. Gemäß dieser Bestimmung der Verfahrensordnung soll der Gemeinsame</p>	<p>Die Regelungen der Richtlinie sollen spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten des Beschlusses evaluiert und ggf. angepasst werden. Gegenstand der Evaluation ist die Frage, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele mit den getroffenen</p>

<p>Bundesausschuss überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen. In Bezug auf die vorliegende Richtlinie ist der Versorgungskontext insbesondere in Bezug auf die Entwicklung von Versorgungsangeboten sowohl von der Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie als auch außerhalb dieser zu berücksichtigen. Es handelt sich, insbesondere bei Long- bzw. Post-COVID, um einen Bereich der einerseits im Hinblick auf den anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse erhebliche Unsicherheiten aufweist und andererseits, im Vergleich zu anderen Versorgungsgebieten, in der näheren Zukunft einem schnellen Wandel unterworfen sein kann. Dies kann sowohl Versorgungsangebote als auch Erkenntnisse zu Diagnostik, Therapie und geeigneten Versorgungsformen umfassen. Auch in Bezug auf ME/CFS kann dies der Fall sein.</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht es daher als verfrüht an, bereits jetzt über die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit einer Evaluation und insbesondere über Fragestellungen, Ansätze und Methoden zu beschließen. Eine solche Evaluation liefere Gefahr, wesentliche Fragestellungen zu verfehlen und die Bewertung von einer Versorgungssituation abhängig zu machen, die zum Zeitpunkt des Vorliegens von Ergebnissen nicht mehr aktuell sein könnte. Es soll daher zunächst die Entwicklung in der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und darüber hinaus bezogen auf die Gruppe von Patientinnen und Patienten gemäß § 2 beobachtet und ggf. zu einem späteren Zeitpunkt über eine Evaluation der Richtlinie beraten werden.</p>	<p>Regelungen erreicht werden konnten. Dabei sind auch mögliche Hindernisse der Umsetzung der Regelungen sowie unerwünschte Auswirkungen zu berücksichtigen.</p>
--	--

### 3. Bürokratiekostenermittlung

[...]

#### 4. Verfahrensablauf

Am 2. Februar 2023 begann der Unterausschuss Post-Covid und Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik (UA PostCOV) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Post-COVID. In XX Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Post-Covid und Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
5. Januar 2023	Plenum	Einsetzung des UA PostCOV zur Erarbeitung der Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Post-COVID (postCOV-RL)
7. Februar 2023	UA PostCOV	
21. Februar 2023	UA PostCOV	
7. März 2023	UA PostCOV	
21. März 2023	UA PostCOV	
4. April 2023	UA PostCOV	
18. April 2023	UA PostCOV	
2. Mai 2023	UA PostCOV	
16. Mai 2023	UA PostCOV	
30. Mai 2023	UA PostCOV	
13. Juni 2023	UA PostCOV	
30. Juni 2023	UA PostCOV	
11. Juli 2023	UA PostCOV	
25. Juli 2023	UA PostCOV	

(Tabelle Verfahrensablauf)

#### 5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ die Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Post-COVID (postCOV-RL) beschlossen.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

#### 6. Literaturverzeichnis

[Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher sollte die manuelle Verschiebung des

*Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und 6. Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr erfolgen.]*

## 7. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte/n Organisation/en versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der Kurztitel der RL sowie versandte Tragende Gründe
- Anlage 4: *Stellungnahme/n [auch dann, wenn nur der Verzicht erklärt wird] des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, des Robert Koch-Instituts, der Bundesärztekammer, ... [ggf. mit Schwärzung der personenbezogenen Absenderdaten wie z.B. mitarbeiterbezogene Durchwahlen und E-Mail-Adressen, Kontodaten]*
- Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme/n nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## Literaturverzeichnis

- [1] BzGA. Wie wird Long COVID behandelt? : Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BzGA); 2023 ['20.09.2023:' 20.09.2023]. Available from: <https://www.longcovid-info.de/betroffene-und-angehoerige/wie-wird-long-covid-behandelt/>.
- [2] Myalgische Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS). Aktueller Kenntnisstand. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), 2023 N21-01; Vers. 1.0.
- [3] Was ist Long COVID? : Robert Koch-Institut (RKI); 2023 ['20.09.20223:' 20.09.20223]. Available from: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ\\_Long-COVID\\_Definition.html#:~:text=Die%20bereits%20Ende%202020%20over%3%B6ffentliche,Wochen%20fortbestehen%20oder%20neu%20auftreten.](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Long-COVID_Definition.html#:~:text=Die%20bereits%20Ende%202020%20over%3%B6ffentliche,Wochen%20fortbestehen%20oder%20neu%20auftreten.)
- [4] Montoy JCC, Ford J, Yu H, Gottlieb M, Morse D, Santangelo M, et al. Prevalence of Symptoms  $\leq$  12 Months After Acute Illness, by COVID-19 Testing Status Among Adults - United States, December 2020-March 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023 Aug 11;72(32):859-65. '10.15585/mmwr.mm7232a2:' 10.15585/mmwr.mm7232a2.
- [5] AWMF S1-Leitlinie Long/ Post-COVID. Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), 2022 17.08.2022. Report No.: AWMF-Registernummer: 020-027.
- [6] Reinhardt K, Scriba PC, Hallek M. Post-COVID-Syndrom (PCS). Berlin: Bundesärztekammer, 2022.
- [7] Høeg TL, S.; Prasad, V. How methodological pitfalls have created widespread misunderstanding about long COVID. BMJ Evidence-Based Medicine. 2023;Epub ahead of print:1-5. '10.1136/bmjebm-2023-112338:' 10.1136/bmjebm-2023-112338.
- [8] Schulz M. Das Post COVID Syndrom und seine Folgen für die ambulante Versorgung. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI), 2022.
- [9] Anzahl der Patienten mit Post-COVID-Diagnose rückläufig. Deutsches Ärzteblatt. 2023 12.07.2023.
- [10] Pouliopoulou DV, Macdermid JC, Saunders E, Peters S, Brunton L, Miller E, et al. Rehabilitation Interventions for Physical Capacity and Quality of Life in Adults With Post-COVID-19 Condition: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2023 Sep 5;6(9):e2333838. '10.1001/jamanetworkopen.2023.33838:' 10.1001/jamanetworkopen.2023.33838.
- [11] O'Mahoney LL, Routen A, Gillies C, Ekezie W, Welford A, Zhang A, et al. The prevalence and long-term health effects of Long Covid among hospitalised and non-hospitalised populations: A systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine. 2023 Jan;55:101762. '10.1016/j.eclinm.2022.101762:' 10.1016/j.eclinm.2022.101762.
- [12] Mizrahi B, Sudry T, Flaks-Manov N, Yehezkelli Y, Kalkstein N, Akiva P, et al. Long covid outcomes at one year after mild SARS-CoV-2 infection: nationwide cohort study. BMJ. 2023 Jan 11;380:e072529. '10.1136/bmj-2022-072529:' 10.1136/bmj-2022-072529.

[13] Langzeit-COVID-Erkrankte: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); 2023 ['20.09.2023:' 20.09.2023]. Available from: [https://www.kbv.de/html/themen\\_55220.php](https://www.kbv.de/html/themen_55220.php).

[14] Long COVID in der medizinischen Rehabilitation - Bestandserhebung in Reha-Einrichtungen. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V, 2022 Februar 2022. Report No.





## Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen	von Post-COVID (postCOV-RL)	von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS alternativ: von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS

Datum	<b>19.10.23</b>
Stellungnahme von	Dt. Gesell. f. HNO-Heilk., Kopf- und Hals-Chirurgie

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

## Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

### Allgemeine Anmerkung

1. Ein vergleichsweise häufiges Symptom ist die Riech- und Schmeckstörung nach COVID, die jedoch erst als eine Ausschlussdiagnose eingeordnet werden kann, da auch andere Erkrankungen, vor allem im Nasen- und Nasennebenhöhlenbereich dieses Symptom verursachen können. Es ist deshalb sinnvoll in den diagnostischen Anteilen der Richtlinie nicht nur auf eine neurologische sondern auch eine hno-ärztliche Untersuchung hinzuweisen. (siehe Publikation Hintschich et al. 2023 in der Anlage, <https://doi.org/10.1007/s00106-023-01368-w>)
2. Es bleibt offen, ob mit der „spezialisierten ambulanten Versorgung“, § 7 der Richtlinie, das sog. ASV-Verfahren, also ambulante spezialärztliche Versorgung gemeint ist. Hier wäre eine Klarstellung sinnvoll, zumal es ein ASV-Verfahren für COVID noch nicht gibt.
3. Wir begrüßen, dass mit den ermächtigten Ärzten und Institutionen, den Hochschulambulanzen und dem von uns vermuteten ASV-Verfahren (§7) mehrere intersektorale Wege geöffnet sind, um den Patienten in der schwierigen Erkrankung gerecht werden zu können.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

**Stellungnahme zu spezifischen Aspekten**

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
	Stellungnahme mit Begründung:  Änderungsvorschlag:
	Stellungnahme mit Begründung:  Änderungsvorschlag:

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

**Literaturverzeichnis**



## Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen	von Post-COVID (postCOV-RL)	von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS alternativ: von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS

Datum	<b>25.10.2023</b>
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

## Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

### Allgemeine Anmerkung

Diese Richtlinie soll Empfehlungen zur Versorgung von Patient:innen mit Vd. a. Post-COVID-19 und ME/CFS geben. Es erscheint sinnvoll verallgemeinernd von postinfektiösen Erkrankungen zu sprechen, zu denen Patient:innen mit Vd. a. Post-COVID-19 und ME/CFS gezählt werden können.

§1 (2): Dieses Ziel wird konkretisiert durch Verfügbarkeit einer niedrigschwellig erreichbaren zeitnahen, bei Bedarf interdisziplinären, Diagnostik und Therapie und einem bedarfsorientierten, zeitnahen Zugang zu einem leitliniengerechten, bei Bedarf multimodalen Versorgungsangebot.

Weitere Spezifizierungen wie unter 1,2, und 4 vorgeschlagen sind nicht umsetzbar und so auch nicht für andere Krankheitsbilder etabliert. Die Punkte 5,6, und 7 sollten übernommen werden. Translationale Forschung ist nicht Bestandteil dieser Richtlinie.

§2: Die Patientengruppe sollte breiter definiert werden und sich auf Patient:innen mit post-akut infektiösen Erkrankungen beziehen. Am Beispiel von Post-COVID-19 und ME/CFS können dann exemplarisch die Empfehlungen aufgebaut werden. Hier den Vorschlag der KBV (unter 1) übernehmen:

*Von der Richtlinie erfasst werden ebenfalls Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf eine andere Erkrankung mit ähnlicher Ursache oder Krankheitsausprägung wie Long-COVID, die infolge eines viralen Infektes*

1. *post-akut eine mit Long-COVID vergleichbare Symptomatik aufweisen, oder*
2. *eine „Myalgische Enzephalomyelitis“ /Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS) ausbilden.*

Unter (2) den Vorschlag der KBV übernehmen:

*In den Fällen von Absatz 1 Nummer 1 müssen diese Symptome oder Beschwerden mit Erkenntnissen zu postinfektiösen Symptomaten in Verbindung gebracht werden können.*

(3) nicht übernehmen.

§3:

Unter (2) Vorschläge der DKG nicht übernehmen, da zu spezifisch und nicht realisierbar in der Praxis. Unter (3) auch Neuropsycholog:innen einbeziehen, wie von KBV vorgeschlagen. Keine Übernahme des Vorschlages der DKG.

Unter (4) Keine Übernahme des Vorschlages der DKG

Unter (4) „die folgende Kriterien erfüllen:“ Vorschlag der GKV-SV/KBV übernehmen

Unter (5) Vorschlag der GKV-SV/KBV übernehmen

§4 Unter (1) keine Übernahme des Vorschlages der PatV

Unter (2) Unterpunkt 4 Übernahme des Vorschlages der KBV/DKG/PatV

Unter (3) Übernahme des Vorschlages der GKV-SV/DKG/PatV

Keine Übernahme von Unterpunkt (4)

§5 Unterpunkt 1 (1d): Keine Übernahme bzw. Spezifizierung von Symptomen, (2b): Keine Übernahme des Vorschlags von GKV-SV, (3) Übernahme des Vorschlages von GKV-SV/DKG/PatV

(11): Übernahme des Vorschlages von KBV/DKG/PatV, (12) Übernahme des Vorschlages von DKG/PatV

Unterpunkt (4): Übernahme des Vorschlags der GKV-SV/KBV/PatV

§6 (1), Unterpunkt (4) Übernahme des Vorschlages der KBV/DKG/PatV, Unterpunkt (9) Übernahme des Vorschlages der KBV/PatV

§6 (2), Übernahme des Vorschlages der KBV/DKG/PatV

§6 (3) Übernahme des Vorschlags der KBV

§6 (4) Übernahme des Vorschlags der KBV/GKV-SV

§6 (5) Keine Übernahme des Vorschlages der KBV/DKG/PatV

§7 (3) Übernahme des Vorschlags von DKG/PatV

§7 (7) Übernahme des Vorschlags der GKV-SV

§7 (8) Übernahme des Vorschlags der GKV-SV/PatV/KBV

§8 (1) Übernahme des Vorschlages der PatV (Leistungserbringung, die auch über Telemedizin abrechenbar sein muss)

§8 (2) Übernahme des Vorschlages der DKG/PatV

§9: Übernahme des Vorschlages der GKV-SV/KBV/DKG

Zusammenfassung:

Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme für die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). Aus unserer Sicht ist es wichtig zu betonen, dass die Versorgung der betroffenen Patient:innen strukturiert und unter Berücksichtigung sinnvoller diagnostischer Prozeduren und evidenzbasierter Behandlungsstrategien durchgeführt wird. Dennoch sollte die Richtlinie realistische, in die Gesundheitsversorgungsrealität überführbare Vorschläge beinhalten. Die Option einer telemedizinischen Mitbehandlung und der damit verbundenen Vergütung halten wir für sinnvoll, da eine flächendeckende Expertise nicht umsetzbar erscheint.

**Stellungnahme zu spezifischen Aspekten**

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
	Stellungnahme mit Begründung:  Änderungsvorschlag:
	Stellungnahme mit Begründung:  Änderungsvorschlag:

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

**Literaturverzeichnis**



**BfDI**

Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss Post-Covid und Erkrankun-  
gen mit ähnlicher Symptomatik

nur per E-Mail  
Post-Covid@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1318

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herrn Lenz

INTERNET [www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de)

DATUM Bonn, 27.10.2023

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1348

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen  
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **Erstfassung der PostCOV-RL**

Sehr geehrte Frau Starke,  
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Abs. 5a SGB V.

Der Beschlussentwurf zur Erstfassung der postCOV-RL regelt Datenverarbeitungen und setzt ebenso verschiedene Verarbeitungen personenbezogener Daten voraus.

Die vorgesehene Koordination und die Formen des Zusammenwirkens der Leistungserbringer (vgl. insbesondere nach § 5 Abs. 1 Nrn 6, 9, 10 und 11; § 6 Abs. 1 Nrn 6 und 7; Abs. 2, Abs. 3 sowie § 7 Nrn 1, 4 und 7) führen dazu, dass Datenverarbeitungen erforderlich sein werden, welche sich in Umfang und Art von denen einer Behandlung durch einen einzelnen Leistungserbringer unterscheiden.

Die Datenverarbeitungen, welche der Beschlussentwurf vorsieht, haben in der Regel auf Basis einer Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO zu erfolgen. Die versicherten Personen haben diese ausdrücklich, freiwillig und insbesondere in informierter Weise zu erteilen. Daher weise ich besonders auf Art. 13 DSGVO und die dort genannten essentiellen Inhalte einer datenschutzkonformen Informationserteilung hin. Die Leistungserbringer haben entsprechend zu prüfen, ob die Ihnen erklärten Einwilligungen die in der Richtlinie genannten Datenverarbeitungen mit umfassen oder aber aufgrund von Richtlinieninhalten wie Erstellung eines leistungserbringerübergreifenden Behandlungsplans, Durchführung von Konsilen u.ä. zu ergänzen sind.





**BfDI**

Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

Seite 2 von 2

Bei der Ausgestaltung des zunächst zurückgestellten Evaluierungsprozesses stehe ich gerne bereits im Rahmen meiner Beratungsaufgabe zur Verfügung und bitte, mich frühzeitig und in angemessener Weise einzubinden.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Lenz

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.



## Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen	von Post-COVID (postCOV-RL)	von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS alternativ: von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS

Datum	<b>18.10.2023</b>
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

## Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

### Allgemeine Anmerkung

Das Post-Covid-Syndrom (PCS) darf nicht mit ME/CFS gleichgesetzt werden. Vielmehr erfüllt nur ein kleiner Teil der von PCS Betroffenen die ME/CFS-Kriterien. PCS umfasst viele Symptome, eine dominierende Fokussierung auf die Fatigue und hier auch noch auf die Untergruppe derer mit PEM und/oder POTS negiert viele andere Symptome sowie Betroffene. Eine strukturierte Behandlung sollte nicht bei der Definition des Long Covid beginnen, sondern erst mit Erfüllen der Kriterien eines Post-Covid-Syndroms (PCS), d.h. frühestens 12 Wochen nach der SARS-CoV 2 Infektion. Eine frühzeitige Diagnostik, Koordination und „Therapie“ ist angesichts der hohen spontanen Besserungen/Heilungen sowie angesichts des eingeschränkten Leistungsbringerangebots nicht sinnvoll. Bisher gibt es auch keine hinreichend sichere Prädiktion für diejenigen Patienten, die einen langfristigen Verlauf haben werden.

Kinder und Jugendliche sind eine ganz besonders vulnerable Gruppe, die besonders betrachtet werden sollte, allerdings würden wir dafür plädieren, dass auch ein Fokus auf andere Gruppen, die eine Fremdanamnese/Betreuung brauchen (z.B. geistig Behinderte, Alte und Demente) mit erwähnt werden.

Da nicht überall flächendeckend medizinische Fakultäten in Deutschland existieren möchten wir vorschlagen grundsätzlich statt „Hochschulambulanz“ das Wort Spezialambulanz zu verwenden.

Unnötige Bürokratie ist ebenso wie überzogene Diagnostik und Therapie konsequent zu vermeiden, daraus ergeben sich dann etliche unserer Präferenzen in den Details.

Außerdem sollte die zentrale Koordination durch die hausärztliche Versorgungsebene- optimalerweise mit dem Konzept der hausarztzentrierten Versorgung- erfolgen. Genau dafür ist diese Versorgungsebene konzipiert. Unbedingt müssen Informationsverluste vermieden werden, die im deutschen Versorgungssystem leider erheblich sind.<sup>1</sup>

Wir weisen darauf hin, dass von der angegebenen Literatur - neben einigen Quellen von Behörden oder Anstalten öffentlichen Rechts - auch viele Quellen sind, die in Publikationen ohne „peer review“ Verfahren erschienen sind (MMWR, politischen Teil des Deutschen Ärzteblattes, ...). Dies ist dann mit erheblicher Unsicherheit über die Qualität der Publikation verbunden.

<sup>1</sup> Penm J, MacKinnon NJ, Strakowski SN, Ying J, Doty MM. Minding the gap: factors associated with primary care coordination of adults in 11 countries. Ann Fam Med 2017; 15: 113-119

**Stellungnahme zu spezifischen Aspekten**

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
S. 1	Stellungnahme mit Begründung: Übernahme der Version der KBV Begründung: So werden unnötiger Ressourcenverbrauch und weitere ineffiziente Schnittstellen vermieden (siehe einleitende Bemerkungen zur hausärztlichen Versorgungsebene)
§ 1. (2)	Stellungnahme mit Begründung: jeweils keine Übernahme der weiteren Texte in den Sätzen 1-7 Begründung: Vermeidung unnötiger Bürokratie
§1 (2) 8.	Übernahme der Version der PatV (ohne die letzten Worte: „unter Beachtung der PEM) Begründung: diese Spezifizierung ist sinnvoll
§1	„Die Richtlinie beschreibt hierfür eine strukturierte Patientenversorgung, legt Rahmenbedingungen einer interdisziplinären und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit fest und definiert Anforderungen an die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Vorgaben sollen die Durchführung einer indikationsbezogenen und strukturierten Diagnostik, sowie die Umsetzung der Grundsätze einer biopsychosozialen Behandlung nach aktuellem medizinischen Kenntnisstand sicherstellen.“ Hier Ergänzung durch: „ Eine Interdisziplinäre Versorgung umfasst auch andere Leistungserbringer neben der Medizin wie z.B. Heilmittelerbringer, Sozialstationen, ambulante und stationäre Pflege, Apotheken und Sanitätshäuser.“ Begründung: diese Akteure werden häufig vergessen und unzureichend eingebunden, sie sind aber essentiell
§2 (1)	Einleitung: nur PCS einschließen, nicht alle, die seit 4 Wochen symptomatisch sind (Begründung siehe allgemeine Ausführungen oben) Übernahme KBV Begründung: ist pragmatisch und trifft die zu adressierende Gruppe am besten

§2 (2)	<p>„Die Diagnosestellung erfolgt leitlinienbasiert auf Basis einer symptomorientierten differenzialdiagnostischen Abklärung oder als Ausschlussdiagnose.“ Ergänzung durch: „Die Diagnostik erfolgt symptomorientiert und soweit verfügbar anhand aktuell gültiger AWMF-Leitlinien, insbesondere S3-Leitlinie Müdigkeit <sup>2</sup> bei Fatigue-Symptomatik und Post-Long-Covid-Leitlinie<sup>3</sup> bei weiteren Symptomen.“</p> <p>Danach keine Übernahme (wie von KBV empfohlen)</p> <p>Begründung: Hier sind evidenz- und national konsensbasiert die adäquaten diagnostischen Empfehlungen dargestellt. Darüber hinaus gehende Diagnostik ist in der Regel problematisch und kontraproduktiv bzw. Forschungsprojekten vorbehalten</p>
§2 (3)	<p>Übernahme von GKV</p> <p>Begründung: ist schlüssig</p>
§3 (1)	<p>Keine Krankenhäuser wie von der DKV gefordert.</p> <p>Begründung: die Versorgung soll wenn immer möglich im ambulanten Bereich erfolgen (allgemeine GKV-Vorgabe). Daraus ergeben sich auch die weiteren Einschätzungen/Präferenzen</p>
§3 (2)	<p>Warum soll auch im hausärztlichen Bereich eine Telemedizin bereitgestellt werden müssen, wenn dort statt dessen Hausbesuche angeboten werden?</p> <p>Eine gesonderte Fortbildungspflicht ist nicht evidenzbasiert. Es besteht die allgemeine Fortbildungspflicht und der Hinweis auf interdisziplinären Austausch</p>
§3 (3)	<p>Übernahme KBV</p> <p>Begründung: ist die am besten passende Beschreibung</p>

<sup>2</sup> <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-002>

<sup>3</sup> <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-027>

§3 (4)	<p>Übernahme KBV</p> <p>Begründung s.o.</p>
§3 (4) 1.	<p>„ein dem Fachgebiet entsprechendes umfassendes Angebot einer ambulanten, fachärztlichen Versorgung der Fachgebiete Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Pneumologie“ Eine Einschränkung auf diese Fächer halten wir nicht für sinnvoll, da ggf. auch PCS Symptome anderer Fachbereiche wie z.B. Dermatologie, HNO, Psychiatrie ... notwendig und sinnvoll sein können.</p> <p>Wenn eine interdisziplinäre Diagnostik verlangt wird, sollte auch klar sein, dass wir bisher keine spezifischen diagnostischen Tools haben und insbesondere Überdiagnostik und nicht evidenzbasierte Therapie zu vermeiden sind</p> <p>ansonsten Übernahme der KBV</p>
§3 (4) 5.	<p>Forschung ist sehr wünschenswert aber nicht zwingend in jeder Spezialambulanz notwendig.</p> <p>Begründung: Es sollte aber die Möglichkeit bestehen, Betroffene in multizentrische Studien mit externer Koordination einzubringen</p>
§3 (5)	<p>GKV übernehmen</p> <p>Begründung: ist sachgerecht und realisierbar</p>
§4 (1)	<p>PatV übernehmen</p> <p>Begründung: wir haben schließlich freie Arztwahl als Grundsatz</p>
§4.2 (3)	<p>Übernahme der KBV Empfehlungen, insbesondere soll ein Behandlungsplan nicht zwingend sondern nur bei Bedarf erstellt werden. (Unterpunkt 11 könnte noch durch andere Leistungserbringer wie z.B. Sozialarbeiter, Pflegedienste, Pflegeeinrichtung, Sanitätshaus, ... ergänzt werden).</p> <p>Begründung: Vermeidung unnötiger Bürokratie, Optimierung interdisziplinäre Kooperation</p>

§4.2 (4)	Übernahme KBV/DKG/PatV Begründung: das bio-psycho-soziale Modell ist gute klinische Praxis und insbesondere bei PCS essentiell
§4.2 (5)	Zustimmung zu Unterstützung bei Terminvermittlung (KBV/GKV) Begründung: ist oft notwendig
§4.2 (11)	Benennung sonstiger Einrichtungen und Organisationen ist sinnvoll (KBV)
§4.3	Unterstützung KBV Begründung: Prinzip der Datensparsamkeit
§4.4	Ablehnung GKV-Vorschlag: nicht nötig, so lange es in hausärztlicher Hand bleibt. Aufwändigeres ist unter SAPV beschrieben
§5 grundsätzlich	Hausärzte sollten in aller Regel die Koordinierenden und Gatekeeper sein. Begründung: Siehe auch Begründung in der Einleitung
§5 (1) 1 a	Ergänzung durch „sowie Personen mit stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit oder kognitiver Funktion“. Begründung: Auch diese bedürfen analoger Unterstützung

§5 (1) 1. d	Übernahme KBV aber das erste Wort „strukturiert“ streichen. Dabei helfen kann die oben zitierte Leitlinie „Müdigkeit“, insbesondere der dort hinterlegte Fragebogen zur Anamnese. §5 Absatz1: Vorschläge der Pat.V.: Zu konkrete Angaben, was alles erfolgen muss sind abzulehnen, insb. müssen eingesetzte Scores extern validiert sein. Viele der geforderten Dokumentationen und Diagnostik passt erneut wenn überhaupt auf die ME/CFS aber nicht auf die anderen Symptome des PCS außer bei Erfüllen der ME/CF-Kriterien.
§5 (1) 2. b	Keine Übernahme der KBV (ist bereits weiter oben hinreichend beschrieben) Ergänzung durch GKV sinnvoll Begründung: ist bereits weiter oben hinreichend beschrieben
§5 (1) 3.	Übernahme GKV/DKG/PatV Begründung: Spezifizierungen sind hier sinnvoll
§5 (1) 4-10	Ergänzungen der KBV oder GKV sinnvoll außer unter 4. dies von der KBV aus unserer Sicht zu streichen Begründung: diese Vorgaben gelten ohnehin
§5 (1) 11  12	Übernahme KBV Begründung: Konsile... sind wichtig und sollten explizit genannt werden  Keine explizite Nennung erforderlich (entspr. GKV/KBV)
§5 (1) 13	Übernahme GKV Begründung: Öffnungsklausel ist hier sinnvoll
§5 (2)	Keine Übernahme GKV Begründung: Nach Auffassung der DEGAM sollten nur PCS eingeschlossen werden



§5 (3)	Alle Übernahmen der GKV Begründung: beschreibt Überweisungsprocedere am besten
§5 (4)	Übernahme GKV (Begründung s.unter 3.). Zusätzlich: es sollte die soziale Komponente mit berücksichtigt werden: Wenn eine Erwerbs-/Schulunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit droht. Manchmal ist das PCS der letzte Tropfen. Es ist selber gar nicht so gravierend dann aber doch z.B. mit den Vorerkrankungen zusammen.
§6 (1) 1-3	Übernahme KBV außer 2. „Basisassesment“ Begründung: Letzteres kann auch ohne Überweisung durchgeführt werden
§6 (1) 4	GKV Übernahme Begründung: folgt am ehesten dem Prinzip der Datensparsamkeit
§6 (1) 5-8	Jeweils KBV Übernahmen Begründung: Spezifizierungen sind sinnvoll
§6 (1) 9	GKV Übernahme Begründung: keine zusätzliche Bürokratie
§6 (1) 10	Keine Übernahme der GKV Begründung: keine zusätzliche Bürokratie

§6 (1) 11	Übernahme GKV Begründung: Spezifizierung ist sinnvoll
§6 (2)	Übernahme KBV Begründung: nicht unnötig verkomplizieren
&6 (2) 2.-3.	Übernahme GKV Begründung: nicht unnötig verkomplizieren
§6 (3) – (5)	Übernahme GKV Begründung: nicht unnötig verkomplizieren
§7 1-6	Übernahme KBV Begründung: nicht unnötig verkomplizieren
§7 7-8	Übernahme GKV Begründung: nicht unnötig verkomplizieren Transparenz ist wichtig
§8 (1)	Übernahme GKV, Eine Fixierung auf die Symptome des PEM (wie von den PatV gefordert mag im Einzelfall sinnvoll sein, generell aber nicht sinnvoll bei einem Großteil der PCS Patienten. Begründung: Siehe Einleitung

§8 (2)	Übernahme GKV Begründung: nicht unnötig verkomplizieren
§9	Übernahme PatV mit Überprüfung spätestens nach 5 Jahren

### Literaturverzeichnis

**Aktuelle Inzidenzdaten aus Schweden: Hedberg P, Nauc ler P. Post COVID-19 condition after SARS-CoV-2 infections during the omicron surge compared with the delta, alpha, and wild-type periods in Stockholm, Sweden. J Infect Dis. 2023 Sep 4;jiad382. doi: 10.1093/infdis/jiad382. Epub ahead of print. PMID: 37665981.**

**Aktuelle Daten zu vorherrschenden Symptomen nach einer „leichten“ Covid-19 Infektion: Mizrahi B, Sudry T, Flaks-Manov N, Yehezkeli Y, Kalkstein N, Akiva P et al. Long covid outcomes at one year after mild SARS-CoV-2 infection: nationwide cohort study BMJ 2023 380 :e072529 doi:10.1136/bmj-2022-072529**

Zum Thema POTS: Espinosa-Gonzalez A B, Master H, Gall N, Halpin S, Rogers N, Greenhalgh T et al. Orthostatic tachycardia after covid-19 BMJ 2023; 380 :e073488 doi:10.1136/bmj-2022-073488



## Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen	von Post-COVID (postCOV-RL)	von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS alternativ: von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS

Datum	<b>30.10.2023</b>
Stellungnahme von	Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

## Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

### **Koordination der Behandlung durch Fachärzt\*innen**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hält es für sinnvoll, dass die Koordination der Behandlung gemäß der Richtlinie grundsätzlich auch bei einer Fachärzt\*in liegen kann und schließt sich hier den Positionen der KBV an. Die Koordination der Behandlung ausschließlich durch Hausärzt\*innen verkennt, dass viele Patient\*innen keine Hausärzt\*in (mehr) haben oder direkt eine Fachärzt\*in aufsuchen, und würde den Zugang zur Versorgung im Sinne dieser Richtlinie deshalb unnötig einschränken.

## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
§ 1 Absatz 2	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Es handelt sich bei Long-COVID und ME/CFS um Krankheitsbilder, bei denen noch Unsicherheiten über wirksame Behandlungsmethoden bestehen. Daher ist ausreichend Flexibilität in der Versorgungsgestaltung notwendig. Dazu gehört auch, dass je nach individueller Situation der Patient*in der Zugang zur und die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung bei Bedarf neben der hausärztlichen auch über die fachärztliche Versorgung abgedeckt werden kann. Hinzu kommt, dass keine ausreichend validen und reliablen Instrumente vorliegen, die eine systematische Einteilung von Schweregraden zu Versorgungsebenen ermöglichen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p>Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen</p>
§ 2 Absatz 1 Definition der Patientengruppe	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Die BpTK schließt sich ausdrücklich den Ausführungen der PatV in den Tragenden Gründen zur Definition der Patientengruppe, die gemäß dieser Richtlinie versorgt werden soll, an. Der Einschluss von Patient*innen in die Versorgung nach dieser Richtlinie soll ausdrücklich auch erfolgen, wenn diese vergleichbare Symptome und Beeinträchtigungen zeigen wie Post-COVID-Patient*innen, ohne dass die Ursache eindeutig auf eine COVID-Infektion zurückzuführen ist. Die Schwere der Symptomatik und die noch unzureichende Versorgung dieser Patientengruppe rechtfertigen einen breiten Zugang zu dieser berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung.</p>
§ 1 Absatz 2 Nummer 2	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Eine starre Zuordnung von Schweregraden zu Versorgungsstrukturen ist fachlich nicht begründbar und wird der Komplexität der Versorgungsrealität nicht gerecht.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p>Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen</p>
§ 2 Absatz 3	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Durch die Teilnahme an einer Studie zu Post-COVID kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass der gesamte Versorgungsbedarf durch die Teilnahme abgedeckt ist, beispielsweise bei der Teilnahme an</p>

	<p>einer reinen Medikamentenstudie. Zudem wird in der Einverständniserklärung zur Teilnahme an klinischen Studien üblicherweise ausdrücklich festgehalten, dass die Studienteilnahme keine Auswirkungen auf den Zugang und die Behandlung in der Regelversorgung hat. Studienpatient*innen deshalb grundsätzlich von der Teilnahme an einer Versorgung nach dieser Richtlinie auszuschließen ist nicht sachgerecht.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen</p>
§ 3 Absatz 2	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die BPtK schließt sich der Position von GKV-SV/KBV/PatV an, die ausdrücklich keine weiteren Kriterien für die vertragsärztlichen Leistungserbringer*innen nach § 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V zur Teilnahme an der Versorgung gemäß dieser Richtlinie festlegen. Der breite Zugang zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie sollte nicht über die Formulierung zusätzlicher Kriterien erschwert bzw. beschnitten werden, insbesondere da die Hausärzt*innen in der Regel die ersten Ansprechpartner*innen für Patient*innen mit einem Post-COVID-Syndrom sind.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen</p>
§ 3 Absatz 3 (Nennung der Neuropsycholog*innen)	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Kognitive Beeinträchtigungen und Defizite gehören zu den zentralen Symptomen des Post-COVID-Syndroms. In einer Metaanalyse zeigten 22 % der Personen zwölf oder mehr Wochen nach der COVID-19-Diagnose kognitive Beeinträchtigungen (Ceban F, Ling S, Lui LMW et al.: Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun 2022; 101: 93–135, in: Deutsches Ärzteblatt   14. Oktober 2022   DOI: 10.3238/arztebl.2022.Stellungnahme_PCS). Die ausdrückliche Nennung der Neuropsycholog*innen, wie von der KBV vorgeschlagen, ist deshalb sachgerecht und eine sinnvolle Klarstellung.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Da Neuropsycholog*innen in der vertragsärztlichen Versorgung als Psychologische Psychotherapeut*innen arbeiten, schlagen wir folgende redaktionelle Änderung in § 3 Absatz 3, Satz 2 vor:</p>

	<p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p><i><b>Psychologische</b> Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten [KBV vom 19.09.2023: (einschließlich <del>Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit einer Qualifikation</del> <b>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Neuropsychologische Therapie</b> nach Anlage I Nr. 19 § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung erbringen: <del>Neuropsychologische Therapie</del>)] sind dieser Versorgungsebene zuzuordnen.</i></p>
<p>§ 3 Absatz 3 (Anforderungen zur Teilnahme von Einrichtungen)</p>	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Es bedarf keiner weiteren Vorgaben zur Erreichbarkeit für die fachärztliche Versorgung, vielmehr würden dadurch unnötige Hürden zur Teilnahme an der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung aufgebaut.</p> <p>Eine Teilnahme von Einrichtungen, die auf Grundlage von § 140a SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmen, erscheint nicht sachgerecht für den langfristigen, flächendeckenden Aufbau von Versorgungsstrukturen zur Versorgung von Patient*innen mit Long-COVID. Die BPTK lehnt vor diesem Hintergrund die Position der DKG ab.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p>Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen</p>
<p>§ 3 Absatz 4</p>	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Bei der Definition der Kriterien zur Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Versorgung ist aktuell ausgehend vom Vorschlag von GKV-SV/KBV nur das Angebot einer neuropsychologischen Diagnostik vorgesehen.</p> <p>Eine Teilnahme von Einrichtungen, die auf Grundlage von § 140a SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmen, erscheint nicht sachgerecht für den langfristigen, flächendeckenden Aufbau von Versorgungsstrukturen zur Versorgung von Patient*innen mit Long-COVID. Die BPTK lehnt vor diesem Hintergrund die Position der DKG diesbezüglich ab.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p>Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen sowie folgender Änderungsvorschlag ausgehend vom Regelungsvorschlag von GKV-SV/KBV:</p> <p><i>(...) 2. Das Angebot einer psychotherapeutischen Versorgung oder neuropsychologischen Diagnostik <b>und Therapie</b>, (...)</i></p>



<p>§ 4 Absatz 2 Nummer 13</p>	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Da Patient*innen mit Post-COVID auch von Arbeits- oder Schulunfähigkeit betroffen sein können, sollte nicht nur der Erhalt, sondern auch die Wiederherstellung dieser im Behandlungsplan adressiert werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> <i>13. die bedarfsgerechte Begleitung eines unterstützenden Selbstmanagements sowie Information über Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, zur Krankheitsbewältigung und Erhalt <b>bzw. Wiederherstellung</b> der Arbeits- oder Schulfähigkeit.</i></p>
<p>§ 4 Absatz 4</p>	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag des GKV-SV, dass pro Quartal mindestens zwei Leistungserbringer*innen unterschiedlicher Disziplinen an der Versorgung beteiligt sein müssen, um eine Behandlung im Rahmen dieser Richtlinie in Anspruch zu nehmen, entspricht nicht der Komplexität der Versorgungsrealität. Eine langfristig angelegte Behandlung kann auch beinhalten, dass einzelne Leistungserbringer*innen innerhalb eines Quartals nicht aufgesucht werden. Vor diesem Hintergrund lehnt die BpTK den Vorschlag des GKV-SV ab.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der Position von KBV/DKG/PatV</p>
<p>§ 7 Nummer 7</p>	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Um die Kooperation zwischen teilweise hochspezialisierten Einrichtungen und einzelnen Leistungserbringer*innen zu erleichtern, sollten bei Bedarf auch Konsile und Fallbesprechungen unter Nutzung bestehender telemedizinischer Möglichkeiten durchgeführt werden können.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen</p>

### Literaturverzeichnis

Deutsches Ärzteblatt, 14. Oktober 2022, DOI: 10.3238/arztebl.2022.Stellungnahme\_PCS, Link:

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Themen/Medizin\\_und\\_Ethik/BAEK\\_Stellungnahme\\_Post-COVID-Syndrom\\_ONLINE.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/BAEK_Stellungnahme_Post-COVID-Syndrom_ONLINE.pdf)



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum  
Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie  
über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und  
strukturierte Versorgung**

<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>KBV</b>	<b>PatV</b>
<b>für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen</b>	<b>von Post-COVID (postCOV-RL)</b>	<b>von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS</b> alternativ: <b>von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>

Datum	[27.10.2023]
Stellungnahme von	[Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)]

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten - Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID**

Allgemeine Anmerkung
<p>Ein erheblicher Teil der an Covid-19 erkrankten Menschen leidet auch Wochen bis Monate nach Abklingen der akuten Infektion noch unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Dieser Zustand, bei dem Erschöpfung („Fatigue“), neurokognitive und kardiopulmonale Symptome im Vordergrund stehen, wird bei Fortbestehen über mehr als vier Wochen als Long-COVID und ab mehr als 12 Wochen nach Infektion als Post-COVID-Syndrom (PCS) bezeichnet [1].</p> <p>Bevölkerungsbasierte Studien schätzen die Prävalenz des PCS auf etwa 6 bis 15 % der COVID-19-Erkrankten [2-4], wobei der Anteil der PCS-Betroffenen, die nach einem Jahr noch Beschwerden haben, wiederum auf etwa 15 % geschätzt wird [3]. Folglich kann für Deutschland derzeit mit um die 1 Millionen Betroffenen gerechnet werden. Das PCS umfasst ein breites Krankheitsspektrum, wobei ein Teil der Betroffenen mit dem Vollbild von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS) einen schwereren und eher chronischen Verlaufstyp zeigt [5]. Das PCS tritt in allen Altersgruppen und nach allen Schweregraden der Akuterkrankung auf. Der überwiegende Anteil Betroffener ist jedoch mittleren Alters (zwischen Mitte 30 und 50 Jahren) und hat einen milden Akutverlauf durchgemacht, d.h. eine Akuterkrankung, die keine Krankenhausbehandlung nötig machte. Inzwischen sind eine Reihe von Risikofaktoren für das Auftreten eines PCS bekannt [6], u.a. eine vorbestehende Schlafstörung [7], wobei etwa ein Drittel der Betroffenen keine nennenswerte Vorerkrankung aufweist [8].</p> <p>Verschiedene Krankheitsmechanismen werden für das PCS diskutiert (für eine Übersicht siehe [9]: Dazu zählen eine durch die Infektion verursachte chronische (Hyper-)inflammation, Persistenz von Viren oder Virusbestandteilen, eine vermehrte Produktion autoreaktiver Antikörper, sowie eine entzündlich getriggerte endotheliale Dysfunktion und post-virale Koagulopathie mit konsekutiver Gewebe-Perfusionsstörung und Störung der zellulären Energiebereitstellung. Ein chronisch dysreguliertes Immunsystem ist folglich ein zentraler Aspekt pathophysiologischer Konzepte zum PCS. Da zwischen Schlaf und Immunfunktionen ein bidirektionaler Zusammenhang besteht, geht einerseits ein systemisches Entzündungsgeschehen typischerweise mit Schlafveränderungen einher, und kann andererseits gestörter Schlaf das Krankheitsgeschehen mit aufrecht erhalten, da wichtige Immunfunktionen einer schlafabhängigen Regulation unterliegen [10].</p> <p>Neben dem mit Abstand häufigsten Symptom Fatigue und den ebenfalls sehr häufigen kognitiven Beschwerden gehören Schlafstörungen und Tagesmüdigkeit zu den häufigsten Symptomen eines PCS [11]. Nicht-erholsamer Schlaf geht oft mit Tagesmüdigkeit einher, was wiederum zu Fatigue und kognitiven Störungen beitragen kann. Gestörter Schlaf stellt zudem einen Risikofaktor für affektive Komorbidität dar [12, 13]. Aus diesen Gründen sowie angesichts der Bedeutung des Schlafs für die immunologische Balance sollte die Symptom-orientierte Behandlung des PCS auch die Therapie von Schlafstörungen umfassen, was auch der Empfehlung der S1-Leitlinie [14] entspricht. Da die im Rahmen</p>

des PCS auftretenden Schlafstörungen heterogener Natur sind und ein breites Spektrum von Insomnie über schlafbezogene Atmungsstörungen bis hin zu zentralnervösen Hypersomnien umfassen [15], kann dies eine schlafmedizinische Diagnostik als Basis für eine spezifische Therapie der Schlafstörungen notwendig machen.

**Stellungnahme zu spezifischen Aspekten**

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p><u>Schlafstörung als Risikofaktor für die Entwicklung eines Post-COVID-Syndroms</u></p> <p>Eine vorbestehende Schlafstörung stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung eines PCS dar. So konnten Daten einer Baden-Württembergischen Bevölkerungs-basierten Studie mit 11.710 Teilnehmern mit gesicherter SARS-CoV-2-Infektion zeigen, dass eine zum Zeitpunkt der Infektion vorbestehende Schlafstörung das Risiko, ein PCS zu entwickeln, um den Faktor 2,7 steigerte [7]. Der Zusammenhang zwischen gestörtem oder unzureichendem Schlaf und dem PCS-Erkrankungsrisiko konnte in mehreren weiteren Studien bestätigt werden [16-18]. Dies zeigt, dass gesunder Schlaf für eine erfolgreiche Auseinandersetzung des Körpers mit der SARS-CoV-2-Infektion wichtig ist. Zu möglichen schlafbezogenen Mechanismen gehören sowohl systemische als auch zerebrale immunologische Prozesse [19, 20].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Aufgrund der Bedeutung von Schlafstörungen als Risikofaktor für Entwicklung eines post-infektiösen Syndroms wie des PCS ist es primärpräventiv wichtig, das Thema Schlaf in der Gesundheitsversorgung verstärkt wahrzunehmen und Maßnahmen, die die Schlafgesundheit fördern, flächendeckend einzusetzen. <b>Zur Förderung der Wahrnehmung schlafbezogener Morbidität empfiehlt sich ein breiter Einsatz etablierter schlafbezogener Fragebogen-Instrumente in der hausärztlichen Versorgung. Hier eignen sich z.B. der Insomnia Severity Index (ISI) und die Epworth Sleepiness Scale (ESS), die als kurze Patienten-Fragebögen mit sehr geringem Zeitaufwand verbunden sind.</b></p>

**Kommentiert [NG1]:** Können wir hier einen Fragebogen nennen, der von den Hausärzten flächendeckend genutzt werden kann.

**Kommentiert [CS2R1]:** Gute Idee, siehe in gelb.

Sind Lizenzgebühren zu beachten? Sollten wir dazu ggf. etwas fordern?

	<p>Bei Hinweisen auf Schlafstörungen sollte je nach Beschwerdekongstellatlon sich entweder weitere Diagnostik (ambulante Polygraphie, neuropsychiatrische Mitbehandlung oder Überweisung an ein schlafmedizinisches Zentrum) anschließen oder direkt eine Insomnie-Therapie eingeleitet werden. Leitliniengemäß besteht die Insomnie-Therapie der ersten Wahl in einer Kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I). Trotz sehr guter Studienlage zur KVT-I ist deren Verfügbarkeit wegen knapper Ressourcen an KVT-I anbietenden Psychotherapeuten erheblich eingeschränkt. Hier kann kurzfristig der Einsatz von DiGAs helfen. Diese sind z.T. bereits als Krankenkassenleistung verfügbar. Eine Ausweitung des diesbezüglichen Angebots, z.B. auf Angebote mit unterschiedlicher Therapeutenbeteiligung, ist wünschenswert. Mittelfristig sollte <del>Dies erfordert mittelfristig</del> eine stärkere Verankerung schlafbezogener Inhalte in der Ausbildung von Ärzten und Psychotherapeuten <u>zu einem breiteren Angebot von KVT-I beitragen</u>. <del>Kurzfristig wirksam wäre eine stärkere Kommunikation der gesundheitlichen Bedeutung von Schlaf verbunden mit einer besseren Zugänglichkeit spezifischer Therapieangebote, insbesondere der bisher sehr knappen Ressource kognitiver Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I).</del></p>
	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p><u>Schlafstörung als Symptom eines Post-COVID-Syndroms</u></p> <p>Etwa 30 bis 50 % der PCS-Betroffenen berichten über fortdauernde Schlafstörungen [21]. Daten einer laufenden Studie und einer publizierten prospektiven Kohorte zu Schlaf-Phänotypen bei PCS [15] zeigen, dass das Spektrum an Schlafstörungen von insomnischen Störungen (größter Anteil) über schlafbezogene Atmungsstörungen (etwa 1/3 der schlafbezogenen Diagnosen) bis hin zu zentralnervösen Hypersomnien (erhöhtes Schlafbedürfnis/Tagesschläfrigkeit trotz guten und ausreichenden Nachtschlafs) reicht. Für alle drei Konstellationen stehen wirksame Behandlungsmethoden zur Verfügung. Die hohe Prävalenz von Schlafstörungen im Rahmen des PCS, deren Wechselwirkungen mit den zentralen Beschwerden des PCS, sowie die heterogene Natur der Schlafstörungen unterstreichen, wie wichtig deren differenzierte Erfassung als Basis für eine gezielte Behandlung ist. Dabei ist eine spezifische Behandlung sowohl für das Wohlbefinden als auch für eine optimale Weichenstellung für die Genesung wichtig.</p> <p>Dem Hausarzt als in der Regel primärem Ansprechpartner kommt die Rolle zu, den Beschwerdekongplex Schlafstörung gezielt zu eruieren und ggf. weitere Diagnostik einzuleiten. Aufgrund des hohen Anteils schlafbezogener Atmungsstörungen innerhalb des</p>

**Kommentiert [NG3]:** Die Aussage ist vollkommen richtig, aber hilft diese Vorderung an dieser Stelle? Ich befürchte nein. Können DiGAs für Insomnie helfen? Soll man eine besondere Patientenversorgung z.B. über die Terminvermittlungsstellen der KV fordern?

**Kommentiert [CS4R3]:** DiGAs hier zu erwähnen ist sicher sehr sinnvoll, siehe Ergänzungen/Änderungen in gelb. Zur Versorgung über Terminvermittlungsstellen: Da es an Anbietern von KVT-I mangelt, können Terminvermittlungsstellen vermutlich auch nicht viel Abhilfe schaffen.

Ihre Anregung zu Maßnahmen einer besonderen Patientenversorgung habe ich im nächsten Absatz zur Behandlung von PCS-Patienten aufgegriffen. Da es in diesem Absatz um Primärprävention in der Normalbevölkerung geht, sind m.E. hier auch mittelfristig greifende Ansätze passend.

Spektrums schlafbezogener Morbidität im Rahmen der PCS sollte niederschwellig eine ambulante Polygraphie erfolgen. Da eine solche von einer Vielzahl niedergelassener Fachärzte angeboten wird, sollte dies durch die gegebenen Versorgungsstrukturen gut abzubilden sein. Sollten sich bei dieser Diagnostik Hinweise auf ein behandlungsbedürftiges Schlafapnoesyndrom ergeben, wäre eine weitere Diagnostik und ggf. Behandlungseinleitung in einem schlafmedizinischen Zentrum nötig. Gleiches gilt, wenn sich klinisch-anamnestisch in Form vermehrter Tagesschläfrigkeit oder verlängerten Schlafbedarfs Hinweise auf eine zentralnervöse Hypersomnie ergeben. Die Differenzialdiagnostik einer solchen Hypersomnie erfordert die Überweisung an ein schlafmedizinisches Zentrum, von dem dann ggf. auch eine spezifische Therapie eingeleitet würde. Die Therapie einer Hypersomnie ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Alltagsleistungsfähigkeit.

Bezüglich der Therapie insomnischer Störungen im Rahmen des PCS ist derzeit noch unklar, ob die Empfehlungen zur Behandlung der nicht-organischen Insomnie mit Insomnie-fokussierter kognitiver Verhaltenstherapie (KVT-I) als erster Wahl auf insomnische Störungen im Rahmen eines PCS übertragbar sind. Hierzu fehlt noch die empirische Evidenz. Vor dem Hintergrund der Rolle von Inflammation im Rahmen der Pathomechanismen des PCS ist zu erwägen, ob eine mehrwöchige Schlafrestriktion als zentrales Element der KVT-I in der besonderen Situation des PCS problematisch sein könnte. Diese Überlegung könnte nahelegen, im Kontext von PCS medikamentösen Therapiestrategien, z.B. mit schlafanstoßenden Antidepressiva oder einem dualen Orexinantagonisten, einen größeren Stellenwert als im Rahmen der Insomnie-Behandlung außerhalb von PCS einzuräumen. Hierzu besteht weiterer Forschungsbedarf.

Änderungsvorschlag:

Die verfügbaren Ressourcen für spezialisierte Diagnostik in einem schlafmedizinischen Zentrum waren bereits prä-pandemisch äußerst knapp, sodass es bei Schlaflabor-Diagnostik regelhaft zu mehrmonatigen Wartezeiten kommt. Um dem im Rahmen von Post-COVID verstärkten Bedarf gerecht zu werden, ist ein Ausbau der bisherigen Ressourcen notwendig. Diese sind nicht zuletzt auch aufgrund einer heterogenen und oft unzureichenden Vergütung von Schlaflabor-Leistungen knapp. Eine besondere Vergütung schlafmedizinischer Leistungen bei PCS-Patienten, z.B. in Form einer Zusatzpauschale, könnte einen kurzfristigen Ausbau personeller und technischer Ressourcen begünstigen, der notwendig ist, 1.) um PCS-Patienten zeitnah versorgen zu können

**Kommentiert [NG5]:** Auch hier besondere Versorgung fordern?

**Kommentiert [CS6R5]:** Ich habe den Eindruck, die ambulante Verfügbarkeit von PG ist nicht knapp, daher ein finanzieller Anreiz nicht nötig. Das Nadelöhr scheint mir eher die Verfügbarkeit von Schlaflabor-Leistungen zu sein, daher unten die Forderung entsprechender Sondervergütung dafür.

**Kommentiert [NG7]:** Die Forderung ist ja ebenfalls nachvollziehbar, scheint mir aber nicht realistisch. Was können wir kurzfristig fordern? Bzw. welche Möglichkeiten können wir anbieten? Besondere Vergütung?

**Kommentiert [CS8R7]:** Gute Idee, siehe in gelb.

**Kommentiert [CS9]:** Das hat auch eine politische Komponente – ein größeres Fass... Inwieweit es opportun ist, dies hier anzusprechen, kann ich schlecht beurteilen. Letztlich ist es aber vielleicht nicht von Nachteil, diesen Anlass zu nutzen, auf Missstände in der Vergütung hinzuweisen, die ja mehrfach Grund von Schließungen neuropsychiatrischer Schlaflabore (Göttingen, Münster...) waren. Aktuell gibt es vermutlich eine größere Handlungsbereitschaft, an Missständen etwas zu ändern.

	<p>und, 2.) ohne dass dies zu Lasten der übrigen Patientengruppen geht.</p> <p>Des Weiteren gibt es Forschungsbedarf 1.) zur Wirksamkeit verschiedener schlafstörungsbezogener Therapieansätze bei insomnischen Beschwerden im Rahmen des PCS und 2.) zu deren Effekt auf die übrige PCS-Symptomatik. Konkrete Handlungsrelevanz hat dies für die Frage der differenziellen Rolle von KVT-I gegenüber pharmakologischer Therapie insomnischer Störungen bei PCS. Studien hierzu fehlen bislang.</p>
--	---

### Literaturverzeichnis

1. World Health, O., *A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus*, 6 October 2021. 2021, World Health Organization: Geneva.
2. Peter, R.S., et al., *Post-acute sequelae of covid-19 six to 12 months after infection: population based study*. *Bmj*, 2022. **379**: p. e071050.
3. Collaborators, G.B.o.D.L.C., *Estimated Global Proportions of Individuals With Persistent Fatigue, Cognitive, and Respiratory Symptom Clusters Following Symptomatic COVID-19 in 2020 and 2021*. *JAMA*, 2022. **328**(16): p. 1604-1615.
4. Thompson, E.J., et al., *Long COVID burden and risk factors in 10 UK longitudinal studies and electronic health records*. *Nature Communications*, 2022. **13**(1): p. 3528.
5. Twomey, R., et al., *Chronic Fatigue and Postexertional Malaise in People Living With Long COVID: An Observational Study*. *Phys Ther*, 2022. **102**(4).
6. Tsampasian, V., et al., *Risk Factors Associated With Post-COVID-19 Condition: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA Intern Med*, 2023. **183**(6): p. 566-580.
7. Schilling, C., et al., *Pre-existing sleep problems as a predictor of post-acute sequelae of COVID-19*. *J Sleep Res*, 2023: p. e13949.
8. Health., F., *Patients diagnosed with post-COVID conditions: an analysis of private healthcare claims using the official ICD-10 diagnostic code*. *FAIR Health*, 2022.
9. Davis, H.E., et al., *Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations*. *Nat Rev Microbiol*, 2023. **21**(3): p. 133-146.
10. Irwin, M.R., *Sleep and inflammation: partners in sickness and in health*. *Nat Rev Immunol*, 2019. **19**(11): p. 702-715.
11. Merikanto, I., et al., *Sleep symptoms are essential features of long-COVID - Comparing healthy controls with COVID-19 cases of different severity in the international COVID sleep study (ICOSS-II)*. *J Sleep Res*, 2023. **32**(1): p. e13754.
12. Harvey, A.G., et al., *Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms*. *Clin Psychol Rev*, 2011. **31**(2): p. 225-35.
13. Hertenstein, E., et al., *Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis*. *Sleep Med Rev*, 2019. **43**: p. 96-105.

14. Koczulla, A.R., et al., *S1-Leitlinie Long-/Post-COVID*. Pneumologie, 2022. **76**(12): p. 855-907.
15. Moura, A.E.F., et al., *Central hypersomnia and chronic insomnia: expanding the spectrum of sleep disorders in long COVID syndrome - a prospective cohort study*. BMC Neurol, 2022. **22**(1): p. 417.
16. Berezin, L., et al., *Habitual short sleepers with pre-existing medical conditions are at higher risk of Long COVID*. J Clin Sleep Med, 2023.
17. H, L.M., et al., *Risk of post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection associated with pre-coronavirus disease obstructive sleep apnea diagnoses: an electronic health record-based analysis from the RECOVER initiative*. Sleep, 2023. **46**(9).
18. Paul, E. and D. Fancourt, *Health behaviours the month prior to COVID-19 infection and the development of self-reported long COVID and specific long COVID symptoms: a longitudinal analysis of 1581 UK adults*. BMC Public Health, 2022. **22**(1): p. 1716.
19. Irwin, M.R., *Sleep and inflammation: partners in sickness and in health*. Nature Reviews Immunology, 2019. **19**(11): p. 702-715.
20. Hurtado-Alvarado, G., et al., *Blood-Brain Barrier Disruption Induced by Chronic Sleep Loss: Low-Grade Inflammation May Be the Link*. J Immunol Res, 2016. **2016**: p. 4576012.
21. Schilling, C., A. Meyer-Lindenberg, and J.I. Schweiger, *[Cognitive disorders and sleep disturbances in long COVID]*. Nervenarzt, 2022. **93**(8): p. 779-787.





## Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen	von Post-COVID (postCOV-RL)	von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS alternativ: von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS

Datum	1. November 2023
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

## Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Als federführende Fachgesellschaft der S1-Leitlinie Long/Post-COVID begrüßt die DGP die Einführung einer Richtlinie zur strukturierten Versorgung von Long-COVID.
Die in unserer Stellungnahme geäußerte Zustimmung bzw. Ablehnung dissenter Positionen des Beschlusses erfolgte nach Beurteilung der aktuellen pneumologisch/internistischen Situation und unter Berücksichtigung der gegebenen realen Versorgungsumstände.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
<p><b>§ 2 Definition der Patientengruppe</b> Absatz (1) Seite 4 2. die nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe einer Infektion mit SARS-CoV-2 Long-COVID ähnliche Symptome aufweisen.</p>	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Keine Unterstützung Position GKV-SV, dass in Fällen von Absatz 1 Nummer 1 diese Symptome oder Beschwerden mit Erkenntnissen zu postinfektiösen Symptomatiken in Verbindung gebracht werden können.</p>
<p><b>§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen</b>  (2) Seite 4  (3) Seite 5f</p>	<p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung DKG, Kriterien für die ärztliche Versorgung sollten aufgenommen werden</p> <p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung der Positionen der DKG hinsichtlich Neuropsychologinnen und Neuropsychologen sowie Teilnahme an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V inkl. der Kriterien zur ärztlichen Versorgung</p>
<p>(4) Seite 6</p>	<p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung Position DKG ...durch weitere ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigte Einrichtungen oder an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen (z.B. auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten nach § 2 spezialisierte interdisziplinäre Versorgungsstrukturen wie Kompetenzzentren und Spezialambulanzen sowie Zusammenschlüsse ermächtigter Fachärztinnen und Fachärzte oder Einrichtungen).</p>
<p>(4) Seite 6f</p>	<p><b>Stellungnahme:</b> von GKV-SV/KBV formulierte Kriterien für an der Versorgung teilnehmende Einrichtungen werden unterstützt</p>

(4) Seite 7	<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Vorschläge der PatV für Anforderungen an Leistungserbringer werden unterstützt</p>
<p><b>§ 4 Behandlungsplan und Koordination der Versorgung</b> (2). Koordination umfasst, Seite 7f</p>	<p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung KBV bei 3. ... die Erstellung eines Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Basis-Assessments nach § 5 Nummer 1 und weiterer Diagnostik mit Behandlungszielen, Angaben zu den nächsten Behandlungsschritten und den geplanten weiteren Maßnahmen, wenn gemäß § 2 Absatz 2 eine Diagnose hinreichend wahrscheinlich ist, ...</p> <p>Unterstützung KBV/DKG/PatV bei 4.</p> <p>Unterstützung KBV/GKV-SV bei 5.</p> <p>Unterstützung GKV-SV/DKG/PatV sowie KBV bei 11: ...die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie sonstige Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner, Einrichtungen und Organisationen] (z.B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen) ...</p>
(3) Seite 8f	<p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung Position GKV-SV/DKG/PatV</p>
(4) Seite 9	<p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung KBV/ DKG/PatV, keine Übernahme GKV-SV</p>
<p><b>§ 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung</b> (1), 1., Seite 9</p>	<p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung GKV-SV, KBV, PatV bei 1., Unterstützung GKV-SV/DKG/PatV bei 1a. Unterstützung KBV/DKG/PatV bei 1d.</p>

2. Seite 9	<p><b>Stellungnahme:</b> Keine Unterstützung KBV und GKV-SV</p>
3. Seite 9	<p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung GKV-SV/DKG/PatV</p>
Seite 10	<p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung KBV bei 4. Unterstützung GKV-SV bei 5. Unterstützung KBV bei 6. <u>Keine</u> Unterstützung KBV bei 8. Unterstützung KBV/DKG/PatV bei 11. Unterstützung DKG/PatV bei 12. Unterstützung GKV-SV bei 13.</p>
(3) Die Überweisung Seite 10	<p><b>Änderungsvorschlag in Anlehnung an GKV-SV/KBV/DKG</b></p> <p>...in die fachärztliche Ebene nach § 3 Absatz 3 ist insbesondere dann in Betracht zu ziehen 1. wenn die Verdachtsdiagnose einer Erkrankung nach § 2 durch das Basis-Assessment nach Absatz 1 Nummer 1 nicht hinreichend bestätigt werden konnte ...</p> <p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung GKV-SV/KBV/PatV bei (4)</p>
<p><b>§ 6 Diagnostik und Behandlung in der fachärztlichen Versorgung</b> Seite 11f.</p>	<p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung KBV/DKG/PatV sowie KBV/PatV bei 2. Unterstützung KBV bei 3. Unterstützung KBV/DKG/PatV bei 4. Unterstützung KBV/DKG/PatV bei 6. Unterstützung KBV bei 7. Unterstützung KBV bei 8. Unterstützung KBV/PatV bei 9. Unterstützung GKV-SV bei 10. Unterstützung GKV-SV bei 11.</p>

	<p><b>Stellungnahme:</b></p> <p>Unterstützung Position KBV/DKG/PatV bei 1.</p> <p>Unterstützung KBV bei 2.:</p> <p>... die Symptomatik, die zu dem Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 geführt hat, weist darauf hin, dass eine Behandlung des Fachgebiets der Fachärztin oder des Facharztes erforderlich sein wird oder...</p> <p>Unterstützung KBV/DKG/PatV bei 3.</p>
(3) Seite 13	<p><b>Stellungnahme:</b></p> <p>Unterstützung DKG/PatV:</p> <p>Sofern erforderlich, veranlasst die Fachärztin oder der Facharzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut die Beteiligung weiterer Fachgebiete bei Bedarf im Austausch oder bei zeitnaher Information im Nachgang.</p> <p>Sowie KBV/PatV:</p> <p>Dieses Vorgehen beinhaltet eine umfassende Erhebung der bisherigen Diagnostik und des Therapieverlaufs ...</p>
(4) Seite 13f	<p><b>Stellungnahme:</b></p> <p>Unterstützung DKG/PatV inklusive letzten Satz PatV</p>
(5) Seite 14	<p><b>Stellungnahme:</b></p> <p>Unterstützung KBV/DKG/PatV</p>
<p><b>§ 7 Diagnostik und Behandlung in der spezialisierten ambulanten Versorgung</b></p> <p><b>S.14f</b></p>	<p><b>Stellungnahme:</b></p> <p>Unterstützung GKV-SV/DKG/PatV bei 2.</p> <p>Unterstützung DKG/PatV bei 3.</p> <p>Unterstützung DKG/PatV bei 4.</p> <p>Unterstützung GKV-SV bei 7.</p> <p>Unterstützung GKV-SV/PatV/KBV bei 8.</p>
<p><b>§ 8 Verordnung weiterer Leistungen</b></p> <p><b>S. 15</b></p>	<p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p>Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz (PEM) auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.</p>

	<b>Stellungnahme:</b> Unterstützung Position PatV bei (1) Unterstützung DKG/PatV bei (2)
<b>§ 9 Evaluation</b> S. 15f	<b>Stellungnahme:</b> Unterstützung Position PatV

### Literaturverzeichnis

S1-Leitlinie Long/ Post-COVID (überarbeitete Fassung wird in Kürze veröffentlicht), Download <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-027> (letzter Zugriff 27. Okt. 2023)



## Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen	von Post-COVID (postCOV-RL)	von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS alternativ: von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS

Datum	01.11.2023
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für ME/CFS

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!



**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**

Allgemeine Anmerkung

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
Titel	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der PatV an. Titel der Versorgungsrichtlinie sollte sein:</p> <p>„... von Long/Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS“.</p> <p>Wie von auch den unparteiischen Mitgliedern des G-BA am 08.11.2022 empfohlen, sollte sich die Richtlinie nicht auf die Ursache einer COVID-Infektion beschränken, sondern für alle mit ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen gelten. ME/CFS tritt u. a. nach EBV [1], Influenza [2], Enteroviren, Sars-CoV-1 [3] und Sars-CoV-2 auf. Eine Versorgung aller Erkrankten, unabhängig vom Auslöser, muss gewährleistet werden. Generell ist für eine medizinische Versorgung nicht der Auslöser ausschlaggebend, sondern die Krankheit (siehe rheumatoide Arthritis (RA), Multiple Sklerose (MS), Migräne etc.).</p> <p>Ausschussdrucksache 20(14)61(15):</p> <p>„...Wie zuletzt auch das Robert Koch Institut berichtet, leidet ein erheblicher Teil der Patientinnen und Patienten infolge Post- bzw. Long-COVID an einem Symptomkomplex, der dem Krankheitsbild für Myalgische Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS) entspricht. Derartige postinfektiöse Syndrome sind bereits nach Infektionen mit anderen Viren beschrieben worden (z. B. Epstein-Barr-Virus (EBV), Influenzaviren, SARS-CoV-1 und Ebolavirus) und im Anschluss an frühere Pandemien gehäuft aufgetreten. Auch für diese Patientinnen und Patienten fehlt es an der erforderlichen flächendeckenden interdisziplinären und standardisierten Diagnostik und einem zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot. Deshalb und wegen der Überschneidungen der Krankheitsbilder und der möglichen Therapieansätze sollte die neue Versorgungsform nicht auf die Ursache einer COVID-Infektion beschränkt, sondern auch begrifflich für Patientinnen und Patienten mit vergleichbarer Ursache bzw. Krankheitsausprägung vorgesehen werden.“</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Long/Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS</p>

§ 1 Abs. 2 S. 1	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns der Position der PatV an. Es muss erklärtes Ziel der Richtlinie sein, eine flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 sicherzustellen, indem sie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dazu verpflichtet, die entsprechenden Leistungen anzubieten und ihrem Versorgungsauftrag auch im Hinblick auf Erkrankungen gemäß § 2 nachzukommen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die verbesserte, bedarfsgerechte, <b>flächendeckende</b> und zeitnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2.</p>
§ 1 Abs. 2 S. 2 Nr. 3	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns der Position der DKG/PatV an. Die Bestimmung und Zuordnung der Schweregrade ist für Art (ambulant, aufsuchend, stationär) und Inhalt der weiteren Versorgung entscheidend.</p> <p>Änderungsvorschlag: die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung</p>
§ 1 Abs. 2 S. 2 Nr. 4	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns der Position der DKG/PatV an. Grundlage der Versorgung muss ein auf die Krankheitsschwere und die individuellen Einschränkungen abgestimmter Behandlungsplan sein.</p> <p>Änderungsvorschlag: die Versorgung auf der Grundlage eines strukturierten und aktuellen Behandlungsplans,</p>
§ 1 Abs. 2 S. 4	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns der Position der GKV-SV/KBV/PatV an. Die Versorgungsangebote müssen koordiniert werden. Gerade angesichts des geringen Wissens zu postinfektiösen Erkrankungen muss diese Koordination eine gut ausgebildete Person übernehmen, die den Patienten gut kennt.</p> <p>Änderungsvorschlag: die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote,</p>
§ 1 Abs. 2 S. 2 Nr. 7	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir schließen uns der Position der PatV an. Die Überführung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse in neue diagnostische oder therapeutische Verfahren ist zu fördern.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Zugang zu klinischen Studien zur Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten <b>und Förderung der translationalen Forschung</b></p>
§ 1 Abs. 2 S. 2 Nr. 8	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der DKG/PatV an. Es muss Ziel der Versorgung sein, eine Verbesserung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus von Patientinnen und Patienten zu erreichen und vermeidbare Verschlechterungen zu verhindern. Die Linderung behandelbarer Symptome und vor allem die Anleitung zum notwendigen Selbstmanagement (Pacing) können dazu entscheidend beitragen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>8. und grundsätzlich im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung auch vorzusehende Angebote zu 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-Exertional Malaise (PEM).</p>
§ 2 Abs. 1	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der GKV-SV/DKG/PatV an.</p> <p>Der Präzedenzfall, dass Erkrankte derselben Erkrankung nach einem Auslöser versorgt werden, nach anderen Auslösern jedoch nicht, muss vermieden werden. Es dürfen sich nicht Patient*innen 1. und 2. Klasse herausbilden.</p> <p>ME/CFS tritt nachgewiesen nach diversen Infektionen und Auslösern auf (z. B. nach EBV, Influenza, Enteroviren, Sars-CoV-1, Sars-CoV-2, HWS-Traumata, Operationen u. w.).</p> <p>Ausschlaggebend für eine Versorgung muss in allen Fällen die Erkrankung und ihre Symptomatik sein.</p> <p>Gerade bei Infektionen mit mildem/asymptomatischem Verlauf und folgender postinfektiöser Symptomatik kann der Auslöser anamnestisch oft nicht erfasst werden. Es besteht das Risiko, dass Long-/Post-COVID-Erkrankte aufgrund der aktuell nicht mehr breit angewandten Erregerdiagnostik in Häuslichkeit und Praxis (PCR-Tests), durch fehlenden Infektionsnachweis nicht von der Richtlinie erfasst werden. Dies betrifft auch Betroffene, die sich zu Beginn der Pandemie infiziert haben, zu einem Zeitpunkt vor Verfügbarkeit geeigneter Nachweismöglichkeiten. Bei Anwendung von Antigen-Schnelltests zur Erregererfassung, ist zusätzlich die Anzahl falsch-negativer Befunde zu berücksichtigen, zumal die Sensitivität der verfügbaren Tests in der Vergangenheit oftmals nicht</p>

	<p>den Mindestanforderungen des Paul-Ehrlich Institutes (minimal akzeptierte Sensitivität von 75 % festgelegt, bezogen auf einen Ct-Wert &lt; 25) genügten. [4] Da sich ME/CFS sowohl direkt in Folge einer prolongierten postviralen Fatigue, aber auch schleichend, zeitversetzt zu einem Infektionsereignis entwickeln kann [5, S. 830-839], ist eine Forderung eines viralen Auslösers (anamnestisch und/oder nachweislich) zur Definition der Patientengruppe unserer Ansicht nach obsolet.</p> <p>Änderungsvorschlag: [...]</p> <p>Von der Richtlinie erfasst wird auch der Verdacht auf oder eine festgestellte Erkrankung, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Erkrankungsausprägung wie Long COVID aufweist. In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen oder Patienten erfasst, die</p> <p>3. infolge eines viralen Infekts oder einer fehlgesteuerten Immunantwort auf einen viralen Infekt oder eines anderen Auslösers einer Immunantwort post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung vergleichbare Symptomatik aufweisen oder</p> <p>4. eine Myalgische Enzephalomyelitis/ein Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) aufweisen.</p>
§ 2 Abs. 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Diagnosestellung sollte nicht allein auf Basis der Leitlinien erfolgen. Für ME/CFS als postinfektiöse Krankheit gibt es in Deutschland keine eigene dedizierte Leitlinie und internationale Leitlinien für ME/CFS wie die des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [6] werden insbesondere durch Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 meist nicht verwendet. Darüber hinaus handelt es sich bei Long/Post-COVID um eine S1-Leitlinie.</p> <p>Da medizinische Leitlinien insbesondere bei schnell wachsenden Feldern wie ME/CFS und Long/Post-COVID nicht unmittelbar mit den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Fortschritt schritthalten können, ist es für die Diagnostik von entscheidender Bedeutung, den aktuellen Stand der medizinischen Forschung mit einzubeziehen. Medizinische Forschung bewegt sich kontinuierlich und der aktuelle Stand der Forschung kann aktuellere und genauere Informationen bieten als ältere Leitlinien. Die Integration von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Diagnostik ist von großer Bedeutung, da sie dazu beiträgt, präzisere, aktuellere und effektivere Diagnosen und Behandlung zu gewährleisten, welche wiederum eine bessere Versorgung der Patienten und zur kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen Praxis beiträgt.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Diagnosestellung erfolgt leitlinienbasiert <b>und nach aktuellem Stand der medizinischen Forschung auf</b> Basis einer symptomorientierten differenzialdiagnostischen Abklärung oder als Ausschlussdiagnose.</p>
§ 3 Abs. 1	Keine Änderung
§ 3 Abs. 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der GKV-SV/KBV/PatV an, um bei bereits präpandemisch ca. 300.000 Betroffenen [7] und postinfektiös nach SARS-COV-2-Infektion steigenden Fallzahlen, eine flächendeckende Versorgung auf hausärztlicher Ebene uneingeschränkt zu gewährleisten, sehen jedoch die weiterhin breit fehlende Kenntnis zu postinfektiösen Syndromen und ME/CFS (aufgrund der begrenzten Berücksichtigung der Erkrankung in der Ausbildung der Gesundheitsberufe) die qualitätsgesicherte Versorgung dieser Patienten gefährden [8,S. 198] und nicht ausreichend berücksichtigt. (Weitere Ausführungen siehe § 3 Abs. 5.)</p> <p>Solange keine qualitätsgesicherten (!) Kompetenzzentren/Spezialambulanzen mit entsprechender Expertise zu ME/CFS oder postinfektiösen Syndromen im Allgemeinen flächendeckend aufgebaut sind, sehen wir die hausärztliche Versorgung von herausragender Verantwortung, um Patienten mit Belastungsintoleranz und PEM (postexertionelle Malaise) als Kernmerkmal der Erkrankung zu identifizieren und bei Vorliegen einer ME/CFS eine erste Schweregradbeurteilung durchzuführen. Dies ist erforderlich, um eine ggf. permanente Zustandsverschlechterung aufgrund unangepasster Empfehlungen oder eines nicht an das individuelle Belastungsniveau adaptierten diagnostischen Vorgehens zu vermeiden. Für das therapeutische Vorgehen nach Diagnosestellung (symptomatische Therapie, Diagnostik und Therapie vorliegender häufiger Komorbiditäten wie posturales Tachykardiesyndrom, small-fiber-Neuropathie u. a.) und Verlaufsbetreuung bei chronischer Erkrankung, sehen wir die spezialisierte Fortbildung der primärversorgenden Strukturen auf dem Gebiet als unabdingbar an, da diese bisher nicht zum „Standardrepertoire“ der hausärztlichen Versorgung gehören.</p> <p>Weiterhin ist zu beachten, dass ME/CFS-Betroffene je nach Schweregrad ihrer Erkrankung oftmals nicht in der Lage sind, die aktuell etablierten Wege im Versorgungssystem (hausärztliche Versorgung -&gt; fachärztliche Versorgung -&gt; stationäre Versorgung) zu durchlaufen. Zur Schweregradeinteilung und den entsprechenden krankheitsbedingten</p>

	<p>Einschränkungen der Betroffenen verweisen wir auf den aktuellen IQWiG-Bericht [8, S. 30-31]. Dies ist der Schwere der Symptomatik (z. B. hausgebunden/bettlägerig, starke Reizintoleranz) und auch des Risikos einer ggf. permanenten Zustandsverschlechterung aufgrund der vorliegenden Belastungsintoleranz geschuldet und betrifft bereits mild bis moderat betroffene Patient*innen, schwer- bis schwerstbetroffene (hausgebunden, bettlägerig) ohnehin. Hier können nur telemedizinische oder in der Häuslichkeit aufsuchende Versorgungskonzepte die Versorgung gewährleisten.</p> <p>Sollte die Position der PatV zu § 3 Abs. 5 im Beschluss keine Berücksichtigung finden, begrüßen wir das von der DKG geforderte Kriterium zur Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung und der Bereitstellung telemedizinischer Angebote dieser Patienten und Patientinnen. Eine weitere Einschränkung der Leistungserbringer durch weitere zu erfüllende Kriterien sehen wir kritisch, um die Etablierung einer flächendeckenden qualitätsgesicherten Versorgung nicht zu behindern.</p> <p>Änderungsvorschlag (falls Position der PatV zu § 3 Abs. 5 im Beschluss keine Berücksichtigung findet):</p> <p>In der hausärztlichen Ebene erfolgt die Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V teilnehmen, einschließlich Kinder und Jugendärztinnen und -ärzte. Bei Vorliegen des Verdachts einer Belastungsintoleranz mit postexertioneller Malaise (PEM) oder einer Symptomkonstellation, die eine ME/CFS vermuten lässt, sowie gesicherter ME/CFS-Diagnose, sollten die Leistungserbringer folgende Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten oder die Bereitschaft zu Hausbesuchen</li> <li>- Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Erkrankungen nach § 2</li> </ul>
§ 3 Abs. 3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der GKV-SV/KBV/PatV an.</p> <p>ME/CFS stellt eine eigenständige, in der Mehrzahl der Fälle infektiös ausgelöste, Krankheitsentität mit charakteristischem Symptomkomplex dar. [5, S. 830-839]. Als einzige anhand etablierter Diagnosekriterien klar definierte postinfektiöse Krankheitsentität, stellt sie einen chronischen Folgezustand nach Infektion unterschiedlichster pathogener Erreger dar [9] und tritt auch in Folge einer SARS-COV-2 Infektion im Rahmen von Post-COVID in versorgungsrelevanter Häufigkeit [10,11] auf.</p> <p>Neben dem Kernsymptom einer Belastungsintoleranz mit postexertioneller Malaise (PEM) und Fatigue, stellen autonome/orthostatische Symptome, neurologische/kognitive Symptome, Schlafstörungen, Schmerzen, neuroendokrine Symptome und immunologische Symptome den charakteristischen Symptomkomplex dar. [12]</p>

	<p>Dementsprechend sehen wir einen hohen Versorgungsbedarf bzgl. weiterführender (Differential-)Diagnostik als auch in der Therapiebegleitung von Komorbiditäten und komplexeren Fällen in den assoziierten Fachgebieten der fachärztlichen Versorgung, die nicht von der hausärztlichen oder kinderärztlichen Versorgung geleistet werden kann. Eine herausragende Stellung sehen wir hier, angelehnt an den beschriebenen Symptomkomplex, insbesondere in den Fachgebieten Innere Medizin, Pulmologie, Kardiologie, Neurologie, Infektiologie und Immunologie.</p> <p>Bezüglich der Versorgungsqualität auf fachärztlicher Versorgungsebene, sehen wir, trotz zunehmender Anzahl deutschsprachiger Übersichtsarbeiten und Leitlinien (z. B. der S1-Leitlinie Long COVID oder der S3-Leitlinie „Müdigkeit“ der DEGAM), die ME/CFS explizit erwähnen, in der Alltagsrealität der Versorgung der Betroffenen anhaltend große Defizite. Diese sind unter anderem der unzureichenden Kenntnis und Erfahrung in der Behandlung postinfektiöser Syndrome geschuldet [8, S. 198]. Betroffene beklagen einen fortwährenden Neglect des Krankheitsbildes an sich (z. B. unterlassene Anwendung internationaler Diagnosekriterien zur klinischen Diagnose/Differenzierung bei entsprechender Symptomatik), eine Unterschätzung der vorliegenden Einschränkungen (z. B. durch Anwendung inadäquater diagnostischer Tools zur Erfassung der diffizilen neurokognitiven Einschränkungen im Bereich Aufmerksamkeit und Gedächtnis, die in üblichen Standardverfahren nur unzureichend erfasst werden können) sowie eine nicht adäquate Versorgung vorliegender Komorbiditäten aus Unkenntnis der Zusammenhänge heraus (z. B. der relativ häufig auftretenden Komorbiditäten wie posturales Tachykardiesyndroms, small-fiber-Neuropathie, Hypermobilitäts-Syndromen, Mastzell-Aktivierungssyndrom [12]. Hier kann nur konsequente Fortbildung der versorgenden Leistungserbringer sowie interdisziplinärer Austausch und ggf. weitere qualitätssichernde Anreize langfristig Abhilfe schaffen.</p> <p>Zusätzlich sehen wir, gemäß unserer Stellungnahme zu § 3 Abs. 2, auch im fachärztlichen Versorgungsbereich das Risiko des Ausschlusses schwerer beeinträchtigter Betroffener aufgrund ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen.</p> <p>Dementsprechend begrüßen wir auch hier das von der DKG geforderte Kriterium zur Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten und der Bereitstellung telemedizinischer Angebote dieser Patienten und Patientinnen, sollte die Position der PatV zu § 3 Abs. 5 im Beschluss keine Berücksichtigung finden. Eine weitere Einschränkung der Leistungserbringer und -erbringerinnen durch weitere zu erfüllende Kriterien sehen wir kritisch, um die Etablierung einer flächendeckenden qualitätsgesicherten Versorgung nicht zu behindern.</p> <p>Änderungsvorschlag (falls Position der PatV zu § 3 Abs. 5 im Beschluss keine Berücksichtigung findet):</p>
--	---



	<p>In der fachärztlichen Ebene erfolgt die Versorgung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, [...] sind dieser Versorgungsebene zuzuordnen.</p> <p>Die fachärztliche Versorgung umfasst auch die Versorgung durch ermächtigte Ärztinnen und Ärzte und ermächtigte Einrichtungen. Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind dies insbesondere auch Sozialpädiatrische Zentren.</p> <p>Bei Vorliegen des Verdachts einer Belastungsintoleranz mit postexertioneller Malaise (PEM) oder einer Symptomkonstellation, die eine ME/CFS vermuten lässt, sowie gesicherter ME/CFS-Diagnose, sollten die Leistungserbringer folgende Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten oder die Bereitschaft zu Hausbesuchen</li> <li>- Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Erkrankungen nach § 2</li> </ul>
§ 3 Abs. 4	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der PatV mit Ergänzungen an.</p> <p>Den Bereich der spezialisierten ambulanten Versorgung durch Hochschulambulanzen, Zusammenschlüsse ermächtigter Fachärzte oder Einrichtungen und Spezialambulanzen, die sich auf Erkrankungen nach § 2 spezialisiert haben, sehen wir vor allem in Hinblick der noch ausstehenden breiten Aufklärung und Fortbildung der hausärztlichen, kinder- und jugendärztlichen und fachärztlichen Versorgung von herausragender Bedeutung. Wir gehen davon aus, dass eine frühzeitige klinische Phänotypisierung und Diagnosestellung vorerst vorwiegend durch Spezialambulanzen erfolgen muss, um die Versorgung der Betroffenen überhaupt zu gewährleisten. Da eine ME/CFS -Erkrankung immer eine komplexe Erkrankung darstellt, sollte der Zugang auch bei Verdacht und auch bei mildereren Verlaufsformen ermöglicht werden, um eine koordinierte, interdisziplinäre symptomorientierte Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Wie bereits unter § 3 Abs. 3 aufgeführt, angelehnt an bereits teilweise aufgeklärte pathogenetischen Mechanismen der Erkrankung, den Symptomkomplex von ME/CFS und den häufigsten Komorbiditäten, sollte die ambulante spezialisierte Versorgung in den Fachgebieten Innere Medizin, Pulmologie, Kardiologie, Neurologie, Infektiologie und Immunologie gewährleistet werden. Dies ist notwendig, um eine konzertierte, interdisziplinäre Versorgung der Grunderkrankung und der vorliegenden Komorbiditäten zu gewährleisten. Zusätzlich ist, basierend auf aktuellen Forschungs- und Studienprojekten, zu erwarten, dass diese Fachrichtungen auch zukünftig eine größere Rolle in der Behandlung der Patienten übernehmen dürften. Stand Juni 2023 sind weltweit 23 randomisiert kontrollierte Therapiestudien (RCTs) in klinischen Studienplattformen registriert, um kausale Therapieansätze zu prüfen. Es handelt sich hierbei um neuromodulatorische, vaskuläre und antivirale Behandlungsansätze [13].</p>

Bzgl. der bei ME/CFS sehr häufig auftretenden neurokognitiven Einschränkungen, sehen wir die Notwendigkeit einer generellen Bereitstellung einer erweiterten neuropsychologischen Diagnostik. Da ME/CFS überwiegend jüngere Patienten und Patientinnen unter 60 Jahre betrifft, sind einfache kognitive Screeningmethoden wie das MoCA nicht hinreichend für eine erste Objektivierung geeignet. Dies betrifft auch über 60-Jährige mit nur milden Beschwerden. Wir verweisen diesbezüglich auf die S1-Leitlinie Long COVID, die bei unauffälliger Anamnese in diesem Alter oder dem Verdacht auf funktionelle Beeinträchtigungen eine differenzierte neuropsychologische Diagnostik fordert [14, S. 87].

Ein unterstützendes psychotherapeutisches Angebot ist wie bei anderen schweren Erkrankungen wünschenswert.

Auch im Bereich der spezialisierten ambulanten Versorgung sehen wir die Notwendigkeit, eine an die Bedürfnisse der Betroffenen adaptierte Versorgung zu etablieren. Hier sollten interdisziplinäre Vorstellungen mit Planung nur weniger, bestenfalls einer, Vorstellung in der Spezialsprechstunde angestrebt werden, um das Risiko einer Zustandsverschlechterung aufgrund der körperlichen, kognitiven, emotionalen und sensorischen Belastung für die Betroffenen zu umgehen. Auch hier sehen wir die Notwendigkeit der Möglichkeit telemedizinischer Betreuung und bestenfalls in der Häuslichkeit aufsuchender Verfahren, um die Kontaktaufnahme zu Schwer- und Schwerstbetroffenen oder ihrer Angehörigen überhaupt zu ermöglichen [15].

Die Bereitstellung einer dementsprechend adaptierten akutstationären Unterbringungsmöglichkeit ist unserer Ansicht unumgänglich, um Schwerstbetroffene nicht von der Versorgung gänzlich auszuschließen. Eine Einweisung kann sowohl zu (differential-)diagnostischen Fragestellungen als auch zu Therapiezielen (z. B. parenterale Ernährung oder legen einer Ernährungssonde [15]) notwendig sein.

Im Bereich der stationären Versorgung von ME/CFS Patienten sollte eine Anpassung an die Bedürfnisse der Betroffenen erfolgen, um Zustandsverschlechterungen weitgehend zu minimieren. Unter den Gegebenheiten des üblichen stationären Settings kann Reizintensität, körperliche, kognitive und emotionale Belastung selbst bei milden Fällen bereits deutlich oberhalb der individuellen Belastungsgrenze liegen und zu PEM und (ggf. permanenter) Zustandsverschlechterung führen. Vor allem die Versorgung Schwer- und Schwerstbetroffener stellt sehr hohe Anforderungen an das stationäre Setting inkl. maximaler Reizreduktion (Gehörschutz, Zimmerverdunkelung, minimaler taktiler Stimulation) und Schulung und Sensibilisierung aller in der Betreuung der Patienten involvierten Personen. Diese sehen wir in der vorliegenden Versorgungslandschaft bisher kaum gegeben.

Wir begrüßen das Kriterium einer interdisziplinär besetzten Sprechstunde bei einem komplexen Krankheitsbild wie ME/CFS, um den diagnostischen Aufwand für die Betroffenen so gering wie möglich zu

	<p>halten und Synergien in der Erarbeitung eines multimodalen Behandlungskonzeptes zu nutzen.</p> <p>Die Verpflichtung zu Forschungstätigkeit auf dem Gebiet sehen wir als notwendig, um die bisher unzureichende Erforschung postinfektiöser Syndrome, auch in Hinblick zukünftiger Pan- und Epidemien und deren Folgeerkrankungen, bei weiterhin zu erwartenden steigenden Fallzahlen zeitnah zu unterstützen. Sie bietet zusätzlich eine Qualitätssicherung der vorgehaltenen Versorgung dar, da sie einen Anreiz der fortwährenden Wissensaktualisierung auf dem Gebiet fordert. Zur Harmonisierung von Forschungsvorhaben sollte die Teilnahme an interdisziplinären Verbundprojekten oder nationalen Netzwerken (z. B. Nationale Klinische Studiengruppe NKSG) angestrebt werden. Die verpflichtende Information über Studien und Ergebnisse sehen wir von großer Bedeutung für die öffentliche Aufklärung und Qualitätssicherung der Forschungsvorhaben.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Versorgung auf der Ebene spezialisierte ambulante Versorgung erfolgt durch Hochschulambulanzen im Sinne § 117 SGB V sowie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende [GKV-SV: Einrichtungen / KBV, GKV-SV: Leistungserbringer] gemäß § 7, die folgende Kriterien erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. das <b>umfassende</b> Angebot einer ambulanten, fachärztlichen Versorgung für das Krankheitsbild relevanter Fachgebiete (<b>Innere Medizin, Pulmologie, Kardiologie, Neurologie, Infektiologie und Immunologie</b>)</li> <li>2. das Angebot einer psychotherapeutischen Versorgung <b>und</b> neuropsychologischen Diagnostik</li> <li>3. die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für die relevanten Fachgebiete</li> <li>4. das Angebot einer offenen, interdisziplinär besetzten Sprechstunde,</li> <li>5. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten</li> <li>6. Forschungstätigkeit zu Erkrankungen gemäß § 2 sowie Information über laufende Studien und Forschungsergebnisse.</li> </ol>
§ 3 Abs. 5	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der PatV an.</p> <p>Eine Qualitätssicherung bzgl. frühzeitiger klinischer Phänotypisierung, Diagnosestellung und demzufolge symptomorientierter, patientenzentrierter, schweregrad-adaptierter Versorgung nach aktuellem Kenntnisstand zum Krankheitsbild, kann unseres Erachtens nur durch Aufklärung und Fortbildung aller Versorgungsebenen, begleitet durch qualitätssichernde Maßnahmen, erreicht werden. Eine Versorgung, die dies nicht gewährleistet, wird den Versorgungsbedürfnissen der Betroffenen nicht gerecht.</p> <p>Wir können die Argumentation der PatV nur bekräftigen und sehen bei hoher Dynamik der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet bei gleichzeitiger defizitärer Wissenslage der Leistungserbringer und -</p>

	<p>erbringerinnen, die Notwendigkeit, weitere Anreize zur Fortbildung in Bezug auf postinfektiöse Syndrome und Erkrankungen gemäß § 2 zu setzen.</p> <p>Informationsaustauschtreffen können hier sowohl im fachlichen Austausch bzgl. Therapie (Fallbesprechungen), als auch in der allgemeinen Wissensverbreitung beitragen und ggf. die Etablierung von Versorgungsnetzwerken unterstützen.</p> <p>Sollte eine breite Aufklärung bereits bei Etablierung einer Versorgungsstruktur postinfektiöser Syndrome versäumt werden, wird sich keine leitlinienkonforme, „state of the art“ Versorgung nach aktuellem wissenschaftlichem Erkenntnisstand etablieren.</p> <p>Die Erkenntnis, dass Wissen zu postinfektiösen Syndromen und ME/CFS bereits präpandemisch vorhanden war, jedoch aufgrund fehlender Bekanntheit in den versorgenden Strukturen nicht bereits zu Beginn der COVID-Pandemie im Bereich der Long-/Post-COVID-Behandlung breite Anwendung fand, sollte Argument genug sein, jetzt den Grundstein einer qualitativ hochwertigen Versorgungsstruktur zu setzen. Auch in Hinblick auf zukünftige Epi- und Pandemiegeschehen.</p>
§ 4 Abs. 1	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der PatV an. Wie bei anderen schweren und nicht breit bekannten Erkrankungen, die spezialisierte Kenntnisse erfordern, sind ME/CFS-Erkrankte oftmals fachlich zum Krankheitsbild informiert. Sie sind zusätzlich Experten ihrer persönlichen Beeinträchtigungen und Symptomatik, nur sie allein können ihre persönlichen Belastungsgrenzen erfüllen. Zeitgleich sind sie das Zentrum aller Maßnahmen. Die Koordination der Maßnahmen sowie die Benennung der*des koordinierenden Ärzt*in muss daher mit Patient*innen abgestimmt werden. Bei falschen Therapien kann es bei ME/CFS-Erkrankten zu Gesundheitsschäden kommen.</p> <p>Das IQWiG verweist im aktuellen Bericht zu ME/CFS auf die Gefahren, wenn Ärzt*innen nicht ausreichend über das Krankheitsbild aufgeklärt sind: „Eine derartige Unkenntnis geht gemäß den Ausführungen des NICE einher mit Verzögerungen bei der Diagnose und möglichen Fehlbehandlungen der Patientinnen und Patienten.“ [8, S. 30] Unter diesen besonderen Umständen sehen wir die Abstimmung mit dem Patienten bzgl. Benennung des/der koordinierenden Arztes/Ärztin sowie der Maßnahmen, als unabdingbar an, um den Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung zu fördern, Compliance zu erwirken, die stabile therapeutische Anbindung und letztendlich den Therapieerfolg nicht zu gefährden.</p> <p>Die Partizipation der Betroffenen sollte gefördert werden, um Autonomie und Würde der Patienten zu respektieren.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Benennung der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes <b>sowie der Maßnahmen sind</b> in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten durchzuführen.</p>
§ 4 Abs. 2 S. 3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Auch wenn es keine kausale Therapie für ME/CFS gibt, ist eine symptomorientierte Therapie schon heute möglich. [16, S. 62] Ein Behandlungsplan sollte daher auf jeden Fall erstellt werden und nicht nur bei Bedarf.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>3. die Erstellung eines Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 5 Nummer 1 und weiterer Diagnostik mit Behandlungszielen, Angaben zu den nächsten Behandlungsschritten und den geplanten weiteren Maßnahmen, wenn gemäß § 2 Absatz 2 eine Diagnose hinreichend wahrscheinlich ist,</p>
§ 4 Abs. 2 S.4	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir bekräftigen den Punkt 4 und schließen uns der KBV, DKG und PatV in Hinblick auf die „die Vorabklärung und Planung erforderlicher diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen“ in somatischer Hinsicht an.</p> <p>Da im Vergleich zu anderen Erkrankungen bei ME/CFS aufgrund der postexertionellen Malaise auch kognitive Tätigkeiten und emotionale Belastung (Eustress sowie Distress) zu einer Verschlechterung der Gesundheit führen kann [8, S. 6; 17], wie etwa eine psychische Behandlung, ist an dieser Stelle der explizite Wunsch nach einer psychischen Maßnahme der*des Patient*in wichtig.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>4. die Vorabklärung und Planung erforderlicher diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowohl in somatischer als auch, <b>auf ausdrücklichen Wunsch der Patient*innen</b>, in psychischer Hinsicht,</p>
§ 4 Abs. 3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir folgen dem Vorschlag der GKV-SV/DKG/PatV. Behandlungsplan und -ziele sind mit dem*der Patient*in abzustimmen und in Textform zugänglich zu machen. Für ME/CFS-Erkrankte ist die Abstimmung über den Behandlungsplan als Kontrolle wichtig, da das Wissen zur Erkrankung bei Angehörigen von Gesundheitsberufen nicht weit verbreitet ist und es daher ggf. zu Fehlbehandlungen kommen kann.</p>

	<p>Das IQWiG schreibt im Bericht „Aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisstand zu Myalgischer Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS)“ dazu: „Im deutschsprachigen Raum existiert jedoch keine eigene medizinische Leitlinie zur Erkrankung; sie wird aktuell in einem Kapitel der S3-Leitlinie „Müdigkeit“ behandelt [68]. Zudem ist ME/CFS bislang nicht expliziter Gegenstand des ärztlichen Lernzielkatalogs (weder in Deutschland noch in weiteren europäischen Ländern wie dem Vereinigten Königreich), lediglich Müdigkeit ist als Konsultationsanlass im Lernzielkatalog enthalten. Auch ist die Erkrankung, ihre Symptome und Diagnostik Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Gesundheitsberufen häufig unbekannt oder nicht hinreichend trennscharf bekannt. (...) Eine derartige Unkenntnis geht gemäß den Ausführungen des NICE einher mit Verzögerungen bei der Diagnose und möglichen Fehlbehandlungen der Patientinnen und Patienten.“ [8, S. 28f.]</p> <p>Änderungsvorschlag: Der Behandlungsplan nach Absatz 1 Nummer 3 muss mindestens Angaben zu erwogenen oder bestätigten Diagnosen, den Ergebnissen der Befunderhebung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 und therapierelevanten Ergebnissen durchgeführter diagnostischer Untersuchungen sowie zu auf der Grundlage dieser Ergebnisse geplanten Diagnostik- und Therapiemaßnahmen enthalten, sowie Angaben dazu, durch wen und in welchen Zeiträumen diese Maßnahmen durchgeführt werden sollen und Angaben zur Verlaufskontrolle. Der Behandlungsplan sowie die Behandlungsziele sind mit der Patientin und dem Patienten abzustimmen und ihnen in Textform zugänglich zu machen.</p>
<p>§ 5 Abs. 1 Punkt 1 d)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Es ist von entscheidender Bedeutung, nicht nur Symptome zu behandeln, sondern darüber hinaus die zugrunde liegende Krankheit zu ermitteln. Dies stellt eine gezielte und effektive Versorgung sicher. Daher ist es bei der der Abklärung des Verdachts auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 essenziell, validierte und reliable Fragebögen zu verwenden, die Rückschlüsse auf die zugrunde liegende Krankheit ermöglichen.</p> <p>Bei Erkrankungen mit komplexer Symptomatik können einzelne Symptome patientenindividuell variieren. Einzeln betrachtet können diese Symptome auch bei anderen Erkrankungen auftreten. Die Erfassung charakteristischer Beschwerden postinfektöser Syndrome mittels Fragebögen (z. B. Screening-Fragebogen zur Erfassung einer post-exertionellen Malaise (PEM)), strukturierte Erfassung einer orthostatischen Intoleranz (OI) oder eines posturalen Tachykardiesyndroms (POTS) und die strukturierte Erfassung des individuell bestehenden Symptomkomplexes können als Screeningmethode erste Hinweise auf das Vorliegen eines</p>

	<p>postinfektiösen Syndroms oder ME/CFS liefern. Die zusätzliche Anwendung validierter Diagnosekriterien zu ME/CFS, wie die Kanadischen Konsenskriterien [18] bzw. deren Operationalisierung, dem DePaul-Symptom-Questionnaire (DSQ) [19], sollte hierbei erfolgen, da sie den Symptomkomplex von ME/CFS umfassend abbilden, strukturiert erfassen und damit eine qualitätsgesicherte Diagnose stützen. Es ist zwingend erforderlich bei Vorliegen einer PEM, das Vorliegen von ME/CFS diagnostisch abzuklären. Nur so kann zügig, bereits auf hausärztlicher Versorgungsebene, ein weiteres Vorgehen eingeleitet werden, das den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen entspricht. Hier gilt es zwingend eine iatrogene Schädigung (Zustandsverschlechterung oder auch Fehldiagnosen mit gravierenden Folgen) durch die Nicht-Beachtung der vorliegenden Krankheitsentität zu vermeiden.</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der KBV/DKG/PatV in Unterpunkt d) mit der folgenden Ergänzung.</p> <p>Änderungsvorschlag:  strukturiertes Ersterfassung <b>der Kanadischen Konsensus Kriterien (CCC) zur Diagnose von ME/CFS als postinfektiöse Krankheit, welches die Ermittlung einer orthostatischen Intoleranz (OI) und/oder einer postexertionellen Malaise (PEM) und/oder eines posturalen orthostatischen Tachykardiesyndroms (POTS) bei hinweisender Symptomatik abdeckt</b></p>
<p>§ 5 Abs. 1 Punkt 11</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:  Wir unterstützen die Position der KBV/DKG/PatV.  Die Teilnahme von niedergelassenen Ärzt*innen an Konsilen und Fallbesprechungen fördert den Austausch und eine koordinierte, qualitativ hochwertige Versorgung.</p> <p>Fallbesprechungen und Konsile ermöglichen den Ärzt*innen den Patienten aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und die bestmögliche Behandlungsstrategie zu entwickeln. Darüber hinaus fördert sie die Koordination und Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen, um redundante Diagnostik oder Inkonsistenzen in der Behandlung zu vermeiden. Schließlich bieten sie die Möglichkeit, schwierige Fälle gemeinsam zu besprechen und diagnostische Herausforderungen zu überwinden. Durch das Teilen von Erfahrungen und verschiedenen Ansätzen können Ärzt*innen dazu beitragen, genauere Diagnosen zu stellen und bessere Behandlungsoptionen zu entwickeln.</p> <p>Insbesondere bei postinfektiösen Erkrankungen, bei denen das Wissen in der Ärzteschaft begrenzt ist und es keine kurativen Therapien gibt, ist ein Austausch erforderlich, um die Qualität in der Versorgung zu verbessern.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>11. bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen,</p>
<p>§ 5 Abs. 1 Punkt 12</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen die Position der DKG/PatV.</p> <p>Hochschulambulanzen sind häufig mit einer Vielzahl von Fachärzt*innen und Spezialisten besetzt, welche eine umfassende und fundierte Betreuung von Patient*innen ermöglicht, die an postinfektiösen Krankheiten leiden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>12 die Prüfung der Erforderlichkeit, Eignung und Möglichkeiten einer Behandlung der Patientin oder des Patienten in der spezialisierten ambulanten Versorgung nach § 7</p>
<p>§ 5 Abs. 3</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen die Position der DKG/PatV.</p> <p>Die Überweisung muss sowohl an einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 oder 4 erfolgen können. Der Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 hat die Kompetenz für weitere Leistungen in die fachärztliche Ebene zu überweisen. Darüber hinaus muss jedoch auch eine Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 möglich sein, da Hochschulambulanzen die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachrichtungen fördern. Dies ermöglicht eine umfassende Untersuchung und Behandlung, bei der verschiedene Ärzt*innen und Gesundheitsfachkräfte zusammenarbeiten, um die beste Lösung für den Patienten zu finden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 oder 4</p>
<p>§ 5 Abs. 4</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen die Position der PatV.</p> <p>Eine Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung in die fachärztliche Versorgung nach § 3 Absatz 3 ist bei neu auftretenden Symptomen oder bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands von Bedeutung. Hierbei ist es erforderlich, dass die Behandlung einer Erkrankung gemäß § 2 im Kernbereich des Fachärztin oder eines Facharztes liegt. Dies ist von entscheidender Bedeutung, um eine präzise Diagnose zu erhalten, eine wirksame Behandlung sicherzustellen und potenzielle Komplikationen zu vermeiden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>(4) Eine Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung in die fachärztliche Versorgung nach § 3 Absatz 3 ist insbesondere erforderlich, wenn bei einer Patientin oder einem Patienten nach § 2 Absatz 1</p>



	<p>Symptome neu auftreten, unter Behandlung fortbestehen oder sich verschlechtern oder Warnhinweise auftreten. Als Warnhinweise sind u. a. ein schlechter Allgemeinzustand, eine signifikante Gewichtszu- bzw. -abnahme, unerklärliche oder neu aufgetretene neurologische Auffälligkeiten (z. B. Sensibilität, Motorik, Schlucken, Sprache und Kognition), neue Schmerzsymptomatik, schlechte oder sich verschlechternde somatische oder psychische Befunde sowie unerklärliche Auffälligkeiten in der Basisdiagnostik zu verstehen. Diese sollten Anlass zu einer vertiefenden ggf. fachspezifischen Diagnostik oder einer Überweisung geben. Weiterhin ist zu überweisen, wenn die Symptomatik, die zu dem Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 geführt hat, darauf hinweist, dass eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebiets einer Fachärztin oder eines Facharztes erforderlich ist.</p>
§ 6 Abs. 1 Nr. 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position von KBV/DKG/PatV an. Fachärztinnen und Fachärzte sollen auch in der Diagnostik unterstützen dürfen. Typische Komorbiditäten, die für den Krankheitsverlauf bedeutsam sind, wie zum Beispiel das Posturale Tachykardiesyndrom (POTS) oder small-fiber-Neuropathie sind nicht in jedem Fall einer Diagnostik in der hausärztlichen Versorgung zugänglich.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Durchführung fachärztlicher <b>diagnostischer und</b> therapeutischer Maßnahmen</p>
§ 6 Abs. 1 Nr. 6	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position von KBV/DKG/PatV an, da im Bedarfsfall eine Zusammenarbeit der Versorgungsebenen möglich sein soll.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>bei Bedarf die Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen auch unter Nutzung bestehender telemedizinischer Möglichkeiten</p>
§ 6 Abs. 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position von DKG/PatV an, dass die Patientin oder der Patient bereits vor einer Verdachtsdiagnose in regelmäßiger Fachärztlicher Behandlung war und die Symptomatik im Kernbereich der Fachärztin des Facharztes liegen muss. Allein die Tatsache, dass die Behandlung auch im Fachgebiet eines Fachärztin oder des Facharztes liegt, ist keine ausreichende Garantie dafür, dass diese Leistungserbringerin oder dieser Leistungserbringer ausreichend Erfahrung in der Behandlung postinfektiöser Krankheitsbilder haben, um Koordinationsaufgaben wahrnehmen zu können.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

	<p>An der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer können Koordinationsaufgaben nach § 4 wahrnehmen, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Patientin oder der Patient ist bereits vor der Verdachtsdiagnose einer Erkrankung nach § 2 aufgrund einer vorbestehenden Erkrankung in regelmäßiger Behandlung bei der fachärztlichen Leistungserbringerin oder dem fachärztlichen Leistungserbringer oder eine kontinuierliche fachärztliche Behandlung ist nach Neudiagnose erforderlich <b>und</b></li> <li>2. Die Symptomatik, die zu dem Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 geführt hat, weist darauf hin, dass eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebiets der Fachärztin oder des Facharztes erforderlich sein wird oder es besteht eine die Behandlung der Erkrankung nach § 2 erheblich überwiegende Behandlungsbedürftigkeit einer dem Kernbereich des Fachgebietes zuzuordnenden anderen Erkrankung oder</li> <li>3. die Abklärung des Verdachtes auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 unter Durchführung eines Basis-Assessments gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 1 ist durch eine fachärztliche Leistungserbringerin oder einen fachärztlichen Leistungserbringer erfolgt.</li> </ol>
§ 6 Abs. 3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der PatV an, damit ein umfassender Informationsaustausch sichergestellt ist.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Sofern erforderlich, veranlasst die Fachärztin oder der Facharzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut die Beteiligung weiterer Fachgebiete im Austausch oder bei zeitnaher Information im Nachgang. Dieses Vorgehen beinhaltet eine umfassende Erhebung der bisherigen Diagnostik und des Therapieverlaufs und die Abstimmung des weiteren Vorgehens mit der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt bei Bedarf in einer gemeinsamen Fallbesprechung. Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt ist mindestens über das Ergebnis der Fallbesprechung zu informieren.</p>
§ 6 Abs. 4	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der PatV an. Die Überweisung an eine spezialisierte Hochschulambulanz sollte nicht von der Zahl der einzubeziehenden Fachdisziplinen abhängen, sondern von der Schwere und Komplexität der Erkrankung. Solange spezialisierte Kenntnisse und Erfahrung zu postinfektiösen Syndromen noch nicht breit etabliert sind, sollte der Zugang zur spezialisierten ambulanten Versorgung hürdenarm gestaltet werden, um die entsprechende Expertise in der Versorgung überhaupt zu gewährleisten.</p> <p>Wir verweisen hierzu auf unsere Begründung unter § 7 Abs. 1 Punkt 4.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Überweisung an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Abs. 4 sollte erfolgen, wenn die Patientin oder der Patient wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer spezialisierten ambulanten Versorgung oder der besonderen ärztlichen Expertise eines Fachgebiets bedarf.</p> <p>Die diagnostische und therapeutische Versorgung für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung nach § 2 kann auch ohne Überweisung erfolgen. Eine Überweisung an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Abs. 4 ist spätestens zu erwägen, wenn eine mehrmonatige Arbeitsunfähigkeit, eine mehrwöchige Schulunfähigkeit oder eine ME/CFS-Erkrankung mit mindestens moderatem Schweregrad vorliegt.</p>
§ 6 Abs. 5	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der KVB/DKG/PatV an. Die Vorabklärung stellt einen umfassenden Informationsaustausch sicher.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Vor einer weiterführenden Diagnostik und Behandlung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Abs. 4 soll eine Vorabklärung zwischen dieser und der überweisenden Ärztin oder dem überweisenden Arzt erfolgen. Im Rahmen der Vorabklärung werden die für die weiterführende Diagnostik und ggf. Behandlung relevanten Informationen über die Patientin oder den Patienten erfasst und Behandlungsmöglichkeiten besprochen. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sind dabei auch weiterführende Informationen, beispielsweise zum Sozial- oder Schulleben zu berücksichtigen.</p>
§ 7 Abs. 1 Punkt 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der GKV-SV/DKG/PatV an.</p> <p>Long-/Post-COVID-Erkrankungen und ME/CFS insbesondere, stellen im Kindesalter einen komplexen Behandlungsbedarf dar und fordern eine interdisziplinäre fachärztliche Diagnostik und Versorgung. Bereits mögliche Differentialdiagnosen (bei nicht eindeutigem postviralem Onset der Symptomatik mit charakteristischem Symptomkomplex, der eine ME/CFS Erkrankung nahelegt) erstreckt sich praktisch in alle pädiatrischen Fachgebiete.</p> <p>Da der fachgebietsbezogene Differenzierungsgrad in der Kinder- und Jugendheilkunde geringer ausgeprägt ist und auch in der kinder- und jugendärztlichen ambulanten Versorgung von Kenntnisdefiziten zu postinfektiösen Syndromen der Leistungserbringer und -erbringerinnen auszugehen ist, sehen wir die spezialisierte ambulante Versorgung in diesem Bereich von herausragender Bedeutung in der fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.</p>

	<p>Eine im Rahmen pädiatrischer Spezialambulanzen interdisziplinäre fachärztliche (Differential-)Diagnostik und Versorgung, Koordination und Behandlungsplanung mit Therapieempfehlungen für die niedergelassenen Versorgungsträger sollte angestrebt werden, um eine Verkürzung der Zeit bis zur Diagnose und eine zügige, schweregrad-adaptierte, symptomorientierte Therapie mit entsprechender psychosozialer Unterstützung zu gewährleisten und die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen in ihrem Versorgungsauftrag zu unterstützen. Vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ist dies von großer Bedeutung, da hier die Prognose von ME/CFS, verglichen mit der von Erwachsenen, günstiger ist [20, S. 26-32], die psychosozialen Auswirkungen durch Verlust der Fähigkeit sozialer Interaktion mit Gleichaltrigen und Beschulung gravierend sind und somit eine rasche Aufklärung der Betroffenen, Angehörigen und betreuenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte (v. a. in Hinblick symptomorientierter Therapie mit Energiemanagement und Pacing) von großer Bedeutung für den Erkrankungsverlauf sein kann.</p>
<p>§ 7 Abs. 1 Punkt 3</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wie schließen uns der Position der DKG/PatV an.</p> <p>Da sowohl Schweregrad der Erkrankung als auch Symptomatik im Verlauf der Erkrankung variieren können, können sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Behandlungsbedarfe ergeben. Eine Wiedervorstellung zur bedarfsadaptierten therapeutischen Planung und Koordination in der spezialisierten Ambulanz sollte für eine qualitätsgesicherte Verlaufsbetreuung ermöglicht werden.</p>
<p>§ 7 Abs. 1 Punkt 4</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wie schließen uns der Position der DKG/PatV an.</p> <p>Die Koordination der Behandlung von ME/CFS sollte durch die spezialisierte ambulante Versorgung übernommen werden können und forciert angestrebt werden. Gründe hierfür sind unseres Ermessens:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Die bereits unter § 3 Abs. 4 aufgeführten Argumente, vor allem der herausragenden Bedeutung spezialisierter Ambulanzen in der Versorgung von Betroffenen, solange sich keine entsprechende spezialisierte Expertise in der haus- und fachärztlichen Versorgung zu Diagnostik, Therapie und Versorgungsbedarf bei ME/CFS und postinfektiösen Syndromen etabliert hat.</li> <li>2) der zeitgleich hohen Komplexität der Erkrankung mit unterschiedlicher individueller Krankheitsausprägung und Symptomatik, oftmals hohem benötigten interdisziplinären (differential-)diagnostischen Aufwands zur symptomatischen Therapieplanung sowie zur Erfassung von Komorbiditäten und deren Therapie,</li> <li>3) in Kombination mit den ME/CFS-charakteristischen krankheitsbedingten Einschränkungen der Betroffenen (Belastungsintoleranz und (ggf. permanente) Zustandsverschlechterung nach körperlicher, kognitiver, emotionaler und sensorischer Belastung</li> </ol>

	<p>oberhalb der individuellen Belastungsgrenze) sowie teilweise schweren körperlichen und kognitiven Einschränkungen, die einen Zugang zur Versorgung entlang der üblichen Versorgungspfade (hausärztlich -&gt; fachärztlich -&gt; spezialisierte ambulante Versorgung) erschweren bis gänzlich behindern können.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Versorgung sollte hierbei neben Koordination und Erstellung eines Behandlungsplans auch die Befugnis zur Ausstellung von Überweisungen zur Diagnostik und Ausstellung therapeutischer Verordnungen erhalten.</p>
<p>§ 7 Abs. 1 Punkt 7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der KBV/PatV an.</p> <p>Die Notwendigkeit der bedarfsabhängigen Durchführung telemedizinischer Leistungen (inklusive der Möglichkeit der Verordnung von Leistungen nach § 8 per Videosprechstunde gemäß § 7 Abs. 1 Punkt 6) sehen wir als unabdingbar an, um eine Anbindung und Versorgung Schwer- und Schwerstbetroffener (oder deren Angehöriger bei erheblichen Funktionseinschränkungen) zu gewährleisten (siehe hierzu auch Stellungnahme zu § 3 Abs. 4) [15]. Der Zugang sollte, wie von der DKG begründet, möglichst niederschwellig ausgestaltet werden in Hinblick der teilweise regional unterschiedlichen Angebote dieser Versorgungsebene.</p> <p>Eine telemedizinische Teilnahme der spezialisierten ambulanten Versorgung an Konsilen und Fallbesprechungen sollte ermöglicht werden, um den interdisziplinären Informationsaustausch zu fördern und den zu erwartenden Beratungsbedarf der niedergelassenen Leistungserbringerinnen und -erbringer abzudecken. Wir sehen hier die Möglichkeit eines qualitätssichernden Beitrags in der Versorgung, die zusätzlich langfristig zu einer Entlastung der spezialisierten ambulanten Versorgungsebene führen kann.</p>
<p>§ 7 Abs. 1 Punkt 8</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wie schließen uns der Position der GKV-SV/PatV/KBV mit Ergänzung an.</p> <p>Die Veröffentlichung von Informationen zur Auswahl geeigneter Patientinnen und Patienten für die Behandlung und ggf. Forschung in der jeweiligen Einrichtung erzeugt Transparenz bzgl. dem geleisteten Versorgungsangebots und leistet einen Beitrag zur Qualitätssicherung der Versorgung. Sie vereinfacht die Zuweisung geeigneter Patientinnen und Patienten, harmonisiert den Informationsfluss zwischen Zuweiser und Ambulanz. Durch passende Vordiagnostik und Befundübermittlung kann eine Ersteinschätzung der Bedürfnisse und Versorgungsmöglichkeit der Betroffenen bereits vor Erstkontakt mit der spezialisierten ambulanten Versorgung erreicht werden.</p> <p>Hierbei ist jedoch zu beachten, dass das Ausmaß einer ambulanten Vordiagnostik bei Vorliegen einer Belastungsintoleranz mit PEM oder ME/CFS-Diagnose hinsichtlich der möglichst niedrigsten Belastung der Betroffenen evaluiert werden sollte, um das Risiko einer Zustandsverschlechterung z. B. durch multiple ambulante fachärztliche</p>

	<p>Konsultationen zu reduzieren. Bei fehlender Expertise und Erfahrung in der Behandlung Betroffener, sollte eine Ersteinschätzung und Koordination der benötigten Diagnostik durch die mit dem Krankheitsbild erfahrenere Instanz erfolgen, um eine belastungsadaptierte Diagnostik zu ermöglichen.</p> <p>Änderungsvorschlag (Ergänzung):</p> <p>spezialisierte ambulante Einrichtungen veröffentlichen [...] Ergebnisse übermittelt werden sollten.</p> <p>Bei Vorliegen des Verdachts einer Belastungsintoleranz mit postexertioneller Malaise (PEM) oder einer Symptomkonstellation, die eine ME/CFS vermuten lässt, sowie gesicherter ME/CFS-Diagnose, sollte der Umfang der notwendigen ambulant zu erbringenden Eingangsdiagnostik in Rücksprache mit der spezialisierten ambulanten Versorgungseinrichtung erfolgen, um eine belastungsadaptierte Versorgung zu gewährleisten.</p>
§ 8 Abs. 1	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der DKG/PatV an.</p> <p>Die Versorgung dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5–9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind.</p> <p>Betonen möchten wir die Dringlichkeit, Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 14 SGB V (Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung) in die Richtlinie aufzunehmen.</p> <p>ME/CFS kann in unterschiedlichen Schweregraden auftreten und im Verlauf der Erkrankung durch Zustandsverschlechterung passager oder dauerhaft im schwersten Schweregrad münden, ohne jegliche kausale Therapieoption. Schwerstbetroffene (Bell-Score 0) leiden an einer massiven Belastungsintoleranz, die bereits selbstständige Bewegung im Bett oder das Kauen und Schlucken von Speisen oft unmöglich macht. Eine 24/7-Pflege ist erforderlich. Die starke Reizsensitivität fordert maximale Licht- und Geräuschabschirmung sowie minimale taktile und verbale Stimulation. Oftmals geht die Fähigkeit der Kommunikation verloren, jegliche kognitive Anstrengungen führt zur Symptomverschlechterung. Eine ausreichende Ernährungsbilanz und Hydratation kann ggf. nur durch parenterale Flüssigkeitszufuhr, Magensonde, bis hin zu parenteraler Ernährung gesichert werden.</p> <p>Die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten stellt maximale Anforderungen. Die Pflege wird zumeist durch pflegende Angehörige gestemmt. Wir sehen hier sowohl Intensität als auch Komplexität der resultierenden Probleme gegeben, die den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams notwendig macht – vorübergehend oder dauerhaft.</p> <p>Zusätzlich sehen wir die Notwendigkeit einer expliziten Erfassung und Nennung wichtigster erkrankungsspezifischer Besonderheiten bei Verdacht oder Vorliegen von ME/CFS im Gesetzestext dieser Richtlinie, da</p>

	<p>Kenntnisse zur charakteristischen Symptomkonstellation (z. B. Leitsymptom PEM) und erkrankungsspezifischen Besonderheiten in der Breite der Versorgung noch nicht ausreichend bekannt sind. [8] Die exemplarische Erwähnung von PEM garantiert unserer Ansicht nach keine ausreichende Berücksichtigung erkrankungsspezifischer Besonderheiten bei ME/CFS. Dies sollte jedoch zur Qualitätssicherung der Versorgung erfolgen.</p> <p>Charakteristische erkrankungsspezifische Besonderheiten, die es in der Behandlung und Betreuung von ME/CFS-Betroffenen zu beachten gilt, sind z. B. eine oftmals erhöhte sensorische Reizempfindlichkeit (vor allem Licht und Geräusche), die nicht beachtet zu PEM führen kann, oftmals vorliegende Fluktuation der Beschwerdeintensität zwischen Tagen mit und ohne PEM, Hilfsmittelbedarf zur Entlastung und Vermeidung von PEM auch bei Vorliegen kurzfristig noch erhaltener Funktionalität, Notwendigkeit der Priorisierung von Maßnahmen zur Vermeidung von PEM, Notwendigkeit der Verordnung von Krankentransporten (auch liegend z. B. bei Vorliegen einer orthostatischen Intoleranz) zur Vermeidung von PEM und viele weitere.</p> <p>In der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung muss eine klare Nutzen-Risiko-Abwägung in Hinblick der bestehenden Belastungsintoleranz erfolgen und alle Möglichkeiten der nach Schweregrad erforderlichen Entlastung ausgelotet werden.</p> <p>Einen Hinweis auf diese Spezifika in den Verordnungen sehen wir im Rahmen der Qualitätssicherung der Behandlung als unabdingbar an, um eine Sensibilisierung auch anderer therapeutischer Fachrichtungen (z. B. Physio- oder Psychotherapeuten und -therapeutinnen) zu gewährleisten und den therapeutischen Erfolg nicht zu gefährden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>[...] Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer postexertionellen Malaise (PEM), einer Symptomkonstellation, die eine ME/CFS vermuten lässt, sowie gesicherter ME/CFS-Diagnose, auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen und/oder eine bestehende sensorische Reizsensitivität zu achten. In den Verordnungen ist bei Vorliegen auf diese Spezifika hinzuweisen.</p>
§ 8 Abs. 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der DKG/PatV mit Änderungsvorschlag an.</p> <p>Eine stationäre Einweisung kann im Rahmen der Abklärung komplexerer differentialdiagnostischer Fragestellung notwendig sein und bei Belastungsintoleranz durch Bündelung diagnostischer Maßnahmen einen Beitrag zur belastungsadaptierten Diagnostik bieten.</p> <p>Sie kann auch im Rahmen von Therapiezielen der Grunderkrankung (z. B. Stabilisierung einer akuten schweren Zustandsverschlechterung,</p>

	<p>Notwendigkeit der Anlage einer Ernährungssonde bei Schwerstbetroffenen) [15] oder im Rahmen der Behandlung von Begleiterkrankungen erforderlich werden.</p> <p>Wie bereits unserer Begründung zu § 3 Abs. 4 zu entnehmen ist, sehen wir hierbei die Notwendigkeit, eine an die Bedürfnisse der Betroffenen adaptierte stationären Versorgung zu etablieren. Unter den Gegebenheiten des üblichen stationären Settings kann Reizintensität, körperliche, kognitive, emotionale und sensorische Belastung selbst bei mildem/moderatem Schweregrad bereits deutlich oberhalb der individuellen Belastungsgrenze liegen und zu PEM und (permanenter) Zustandsverschlechterung führen. Anpassungen im Sinne der Reizreduktion (Gehörschutz, Zimmerverdunkelung, reduzierter Ansprache etc.) und Belastungsreduktion (z. B. Rollstuhl und Begleitung für Wege innerhalb des Krankenhauses) sowie Schulung und Sensibilisierung aller in der Betreuung der Patienten und Patientinnen involvierten Personen können zur Belastungsreduktion beitragen. Die Versorgung Schwer- und Schwerstbetroffener stellt zusätzliche Anforderungen an das stationäre Setting (siehe hierzu auch Stellungnahme § 8 Abs. 1).</p> <p>Wir betonen, dass das Vorliegen einer Belastungsintoleranz mit PEM <i>per se</i> keine Indikation für eine Krankenhausbehandlung darstellt. Die Position der DKG/PatV ist hierzu missverständlich formuliert.</p> <p>Bei Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen und gleichzeitigem Vorliegen einer Belastungsintoleranz mit PEM, Verdacht oder Vorliegen von ME/CFS, sollte eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung einer stationären Aufnahme zur diagnostischen Abklärung erfolgen.</p> <p>Auch hier sehen wir die Notwendigkeit einer expliziten Erwähnung von ME/CFS, um eine Berücksichtigung der erkrankungsspezifischen Bedürfnisse und somit Qualitätssicherung der Versorgung zu fördern.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Versorgung dieser Richtlinie umfasst die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung, wenn diese gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist. <b>Bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen, insbesondere bei zeitgleichem Vorliegen einer Belastungsintoleranz mit PEM, des Verdachts oder des Vorliegens einer ME/CFS, ist eine stationäre Krankenhauseinweisung zu prüfen.</b></p>
--	--



§ 9	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schließen uns der Position der PatV an.</p> <p>Obwohl ME/CFS bereits 1969 im internationalen Katalog der Krankheiten (ICD G93.3) der WHO aufgenommen wurde, findet, auch in Folge der durch SARS-COV-2 ausgelösten zunehmenden Fallzahlen, erstmalig eine breitere Sensibilisierung zu Versorgungsversäumnissen und unzureichender Beachtung des Krankheitsbildes im Versorgungssystem statt.</p> <p>Die komplexe Differentialdiagnostik und die defizitären Kenntnisse der Leistungserbringer und -erbringerinnen benötigen Fortbildung sowie die Vermittlung international etablierter Diagnosekriterien und Leitlinien auf allen Versorgungsebenen.</p> <p>Im Hinblick der Versorgung ME/CFS-Betroffener müssen geeignete Versorgungspfade und Versorgungsstrategien praktisch <i>de novo</i> aufgebaut und etabliert werden.</p> <p>Erschwert wird dies durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine hohe Dynamik der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Entwicklungen bzgl. postinfektiöser Syndrome und derer Therapie (z. B. der aktuell 23 weltweit laufenden pharmakologischen RCTs zu Post-COVID-Syndrom und ME/CFS) [13]</li> <li>- eine defizitäre (aktualisierte) Wissenslage der Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen aller Versorgungsebenen zu postinfektiösen Syndromen.</li> <li>- eine anhaltend zu erwartende steigende Fallzahl von postinfektiös auftretenden ME/CFS-Fällen aufgrund der SARS-COV-2-Situation und anderen endemischen viralen Auslösers (z. B. EBV, Influenza und weitere).</li> <li>- die Komplexität des Krankheitsbildes, dessen Diagnostik und Therapie, und den oft schweren krankheitsspezifischen Einschränkungen dieser Patientengruppe, die eine Versorgung auf üblichen Versorgungspfaden behindern.</li> </ul> <p>Aufgrund dieser hohen Anforderungen und mit der Erfahrung von anhaltenden Versäumnissen bzgl. Versorgungsqualität präpandemisch ME/CFS-Betroffener der letzten Jahrzehnte, sehen wir eine Evaluation dieser Richtlinie 5 Jahre nach Inkrafttreten als unabdingbar an, um eine qualitätsgesicherte Versorgung zu etablieren und zukünftig zu gewährleisten.</p> <p>Aufgrund der erschwerten Implementation dieser Patienten in etablierte Versorgungspfade, geschuldet der vorliegenden Belastungsintoleranz und im Falle von höheren Schweregraden erheblichen krankheitsbedingten Einschränkungen, sehen wir eine Evaluation auch im Hinblick unerwünschter Auswirkungen und Umsetzungshindernisse als notwendig an.</p>
-----	---

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

**Literaturverzeichnis**

1. Jason LA, Cotler J, Islam MF, Sunnquist M, Katz BZ. Risks for Developing Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome in College Students Following Infectious Mononucleosis: A Prospective Cohort Study. *Clin Infect Dis*. 2021 Dec 6;73(11):e3740–6.
2. Magnus P, Gunnes N, Tveito K, Bakken IJ, Ghaderi S, Stoltenberg C, Hornig M, Lipkin WI, Trogstad L, Håberg SE. Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) is associated with pandemic influenza infection, but not with an adjuvanted pandemic influenza vaccine. *Vaccine*. 2015 Nov;33(46):6173–7.
3. Lam MHB. Mental Morbidities and Chronic Fatigue in Severe Acute Respiratory Syndrome Survivors: Long-term Follow-up. *Arch Intern Med*. 2009 Dec 14;169(22):2142.
4. Scheiblaue H, Filomena A, Nitsche A, Puyskens A, Corman VM, Drosten C, Zwirgmaier K, Lange C, Emmerich P, Müller M, Knauer O, Nübling CM. Comparative sensitivity evaluation for 122 CE-marked rapid diagnostic tests for SARS-CoV-2 antigen, Germany, September 2020 to April 2021. *Eurosurveillance [Internet]*. 2021 Nov 4 [cited 2023 Oct 29];26(44). Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.44.2100441>
5. Renz-Polster H, Scheibenbogen C. Post-COVID-Syndrom mit Fatigue und Belastungsintoleranz: Myalgische Enzephalomyelitis bzw. Chronisches Fatigue-Syndrom. *Inn Med*. 2022 Aug;63(8):830–9.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy) / chronic fatigue syndrome: diagnosis and management Appendix 2: Involving adults with severe ME/CFS symptoms in developing a NICE guideline on myalgic encephalomyelitis / chronic fatigue syndrome: diagnosis and management [Internet]. NICE guideline NG206; 2021. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206/evidence/appendix-2-involving-adults-with-severe-mecfs-symptoms-pdf-333546588759>
7. Scheibenbogen C, Wittke K, Hanitsch L, Grabowski P, Behrends U. Chronisches Fatigue-Syndrom/CFS – Praktische Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. *Ärztebl Sachs*. 2019;(9 | 2019).
8. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Myalgische Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) – Aktueller Kenntnisstand [N21-01] [Internet]. Köln; 2023 [cited 2023 Oct 25]. Available from: <https://www.iqwig.de/projekte/n21-01.html>
9. Choutka J, Jansari V, Hornig M, Iwasaki A. Unexplained post-acute infection syndromes. *Nat Med*. 2022 May;28(5):911–23.
10. Kedor C, Freitag H, Meyer-Arndt L, Wittke K, Hanitsch LG, Zoller T, Steinbeis F, Haffke M, Rudolf G, Heidecker B, Bobbert T, Spranger J, Volk HD, Skurk C, Konietschke F, Paul F, Behrends U, Bellmann-Strobl J, Scheibenbogen C. A prospective observational study of post-COVID-19 chronic fatigue syndrome following the first pandemic wave in Germany and biomarkers associated with symptom severity. *Nat Commun*. 2022 Aug 30;13(1):5104.
11. Reuken PA, Besteher B, Finke K, Fischer A, Holl A, Katzer K, Lehmann-Pohl K, Lemhöfer C, Nowka M, Puta C, Walter M, Weißenborn C, Stallmach A. Longterm course of neuropsychological symptoms and ME/CFS after SARS-CoV-2-infection: a prospective registry study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet]*. 2023 Aug 16 [cited 2023 Oct 30];

Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s00406-023-01661-3>

12. Grach SL, Seltzer J, Chon TY, Ganesh R. Diagnosis and Management of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. *Mayo Clin Proc.* 2023 Oct;98(10):1544–51.
13. Scheibenbogen C, Bellmann-Strobl JT, Heindrich C, Wittke K, Stein E, Franke C, Prüss H, Preßler H, Machule ML, Audebert H, Finke C, Zimmermann HG, Sawitzki B, Meisel C, Toelle M, Krueger A, Aschenbrenner AC, Schultze JL, Beyer MD, Ralsler M, Mülleder M, Sander LE, Konietzschke F, Paul F, Stojanov S, Bruckert L, Hedderich DM, Knolle F, Riemekasten G, Vehreschild MJGT, Cornely OA, Behrends U, Burock S. Fighting Post-COVID and ME/CFS – development of curative therapies. *Front Med.* 2023 Jun 15;10:1194754.
14. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP). S1-Leitlinie Long/Post-COVID. 2022.
15. Montoya J, Dowell T, Mooney A, Dimmock M, Chu L. Caring for the Patient with Severe or Very Severe Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. *Healthcare.* 2021 Oct 6;9(10):1331.
16. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. S3-Leitlinie Müdigkeit. 2022.
17. Grande T, Grande B, Gerner P, Hammer S, Stingl M, Vink M, Hughes BM. The Role of Psychotherapy in the Care of Patients with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. *Medicina (Mex).* 2023 Apr 6;59(4):719.
18. Carruthers BM, van de Sande MI. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: A Clinical Case Definition and Guidelines for Medical Practitioners An Overview of the Canadian Consensus Document [Internet]. National Library of Canada cataloging in publication data; 2005 [cited 2022 Nov 12]. Available from: [http://sacfs.asn.au/download/consensus\\_overview\\_me\\_cfs.pdf](http://sacfs.asn.au/download/consensus_overview_me_cfs.pdf)
19. Jason LA, Sunnquist M. The Development of the DePaul Symptom Questionnaire: Original, Expanded, Brief, and Pediatric Versions. *Front Pediatr.* 2018 Nov 6;6:330.
20. Renz-Polster H, Broxtermann W, Behrends U. Chronische Erschöpfung bedeutet nicht, einfach nur müde zu sein. *Pädiatrie.* 2022 Jun;34(3):26–33.



**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Immunologie (DGfI) zum Beschlussentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung**

<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>KBV</b>	<b>PatV</b>
<b>für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen</b>	<b>von Post-COVID (postCOV-RL)</b>	<b>von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>  alternativ: <b>von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>

Datum	01.11.2013
Stellungnahme von	[Deutsche Gesellschaft für Immunologie]

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**

## Allgemeine Anmerkung

Neben Long/Post-COVID-Erkrankungen sollte im Titel der Richtlinie auch ME/CFS genannt werden. ME/CFS tritt bei geschätzt 10 – 20% der Post-COVID-Erkrankten, aber auch nach anderen Infektionen wie Epstein-Barr-Virus, Enteroviren oder Influenza auf (*Kedor, 2022 Nacul, 2021*). Präpandemisch waren bereits geschätzt zwischen 140.000 und 310.000 Patienten in Deutschland an ME/CFS erkrankt (IQWIG, 2023). Für ME/CFS-Erkrankte besteht ein großes Versorgungsdefizit. Die Mehrzahl der Patienten ist schwer und chronisch erkrankt (*Legler 2023, Nacul 2021*). Obwohl die Erkrankung bereits präpandemisch häufig war, gibt es bis heute kaum Spezialambulanzen.

Sowohl im niedergelassenen als auch universitären Bereich ist eine interdisziplinäre, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig, um der Komplexität der Krankheitsbilder gerecht zu werden (*Koczulla 2022, Töpfer 2022*). Bislang lässt sich Post Covid und ME/CFS nicht auf Grundlage von klinischen Kriterien sicher diagnostizieren, so dass eine breite und oft interdisziplinäre Diagnosestellung notwendig ist. Für die schwerer und chronisch Erkrankten sollte die Diagnostik daher primär in Spezialambulanzen erfolgen, dafür muss eine adäquate Vergütung der Hochschulambulanzen sicher gestellt werden. Besonderheiten der pädiatrischen Diagnostik und Versorgung sollten berücksichtigt werden.

Bei der Rehabilitation und stationären Unterbringung von an Post-Covid und/oder ME/CFS Erkrankten, die an Belastungsintoleranz mit post-exertioneller Malaise (PEM) leiden, ist auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten. Auch die häufig ausgeprägte Reizempfindlichkeit und eingeschränkte Mobilität müssen bei der Versorgung berücksichtigt werden.

Eine besondere Herausforderung stellt die Versorgung von schwerst an Post-Covid und ME/CFS Erkrankten dar. Geschätzt ¼ aller ME/CFS-Erkrankten sind ans Haus oder Bett gebunden (*Pendergrast, 2016*). Für diese Patienten besteht ein großer Bedarf an aufsuchenden und telemedizinischen Versorgungsangeboten.

## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Modifikationen von Zitaten sind durch kursive Schreibweise ausgewiesen.)
Seite 1: Titel/Zielgruppe	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> ME/CFS sollte wegen hoher Versorgungsrelevanz im Titel vorkommen. <u>Änderungsvorschlag:</u> „von Long/ Post-COVID und ähnlichen <i>Infektions-Folgeerkrankungen</i> sowie ME/CFS“
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Unterstützt wird der Vorschlag von DGK/PatV mit Ergänzung. <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Verfügbarkeit und niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote, <i>im Kindes- und Jugendalter gestützt durch zentrale, digitale (virtuelle) Versorgungsstrukturen</i> “
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von DKG/PatV werden mit Ergänzungen unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „3. die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden ( <i>gemessen an Einschränkung der Alltagsaktivität und Teilhabe</i> ) für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung. 4. die Versorgung auf der Grundlage eines <i>individualisierten, strukturierten und aktuellen Behandlungsplans,</i> “
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unverändert unterstützt.
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 7	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Punkt der PatV muss nicht gesondert erwähnt werden.
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 8	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird minimal adaptiert unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „ ... des Verlaufs unter Beachtung der <i>post-exertionellen Malaise (PEM).</i> “
Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Formulierung sollte korrigiert werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „2. ... zur Prophylaxe einer <i>schweren COVID-19 Long-COVID-ähnliche</i> ...“

<p>Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 3 u. 4</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>Die Richtlinie regelt auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit dem Verdacht auf oder einer festgestellten Erkrankung, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Erkrankungsprägung wie Long-COVID aufweist. In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen und Patienten erfasst, die 1. infolge einer Infektion post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik aufweisen oder 2. eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) aufweisen.</i></p>
<p>Seite 4 §2, Abs. 3</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Zusatz von GKV-SV/KBV wird abgelehnt, weil 1. bereits das Stellen der Verdachtsdiagnose eine notwendige medizinische Maßnahme gemäß der Richtlinie beinhaltet und 2. medizinischer Versorgungsbedarf auch außerhalb einer Studie bestehen kann und oft besteht.</p>
<p>Seite 5 §3, Abs. 1</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde müssen auch Leistungen im tagesstationären und stationären Bereich eingebunden werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„ .... spezialisierte ambulante Versorgung (§7) sowie sonstiger Leistungen (z.B. tagesstationäre, stationäre Versorgung) (§8) erfolgen.</i></p>
<p>Seite 5 §3, Abs. 1</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der DKG zu Krankenhäusern wird unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„Die Versorgung von Patientinnen erfolgt durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringende und Krankenhäuser. ...“</i></p>
<p>Seite 5 §3, Abs. 2</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der DKG wird abgelehnt, weil er zum einen überreguliert und zum anderen unvollständig ist (Pädiatrie, aufsuchende Versorgung).</p>
<p>Seite 5/6 §3, Abs. 3</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird mit Ergänzung unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„Die fachärztliche Versorgung umfasst ... Einrichtungen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt darüber hinaus auch durch stationär/teilstationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit Subspezialisierung sowie insbesondere auch durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).“</i></p>

Seite 6 §3, Abs. 4 allgemein	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt.
Seite 5/6 §3, Abs. 4, Nr. 1-6	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der PatV wird mit Modifikationen unterstützt. <u>Änderungsvorschlag zu PatV:</u> „....., die folgende Kriterien erfüllen: 1. Gewährleistung einer bedarfsgerechten <i>interdisziplinären und multiprofessionellen</i> Versorgung unter Berücksichtigung für das Krankheitsbild besonders relevanter medizinischer Fachgebiete (z.B. Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, <i>Infektiologie, Psychologie bzw. entsprechender pädiatrischer Fachdisziplinen</i> ) 2. die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für die relevanten Fachgebiete ( <i>evtl. in geregelter Kooperation</i> ) 3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten, 4. Information <i>der Betroffenen</i> über laufende Studien und Forschungsergebnisse sowie <i>im Falle von Hochschulambulanzen eigene</i> Forschungstätigkeit zu Erkrankungen gemäß § 2 5. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten <i>und im Falle von Hochschulambulanzen eigenes Angebot von Fortbildungsveranstaltungen zur</i> Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach §2 6. <i>regelmäßiges Angebot.</i> “
Seite 7 §3, Abs. 5	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG wird unterstützt.
Seite 7 §4, Abs. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Keine Übernahme des Vorschlags der PatV, stattdessen Ergänzung zur Zentralisierung der pädiatrischen Versorgung. <u>Änderungsvorschlag:</u> „... <i>Behandlungskoordination und Behandlungsplan. Die Koordination der pädiatrischen Versorgung sollte durch eine übergeordnete, zentrale, digitale (virtuelle) Koordinierungsstelle unterstützt werden, an die sich Betroffene und Primärversorgende wenden können.</i> “
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Behandlungsplan sollte individuell zugeschnitten werden. Der Zusatzvorschlag der KBV erscheint nicht zwingend <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Erstellung eines <i>individualisierten</i> Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 5 Nummer 1 ...“
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von KBV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Vorabklärung und Planung <i>individuell</i> erforderlicher ... Hinsicht,“



Seite 8 §4, Absatz 2, Nr. 5	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Einfügung von KBV/GKV-SV wird nicht unterstützt, weil unspezifisch.
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 9	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Bedarf einer stationären Einweisung sollte ergänzt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „ ... Überweisungen und bei Bedarf stationärer Einweisungen“
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 11	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von GKV-DSV/DKG/PatV und KBV werden mit Ergänzung unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere <i>Leistungserbringende</i> sowie <i>kooperierende Einrichtungen und Organisationen</i> (z.B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen, <i>Ausbildungsstätten, Universitäten</i> )
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 13	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Arbeits- und Ausbildungsfähigkeit kann nicht immer erhalten werden. Die Ausbildungsphase sollte gesondert berücksichtigt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „.... zur Krankheitsbewältigung und dem <i>bestmöglichen</i> Erhalt von Arbeits-, <i>Ausbildungs-</i> oder Schulfähigkeit.“
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 14	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Auf Schulungsangebote und Informationsquellen sollte unter einem weiteren Punkt 14 aufmerksam gemacht werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „ <i>Hinweise auf Schulungsangebote und sonstige Informationsquellen</i> (z.B. <i>Flyer, Webseiten</i> ) für <i>Betroffene, Sorgeberechtigte, andere Leistungserbringende</i> sowie <i>kooperierende Einrichtungen</i> “.
Seite 8/9 §4, Abs. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 9 §4, Abs. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag des GKV-SV erscheint entbehrlich.
Seite 9 §5, Abs. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Besonderheit der primärärztlichen Versorgung durch Fachärztinnen und – ärzte für Kinder- und Jugendärztinnen sollte adressiert werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> <i>Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. „Aufgaben der hausärztlichen ...“</i>

<p>Seite 9</p> <p>§5, Abs. 1, Nr. 1.</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sollten neben Hausärztinnen und -ärzten ausdrücklich berücksichtigt werden. / Die Fremdanamnese in der Pädiatrie sollte in einem eigenen Punkt aufgegriffen werden. / Der psychische Status sollte unter Anamnese (a) eingeordnet werden. / Bei der Anamnese sollte der mutmaßliche Trigger, der Zeitpunkt des Auftretens bzw. die Dauer der Symptomatik erfasst werden. / Häufige Symptome wie Fatigue, Belastungsintoleranz, Dyspnoe, orthostatische Intoleranz (OI), Schmerz, Schlafstörungen und psychische Auffälligkeiten (<i>Davis 2021, Lopez-Leon 2021, 2022</i>) sollten strukturiert erfragt werden. / Die aus der „hinweisende Symptomatik“ (d) resultierenden Empfehlungen sollten präzisiert sowie relevante Fragebögen, Scores und Tests genannt werden, z.B. DSQ-PEM (<i>Cotler 2018</i>), IOM-Kriterien (<i>Carruthers 2003</i>), Kanadischen Konsensuskriterien (CCC) (<i>Clayton 2015</i>), „Munich Berlin Symptom Questionnaire“ (MBSQ) (<i>Peo 2023</i>), angelehnter 10-Minuten-Stehetest (<i>Koczulla 2022</i>), PHQ4-Screener (<i>Löwe 2010</i>) / Zur Messung der Funktionseinschränkungen bzw. Priorisierung des Versorgungsbedarfs kann bei chronischer Fatigue und ME/CFS der Bell-Score [Bell 1995] sowie im Falle von Kindern und Jugendlichen allgemein der Fragenkatalog der Deutschen Gesellschaft für Kinder – und Jugendheilkunde (DGKJ) (<i>Töpfner 2022</i>) eingesetzt werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p><i>„Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. Aufgaben der hausärztlichen Versorgung im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Basis-Assessment: die Abklärung des Verdachts ... durch systematische Erfassung .... In der Regel einschließlich       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ausführlicher, <i>strukturierter</i> Anamnese mit Impfanamnese und Erfassung häufiger Symptome sowie mutmaßlichem Trigger, Zeitpunkt des Auftretens und Dauer der Symptome (darunter Fatigue, Belastungsintoleranz, orthostatische Intoleranz (OI), Dyspnoe, Schmerz, Schlafstörungen und psychischer Status,</li> <li>b) <i>im Falle einer anamnestische Belastungsintoleranz</i> Abklärung einer post-exertionellen Malaise (PEM), z.B. mittels etablierten Fragebogens (DSQ-PEM).</li> <li>c) <i>im Falle von Fatigue und PEM</i> Abklärung eines ME/CFS mittels etablierter klinischer Kriterien [Kriterien des Institute of Medicine (IOM) und/oder Kanadische Konsensuskriterien (CCC), evtl. mit einem integrierten Fragebogen (MBSQ)], unter Berücksichtigung der Mindestkrankheitsdauer von 6 Monaten bei Erwachsenen und 3 Monaten bei Kindern und Jugendlichen,</li> <li>d) Erfassung des funktionellen Status (leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkung) anhand etablierter Skalen (im Falle von chronischer Fatigue des Bell-Scores) sowie Einschränkungen der Teilhabe der Betroffenen (im Falle von Kindern und Jugendlichen auch eingeschränkter Berufstätigkeit von Sorgeberechtigten),</li> </ol> </li> </ol>
--	--

	<p>e) <i>im Falle von Kindern und Jugendlichen je nach Alter ausschließlich oder zusätzlich eine Fremdanamnese durch mindestens eine/n Sorgeberechtigten, dabei möglichst getrennte Befragung von pädiatrischem Patient und Sorgeberechtigten,</i></p> <p>f) <i>ausführlicher körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen und Ernährungsstatus (inklusive BMI), unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten,</i></p> <p>g) <i>im Falle einer orthostatische Intoleranz (OI) über mehr als drei Monate Abklärung eines posturalen orthostatischen Tachykardie-Syndroms (PoTS) oder einer Orthostatischen Hypotonie (OH) mittels angelehntem 10-Minuten-Stehetest („NASA lean test“).</i></p>
Seite 9 §5, Abs. 1, Nr. 2	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Zusätze durch KBV und GKV-SV erscheinen entbehrlich.</p>
Seite 9 §5, Abs. 3	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 10 §5, Abs. 3, Nr. 4-10	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Zusätze der KBV zu Nr. 4, 6, 8 und 10 erscheinen entbehrlich. Die Ergänzung des GKV-SV in Nr. 5 wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 11	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von KBV/DGK/PatV wird mit Ergänzung unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen, <i>auch digital</i>“</p>
Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 12	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird unterstützt.</p>
Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 13	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der eingefügte Vorschlag des GKV-SV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 10, §5, Abs. 3, Nr. 1	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Unterstützt werden die Vorschläge der PatV im allgemeinen Teil, sowie von GKV-SV/KBV/PatV unter Nummer 1.</p>
Seite 11 §5, Abs. 4	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV, inklusive allen Ergänzungen, wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 2	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 3	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV erscheint nicht zwingend.</p>
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 4	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>

Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 6	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 7-9	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen der KBV erscheinen nicht zwingend.
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 10/11	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen des GKV-SV erscheinen nicht zwingend.
Seite 12/13 §6, Abs. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen von KBV/DKG/PatV zum ersten Satz und zu Nummer 1, von DKG/PatV zu Nummer 2 und von KBV/DKG/PatV zu Nummer 3 werden uneingeschränkt unterstützt.
Seite 13 §6, Abs. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung des GKV-SV wird ebenso wie die nachfolgende Anmerkung von KBV/PatV unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „Sofern erforderlich, ... besteht.“ „Dieses Vorgehen beinhaltet.“
Seite 13/14 §6, Abs. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von DKG/PatV wird uneingeschränkt inklusive der Ergänzung der PatV unterstützt.
Seite 14 §6, Abs. 5	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 14 §7, Nummer 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von GKV-SV/DKG/PatV wird mit minimaler Anpassung unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „... nicht durch hinreichend spezialisierte, vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erfolgen kann,“
Seite 14 §7, Nummer 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 14 §7, Nummer 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 15 §7, Nummer 6	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der KBV-Vorschlag erscheint entbehrlich.
Seite 15 §7, Nummer 7	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Formulierung von KBV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.

Seite 15 §7, Nummer 8	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/KBV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 15 §8, Abs. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Modifikation unterstützt. Die PEM ist eine Sonderform der Belastungsintoleranz und nicht gleichbedeutend mit letzterer. Die Anmerkungen der PatV können aufgegriffen werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V.</li> <li>2. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz <i>mit post-exertioneller Malaise</i> (PEM) auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.</li> <li>3. <i>Bei allen Verordnungen sollten Besonderheiten wie PEM, ausgeprägte Reizempfindlichkeit oder eingeschränkte Mobilität ausdrücklich vermerkt werden. Im Falle von PEM sollte die Möglichkeit der aufsuchenden und telemedizinischen Umsetzung der Verordnung geprüft werden. „</i></li> </ol>
Seite 15 §8, Abs. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Anpassung unterstützt. Bei Kindern und Jugendlichen sollten immer auch ortsnahe stationäre oder teilstationäre Versorgungsangebote in Erwägung gezogen werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung, wenn diese gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist.</li> <li>2. Insbesondere bei einer Belastungsintoleranz mit PEM, bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen <i>und/oder im Falle von Kindern und Jugendlichen</i> ist eine stationäre bzw. teilstationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen.“</li> </ol>
Seite 15 §9	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der PatV wird uneingeschränkt unterstützt.

**Literaturverzeichnis**

- Behnood* SA, Shafran R, Bennett SD, Zhang AXD, O'Mahoney LL, Stephenson TJ, Ladhani SN, De Stavola BL, Viner RM, Swann OV. Persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection amongst children and young people: A meta-analysis of controlled and uncontrolled studies. *J Infect.* 2022 Feb;84(2):158-170. doi: 10.1016/j.jinf.2021.11.011.
- Bell* DS. *The Doctor's Guide to Chronic Fatigue Syndrome: Understanding, Treating and Living with CFIDS.* Boston: Da Capo Lifelong Books; 1995.
- Borch* L, Holm M, Knudsen M, Ellermann-Eriksen S, Hagstroem S. Long COVID symptoms and duration in SARS-CoV-2 positive children - a nationwide cohort study. *Eur J Pediatr.* 2022 Apr;181(4):1597-1607. doi: 10.1007/s00431-021-04345-z.
- Carruthers* BM, Jain AK, De Meirleir KL, Peterson DL, Klimas NG, Lerner AM, Bested AC, Flor-Henry P, Joshi P, Powles ACP, Sherkey JA, van de Sande MI (2003). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome, *Journal Of Chronic Fatigue Syndrome*, 11:1, 7-115, doi: 10.1300/J092v11n01\_02
- Clayton* E. Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. An IOM Report on Redefining an Illness. *JAMA* 2015. 313. 10.1001/jama.2015.1346
- Cotler* J, Holtzman C, Dudun C, Jason LA. A Brief Questionnaire to Assess Post-Exertional Malaise. *Diagnostics (Basel).* 2018 Sep 11;8(3):66. doi: 10.3390/diagnostics8030066.
- Crawley* EM, Emond AM, Sterne JA. Unidentified Chronic Fatigue Syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) is a major cause of school absence: surveillance outcomes from school-based clinics. *BMJ Open.* 2011 Dec 12;1(2):e000252. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000252. Erratum in: *BMJ Open.* 2019 Nov 10;9(11):e000252corr1.
- IQWIG*, ME/CFS: Der aktuelle Kenntnisstand, Mai 2023
- Jason* LA, Katz BZ, Sunnquist M, Torres C, Cotler J, Bhatia S. The Prevalence of Pediatric Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome in a Community-Based Sample. *Child Youth Care Forum.* 2020 Aug;49(4):563-579. doi: 10.1007/s10566-019-09543-3.
- Katz* BZ, Shiraishi Y, Mears CJ, Binns HJ, Taylor R. Chronic fatigue syndrome after infectious mononucleosis in adolescents. *Pediatrics.* 2009 Jul;124(1):189-93. doi: 10.1542/peds.2008-1879.
- Kedor* C, Freitag H, Meyer-Arndt L, Wittke K, Hanitsch LG, Zoller T, Steinbeis F, Haffke M, Rudolf G, Heidecker B, Bobbert T, Spranger J, Volk HD, Skurk C, Konietschke F, Paul F, Behrends U, Bellmann-Strobl J, Scheibenbogen C. A prospective observational study of post-COVID-19 chronic fatigue syndrome following the first pandemic wave in Germany and biomarkers associated with symptom severity. *Nat Commun.* 2022 Aug 30;13(1):5104. doi: 10.1038/s41467-022-32507-6.
- Koczulla* AR, Ankermann T, Behrends U, Berlit P, Berner R, Böing S, Brinkmann F, Frank U, Franke C, Glöckl R, Gogoll C, Häuser W, Hohberger B, Huber G, Hummel T, Köllner V, Krause S, Kronsbein J, Maibaum T, Otto-Thöne A, Pecks U, Peters EMJ, Peters S, Pfeifer M, Platz T, Pletz M, Powitz F, Rabe KF, Scheibenbogen C, Schneider D, Stallmach A, Stegbauer M, Tenenbaum T, Töpfner N, von Versen-Höynck F, Wagner HO, Waller C, Widmann CN, Winterholler C, Wirtz H, Zwick R. S1-Leitlinie Long-/Post-COVID [German S1 Guideline Long-/Post-COVID]. *Pneumologie.* 2022 Dec;76(12):855-907. German. doi: 10.1055/a-1946-3230.
- Legler* F, Meyer-Arndt L, Mödl L, Kedor C, Freitag H, Stein E, Hoppmann U, Rust R, Wittke K, Siebert N, Behrens J, Thiel A, Konietschke F, Paul F, Scheibenbogen C, Bellmann-Strobl J. Long-term symptom severity and clinical biomarkers in post-COVID-19/chronic fatigue syndrome: results from a prospective observational cohort. *EClinicalMedicine.* 2023 Aug 19;63:102146. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102146. PMID: 37662515; PMCID: PMC10469383.

- Lopez-Leon S*, Wegman-Ostrosky T, Ayuzo Del Valle NC, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, Villapol S. Long-COVID in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. *Sci Rep.* 2022 Jun 23;12(1):9950. doi: 10.1038/s41598-022-13495-5.
- Lopez-Leon S*, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, Villapol S. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2021 Aug 9;11(1):16144. doi: 10.1038/s41598-021-95565-8.
- Löwe B*, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, Schneider A, Brähler E. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord.* 2010 Apr;122(1-2):86-95. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.019.
- Nacul L*, Authier FJ, Scheibenbogen C, Lorusso L, Helland IB, Martin JA, Sirbu CA, Mengshoel AM, Polo O, Behrends U, Nielsen H, Grabowski P, Sekulic S, Sepulveda N, Estévez-López F, Zalewski P, Pheby DFH, Castro-Marrero J, Sakkas GK, Capelli E, Brundsdlund I, Cullinan J, Krumina A, Bergquist J, Murovska M, Vermuelen RCW, Lacerda EM. European Network on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (EUROMENE): Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision, and Care of People with ME/CFS in Europe. *Medicina (Kaunas).* 2021 May 19;57(5):510. doi: 10.3390/medicina57050510. PMID: 34069603; PMCID: PMC8161074.
- Nittas V*, Gao M, West EA, Ballouz T, Menges D, Wulf Hanson S, Puhan MA. Long COVID Through a Public Health Lens: An Umbrella Review. *Public Health Rev.* 2022 Mar 15;43:1604501. doi: 10.3389/phrs.2022.1604501.
- Pellegrino R*, Chiappini E, Licari A, Galli L, Marseglia GL. Prevalence and clinical presentation of long COVID in children: a systematic review. *Eur J Pediatr.* 2022 Dec;181(12):3995-4009. doi: 10.1007/s00431-022-04600-x.
- Pendergrast T*, Brown A, Sunnquist M, Jantke R, Newton JL, Strand EB, Jason LA. Housebound versus nonhousebound patients with myalgic encephalomyelitis and chronic fatigue syndrome. *Chronic Illn.* 2016 Dec;12(4):292-307. doi: 10.1177/1742395316644770. Epub 2016 Apr 28. PMID: 27127189; PMCID: PMC5464362.
- Peo LC*, Wiehler K, Paulick J, Gerrer K, Leone A, Viereck A, Haegele M, Stojanov S, Warlitz C, Augustin S, Alberer M, Hattesohtl DBR, Froehlich L, Scheibenbogen C, Mihatsch L, Pricoco R, Behrends U. medRxiv 2023.08.23.23293081; doi: <https://doi.org/10.1101/2023.08.23.23293081> (Eur J Pediatrics, in Revision)
- Rowe KS*. Long Term Follow up of Young People With Chronic Fatigue Syndrome Attending a Pediatric Outpatient Service. *Front Pediatr.* 2019 Feb 21;7:21. doi: 10.3389/fped.2019.00021.
- Rowe K*. Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis (CFS/ME) in Adolescents: Practical Guidance and Management Challenges. *Adolesc Health Med Ther.* 2023 Jan 4;14:13-26. doi: 10.2147/AHMT.S317314.
- Rowe PC*, Underhill RA, Friedman KJ, Gurwitt A, Medow MS, Schwartz MS, Speight N, Stewart JM, Vallings R, Rowe KS. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Diagnosis and Management in Young People: A Primer. *Front Pediatr.* 2017 Jun 19;5:121. doi: 10.3389/fped.2017.00121.
- Töpfer N*; Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI); Alberer M, Ankermann T; Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. (GPP); Bender S; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP); Berner R, de Laffolie J; Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e. V. (GPGE); Dingemann J; Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH); Heinicke D; Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V. (BKJR); Haas JP; Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR); Hufnagel M, Hummel T; Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC); Huppertz HI; Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ); Knuf M, Kobbe R, Lücke T; Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP); Riedel J; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ); Rosenecker J;

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e. V. (DGpRP); Wölfle J; Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie e. V. (DGKED); Schneider B; Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V. (DGSM); Schneider D; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ); Schriever V; Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC); Schroeder A; Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP); Stojanov S, Tenenbaum T, Trapp S; Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ); Vilser D; Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e. V. (DGPK); Brinkmann F, Behrends U. Einheitliche Basisversorgung von Kindern und Jugendlichen mit *Long COVID*: Stellungnahme einer multidisziplinären Arbeitsgruppe der DGKJ-Konvent-Gesellschaften (Stand: Februar 2022). *Monatsschr Kinderheilkd.* 2022;170(6):539-547. German. doi: 10.1007/s00112-021-01408-1.

*World Health Organization (WHO)*. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_condition-Clinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1). Accessed 7 June 2023

### **Modellprojekte**

*CFS\_CARE: Innovtionsfond*: Versorgungskonzept für Patienten mit Chronischem Fatigue Syndrom/ Myalgischer Enzephalomyelitis (CFS/ME) [https://cfc.charite.de/klinische\\_studien/cfs\\_care/](https://cfc.charite.de/klinische_studien/cfs_care/)

*BAYNET FOR ME/CFS*: Bayerisches Netzwerk zur Erforschung von ME/CFS. <https://www.ukw.de/behandlungszentren/fruehdiagnosezentrum-sozialpaediatrisches-zentrum/aktuelle-meldungen/aktuelle-meldungen-detailansicht/news/mecfs-neue-schulungsreihe-fuer-betroffene-kinder-und-jugendliche-im-rahmen-einer-studie-1>.

*Post-COVID Kids Bavaria*: Förderinitiative für die Versorgungsforschung zum Post-COVID-Syndrom Teilprojekt 2: „Post-COVID Kids Bavaria – PCFC“ (Post-COVID Fatigue Center). [https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/infektionsschutz/doc/post\\_covid\\_kids\\_bavaria\\_teilprojekt\\_2.pdf](https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/infektionsschutz/doc/post_covid_kids_bavaria_teilprojekt_2.pdf).





**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für  
Pädiatrische Infektiologie (DGPI) zum  
Beschlussentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie  
über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und  
strukturierte Versorgung**

<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>KBV</b>	<b>PatV</b>
<b>für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen</b>	<b>von Post-COVID (postCOV-RL)</b>	<b>von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>  alternativ: <b>von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>

Datum	01.11.2023
Stellungnahme von	[Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie]

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

## Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

### Allgemeine Anmerkung

Neben Long/Post-COVID-Erkrankungen sollte im Titel der Richtlinie auch ME/CFS und im Text ergänzend das Post-VAC-Syndrom erfasst werden. Alle genannten Erkrankungen kommen im Kindes- und Jugendalter ebenfalls vor und sind mit ähnlichen Herausforderungen bei der Versorgung verbunden (1,2,3). Im Kindes- und Jugendalter waren präpandemisch etwa 80% ME/CFS-Fälle einem viralen Trigger geschuldet, etwa die Hälfte davon einer Erstinfektion mit dem Epstein-Barr-Virus (2,4). Betroffen sind vor allem adoleszente Mädchen (5,6,7). ME/CFS in Folge von COVID-19 wurde kürzlich auch bei Adoleszenten in Deutschland beschrieben (1).

Spezielle pädiatrische Definitionen der Post-COVID-Condition (8) und von ME/CFS (1) wurden international etabliert und sind dem Konsens geschuldet, dass Kinder und Jugendliche besonders zügig versorgt werden sollten. Auch im Kindes- und Jugendalter ist eine enge interdisziplinäre, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig, um der Komplexität der Krankheitsbilder gerecht zu werden (9,10). Besonderheiten der pädiatrischen Versorgung sollten berücksichtigt werden:

Die primärärztliche Versorgung wird in der Regel durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin geleistet. Die spezialisierte fachärztliche Differenzialdiagnostik (z.B. Kinderkardiologie, -pulmonologie, -neurologie, -immunologie), wird durch die Subdisziplinen der Pädiatrie angeboten, welche überwiegend unter einem Dach in Kinderkliniken und weniger im niedergelassenen Bereich angesiedelt sind. Interdisziplinäre diagnostische Angebote für PCS und ME/CFS finden sich derzeit überwiegend in pädiatrischen Hochschulambulanzen, Tageskliniken und Stationen sowie in Sozialpädiatrischen Zentren. Dafür muss eine adäquate Vergütung sichergestellt werden.

Psychosoziale Bedarfe haben bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit den adressierten Erkrankungen einen besonders hohen Stellenwert (10). Sie erfordern spezialisiertes Wissen zu den gesetzlichen Regelungen für diese Altersgruppe. Den auf eine teilhabeorientierte, multiprofessionelle Versorgung ausgerichteten Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sollte deshalb eine zentrale Rolle bei der Versorgung der jungen Betroffenen zukommen.

Erwähnenswert erscheint der besondere Bedarf von zentralisierten, telemedizinischen Versorgungsangeboten bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit den adressierten Erkrankungen. Dieser ist der geringeren Dichte von spezialisierten pädiatrischen Einrichtungen bei einer relativ zu Erwachsenen geringeren Prävalenz von PCS (6,11,12) und ME/CFS [13,14] geschuldet. Um eine flächendeckend hochwertige pädiatrische Versorgung vorzuhalten, sind virtuelle Fallkonferenzen und Telekonsile für Leistungserbringende sowie Televisiten und altersadaptierte Schulungsangebote für Betroffene und Sorgeberechtigte anzustreben. Modellprojekte sind diesbezüglich vielversprechend (15,16).

## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ( <i>Modifikationen von Zitaten sind durch kursive Schreibweise ausgewiesen.</i> )
Seite 1: Titel/Zielgruppe	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> ME/CFS sollte wegen hoher Versorgungsrelevanz im Titel vorkommen. <u>Änderungsvorschlag:</u> „von Long/ Post-COVID und ähnlichen <i>Infektions-Folgeerkrankungen</i> sowie ME/CFS“
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Unterstützt wird der Vorschlag von DGK/PatV mit Ergänzung. <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Verfügbarkeit und niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote, <i>im Kindes- und Jugendalter gestützt durch zentrale, digitale (virtuelle) Versorgungsstrukturen</i> “
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von DKG/PatV werden mit Ergänzungen unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „3. die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden ( <i>gemessen an Einschränkung der Alltagsaktivität und Teilhabe</i> ) für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung. 4. die Versorgung auf der Grundlage eines <i>individualisierten, strukturierten und aktuellen Behandlungsplans,</i> “
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unverändert unterstützt.
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 7	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Punkt der PatV muss nicht gesondert erwähnt werden.
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 8	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird minimal adaptiert unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „ ... des Verlaufs unter Beachtung der <i>post-exertionellen Malaise (PEM).</i> “
Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Formulierung sollte korrigiert werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „2. ... zur Prophylaxe einer <i>schweren COVID-19 Long-COVID-ähnliche</i> ...“

<p>Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 3 u. 4</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>Die Richtlinie regelt auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit dem Verdacht auf oder einer festgestellten Erkrankung, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Erkrankungsprägung wie Long-COVID aufweist. In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen und Patienten erfasst, die 1. infolge einer Infektion post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik aufweisen oder 2. eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) aufweisen.</i></p>
<p>Seite 4 §2, Abs. 3</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Zusatz von GKV-SV/KBV wird abgelehnt, weil 1. bereits das Stellen der Verdachtsdiagnose eine notwendige medizinische Maßnahme gemäß der Richtlinie beinhaltet und 2. medizinischer Versorgungsbedarf auch außerhalb einer Studie bestehen kann und oft besteht.</p>
<p>Seite 5 §3, Abs. 1</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde müssen auch Leistungen im tagesstationären und stationären Bereich eingebunden werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„ ... spezialisierte ambulante Versorgung (§7) sowie sonstiger Leistungen (z.B. tagesstationäre, stationäre Versorgung) (§8) erfolgen.</i></p>
<p>Seite 5 §3, Abs. 1</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der DKG zu Krankenhäusern wird unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„Die Versorgung von Patientinnen erfolgt durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringende und Krankenhäuser. ...“</i></p>
<p>Seite 5 §3, Abs. 2</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der DKG wird abgelehnt, weil er zum einen überreguliert und zum anderen unvollständig ist (Pädiatrie, aufsuchende Versorgung).</p>
<p>Seite 5/6 §3, Abs. 3</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird mit Ergänzung unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„Die fachärztliche Versorgung umfasst ... Einrichtungen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt darüber hinaus auch durch stationär/teilstationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit Subspezialisierung sowie insbesondere auch durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).“</i></p>

Seite 6 §3, Abs. 4 allgemein	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt.
Seite 5/6 §3, Abs. 4, Nr. 1-6	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der PatV wird mit Modifikationen unterstützt. <u>Änderungsvorschlag zu PatV:</u> „....., die folgende Kriterien erfüllen: 1. Gewährleistung einer bedarfsgerechten <i>interdisziplinären und multiprofessionellen</i> Versorgung unter Berücksichtigung für das Krankheitsbild besonders relevanter medizinischer Fachgebiete (z.B. Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, <i>Infektiologie, Immunologie, Psychologie bzw. entsprechender pädiatrischer Fachdisziplinen</i> ) 2. die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für die relevanten Fachgebiete ( <i>evtl. in geregelter Kooperation</i> ) 3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten, 4. Information <i>der Betroffenen</i> über laufende Studien und Forschungsergebnisse sowie <i>im Falle von Hochschulambulanzen eigene</i> Forschungstätigkeit zu Erkrankungen gemäß § 2 5. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten <i>und im Falle von Hochschulambulanzen eigenes Angebot von Fortbildungsveranstaltungen zur</i> Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach §2 6. <i>regelmäßiges Angebot.</i> “
Seite 7 §3, Abs. 5	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG wird unterstützt.
Seite 7 §4, Abs. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Keine Übernahme des Vorschlags der PatV, stattdessen Ergänzung zur Zentralisierung der pädiatrischen Versorgung. <u>Änderungsvorschlag:</u> „... <i>Behandlungskoordination und Behandlungsplan. Die Koordination der pädiatrischen Versorgung sollte durch eine übergeordnete, zentrale, digitale (virtuelle) Koordinierungsstelle unterstützt werden, an die sich Betroffene und Primärversorgende wenden können.</i> “
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Behandlungsplan sollte individuell zugeschnitten werden. Der Zusatzvorschlag der KBV erscheint nicht zwingend <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Erstellung eines <i>individualisierten</i> Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 5 Nummer 1 ...“
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von KBV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Vorabklärung und Planung <i>individuell</i> erforderlicher ... Hinsicht,“

Seite 8 §4, Absatz 2, Nr. 5	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Einfügung von KBV/GKV-SV wird nicht unterstützt, weil unspezifisch.
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 9	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Bedarf einer stationären Einweisung sollte ergänzt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „ ... Überweisungen und bei Bedarf stationärer Einweisungen“
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 11	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von GKV-DSV/DKG/PatV und KBV werden mit Ergänzung unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere <i>Leistungserbringende sowie kooperierende Einrichtungen und Organisationen</i> (z.B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen, <i>Ausbildungsstätten, Universitäten</i> )“
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 13	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Arbeits- und Ausbildungsfähigkeit kann nicht immer erhalten werden. Die Ausbildungsphase sollte gesondert berücksichtigt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „.... zur Krankheitsbewältigung und dem <i>bestmöglichen</i> Erhalt von Arbeits-, <i>Ausbildungs-</i> oder Schulfähigkeit.“
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 14	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Auf Schulungsangebote und Informationsquellen sollte unter einem weiteren Punkt 14 aufmerksam gemacht werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „ <i>Hinweise auf Schulungsangebote und sonstige Informationsquellen</i> (z.B. <i>Flyer, Webseiten</i> ) für <i>Betroffene, Sorgeberechtigte, andere Leistungserbringende sowie kooperierende Einrichtungen</i> “.
Seite 8/9 §4, Abs. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 9 §4, Abs. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag des GKV-SV erscheint entbehrlich.
Seite 9 §5, Abs. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Besonderheit der primärärztlichen Versorgung durch Fachärztinnen und – ärzte für Kinder- und Jugendärztinnen sollte adressiert werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> <i>Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. „Aufgaben der hausärztlichen ...“</i>

<p>Seite 9</p> <p>§5, Abs. 1, Nr. 1.</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sollten neben Hausärztinnen und -ärzten ausdrücklich berücksichtigt werden. / Die Fremdanamnese in der Pädiatrie sollte in einem eigenen Punkt aufgegriffen werden. / Der psychische Status sollte unter Anamnese (a) eingeordnet werden. / Bei der Anamnese sollte der mutmaßliche Trigger, der Zeitpunkt des Auftretens bzw. die Dauer der Symptomatik erfasst werden. / Häufige Symptome wie Fatigue, Belastungsintoleranz, Dyspnoe, orthostatische Intoleranz (OI), Schmerz, Schlafstörungen und psychische Auffälligkeiten (17,18,19) sollten strukturiert erfragt werden. / Die aus der „hinweisende Symptomatik“ (d) resultierenden Empfehlungen sollten präzisiert sowie relevante Fragebögen, Scores und Tests genannt werden, z.B. DSQ-PEM (20), IOM-Kriterien (21), Kanadischen Konsensuskriterien (CCC) (22), „Munich Berlin Symptom Questionnaire“ (MBSQ) (1), angelehnter 10-Minuten-Stehetest (9), PHQ4-Screener (23) / Zur Messung der Funktionseinschränkungen bzw. Priorisierung des Versorgungsbedarfs kann bei chronischer Fatigue und ME/CFS der Bell-Score (24) sowie im Falle von Kindern und Jugendlichen allgemein der Fragenkatalog der Deutschen Gesellschaft für Kinder – und Jugendheilkunde (DGKJ) (10) eingesetzt werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p><i>„Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. Aufgaben der hausärztlichen Versorgung im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Basis-Assessment: die Abklärung des Verdachts ... durch systematische Erfassung .... In der Regel einschließlich       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ausführlicher, <i>strukturierter</i> Anamnese mit Impfanamnese und Erfassung häufiger Symptome sowie mutmaßlichem Trigger, Zeitpunkt des Auftretens und Dauer der Symptome (darunter Fatigue, Belastungsintoleranz, orthostatische Intoleranz (OI), Dyspnoe, Schmerz, Schlafstörungen und psychischer Status,</li> <li>b) <i>im Falle einer anamnestische Belastungsintoleranz</i> Abklärung einer post-exertionellen Malaise (PEM), z.B. mittels etablierten Fragebogens (DSQ-PEM).</li> <li>c) <i>im Falle von Fatigue und PEM</i> Abklärung eines ME/CFS mittels etablierter klinischer Kriterien [Kriterien des Institute of Medicine (IOM) und/oder Kanadische Konsensuskriterien (CCC), evtl. mit einem integrierten Fragebogen (MBSQ)], unter Berücksichtigung der Mindestkrankheitsdauer von 6 Monaten bei Erwachsenen und 3 Monaten bei Kindern und Jugendlichen,</li> <li>d) Erfassung des funktionellen Status (leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkung) anhand etablierter Skalen (im Falle von chronischer Fatigue des Bell-Scores) sowie Einschränkungen der Teilhabe der Betroffenen (im Falle von Kindern und Jugendlichen auch eingeschränkter Berufstätigkeit von Sorgeberechtigten),</li> <li>e) <i>im Falle von Kindern und Jugendlichen je nach Alter ausschließlich oder zusätzlich</i> eine Fremdanamnese durch mindestens eine/n</li> </ol> </li> </ol>
--	---

	<p>Sorgeberechtigten, dabei möglichst getrennte Befragung von pädiatrischem Patient <i>und Sorgeberechtigten</i>,</p> <p>f) <i>ausführlicher</i> körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen <i>und Ernährungsstatus (inklusive BMI)</i>, unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten,</p> <p>g) <i>im Falle einer orthostatische Intoleranz (OI) über mehr als drei Monate Abklärung eines</i> posturalen orthostatischen Tachykardie-Syndroms (<i>PoTS</i>) <i>oder einer Orthostatischen Hypotonie (OH) mittels angelehntem 10-Minuten-Stehetest („NASA lean test“).</i></p>
Seite 9 §5, Abs. 1, Nr. 2	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Zusätze durch KBV und GKV-SV erscheinen entbehrlich.</p>
Seite 9 §5, Abs. 3	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 10 §5, Abs. 3, Nr. 4-10	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Zusätze der KBV zu Nr. 4, 6, 8 und 10 erscheinen entbehrlich. Die Ergänzung des GKV-SV in Nr. 5 wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 11	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von KBV/DGK/PatV wird mit Ergänzung unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> „bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen, <i>auch digital</i>“</p>
Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 12	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird unterstützt.</p>
Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 13	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der eingefügte Vorschlag des GKV-SV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 10, §5, Abs. 3, Nr. 1	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Unterstützt werden die Vorschläge der PatV im allgemeinen Teil, sowie von GKV-SV/KBV/PatV unter Nummer 1.</p>
Seite 11 §5, Abs. 4	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV, inklusive allen Ergänzungen, wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 2	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 3	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV erscheint nicht zwingend.</p>
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 4	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 6	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>



Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 7-9	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen der KBV erscheinen nicht zwingend.
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 10/11	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen des GKV-SV erscheinen nicht zwingend.
Seite 12/13 §6, Abs. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen von KBV/DKG/PatV zum ersten Satz und zu Nummer 1, von DKG/PatV zu Nummer 2 und von KBV/DKG/PatV zu Nummer 3 werden uneingeschränkt unterstützt.
Seite 13 §6, Abs. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung des GKV-SV wird ebenso wie die nachfolgende Anmerkung von KBV/PatV unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „Sofern erforderlich, .... besteht.“ „Dieses Vorgehen beinhaltet.“
Seite 13/14 §6, Abs. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von DKG/PatV wird uneingeschränkt inklusive der Ergänzung der PatV unterstützt.
Seite 14 §6, Abs. 5	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 14 §7, Nummer 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von GKV-SV/DKG/PatV wird mit minimaler Anpassung unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „... nicht durch hinreichend spezialisierte, vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erfolgen kann,“
Seite 14 §7, Nummer 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 14 §7, Nummer 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 15 §7, Nummer 6	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der KBV-Vorschlag erscheint entbehrlich.
Seite 15 §7, Nummer 7	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Formulierung von KBV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 15 §7, Nummer 8	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/KBV wird uneingeschränkt unterstützt.

<p>Seite 15 §8, Abs. 1</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Modifikation unterstützt. Die PEM ist eine Sonderform der Belastungsintoleranz und nicht gleichbedeutend mit letzterer. Die Anmerkungen der PatV können aufgegriffen werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V.</li> <li>2. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz <i>mit post-exertioneller Malaise (PEM)</i> auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.</li> <li>3. <i>Bei allen Verordnungen sollten Besonderheiten wie PEM, ausgeprägte Reizempfindlichkeit oder eingeschränkte Mobilität ausdrücklich vermerkt werden. Im Falle von PEM sollte die Möglichkeit der aufsuchenden und telemedizinischen Umsetzung der Verordnung geprüft werden. „</i></li> </ol>
<p>Seite 15 §8, Abs. 2</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Anpassung unterstützt. Bei Kindern und Jugendlichen sollten immer auch ortsnahe stationäre oder teilstationäre Versorgungsangebote in Erwägung gezogen werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung, wenn diese gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist.</li> <li>2. Insbesondere bei einer Belastungsintoleranz (PEM), bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen <i>und/oder im Falle von Kindern und Jugendlichen</i> ist eine stationäre bzw. teilstationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen.“</li> </ol>
<p>Seite 15 §9</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Der Vorschlag der PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>

**Literaturverzeichnis**

1. *Peo* LC, Wiehler K, Paulick J, Gerrer K, Leone A, Viereck A, Haegele M, Stojanov S, Warlitz C, Augustin S, Alberer M, Hattesohtl DBR, Froehlich L, Scheibenbogen C, Mihatsch L, Pricoco R, Behrends U. medRxiv 2023.08.23.23293081; doi: <https://doi.org/10.1101/2023.08.23.23293081> (Eur J Pediatrics, in Revision)
2. *Rowe* KS. Long Term Follow up of Young People With Chronic Fatigue Syndrome Attending a Pediatric Outpatient Service. *Front Pediatr.* 2019 Feb 21;7:21. doi: 10.3389/fped.2019.00021.
3. *Rowe* K. Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis (CFS/ME) in Adolescents: Practical Guidance and Management Challenges. *Adolesc Health Med Ther.* 2023 Jan 4;14:13-26. doi: 10.2147/AHMT.S317314.
4. *Katz* BZ, Shiraishi Y, Mears CJ, Binns HJ, Taylor R. Chronic fatigue syndrome after infectious mononucleosis in adolescents. *Pediatrics.* 2009 Jul;124(1):189-93. doi: 10.1542/peds.2008-1879.
5. *Rowe* PC, Underhill RA, Friedman KJ, Gurwitt A, Medow MS, Schwartz MS, Speight N, Stewart JM, Vallings R, Rowe KS. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Diagnosis and Management in Young People: A Primer. *Front Pediatr.* 2017 Jun 19;5:121. doi: 10.3389/fped.2017.00121.
6. *Borch* L, Holm M, Knudsen M, Ellermann-Eriksen S, Hagstroem S. Long COVID symptoms and duration in SARS-CoV-2 positive children - a nationwide cohort study. *Eur J Pediatr.* 2022 Apr;181(4):1597-1607. doi: 10.1007/s00431-021-04345-z.
7. *Pellegrino* R, Chiappini E, Licari A, Galli L, Marseglia GL. Prevalence and clinical presentation of long COVID in children: a systematic review. *Eur J Pediatr.* 2022 Dec;181(12):3995-4009. doi: 10.1007/s00431-022-04600-x.
8. *World Health Organization (WHO)*. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_condition-Clinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1). Accessed 7 June 2023
9. *Koczulla* AR, Ankermann T, Behrends U, Berlit P, Berner R, Böing S, Brinkmann F, Frank U, Franke C, Glöckl R, Gogoll C, Häuser W, Hohberger B, Huber G, Hummel T, Köllner V, Krause S, Kronsbein J, Maibaum T, Otto-Thöne A, Pecks U, Peters EMJ, Peters S, Pfeifer M, Platz T, Pletz M, Powitz F, Rabe KF, Scheibenbogen C, Schneider D, Stallmach A, Stegbauer M, Tenenbaum T, Töpfner N, von Versen-Höyneck F, Wagner HO, Waller C, Widmann CN, Winterholler C, Wirtz H, Zwick R. S1-Leitlinie Long-/Post-COVID [German S1 Guideline Long-/Post-COVID]. *Pneumologie.* 2022 Dec;76(12):855-907. German. doi: 10.1055/a-1946-3230.
10. *Töpfner N*; Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI); Alberer M, Ankermann T; Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. (GPP); Bender S; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP); Berner R, de Laffolie J; Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e. V. (GPGE); Dingemann J; Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH); Heinicke D; Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V. (BKJR); Haas JP; Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR); Hufnagel M, Hummel T; Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC); Huppertz HI; Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ); Knuf M, Kobbe R, Lücke T; Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP); Riedel J; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ); Rosenecker J; Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e. V. (DGpRP); Wölflle J; Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie e. V. (DGKED); Schneider B; Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V. (DGSM); Schneider D; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ); Schriever V; Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC); Schroeder A; Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP); Stojanov S, Tenenbaum T, Trapp S; Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ); Vilser D; Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e. V. (DGPK); Brinkmann F, Behrends U. Einheitliche Basisversorgung von

Kindern und Jugendlichen mit *Long COVID*: Stellungnahme einer multidisziplinären Arbeitsgruppe der DGKJ-Konvent-Gesellschaften (Stand: Februar 2022). *Monatsschr Kinderheilkd.* 2022;170(6):539-547. German. doi: 10.1007/s00112-021-01408-1.

11. [Nittas V](#), Gao M, West EA, Ballouz T, Menges D, Wulf Hanson S, Puhan MA. Long COVID Through a Public Health Lens: An Umbrella Review. *Public Health Rev.* 2022 Mar 15;43:1604501. doi: 10.3389/phrs.2022.1604501.
12. [Behnood SA](#), Shafran R, Bennett SD, Zhang AXD, O'Mahoney LL, Stephenson TJ, Ladhani SN, De Stavola BL, Viner RM, Swann OV. Persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection amongst children and young people: A meta-analysis of controlled and uncontrolled studies. *J Infect.* 2022 Feb;84(2):158-170. doi: 10.1016/j.jinf.2021.11.011.
13. [Crawley EM](#), Emond AM, Sterne JA. Unidentified Chronic Fatigue Syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) is a major cause of school absence: surveillance outcomes from school-based clinics. *BMJ Open.* 2011 Dec 12;1(2):e000252. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000252. Erratum in: *BMJ Open.* 2019 Nov 10;9(11):e000252corr1.
14. [Jason LA](#), Katz BZ, Sunnquist M, Torres C, Cotler J, Bhatia S. The Prevalence of Pediatric Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome in a Community-Based Sample. *Child Youth Care Forum.* 2020 Aug;49(4):563-579. doi: 10.1007/s10566-019-09543-3.
15. *Post-COVID Kids Bavaria*: Förderinitiative für die Versorgungsforschung zum Post-COVID-Syndrom Teilprojekt 2: „Post-COVID Kids Bavaria – PCFC“ (Post-COVID Fatigue Center). [https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheitsinfektionsschutz/doc/post\\_covid\\_kids\\_bavaria\\_teilprojekt\\_2.pdf](https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheitsinfektionsschutz/doc/post_covid_kids_bavaria_teilprojekt_2.pdf).
16. *BAYNET FOR ME/CFS*: Bayerisches Netzwerk zur Erforschung von ME/CFS. <https://www.ukw.de/behandlungszentren/fruehdiagnosezentrum-sozialpaediatrisches-zentrum/aktuelle-meldungen/aktuelle-meldungen-detailansicht/news/mecfs-neue-schulungsreihe-fuer-betroffene-kinder-und-jugendliche-im-rahmen-einer-studie-1>.
17. [Davis HE](#), [Assaf GS](#), [McCorkell L](#), [Wei H](#), [Low RJ](#), [Re'em Y](#), [Redfield S](#), [Austin JP](#), [Akrami A](#). *Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact.* *EClinicalMedicine.* 2021 Aug;38:101019. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101019. Epub 2021 Jul 15. PMID: 34308300; PMCID: PMC8280690.
18. [Lopez-Leon S](#), [Wegman-Ostrosky T](#), [Ayuzo Del Valle NC](#), [Perelman C](#), [Sepulveda R](#), [Rebolledo PA](#), [Cuapio A](#), [Villapol S](#). Long-COVID in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. *Sci Rep.* 2022 Jun 23;12(1):9950. doi: 10.1038/s41598-022-13495-5.
19. [Lopez-Leon S](#), [Wegman-Ostrosky T](#), [Perelman C](#), [Sepulveda R](#), [Rebolledo PA](#), [Cuapio A](#), [Villapol S](#). More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2021 Aug 9;11(1):16144. doi: 10.1038/s41598-021-95565-8.
20. [Cotler J](#), [Holtzman C](#), [Dudun C](#), [Jason LA](#). A Brief Questionnaire to Assess Post-Exertional Malaise. *Diagnostics (Basel).* 2018 Sep 11;8(3):66. doi: 10.3390/diagnostics8030066.
21. [Carruthers BM](#), [Jain AK](#), [De Meirleir KL](#), [Peterson DL](#), [Klimas NG](#), [Lerner AM](#), [Bested AC](#), [Flor-Henry P](#), [Joshi P](#), [Powles ACP](#), [Sherkey JA](#), [van de Sande MI](#) (2003). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome, *Journal Of Chronic Fatigue Syndrome*, 11:1, 7-115, doi: 10.1300/J092v11n01\_02
22. [Clayton E](#). Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. An IOM Report on Redefining an Illness. *JAMA* 2015. 313. 10.1001/jama.2015.1346
23. [Löwe B](#), [Wahl I](#), [Rose M](#), [Spitzer C](#), [Glaesmer H](#), [Wingenfeld K](#), [Schneider A](#), [Brähler E](#). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord.* 2010 Apr;122(1-2):86-95. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.019.
24. [Bell DS](#). *The Doctor's Guide to Chronic Fatigue Syndrome: Understanding, Treating and Living with CFIDS.* Boston: Da Capo Lifelong Books; 1995.



## **Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung**

<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>KBV</b>	<b>PatV</b>
<b>für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen</b>	<b>von Post-COVID (postCOV-RL)</b>	<b>von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>  alternativ: <b>von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>

Datum	01.11.2023
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. Stellungnehmer: Prof. Dr. med. Andreas Stallmach

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**

## Allgemeine Anmerkung

COVID-19-Erkrankungen bestimmten seit 2020 die Lebensumstände vieler Menschen in Deutschland. Insgesamt wurden bisher bei ca. 38,5 Millionen Personen SARS-CoV-2-Infektionen gesichert, die Höhe der Dunkelziffer ist unbekannt. Während COVID-19 initial als ein akutes Krankheitsbild verstanden wurde, zeigte es sich, dass viele Patientinnen und Patienten - auch nach milden COVID-19-Krankheitsverläufen - über Monate anhaltende Symptome aufweisen. Halten diese Beschwerden für länger als 4 Wochen an, wird dies als Long-COVID bezeichnet. Treten Beschwerden 12 Wochen nach Infektion auf und lassen sich diese durch keine andere Erkrankung erklären, liegt ein Post-COVID-Syndrom vor. Führende Symptome sind dabei Fatigue, klinische Depressivität, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit mit Belastungsdyspnoe. 75 % der Post-COVID-betroffenen Erwerbstätigen sind in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Eine wirksame kausale medikamentöse oder interventionelle Therapie ist bisher nicht etabliert; die Behandlung konzentriert sich auf unterstützende und symptomorientierte Maßnahmen. Vor diesem Hintergrund muss akzeptiert werden, dass Evidenzen für Diagnostik und Therapie bei Post-COVID begrenzt sind. Es ist aber zu erwarten, dass dieses sich in den nächsten Jahren ändert und der Erkenntnisstand deutlich zunimmt. Die Richtlinie sollte somit nach 5 Jahren überprüft werden. Auch wird vorgeschlagen kritisch zu diskutieren, ob diese Behandlungsrichtlinie tatsächlich für Patientinnen und Patienten mit Long-COVID (also 4 Wochen nach Infektion und häufig auch mit Spontanremission) oder für Patientinnen und Patienten mit Post-COVID erstellt werden soll. Zumindest erscheint ein stärker abgestuftes Vorgehen zwischen Patientinnen und Patienten mit Long-COVID und Patientinnen und Patienten mit Post-COVID sinnvoll.

Sowohl bei Erwachsenen wie auch bei Kindern und Jugendlichen ist eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in einem abgestuften Versorgungskonzept nötig, um der Komplexität dieses Krankheitsbildes gerecht zu werden. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der hausärztlichen Praxis stellt die erste Stufe der Versorgung da. Zur Abklärung von Alarmsymptomen (so wie sie in der zurzeit gültigen Leitlinie definiert werden) ist eine fachärztliche Einbeziehung notwendig (zweite Stufe). Bei schweren Krankheitsbildern bzw. länger anhaltender Beeinträchtigung der Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben ist die sektorübergreifende Betreuung durch spezialisierte, interdisziplinäre Zentren zu Post-COVID (dritte Stufe), die sinnvollerweise in Kooperation mit der hausärztlichen Praxis stattfindet, notwendig. Bei einem nicht in der Regel nicht auf ein Organsystem beschränkten Krankheitsbild wie dem Post-COVID-Syndrom ist eine multimodale Betreuung unter Einbeziehung verschiedener Fachdisziplinen notwendig. Gerade bei schweren Krankheitsausprägungen ist es Betroffenen nicht möglich nacheinander, z. T. mit langen An- und Abreisewegen verbunden, einzelne Fachvertreter zu konsultieren.

Nationale Kompetenz-Zentren zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Post-infektiösen Langzeitfolgen müssen etabliert und angemessen finanziert werden, um translationale Forschung in Deutschland zu verbessern.

Die DGVS begrüßt nachdrücklich die Erstellung einer Richtlinie und kann nachvollziehen, dass die Entwicklung auch vor dem Hintergrund des begrenzten Wissenstandes und der hohen Zahl an Betroffenen intensive und teilweise auch kontroverse Diskussionen bedingt. Wir hoffen mit unserer Kommentierung zur konstruktiven Weiterentwicklung beitragen zu können. Im Folgenden nehmen wir insbesondere zu den dissidenten Positionen Stellung und hoffen die Konsensbildung zu befördern. Die entsprechenden Passagen des Entwurfs der Richtlinie auf die Bezug genommen wird, sind durch Kursivdruck und Farbrunterlegung kenntlich gemacht.

## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)
§ 1 Rechtsgrundlage, Zweck und Versorgungsziele	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Eine „verbesserte, bedarfsgerechte, aber auch <b>flächendeckende</b> und zeitnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten“ ist unabdingbar. Auch in ländlichen Regionen muss Betroffenen in der Nähe des Wohnortes eine ärztliche Versorgung in der 1. Stufe angeboten werden. Dieses wird im Übrigen von der KBV als eine ihrer zentralen Aufgaben definiert. Es sollte Aufgabe der hausärztlichen Versorgung sein, „1. die Verfügbarkeit und niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote“ sicherzustellen. Der Begriff „zentral“ ist jedoch zu streichen; ein zentraler Ansprechpartner kann – im Gegensatz zur hausärztlichen Betreuung – Patientenspezifika nicht berücksichtigen und nicht sinnvollerweise eine längerfristige Patientenbetreuung koordinieren.</p> <p>Ebenso erscheint „3. die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung“ sowie „4. die Versorgung auf der Grundlage eines strukturierten und aktuellen Behandlungsplans“ sinnvoll, um eine Fehlversorgung in Diagnostik und Therapie zu vermeiden. „Die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote“ ist eine zentrale Aufgabe der hausärztlichen Betreuung und sollte nicht dissent betrachtet werden; die Ablehnung durch die KBV kann nicht nachvollzogen werden.</p> <p>„7. Die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Zugang zu klinischen Studien zur Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten <b>und Förderung der translationalen Forschung</b>“ sollte ebenso zentrales Element der Richtlinie sein, da gerade bei diesem Krankheitsbild insbesondere Fragen zu angemessenen Therapien durch die translationale Forschung beantwortet werden müssen. Diese wäre z. B. Aufgabe nationaler Kompetenzzentren.</p> <p>„8. und grundsätzlich im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung auch vorzusehende Angebote zur 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-Exertional Malaise (PEM)“. Die Post-Exertionale Malaise ist ein Umstand der Betroffene in ihrer Lebensqualität deutlich beeinträchtigt. Die Berücksichtigung der PEM ist für den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen zentral; die Benennung in der Richtlinie ist</p>



	<p>zielführend. Es ist nicht nachvollziehbar, wieso die Formulierungsvorschläge der GKV und KBV abgelehnt wurden. Symptomlinderung, Verbesserung des Krankheitsverlaufs, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität muss das Ziel ärztlicher Betreuung sein und somit auch Teil der Formulierung einer Behandlungsrichtlinie sein.</p>
<p>§ 2 Definition der Patientengruppe</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>„3. infolge eines viralen Infekts oder einer [DKG: fehlgesteuerten] Immunantwort auf einen viralen Infekt oder eines anderen Auslösers einer Immunantwort post-akut eine der Long- COVID-Erkrankung vergleichbare Symptomatik aufweisen oder“</p> <p>Die Aufnahme von Definitionen von auslösenden Ursachen für Post-COVID ist bei einem ursächlich unklaren, hochwahrscheinlich multifaktoriellem Krankheitsbild nicht sinnvoll. Hier ist der Vorschlag der KBV zielführend.</p> <p>„(2) In den Fällen von Absatz 1 Nummer 1 müssen diese Symptome oder Beschwerden mit Erkenntnissen zu postinfektiösen Symptomatiken in Verbindung gebracht werden können.“</p> <p>Diese stellt unserer Ansicht nach keine inhaltliche Erweiterung zum darüberstehenden Abschnitt („(2) Die Diagnosestellung erfolgt leitlinien...“) dar und kann deshalb ersatzlos gestrichen werden.</p>
<p>§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>„(2) die folgende Kriterien erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. direkte telefonische Erreichbarkeit und Terminvergabe an mindestens 4 Wochentagen jeweils für 4 Stunden,</li> <li>2. bedarfsabhängig kurzfristige Terminvergabe und Terminvermittlung zu anderen Ärzten,</li> <li>3. Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einem Psychologen/Psychotherapeuten,</li> <li>4. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten (z. B. Videosprechstunde),</li> <li>5. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2.“</li> </ol> <p>Es erscheint unrealistisch flächendeckend auf der hausärztlichen Versorgungsebene telemedizinische Angebote (z. B. Videosprechstunden) zu fordern; dieses ist zu streichen, die anderen Qualitätsparameter erscheinen zielführend und notwendig.</p> <p>„(3) In der fachärztlichen Ebene erfolgt die Versorgung... Folgende Kriterien sind von der fachärztlichen Versorgung zu erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. direkte telefonische Erreichbarkeit und Terminvergabe an mindestens 3 Wochentagen</li> </ol>

	<p>jeweils für 2 Stunden,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. bedarfsabhängig zeitnahe Terminvergabe bei Überweisung durch den Hausarzt,</li> <li>3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten,</li> <li>4. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2.“</li> </ol> <p>Es erscheint unrealistisch flächendeckend auch auf der fachärztlichen Versorgungsebene telemedizinische Angebote (z. B. Videosprechstunden) zu fordern; dieses ist zu streichen, die anderen Qualitätsparameter erscheinen zielführend. Stattdessen können eine Formulierung, die auf die „Entwicklung entsprechender Angebote“ abzielt“, aufgenommen werden.</p> <p>„(4) Die Versorgung auf der Ebene spezialisierte ambulante Versorgung erfolgt durch Hochschulambulanzen im Sinne von § 117 SGB V ... , die folgende Kriterien erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ein der Erkrankungsgruppe nach § 2 entsprechendes Angebot mit mindestens zwei Fachrichtungen aus dem Gebiet Innere Medizin und mindestens einem weiteren Fachgebiet,</li> <li>2. ein Angebot zur Behandlung psychischer Störungen i. V. m. einer Erkrankung nach § 2 auch in Kooperation,</li> <li>3. regelmäßiges Angebot von Sprechstunden, mindestens an 2 Tagen pro Woche,</li> <li>4. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten,</li> <li>5. Wahrnehmung oder Angebot von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2“</li> </ol> <p>Der Formulierungsvorschlag der DKG ist insgesamt zielführend. Die Benennung von Schwerpunktfächern aus der Inneren Medizin (Kardiologie, Pulmonologie) wird z. B. dem Umstand nicht gerecht, dass die etablierten Spezialambulanzen im Bereich der Infektiologie angesiedelt sind; die Bezeichnung „Innere Medizin“ ist ausreichend. Auch entspricht die Forderung von Tagen und Stunden einem zu kleinteiligen Regelungswerk; die Ambulanzenzeiten müssen bedarfsgerecht sein. <b>Angemerkt sei, dass das vorgeschlagene interdisziplinäre Versorgungskonzept nicht kostendeckend durch die sogenannte „Hochschulambulanzvergütung der Länder“ mit Quartalspauschale nicht kostendeckend ist und einen Hauptgrund für die bisher unzureichende Versorgung der Betroffenen darstellt.</b></p>
§ 4 Behandlungsplan und Koordination der Versorgung	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Grundsätzlich sind Behandlungspläne und eine koordinierte Versorgung zu begrüßen. Die Punkte (1) sowie (2)1-13 und (3) sind jedoch primär Aufgabe der hausärztlichen Versorgung, die in schweren Fällen an spezialisierte Ambulanzen übertragen werden können. Wichtig ist, dass für die Patientinnen und Patienten eindeutig ist, wer für die koordinierte</p>

	Versorgung verantwortlich ist; dieses kann entsprechend der Schwere des Krankheitsbildes durchaus wechseln.
§ 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Hier sind die zwischen GKV-SV, KBV und PatV konsentierten Formulierungen zu übernehmen; diese erscheinen sinnvoll und zielführend. Der unter 2. weitere Aufgaben zur Verdachtsabklärung von der KBV vorgeschlagene Einschub „<i>an der vertragsärztlichen Versorgung</i>“ ist zu streichen, da er die notwendige Flexibilität zu stark reglementieren würde. Ebenso ist der Einschub der GKV-SV „<i>soweit für die Anwendung nicht selbst vorgehaltener Untersuchungsmethoden gemäß Absatz 3 erforderlich</i>“ zu streichen. Die unter 11. geforderte Teilnahme an „<i>Konsilen und Fallbesprechungen</i>“ überfordert die hausärztliche Versorgung.</p>
§ 6 Diagnostik und Behandlung in der fachärztlichen Versorgung	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Auch hier erscheinen die zwischen GKV-SV, KBV und PatV konsentierten Formulierungen sinnvoll und zielführend.</p>
§ 7 Diagnostik und Behandlung in der spezialisierten ambulanten Versorgung	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>In schweren Fällen können auch die unter §4 genannten Aufgaben im Rahmen der spezialisierten ambulanten Versorgung ausgeübt werden. Diese gehen dann über „<i>eine Unterstützung und Beratung der an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer</i>“ hinaus. Diese Formulierung ist somit zu erweitern. Die unter 2. von KBV/GKV-SV geforderte Überweisung als Grundlage für die Behandlung in einer spezialisierten ambulanten Versorgung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Die Ablehnung der KBV zur vorgeschlagenen „<i>Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung von Kindern- und Jugendlichen nach § 6, insofern eine Versorgung nicht durch hinreichend spezialisierte, vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte erfolgt</i>“ ist nicht nachvollziehbar.</p>
§ 8 Verordnung weiterer Leistungen	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>(1) „<i>PatV: Hierzu gehört auch die Rücksichtnahme auf bestehende Reizempfindlichkeiten und tageszeitabhängige Bedürfnisse sowie die Nutzung aller bestehenden Möglichkeiten von Hausbesuchen und telemedizinischen Verordnungs- sowie Erbringungsmöglichkeiten. Die Belastungsgrenze ist zu beachten sowohl bei der qualitativen als auch der quantitativen Auswahl der zu verordnenden Leistungen. In den Verordnungen ist auf diese Spezifika hinweisen.</i>“ Diese vorgeschlagenen Ergänzungen sind grundsätzlich richtig, erscheinen aber doch eine zu detaillierte Festschreibung von Abläufen, die in der Praxis auch nicht immer umzusetzen sind. Deshalb ist diese Formulierung zu streichen.</p> <p>(2) „<i>DKD/PatV: Die Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung, wenn diese gemäß</i></p>

	<p><i>der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist. Insbesondere bei einer Belastungsintoleranz (PEM) oder bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen ist eine stationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen.“</i> Die vorgeschlagene Passage ist sinnvoll; die Ablehnung von GKV-SV/KBV nicht nachvollziehbar.</p>
§ 9 Evaluation	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>In diesem Abschnitt sollte dem Formulierungsvorschlag der PatV gefolgt werden. Eine fest geschriebene Evaluation erscheint vor dem Hintergrund des niedrigen Evidenzniveaus zum Krankheitsbild dringend notwendig.</p>

Wir hoffen, insgesamt die Konsensbildung zu befördern und verbleiben mit freundlichen Grüßen.



**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für  
Pädiatrische Pneumologie (GPP) zum  
Beschlussentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie  
über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und  
strukturierte Versorgung**

<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>KBV</b>	<b>PatV</b>
<b>für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen</b>	<b>von Post-COVID (postCOV-RL)</b>	<b>von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>  alternativ: <b>von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>

Datum	02.11.2013 (Entwurf 29.10.2023)
Stellungnahme von	[Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie]

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**

## Allgemeine Anmerkung

Post COVID Erkrankungen führen im Kindes- und Jugendalter zu einer relevanten Morbidität. Im Februar 2023 wurde von der WHO eine für diese Altersgruppe spezifische Definition für die Post COVID Condition (PCC) geprägt, das nach SARS- CoV- 2 Infektion länger als acht Wochen persistierende Symptome mit Einschränkung täglicher Aktivitäten beinhaltet [1]. Die Prävalenz nach SARS- CoV- 2 Infektion wird in verschiedenen Kinder- und Jugendlichen Kohorten mit 1-40% angegeben, meistens mit unter 5% [2,3,4].

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen leiden oft unter vielfältigen Symptomen wie z.B. vermehrter Erschöpfung (Fatigue), belastungsabhängiger Luftnot sowie dadurch bedingter erheblicher Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit und verzögerter Erholung nach Belastung (post-exertioneller Malaise, PEM) [2,4, 5].

PCC-ähnliche Symptomkomplexe treten auch nach anderen Infektionserkrankungen (z.B. Mononukleose) und selten nach Impfungen auf und können zu myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) führen [6]. ME/CFS tritt auch als schwere Verlaufsform der PCC auf[7,8,9]. Betroffen sind vor allem adoleszente Mädchen [4,8,10].

Eine leitliniengerechte, altersadaptierte, umfassende und zeitnahe Diagnostik ist erforderlich um Differentialdiagnosen rasch abzuklären und mit gezielten therapeutischen Interventionen zu beginnen [11,12].

Die primärärztliche Versorgung wird in der Regel durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin geleistet. Die spezialisierte fachärztliche Differenzialdiagnostik wird durch die Subdisziplinen der Pädiatrie (z.B. Kinderkardiologie, --pneumologie, -neurologie) angeboten, welche überwiegend unter einem Dach in Kinderkliniken und weniger im niedergelassenen Bereich angesiedelt sind. Interdisziplinäre diagnostische Angebote für PCC finden sich derzeit überwiegend in pädiatrischen Hochschulambulanzen, Tageskliniken und Stationen sowie in Sozialpädiatrischen Zentren.

Die psychosoziale Betreuung hat bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit den adressierten Erkrankungen einen besonders hohen Stellenwert [11]. Sie erfordert ein spezialisiertes Wissen zu den gesetzlichen Regelungen für diese Altersgruppe. Insgesamt sind deutlich weniger Kinder und Jugendliche als Erwachsene von den adressierten Erkrankungen betroffen [2,3,9], so dass eine flächendeckend hochwertige pädiatrische Versorgung u.a. durch virtuelle Fallkonferenzen und Telekonsile für Leistungserbringende sowie Televisiten und altersadaptierte Schulungsangebote für Betroffene und Sorgeberechtigte anzustreben ist. Modellprojekte sind diesbezüglich vielversprechend (z.B. *Post-COVID Kids Bavaria* [13]).

## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ( <i>Modifikationen von Zitaten sind durch kursive Schreibweise ausgewiesen.</i> )
Seite 1: Titel/Zielgruppe	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> ME/CFS sollte wegen hoher Versorgungsrelevanz im Titel vorkommen. <u>Änderungsvorschlag:</u> „von Long/ Post-COVID und ähnlichen <i>Infektions-Folgeerkrankungen</i> sowie ME/CFS“
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Unterstützt wird der Vorschlag von DGK/PatV mit Ergänzung. <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Verfügbarkeit und niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote, <i>im Kindes- und Jugendalter gestützt durch zentrale, virtuelle Versorgungsstrukturen</i> “
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von DKG/PatV werden mit Ergänzungen unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „3. die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden ( <i>gemessen an Einschränkung der Alltagsaktivität und Teilhabe</i> ) für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung. 4. die Versorgung auf der Grundlage eines <i>individualisierten, strukturierten und aktuellen Behandlungsplans,</i> “
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unverändert unterstützt.
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 7	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Punkt der PatV muss nicht gesondert erwähnt werden.
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 8	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird minimal adaptiert unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „ ... des Verlaufs unter Beachtung der <i>post-exertionellen</i> Malaise (PEM).“
Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Formulierung sollte korrigiert werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „2. ... zur Prophylaxe einer <i>schweren COVID-19 Long-COVID-ähnliche</i> ...“

<p>Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 3 u. 4</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>Die Richtlinie regelt auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit dem Verdacht auf- oder einer festgestellten Erkrankung, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Erkrankungsprägung wie Long-COVID aufweist. In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen und Patienten erfasst, die 1. infolge einer Infektion post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik aufweisen oder 2. eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) aufweisen.</i></p>
<p>Seite 4 §2, Abs. 3</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Zusatz von GKV-SV/KBV wird abgelehnt, weil 1. bereits das Stellen der Verdachtsdiagnose eine notwendige medizinische Maßnahme gemäß der Richtlinie beinhaltet und 2. medizinischer Versorgungsbedarf auch außerhalb einer Studie bestehen kann und oft besteht.</p>
<p>Seite 5 §3, Abs. 1</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde müssen auch Leistungen im tagesstationären und stationären Bereich eingebunden werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„ .... spezialisierte ambulante Versorgung (§7) sowie sonstiger Leistungen (z.B. tagesstationäre, stationäre Versorgung) (§8) erfolgen.</i></p>
<p>Seite 5 §3, Abs. 1</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der DKG zu Krankenhäusern wird unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„Die Versorgung von Patientinnen erfolgt durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringende und Krankenhäuser. ...“</i></p>
<p>Seite 5 §3, Abs. 2</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der DKG wird abgelehnt, weil er zum einen überreguliert und zum anderen unvollständig ist (Pädiatrie, aufsuchende Versorgung).</p>
<p>Seite 5/6 §3, Abs. 3</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von GKV-SV/KBV/PatV werden ergänzt unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„Die fachärztliche Versorgung umfasst ... Einrichtungen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt darüber hinaus auch durch stationär/teilstationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit Subspezialisierung sowie insbesondere auch durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).“</i></p>



Seite 6 §3, Abs. 4 allgemein	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt.
Seite 5/6 §3, Abs. 4, Nr. 1-6	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der PatV wird mit Modifikationen unterstützt. <u>Änderungsvorschlag zu PatV:</u> „....., die folgende Kriterien erfüllen: 1. Gewährleistung einer bedarfsgerechten <i>interdisziplinären und multiprofessionellen</i> Versorgung unter Berücksichtigung für das Krankheitsbild besonders relevanter medizinischer Fachgebiete (z.B. Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, <i>Infektiologie, Psychologie bzw. entsprechender pädiatrischer Fachdisziplinen</i> ) 2. die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für die relevanten Fachgebiete ( <i>evtl. in geregelter Kooperation</i> ) 3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten, 4. Information <i>der Betroffenen</i> über laufende Studien und Forschungsergebnisse sowie <i>im Falle von Hochschulambulanzen eigene</i> Forschungstätigkeit zu Erkrankungen gemäß § 2 5. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten <i>und im Falle von Hochschulambulanzen eigenes Angebot von Fortbildungsveranstaltungen zur</i> Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach §2 6. <i>regelmäßiges Angebot.</i> “
Seite 7 §4, Abs. 5	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG wird unterstützt.
Seite 7 §4, Abs. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Keine Übernahme des Vorschlags der PatV, stattdessen Ergänzung zur Zentralisierung der pädiatrischen Versorgung. <u>Änderungsvorschlag:</u> „... <i>Behandlungskoordination und Behandlungsplan. Die Koordination der pädiatrischen Versorgung sollte durch eine übergeordnete, zentrale, virtuelle Koordinierungsstelle unterstützt werden, an die sich Betroffene und Primärversorgende wenden können.</i> “
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Behandlungsplan sollte individuell zugeschnitten werden. Der Zusatzvorschlag der KBV erscheint nicht zwingend <u>Änderungsvorschlag:</u> „ <i>die Erstellung eines individualisierten Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 5 Nummer 1 ...</i> “

Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von KBV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Vorabklärung und Planung <i>individuell</i> erforderlicher ... Hinsicht,“
Seite 8 §4, Absatz 2, Nr. 5	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Einfügung von KBV/GKV-SV wird nicht unterstützt, weil unspezifisch.
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 9	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Bedarf einer stationären Einweisung sollte ergänzt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „ ... Überweisungen <i>und bei Bedarf stationärer Einweisungen</i> “
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 11	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von GKV-DSV/DKG/PatV und KBV werden mit Ergänzung unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere <i>Leistungserbringende sowie kooperierende Einrichtungen und Organisationen</i> (z.B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen, <i>Ausbildungsstätten, Universitäten</i> )
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 13	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Arbeits- und Ausbildungsfähigkeit kann nicht immer erhalten werden. Die Ausbildungsphase sollte gesondert berücksichtigt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „.... zur Krankheitsbewältigung und dem <i>bestmöglichen</i> Erhalt von Arbeits-, <i>Ausbildungs-</i> oder Schulfähigkeit.“
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 14	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Auf Schulungsangebote und Informationsquellen sollte unter einem weiteren Punkt 14 aufmerksam gemacht werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „ <i>Hinweise auf Schulungsangebote und sonstige Informationsquellen</i> (z.B. Flyer, Webseiten) für <i>Betroffene, Sorgeberechtigte, andere Leistungserringende sowie kooperierende Einrichtungen</i> “.
Seite 8/9 §4, Abs. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 9 §4, Abs. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV erscheint entbehrlich.
Seite 9 §5, Abs. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u>

	<p>Die Besonderheit der primärärztlichen Versorgung durch Fachärztinnen und – ärzte für Kinder- und Jugendärztinnen sollte adressiert werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u>  <i>Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. „Aufgaben der hausärztlichen ...“</i></p>
<p>Seite 9 §5, Abs. 1, Nr. 1.</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sollten neben Hausärztinnen und -ärzten ausdrücklich berücksichtigt werden. / Die Fremdanamnese in der Pädiatrie sollte in einem eigenen Punkt aufgegriffen werden. / Der psychische Status sollte unter Anamnese (a) eingeordnet werden. / Bei der Anamnese sollte der mutmaßliche Trigger, der Zeitpunkt des Auftretens bzw. die Dauer der Symptomatik erfasst werden. / Häufige Symptome wie Fatigue, Belastungsintoleranz, Dyspnoe, orthostatische Intoleranz (OI), Schmerz, Schlafstörungen und psychische Auffälligkeiten (<i>Davis 2021, Lopez-Leon 2021, 2022</i>) sollten strukturiert erfragt werden. / Die aus der „hinweisende Symptomatik“ (d) resultierenden Empfehlungen sollten präzisiert sowie relevante Fragebögen, Scores und Tests genannt werden, z.B. DSQ-PEM (<i>Cotler 2018</i>), IOM-Kriterien (<i>Carruthers 2003</i>), Kanadischen Konsensuskriterien (CCC) (<i>Clayton 2015</i>), „Munich Berlin Symptom Questionnaire“ (MBSQ) (<i>Peo 2023</i>), angelehnter 10-Minuten-Stehtest (<i>Koczulla 2022</i>), PHQ4-Screener (<i>Löwe 2010</i>) / Zur Messung der Funktionseinschränkungen bzw. Priorisierung des Versorgungsbedarfs kann beichronischer Fatigue und ME/CFS der Bell-Score [Bell 1995] sowie im Falle von Kindern und Jugendlichen allgemein der Fragenkatalog der Deutschen Gesellschaft für Kinder – und Jugendheilkunde (DGKJ) (<i>Töpfer 2022</i>) eingesetzt werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p>„Aufgaben der haus- bzw. kinder- und jugendärztlichen Versorgung im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Basis-Assessment: die Abklärung des Verdachts ... durch systematische Erfassung .... In der Regel einschließlich       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ausführlicher, <i>strukturierter</i> Anamnese mit Impfanamnese und Erfassung häufiger Symptome sowie mutmaßlichem Trigger, Zeitpunkt des Auftretens und Dauer der Symptome (darunter Fatigue, Belastungsintoleranz, orthostatische Intoleranz (OI), Dyspnoe, Schmerz, Schlafstörungen und psychischer Status,</li> <li>b) <i>im Falle einer anamnestische Belastungsintoleranz</i> Abklärung einer post-exertionellen Malaise (PEM), z.B. mittels etablierten Fragebogens (DSQ-PEM).</li> <li>c) <i>im Falle von Fatigue und PEM</i> Abklärung eines ME/CFS mittels etablierter klinischer Kriterien [Kriterien des Institute of Medicine (IOM) und/oder Kanadische Konsensuskriterien (CCC), evtl. mit einem integrierten Fragebogen (MBSQ)], unter Berücksichtigung der Mindestkrankheitsdauer von 6 Monaten bei Erwachsenen und 3 Monaten bei Kindern und Jugendlichen,</li> </ol> </li> </ol>

	<p>d) Erfassung des funktionellen Status (<i>leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkung</i>) anhand etablierter Skalen (im Falle von <i>chronischer Fatigue des Bell-Scores</i>) sowie <i>Einschränkungen der Teilhabe der Betroffenen (im Falle von Kindern und Jugendlichen auch eingeschränkter Berufstätigkeit von Sorgeberechtigten)</i>,</p> <p>e) <i>im Falle von Kindern und Jugendlichen je nach Alter ausschließlich oder zusätzlich</i> eine Fremdanamnese durch mindestens eine Bezugsperson, dabei möglichst getrennte Befragung von pädiatrischem Patient und <i>Sorgeberechtigtem</i>,</p> <p>f) <i>ausführliche</i> körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen und <i>Ernährungsstatus (inklusive BMI)</i>, unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten,</p> <p>g) <i>im Falle einer Beschwerdesymptomatik über mehr als drei Monate Abklärung eines</i> posturalen orthostatischen Tachykardie-Syndroms (<i>PoTS</i>) oder einer <i>Orthostatischen Hypotonie (OH)</i> mittels angelehntem 10-Minuten-Stehtest („NASA lean test“).</p>
Seite 9 §5, Abs. 1, Nr. 2	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Zusätze durch KBV und GKV-SV erscheinen entbehrlich.</p>
Seite 9 §5, Abs. 3	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von GKV-SV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 10 §5, Abs. 3, Nr. 4-10	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Zusätze der KBV zu Nr. 4, 6, 8 und 10 erscheinen entbehrlich. Die Ergänzung des GKV-SV in Nr. 5 wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 11	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von KBV/DGK/PatV wird mit Ergänzung unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen, <i>auch digital</i>“</p>
Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 12	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird unterstützt.</p>
Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 13	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der eingefügte Vorschlag des GKV-SV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 10, §5, Abs. 3, Nr. 1	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Unterstützt werden die Vorschläge der PatV im allgemeinen Teil, sowie von GKV-SV/KBV/PatV unter Nummer 1.</p>
Seite 11 §5, Abs. 4	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von GKV-SV/KBV/PatV, inklusive allen Ergänzungen, wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 2	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>

Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV erscheint nicht zwingend.
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 6	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 7-9	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen der KBV erscheinen nicht zwingend.
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 10/11	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen des GKV-SV erscheinen nicht zwingend.
Seite 12/13 §6, Abs. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen von KBV/DKG/PatV zum ersten Satz und zu Nummer 1, von DKG/PatV zu Nummer 2 und von KBV/DKG/PatV zu Nummer 3 werden uneingeschränkt unterstützt.
Seite 13 §6, Abs. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung des GKV-SV wird ebenso wie die nachfolgende Anmerkung von KBV/PatV unterstützt.  <u>Änderungsvorschlag:</u> „Sofern erforderlich, ... besteht.“ „Dieses Vorgehen beinhaltet.“
Seite 13/14 §6, Abs. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen von DKG/PatV wird uneingeschränkt inklusive der Ergänzung der PatV unterstützt.
Seite 14 §6, Abs. 5	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 14 §7, Nummer 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von GKV-SV/DKG/PatV wird mit minimaler Anpassung unterstützt.  <u>Änderungsvorschlag:</u> „... nicht durch hinreichend spezialisierte, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erfolgen kann,“
Seite 14 §7, Nummer 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 14 §7, Nummer 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.

Seite 15 §7, Nummer 6	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der KBV-Vorschlag erscheint entbehrlich.
Seite 15 §7, Nummer 7	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Formulierung von KBV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 15 §7, Nummer 8	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/KBV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 15 §8, Abs. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Modifikation unterstützt. Die PEM ist eine Sonderform der Belastungsintoleranz und nicht gleichbedeutend mit letzterer. Die Anmerkungen der PatV können aufgegriffen werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V.</li> <li>2. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz <i>mit post-exertioneller Malaise (PEM)</i> auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.</li> <li>3. <i>Bei allen Verordnungen sollten Besonderheiten wie PEM, ausgeprägte Reizempfindlichkeit oder eingeschränkte Mobilität ausdrücklich vermerkt werden. Im Falle von PEM sollte die Möglichkeit der aufsuchenden und telemedizinischen Umsetzung der Verordnung geprüft werden. „</i></li> </ol>
Seite 15 §8, Abs. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Anpassung unterstützt. Bei Kindern und Jugendlichen sollten immer auch ortsnahe stationäre oder teilstationäre Versorgungsangebote in Erwägung gezogen werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung, wenn diese gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist.</li> <li>2. Insbesondere bei einer Belastungsintoleranz (PEM), bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen <i>und/oder im Falle von Kindern und Jugendlichen</i> ist eine stationäre bzw. teilstationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen.“</li> </ol>

Seite 15 §9	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
----------------	--

**Literaturverzeichnis**

- [1] *World Health Organization (WHO)*. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_condition-Clinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1). Accessed 7 June 2023
- [2] *Behnood SA*, Shafran R, Bennett SD, Zhang AXD, O'Mahoney LL, Stephenson TJ, Ladhani SN, De Stavola BL, Viner RM, Swann OV. Persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection amongst children and young people: A meta-analysis of controlled and uncontrolled studies. *J Infect.* 2022 Feb;84(2):158-170. doi: 10.1016/j.jinf.2021.11.011.
- [3] *Nittas V*, Gao M, West EA, Ballouz T, Menges D, Wulf Hanson S, Puhan MA. Long COVID Through a Public Health Lens: An Umbrella Review. *Public Health Rev.* 2022 Mar 15;43:1604501. doi: 10.3389/phrs.2022.1604501.
- [4] *Pellegrino R*, Chiappini E, Licari A, Galli L, Marseglia GL. Prevalence and clinical presentation of long COVID in children: a systematic review. *Eur J Pediatr.* 2022 Dec;181(12):3995-4009. doi: 10.1007/s00431-022-04600-x.
- [5] *Lopez-Leon S*, Wegman-Ostrosky T, Ayuzo Del Valle NC, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, Villapol S. Long-COVID in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. *Sci Rep.* 2022 Jun 23;12(1):9950. doi: 10.1038/s41598-022-13495-5.
- [6] *Katz BZ*, Shiraishi Y, Mears CJ, Binns HJ, Taylor R. Chronic fatigue syndrome after infectious mononucleosis in adolescents. *Pediatrics.* 2009 Jul;124(1):189-93. doi: 10.1542/peds.2008-1879.
- [7] *Peo LC*, Wiehler K, Paulick J, Gerrer K, Leone A, Viereck A, Haegele M, Stojanov S, Warlitz C, Augustin S, Alberer M, Hattesohtl DBR, Froehlich L, Scheibenbogen C, Mihatsch L, Pricoco R, Behrends U. medRxiv 2023.08.23.23293081; doi: <https://doi.org/10.1101/2023.08.23.23293081> (Eur J Pediatrics, in Revision)
- [8] *Rowe K*. Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis ( CFS/ME) in Adolescents: Practical Guidance and Management Challenges. *Adolesc Health Med Ther.* 2023 Jan 4;14:13-26. doi: 10.2147/AHMT.S317314.
- [9] *Rowe PC*, Underhill RA, Friedman KJ, Gurwitt A, Medow MS, Schwartz MS, Speight N, Stewart JM, Vallings R, Rowe KS. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Diagnosis and Management in Young People: A Primer. *Front Pediatr.* 2017 Jun 19;5:121. doi: 10.3389/fped.2017.00121.
- [10] *Borch L*, Holm M, Knudsen M, Ellermann-Eriksen S, Hagstroem S. Long COVID symptoms and duration in SARS-CoV-2 positive children - a nationwide cohort study. *Eur J Pediatr.* 2022 Apr;181(4):1597-1607. doi: 10.1007/s00431-021-04345-z.
- [11] *Töpfer N*; Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI); Alberer M, Anker mann T; Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. (GPP); Bender S; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP); Berner R, de Laffolie J; Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e. V. (GPGE); Dingemann J; Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH); Heinicke D; Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V. (BKJR); Haas JP; Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR); Hufnagel M, Hummel T; Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC); Huppertz HI; Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ); Knuf M, Kobbe R, Lücke T; Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP); Riedel J; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ); Rosenecker J; Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e. V. (DGpRP); Wölfle J; Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie e. V. (DGKED); Schneider B; Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V. (DGSM); Schneider D; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ); Schriever V; Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC); Schroeder A; Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP); Stojanov S,



Tenenbaum T, Trapp S; Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ); Vilser D; Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e. V. (DGPK); Brinkmann F, Behrends U. Einheitliche Basisversorgung von Kindern und Jugendlichen mit *Long COVID*: Stellungnahme einer multidisziplinären Arbeitsgruppe der DGKJ-Konvent-Gesellschaften (Stand: Februar 2022). *Monatsschr Kinderheilkd.* 2022;170(6):539-547. German. doi: 10.1007/s00112-021-01408-1.

[12] *Koczulla* AR, Ankermann T, Behrends U, Berlit P, Berner R, Böing S, Brinkmann F, Frank U, Franke C, Glöckl R, Gogoll C, Häuser W, Hohberger B, Huber G, Hummel T, Köllner V, Krause S, Kronsbein J, Maibaum T, Otto-Thöne A, Pecks U, Peters EMJ, Peters S, Pfeifer M, Platz T, Pletz M, Powitz F, Rabe KF, Scheibenbogen C, Schneider D, Stallmach A, Stegbauer M, Tenenbaum T, Töpfner N, von Versen-Höynck F, Wagner HO, Waller C, Widmann CN, Winterholler C, Wirtz H, Zwick R. S1-Leitlinie Long-/Post-COVID [German S1 Guideline Long-/Post-COVID]. *Pneumologie.* 2022 Dec;76(12):855-907. German. doi: 10.1055/a-1946-3230.

[13] *Post-COVID Kids Bavaria*: Förderinitiative für die Versorgungsforschung zum Post-COVID-Syndrom Teilprojekt 2: „Post-COVID Kids Bavaria – PCFC“ (Post-COVID Fatigue Center). [https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/infektionsschutz/doc/post\\_covid\\_kids\\_bavaria\\_teilprojekt\\_2.pdf](https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/infektionsschutz/doc/post_covid_kids_bavaria_teilprojekt_2.pdf).



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum  
Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie  
über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und  
strukturierte Versorgung**

<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>KBV</b>	<b>PatV</b>
<b>für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen</b>	<b>von Post-COVID (postCOV-RL)</b>	<b>von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS</b> alternativ: <b>von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>

Datum	25.10.2023
Stellungnahme von	Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)

**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**

## Allgemeine Anmerkung

Die Richtlinie soll die Grundlage schaffen, auf deren Basis eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Patientinnen und Patienten nach § 2 durch Leistungserbringer nach § 3 geregelt werden soll.

Der Bereich der Ophthalmologie ist ab der fachärztlichen Versorgung mit in der Versorgung einbezogen. Zusammenfassend ist es anzuraten, die Rahmenbedingungen für eine strukturierte Zusammenarbeit von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern auf allen Ebenen der Versorgung so optimal wie möglich zu gestalten, um eine effiziente und gut vernetzte Versorgung gewährleisten zu können (z.B. Einbindung von ermächtigten Ärztinnen/Ärzte/Einrichtungen sowie an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen). Zudem ist dringend anzuraten, die fachärztliche Expertise auf allen Bereich (diagnostisch, therapeutisch) im Rahmen der fachärztlichen Versorgung mit einzubeziehen sowie das Spektrum für die Einbindung von Verordnungen von Leistungen entsprechend des §73 SGB V (Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung) so einzubinden, dass es für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer möglich ist, die Leistungen individuell angepasst auf den Patienten und entsprechend der fachärztlichen Expertise zu verordnen. Wenn den jeweiligen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Möglichkeit gegeben wird, entsprechend ihrer fachärztlichen Expertise, die vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten sowie die sich darauf aufbauenden Therapien in die Versorgung einzubringen, kann die optimale Grundlage für eine effiziente Leitlinien-entsprechende Patientenversorgung geschaffen werden.

Die entsprechenden Anmerkungen zu den jeweiligen Punkten finden sich im Folgenden, spezifisch an die jeweiligen Paragraphen/Nummern adressiert.

## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ( <i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigelegt.</i> )
<b>§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen:</b> Punkt (3)	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Wir sehen, entsprechend der Anmerkung der DKG, in der fachärztlichen Ebene die additive Einbindung von ermächtigten Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigten Einrichtungen sowie an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen als eine Erweiterung der fachärztlichen Versorgungsmöglichkeiten für die Patienten nach § 2 an. Durch die Einbindung von im Speziellen an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen wird eine additive Option geschaffen, Patienten durch die zusätzliche Einbindung der entsprechenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zeitnah versorgen zu können.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p>In der fachärztlichen Ebene erfolgt die Versorgung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 SGB V teilnehmen, sofern eine Facharztbezeichnung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung vorliegt. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten [KBV: (einschließlich Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit einer Qualifikation nach Anlage I Nummer 19 § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Neuropsychologische Therapie)] sind dieser Versorgungsebene zuzuordnen.</p> <p>Die fachärztliche Versorgung umfasst auch die Versorgung durch ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigte Einrichtungen sowie an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen. Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind dies auch Sozialpädiatrische Zentren.</p> <p>Folgende Kriterien sind von der fachärztlichen Versorgung zu erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. direkte telefonische Erreichbarkeit und Terminvergabe an mindestens 3 Wochentagen jeweils für 2 Stunden,</li> <li>2. bedarfsabhängig zeitnahe Terminvergabe bei Überweisung durch den Hausarzt,</li> <li>3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten,</li> <li>4. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2.</li> </ol>

<p><b>§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen:</b> Punkt (4)</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Zudem ist, entsprechend der Anmerkung der DKG, für eine optimale und konstruktive Versorgung auf der Ebene spezialisierte ambulante Versorgung neben der Versorgung durch Hochschulambulanzen im Sinne von §117 SGB V eine additiv weitere Einbindung von ermächtigten Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigten Einrichtungen oder an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen (z.B. auf die Versorgung von Patienten nach § 2 spezialisierte interdisziplinäre Versorgungsstrukturen wie Kompetenzzentren und Spezialambulanzen sowie Zusammenschlüsse ermächtigter Fachärztinnen und Fachärzte oder Einrichtungen) anzuraten.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Die Versorgung auf der Ebene spezialisierte ambulante Versorgung erfolgt durch Hochschulambulanzen im Sinne von § 117 SGB V sowie durch weitere ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigte Einrichtungen oder an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen (z.B. auf die Versorgung von Patienten nach § 2 spezialisierte interdisziplinäre Versorgungsstrukturen wie Kompetenzzentren und Spezialambulanzen sowie Zusammenschlüsse ermächtigter Fachärztinnen und Fachärzte oder Einrichtungen).</p>
<p><b>§ 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung</b> Punkt (3)</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Überweisung ist, im Sinne einer optimalen Patientenversorgung, nicht als Auftragsleistung- oder Konsiliaruntersuchung zu verstehen, sondern im Rahmen einer fachärztlichen Versorgung nach §3 Absatz 3 oder 4 zu sehen, wenn die genannten Punkte 1. oder 2. sowie die, entsprechend der Anmerkung der DKG, Punkte 3. – 5 vorliegen.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Die Überweisung an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 oder 4 ist insbesondere dann in Betracht zu ziehen, 1. wenn die Verdachtsdiagnose einer Erkrankung nach § 2 durch die Maßnahmen nach Absatz 1 Nummer 1 nicht hinreichend bestätigt werden konnte oder 2. wenn die Anwendung einer Untersuchungsmethode erforderlich ist, die von der hausärztlichen Leistungserbringerin oder dem hausärztlichen Leistungserbringer nicht selbst erbracht wird. 3. die Symptomatik neu aufgetreten ist, sich im Verlauf verschlechtert oder unverändert fortbesteht. 4. Warnhinweise auftreten, wie ein schlechter Allgemeinzustand, eine signifikante Gewichts- bzw. -abnahme, unerklärliche oder neu aufgetretene neurologische Auffälligkeiten (z. B. Sensibilität,</p>

	<p>Motorik, Schlucken, Sprache und Kognition), neue Schmerzsymptomatik, schlechte oder sich verschlechternde somatische oder psychische Befunde sowie unerklärliche Auffälligkeiten in der Basisdiagnostik. Warnhinweise sollten Anlass zu einer vertiefenden ggf. fachspezifischen Diagnostik oder einer Überweisung z. B. an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 oder 4 geben.</p> <p>5. wenn die Symptomatik, die zu dem Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 geführt hat, darauf hinweist, dass eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebiets einer Fachärztin oder eines Facharztes erforderlich ist.</p>
<p><b>§ 6 Diagnostik und Behandlung in der fachärztlichen Versorgung</b> Punkt (1) 2.</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Im Sinne einer optimalen Patientenversorgung ist die Durchführung von fachärztlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen anzuraten. Nur durch eine gezielte fachärztliche Diagnostik kann eine entsprechende Therapieentscheidung individuell für den Patienten getroffen werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p>die Durchführung fachärztlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.</p>
<p><b>§ 8 Verordnung weiterer Leistungen</b> Punkt (1)</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Die Einbindung von §73 Absatz 2 Nummer 5-9, 12 sowie 14 SGB V ist, entsprechend der Anmerkung von DKG/PatV im Sinne einer optimalen Patientenversorgung §73 Absatz 2 Nummer 5-8, 12 SGB V vorzuziehen.</p> <p>Wir sehen in entsprechend §73 Absatz 2 Nummer 9 in der Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen; die Bescheinigung über eine Arbeitsunfähigkeit ist auch auszustellen, wenn die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 übermittelt werden, sowie entsprechend §73 Absatz 2 Nummer 14, in der Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b, eine umfassende Patientenversorgung an.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p>Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind</p>

	<p>insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz (PEM) auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.</p>
--	--



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung**

<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>KBV</b>	<b>PatV</b>
<b>für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen</b>	<b>von Post-COVID (postCOV-RL)</b>	<b>von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>  alternativ: <b>von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>

Datum	02.11.2023
Stellungnahme von	Bundesärztekammer

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!



**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**

## Allgemeine Anmerkung

Der vorliegende Richtlinienentwurf wird grundlegend begrüßt; allerdings stellt sich aus ärztlicher Sicht die Frage, ob die Detailtiefe einiger Regelungsvorschläge sinnvoll und notwendig ist oder ob nicht die Darstellung abstrakter Prinzipien wie Interdisziplinarität, Interprofessionalität und jeweils erforderlicher Qualifikation ausreichend ist. Die Bundesärztekammer nimmt im Folgenden insbesondere auf der Basis ihrer auf Empfehlung ihres Wissenschaftlichen Beirats im Oktober 2022 veröffentlichten Stellungnahme [1] zum Post-COVID-Syndrom (PCS) zu dem vom G-BA vorgelegten Richtlinienentwurf Stellung. In dieser Stellungnahme, die auf einer systematischen Literaturrecherche der seinerzeit verfügbaren medizinisch-wissenschaftlichen Daten basiert, wurden folgende Maßnahmen für den Umgang mit dem PCS im deutschen Gesundheitssystem vorgeschlagen:

- **Datenlage:**

Repräsentative prospektiv geplante und registrierte Studien und ggf. App-gestützte Screenings nach SARS-CoV-2-Infektion sind notwendig, um die Prävalenz besser zu erfassen und die Datengrundlage für die Früherkennung des PCS, die Verbesserung von Diagnostik und Therapie sowie den Aus- und Aufbau von adäquaten Versorgungsstrukturen für PCS-Patienten zu schaffen.

- **Forschung:**

Interdisziplinäre Forschungsverbünde sind notwendig, um ein vollständiges Bild über die Erkrankung und deren psychosoziale Begleiterscheinungen zu gewinnen, die bislang nicht verstandenen Ursachen und Risikofaktoren für die Entwicklung eines PCS zu verstehen und effektive Therapiemöglichkeiten zu entwickeln. Hierbei sind Kapazitäten für Grundlagenforschung, klinische Studien und Versorgungsforschung aufzubauen.

- **Versorgungskapazitäten:**

Um die vielen PCS-Patienten bestmöglich zu behandeln, sollten regionale PCS-Netzwerke unter Einbeziehung bestehender Strukturen und aller Sektoren und Versorger des Gesundheitswesens inklusive spezialisierter Rehabilitationseinrichtungen eingerichtet werden. Die Abrechnungsmodalitäten hierfür müssen geklärt werden.

- **Vernetzte Versorgung:**

Die intersektorale Versorgung sollte in einem koordinierten Wechselspiel zwischen hausärztlicher bzw. kinder- und jugendmedizinischer Versorgung, fachärztlicher spezialisierter Behandlung und spezialisierten PCS-Zentren erfolgen. Hierfür sind strukturierte Diagnose- und Therapiealgorithmen zu erstellen.

- **Information:**

Angesichts der anhaltenden Folgen des PCS für Betroffene und die Gesellschaft ist die Entwicklung eines Informations- und Fortbildungsangebots für Ärzte, Angehörige anderer Gesundheitsberufe, Patienten und die Öffentlichkeit essenziell.

- **Prävention:**

Wegen der teilweise gravierenden Folgen des PCS für die Gesundheit der Betroffenen erscheint es weiterhin ratsam, die SARS-CoV-2-Infektionen durch der jeweiligen Pandemiesituation angepasste, angemessene Präventionsmaßnahmen niedrig zu halten und die Bereitschaft der Bevölkerung zur Impfung gemäß STIKO-Empfehlungen zu fördern.

## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
Titel/Anwendungsbe reich	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Gemeinsam ist den meisten von einem Post-COVID-Syndrom (PCS) Betroffenen, dass Symptome oder Beschwerden bestehen, die eine behandlungswürdige Einschränkung der Alltagsfunktion und Lebensqualität bewirken und einen negativen Einfluss auf Sozial- und/oder Arbeitsleben haben. Die Terminologie und Definition ist im allgemeinen und wissenschaftlichen Sprachgebrauch uneinheitlich: Der Begriff „Long-COVID“ entstand als „Hashtag“ in der Anfangsphase der Pandemie in den sozialen Medien und wird dort immer noch mehrheitlich verwendet. In der Fachliteratur, einschließlich der AWMF-S1-Leitlinie [2], hat sich der Begriff Post-COVID-Syndrom (PCS) durchgesetzt für Beschwerden, die zwölf Wochen nach der SARS-CoV-2-Infektion auftreten oder anhalten [1]. Der Doppel-Begriff Long/Post-COVID kann helfen, diese Patienten von Betroffenen mit anhaltenden, sie aber nicht wesentlich beeinträchtigenden Symptomen nach einer SARS-CoV-2-Infektion abzugrenzen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund notwendiger Interventionsstudien zur Therapie des PCS ist aber eine strenge Definition und Differenzierung zwischen Long COVID einerseits und PCS andererseits erforderlich, um die Effektivität der Ansätze vergleichbar einschätzen zu können. Die auch international etablierte wissenschaftliche Nomenklatur „Post-COVID-Syndrom (PCS)“, gleichbedeutend mit Post-Covid Condition [3] sollte übernommen und dabei berücksichtigt werden, dass die WHO im Februar 2023 eine spezielle Definition für Kinder- und Jugendliche mit Mindestkrankheitsdauer von zwei Monaten publiziert hat [4].</p> <p>ME/CFS ist eine schwere, komplexe, chronische Erkrankung, die häufig durch Viren ausgelöst wird [5], wie das Epstein-Barr-Virus (EBV) und die Coronaviren SARS-CoV-1, SARS-CoV-2 und MERS-CoV. Große Metaanalysen zeigen, dass 32 % der Personen zwölf oder mehr Wochen nach der COVID-19-Diagnose unter Fatigue leiden [6]. In einer Beobachtungsstudie für Patienten mit Fatigue und Belastungsintoleranz über mehr als sechs Monate nach einer leichten bis mittelschweren COVID-19 zeigen sich zwei unterschiedliche Gruppen [7]: Etwa 50 % erfüllen die diagnostischen Kriterien für ME/CFS, die andere Hälfte der Studienpatienten weist ähnliche postvirale Symptome auf, jedoch eine sogenannte post-exertionelle Malaise (PEM) Dauer von weniger als 14 Stunden. Eine explizite Nennung von ME/CFS im Titel würde eine nicht begründete Herausstellung darstellen und ist zudem nicht notwendig, da Betroffene durch die Formulierung „mit Verdacht auf Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung haben“ erfasst sind.</p>

	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Unterstützung des Formulierungsvorschlags von GKV-SV und DKG mit Präzisierung wie folgt: „für Versicherte mit Verdacht auf Post-COVID-Syndrom (PCS) und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen“.</p>
§ 1 Abs. 2 S. 2 Nr. 1	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Zentrale Begriffe wie „niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners“ sind nicht definiert. Es sollte auf den primärversorgenden Arzt Bezug genommen werden. Die Intention ist in § 1 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 treffender beschrieben: „die Verfügbarkeit einer niedrigschwellig erreichbaren zeitnahen, bei Bedarf interdisziplinären, Diagnostik und Therapie“.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Streichung von Nr. 1 „die Verfügbarkeit und niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote,“.</p>
§ 2 Abs. 1 S. 4 Nr. 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Das sog. Post-Vac-Syndrom (PVS) ist nicht definiert; die Evidenz des häufigen Auftretens eines PVS ist schwach. Die gleichzeitige Nennung des PVS an dieser Stelle würde suggerieren, dass Post-Vac-Syndrome gleich häufig auftreten oder gleich schwer verlaufen würden wie das PCS. Dies ist sicher nicht der Fall. Daher empfehlen wir hier die Streichung des Begriffes; die Richtlinie sollte klar auf das Post-COVID-Syndrom fokussiert sein. Ggf. kann das PVS in diesem Sinne in einer Fußnote erwähnt werden, um zu signalisieren, dass es nicht „unterschlagen“ werden soll.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Streichung von Nr. 2 „die nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe einer Infektion mit SARS-CoV-2 Long-COVID ähnliche Symptome aufweisen.“</p>
§ 2 Abs. 1 S. 4 Nr. 3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Formulierung „infolge eines viralen Infekts oder einer [DKG: fehlgesteuerten] Immunantwort auf einen viralen Infekt“ ist sehr vage und auch falsch, da es auch andere Ursachen eines PCS gibt; zudem wird die fehlgesteuerte Immunantwort im Rahmen der Diagnostik nicht untersucht.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Formulierung „post-akut eine mit PCS vergleichbare Symptomatik aufweisen“ erscheint passender.</p>

§ 2 Abs. 3 S. 4	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die ggf. über die Fragestellung einer Studie hinaus notwendige medizinische Versorgung von Patienten, die an einer klinischen Studie teilnehmen, ist – wie bei anderen Erkrankungen auch – zu gewährleisten.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Streichung von Satz 4: „Sie endet ebenfalls, wenn die Patientin oder der Patient im Rahmen einer klinischen Studie behandelt wird.“</p>
§ 3 Abs. 2, S. 1 Nrn. 1-5	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Diese differenzierten Regelungen erscheinen zumindest zum Teil unrealistisch und nicht zwingend notwendig/sinnvoll. So können telemedizinische Verfahren (Nr. 4) die Versorgung ergänzen; ein persönlicher Erstkontakt erscheint angesichts der Komplexität der Erkrankung sowie der ggf. notwendigen differentialdiagnostischen Abklärung in aller Regel unerlässlich. Die Formulierung „direkte telefonische Erreichbarkeit“ (Nr. 1) ist begrifflich unklar und dürfte in der täglichen Praxis schwer umsetzbar sein – auch bleibt unklar, warum eine Terminvergabe auf anderem Weg nicht zielführend sein soll.</p> <p>Darüber hinaus erschließt sich das Erfordernis nach Nr. 3 („Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einem Psychologen/Psychotherapeuten“) nicht. Sollte aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung eine fachärztliche oder psychologisch/psychotherapeutische Versorgung notwendig sein, ist diese bereits in § 3 Abs. 3 des Beschlussentwurfs geregelt. Insofern ist unklar, was mit der Forderung nach einer interdisziplinären Zusammenarbeit erreicht werden soll; zudem ist die Auswahl der aufgeführten Leistungserbringer, mit denen die hausärztliche Ebene zusammenarbeiten soll, zu hinterfragen. Des Weiteren ist anzumerken, dass der Begriff „Psychotherapeut“ keine Bezeichnung einer ärztlichen Weiterbildungsqualifikation darstellt. Zudem wird durch die Formulierung „Psychologen/Psychotherapeuten“ und die damit einhergehende fehlende terminologische Abgrenzung fälschlicherweise der Eindruck erweckt, dass Psychologen und Psychotherapeuten auf Basis ihrer jeweiligen Aus- und Weiterbildung gleichermaßen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Post-COVID-Syndrom qualifiziert seien; auch fehlt hier eine Differenzierung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Streichung der Nrn. 1-5. Sofern die Nrn. 1-5 nicht gestrichen werden, sollte zumindest auf Nr. 3 verzichtet werden.</p> <p>Sofern eine Spezifizierung erfolgen soll, wären offene Formulierungen (z. B. „telemedizinische Angebote können ergänzend eingesetzt werden“) vorzuziehen.</p> <p>Sollte Nr. 3 nicht gestrichen werden, wäre die Aufzählung der Qualifikationen durch folgende ärztliche Qualifikationen zu ergänzen: „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Facharzt für</p>

	<p>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“, Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie“ und Nr. 3 wie folgt zu formulieren:  <i>„Zusammenarbeit mit mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie/mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie oder Psychologen/ nicht-ärztlichen Psychotherapeuten.“</i></p>
§ 3 Abs. 3 S. 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die verwendeten Begrifflichkeiten “Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten“ sind nicht eindeutig einer Profession zugeordnet. Da die ärztlichen Psychotherapeuten bereits von Satz 1 erfasst sind, sollte herausgestellt werden, dass hier die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten gemeint sind.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung der Worte „Nicht-ärztliche“ am Anfang des Satzes 2 wie folgt:  <i>“Nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten [KBV: (einschließlich Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit einer Qualifikation nach Anlage I Nummer 19 § 6 Abs. 2 Nr. 3 und 4 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Neuropsychologische Therapie, [8])] sind dieser Versorgungsebene zuzuordnen.“</i></p>
§ 3 Abs. 3 S. 3f.	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die differenzierte Formulierung von organisatorischen Kriterien erscheint wenig praktikabel und nicht zwingend notwendig/sinnvoll.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Der Formulierungsvorschlag der DKG wird abgelehnt.</p>
§ 3 Abs. 4 S. 1. Nrn. 1-5 bzw. 1-6	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Da es sich bei dem PCS um eine Multisystemerkrankung handelt, erscheint eine interdisziplinäre und sektorenverbindende Zusammenarbeit in Kooperation für eine umfassende Versorgung dieser Patienten erforderlich. Eine enge Kooperation zwischen den hausärztlichen und fachärztlich spezialisierten ambulanten Versorgern und den Zentren an größeren Kliniken bzw. Universitätskliniken ist notwendig.</p> <p>Die differenzierte Formulierung von organisatorischen Kriterien erscheint wenig praktikabel; zudem besteht die Gefahr, dass geeignete Versorger ausgeschlossen werden, wenn sie die Vorgaben nicht erfüllen. Beispielsweise beeinflussen das Behandlungsspektrum einer Einrichtung sowie die Personalverfügbarkeit die Art der Diagnose- und Behandlungsangebote.</p>

	<p>Auch ist das von DKG und den PatV geforderte Kriterium der Fortbildung von spezialisierten ambulanten Versorgern zu hinterfragen, da Ärztinnen und Ärzte ohnehin gesetzlich verpflichtet sind, sich gemäß dem Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse fortzubilden; zudem ist davon auszugehen, dass in entsprechend spezialisierten Einrichtungen das Wissen auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft für eine qualitativ hochwertige Behandlung von Patientinnen und Patienten unabdingbar ist und dem ärztlichen Selbstverständnis entspricht.</p> <p>Änderungsvorschlag: Streichung der Kriterien unter Nrn. 1-5 bzw. 1-6. Stattdessen Formulierung übergeordneter Prinzipien wie Interdisziplinarität / Interprofessionalität.</p>
--	--

### Literaturverzeichnis

- (1) Bundesärztekammer, Stellungnahme „Post-COVID-Syndrom“, [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Themen/Medizin\\_und\\_Ethik/BAEK\\_Stellungnahme\\_Post-COVID-Syndrom\\_ONLINE.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/BAEK_Stellungnahme_Post-COVID-Syndrom_ONLINE.pdf) (letzter Zugriff 23.10.2023)
- (2) AWMF S1-Leitlinie „Long/Post-COVID“, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-027> (letzter Zugriff 23.10.2023)
- (3) World Health Organization: A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus. [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_condition-Clinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1) (last accessed on 22 June 2022).
- (4) World Health Organization: A clinical case definition for post COVID-19 condition in children and adolescents by expert consensus. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-CA-Clinical-case-definition-2023-1> (last accessed on 30 October 2023).
- (5) Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: DEGAM-Leitlinien. <https://www.degam.de/degam-leitlinien-379> (last accessed on 22 June 2022).
- (6) Ceban F, Ling S, Lui LMW, et al.: Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun 2022; 101: 93–135.
- (7) Kedor C, Freitag H, Meyer-Arndt L, et al.: A prospective observational study of post-COVID-19 chronic fatigue syndrome following the first pandemic wave in Germany and biomarkers associated with symptom severity. Nat Commun 2022; 13(1): 5104.
- (8) <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3029/MVV-RL-2022-10-20-iK-2023-01-14.pdf> letzter Zugriff 23.10.2023)



## Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen	von Post-COVID (postCOV-RL)	von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS alternativ: von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS

Datum	[02.11.2023]
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM)

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**

## Allgemeine Anmerkung

Die DGPM begrüßt ausdrücklich den vorgelegten Beschlussentwurf. Komplexe Krankheitsbilder wie das Long-/Post-COVID Syndrom und ähnliche postinfektiöse Krankheiten erfordern ein strukturiertes und koordiniertes Vorgehen, bei dem somatische ebenso wie psychosoziale Pathomechanismen und Behandlungsansätze berücksichtigt und strukturiert vernetzt werden.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es beim Long-/Post-COVID Syndrom – wie in der S1- Leitlinie zum Long-/Post-COVID-Syndrom und der S2-Leitlinie „Rehabilitation bei COVID-19“ dargestellt – sehr unterschiedliche Schweregrade, Subgruppen und Verlaufsformen gibt, die unterschiedliche Ansätze der Therapie und Rehabilitation benötigen. Somit unterstützt die DGPM nachdrücklich das vorgelegte Versorgungskonzept, dass den Hausärzten in der Primärversorgung eine zentrale und koordinierende Funktion in der gestuften Versorgung dieser PatientInnen zuspricht. Die Bandbreite möglicher Folgeschäden und Folgeerkrankungen von COVID-19 sind systematisch kaum erfassbar, so dass das pointierte Hervorheben einer zahlenmäßig eher kleinen, schwer erkrankten Subgruppe mit ME/CFS im Titel und in der gesamten Richtlinie dem Erkrankungssyndrom Long-/Post-COVID nicht gerecht wird.

Beim Long-/Post-COVID-Syndrom sind dysfunktionale Muster der Krankheitsverarbeitung, des Krankheitsverhaltens sowie psychische Begleiterkrankungen von erheblicher Bedeutung und sollten entsprechend in der Erstuntersuchung (Basis-Assessment) diagnostiziert und bei Bedarf durch psychotherapeutische Mitbehandlung adressiert werden.

Für die weitere Versorgungsplanung werden dringend epidemiologische Studien zur Erfassung des Schweregrades, dem Umfang der Beeinträchtigung sowie dem Krankheitsverlauf benötigt.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)



**Stellungnahme zu spezifischen Aspekten**

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
Seite 1 (Titel)	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schlagen vor, die Formulierung der PatV zu übernehmen, aber die Erweiterung „sowie ME/CFS“ wegzulassen, da dies schon in den „ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen“ enthalten ist. Dies sollte auch im weiteren Text so beibehalten werden (siehe hierzu auch Allgemeine Anmerkungen).</p> <p>Änderungsvorschlag: „...für Versicherte mit Verdacht auf Long -COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen“</p>
Seite 3, §1, Absatz 2, Gliederungspunkt (GP) 1,2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>In Anbetracht der Komplexität des Long-COVID Syndroms ist eine zentrale ärztliche Ansprechperson zur niederschweligen Erreichbarkeit, frühzeitigen Festlegung eines Behandlungsplans sowie zur Koordination patientenindividuell notwendiger Versorgungsleistungen essentiell.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die DGPM schließt sich daher der Position der DKG/ PatV an.</p>
Seite 3, §1, Absatz 2, GP 8	<p>Stellungnahme und Begründung:</p> <p>Eine kausale Behandlung für das Long -COVID Syndrom steht häufig nicht zur Verfügung. Somit sollte der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen auch Angebote zur Verbesserung des Krankheitsverlauf, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität enthalten.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die DGPM schließt sich daher der Position der DKG/ PatV an.</p>
Seite 4, §2, Absatz 1, GP 4	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Bandbreite möglicher Folgeschäden und Folgeerkrankungen von COVID-19 sind systematisch kaum erfassbar. Sie können Beschwerden der Lunge, des Herzkreislaufsystem, chronische Schmerzen, psychische Beschwerden usw. umfassen. Die spezielle Benennung einer zahlenmäßig eher kleinen, schwer erkrankten Subgruppe mit ME/CFS wird dem Long-COVID-Syndrom nicht gerecht.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

	Die DGPM spricht sich dafür aus, den Teilsatz: ...“Patienten erfasst, die eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) aufweisen.“ zu streichen.
Seite 5, §3 Absatz 2, GP 3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Angesichts der Häufigkeit von psychischen Begleiterkrankungen und Problemen bei der Krankheitsverarbeitung beim Long-COVID Syndrom ist auf der hausärztlichen Ebene eine enge und vernetzte Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychologischen Psychotherapeuten dringend erforderlich. Hierbei braucht es nicht immer eine persönliche Vorstellung, die Möglichkeit der konsiliarischen Rücksprache sollte aber gegeben sein.</p> <p>Wegen der häufigen somatopsychischen Wechselwirkungen wäre die spezifische Kompetenz eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sinnvoll, aus Kapazitätsgründen sollten aber psychologische Psychotherapeuten mit einbezogen werden. Die Qualifikation eines Psychologen ohne psychotherapeutische Ausbildung erscheint jedoch nicht hinreichend.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung DKG mit der Ergänzung „Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten.“</p>
Seite 6 § 3, Absatz, GP 4	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Hier befürworten wir die Formulierung der DKG, schlagen aber eine Erweiterung vor, um gerade die Versorgung somatopsychisch hochbelastete Betroffener zu erleichtern. Insbesondere die psychosomatischen Institutsambulanzen (§118, Abs 3 SGB V) sind entsprechend Ihres multiprofessionellen Versorgungsangebotes in besonderer Weise geeignet diese PatientInnen bio-psychosozial zu versorgen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung der DKG mit Ergänzung der Institutsambulanzen im Sinne von §118 SGB V.</p>
Seite 6, §3, Absatz 4 untere Tabelle, GP2.	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Angesichts der Komplexität des Syndroms mit intensiven somatopsychischen und psychosomatischen Wechselwirkungen sowie des Unterstützungsbedarfes bei der Krankheitsverarbeitung ist unter dem Gliederungspunkt 2 neben psychotherapeutischer und neuropsychologischer Diagnostik auch die psychosomatische Diagnostik zu ergänzen.</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags von GKV-SV/KBV. Neben der psychotherapeutischen und neuropsychologischen Diagnostik ist dringend auch die psychosomatische Diagnostik zu ergänzen.</p>
Seite 7, §4 Absatz 2, GP 3	<p>Stellungnahme mit Begründung: Das Long-Covid Syndrom ist per se eine komplexe Erkrankung, so dass ein Behandlungsplan im Rahmen einer koordinierten und strukturierten Versorgung in jedem Fall dringend erforderlich ist.</p> <p>Änderungsvorschlag: Ablehnung der KBV Position einen Behandlungsplan nur bei Vorliegen eines bestimmten Schweregrades zu erstellen.</p>
Seite 7, §4 Absatz 2, GP 4	<p>Das Vorliegen einer psychischen Komorbidität, einschließlich psychischer Vorerkrankungen wirken sich ungünstig auf den Krankheitsverlauf von somatischen Erkrankungen aus und sollte daher auch bei Long-COVID routinemäßig miterfasst werden. Eine entsprechende Empfehlung gibt auch die S1 Leitlinie zu Long/Post-COVID. Auch die routinemäßige Erfassung möglicher Komplikationen wie PEM oder POTS sollte routinemäßig erfolgen, auch um mehr Evidenz über deren diagnostische Kriterien und Häufigkeit zu gewinnen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Wir unterstützen daher die Position von KBV/DKG/PatV: „...die Vorabklärung und Planung erforderlicher Maßnahmen sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht, ...“)</p>
Seite 9, §5, Absatz 1, GP 1b	<p>Stellungnahme mit Begründung: In Anbetracht der häufig maladaptiven und dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung bei Long-COVID, die einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nimmt, sollte das hausärztliche Basis-Assessment auch die Krankheitsverarbeitung erfassen.</p> <p>.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung von KBV/DKG/PatV mit der Ergänzung der Erfassung einer dysfunktionale Krankheitsverarbeitung.</p>
Seite 10, § 5 Absatz 1, GP 7	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine aktuelle Metaanalyse (Pouliopoulou et al., 2023) zeigt die Effektivität von Ausdauertraining hinsichtlich einer Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit (z. B. 6 Minuten Gehstrecke), weist aber auch auf die Möglichkeit von Nebenwirkungen hin, die weiter beobachtet werden sollte. Zudem besteht bei einem Teil der Long-COVID Betroffenen eine Tendenz, die Belastbarkeit zu schnell zu steigern, gerade wenn vorher ein hohes Leistungsniveau bestand. In dieser Konstellation erscheint bei Komplikationen im Aktivitätsaufbau ein</p>

	<p>fachkompetent begleitetes Aufbautraining, bei dem negative Tendenzen rechtzeitig erkannt und korrigiert werden können, sinnvoll.</p> <p>Änderungsvorschlag: am Ende ergänzen: „...sowie die Beratung zu Methoden der therapeutisch begleiteten körperlichen Aktivierung.“</p>
Seite 10, § 5 Absatz 1, GP 11 und 12	<p>Stellungnahme mit Begründung: Angesichts der Häufigkeit psychischer und somatische Komorbidität beim Long-COVID Syndrom und auch bei anderen postinfektiösen Krankheitsbildern kommt einer stärkeren Vernetzung der Hausärzte mit anderen Disziplinen eine entscheidende Bedeutung zu.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Formulierungsvorschlags bei GP 11 von KBV/DKG/PatV bzw. bei 12 von DKG/PatV.</p>
Seite 12, §6 Absatz 2	<p>Stellungnahme mit Begründung: Bei häufiger Manifestation von Long-COVID an einem bestimmten Organsystem sollte auch das jeweilige Fachgebiet mit Spezialisierung in diesem Bereich die Koordinationsaufgaben übernehmen können mit Ausnahme der Psychologischen Psychotherapeuten. Letztere verfügen nicht über die notwendige somatische Grundkompetenz, um die Koordinationsaufgaben bei einem komplexen Erkrankungsbild übernehmen zu können.</p> <p>Änderungsvorschlag: Die DGPM unterstützt die Übernahme des Vorschlags der DKG zur fachärztlichen Koordination sofern eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebietes notwendig ist oder sein wird.</p>
Seite15, § 8 Absatz 2	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir sehen die Gefahr, dass Betroffene von therapeutisch sinnvoller Aktivierung abgeschreckt werden und somit die Chronifizierung der Beschwerden begünstigt wird, wenn einseitig und zu stark auf PEM hingewiesen wird (Oslo Chronic fatigue Consortium, 2023). Wir empfehlen daher eine zurückhaltendere Formulierung. Zudem wird im bisherigen Beschlussentwurf zu wenig auf die Bedeutung der Vernetzung mit dem Rehabilitationssektor hingewiesen, obwohl hier bereits erste Evidenz für die Effektivität vorliegt. Wir schlagen daher die Ergänzung eines entsprechenden Absatzes vor.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlages von DKG und PatV. Es sollte aber präzisiert werden: „Insbesondere bei Vorliegen einer schweren Belastungsintoleranz (PEM)...ist eine stationäre Krankenhausbehandlung bzw. <i>Rehabilitationsmaßnahme</i> zu prüfen.“</p> <p>Weiterhin schlagen wir vor zu ergänzen: „Die Prüfung der Verordnung von stationärer oder ganztägig ambulanter Rehabilitation ist zu prüfen,</p>

	<p>wenn schwerwiegende Beeinträchtigungen im Sinne der ICF vorliegen und die Aktivität und Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gesellschaft gefährdet sind. Bisher vorliegende Studien zeigen, dass Rehabilitation für die große Mehrzahl der Long-COVID-Betroffenen zwar keine Heilung, aber eine deutliche Verbesserung der funktionellen Belastbarkeit, der Lebensqualität und der psychischen Belastung bringt (Platz et al., 2022; Frisk et al, 2023; Kupferschmitt et al., 2023).</p>
<p>Tragende Gründe, Seite 6/7, zu Absatz 2, Nummer 8</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Hier wird die Übernahme der Formulierung DKG/PatV, nicht aber des 2. Absatzes (nur PatV) befürwortet und eine Präzisierung zur Erfassung des Schweregrades vorgeschlagen. Sowohl die S1 Leitlinie zum Long-/Post-COVID Syndrom als auch die S2 Leitlinie zur Rehabilitation bei COVID-19 beschreiben die Bedeutung der Unterscheidung unterschiedlicher Subgruppen und Schweregrade. Das Long-COVID Syndrom insgesamt darf nicht mit einem schwer ausgeprägtem MEC/FS gleichgesetzt werden. Dies würde bedeuten, dass der großen Gruppe von Post-COVID Patienten mit mittelschwer ausgeprägten Beeinträchtigungen ein leitliniengerechtes vorsichtig aktivierendes rehabilitatives Vorgehen vorenthalten würde. Nur eine individuelle Erfassung des Schweregrades kann gewährleisten, dass die jeweils angemessene Behandlung erfolgt.</p> <p>Änderungsvorschlag:  ...nach Lebensqualität der Versicherten anzubieten. Bitte einfügen: „notwendig ist eine individuelle Erfassung des Schweregrades und der Beeinträchtigungen im Sinne der ICF, um eine individuelle Planung von Behandlung und Rehabilitation zu ermöglichen. Bisherige Erfahrungen sprechen für das Vorliegen unterschiedlich beeinträchtigt der Subgruppen, die differenzierte Behandlungsstrategien benötigen.“</p>
<p>Tragende Gründe, Seite 31/32, zu § 5, Nummer 7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine zu starke Betonung negativer Folgen von Aktivierung können ihrerseits Nebenwirkungen im Sinne einer selbsterfüllenden negativen Prophezeiung haben (Oslo Chronic Fatigue Consortium). Es gibt inzwischen zunehmend Evidenz (s. u.) für die Effektivität eines individuell konzipierten, strukturierten Bewegungsprogramms zur Aktivierung bei einem großen Teil der Long-COVID Betroffenen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Der Vorschlag von GKV-SV und KBV wird ausdrücklich unterstützt, ebenso der 2. Kasten von GKV-SV („Es ist allerdings zu vermeiden...“). Angefügt werden sollte im 1. Kasten nach „Über spezifisch konzipierte „Pacing“-Interventionen ist jedoch bisher wenig verlässliches Wissen verfügbar und es besteht Bedarf nach weiteren Erkenntnissen [2].“: Erste Evidenz gibt es hingegen für die Wirksamkeit eines individuell aktivierenden rehabilitativen Ansatzes (Frisk et al., 2023; Kupferschmitt et al., 2023) sowie von kognitiver Verhaltenstherapie (Kuut et al., 2023; Huth et al., 2023).</p>

Tragende Gründe, Seite 46-49, zu § 8 Verordnung weiterer Leistungen	Stellungnahme mit Begründung: Es wird ausdrücklich die Übernahme der Formulierung von GKV-SV/KBV empfohlen. Begründung s. o.  Änderungsvorschlag: Ergänzt werden sollte der Unterpunkt „Bewegungstherapeutische Leistungen, wenn hausärztliche Beratung alleine zum Aktivitätsaufbau nicht ausreicht oder Hinweise auf dysfunktionales Schonverhalten oder Selbstüberforderung bestehen und keine Kontraindikation vorliegt.
Tragende Gründe, Seite 50/51, zu § 8 Verordnung weiterer Leistungen	Stellungnahme mit Begründung: Keine Übernahme des Vorschlags PatV, Begründung s. o.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

### Literaturverzeichnis

- Frisk, B., Jürgensen, M., Espehaug, B., Njøten, K. L., Sjøfteland, E., Aarli, B. B., & Kvale, G. (2023). A safe and effective micro-choice based rehabilitation for patients with long COVID: Results from a quasi-experimental study. *Scientific Reports*, 13(1), 9423. doi:10.1038/s41598-023-35991-y
- Huth D, Bräscher A-K, Tholl S, Fiess J, Birke G, Herrmann C, Jöbges M, Mier D, Witthöft M (2023). Cognitive-behavioral therapy for patients with post-COVID-19 condition (CBT-PCC): a feasibility trial. *Psychological Medicine* 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002921>
- Kupferschmitt A, Langheim E, Tüter H, Etzrodt F, Loew TH and Köllner V (2023) First results from post-COVID inpatient rehabilitation. *Front. Rehabil. Sci.* 3:1093871. doi: 10.3389/fresc.2022.1093871
- Kuut, T. A., Müller, F., Csorba, I., Braamse, A., Aldenkamp, A., Appelman, B., ... Knoop, H. (2023). Efficacy of cognitive-behavioral therapy targeting severe fatigue following coronavirus disease 2019: Results of a randomized controlled trial. *Clinical Infectious Diseases*, 77(5), 687–695. doi:10.1093/cid/ciad257
- Oslo Chronic Fatigue Consortium. Chronic fatigue syndromes: real illnesses that people can recover from. *Scand J Prim Health Care*. 2023 Sep 23:1-5. doi: 10.1080/02813432.2023.2235609. Epub ahead of print. PMID: 37740918.
- Platz, T., Abel, U., Berghem, S., Berlit, P., Dewey, S., Dohle, Ch., Ellert, C., Fickenscher, H., Guha, M., Köllner, V., Kramer, A., Koczulla, R., Reißhauer, A., Schlitt, A. & Steimann, M. (2022). S2k-LL SARS-CoV-2, COVID-19 und (Früh-) Rehabilitation («Living Guideline»). Auflage/Version Datum: 3.0 (2. Update)/1. November 2022. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/080-008>. html Zugriff am 15.10.2023.
- Pouliopoulou DV, Macdermid JC, Saunders E et al. Rehabilitation Interventions for Physical Capacity and Quality of Life in Adults With Post-COVID-19 Condition - A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*. 2023;6(9):e2333838. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.33838



## Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen	von Post-COVID (postCOV-RL)	von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS alternativ: von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS

Datum	[02.11.2023]
Stellungnahme von	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DKPM)

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**

## Allgemeine Anmerkung

Das DKPM begrüßt ausdrücklich den vorgelegten Beschlussentwurf. Komplexe Krankheitsbilder wie das Long-/Post-COVID Syndrom und ähnliche postinfektiöse Krankheiten erfordern ein strukturiertes und koordiniertes Vorgehen, bei dem somatische ebenso wie psychosoziale Pathomechanismen und Behandlungsansätze berücksichtigt und strukturiert vernetzt werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es beim Long-/Post-COVID Syndrom – wie in der S1- Leitlinie zum Long-/Post-COVID-Syndrom und der S2-Leitlinie „Rehabilitation bei COVID-19“ dargestellt – sehr unterschiedliche Schweregrade, Subgruppen und Verlaufsformen gibt, die unterschiedliche Ansätze der Therapie und Rehabilitation benötigen. Somit unterstützt das DKPM das vorgelegte Versorgungskonzept, das den Hausärzten in der Primärversorgung eine zentrale und koordinierende Funktion in der gestuften Versorgung dieser PatientInnen zuspricht. Die Bandbreite möglicher Folgeschäden und Folgeerkrankungen von COVID-19 ist systematisch kaum erfassbar, so dass das pointierte Hervorheben einer zahlenmäßig eher kleinen, schwer erkrankten Subgruppe mit ME/CFS im Titel und in der gesamten Richtlinie dem Erkrankungssyndrom Long-/Post-COVID nicht gerecht wird.

Beim Long-/Post-COVID-Syndrom sind dysfunktionale Muster der Krankheitsverarbeitung, des Krankheitsverhaltens sowie psychische Begleiterkrankungen von erheblicher Bedeutung und sollten entsprechend in der Erstuntersuchung (Basis-Assessment) diagnostiziert und bei Bedarf durch psychotherapeutische Mitbehandlung adressiert werden.

Für die weitere Versorgungsplanung werden dringend epidemiologische Studien zur Erfassung des Schweregrades, dem Umfang der Beeinträchtigung sowie dem Krankheitsverlauf benötigt.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)



## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
Seite 1 (Titel)	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schlagen vor, die Formulierung der PatV zu übernehmen, aber die Erweiterung „sowie ME/CFS“ wegzulassen, da dies schon in den „ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen“ enthalten ist. Dies sollte auch im weiteren Text so beibehalten werden (siehe hierzu auch Allgemeine Anmerkungen).</p> <p>Änderungsvorschlag: „...für Versicherte mit Verdacht auf Long -COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen“</p>
Seite 3, §1, Absatz 2, Gliederungspunkt (GP) 1,2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>In Anbetracht der Komplexität des Long-COVID Syndroms ist eine zentrale ärztliche Ansprechperson zur niederschweligen Erreichbarkeit, frühzeitigen Festlegung eines Behandlungsplans sowie zur Koordination patientenindividuell notwendiger Versorgungsleistungen essentiell.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Das DKPM schließt sich daher der Position der DKG/ PatV an.</p>
Seite 3, §1, Absatz 2, GP 8	<p>Stellungnahme und Begründung:</p> <p>Eine kausale Behandlung für das Long -COVID Syndrom steht häufig nicht zur Verfügung. Somit sollte der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen auch Angebote zur Verbesserung des Krankheitsverlauf, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität enthalten.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Das DKPM schließt sich daher der Position der DKG/ PatV an.</p>
Seite 4, §2, Absatz 1, GP 4	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Bandbreite möglicher Folgeschäden und Folgeerkrankungen von COVID-19 sind systematisch kaum erfassbar. Sie können Beschwerden der Lunge, des Herzkreislaufsystem, chronische Schmerzen, psychische Beschwerden usw. umfassen. Die spezielle Benennung einer zahlenmäßig eher kleinen, schwer erkrankten Subgruppe mit ME/CFS wird dem Long-COVID-Syndrom nicht gerecht.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

	<p>Das DKPM spricht sich dafür aus, den Teilsatz: ...“Patienten erfasst, die eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) aufweisen.“ zu streichen.</p>
<p>Seite 5, §3 Absatz 2, GP 3</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Angesichts der Häufigkeit von psychischen Begleiterkrankungen und Problemen bei der Krankheitsverarbeitung beim Long-COVID Syndrom ist auf der hausärztlichen Ebene eine enge und vernetzte Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychologischen Psychotherapeuten dringend erforderlich. Hierbei braucht es nicht immer eine persönliche Vorstellung, die Möglichkeit der konsiliarischen Rücksprache sollte aber gegeben sein.</p> <p>Wegen der häufigen somatopsychischen Wechselwirkungen wäre die spezifische Kompetenz eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sinnvoll, aus Kapazitätsgründen sollten aber psychologische Psychotherapeuten mit einbezogen werden. Die Qualifikation eines Psychologen ohne psychotherapeutische Ausbildung erscheint jedoch nicht hinreichend.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung DKG mit der Ergänzung „Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten.“</p>
<p>Seite 6 § 3, Absatz, GP 4</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Hier befürworten wir die Formulierung der DKG, schlagen aber eine Erweiterung vor, um gerade die Versorgung somatopsychisch hochbelastete Betroffener zu erleichtern. Insbesondere die psychosomatischen Institutsambulanzen (§118, Abs 3 SGB V) sind entsprechend Ihres multiprofessionellen Versorgungsangebotes in besonderer Weise geeignet, diese PatientInnen bio-psychosozial zu versorgen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung der DKG mit Ergänzung der Institutsambulanzen im Sinne von §118 SGB V.</p>
<p>Seite 6, §3, Absatz 4 untere Tabelle, GP2.</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Angesichts der Komplexität des Syndroms mit intensiven somatopsychischen und psychosomatischen Wechselwirkungen sowie des Unterstützungsbedarfes bei der Krankheitsverarbeitung ist unter dem Gliederungspunkt 2 neben psychotherapeutischer und neuropsychologischer Diagnostik auch die psychosomatische Diagnostik zu ergänzen.</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags von GKV-SV/KBV. Neben der psychotherapeutischen und neuropsychologischen Diagnostik ist dringend auch die psychosomatische Diagnostik zu ergänzen.</p>
Seite 7, §4 Absatz 2, GP 3	<p>Stellungnahme mit Begründung: Das Long-Covid Syndrom ist per se eine komplexe Erkrankung, so dass ein Behandlungsplan im Rahmen einer koordinierten und strukturierten Versorgung in jedem Fall dringend erforderlich ist.</p> <p>Änderungsvorschlag: Ablehnung der KBV Position, einen Behandlungsplan nur bei Vorliegen eines bestimmten Schweregrades zu erstellen.</p>
Seite 7, §4 Absatz 2, GP 4	<p>Das Vorliegen einer psychischen Komorbidität, einschließlich psychischer Vorerkrankungen wirkt sich ungünstig auf den Krankheitsverlauf von somatischen Erkrankungen aus und sollte daher auch bei Long-COVID routinemäßig miterfasst werden. Eine entsprechende Empfehlung gibt auch die S1 Leitlinie zu Long/Post-COVID. Auch die routinemäßige Erfassung möglicher Komplikationen wie PEM oder POTS sollte routinemäßig erfolgen, auch um mehr Evidenz über deren diagnostische Kriterien und Häufigkeit zu gewinnen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Wir unterstützen daher die Position von KBV/DKG/PatV: „...die Vorabklärung und Planung erforderlicher Maßnahmen sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht, ...“)</p>
Seite 9, §5, Absatz 1, GP 1b	<p>Stellungnahme mit Begründung: In Anbetracht der häufig maladaptiven und dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung bei Long-COVID, die einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nimmt, sollte das hausärztliche Basis-Assessment auch die Krankheitsverarbeitung erfassen.</p> <p>·</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung von KBV/DKG/PatV mit der Ergänzung der Erfassung einer dysfunktionale Krankheitsverarbeitung.</p>
Seite 10, § 5 Absatz 1, GP 7	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine aktuelle Metaanalyse (Pouliopoulou et al., 2023) zeigt die Effektivität von Ausdauertraining hinsichtlich einer Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit (z. B. 6 Minuten Gehstrecke), weist aber auch auf die Möglichkeit von Nebenwirkungen hin, die weiter beobachtet werden sollten. Zudem besteht bei einem Teil der Long-COVID Betroffenen eine Tendenz, die Belastbarkeit zu schnell zu steigern, gerade wenn vorher ein hohes Leistungsniveau bestand. In dieser Konstellation erscheint bei Komplikationen im Aktivitätsaufbau ein</p>

	<p>fachkompetent begleitetes Aufbautraining, bei dem negative Tendenzen rechtzeitig erkannt und korrigiert werden können, sinnvoll.</p> <p>Änderungsvorschlag: am Ende ergänzen: „...sowie die Beratung zu Methoden der therapeutisch begleiteten körperlichen Aktivierung.“</p>
Seite 10, § 5 Absatz 1, GP 11 und 12	<p>Stellungnahme mit Begründung: Angesichts der Häufigkeit psychischer und somatischer Komorbidität beim Long-COVID Syndrom und auch bei anderen postinfektiösen Krankheitsbildern kommt einer stärkeren Vernetzung der Hausärzte mit anderen Disziplinen eine entscheidende Bedeutung zu.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Formulierungsvorschlags bei GP 11 von KBV/DKG/PatV bzw. bei 12 von DKG/PatV.</p>
Seite 12, §6 Absatz 2	<p>Stellungnahme mit Begründung: Bei häufiger Manifestation von Long-COVID an einem bestimmten Organsystem sollte auch das jeweilige Fachgebiet mit Spezialisierung in diesem Bereich die Koordinationsaufgaben übernehmen können.</p> <p>Änderungsvorschlag: Das DKPM unterstützt die Übernahme des Vorschlags der DKG zur fachärztlichen Koordination sofern eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebietes notwendig ist oder sein wird.</p>
Seite15, § 8 Absatz 2	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir sehen die Gefahr, dass Betroffene von therapeutisch sinnvoller Aktivierung abgeschreckt werden und somit die Chronifizierung der Beschwerden begünstigt wird, wenn einseitig und zu stark auf PEM hingewiesen wird (Oslo Chronic fatigue Consortium, 2023). Wir empfehlen daher eine zurückhaltendere Formulierung. Zudem wird im bisherigen Beschlussentwurf zu wenig auf die Bedeutung der Vernetzung mit dem Rehabilitationssektor hingewiesen, obwohl hier bereits erste Evidenz für die Effektivität vorliegt. Wir schlagen daher die Ergänzung eines entsprechenden Absatzes vor.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlages von DKG und PatV. Es sollte aber präzisiert werden: „Insbesondere bei Vorliegen einer schweren Belastungsintoleranz (PEM)...ist eine stationäre Krankenhausbehandlung bzw. <i>Rehabilitationsmaßnahme</i> zu prüfen.“</p> <p>Weiterhin schlagen wir vor zu ergänzen: „Die Prüfung der Verordnung von stationärer oder ganztägig ambulanter Rehabilitation ist zu prüfen, wenn schwerwiegende Beeinträchtigungen im Sinne der ICF vorliegen und die Aktivität und Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gesellschaft gefährdet sind. Bisher vorliegende Studien zeigen, dass Rehabilitation für die große Mehrzahl der Long-COVID-Betroffenen</p>

	<p>zwar keine Heilung, aber eine deutliche Verbesserung der funktionellen Belastbarkeit, der Lebensqualität und der psychischen Belastung bringt (Platz et al., 2022; Frisk et al, 2023; Kupferschmitt et al., 2023).</p>
<p>Tragende Gründe, Seite 6/7, zu Absatz 2, Nummer 8</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Hier wird die Übernahme der Formulierung DKG/PatV, nicht aber des 2. Absatzes (nur PatV) befürwortet und eine Präzisierung zur Erfassung des Schweregrades vorgeschlagen. Sowohl die S1 Leitlinie zum Long-/Post-COVID Syndrom als auch die S2 Leitlinie zur Rehabilitation bei COVID-19 beschreiben die Bedeutung der Unterscheidung unterschiedlicher Subgruppen und Schweregrade. Das Long-COVID Syndrom insgesamt darf nicht mit einem schwer ausgeprägtem MEC/FS gleichgesetzt werden. Dies würde bedeuten, dass der großen Gruppe von Post-COVID Patienten mit mittelschwer ausgeprägten Beeinträchtigungen ein leitliniengerechtes vorsichtig aktivierendes rehabilitatives Vorgehen vorenthalten würde. Nur eine individuelle Erfassung des Schweregrades kann gewährleisten, dass die jeweils angemessene Behandlung erfolgt.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>...nach Lebensqualität der Versicherten anzubieten. Bitte einfügen: „notwendig ist eine individuelle Erfassung des Schweregrades und der Beeinträchtigungen im Sinne der ICF, um eine individuelle Planung von Behandlung und Rehabilitation zu ermöglichen. Bisherige Erfahrungen sprechen für das Vorliegen unterschiedlich beeinträchtigter Subgruppen, die differenzierte Behandlungsstrategien benötigen.“</p>
<p>Tragende Gründe, Seite 31/32, zu § 5, Nummer 7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine zu starke Betonung negativer Folgen von Aktivierung können ihrerseits Nebenwirkungen im Sinne einer selbsterfüllenden negativen Prophezeiung haben (Oslo Chronic Fatigue Consortium). Es gibt inzwischen zunehmend Evidenz (s. u.) für die Effektivität eines individuell konzipierten, strukturierten Bewegungsprogramms zur Aktivierung bei einem großen Teil der Long-COVID Betroffenen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Der Vorschlag von GKV-SV und KBV wird ausdrücklich unterstützt, ebenso der 2. Kasten von GKV-SV („Es ist allerdings zu vermeiden...). Angefügt werden sollte im 1. Kasten nach „Über spezifisch konzipierte „Pacing“-Interventionen ist jedoch bisher wenig verlässliches Wissen verfügbar und es besteht Bedarf nach weiteren Erkenntnissen [2].“: Erste Evidenz gibt es hingegen für die Wirksamkeit eines individuell aktivierenden rehabilitativen Ansatzes (Frisk et al., 2023; Kupferschmitt et al., 2023) sowie von kognitiver Verhaltenstherapie (Kuut et al., 2023; Huth et al., 2023).</p>

Tragende Gründe, Seite 46-49, zu § 8 Verordnung weiterer Leistungen	Stellungnahme mit Begründung: Es wird ausdrücklich die Übernahme der Formulierung von GKV-SV/KBV empfohlen. Begründung s. o.  Änderungsvorschlag: Ergänzt werden sollte der Unterpunkt „Bewegungstherapeutische Leistungen, wenn hausärztliche Beratung alleine zum Aktivitätsaufbau nicht ausreicht oder Hinweise auf dysfunktionales Schonverhalten oder Selbstüberforderung bestehen und keine Kontraindikation vorliegt.
Tragende Gründe, Seite 50/51, zu § 8 Verordnung weiterer Leistungen	Stellungnahme mit Begründung: Keine Übernahme des Vorschlags PatV, Begründung s. o.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

### Literaturverzeichnis

- Frisk, B., Jürgensen, M., Espehaug, B., Njøten, K. L., Sjøfteland, E., Aarli, B. B., & Kvale, G. (2023). A safe and effective micro-choice based rehabilitation for patients with long COVID: Results from a quasi-experimental study. *Scientific Reports*, 13(1), 9423. doi:10.1038/s41598-023-35991-y
- Huth D, Bräscher A-K, Tholl S, Fiess J, Birke G, Herrmann C, Jöbges M, Mier D, Witthöft M (2023). Cognitive-behavioral therapy for patients with post-COVID-19 condition (CBT-PCC): a feasibility trial. *Psychological Medicine* 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002921>
- Kupferschmitt A, Langheim E, Tüter H, Etzrodt F, Loew TH and Köllner V (2023) First results from post-COVID inpatient rehabilitation. *Front. Rehabil. Sci.* 3:1093871. doi: 10.3389/fresc.2022.1093871
- Kuut, T. A., Müller, F., Csorba, I., Braamse, A., Aldenkamp, A., Appelman, B., ... Knoop, H. (2023). Efficacy of cognitive-behavioral therapy targeting severe fatigue following coronavirus disease 2019: Results of a randomized controlled trial. *Clinical Infectious Diseases*, 77(5), 687–695. doi:10.1093/cid/ciad257
- Oslo Chronic Fatigue Consortium. Chronic fatigue syndromes: real illnesses that people can recover from. *Scand J Prim Health Care*. 2023 Sep 23;1-5. doi: 10.1080/02813432.2023.2235609. Epub ahead of print. PMID: 37740918.
- Platz, T., Abel, U., Berghem, S., Berlit, P., Dewey, S., Dohle, Ch., Ellert, C., Fickenscher, H., Guha, M., Köllner, V., Kramer, A., Koczulla, R., Reißhauer, A., Schlitt, A. & Steimann, M. (2022). S2k-LL SARS- CoV-2, COVID-19 und (Früh-) Rehabilitation («Living Guideline»). Auflage/Version Datum: 3.0 (2. Update)/1. November 2022. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/080-008>. html Zugriff am 15.10.2023.
- Pouliopoulou DV, Macdermid JC, Saunders E et al. Rehabilitation Interventions for Physical Capacity and Quality of Life in Adults With Post–COVID-19 Condition - A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*. 2023;6(9):e2333838. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.33838



## Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen	von Post-COVID (postCOV-RL)	von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS alternativ: von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS

Datum	[02.11.2023]
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR)

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**

## Allgemeine Anmerkung

Die DGPPR begrüßt ausdrücklich den vorgelegten Beschlussentwurf. Komplexe Krankheitsbilder wie das Long-/Post-COVID Syndrom und ähnliche postinfektiöse Krankheiten erfordern ein strukturiertes und koordiniertes Vorgehen, bei dem somatische ebenso wie psychosoziale Pathomechanismen und Behandlungsansätze berücksichtigt und strukturiert vernetzt werden.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es beim Long-/Post-COVID Syndrom – wie in der S1- Leitlinie zum Long-/Post-COVID-Syndrom und der S2-Leitlinie „Rehabilitation bei COVID-19“ dargestellt – sehr unterschiedliche Schweregrade, Subgruppen und Verlaufsformen gibt, die unterschiedliche Ansätze der Therapie und Rehabilitation benötigen. Somit unterstützt die DGPPR nachdrücklich das vorgelegte Versorgungskonzept, dass den Hausärzten in der Primärversorgung eine zentrale und koordinierende Funktion in der gestuften Versorgung dieser PatientInnen zuspricht. Die Bandbreite möglicher Folgeschäden und Folgeerkrankungen von COVID-19 sind systematisch kaum erfassbar, so dass das pointierte Hervorheben einer zahlenmäßig eher kleinen, schwer erkrankten Subgruppe mit ME/CFS im Titel und in der gesamten Richtlinie dem Erkrankungssyndrom Long-/Post-COVID nicht gerecht wird.

Beim Long-/Post-COVID-Syndrom sind dysfunktionale Muster der Krankheitsverarbeitung, des Krankheitsverhaltens sowie psychische Begleiterkrankungen von erheblicher Bedeutung und sollten entsprechend in der Erstuntersuchung (Basis-Assessment) diagnostiziert und bei Bedarf durch psychotherapeutische Mitbehandlung adressiert werden.

Für die weitere Versorgungsplanung werden dringend epidemiologische Studien zur Erfassung des Schweregrades, dem Umfang der Beeinträchtigung sowie dem Krankheitsverlauf benötigt.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)



## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
Seite 1 (Titel)	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir schlagen vor, die Formulierung der PatV zu übernehmen, aber die Erweiterung „sowie ME/CFS“ wegzulassen, da dies schon in den „ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen“ enthalten ist. Dies sollte auch im weiteren Text so beibehalten werden (siehe hierzu auch Allgemeine Anmerkungen).</p> <p>Änderungsvorschlag: „...für Versicherte mit Verdacht auf Long -COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen“</p>
Seite 3, §1, Absatz 2, Gliederungspunkt (GP) 1,2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>In Anbetracht der Komplexität des Long-COVID Syndroms ist eine zentrale ärztliche Ansprechperson zur niederschweligen Erreichbarkeit, frühzeitigen Festlegung eines Behandlungsplans sowie zur Koordination patientenindividuell notwendiger Versorgungsleistungen essentiell.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die DGPPR schließt sich daher der Position der DKG/ PatV an.</p>
Seite 3, §1, Absatz 2, GP 8	<p>Stellungnahme und Begründung:</p> <p>Eine kausale Behandlung für das Long -COVID Syndrom steht häufig nicht zur Verfügung. Somit sollte der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen auch Angebote zur Verbesserung des Krankheitsverlauf, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität enthalten.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die DGPPR schließt sich daher der Position der DKG/ PatV an.</p>
Seite 4, §2, Absatz 1, GP 4	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Bandbreite möglicher Folgeschäden und Folgeerkrankungen von COVID-19 sind systematisch kaum erfassbar. Sie können Beschwerden der Lunge, des Herzkreislaufsystem, chronische Schmerzen, psychische Beschwerden usw. umfassen. Die spezielle Benennung einer zahlenmäßig eher kleinen, schwer erkrankten Subgruppe mit ME/CFS wird dem Long-COVID-Syndrom nicht gerecht.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>

	Die DGPPR spricht sich dafür aus, den Teilsatz: ...“Patienten erfasst, die eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) aufweisen.“ zu streichen.
Seite 5, §3 Absatz 2, GP 3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Angesichts der Häufigkeit von psychischen Begleiterkrankungen und Problemen bei der Krankheitsverarbeitung beim Long-COVID Syndrom ist auf der hausärztlichen Ebene eine enge und vernetzte Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychologischen Psychotherapeuten dringend erforderlich. Hierbei braucht es nicht immer eine persönliche Vorstellung, die Möglichkeit der konsiliarischen Rücksprache sollte aber gegeben sein.</p> <p>Wegen der häufigen somatopsychischen Wechselwirkungen wäre die spezifische Kompetenz eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sinnvoll, aus Kapazitätsgründen sollten aber psychologische Psychotherapeuten mit einbezogen werden. Die Qualifikation eines Psychologen ohne psychotherapeutische Ausbildung erscheint jedoch nicht hinreichend.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung DKG mit der Ergänzung „Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten.“</p>
Seite 6 § 3, Absatz, GP 4	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Hier befürworten wir die Formulierung der DKG, schlagen aber eine Erweiterung vor, um gerade die Versorgung somatopsychisch hochbelastete Betroffener zu erleichtern. Insbesondere die psychosomatischen Institutsambulanzen (§118, Abs 3 SGB V) sind entsprechend Ihres multiprofessionellen Versorgungsangebotes in besonderer Weise geeignet diese PatientInnen bio-psychosozial zu versorgen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung der DKG mit Ergänzung der Institutsambulanzen im Sinne von §118 SGB V.</p>
Seite 6, §3, Absatz 4 untere Tabelle, GP2.	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Angesichts der Komplexität des Syndroms mit intensiven somatopsychischen und psychosomatischen Wechselwirkungen sowie des Unterstützungsbedarfes bei der Krankheitsverarbeitung ist unter dem Gliederungspunkt 2 neben psychotherapeutischer und neuropsychologischer Diagnostik auch die psychosomatische Diagnostik zu ergänzen.</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags von GKV-SV/KBV. Neben der psychotherapeutischen und neuropsychologischen Diagnostik ist dringend auch die psychosomatische Diagnostik zu ergänzen.</p>
Seite 7, §4 Absatz 2, GP 3	<p>Stellungnahme mit Begründung: Das Long-Covid Syndrom ist per se eine komplexe Erkrankung, so dass ein Behandlungsplan im Rahmen einer koordinierten und strukturierten Versorgung in jedem Fall dringend erforderlich ist.</p> <p>Änderungsvorschlag: Ablehnung der KBV Position einen Behandlungsplan nur bei Vorliegen eines bestimmten Schweregrades zu erstellen.</p>
Seite 7, §4 Absatz 2, GP 4	<p>Das Vorliegen einer psychischen Komorbidität, einschließlich psychischer Vorerkrankungen wirken sich ungünstig auf den Krankheitsverlauf von somatischen Erkrankungen aus und sollte daher auch bei Long-COVID routinemäßig miterfasst werden. Eine entsprechende Empfehlung gibt auch die S1 Leitlinie zu Long/Post-COVID. Auch die routinemäßige Erfassung möglicher Komplikationen wie PEM oder POTS sollte routinemäßig erfolgen, auch um mehr Evidenz über deren diagnostische Kriterien und Häufigkeit zu gewinnen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Wir unterstützen daher die Position von KBV/DKG/PatV: „...die Vorabklärung und Planung erforderlicher Maßnahmen sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht, ...“)</p>
Seite 9, §5, Absatz 1, GP 1b	<p>Stellungnahme mit Begründung: In Anbetracht der häufig maladaptiven und dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung bei Long-COVID, die einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nimmt, sollte das hausärztliche Basis-Assessment auch die Krankheitsverarbeitung erfassen.</p> <p>·</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme der Formulierung von KBV/DKG/PatV mit der Ergänzung der Erfassung einer dysfunktionale Krankheitsverarbeitung.</p>
Seite 10, § 5 Absatz 1, GP 7	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine aktuelle Metaanalyse (Pouliopoulou et al., 2023) zeigt die Effektivität von Ausdauertraining hinsichtlich einer Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit (z. B. 6 Minuten Gehstrecke), weist aber auch auf die Möglichkeit von Nebenwirkungen hin, die weiter beobachtet werden sollte. Zudem besteht bei einem Teil der Long-COVID Betroffenen eine Tendenz, die Belastbarkeit zu schnell zu steigern, gerade wenn vorher ein hohes Leistungsniveau bestand. In dieser Konstellation erscheint bei Komplikationen im Aktivitätsaufbau ein</p>

	<p>fachkompetent begleitetes Aufbautraining, bei dem negative Tendenzen rechtzeitig erkannt und korrigiert werden können, sinnvoll.</p> <p>Änderungsvorschlag: am Ende ergänzen: „...sowie die Beratung zu Methoden der therapeutisch begleiteten körperlichen Aktivierung.“</p>
Seite 10, § 5 Absatz 1, GP 11 und 12	<p>Stellungnahme mit Begründung: Angesichts der Häufigkeit psychischer und somatische Komorbidität beim Long-COVID Syndrom und auch bei anderen postinfektiösen Krankheitsbildern kommt einer stärkeren Vernetzung der Hausärzte mit anderen Disziplinen eine entscheidende Bedeutung zu.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Formulierungsvorschlags bei GP 11 von KBV/DKG/PatV bzw. bei 12 von DKG/PatV.</p>
Seite 12, §6 Absatz 2	<p>Stellungnahme mit Begründung: Bei häufiger Manifestation von Long-COVID an einem bestimmten Organsystem sollte auch das jeweilige Fachgebiet mit Spezialisierung in diesem Bereich die Koordinationsaufgaben übernehmen können mit Ausnahme der Psychologischen Psychotherapeuten. Letztere verfügen nicht über die notwendige somatische Grundkompetenz, um die Koordinationsaufgaben bei einem komplexen Erkrankungsbild übernehmen zu können.</p> <p>Änderungsvorschlag: Die DGPPR unterstützt die Übernahme des Vorschlags der DKG zur fachärztlichen Koordination sofern eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebietes notwendig ist oder sein wird.</p>
Seite15, § 8 Absatz 2	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wir sehen die Gefahr, dass Betroffene von therapeutisch sinnvoller Aktivierung abgeschreckt werden und somit die Chronifizierung der Beschwerden begünstigt wird, wenn einseitig und zu stark auf PEM hingewiesen wird (Oslo Chronic fatigue Consortium, 2023). Wir empfehlen daher eine zurückhaltendere Formulierung. Zudem wird im bisherigen Beschlussentwurf zu wenig auf die Bedeutung der Vernetzung mit dem Rehabilitationssektor hingewiesen, obwohl hier bereits erste Evidenz für die Effektivität vorliegt. Wir schlagen daher die Ergänzung eines entsprechenden Absatzes vor.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlages von DKG und PatV. Es sollte aber präzisiert werden: „Insbesondere bei Vorliegen einer schweren Belastungsintoleranz (PEM)...ist eine stationäre Krankenhausbehandlung bzw. <i>Rehabilitationsmaßnahme</i> zu prüfen.“</p> <p>Weiterhin schlagen wir vor zu ergänzen: „Die Prüfung der Verordnung von stationärer oder ganztägig ambulanter Rehabilitation ist zu prüfen,</p>

	<p>wenn schwerwiegende Beeinträchtigungen im Sinne der ICF vorliegen und die Aktivität und Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gesellschaft gefährdet sind. Bisher vorliegende Studien zeigen, dass Rehabilitation für die große Mehrzahl der Long-COVID-Betroffenen zwar keine Heilung, aber eine deutliche Verbesserung der funktionellen Belastbarkeit, der Lebensqualität und der psychischen Belastung bringt (Platz et al., 2022; Frisk et al, 2023; Kupferschmitt et al., 2023).</p>
<p>Tragende Gründe, Seite 6/7, zu Absatz 2, Nummer 8</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Hier wird die Übernahme der Formulierung DKG/PatV, nicht aber des 2. Absatzes (nur PatV) befürwortet und eine Präzisierung zur Erfassung des Schweregrades vorgeschlagen. Sowohl die S1 Leitlinie zum Long-/Post-COVID Syndrom als auch die S2 Leitlinie zur Rehabilitation bei COVID-19 beschreiben die Bedeutung der Unterscheidung unterschiedlicher Subgruppen und Schweregrade. Das Long-COVID Syndrom insgesamt darf nicht mit einem schwer ausgeprägtem MEC/FS gleichgesetzt werden. Dies würde bedeuten, dass der großen Gruppe von Post-COVID Patienten mit mittelschwer ausgeprägten Beeinträchtigungen ein leitliniengerechtes vorsichtig aktivierendes rehabilitatives Vorgehen vorenthalten würde. Nur eine individuelle Erfassung des Schweregrades kann gewährleisten, dass die jeweils angemessene Behandlung erfolgt.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>...nach Lebensqualität der Versicherten anzubieten. Bitte einfügen: „notwendig ist eine individuelle Erfassung des Schweregrades und der Beeinträchtigungen im Sinne der ICF, um eine individuelle Planung von Behandlung und Rehabilitation zu ermöglichen. Bisherige Erfahrungen sprechen für das Vorliegen unterschiedlich beeinträchtigt der Subgruppen, die differenzierte Behandlungsstrategien benötigen.“</p>
<p>Tragende Gründe, Seite 31/32, zu § 5, Nummer 7</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine zu starke Betonung negativer Folgen von Aktivierung können ihrerseits Nebenwirkungen im Sinne einer selbsterfüllenden negativen Prophezeiung haben (Oslo Chronic Fatigue Consortium). Es gibt inzwischen zunehmend Evidenz (s. u.) für die Effektivität eines individuell konzipierten, strukturierten Bewegungsprogramms zur Aktivierung bei einem großen Teil der Long-COVID Betroffenen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Der Vorschlag von GKV-SV und KBV wird ausdrücklich unterstützt, ebenso der 2. Kasten von GKV-SV („Es ist allerdings zu vermeiden...“). Angefügt werden sollte im 1. Kasten nach „Über spezifisch konzipierte „Pacing“-Interventionen ist jedoch bisher wenig verlässliches Wissen verfügbar und es besteht Bedarf nach weiteren Erkenntnissen [2].“: Erste Evidenz gibt es hingegen für die Wirksamkeit eines individuell aktivierenden rehabilitativen Ansatzes (Frisk et al., 2023; Kupferschmitt et al., 2023) sowie von kognitiver Verhaltenstherapie (Kuut et al., 2023; Huth et al., 2023).</p>

Tragende Gründe, Seite 46-49, zu § 8 Verordnung weiterer Leistungen	Stellungnahme mit Begründung: Es wird ausdrücklich die Übernahme der Formulierung von GKV-SV/KBV empfohlen. Begründung s. o.  Änderungsvorschlag: Ergänzt werden sollte der Unterpunkt „Bewegungstherapeutische Leistungen, wenn hausärztliche Beratung alleine zum Aktivitätsaufbau nicht ausreicht oder Hinweise auf dysfunktionales Schonverhalten oder Selbstüberforderung bestehen und keine Kontraindikation vorliegt.
Tragende Gründe, Seite 50/51, zu § 8 Verordnung weiterer Leistungen	Stellungnahme mit Begründung: Keine Übernahme des Vorschlags PatV, Begründung s. o.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

### Literaturverzeichnis

- Frisk, B., Jürgensen, M., Espehaug, B., Njøten, K. L., Sjøfteland, E., Aarli, B. B., & Kvale, G. (2023). A safe and effective micro-choice based rehabilitation for patients with long COVID: Results from a quasi-experimental study. *Scientific Reports*, 13(1), 9423. doi:10.1038/s41598-023-35991-y
- Huth D, Bräscher A-K, Tholl S, Fiess J, Birke G, Herrmann C, Jöbges M, Mier D, Witthöft M (2023). Cognitive-behavioral therapy for patients with post-COVID-19 condition (CBT-PCC): a feasibility trial. *Psychological Medicine* 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002921>
- Kupferschmitt A, Langheim E, Tüter H, Etzrodt F, Loew TH and Köllner V (2023) First results from post-COVID inpatient rehabilitation. *Front. Rehabil. Sci.* 3:1093871. doi: 10.3389/fresc.2022.1093871
- Kuut, T. A., Müller, F., Csorba, I., Braamse, A., Aldenkamp, A., Appelman, B., ... Knoop, H. (2023). Efficacy of cognitive-behavioral therapy targeting severe fatigue following coronavirus disease 2019: Results of a randomized controlled trial. *Clinical Infectious Diseases*, 77(5), 687–695. doi:10.1093/cid/ciad257
- Oslo Chronic Fatigue Consortium. Chronic fatigue syndromes: real illnesses that people can recover from. *Scand J Prim Health Care*. 2023 Sep 23;1-5. doi: 10.1080/02813432.2023.2235609. Epub ahead of print. PMID: 37740918.
- Platz, T., Abel, U., Berghem, S., Berlit, P., Dewey, S., Dohle, Ch., Ellert, C., Fickenscher, H., Guha, M., Köllner, V., Kramer, A., Koczulla, R., Reißhauer, A., Schlitt, A. & Steimann, M. (2022). S2k-LL SARS- CoV-2, COVID-19 und (Früh-) Rehabilitation («Living Guideline»). Auflage/Version Datum: 3.0 (2. Update)/1. November 2022. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/080-008>. html Zugriff am 15.10.2023.
- Pouliopoulou DV, Macdermid JC, Saunders E et al. Rehabilitation Interventions for Physical Capacity and Quality of Life in Adults With Post–COVID-19 Condition - A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*. 2023;6(9):e2333838. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.33838



**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für  
Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) zum  
Beschlussentwurf über die Erstfassung einer Richtlinie  
über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und  
strukturierte Versorgung**

<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>KBV</b>	<b>PatV</b>
<b>für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen</b>	<b>von Post-COVID (postCOV-RL)</b>	<b>von Long/ Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>  alternativ: <b>von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS</b>

Datum	01.11.2023
Stellungnahme von	[Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin]

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**

## Allgemeine Anmerkung

Neben Long/Post-COVID-Erkrankungen sollte im Titel der Richtlinie auch ME/CFS und im Text ergänzend das Post-VAC-Syndrom erfasst werden. Alle genannten Erkrankungen kommen im Kindes- und Jugendalter ebenfalls vor und sind mit ähnlichen Herausforderungen bei der Versorgung verbunden (1,2,3). Im Kindes- und Jugendalter waren präpandemisch etwa 80% ME/CFS-Fälle einem viralen Trigger geschuldet, etwa die Hälfte davon einer Erstinfektion mit dem Epstein-Barr-Virus (2,4). Betroffen sind vor allem adoleszente Mädchen (5,6,7). ME/CFS in Folge von COVID-19 wurde kürzlich auch bei Adoleszenten in Deutschland beschrieben (1).

Spezielle pädiatrische Definitionen der Post-COVID-Condition (8) und von ME/CFS (1) wurden international etabliert und sind dem Konsens geschuldet, dass Kinder und Jugendliche besonders zügig versorgt werden sollten. Auch im Kindes- und Jugendalter ist eine enge interdisziplinäre, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig, um der Komplexität der Krankheitsbilder gerecht zu werden (9,10). Besonderheiten der pädiatrischen Versorgung sollten berücksichtigt werden:

Die primärärztliche Versorgung wird in der Regel durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin geleistet. Die spezialisierte fachärztliche Differenzialdiagnostik (z.B. Kinderkardiologie, -pulmonologie, -neurologie, -immunologie), wird durch die Subdisziplinen der Pädiatrie angeboten, welche überwiegend unter einem Dach in Kinderkliniken und weniger im niedergelassenen Bereich angesiedelt sind. Interdisziplinäre diagnostische Angebote für PCS und ME/CFS finden sich derzeit überwiegend in pädiatrischen Hochschulambulanzen, Spezialambulanzen, Tageskliniken und Stationen sowie in Sozialpädiatrischen Zentren. Dafür muss eine adäquate Vergütung sichergestellt werden.

Psychosoziale Bedarfe haben bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit den adressierten Erkrankungen einen besonders hohen Stellenwert (10). Sie erfordern spezialisiertes Wissen zu den gesetzlichen Regelungen für diese Altersgruppe. Den auf eine teilhabeorientierte, multiprofessionelle Versorgung ausgerichteten Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sollte deshalb eine zentrale Rolle bei der Versorgung der jungen Betroffenen zukommen.

Erwähnenswert erscheint der besondere Bedarf von zentralisierten, telemedizinischen Versorgungsangeboten bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit den adressierten Erkrankungen. Dieser ist der geringeren Dichte von spezialisierten pädiatrischen Einrichtungen bei einer relativ zu Erwachsenen geringeren Prävalenz von PCS (6,11,12) und ME/CFS [13,14] geschuldet. Um eine flächendeckend hochwertige pädiatrische Versorgung vorzuhalten, sind virtuelle Fallkonferenzen und Telekonsile für Leistungserbringende sowie Televisiten und altersadaptierte Schulungsangebote für Betroffene und Sorgeberechtigte anzustreben. Modellprojekte sind diesbezüglich vielversprechend (15,16).



## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ( <i>Modifikationen von Zitaten sind durch kursive Schreibweise ausgewiesen.</i> )
Seite 1: Titel/Zielgruppe	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> ME/CFS sollte wegen hoher Versorgungsrelevanz im Titel vorkommen. <u>Änderungsvorschlag:</u> „von Long/ Post-COVID und ähnlichen <i>Infektions-Folgeerkrankungen</i> sowie ME/CFS“
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Unterstützt wird der Vorschlag von DGK/PatV mit Ergänzung. <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Verfügbarkeit und niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote, <i>im Kindes- und Jugendalter gestützt durch zentrale, digitale (virtuelle) Versorgungsstrukturen</i> “
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von DKG/PatV werden mit Ergänzungen unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „3. die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden ( <i>gemessen an Einschränkung der Alltagsaktivität und Teilhabe</i> ) für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung. 4. die Versorgung auf der Grundlage eines <i>individualisierten, strukturierten und aktuellen Behandlungsplans,</i> “
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unverändert unterstützt.
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 7	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Punkt der PatV muss nicht gesondert erwähnt werden.
Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 8	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird minimal adaptiert unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „ ... des Verlaufs unter Beachtung der <i>post-exertionellen Malaise (PEM).</i> “
Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Formulierung sollte korrigiert werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „2. ... zur Prophylaxe einer <i>schweren COVID-19 Long-COVID-ähnliche</i> ...“

<p>Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 3 u. 4</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>Die Richtlinie regelt auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit dem Verdacht auf oder einer festgestellten Erkrankung, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Erkrankungsprägung wie Long-COVID aufweist. In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen und Patienten erfasst, die 1. infolge einer Infektion post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik aufweisen oder 2. eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) aufweisen.</i></p>
<p>Seite 4 §2, Abs. 3</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Zusatz von GKV-SV/KBV wird abgelehnt, weil 1. bereits das Stellen der Verdachtsdiagnose eine notwendige medizinische Maßnahme gemäß der Richtlinie beinhaltet und 2. medizinischer Versorgungsbedarf auch außerhalb einer Studie bestehen kann und oft besteht.</p>
<p>Seite 5 §3, Abs. 1</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde müssen auch Leistungen im tagesstationären und stationären Bereich eingebunden werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„ ... spezialisierte ambulante Versorgung (§7) sowie sonstiger Leistungen (z.B. tagesstationäre, stationäre Versorgung) (§8) erfolgen.</i></p>
<p>Seite 5 §3, Abs. 1</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der DKG zu Krankenhäusern wird unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„Die Versorgung von Patientinnen erfolgt durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringende und Krankenhäuser. ...“</i></p>
<p>Seite 5 §3, Abs. 2</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der DKG wird abgelehnt, weil er zum einen überreguliert und zum anderen unvollständig ist (Pädiatrie, aufsuchende Versorgung).</p>
<p>Seite 5/6 §3, Abs. 3</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird mit Ergänzung unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <i>„Die fachärztliche Versorgung umfasst ... Einrichtungen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt darüber hinaus auch durch stationär/teilstationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit Subspezialisierung sowie insbesondere auch durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).“</i></p>

Seite 6 §3, Abs. 4 allgemein	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt.
Seite 5/6 §3, Abs. 4, Nr. 1-6	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag der PatV wird mit Modifikationen unterstützt. <u>Änderungsvorschlag zu PatV:</u> „....., die folgende Kriterien erfüllen: 1. Gewährleistung einer bedarfsgerechten <i>interdisziplinären und multiprofessionellen</i> Versorgung unter Berücksichtigung für das Krankheitsbild besonders relevanter medizinischer Fachgebiete (z.B. Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, <i>Infektiologie, Immunologie, Psychologie bzw. entsprechender pädiatrischer Fachdisziplinen</i> ) 2. die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für die relevanten Fachgebiete ( <i>evtl. in geregelter Kooperation</i> ) 3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten, 4. Information <i>der Betroffenen</i> über laufende Studien und Forschungsergebnisse sowie <i>im Falle von Hochschulambulanzen eigene</i> Forschungstätigkeit zu Erkrankungen gemäß § 2 5. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten <i>und im Falle von Hochschulambulanzen eigenes Angebot von Fortbildungsveranstaltungen zur</i> Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach §2 6. <i>regelmäßiges Angebot.</i> “
Seite 7 §3, Abs. 5	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG wird unterstützt.
Seite 7 §4, Abs. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Keine Übernahme des Vorschlags der PatV, stattdessen Ergänzung zur Zentralisierung der pädiatrischen Versorgung. <u>Änderungsvorschlag:</u> „... <i>Behandlungskoordination und Behandlungsplan. Die Koordination der pädiatrischen Versorgung sollte durch eine übergeordnete, zentrale, digitale (virtuelle) Koordinierungsstelle unterstützt werden, an die sich Betroffene und Primärversorgende wenden können.</i> “
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Behandlungsplan sollte individuell zugeschnitten werden. Der Zusatzvorschlag der KBV erscheint nicht zwingend <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Erstellung eines <i>individualisierten</i> Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 5 Nummer 1 ...“
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von KBV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Vorabklärung und Planung <i>individuell</i> erforderlicher ... Hinsicht,“

Seite 8 §4, Absatz 2, Nr. 5	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Einfügung von KBV/GKV-SV wird nicht unterstützt, weil unspezifisch.
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 9	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Bedarf einer stationären Einweisung sollte ergänzt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „ ... Überweisungen und bei Bedarf stationärer Einweisungen“
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 11	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Vorschläge von GKV-DSV/DKG/PatV und KBV werden mit Ergänzung unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere <i>Leistungserbringende</i> sowie <i>kooperierende Einrichtungen und Organisationen</i> (z.B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen, <i>Ausbildungsstätten, Universitäten</i> )
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 13	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Arbeits- und Ausbildungsfähigkeit kann nicht immer erhalten werden. Die Ausbildungsphase sollte gesondert berücksichtigt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „.... zur Krankheitsbewältigung und dem <i>bestmöglichen</i> Erhalt von Arbeits-, <i>Ausbildungs-</i> oder Schulfähigkeit.“
Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 14	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Auf Schulungsangebote und Informationsquellen sollte unter einem weiteren Punkt 14 aufmerksam gemacht werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> „ <i>Hinweise auf Schulungsangebote und sonstige Informationsquellen</i> (z.B. <i>Flyer, Webseiten</i> ) für <i>Betroffene, Sorgeberechtigte, andere Leistungserbringende</i> sowie <i>kooperierende Einrichtungen</i> “.
Seite 8/9 §4, Abs. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 9 §4, Abs. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag des GKV-SV erscheint entbehrlich.
Seite 9 §5, Abs. 1	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Besonderheit der primärärztlichen Versorgung durch Fachärztinnen und – ärzte für Kinder- und Jugendärztinnen sollte adressiert werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> <i>Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. „Aufgaben der hausärztlichen ...“</i>

<p>Seite 9</p> <p>§5, Abs. 1, Nr. 1.</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sollten neben Hausärztinnen und -ärzten ausdrücklich berücksichtigt werden. / Die Fremdanamnese in der Pädiatrie sollte in einem eigenen Punkt aufgegriffen werden. / Der psychische Status sollte unter Anamnese (a) eingeordnet werden. / Bei der Anamnese sollte der mutmaßliche Trigger, der Zeitpunkt des Auftretens bzw. die Dauer der Symptomatik erfasst werden. / Häufige Symptome wie Fatigue, Belastungsintoleranz, Dyspnoe, orthostatische Intoleranz (OI), Schmerz, Schlafstörungen und psychische Auffälligkeiten (17,18,19) sollten strukturiert erfragt werden. / Die aus der „hinweisende Symptomatik“ (d) resultierenden Empfehlungen sollten präzisiert sowie relevante Fragebögen, Scores und Tests genannt werden, z.B. DSQ-PEM (20), IOM-Kriterien (21), Kanadischen Konsensuskriterien (CCC) (22), „Munich Berlin Symptom Questionnaire“ (MBSQ) (1), angelehnter 10-Minuten-Stehetest (9), PHQ4-Screener (23) / Zur Messung der Funktionseinschränkungen bzw. Priorisierung des Versorgungsbedarfs kann bei chronischer Fatigue und ME/CFS der Bell-Score (24) sowie im Falle von Kindern und Jugendlichen allgemein der Fragenkatalog der Deutschen Gesellschaft für Kinder – und Jugendheilkunde (DGKJ) (10) eingesetzt werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p><i>„Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. Aufgaben der hausärztlichen Versorgung im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Basis-Assessment: die Abklärung des Verdachts ... durch systematische Erfassung .... In der Regel einschließlich       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ausführlicher, <i>strukturierter</i> Anamnese mit Impfanamnese und Erfassung häufiger Symptome sowie mutmaßlichem Trigger, Zeitpunkt des Auftretens und Dauer der Symptome (darunter Fatigue, Belastungsintoleranz, orthostatische Intoleranz (OI), Dyspnoe, Schmerz, Schlafstörungen und psychischer Status,</li> <li>b) <i>im Falle einer anamnestische Belastungsintoleranz</i> Abklärung einer post-exertionellen Malaise (PEM), z.B. mittels etablierten Fragebogens (DSQ-PEM).</li> <li>c) <i>im Falle von Fatigue und PEM</i> Abklärung eines ME/CFS mittels etablierter klinischer Kriterien [Kriterien des Institute of Medicine (IOM) und/oder Kanadische Konsensuskriterien (CCC), evtl. mit einem integrierten Fragebogen (MBSQ)], unter Berücksichtigung der Mindestkrankheitsdauer von 6 Monaten bei Erwachsenen und 3 Monaten bei Kindern und Jugendlichen,</li> <li>d) Erfassung des funktionellen Status (leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkung) anhand etablierter Skalen (im Falle von chronischer Fatigue des Bell-Scores) sowie Einschränkungen der Teilhabe der Betroffenen (im Falle von Kindern und Jugendlichen auch eingeschränkter Berufstätigkeit von Sorgeberechtigten),</li> <li>e) <i>im Falle von Kindern und Jugendlichen je nach Alter ausschließlich oder zusätzlich</i> eine Fremdanamnese durch mindestens eine/n</li> </ol> </li> </ol>
--	---

	<p>Sorgeberechtigten, dabei möglichst getrennte Befragung von pädiatrischem Patient <i>und Sorgeberechtigten</i>,</p> <p>f) <i>ausführlicher</i> körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen <i>und Ernährungsstatus (inklusive BMI)</i>, unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten,</p> <p>g) <i>im Falle einer orthostatische Intoleranz (OI) über mehr als drei Monate Abklärung eines</i> posturalen orthostatischen Tachykardie-Syndroms (<i>PoTS</i>) <i>oder einer Orthostatischen Hypotonie (OH) mittels angelehntem 10-Minuten-Stehetest („NASA lean test“).</i></p>
Seite 9 §5, Abs. 1, Nr. 2	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Zusätze durch KBV und GKV-SV erscheinen entbehrlich.</p>
Seite 9 §5, Abs. 3	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 10 §5, Abs. 3, Nr. 4-10	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Zusätze der KBV zu Nr. 4, 6, 8 und 10 erscheinen entbehrlich. Die Ergänzung des GKV-SV in Nr. 5 wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 11	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von KBV/DGK/PatV wird mit Ergänzung unterstützt.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> „bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen, <i>auch digital</i>“</p>
Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 12	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird unterstützt.</p>
Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 13	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der eingefügte Vorschlag des GKV-SV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 10, §5, Abs. 3, Nr. 1	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Unterstützt werden die Vorschläge der PatV im allgemeinen Teil, sowie von GKV-SV/KBV/PatV unter Nummer 1.</p>
Seite 11 §5, Abs. 4	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV, inklusive allen Ergänzungen, wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 2	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 3	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV erscheint nicht zwingend.</p>
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 4	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 6	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>

Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 7-9	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen der KBV erscheinen nicht zwingend.
Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 10/11	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen des GKV-SV erscheinen nicht zwingend.
Seite 12/13 §6, Abs. 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzungen von KBV/DKG/PatV zum ersten Satz und zu Nummer 1, von DKG/PatV zu Nummer 2 und von KBV/DKG/PatV zu Nummer 3 werden uneingeschränkt unterstützt.
Seite 13 §6, Abs. 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung des GKV-SV wird ebenso wie die nachfolgende Anmerkung von KBV/PatV unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „Sofern erforderlich, .... besteht.“ „Dieses Vorgehen beinhaltet.“
Seite 13/14 §6, Abs. 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von DKG/PatV wird uneingeschränkt inklusive der Ergänzung der PatV unterstützt.
Seite 14 §6, Abs. 5	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 14 §7, Nummer 2	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Ergänzung von GKV-SV/DKG/PatV wird mit minimaler Anpassung unterstützt. <u>Änderungsvorschlag:</u> „... nicht durch hinreichend spezialisierte, vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erfolgen kann,“
Seite 14 §7, Nummer 3	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 14 §7, Nummer 4	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 15 §7, Nummer 6	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der KBV-Vorschlag erscheint entbehrlich.
Seite 15 §7, Nummer 7	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Die Formulierung von KBV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.
Seite 15 §7, Nummer 8	<u>Stellungnahme mit Begründung:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/KBV wird uneingeschränkt unterstützt.

<p>Seite 15 §8, Abs. 1</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Modifikation unterstützt. Die PEM ist eine Sonderform der Belastungsintoleranz und nicht gleichbedeutend mit letzterer. Die Anmerkungen der PatV können aufgegriffen werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V.</li> <li>2. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz <i>mit post-exertioneller Malaise (PEM)</i> auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.</li> <li>3. <i>Bei allen Verordnungen sollten Besonderheiten wie PEM, ausgeprägte Reizempfindlichkeit oder eingeschränkte Mobilität ausdrücklich vermerkt werden. Im Falle von PEM sollte die Möglichkeit der aufsuchenden und telemedizinischen Umsetzung der Verordnung geprüft werden. „</i></li> </ol>
<p>Seite 15 §8, Abs. 2</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Anpassung unterstützt. Bei Kindern und Jugendlichen sollten immer auch ortsnahe stationäre oder teilstationäre Versorgungsangebote in Erwägung gezogen werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung, wenn diese gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist.</li> <li>2. Insbesondere bei einer Belastungsintoleranz (PEM), bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen <i>und/oder im Falle von Kindern und Jugendlichen</i> ist eine stationäre bzw. teilstationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen.“</li> </ol>
<p>Seite 15 §9</p>	<p><u>Stellungnahme mit Begründung:</u></p> <p>Der Vorschlag der PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>



## Literaturverzeichnis

1. *Peo* LC, Wiehler K, Paulick J, Gerrer K, Leone A, Viereck A, Haegele M, Stojanov S, Warlitz C, Augustin S, Alberer M, Hattesoehl DBR, Froehlich L, Scheibenbogen C, Mihatsch L, Pricoco R, Behrends U. medRxiv 2023.08.23.23293081; doi: <https://doi.org/10.1101/2023.08.23.23293081> (Eur J Pediatrics, in Revision)
2. *Rowe* KS. Long Term Follow up of Young People With Chronic Fatigue Syndrome Attending a Pediatric Outpatient Service. *Front Pediatr.* 2019 Feb 21;7:21. doi: 10.3389/fped.2019.00021.
3. *Rowe* K. Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis (CFS/ME) in Adolescents: Practical Guidance and Management Challenges. *Adolesc Health Med Ther.* 2023 Jan 4;14:13-26. doi: 10.2147/AHMT.S317314.
4. *Katz* BZ, Shiraishi Y, Mears CJ, Binns HJ, Taylor R. Chronic fatigue syndrome after infectious mononucleosis in adolescents. *Pediatrics.* 2009 Jul;124(1):189-93. doi: 10.1542/peds.2008-1879.
5. *Rowe* PC, Underhill RA, Friedman KJ, Gurwitt A, Medow MS, Schwartz MS, Speight N, Stewart JM, Vallings R, Rowe KS. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Diagnosis and Management in Young People: A Primer. *Front Pediatr.* 2017 Jun 19;5:121. doi: 10.3389/fped.2017.00121.
6. *Borch* L, Holm M, Knudsen M, Ellermann-Eriksen S, Hagstroem S. Long COVID symptoms and duration in SARS-CoV-2 positive children - a nationwide cohort study. *Eur J Pediatr.* 2022 Apr;181(4):1597-1607. doi: 10.1007/s00431-021-04345-z.
7. *Pellegrino* R, Chiappini E, Licari A, Galli L, Marseglia GL. Prevalence and clinical presentation of long COVID in children: a systematic review. *Eur J Pediatr.* 2022 Dec;181(12):3995-4009. doi: 10.1007/s00431-022-04600-x.
8. *World Health Organization (WHO)*. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_condition-Clinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1). Accessed 7 June 2023
9. *Koczulla* AR, Ankermann T, Behrends U, Berlit P, Berner R, Böing S, Brinkmann F, Frank U, Franke C, Glöckl R, Gogoll C, Häuser W, Hohberger B, Huber G, Hummel T, Köllner V, Krause S, Kronsbein J, Maibaum T, Otto-Thöne A, Pecks U, Peters EMJ, Peters S, Pfeifer M, Platz T, Pletz M, Powitz F, Rabe KF, Scheibenbogen C, Schneider D, Stallmach A, Stegbauer M, Tenenbaum T, Töpfner N, von Versen-Höyneck F, Wagner HO, Waller C, Widmann CN, Winterholler C, Wirtz H, Zwick R. S1-Leitlinie Long-/Post-COVID [German S1 Guideline Long-/Post-COVID]. *Pneumologie.* 2022 Dec;76(12):855-907. German. doi: 10.1055/a-1946-3230.
10. *Töpfner N*; Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI); Alberer M, Ankermann T; Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. (GPP); Bender S; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP); Berner R, de Laffolie J; Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e. V. (GPGE); Dingemann J; Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH); Heinicke D; Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V. (BKJR); Haas JP; Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR); Hufnagel M, Hummel T; Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC); Huppertz HI; Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ); Knuf M, Kobbe R, Lücke T; Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP); Riedel J; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ); Rosenecker J; Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e. V. (DGpRP); Wölfler J; Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie e. V. (DGKED); Schneider B; Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V. (DGSM); Schneider D; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ); Schriever V; Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC); Schroeder A; Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP); Stojanov S, Tenenbaum T, Trapp S; Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ); Vilser D; Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e. V. (DGPK); Brinkmann F, Behrends U. Einheitliche Basisversorgung von

Kindern und Jugendlichen mit *Long COVID*: Stellungnahme einer multidisziplinären Arbeitsgruppe der DGKJ-Konvent-Gesellschaften (Stand: Februar 2022). Monatschr Kinderheilkd. 2022;170(6):539-547. German. doi: 10.1007/s00112-021-01408-1.

11. [Nittas V](#), Gao M, West EA, Ballouz T, Menges D, Wulf Hanson S, Puhan MA. Long COVID Through a Public Health Lens: An Umbrella Review. Public Health Rev. 2022 Mar 15;43:1604501. doi: 10.3389/phrs.2022.1604501.
12. [Behnood SA](#), Shafran R, Bennett SD, Zhang AXD, O'Mahoney LL, Stephenson TJ, Ladhani SN, De Stavola BL, Viner RM, Swann OV. Persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection amongst children and young people: A meta-analysis of controlled and uncontrolled studies. J Infect. 2022 Feb;84(2):158-170. doi: 10.1016/j.jinf.2021.11.011.
13. [Crawley EM](#), Emond AM, Sterne JA. Unidentified Chronic Fatigue Syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) is a major cause of school absence: surveillance outcomes from school-based clinics. BMJ Open. 2011 Dec 12;1(2):e000252. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000252. Erratum in: BMJ Open. 2019 Nov 10;9(11):e000252corr1.
14. [Jason LA](#), Katz BZ, Sunnquist M, Torres C, Cotler J, Bhatia S. The Prevalence of Pediatric Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome in a Community-Based Sample. Child Youth Care Forum. 2020 Aug;49(4):563-579. doi: 10.1007/s10566-019-09543-3.
15. *Post-COVID Kids Bavaria*: Förderinitiative für die Versorgungsforschung zum Post-COVID-Syndrom Teilprojekt 2: „Post-COVID Kids Bavaria – PCFC“ (Post-COVID Fatigue Center). [https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheitsinfektionsschutz/doc/post\\_covid\\_kids\\_bavaria\\_teilprojekt\\_2.pdf](https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheitsinfektionsschutz/doc/post_covid_kids_bavaria_teilprojekt_2.pdf).
16. *BAYNET FOR ME/CFS*: Bayerisches Netzwerk zur Erforschung von ME/CFS. <https://www.ukw.de/behandlungszentren/fruehdiagnosezentrum-sozialpaediatrisches-zentrum/aktuelle-meldungen/aktuelle-meldungen-detailansicht/news/mecfs-neue-schulungsreihe-fuer-betroffene-kinder-und-jugendliche-im-rahmen-einer-studie-1>.
17. [Davis HE](#), [Assaf GS](#), [McCorkell L](#), [Wei H](#), [Low RJ](#), [Re'em Y](#), [Redfield S](#), [Austin JP](#), [Akrami A](#). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine*. 2021 Aug;38:101019. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101019. Epub 2021 Jul 15. PMID: 34308300; PMCID: PMC8280690.
18. [Lopez-Leon S](#), [Wegman-Ostrosky T](#), [Ayuzo Del Valle NC](#), [Perelman C](#), [Sepulveda R](#), [Rebolledo PA](#), [Cuapio A](#), [Villapol S](#). Long-COVID in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. Sci Rep. 2022 Jun 23;12(1):9950. doi: 10.1038/s41598-022-13495-5.
19. [Lopez-Leon S](#), [Wegman-Ostrosky T](#), [Perelman C](#), [Sepulveda R](#), [Rebolledo PA](#), [Cuapio A](#), [Villapol S](#). More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2021 Aug 9;11(1):16144. doi: 10.1038/s41598-021-95565-8.
20. [Cotler J](#), [Holtzman C](#), [Dudun C](#), [Jason LA](#). A Brief Questionnaire to Assess Post-Exertional Malaise. Diagnostics (Basel). 2018 Sep 11;8(3):66. doi: 10.3390/diagnostics8030066.
21. [Carruthers BM](#), [Jain AK](#), [De Meirleir KL](#), [Peterson DL](#), [Klimas NG](#), [Lerner AM](#), [Bested AC](#), [Flor-Henry P](#), [Joshi P](#), [Powles ACP](#), [Sherkey JA](#), [van de Sande MI](#) (2003). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome, Journal Of Chronic Fatigue Syndrome, 11:1, 7-115, doi: 10.1300/J092v11n01\_02
22. [Clayton E](#). Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. An IOM Report on Redefining an Illness. JAMA 2015. 313. 10.1001/jama.2015.1346
23. [Löwe B](#), [Wahl I](#), [Rose M](#), [Spitzer C](#), [Glaesmer H](#), [Wingenfeld K](#), [Schneider A](#), [Brähler E](#). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. J Affect Disord. 2010 Apr;122(1-2):86-95. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.019.
24. [Bell DS](#). The Doctor's Guide to Chronic Fatigue Syndrome: Understanding, Treating and Living with CFIDS. Boston: Da Capo Lifelong Books; 1995.



Deutsche Gesellschaft für  
Rehabilitationswissenschaften e.V.

DGRW Geschäftsstelle · Universität Halle-Wittenberg · Institut für  
Rehabilitationsmedizin · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle (Saale)

*Per E-Mail*

Präsident:

Prof. Dr. Thorsten Meyer  
Institut für Rehabilitationsmedizin  
Medizinische Fakultät der  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Magdeburger Straße 8  
06112 Halle (Saale)  
Tel.: +49 345 557 4204  
Fax.: +49 345 557 4206  
Email: thorsten.meyer@uk-halle.de

Halle, den 02.10.2023

◀ **Stellungnahme zum Beschlussentwurf „Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Long/ Post-COVID und bei ähnlichen Erkrankungen sowie ME/CFS“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

haben Sie herzlichen Dank für die Übersendung des Entwurfs für die Long-COVID-Richtlinie des G-BA.

◀ Wir haben diese sorgfältig gelesen und denken auch, dass es sinnvoll ist, für die für die ambulante Versorgung Empfehlungen für ein konzeptionelles Vorgehen zu formulieren, die sachgerechte Behandlungswege gewährleisten. Insofern unterstützen wir diesen Ansatz gerne. Aus unserer Sicht ist es grundsätzlich wichtig, ärztlicherseits so frühzeitig wie möglich die rehabilitativen Angebote in den Blick zu nehmen und spezialisierte Rehabilitationsbehandlungen zu veranlassen. Auch die Rehabilitationsträger, insbesondere die Deutsche Rentenversicherung, sehen sich hier in der Verantwortung und sorgen aktuell für entsprechend qualifizierte Angebote für Long-/Post-COVID-Betroffene. Das nicht selten die Abgrenzung zu ähnlichen postinfektiösen und ME/CFS-Erkrankungen schwierig ist, ist für die rehabilitative Versorgung weniger wichtig, weil diese insbesondere die Wiedereingliederung und Stabilisierung – auf dem jeweils verfügbaren Niveau – im Blick hat (und kausale Therapien i.d.R. aktuell gar nicht zur Verfügung stehen).

◀ Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, in § 3, Absatz 5 zu ergänzen, dass die dort empfohlenen strukturierten Austausch/Kooperationsmodelle “... unter Beteiligung rehabilitationsmedizinischer Leistungserbringer“ erfolgen sollen.

Ferner sollte sich dieser rehabilitative Blickwinkel auch im § 4 in den Absätzen 2 und 3 sowie im § 5 widerspiegeln:

**Geschäftsstelle**

DGRW Geschäftsstelle  
Universität Halle-Wittenberg  
Institut für Rehabilitationsmedizin  
Magdeburger Straße 8  
06112 Halle (Saale)  
Email: [dgrw@medizin.uni-halle.de](mailto:dgrw@medizin.uni-halle.de)  
Web: [www.dgrw-online.de](http://www.dgrw-online.de)

**Vorstandsmitglieder**

Prof. Dr. Thorsten Meyer  
Prof. Dr. Matthias Bethge  
Prof. Dr. Anke Menzel-Begemann  
Dr. Désirée Herbold  
Prof. Dr. Wilfried Mau  
Prof. Dr. Klaus Pfeifer  
Dr. Marco Streibelt  
Prof. Dr. Felix Welti

**Bankverbindung**

Deutsche Bank  
IBAN: DE62200700240866082100  
BIC: DEUTDE33HAN



- § 4 Abs. 2 Nr. 2, ergänzen: „Die Steuerung der Behandlung in medizinischen Fragen zu Diagnose- und Therapieoptionen unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte und rehabilitativer Aufgaben mit Blick auf die optimale Teilhabe entlang der mit der Patientin ....“
- § 4 Abs. 2 Nr. 9, ergänzen: „die Anregung, Motivierung und ggf. Veranlassung notwendiger weiterer Überweisungen einschließlich der Beantragungen von Reha- bzw. Teilhabeleistungen.
- § 4 Abs. 3, ergänzen, je nach ausgewählter Formulierung, dass „der Behandlungsplan Angaben zu den ... geplanten Diagnostik, Therapie- und Rehabilitations- bzw. Teilhabemaßnahmen enthalten (soll/muss)“
- § 5 Abs. 1 Nr. 6, streichen: „~~bei vorliegender spezifischer Indikation:~~“ Begründung: Selbstmanagement und Krankheitsbewältigung sind in jedem Fall herausragende Aufgaben bei Post-/Long-COVID-Patienten, wenn auch in unterschiedlicher Intensität.
- § 5 Abs. 1, ergänzen ein eigener Punkt nach Nr. 6: die Prüfung geeigneter Rehabilitations- und Teilhabeleistungen, die Motivierung des Patienten dazu und die Unterstützung bei der Beantragung der Leistungen.

Wir freuen uns, wenn Sie unsere Vorschläge in Ihre Überlegungen und Beratungen einbeziehen und danken noch einmal für Ihre Anfrage.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Herbold', written in a cursive style.

Dr. med. Désirée Herbold  
Sprecherin der Kommission Leitlinien und Stellungnahmen der DGRW

## **Auswertung der Stellungnahmen**

**gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte  
und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID**

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

**Inhalt**

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Anhörung

**I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen**

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

<b>Organisation</b>	<b>Eingangsdatum</b>	<b>Art der Rückmeldung</b>
Dt. Gesell. f. HNO-Heilk., Kopf- und Hals-Chirurgie	19. Oktober 2023	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Neurologie	26. Oktober 2023	Stellungnahme
Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	27. Oktober 2023	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	30. Oktober 2023	Stellungnahme
Bundespsychotherapeutenkammer	30. Oktober 2023	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin	1. November 2023	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.	1. November 2023	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsche Gesellschaft für ME/CFS	1. November 2023	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Immunologie	1. November 2023	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie	2. November 2023	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.	2. November 2023	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie	2. November 2023	Stellungnahme
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft	2. November 2023	Stellungnahme
Bundesärztekammer	2. November 2023	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie	2. November 2023	Stellungnahme
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2. November 2023	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.	2. November 2023	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin	2. November 2023	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

<b>Organisation</b>	<b>Eingangsdatum</b>	<b>Art der Rückmeldung</b>
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.	2. November 2023	Stellungnahme

**Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen**

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde durch den Unterausschuss adhoc-postCov in seinen Sitzungen am 7. November 2023, 21. November 2023 und 28. November 2023 durchgeführt.

<b>Lfd. Zeilen-Nr.</b>	<b>Stellungnehmende Organisation / Datum</b>	<b>Inhalt der Stellungnahme</b>	<b>Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)</b>	<b>Änderungen am Richtlinien-text</b>
<b>1.</b>	<b>Dt. Gesell. f. HNO-Heilk., Kopf- und Hals-Chirurgie vom 19.10.2023</b>			
<b>1.1</b>	Dt. Gesell. f. HNO-Heilk., Kopf- und Hals-Chirurgie	1. Ein vergleichsweise häufiges Symptom ist die Riech- und Schmeckstörung nach COVID, die jedoch erst als eine Ausschlussdiagnose eingeordnet werden kann, da auch andere Erkrankungen, vor allem im Nasen- und Nasennebenhöhlenbereich dieses Symptom verursachen können. Es ist deshalb sinnvoll in den diagnostischen Anteilen der Richtlinie nicht nur auf eine neurologische sondern auch eine hno-ärztliche Untersuchung hinzuweisen. (siehe Publikation Hintschich et al. 2023 in	Kenntnisnahme und Dank.	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		der Anlage, <a href="https://doi.org/10.1007/s00106-023-01368-w">https://doi.org/10.1007/s00106-023-01368-w</a>		
1.2		2. Es bleibt offen, ob mit der „spezialisierten ambulanten Versorgung“, § 7 der Richtlinie, das sog. ASV-Verfahren, also ambulante spezialärztliche Versorgung gemeint ist. Hier wäre eine Klarstellung sinnvoll, zumal es ein ASV-Verfahren für COVID noch nicht gibt.	[GKV-SV, DKG, PatV: Kenntnisnahme. Mit der vorliegenden Richtlinie werden keine Bestimmungen gemäß § 116b SGB V (ASV) getroffen.]	
1.3		3. Wir begrüßen, dass mit den ermächtigten Ärzten und Institutionen, den Hochschulambulanzen und dem von uns vermuteten ASV-Verfahren (§7) mehrere intersektorale Wege geöffnet sind, um den Patienten in der schwierigen Erkrankung gerecht werden zu können.	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV, DKG, PatV: Mit der vorliegenden Richtlinie werden keine Bestimmungen gemäß § 116b SGB V (ASV) getroffen.]	
2.	<b>Deutsche Gesellschaft für Neurologie vom 26.10.2023</b>			
2.1	Deutsche Gesellschaft für Neurologie	Diese Richtlinie soll Empfehlungen zur Versorgung von Patient:innen mit Vd. a. Post-COVID-19 und ME/CFS geben. Es erscheint sinnvoll verallgemeinernd von postinfektiösen Erkrankungen zu sprechen,	[GKV-SV, PatV: Kenntnisnahme. s. ggf. Anmerkungen zu § 2.]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		zu denen Patient:innen mit Vd. a. Post-COVID-19 und ME/CFS gezählt werden können.		
2.2		<p><b>§1 (2):</b> Dieses Ziel wird konkretisiert durch Verfügbarkeit ein er niedrigschwellig erreichbaren zeitnahen, bei Bedarf interdisziplinären, Diagnostik und Therapie und einem bedarfsorientierten, zeitnahen Zugang zu einem leitliniengerechten, bei Bedarf multimodalen Versorgungsangebot.</p> <p>Weitere Spezifizierungen wie unter 1,2, und 4 vorgeschlagen sind nicht umsetzbar und so auch nicht für andere Krankheitsbilder etabliert. Die Punkte 5,6, und 7 sollten übernommen werden. Translationalen Forschung ist nicht Bestandteil dieser Richtlinie.</p>	Kenntnisnahme, Dank und Zustimmung.	
2.3		<p><b>§2:</b> Die Patientengruppe sollte breiter definiert werden und sich auf Patient:innen mit post-akut infektiösen Erkrankungen beziehen. Am Beispiel von Post-COVID-19 und ME/CFS können dann exemplarisch die Empfehlungen aufgebaut werden. Hier den Vorschlag der KBV (unter 1) übernehmen:</p> <p>Von der Richtlinie erfasst werden ebenfalls Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf eine andere</p>	[GKV-SV: Kenntnisnahme. Es wird nicht als sachgerecht angesehen, post-infektiöse Erkrankungen mit einzuschließen, die gänzlich andere Krankheitsausprägungen gegenüber Long- bzw. Post-COVID aufweisen. Aufgrund des sehr breiten Symptomspektrums, das in Bezug auf Long- bzw. Post-CO-	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Erkrankung mit ähnlicher Ursache oder Krankheitsausprägung wie Long-COVID, die infolge eines viralen Infektes 1. post-akut eine mit Long-COVID vergleichbare Symptomatik aufweisen, oder 2. eine „Myalgische Enzephalomyelitis“ /Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS) ausbilden.                  Unter (2) den Vorschlag der KBV übernehmen:                  In den Fällen von Absatz 1 Nummer 1 müssen diese Symptome oder Beschwerden mit Erkenntnissen zu postinfektiösen Symptomatiken in Verbindung gebracht werden können.                  (3) nicht übernehmen.</p>	<p>VID berichtet wird, ist auch unklar, um welche Erkrankungen oder Krankheitsausprägungen es sich dabei handeln sollte.]                   [DKG, PatV: Danke und Kenntnisnahme]</p>	
2.4		<p><b>§3:</b>                  Unter (2) Vorschläge der DKG nicht übernehmen, da zu spezifisch und nicht realisierbar in der Praxis.                  Unter (3) auch Neuropsycholog:innen einbeziehen, wie von KBV vorgeschlagen. Keine Übernahme des Vorschlages der DKG.                  Unter (4) Keine Übernahme des Vorschlages der DKG                  Unter (4) „die folgende Kriterien erfüllen:“ Vorschlag der GKV-SV/KBV übernehmen</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                   [GKV-SV: Zu (2): Zustimmung.                   Zu (3): Eine separate Nennung von Neuropsychologinnen/Neuropsychologen ist nicht notwendig, da diese von den anderen genannten Gruppen umfasst sind (vgl. [Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Neuropsychologische Therapie]).</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		Unter (5) Vorschlag der GKV-SV/KBV übernehmen	(zu 4): Zustimmung zur Nicht-Aufnahme der Vorschläge der DKG.  (Zu 4 „Kriterien“,5): Kenntnisnahme]	
2.5		<p><b>§4</b> Unter (1) keine Übernahme des Vorschlages der PatV                      Unter (2) Unterpunkt 4 Übernahme des Vorschlages der KBV/DKG/PatV                      Unter (3) Übernahme des Vorschlages der GKV-SV/DKG/PatV                      Keine Übernahme von Unterpunkt (4)</p>	Kenntnisnahme und Dank.	
2.6		<p><b>§5</b> Unterpunkt 1 (1d): Keine Übernahme bzw. Spezifizierung von Symptomen, (2b): Keine Übernahme des Vorschlags von GKV-SV, (3) Übernahme des Vorschlages von GKV-SV/DKG/PatV                      (11): Übernahme des Vorschlages von KBV/DKG/PatV,                      (12) Übernahme des Vorschlages von DKG/PatV                      Unterpunkt (4): Übernahme des Vorschlags der GKV-SV/KBV/PatV</p>	Kenntnisnahme und Dank.	
2.7		<b>§6</b> (1), Unterpunkt (4) Übernahme des Vorschlages	[GKV-SV: Zu § 6 (1) Nr. 4: Kenntnisnahme.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		der KBV/DKG/PatV, Unterpunkt (9) Übernahme des Vorschlages der KBV/PatV §6 (2), Übernahme des Vorschlages der KBV/DKG/PatV §6 (3) Übernahme des Vorschlags der KBV §6 (4) Übernahme des Vorschlags der KBV/GKV-SV §6 (5) Keine Übernahme des Vorschlages der KBV/DKG/PatV	Die in Nummer 4 beschriebenen Aufgaben sind im Rahmen einer in der vorliegenden Richtlinie gestuften Versorgung der hausärztlichen Ebene zuzurechnen.  Zu § 6 (1) Nr. 9: Kenntnisnahme.  Zu § 6(2): Kenntnisnahme. Zur Verwirklichung der gestuften Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und zur Orientierung der Patientinnen und Patienten ist zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier ist insbesondere auch von der besten Erreichbarkeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auszugehen. Die einzige zweckmäßige Ausnahmeregelung in Absatz 2 bezieht sich auf Situationen in denen Patientinnen und Patienten bereits in regelmäßiger Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt in Behandlung sind, die oder der aufgrund ihres oder seines Fachgebietes in der Lage ist die Ko-	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			<p>ordinierungs- und hausärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und 5 ebenfalls in dem jeweils erforderlichen Umfang zu erbringen. In solchen Situationen, insbesondere wenn die Patientinnen oder der Patient keine Hausärztin oder keinen Hausarzt hat, wäre die Suche nach einer oder einem solchen eine unnötige Erschwernis, die dem Ziel der niederschweligen Erreichbarkeit der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie entgegenstünde. Daher wird die Ausnahmeregelung in Absatz 2 getroffen.</p> <p>Zu § 6 (3)-(5): Kenntnisnahme.]</p> <p>[KBV, DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	
2.8		<p>§7 (3) Übernahme des Vorschlags von DKG/PatV                  §7 (7) Übernahme des Vorschlags der GKV-SV                  §7 (8) Übernahme des Vorschlags der GKV-SV/PatV/KBV</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
2.9		<p>§8 (1) Übernahme des Vorschlages der PatV (Leistungserbringung, die auch über Telemedizin abrechenbar sein muss)</p> <p>§8 (2) Übernahme des Vorschlages der DKG/PatV</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Zu § 8(1): Grundsätzlich sind alle Aufgaben von §73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Die Erbringung telemedizinischer Leistungen folgt den bestehenden Regularien und wird durch diese RL weder eingeschränkt noch ausgeweitet.</p> <p>Zu § 8(2): Grundsätzlich sind alle Aufgaben von §73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Die Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlung werden durch die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall begründet.]	
2.10		§9: Übernahme des Vorschlages der GKV-SV/KBV/DKG	Kenntnisnahme und Dank.	
2.11		<p><b>Zusammenfassung:</b>                      Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme für die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). Aus unserer Sicht ist es wichtig zu betonen, dass die Versorgung der betroffenen Patient:innen strukturiert und unter Berücksichtigung sinnvoller diagnostischer Prozeduren und evidenzbasierter Behandlungsstrategien durchgeführt wird. Dennoch sollte die Richtlinie realistische, in die Gesundheitsversorgungsgrealität überführbare Vorschläge beinhalten. Die Option einer telemedizinischen Mitbehandlung und der damit verbundenen Vergütung halten wir für</p>	Kenntnisnahme und Dank.	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		sinnvoll, da eine flächendeckende Expertise nicht umsetzbar erscheint.		
<b>3.</b>	<b>Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) vom 27. Oktober 2023</b>			
<b>3.1</b>	Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit 27. Oktober 2023	<p>Der Beschlussentwurf zur Erstfassung der postCOV-RL regelt Datenverarbeitungen und setzt ebenso verschiedene Verarbeitungen personenbezogener Daten voraus.</p> <p>Die vorgesehene Koordination und die Formen des Zusammenwirkens der Leistungserbringer (vgl. insbesondere nach § 5 Abs. 1 Nrn 6, 9, 10 und 11; § 6 Abs. 1 Nrn 6 und 7; Abs. 2, Abs. 3 sowie § 7 Nrn 1, 4 und 7) führen dazu, dass Datenverarbeitungen erforderlich sein werden, welche sich in Umfang und Art von denen einer Behandlung durch einen einzelnen Leistungserbringer unterscheiden.</p> <p>Die Datenverarbeitungen, welche der Beschlussentwurf vorsieht, haben in der Regel auf Basis einer Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO zu erfolgen. Die versicherten Personen haben diese ausdrücklich,</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>Die Tragenden Gründe wurden um entsprechende Erläuterungen ergänzt.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>freiwillig und insbesondere in informierter Weise zu erteilen. Daher weise ich besonders auf Art. 13 DSGVO und die dort genannten essentiellen Inhalte einer datenschutzkonformen Informationserteilung hin. Die Leistungserbringer haben entsprechend zu prüfen, ob die Ihnen erklärten Einwilligungen die in der Richtlinie genannten Datenverarbeitungen mit umfassen oder aber aufgrund von Richtlinieninhalten wie Erstellung eines leistungserbringerübergreifenden Behandlungsplans, Durchführung von Konsilen u.ä. zu ergänzen sind.</p> <p>Bei der Ausgestaltung des zunächst zurückgestellten Evaluierungsprozesses stehe ich gerne bereits im Rahmen meiner Beratungsaufgabe zur Verfügung und bitte, mich frühzeitig und in angemessener Weise einzubinden.</p>		
4.	<b>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vom 30. Oktober 2023</b>			
4.1	Deutsche Gesell-	Das Post-Covid-Syndrom (PCS) darf nicht mit ME/CFS gleichgesetzt werden. Vielmehr erfüllt nur ein kleiner	[GKV-SV, DKG, PatV: Kenntnisnahme. Eine Gleichsetzung von ME/CFS und Long-Covid	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
	<p>schaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 30. Oktober 2023</p>	<p>Teil der von PCS Betroffenen die ME/CFS-Kriterien. PCS umfasst viele Symptome, eine dominierende Fokussierung auf die Fatigue und hier auch noch auf die Untergruppe derer mit PEM und/oder POTS negiert viele andere Symptome sowie Betroffene. Eine strukturierte Behandlung sollte nicht bei der Definition des Long Covid beginnen, sondern erst mit Erfüllen der Kriterien eines Post-Covid-Syndroms (PCS), d.h. frühestens 12 Wochen nach der SARS-CoV 2 Infektion. Eine frühzeitige Diagnostik, Koordination und „Therapie“ ist angesichts der hohen spontanen Besserungen/Heilungen sowie angesichts des eingeschränkten Leistungsbringerangebots nicht sinnvoll. Bisher gibt es auch keine hinreichend sichere Prädiktion für diejenigen Patienten, die einen langfristigen Verlauf haben werden.</p> <p>Kinder und Jugendliche sind eine ganz besonders vulnerable Gruppe, die besonders betrachtet werden sollte, allerdings würden wir dafür plädieren, dass auch ein Fokus auf andere Gruppen, die eine Fremdanamnese/Betreuung brauchen (z.B. geistig Behinderte, Alte und Demente) mit erwähnt werden.</p>	<p>erfolgt nicht. Gruppen von Betroffenen werden nicht negiert. Die gesetzliche Grundlage in § 92 Absatz 6c SGB V nennt Long-Covid, sodass die Richtlinie sich auch auf dieses erstreckt. Spezifische Therapieverfahren werden nicht vorgegeben. Eine Erweiterung in Bezug auf die Gruppen, bei denen eine Fremdanamnese notwendig ist erfolgt durch Ergänzung in § 5 Absatz 1 (s. Zeile 4.6). Neben Hochschulambulanzen werden auch andere, spezialisierte ambulante Angebote auf derselben Versorgungsstufe vorgesehen (s. § 3 Absatz 4 sowie § 7). In Bezug auf die Koordination auf der hausärztlichen Versorgungsebene und die notwendige Vermeidung von Informationsverlusten wird dem Stellungnehmenden zugestimmt. Die Richtlinie formuliert entsprechende Bestimmungen.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Da nicht überall flächendeckend medizinische Fakultäten in Deutschland existieren möchten wir vorschlagen grundsätzlich statt „Hochschulambulanz“ das Wort Spezialambulanz zu verwenden.</p> <p>Unnötige Bürokratie ist ebenso wie überzogene Diagnostik und Therapie konsequent zu vermeiden, daraus ergeben sich dann etliche unserer Präferenzen in den Details.</p> <p>Außerdem sollte die zentrale Koordination durch die hausärztliche Versorgungsebene- optimalerweise mit dem Konzept der hausarztzentrierten Versorgung- erfolgen. Genau dafür ist diese Versorgungsebene konzipiert. Unbedingt müssen Informationsverluste vermieden werden, die im deutschen Versorgungssystem leider erheblich sind.</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass von der angegebenen Literatur - neben einigen Quellen von Behörden oder Anstalten öffentlichen Rechts - auch viele Quellen sind, die in Publikationen ohne „peer review“ Verfahren erschienen sind (MMWR, politischen Teil des Deutschen Ärzteblattes, ...). Dies ist dann mit erheblicher Unsicherheit über die Qualität der Publikation</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		verbunden.		
4.2		<p><b>S. 1</b> Stellungnahme mit Begründung: Übernahme der Version der KBV Begründung: So werden unnötiger Ressourcenverbrauch und weitere ineffiziente Schnittstellen vermieden (siehe einleitende Bemerkungen zur hausärztlichen Versorgungsebene)</p> <p><b>§ 1. (2)</b> Stellungnahme mit Begründung: jeweils keine Übernahme der weiteren Texte in den Sätzen 1-7 Begründung: Vermeidung unnötiger Bürokratie</p> <p><b>§1 (2) 8.</b> Übernahme der Version der PatV (ohne die letzten Worte: „unter Beachtung der PEM) Begründung: diese Spezifizierung ist sinnvoll</p> <p><b>§1</b> „Die Richtlinie beschreibt hierfür eine strukturierte Patientenversorgung, legt Rahmenbedingungen einer interdisziplinären und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit fest und definiert Anforderungen an</p>	<p>[GKV-SV: Zu S. 1: Kenntnisnahme. Der Titel "... für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen" ist sachgerecht, da er den gesetzlichen Regelungsauftrag und dessen Umsetzung in der Richtlinie in Bezug auf die Erkrankungen bzw. Gruppen von Patientinnen und Patienten benennt.</p> <p>Zu § 1(2): Kenntnisnahme. Die Nennung von Zielen der Richtlinie führt nicht zu "Bürokratie"</p> <p>Zu § 1(2) Nr. 8: Kenntnisnahme. Die Sinnhaftigkeit ist nicht erläutert.</p> <p>Zu § 1: Kenntnisnahme. Zu den Versorgungsbeteiligten und deren Einbeziehung siehe zu § 3 und Einbeziehung weiterer Gruppen/Organisationen insbesondere auch § 5.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Vorgaben sollen die Durchführung einer indikationsbezogenen und strukturierten Diagnostik, sowie die Umsetzung der Grundsätze einer biopsychosozialen Behandlung nach aktuellem medizinischen Kenntnisstand sicherstellen.“ Hier Ergänzung durch: „ Eine Interdisziplinäre Versorgung umfasst auch andere Leistungserbringer neben der Medizin wie z.B. Heilmittelerbringer, Sozialstationen, ambulante und stationäre Pflege, Apotheken und Sanitätshäuser.“                      Begründung: diese Akteure werden häufig vergessen und unzureichend eingebunden, sie sind aber essentiell</p>	<p>[KBV: Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[DKG, PatV: Zu §1: Der gesetzliche Auftrag in § 92 Abs. 6c SGB V nennt Long-COVID und eröffnet die Möglichkeit, den Anwendungsbereich der Richtlinie auf die Versorgung von Versicherten mit Verdacht auf andere Erkrankungen zu erstrecken, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung aufweisen. In der Begründung zum gesetzlichen Auftrag wird diesbezüglich auf ME/CFS hingewiesen, sodass die Nennung im Titel sachgerecht ist.</p> <p>Zu §1: Zustimmung. Es erfolgt eine Klarstellung in den Tragenden Gründen, dass eine interdisziplinäre Versorgung idealerweise weitere nicht-ärztliche Leistungserbringer umfasst.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
4.3		<p><b>§2</b>                      Einleitung: nur PCS einschließen, nicht alle, die seit 4 Wochen symptomatisch sind (Begründung siehe allgemeine Ausführungen oben)                      (1)                      Übernahme KBV                      Begründung: ist pragmatisch und trifft die zu adressierende Gruppe am besten</p> <p><b>§2 (2)</b>                      „Die Diagnosestellung erfolgt leitlinienbasiert auf Basis einer symptomorientierten differenzialdiagnostischen Abklärung oder als Ausschlussdiagnose.“ Ergänzung durch: „Die Diagnostik erfolgt symptomorientiert und soweit verfügbar anhand aktuell gültiger AWMF-Leitlinien, insbesondere S3-Leitlinie Müdigkeit bei Fatigue-Symptomatik und Post-Long-Covid-Leitlinie bei weiteren Symptomen.“                      Danach keine Übernahme (wie von KBV empfohlen)                      Begründung:                      Hier sind evidenz- und national konsensbasiert die adäquaten diagnostischen Empfehlungen dargestellt.</p>	<p>[GKV-SV: Zu § (2) Kenntnisnahme. In der Gesamtabwägung wurde von der Möglichkeit der gesetzlichen Regelung Gebrauch gemacht, auch andere Folgen der SARS-CoV2-Infektion als das so bezeichnete Long- bzw. Post-Covid-Syndrom in Bezug auf die beinhalteten Gruppen von Patientinnen und Patienten aufzunehmen, da insbesondere auch in Bezug auf Fatigue und ME/CFS Versorgungsbedarfe anzunehmen sind und diese als Folge viraler Infektionen auftreten. Es ist anzumerken, dass auch das Long- bzw. Post-Covid-Syndrom selbst sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann und die durch den Stellungnehmenden skizzierten Herausforderungen insofern ohnehin gegeben sind. Die Berücksichtigung von Long-Covid (als Bestehenbleiben von post-infektiöser Symptomatik über mindestens 4 Wochen) ist durch den Gesetzgeber in § 92 Absatz 6c SGB V vorgegeben. Die Bestim-</p>	<p>[GKV-SV: Absatz 3 Satz 1 lautet nunmehr: „(3) Die Diagnosestellung erfolgt leitlinienbasiert bzw. nach aktuellem Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse auf Basis einer symptomorientierten differenzialdiagnostischen Abklärung oder als Ausschlussdiagnose“]</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Darüber hinaus gehende Diagnostik ist in der Regel problematisch und kontraproduktiv bzw. Forschungsprojekten vorbehalten</p> <p><b>§2 (3)</b>                      Übernahme von GKV                      Begründung: ist schlüssig</p>	<p>mungen der Richtlinie sollen auch dazu beitragen, dass eine Überlastung der Versorgung insgesamt verhindert bzw. deren Belastung reduziert wird, indem in einer gestuften Versorgung nicht benötigte Versorgungsleistungen auch nicht erfolgen.</p> <p>Zu § 2 (1): Kenntnisnahme</p> <p>Zu § 2 (2): Kenntnisnahme. Das Ziel keine über in Leitlinien ggf. empfohlene hinausgehende Diagnostik durchzuführen wird geteilt. Dies ist jedoch durch die Formulierung bereits gewährleistet. Eine Aufzählung von einzelnen Leitlinien ist nicht erforderlich Der Sachverhalt der durch den Vorschlag „so weit verfügbar“ des Stellungnehmenden ausgedrückt wird ist durch eine veränderte Formulierung im Beschlussentwurf Rechnung getragen.</p> <p>Zu § 2 (3): Kenntnisnahme]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>[KBV:                      Zu § 2 (1): Zustimmung                      Zu § 2 (2): Verweis auf konkrete Leitlinien nicht erforderlich und sinnvoll, da regelmäßig zu aktualisieren und diese auf jeden Fall verpflichtend zu beachten sind.                      Zu 2 (3): Kenntnisnahme und keine Zustimmung: Versorgungsbedarf besteht auch bei Einschluss in Studien]</p> <p>[DKG, PatV: Zu §2: Bezüglich der Definition der Patientengruppe wird auf den gesetzlichen Auftrag verweisen.                      Zu § 2 (2): Dem grundlegenden Anliegen wurde bereits durch die gewählte Formulierung Rechnung getragen. Auf eine Nennung von einzelnen Leitlinien wird auch mit Blick auf deren begrenzte Gültigkeitsdauer verzichtet.                      Zu §2 (3): Keine Zustimmung, da auch eine</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>Betreuung nach dieser Richtlinie sinnvoll sein kann, wenn aktuell kein zusätzlicher Koordinierungsbedarf besteht oder der Patient in eine klinische Studie eingeschlossen wurde.]</p>	
<p>4.4</p>		<p><b>§3 (1)</b> Keine Krankenhäuser wie von der DKV gefordert. Begründung: die Versorgung soll wenn immer möglich im ambulanten Bereich erfolgen (allgemeine GKV-Vorgabe). Daraus ergeben sich auch die weiteren Einschätzungen/Präferenzen</p> <p><b>§3 (2)</b> Warum soll auch im hausärztlichen Bereich eine Telemedizin bereitgestellt werden müssen, wenn dort statt dessen Hausbesuche angeboten werden? Eine gesonderte Fortbildungspflicht ist nicht evidenzbasiert. Es besteht die allgemeine Fortbildungspflicht und der Hinweis auf interdisziplinären Austausch</p> <p><b>§3 (3)</b> Übernahme KBV</p>	<p>[GKV-SV: Zu § 3 (1): Kenntnisnahme. Zustimmung.</p> <p>Zu § 3 (2): Kenntnisnahme. Zustimmung. Differenzierte Regelungen zur hausärztlichen Versorgung sind an dieser Stelle nicht erforderlich.</p> <p>Zu § 3 (3): Kenntnisnahme</p> <p>Zu § 3 (4): Kenntnisnahme</p> <p>Zu § 3 (4) Nr. 1: Kenntnisnahme. Die Nennung der Fachgebiete im Beschlussentwurf basiert darauf, dass diese nach vorliegenden Erkenntnissen insbesondere häufig im Kontext der Versorgung nach dieser Richtlinie voraussichtlich gefordert sein werden. Die</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Begründung: ist die am besten passende Beschreibung</p> <p><b>§3 (4)</b> Übernahme KBV Begründung s.o.</p> <p><b>§3 (4) 1.</b> „ein dem Fachgebiet entsprechendes umfassendes Angebot einer ambulanten, fachärztlichen Versorgung der Fachgebiete Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Pneumologie“ Eine Einschränkung auf diese Fächer halten wir nicht für sinnvoll, da ggf. auch PCS Symptome anderer Fachbereiche wie z.B. Dermatologie, HNO, Psychiatrie ... notwendig und sinnvoll sein können. Wenn eine interdisziplinäre Diagnostik verlangt wird, sollte auch klar sein, dass wir bisher keine spezifischen diagnostischen Tools haben und insbesondere Überdiagnostik und nicht evidenzbasierte Therapie zu vermeiden sind ansonsten Übernahme der KBV</p> <p><b>§3 (4) 5.</b></p>	<p>Nennung weiterer Fachgebiete könnte die Versorgungsmöglichkeiten zu stark einschränken, wenn deren Beteiligung verpflichtend wäre. Naturgemäß können spezialisierte, ambulante Einrichtungen auch weitere Fachgebiete einbeziehen. Das Ziel der Vermeidung unnötiger Diagnostik und unnötiger Behandlungen wird geteilt. Hierzu sieht die Richtlinie insbesondere eine gestufte Versorgung vor.</p> <p>Zu § 3 (4) Nr. 5: Kenntnisnahme. Die weitere Forschung ist in den Gebieten, auf die sich die Richtlinie bezieht und insbesondere zu Long- bzw. Post-Covid, von herausragender Bedeutung - da es sich in weiten Teilen um eine neuartige Krankheitserscheinung handelt. Die Forschungstätigkeit ist nicht notwendig mit einer initiiierenden oder koordinierenden Rolle der jeweiligen Einrichtung verbunden. Diese kann z. B. auch als lediglich eines unter anderen Studienzentren</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Forschung ist sehr wünschenswert aber nicht zwingend in jeder Spezialambulanz notwendig.                      Begründung: Es sollte aber die Möglichkeit bestehen, Betroffene in multizentrische Studien mit externer Koordination einzubringen</p> <p><b>§3 (5)</b>                      GKV übernehmen                      Begründung: ist sachgerecht und realisierbar</p>	<p>fungieren.                      Zu § 3 (5): Kenntnisnahme.]</p> <p>[KBV:                      Zu § 3 (1): Zustimmung                      Zu § (2): Telemedizin ist optional, Hausbesuche werden im Rahmen der bundesmantelvertraglichen Bestimmungen durchgeführt; im Übrigen Zustimmung                      Zu § 3 (4) 5.: Dank und keine Zustimmung, Forschung gehört zur Begründung der Expertise]</p> <p>[DKG, PatV: Zu §3 (1): Keine Zustimmung; Es sind Konstellationen denkbar, bei denen Kliniken Verträge nach § 140a SGB V zur Versorgung von Patienten nach §2 mit Krankenkassen abgeschlossen haben und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beispie-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>weise im Sinne einer Ermächtigung teilnehmen. Die Nennung von Krankenhäusern ist somit an dieser Stelle erforderlich.</p> <p>Zu §3 (2, 3 und 4): Kenntnisnahme.</p> <p>Zu §3 (4) Nr. 1: Es handelt sich nicht um eine abschließende Aufzählung von Fachrichtung. Die Nennung der Fachgebiete Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie bzw. Pneumologie soll den interdisziplinären Charakter dieser Versorgungsebene betonen. Die Beteiligung weiterer Fachgebiete ist möglich.</p> <p>Zu §3 (4) Nr. 5: Nicht jeder Teilnehmer dieser Ebene muss eigenständige Forschungsvorhaben durchführen, sollte jedoch an diesen beteiligt sein bzw. Patienten den Zugang zu Forschungsvorhaben ermöglichen.</p> <p>Zu §3(5): Kenntnisnahme.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
4.5		<p><b>§4 (1)</b> PatV übernehmen Begründung: wir haben schließlich freie Arztwahl als Grundsatz</p> <p><b>§4.2 (3)</b> Übernahme der KBV Empfehlungen, insbesondere soll ein Behandlungsplan nicht zwingend sondern nur bei Bedarf erstellt werden. (Unterpunkt 11 könnte noch durch andere Leistungserbringer wie z.B. Sozialarbeiter, Pflegedienste, Pflegeeinrichtung, Sanitätshaus, ... ergänzt werden). Begründung: Vermeidung unnötiger Bürokratie, Optimierung interdisziplinäre Kooperation</p> <p><b>§4.2 (4)</b> Übernahme KBV/DKG/PatV Begründung: das bio-psycho-soziale Modell ist gute klinische Praxis und insbesondere bei PCS essentiell</p> <p><b>§4.2 (5)</b> Zustimmung zu Unterstützung bei Terminvermittlung (KBV/GKV) Begründung: ist oft notwendig</p> <p><b>§4.2 (11)</b></p>	<p>[GKV-SV: Zu § 4 (1): Kenntnisnahme. Die freie Arztwahl ist hier nicht einschränkt. Eine ergänzende, veränderte Formulierung an dieser Stelle macht klar, dass Patientinnen/Patienten die koordinierende Ärztin/den koordinierenden Arzt frei unter den grundsätzlich geeigneten Ärztinnen/Ärzten wählen können. Insofern findet auch keine "Benennung" durch Dritte statt.</p> <p>Zu § 4 (2) Nr. 3: Kenntnisnahme. Aufgrund des besonderen Orientierungsbedarfes der von der Richtlinie umfassten Gruppe von Patientinnen und Patienten erscheint es sachgerecht immer von einem Bedarf nach einem Behandlungsplan auszugehen, bei im Einzelnen naturgemäß sehr unterschiedlichen und auch sehr unterschiedlich aufwändig ausfallenden Behandlungsplänen.</p> <p>Zu § 4 (2) Nr. 4: Kenntnisnahme. In der Ziffer sind lediglich selbstverständliche ärztliche Tätigkeiten abstrakt beschrieben oder</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Benennung sonstiger Einrichtungen und Organisationen ist sinnvoll (KBV)</p> <p><b>§4.3</b> Unterstützung KBV Begründung: Prinzip der Datensparsamkeit</p> <p><b>§4.4</b> Ablehnung GKV-Vorschlag: nicht nötig, so lange es in hausärztlicher Hand bleibt. Aufwändigeres ist unter SAPV beschrieben</p>	<p>redundant zur an anderer Stelle genannte Erstellung eines Behandlungsplanes. Die Benennung ist daher nicht erforderlich</p> <p>Zu § 4 (2) Nr. 5: Kenntnisnahme. Zustimmung. Entscheidend ist die Terminvermittlung selbst, die bloße "Unterstützung" hierbei ist unspezifisch.</p> <p>Zu § 4 (2) Nr. 11: Kenntnisnahme</p> <p>Zu § 4 (3): Kenntnisnahme. Aufgrund des besonderen Orientierungsbedarfes der von der Richtlinie umfassten Gruppe von Patientinnen und Patienten erscheint es sachgerecht immer von einem Bedarf nach einem Behandlungsplan auszugehen, bei im Einzelnen naturgemäß sehr unterschiedlichen und auch sehr unterschiedlich aufwändig ausfallenden Behandlungsplänen. Dies widerspricht somit nicht dem Prinzip der Datensparsamkeit</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			<p>Zu § 4 (4): Kenntnisnahme. Die Koordination erfolgt ggf. hausärztlich und ist, sofern sie über die grundsätzlichen hausärztlichen Funktionen hinausgeht, nur unter den formulierten Bedingungen erforderlich.]</p> <p>[KBV: Zu § 4(1): Kenntnisnahme und Dank. Allgemeingültiger Grundsatz nicht regelungsbedürftig]</p> <p>[DKG, PatV: Zu §4 (1): Kenntnisnahme.</p> <p>Zu §4 (2) Nr. 3 und §4 (3): Mit Blick auf die von dieser Richtlinie adressierten Patientinnen und Patienten nach §2 ist es grundsätzlich sinnvoll zur Verdachtsabklärung oder Therapieplanung einen Behandlungsplan zu erstellen, der je nach Erforderlichkeit unterschiedlich umfangreich ausfallen kann.</p> <p>Zu §4 (2) Nr. 4: Kenntnisnahme.</p> <p>Zu §4 (2) Nr. 5: Kenntnisnahme. Da Betroffene nicht immer wissen können, wel-</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			<p>che Leistungserbringer nach §3 Absatz 3 oder 4 an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen und sie zusätzlich durch ihre Erkrankung eingeschränkt sein können, kann die ledigliche Unterstützung bei der Terminfindung nicht ausreichen, um die Versorgungsziele dieser Richtlinie zu erfüllen.</p> <p>Zu §4 (2) Nr. 11 und (4): Kenntnisnahme.]</p>	
4.6		<p><b>§5 grundsätzlich</b>                  Hausärzte sollten in aller Regel die Koordinierenden und Gatekeeper sein.                  Begründung: Siehe auch Begründung in der Einleitung  <b>§5 (1) 1 a</b>                  Ergänzung durch „sowie Personen mit stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit oder kognitiver Funktion“.                  Begründung: Auch diese bedürfen analoger Unterstützung  <b>§5 (1) 1. d</b></p>	<p>[GKV-SV: Zu §5 (grundsätzlich): Kenntnisnahme. Zustimmung.</p> <p>Zu § 5 (1) Nr. 1a): Kenntnisnahme. Zustimmung. Es erscheint richtig, die Fremdanamnese immer dann einzubeziehen, wenn die betroffene Person selbst hier nur über zu stark eingeschränkte Möglichkeiten verfügt.</p> <p>Zu § 5 (1) Nr. 1d: Kenntnisnahme.</p> <p>Zu § 5 (1): Kenntnisnahme. Zustimmung.</p>	<p>[GKV-SV: Nr. 1 Buchstabe a wird neu formuliert "a) ausführlicher Anamnese einschließlich Impfanamnese, sowie Schlaf- und Schmerzanamnese (ggf. als Fremdanamnese durch eine Bezugsperson bei Kindern und Jugendlichen sowie Personen mit stark einge-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien text
		<p>Übernahme KBV aber das erste Wort „strukturiert“ streichen. Dabei helfen kann die oben zitierte Leitlinie „Müdigkeit“, insbesondere der dort hinterlegte Fragebogen zur Anamnese. <b>§5 Absatz1:</b> Vorschläge der Pat.V.: Zu konkrete Angaben, was alles erfolgen muss sind abzulehnen, insb. müssen eingesetzte Scores extern validiert sein. Viele der geforderten Dokumentationen und Diagnostik passt erneut wenn überhaupt auf die ME/CFS aber nicht auf die anderen Symptome des PCS außer bei Erfüllen der ME/CF-Kriterien.</p> <p><b>§5 (1) 2. b</b> Keine Übernahme der KBV (ist bereits weiter oben hinreichend beschrieben) Ergänzung durch GKV sinnvoll Begründung: ist bereits weiter oben hinreichend beschrieben</p> <p><b>§5 (1) 3.</b> Übernahme GKV/DKG/PatV Begründung: Spezifizierungen sind hier sinnvoll</p> <p><b>§5 (1) 4-10</b> Ergänzungen der KBV oder GKV sinnvoll außer unter 4. dies von der KBV aus unserer Sicht zu streichen</p>	<p>Zu § 5 (1) Nr. 2b: Kenntnisnahme Zu § 5 (1) Nr. 3: Kenntnisnahme Zu § 5 (1) Nr. 4-10: Kenntnisnahme Zu § 5 (1) Nr. 11: Kenntnisnahme. Zu § 5 (1) Nr. 12: Kenntnisnahme Zu § 5 (1) Nr. 13: Kenntnisnahme Zu § 5 (2): Kenntnisnahme [Die STN ist in Bezug auf § 5 (2) zum Koordinierungsbedarf in Bezug zu "nur PCS" schwer verständlich]. Der Koordinierungsbedarf ist nicht abhängig von der Grunderkrankung, sondern individuell zu bestimmen. Zu § 5 (3): Kenntnisnahme Zu § 5 (4): Kenntnisnahme. Soziale Aspekte und z. B. eine drohende Erwerbs-/Schulungsfähigkeit sind sicherlich grundsätzlich in der Versorgung bedeutend. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass diese insbesondere</p>	<p><b>schränkten kognitiven Fähigkeiten oder stark eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten,"]</b></p> <p><b>[DKG, PatV:</b> <b>a) ausführlicher, strukturierter Anamnese einschließlich Impfanamnese und Erfassung häufiger Symptome sowie mutmaßlichem Trigger, Zeitpunkt des Auftretens und Dauer der Symptome einschließlich Fatigue, Belastungsintoleranz, orthostatische Intoleranz (OI), Dyspnoe, Schmerz, Schlafstörungen und psychischer Status, ggf. als Fremdanamnese</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Begründung: diese Vorgaben gelten ohnehin</p> <p><b>§5 (1) 11</b> Übernahme KBV Begründung: Konsile... sind wichtig und sollten explizit genannt werden</p> <p><b>12</b> Keine explizite Nennung erforderlich (entspr. GKV/KBV)</p> <p><b>§5 (1) 13</b> Übernahme GKV Begründung: Öffnungsklausel ist hier sinnvoll</p> <p><b>§5 (2)</b> Keine Übernahme GKV Begründung: Nach Auffassung der DEGAM sollten nur PCS eingeschlossen werden</p> <p><b>§5 (3)</b> Alle Übernahmen der GKV Begründung: beschreibt Überweisungsprocedere am besten</p> <p><b>§5 (4)</b> Übernahme GKV (Begründung s.unter 3.). Zusätzlich:</p>	<p>durch die bereits genannten psychischen und somatischen Krankheitsaspekte die letztlich eine fachärztliche Mit- und Weiterbehandlung erfordern hinreichend berücksichtigt sind. Eine isolierte Betrachtung sozialer Aspekte kann eine fachärztliche Behandlung nicht unabhängig von individuellen psychischen und somatischen Gelegenheiten begründen.]</p> <p>[KBV: Kenntnisnahme und Dank.]</p> <p>[DKG, PatV: Dem Hinweis zu 5 (1) Nr. 1a wird gefolgt.</p> <p>Dem Hinweis zu §5 (1) Nr. 1d wird mit einer angepassten Formulierung Rechnung getragen. Durch die Differenzierung zwischen einem Basis-Assessment und einem erweiterten Assessment wird auf die unterschiedlichen Krankheiten und Krankheitsschwere eingegangen.</p> <p>Zustimmung zu §5 (1) Nr.2 b.</p>	<p><b>durch eine Bezugsperson bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Personen mit stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit oder kognitiver Funktion,</b></p> <p><b>b) ausführlicher körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen und Ernährungsstatus (inklusive BMI), unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten,</b></p> <p><b>c) Erfassung des funktionellen Status (leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkung) anhand etablierter Skalen sowie der Einschränkungen der Teilhabe der Betroffenen (im Falle</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>es sollte die soziale Komponente mit berücksichtigt werden: Wenn eine Erwerbs-/Schulunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit droht. Manchmal ist das PCS der letzte Tropfen. Es ist selber gar nicht so gravierend dann aber doch z.B. mit den Vorerkrankungen zusammen.</p>	<p>Kenntnisnahme zu §5 (1) Nr. 3 bis §5 (4)]</p>	<p><b>von Kindern und Jugendlichen auch eingeschränkter Berufstätigkeit von Sorgeberechtigten).</b></p> <p><b>2. Erweitertes-Assessment: bei Hinweisen auf eine Belastungsintoleranz, Fatigue und PEM, OI zusätzlich</b></p> <p><b>a) im Falle einer anamnestischen Belastungsintoleranz Abklärung einer PEM, z.B. mittels etablierten Fragebogens,</b></p> <p><b>b) im Falle von Fatigue und PEM Abklärung eines ME/CFS z.B. mittels etablierter klinischer Kriterien (z. B. Kriterien des Institute of Medicine (IOM)), unter Berücksichtigung der Mindestkrankheitsdauer von sechs</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
				<p><b>Monaten bei Erwachsenen und drei Monaten bei Kindern und Jugendlichen,</b></p> <p><b>c) im Falle einer OI über mehr als drei Monate Abklärung eines posturalen orthostatischen Tachykardie-Syndroms (PoTS) oder einer Orthostatischen Hypotonie (OH).]</b></p>
<p><b>4.7</b></p>		<p><b>§6 (1) 1-3</b>                      Übernahme KBV außer 2. „Basisassessment“                      Begründung: Letzteres kann auch ohne Überweisung durchgeführt werden</p> <p><b>§6 (1) 4</b>                      GKV Übernahme                      Begründung: folgt am ehesten dem Prinzip der Datensparsamkeit</p> <p><b>§6 (1) 5-8</b>                      Jeweils KBV Übernahmen</p>	<p>[GKV-SV: Zu § 6 (1) Nr. 1-3: Kenntnisnahme. Zustimmung. Das Basisassessment ist, in § 5 Absatz 1 Nummer 1 im Sinne einer gestuften Versorgung so konzipiert, dass es alleine in der hausärztlichen Versorgungsebene durchgeführt werden kann.</p> <p>Zu § 6 (1) Nr. 4: Kenntnisnahme. Die in Nummer 4 beschriebenen Aufgaben sind im Rahmen einer in der vorliegenden Richt-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Begründung: Spezifizierungen sind sinnvoll  <b>§6 (1) 9</b>                      GKV Übernahme                      Begründung: keine zusätzliche Bürokratie  <b>§6 (1) 10</b>                      Keine Übernahme der GKV                      Begründung: keine zusätzliche Bürokratie  <b>§6 (1) 11</b>                      Übernahme GKV                      Begründung: Spezifizierung ist sinnvoll  <b>§6 (2)</b>                      Übernahme KBV                      Begründung: nicht unnötig verkomplizieren  <b>§6 (2) 2.-3.</b>                      Übernahme GKV                      Begründung: nicht unnötig verkomplizieren  <b>§6 (3) – (5)</b>                      Übernahme GKV                      Begründung: nicht unnötig verkomplizieren</p>	<p>linie gestuften Versorgung der hausärztlichen Ebene zuzurechnen.                      Zu § 6 (1) Nr. 5-8 Kenntnisnahme.                      Zu § 6 (1) Nr. 9: Kenntnisnahme. Zustimmung. Die Prüfung der Eignung einer besonderen ambulanten Einrichtung soll auf Grundlage der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden, damit eine zielgenaue Zuweisung zur geeigneten Versorgung effizient ermöglicht wird.                      Zu § 6 (1) Nr. 10: Kenntnisnahme. Zur Ausfüllung der Koordinationsfunktion ist es notwendig, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt mindestens Kenntnis über weitere Überweisungen erlangt. Es handelt sich hierbei um eine relevante Koordinations- und Kooperationsregelung, nicht um Bürokratie.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>Zu § 6 (1) Nr. 11: Kenntnisnahme. Zustimmung. Die Prüfung der Eignung einer Hochschulambulanz soll auf Grundlage der Veröffentlichungen der Hochschulambulanzen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden, damit eine zielgenaue Zuweisung zur geeigneten Versorgung ermöglicht wird.</p> <p>Zu § 6 (2): Kenntnisnahme. Zustimmung. Zur Verwirklichung der gestuften Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und zur Orientierung der Patientinnen und Patienten ist zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier ist insbesondere auch von der besten Erreichbarkeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auszugehen. Die einzige zweckmäßige Ausnahmeregelung in Absatz 2 bezieht sich auf Situationen in denen Patientinnen und Patienten bereits in regelmäßiger Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>in Behandlung sind, die oder der aufgrund ihres oder seines Fachgebietes in der Lage ist die Koordinierungs- und hausärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und 5 ebenfalls in dem jeweils erforderlichen Umfang zu erbringen. In solchen Situationen, insbesondere wenn die Patientinnen oder der Patient keine Hausärztin oder keinen Hausarzt hat, wäre die Suche nach einer oder einem solchen eine unnötige Erschwernis, die dem Ziel der niederschweligen Erreichbarkeit der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie entgegenstünde. Daher wird die Ausnahmeregelung in Absatz 2 getroffen.</p> <p>Zu § 6 (1) Nr. 2-3: Kenntnisnahme. Zustimmung. Zur Verwirklichung der gestuften Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und zur Orientierung der Patientinnen und Patienten ist zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier ist insbesondere auch von der besten</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentext
			<p>Erreichbarkeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auszugehen. Die einzige zweckmäßige Ausnahmeregelung in Absatz 2 bezieht sich auf Situationen in denen Patientinnen und Patienten bereits in regelmäßiger Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt in Behandlung sind, die oder der aufgrund ihres oder seines Fachgebietes in der Lage ist die Koordinierungs- und hausärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und 5 ebenfalls in dem jeweils erforderlichen Umfang zu erbringen. In solchen Situationen, insbesondere wenn die Patientinnen oder der Patient keine Hausärztin oder keinen Hausarzt hat, wäre die Suche nach einer oder einem solchen eine unnötige Erschwernis, die dem Ziel der niederschweligen Erreichbarkeit der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie entgegenstünde. Daher wird die Ausnahmeregelung in Absatz 2 getroffen.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentext
			<p>Zu § 6 (3-5): Kenntnisnahme. Zustimmung.]                      [KBV: Kenntnisnahme und Dank.]                      [DKG, PatV: Zu §6 (1): Kenntnisnahme.</p> <p>Zu §6 (1): Nr. 2: Die Richtlinie ermöglicht es auch Teilnehmern der Versorgungsebene nach § 3 (3) unter bestimmten Voraussetzungen die Koordination zu ermöglichen. Die Beschränkung des Basisassessments auf die hausärztliche Ebene ist somit nicht sachgerecht.</p> <p>Zu §6 (2): Keine Zustimmung. Da nicht alle Patientinnen und Patienten über einen Hausarzt verfügen, sind Konstellationen denkbar in denen der Patient bei Beschwerden direkt einen Leistungserbringer nach §3 (3) aufsucht und eine Koordination durch diesen erfolgt. Dies kann auch der Fall sein, wenn eine andere Erkrankung als diejenigen nach § 2 vorliegt, welche jedoch maßgeblichen Einfluss auf deren Behandlung hat.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			Zu §6 (3-5): Kenntnisnahme.]	
4.8		<p><b>§7 1-6</b> Übernahme KBV Begründung: nicht unnötig verkomplizieren</p> <p><b>§7 7-8</b> Übernahme GKV Begründung: nicht unnötig verkomplizieren Transparenz ist wichtig</p>	<p>[GKV-SV: Zu § 7 (Nr. 1-6): Kenntnisnahme. Zu § 7 (Nr. 7,8): Kenntnisnahme. [KBV: Kenntnisnahme und Dank.] [DKG, PatV: Kenntnisnahme.]</p>	
4.9		<p><b>§8 (1)</b> Übernahme GKV, Eine Fixierung auf die Symptome des PEM (wie von den PatV gefordert mag im Einzelfall sinnvoll sein, generell aber nicht sinnvoll bei einem Großteil der PCS Patienten. Begründung: Siehe Einleitung</p> <p><b>§8 (2)</b> Übernahme GKV Begründung: nicht unnötig verkomplizieren</p>	Kenntnisnahme und Dank.	
4.10		<p><b>§9</b> Übernahme PatV mit Überprüfung spätestens nach 5 Jahren</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme.] [KBV, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<i>[Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]</i>	[DKG: Der Positionierung wird gefolgt.]	
<b>5.</b>	<b>Bundespsychotherapeutenkammer vom 30. Oktober 2023</b>			
<b>5.1</b>	Bundespsychotherapeutenkammer 30. Oktober 2023	<b>Koordination der Behandlung durch Fachärzt*innen</b> Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hält es für sinnvoll, dass die Koordination der Behandlung gemäß der Richtlinie grundsätzlich auch bei einer Fachärzt*in liegen kann und schließt sich hier den Positionen der KBV an. Die Koordination der Behandlung ausschließlich durch Hausärzt*innen verkennt, dass viele Patient*innen keine Hausärzt*in (mehr) haben oder direkt eine Fachärzt*in aufsuchen, und würde den Zugang zur Versorgung im Sinne dieser Richtlinie deshalb unnötig einschränken.	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: s. Anmerkungen zu § 6 Absatz 2 in Bezug auf die Koordination durch Fachärztinnen/Fachärzte.]	
<b>5.2</b>		<b>§ 1 Absatz 2 Stellungnahme mit Begründung:</b> Es handelt sich bei Long-COVID und ME/CFS um Krankheitsbilder, bei denen noch Unsicherheiten über wirksame Behandlungsmethoden bestehen. Daher ist	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>ausreichend Flexibilität in der Versorgungsgestaltung notwendig. Dazu gehört auch, dass je nach individueller Situation der Patient*in der Zugang zur und die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung bei Bedarf neben der hausärztlichen auch über die fachärztliche Versorgung abgedeckt werden kann. Hinzu kommt, dass keine ausreichend validen und reliablen Instrumente vorliegen, die eine systematische Einteilung von Schweregraden zu Versorgungsebenen ermöglichen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen</p>		
5.3		<p><b>§ 2 Absatz 1 Definition der Patientengruppe</b> <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die BPtK schließt sich ausdrücklich den Ausführungen der PatV in den Tragenden Gründen zur Definition der Patientengruppe, die gemäß dieser Richtlinie versorgt werden soll, an. Der Einschluss von Patient*in-</p>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>nen in die Versorgung nach dieser Richtlinie soll ausdrücklich auch erfolgen, wenn diese vergleichbare Symptome und Beeinträchtigungen zeigen wie Post-COVID-Patient*innen, ohne dass die Ursache eindeutig auf eine COVID-Infektion zurückzuführen ist. Die Schwere der Symptomatik und die noch unzureichende Versorgung dieser Patientengruppe rechtfertigen einen breiten Zugang zu dieser berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung</p>		
5.4		<p><b>§ 1 Absatz 2 Nummer 2</b>  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                  Eine starre Zuordnung von Schweregraden zu Versorgungsstrukturen ist fachlich nicht begründbar und wird der Komplexität der Versorgungsrealität nicht gerecht.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                  Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen</p>	<p>[KBV: Kenntnisnahme und Dank.]                  [GKV-SV: Kenntnisnahme.                  [DKG, PatV: Die Zuordnung nach Schwere der Erkrankung dient primär dazu, die Versorgung entsprechend koordinieren zu können. Sie ist jedoch keine Voraussetzung für die Behandlung in einer bestimmten Versorgungsebene. Darüber hinaus heißt es in der Begründung zum gesetzlichen Auftrag: Eine sichere diagnostische Zuordnung und</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			Diskrimination von leichten, mittelschweren und schweren Verläufen soll ermöglicht werden, um Fehlallokationen im Vorfeld zu vermeiden.]	
5.5		<p><b>§ 2 Absatz 3</b>  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Durch die Teilnahme an einer Studie zu Post-COVID kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass der gesamte Versorgungsbedarf durch die Teilnahme abgedeckt ist, beispielsweise bei der Teilnahme an einer reinen Medikamentenstudie. Zudem wird in der Einverständniserklärung zur Teilnahme an klinischen Studien üblicherweise ausdrücklich festgehalten, dass die Studienteilnahme keine Auswirkungen auf den Zugang und die Behandlung in der Regelversorgung hat. Studienpatient*innen deshalb grundsätzlich von der Teilnahme an einer Versorgung nach dieser Richtlinie auszuschließen ist nicht sachgerecht.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in</p>	<p>[KBV, DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p> <p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Bestimmung erfolgt hier, um zu verhindern, dass die Versorgung im Rahmen der Richtlinie eine Studienteilnahme verhindert, da die Durchführung von Studien in dem Feld von herausragender Bedeutung ist. Gleichwohl kann dem Anliegen des Stellungnehmenden durch einen Zusatz im Beschlussentwurf Rechnung getragen werden, der diesen Sachverhalt verdeutlicht.]</p>	<p><b>[GKV-SV: "Sie endet ebenfalls wenn die Patientin oder der Patient im Rahmen einer klinischen Studie behandelt wird." wird ersetzt durch "Sie endet ebenfalls wenn die Patientin im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden soll und die Bestimmungen der Richtlinie dem im der Studie vorgesehenen Vorgehen entgegenstünden."]</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		den Tragenden Gründen		
5.6		<p><b>§ 3 Absatz 2</b>  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Die BPtK schließt sich der Position von GKV-SV/KBV/PatV an, die ausdrücklich keine weiteren Kriterien für die vertragsärztlichen Leistungserbringer*innen nach § 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V zur Teilnahme an der Versorgung gemäß dieser Richtlinie festlegen. Der breite Zugang zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie sollte nicht über die Formulierung zusätzlicher Kriterien erschwert bzw. beschnitten werden, insbesondere da die Hausärzt*innen in der Regel die ersten Ansprechpartner*innen für Patient*innen mit einem Post-COVID-Syndrom sind.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Zustimmung.]</p>	
5.7		<p><b>§ 3 Absatz 3 (Nennung der Neuropsycholog*innen)</b>  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Kognitive Beeinträchtigungen und Defizite gehören zu den zentralen Symptomen des Post-COVID-Syndroms.</p>	<p>[KBV: Kenntnisnahme und Dank.]                      [GKV-SV, DKG, PatV: Kenntnisnahme. Eine</p>	<p>[KBV: Übernahme (s.u.)]</p>



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>In einer Metaanalyse zeigten 22 % der Personen zwölf oder mehr Wochen nach der COVID-19-Diagnose kognitive Beeinträchtigungen (Ceban F, Ling S, Lui LMW et al.: Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun 2022; 101: 93–135, in: Deutsches Ärzteblatt   14. Oktober 2022   DOI: 10.3238/arz-tebl.2022.Stellungnahme_PCS). Die ausdrückliche Nennung der Neuropsycholog*innen, wie von der KBV vorgeschlagen, ist deshalb sachgerecht und eine sinnvolle Klarstellung.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen</p>	<p>separate Nennung von Neuropsychologinnen/Neuropsychologen ist nicht notwendig, da diese von den anderen genannten Gruppen umfasst sind (vgl. [Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Neuropsychologische Therapie]).]</p>	
5.8		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Da Neuropsycholog*innen in der vertragsärztlichen Versorgung als Psychologische Psychotherapeut*innen arbeiten, schlagen wir folgende redaktionelle Änderung in § 3 Absatz 3, Satz 2 vor:</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Eine separate Nennung von Neuropsychologinnen/Neuropsychologen ist nicht notwendig. Auch ein Verweis auf die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung ist nicht notwendig.]</p>	<p><b>[DKG, PatV: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten (einschließlich Psychologische Psychotherapeutinnen und</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kin-der- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten [KBV vom 19.09.2023: (einschließlich <del>Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit einer Qualifikation</del> Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Neuropsychologische Therapie nach Anlage I Nr. 19 § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung erbringen: <del>Neuropsychologische Therapie</del>)] sind dieser Versorgungsebene zuzuordnen.</p>	<p>KBV: Übernahme                      [DKG, PatV: Dem Hinweis wird mit einer angepassten Formulierung gefolgt.]</p>	<p><b>Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die Neuropsychologische Therapie nach Anlage I Nummer 19 § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung erbringen) sind dieser Versorgungsebene zuzuordnen.]</b></p> <p>[KBV: Übernahme des Formulierungsvorschlags in der Richtlinie]</p>
5.9		<p><b>§ 3 Absatz 3 (Anforderungen zur Teilnahme von Einrichtungen)</b>  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Es bedarf keiner weiteren Vorgaben zur Erreichbar-</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Zustimmung.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>keit für die fachärztliche Versorgung, vielmehr würden dadurch unnötige Hürden zur Teilnahme an der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung aufgebaut.</p> <p>Eine Teilnahme von Einrichtungen, die auf Grundlage von § 140a SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmen, erscheint nicht sachgerecht für den langfristigen, flächendeckenden Aufbau von Versorgungsstrukturen zur Versorgung von Patient*innen mit Long-COVID. Die BpTK lehnt vor diesem Hintergrund die Position der DKG ab.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen</p>		
5.10		<p><b>§ 3 Absatz 4 Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Bei der Definition der Kriterien zur Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Versorgung ist aktuell ausgehend vom Vorschlag von GKV-SV/KBV nur das Angebot einer neuropsychologischen Diagnostik vorgesehen.</p>	<p>[GKV-SV, PatV: Kenntnisnahme. Es sei nicht in Abrede gestellt, dass neuropsychologische Therapie Teil der Versorgung nach dieser Richtlinie sein kann. Hier ist jedoch zu bedenken, dass nur Mindestanforderungen an die spezialisierten ambulanten Einrichtungen formuliert werden, nicht das ggf.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Eine Teilnahme von Einrichtungen, die auf Grundlage von § 140a SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmen, erscheint nicht sachgerecht für den langfristigen, flächendeckenden Aufbau von Versorgungsstrukturen zur Versorgung von Patient*innen mit Long-COVID. Die BPTK lehnt vor diesem Hintergrund die Position der DKG diesbezüglich ab.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      Übernahme der KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen sowie folgender Änderungsvorschlag ausgehend vom Regelungsvorschlag von GKV-SV/KBV:                      (...) 2. Das Angebot einer psychotherapeutischen Versorgung oder neuropsychologischen Diagnostik und Therapie, (...)</p>	<p>größere Spektrum an bestehenden Leistungsmöglichkeiten.]</p> <p>[KBV: Kenntnisnahme und Dank.]</p> <p>[DKG: Vor dem Hintergrund der weiterhin limitierten Kapazitäten von Spezialambulanzen sollen auch Einrichtungen an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können, die einen Vertrag nach §140a SGB V zur Versorgung von Patientinnen und Patienten nach §2 abgeschlossen haben.]</p>	
5.11		<p><b>§ 4 Absatz 2 Nummer 13</b>  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Da Patient*innen mit Post-COVID auch von Arbeits- oder Schulunfähigkeit betroffen sein können, sollte nicht nur der Erhalt, sondern auch die Wiederherstellung dieser im Behandlungsplan adressiert werden.</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Zustimmung]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      13. die bedarfsgerechte Begleitung eines unterstützenden Selbstmanagements sowie Information über Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, zur Krankheitsbewältigung und Erhalt bzw. Wiederherstellung der Arbeits- oder Schulfähigkeit.</p>		
5.12		<p><b>§ 4 Absatz 4</b>  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Der Vorschlag des GKV-SV, dass pro Quartal mindestens zwei Leistungserbringer*innen unterschiedlicher Disziplinen an der Versorgung beteiligt sein müssen, um eine Behandlung im Rahmen dieser Richtlinie in Anspruch zu nehmen, entspricht nicht der Komplexität der Versorgungsrealität. Eine langfristig angelegte Behandlung kann auch beinhalten, dass einzelne Leistungserbringer*innen innerhalb eines Quartals nicht aufgesucht werden. Vor diesem Hintergrund lehnt die BpTK den Vorschlag des GKV-SV ab.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      Übernahme der Position von KBV/DKG/PatV</p>	<p>[KBV, DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]                      [GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Koordination erfolgt ggf. hausärztlich und ist, sofern sie über die grundsätzlichen hausärztlichen Funktionen hinausgeht, nur unter den formulierten Bedingungen erforderlich. Sie ist insbesondere dann nicht erforderlich, wenn keine interdisziplinäre Abstimmung erforderlich ist und davon ausgegangen werden kann, dass entweder nur eine hausärztliche (Regel-)Versorgung erforderlich ist oder eine fachärztliche Behandlung in einem Fachbereich.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
5.13		<p><b>7 Nummer 7</b>  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Um die Kooperation zwischen teilweise hochspezialisierten Einrichtungen und einzelnen Leistungserbringer*innen zu erleichtern, sollten bei Bedarf auch Konsile und Fallbesprechungen unter Nutzung bestehender telemedizinischer Möglichkeiten durchgeführt werden können.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      Übernahmeder KBV-Position im Beschlusstext und in den Tragenden Gründen  <i>[Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]</i></p>	<p>[KBV, DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]                      [GKV-SV: Kenntnisnahme.]</p>	
6.	<b>Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin vom 1. November 2023</b>			
6.1	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin 1. November 2023	Ein erheblicher Teil der an Covid-19 erkrankten Menschen leidet auch Wochen bis Monate nach Abklingen der akuten Infektion noch unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Dieser Zustand, bei dem Erschöpfung („Fatigue“), neurokognitive und kardiopulmonale Symptome im Vordergrund stehen, wird bei	Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Schlafstörungen können von Bedeutung sein. Daher ist u. a. eine Schlafanamnese als Teil des Basisassessments nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe a vorgesehen.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Fortbestehen über mehr als vier Wochen als Long-COVID und ab mehr als 12 Wochen nach Infektion als Post-COVID-Syndrom (PCS) bezeichnet [1].</p> <p>Bevölkerungsbasierte Studien schätzen die Prävalenz des PCS auf etwa 6 bis 15 % der COVID-19-Erkrankten [2-4], wobei der Anteil der PCS-Betroffenen, die nach einem Jahr noch Beschwerden haben, wiederum auf etwa 15 % geschätzt wird [3]. Folglich kann für Deutschland derzeit mit um die 1 Millionen Betroffenen gerechnet werden. Das PCS umfasst ein breites Krankheitsspektrum, wobei ein Teil der Betroffenen mit dem Vollbild von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS) einen schweren und eher chronischen Verlaufstyp zeigt [5]. Das PCS tritt in allen Altersgruppen und nach allen Schweregraden der Akuterkrankung auf. Der überwiegende Anteil Betroffener ist jedoch mittleren Alters (zwischen Mitte 30 und 50 Jahren) und hat einen milden Akutverlauf durchgemacht, d.h. eine Akuterkrankung, die keine Krankenhausbehandlung nötig machte. Inzwischen sind eine Reihe von Risikofaktoren für das</p>	<p>Auf die Benennung spezifischer Diagnose-, Therapie- oder Assessmentverfahren und Instrumente wird verzichtet.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Auftreten eines PCS bekannt [6], u.a. eine vorbestehende Schlafstörung [7], wobei etwa ein Drittel der Betroffenen keine nennenswerte Vorerkrankung aufweist [8].</p> <p>Verschiedene Krankheitsmechanismen werden für das PCS diskutiert (für eine Übersicht siehe [9]): Dazu zählen eine durch die Infektion verursachte chronische (Hyper-)inflammation, Persistenz von Viren oder Virusbestandteilen, eine vermehrte Produktion autoreaktiver Antikörper, sowie eine entzündlich getriggerte endotheliale Dysfunktion und post-virale Koagulopathie mit konsekutiver Gewebe-Perfusionsstörung und Störung der zellulären Energiebereitstellung. Ein chronisch dysreguliertes Immunsystem ist folglich ein zentraler Aspekt pathophysiologischer Konzepte zum PCS. Da zwischen Schlaf und Immunfunktionen ein bidirektionaler Zusammenhang besteht, geht einerseits ein systemisches Entzündungsgeschehen typischerweise mit Schlafveränderungen einher, und kann andererseits gestörter Schlaf das Krankheitsgeschehen mit aufrecht erhalten, da wich-</p>		



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentext
		<p>tige Immunfunktionen einer schlafabhängigen Regulation unterliegen [10]. Neben dem mit Abstand häufigsten Symptom Fatigue und den ebenfalls sehr häufigen kognitiven Beschwerden gehören Schlafstörungen und Tagesmüdigkeit zu den häufigsten Symptomen eines PCS [11]. Nicht-erholsamer Schlaf geht oft mit Tagesmüdigkeit einher, was wiederum zu Fatigue und kognitiven Störungen beitragen kann. Gestörter Schlaf stellt zudem einen Risikofaktor für affektive Komorbidität dar [12, 13]. Aus diesen Gründen sowie angesichts der Bedeutung des Schlafs für die immunologische Balance sollte die Symptom-orientierte Behandlung des PCS auch die Therapie von Schlafstörungen umfassen, was auch der Empfehlung der S1-Leitlinie [14] entspricht. Da die im Rahmen des PCS auftretenden Schlafstörungen heterogener Natur sind und ein breites Spektrum von Insomnie über schlafbezogene Atmungsstörungen bis hin zu zentralnervösen Hypersomnien umfassen [15], kann dies eine schlafmedizinische Diagnostik als Basis für eine spezifische Therapie der Schlafstörungen notwendig machen.</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
6.2		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Schlafstörung als Risikofaktor für die Entwicklung eines Post-COVID-Syndroms                      Eine vorbestehende Schlafstörung stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung eines PCS dar. So konnten Daten einer Baden-Württembergischen Bevölkerungsbasierten Studie mit 11.710 Teilnehmern mit gesicherter SARS-CoV-2-Infektion zeigen, dass eine zum Zeitpunkt der Infektion vorbestehende Schlafstörung das Risiko, ein PCS zu entwickeln, um den Faktor 2,7 steigerte [7]. Der Zusammenhang zwischen gestörtem oder unzureichendem Schlaf und dem PCS-Erkrankungsrisiko konnte in mehreren weiteren Studien bestätigt werden [16-18]. Dies zeigt, dass gesunder Schlaf für eine erfolgreiche Auseinandersetzung des Körpers mit der SARS-CoV-2-Infektion wichtig ist. Zu möglichen schlafbezogenen Mechanismen gehören sowohl systemische als auch zerebrale immunologische Prozesse [19, 20].</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Schlafstörungen können von Bedeutung sein. Daher ist u. a. eine Schlafanamnese als Teil des Basisassessments nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe a vorgesehen. Auf die Benennung spezifischer Diagnose-, Therapie- oder Assessmentverfahren und Instrumente wird verzichtet.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Aufgrund der Bedeutung von Schlafstörungen als Risikofaktor für Entwicklung eines post-infektiösen Syndroms wie des PCS ist es primärpräventiv wichtig, das Thema Schlaf in der Gesundheitsversorgung verstärkt wahrzunehmen und Maßnahmen, die die Schlafgesundheit fördern, flächendeckend einzusetzen. Zur Förderung der Wahrnehmung schlafbezogener Morbidität empfiehlt sich ein breiter Einsatz etablierter schlafbezogener Fragebogen-Instrumente in der hausärztlichen Versorgung. Hier eignen sich z.B. der Insomnia Severity Index (ISI) und die Epworth Sleepiness Scale (ESS), die als kurze Patienten-Fragebögen mit sehr geringem Zeitaufwand verbunden sind.</p> <p>Bei Hinweisen auf Schlafstörungen sollte je nach Beschwerdekongstellatation sich entweder weitere Diagnostik (ambulante Polygraphie, neuropsychiatrische Mitbehandlung oder Überweisung an ein schlafmedizinisches Zentrum) anschließen oder direkt eine Insomnie-Therapie eingeleitet werden. Leitliniengemäß besteht die Insomnie-Therapie der ersten Wahl in einer Kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I). Trotz sehr guter Studienlage zur KVT-I ist deren</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Verfügbarkeit wegen knapper Ressourcen an KVT-I anbietenden Psychotherapeuten erheblich eingeschränkt. Hier kann kurzfristig der Einsatz von DiGAs helfen. Diese sind z.T. bereits als Krankenkassenleistung verfügbar. Eine Ausweitung des diesbezüglichen Angebots, z.B. auf Angebote mit unterschiedlicher Therapeutenbeteiligung, ist wünschenswert. Mittelfristig sollte eine stärkere Verankerung schlafbezogener Inhalte in der Ausbildung von Ärzten und Psychotherapeuten zu einem breiteren Angebot von KVT-I beitragen.</p>		
6.3		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Schlafstörung als Symptom eines Post-COVID-Syndroms                      Etwa 30 bis 50 % der PCS-Betroffenen berichten über fortdauernde Schlafstörungen [21]. Daten einer laufenden Studie und einer publizierten prospektiven Kohorte zu Schlaf-Phänotypen bei PCS [15] zeigen, dass das Spektrum an Schlafstörungen von insomnischen Störungen (größter Anteil) über schlafbezogene</p>	Kenntnisnahme und Dank	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Atmungsstörungen (etwa 1/3 der schlafbezogenen Diagnosen) bis hin zu zentralnervösen Hypersomnien (erhöhtes Schlafbedürfnis/Tagesschläfrigkeit trotz guten und ausreichenden Nachtschlafs) reicht. Für alle drei Konstellationen stehen wirksame Behandlungsmethoden zur Verfügung. Die hohe Prävalenz von Schlafstörungen im Rahmen des PCS, deren Wechselwirkungen mit den zentralen Beschwerden des PCS, sowie die heterogene Natur der Schlafstörungen unterstreichen, wie wichtig deren differenzierte Erfassung als Basis für eine gezielte Behandlung ist. Dabei ist eine spezifische Behandlung sowohl für das Wohlbefinden als auch für eine optimale Weichenstellung für die Genesung wichtig.</p> <p>Dem Hausarzt als in der Regel primärem Ansprechpartner kommt die Rolle zu, den Beschwerdekomples Schlafstörung gezielt zu eruieren und ggf. weitere Diagnostik einzuleiten. Aufgrund des hohen Anteils schlafbezogener Atmungsstörungen innerhalb des Spektrums schlafbezogener Morbidität im Rahmen der PCS sollte niederschwellig eine ambulante Polyg-</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>graphie erfolgen. Da eine solche von einer Vielzahl niedergelassener Fachärzte angeboten wird, sollte dies durch die gegebenen Versorgungsstrukturen gut abbildbar sein. Sollten sich bei dieser Diagnostik Hinweise auf ein behandlungsbedürftiges Schlafapnoesyndrom ergeben, wäre eine weitere Diagnostik und ggf. Behandlungseinleitung in einem schlafmedizinischen Zentrum nötig. Gleiches gilt, wenn sich klinisch-anamnestisch in Form vermehrter Tagesschläfrigkeit oder verlängerten Schlafbedarfs Hinweise auf eine zentralnervöse Hypersomnie ergeben. Die Differenzialdiagnostik einer solchen Hypersomnie erfordert die Überweisung an ein schlafmedizinisches Zentrum, von dem dann ggf. auch eine spezifische Therapie eingeleitet würde. Die Therapie einer Hypersomnie ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Alltagsleistungsfähigkeit.</p> <p>Bezüglich der Therapie insomnischer Störungen im Rahmen des PCS ist derzeit noch unklar, ob die Empfehlungen zur Behandlung der nicht-organischen Insomnie mit Insomnie-fokussierter kognitiver Verhaltenstherapie (KVT-I) als erster Wahl auf insomnische</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Störungen im Rahmen eines PCS übertragbar sind. Hierzu fehlt noch die empirische Evidenz. Vor dem Hintergrund der Rolle von Inflammation im Rahmen der Pathomechanismen des PCS ist zu erwägen, ob eine mehrwöchige Schlafrestriktion als zentrales Element der KVT-I in der besonderen Situation des PCS problematisch sein könnte. Diese Überlegung könnte nahelegen, im Kontext von PCS medikamentösen Therapiestrategien, z.B. mit schlafanstoßenden Antidepressiva oder einem dualen Orexinantagonisten, einen größeren Stellenwert als im Rahmen der Insomnie-Behandlung außerhalb von PCS einzuräumen. Hierzu besteht weiterer Forschungsbedarf.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die verfügbaren Ressourcen für spezialisierte Diagnostik in einem schlafmedizinischen Zentrum waren bereits prä-pandemisch äußerst knapp, sodass es bei Schlaflabor-Diagnostik regelhaft zu mehrmonatigen Wartezeiten kommt. Um dem im Rahmen von Post-COVID verstärkten Bedarf gerecht zu werden, ist ein Ausbau der bisherigen Ressourcen notwendig. Diese sind nicht zuletzt auch aufgrund einer heterogenen</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>und oft unzureichenden Vergütung von Schlaflabor-Leistungen knapp. Eine besondere Vergütung schlafmedizinischer Leistungen bei PCS-Patienten, z.B. in Form einer Zusatzpauschale, könnte einen kurzfristigen Ausbau personeller und technischer Ressourcen begünstigen, der notwendig ist, 1.) um PCS-Patienten zeitnah versorgen zu können und, 2.) ohne dass dies zu Lasten der übrigen Patientengruppen geht.</p> <p>Des Weiteren gibt es Forschungsbedarf 1.) zur Wirksamkeit verschiedener schlafstörungsbezogener Therapieansätze bei insomnischen Beschwerden im Rahmen des PCS und 2.) zu deren Effekt auf die übrige PCS-Symptomatik. Konkrete Handlungsrelevanz hat dies für die Frage der differenziellen Rolle von KVT-I gegenüber pharmakologischer Therapie insomnischer Störungen bei PCS. Studien hierzu fehlen bislang.</p> <p><i>[Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]</i></p>		
7.	<b>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. vom 1. November 2023</b>			



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
7	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. 1. November 2023	<p>Als federführende Fachgesellschaft der S1-Leitlinie Long/Post-COVID begrüßt die DGP die Einführung einer Richtlinie zur strukturierten Versorgung von Long-COVID.</p> <p>Die in unserer Stellungnahme geäußerte Zustimmung bzw. Ablehnung dissenter Positionen des Beschlussentwurfs erfolgte nach Beurteilung der aktuellen pneumologisch/internistischen Situation und unter Berücksichtigung der gegebenen realen Versorgungsumstände.</p>	Kenntnisnahme und Dank.	
7.1		<p><b>§ 2 Definition der Patientengruppe</b> Absatz (1) Seite 4 2. die nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe einer Infektion mit SARS-CoV-2 Long-COVID ähnliche Symptome aufweisen.</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Keine Unterstützung Position GKV-SV, dass in Fällen von Absatz 1 Nummer 1 diese Symptome oder Beschwerden mit Erkenntnissen zu postinfektiösen Symptomaten in Verbindung gebracht werden können.</p>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
7.2		<p><b>§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen</b>                      (2) Seite 4  <b>Stellungnahme:</b>                      Unterstützung DKG, Kriterien für die ärztliche Versorgung sollten aufgenommen werden                      (3) Seite 5f  <b>Stellungnahme:</b>                      Unterstützung der Positionen der DKG hinsichtlich Neuropsychologinnen und Neuropsychologen sowie Teilnahme an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V inkl. der Kriterien zur ärztlichen Versorgung                      (4) Seite 6  <b>Stellungnahme:</b>                      Unterstützung Position DKG                      ...durch weitere ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigte Einrichtungen oder an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen</p>	<p>[GKV-SV:                      Zu § 3 (2): Kenntnisnahme. Zustimmung. Differenzierte Regelungen zur hausärztlichen Versorgung sind an dieser Stelle nicht erforderlich. Eine Einschränkung der zugänglichen Ärztinnen und Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, ist zu vermeiden.                      Zu § 3 (3): Kenntnisnahme. Differenzierte Regelungen zur fachärztlichen Versorgung sind an dieser Stelle nicht erforderlich. Eine Einschränkung der zugänglichen Ärztinnen und Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, ist zu vermeiden.                      Zu § 3 (4): Kenntnisnahme.]</p> <p>[KBV: Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>Zu § 3 (2) und (3): Keine Übernahmen, allgemeine Fortbildungspflicht, niederschwelliger Zugang                      Zu § 3 (4): Keine Übernahme, Bezug nur auf</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>gen (z.B. auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten nach § 2 spezialisierte interdisziplinäre Versorgungsstrukturen wie Kompetenzzentren und Spezialambulanzen sowie Zusammenschlüsse ermächtigter Fachärztinnen und Fachärzte oder Einrichtungen).                      (4) Seite 6f  <b>Stellungnahme:</b>                      von GKV-SV/KBV formulierte Kriterien für an der Versorgung teilnehmende Einrichtungen werden unterstützt                      (4) Seite 7  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Vorschläge der PatV für Anforderungen an Leistungserbringer werden unterstützt</p>	<p>diese Regelung oder den ganzen Absatz, Regelung nicht erforderlich und unklar.                      [DKG, PatV: Kenntnisaufnahme und Dank]</p>	
7.3		<p><b>§ 4 Behandlungsplan und Koordination der Versorgung</b>                      (2). Koordination umfasst, Seite 7f  <b>Stellungnahme:</b>                      Unterstützung KBV bei 3.                      ... die Erstellung eines Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Basis-Assessments</p>	<p>Kenntnisaufnahme und Dank.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>nach § 5 Nummer 1 und weiterer Diagnostik mit Behandlungszielen, Angaben zu den nächsten Behandlungsschritten und den geplanten weiteren Maßnahmen, wenn gemäß § 2 Absatz 2 eine Diagnose hinreichend wahrscheinlich ist, ...</p> <p>Unterstützung KBV/DKG/PatV bei 4.</p> <p>Unterstützung KBV/GKV-SV bei 5.</p> <p>Unterstützung GKV-SV/DKG/PatV sowie KBV bei 11: ...die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie sonstige Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner, Einrichtungen und Organisationen] (z.B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen) ...</p> <p>(3) Seite 8f</p> <p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung Position GKV-SV/DKG/PatV</p> <p>(4) Seite 9</p> <p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung KBV/ DKG/PatV, keine Übernahme GKV-SV</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
7.4		<p><b>§ 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung</b>                      (1), 1., Seite 9  <b>Stellungnahme:</b>                      Unterstützung GKV-SV, KBV, PatV bei 1.,                      Unterstützung GKV-SV/DKG/PatV bei 1a.                      Unterstützung KBV/DKG/PatV bei 1d.                      2. Seite 9  <b>Stellungnahme:</b>                      Keine Unterstützung KBV und GKV-SV                      3. Seite 9                      Unterstützung GKV-SV/DKG/PatV                      Seite 10  <b>Stellungnahme:</b>                      Unterstützung KBV bei 4.                      Unterstützung GKV-SV bei 5.                      Unterstützung KBV bei 6.                      Keine Unterstützung KBV bei 8.                      Unterstützung KBV/DKG/PatV bei 11.                      Unterstützung DKG/PatV bei 12.                      Unterstützung GKV-SV bei 13.                      (3) Die Überweisung</p>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Seite 10 <b>Änderungsvorschlag in Anlehnung an GKV-SV/KBV/DKG</b> ...in die fachärztliche Ebene nach § 3 Absatz 3 ist insbesondere dann in Betracht zu ziehen 1. wenn die Verdachtsdiagnose einer Erkrankung nach § 2 durch das Basis-Assessment nach Absatz 1 Nummer 1 nicht hinreichend bestätigt werden konnte ... <b>Stellungnahme:</b> Unterstützung GKV-SV/KBV/PatV bei (4)		
7.5		<b>§ 6 Diagnostik und Behandlung in der fachärztlichen Versorgung</b> Seite 11f. <b>Stellungnahme:</b> Unterstützung KBV/DKG/PatV sowie KBV/PatV bei 2. Unterstützung KBV bei 3. Unterstützung KBV/DKG/PatV bei 4. Unterstützung KBV/DKG/PatV bei 6. Unterstützung KBV bei 7. Unterstützung KBV bei 8. Unterstützung KBV/PatV bei 9.	Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Zu § 6 (1) Nr. 4: Die in Nummer 4 beschriebenen Aufgaben sind im Rahmen einer in der vorliegenden Richtlinie gestuften Versorgung der hausärztlichen Ebene zuzurechnen.  Zu § 6 (1) Nr. 6: Kenntnisnahme.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Unterstützung GKV-SV bei 10.                      Unterstützung GKV-SV bei 11.  <b>Stellungnahme:</b>                      Unterstützung Position KBV/DKG/PatV bei 1.                      Unterstützung KBV bei 2.:                      ... die Symptomatik, die zu dem Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 geführt hat, weist darauf hin, dass eine Behandlung des Fachgebiets der Fachärztin oder des Facharztes erforderlich sein wird oder...                      Unterstützung KBV/DKG/PatV bei 3.                      (3) Seite 13  <b>Stellungnahme:</b>                      Unterstützung DKG/PatV:                      Sofern erforderlich, veranlasst die Fachärztin oder der Facharzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut die Beteiligung weiterer Fachgebiete bei Bedarf im Austausch oder bei zeitnaher Information im Nachgang.                      Sowie KBV/PatV:                      Dieses Vorgehen beinhaltet eine umfassende Erhe-</p>	<p>Zu § 6 (1) Nr. 7,8: Eine Formulierung ansonsten geltender Regelungen ist nicht notwendig.                      Zu § 6 (1) Nr. 9: Eine gesonderte Bestimmung zur Vorabklärung ist nicht erforderlich. Die Prüfung der Eignung kann auf Grundlage der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden.                      Zu § 6 (1) Nr. 10: Zustimmung. Zur Ausfüllung der Koordinationsfunktion ist es notwendig, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt mindestens Kenntnis über weitere Überweisungen erlangt.                      Zu § 6 (1) Nr. 11: Zustimmung. Die Prüfung der Eignung einer Hochschulambulanz soll auf Grundlage der Veröffentlichungen der Hochschulambulanzen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden, damit eine</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>bung der bisherigen Diagnostik und des Therapieverlaufs ...                      (4) Seite 13f  <b>Stellungnahme:</b>                      Unterstützung DKG/PatV inklusive letzten Satz PatV                      (5) Seite 14  <b>Stellungnahme:</b>                      Unterstützung KBV/DKG/PatV</p>	<p>zielgenaue Zuweisung zur geeigneten Versorgung ermöglicht wird.</p> <p>Zu § 6 (2): Zur Verwirklichung der gestuften Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und zur Orientierung der Patientinnen und Patienten ist zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier ist insbesondere auch von der besten Erreichbarkeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auszugehen. Die einzige zweckmäßige Ausnahmeregelung in Absatz 2 bezieht sich auf Situationen in denen Patientinnen und Patienten bereits in regelmäßiger Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt in Behandlung sind, die oder der aufgrund ihres oder seines Fachgebietes in der Lage ist die Koordinierungs- und hausärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und 5 ebenfalls in dem jeweils erforderlichen Umfang zu erbringen. In solchen Situationen, insbesondere wenn die Patientinnen</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>oder der Patient keine Hausärztin oder keinen Hausarzt hat, wäre die Suche nach einer oder einem solchen eine unnötige Erschwernis, die dem Ziel der niederschweligen Erreichbarkeit der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie entgegenstünde. Daher wird die Ausnahmeregelung in Absatz 2 getroffen.</p> <p>Zu § 6 (3): Ein Austausch vor Überweisung an eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt ist notwendig, damit die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt seine Funktion angemessen erfüllen kann. Erfolgt die Behandlung durch weitere Fachärztinnen und Fachärzte ohne Wissen der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist die Koordination offenkundig nicht mehr gewährleistet. Eine Erlaubnis bzw. Zustimmung der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist jedoch</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			nicht erforderlich. Allerdings sollte im Regelfall ein Austausch vor Überweisung stattfinden. Ist dies aufgrund von Eilbedürftigkeit nicht möglich, ist mindestens eine Information im Nachgang notwendig. Weitere umfassende Erhebungen und Fallbesprechungen sind hier nicht regelungsbedürftig.]	
7.6		<p><b>§ 7 Diagnostik und Behandlung in der spezialisierten ambulanten Versorgung</b> S.14f</p> <p><b>Stellungnahme:</b> Unterstützung GKV-SV/DKG/PatV bei 2. Unterstützung DKG/PatV bei 3. Unterstützung DKG/PatV bei 4. Unterstützung GKV-SV bei 7. Unterstützung GKV-SV/PatV/KBV bei 8.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank</p> <p>[GKV-SV: Zu § 7 Nr. 3: Da i. d. R. davon auszugehen ist, dass solche Leistungen bereits auf einer vorangegangenen, insbesondere der hausärztlichen, Versorgungsebene erbracht wurden, ist hier eine Bedarfsabhängigkeit zu formulieren.]</p>	
7.7		<p><b>§ 8 Verordnung weiterer Leistungen</b> S. 15</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von der vorliegenden Richtlinie vollständig</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz (PEM) auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.</p> <p><b>Stellungnahme:</b>                      Unterstützung Position PatV bei (1)                      Unterstützung DKG/PatV bei (2)</p>	<p>umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert.]</p> <p>[KBV, DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank]                      [KBV: Regelungskompetenz liegt nicht in diesem Unterausschuss.]</p>	
7.8		<p><b>§ 9 Evaluation</b>                      S. 15f</p> <p><b>Stellungnahme:</b>                      Unterstützung Position PatV</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme.]</p> <p>[KBV: Kenntnisnahme und Dank.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 4.10]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		[Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]		
8	<b>Deutsche Gesellschaft für ME/CFS vom 1. November 2023</b>			
8.1	Deutsche Gesellschaft für ME/CFS 1. November 2023	<p>Titel <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der PatV an. Titel der Versorgungsrichtlinie sollte sein: „... von Long/Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS“.</p> <p>Wie von auch den unparteiischen Mitgliedern des G-BA am 08.11.2022 empfohlen, sollte sich die Richtlinie nicht auf die Ursache einer COVID-Infektion beschränken, sondern für alle mit ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen gelten. ME/CFS tritt u. a. nach EBV [1], Influenza [2], Enteroviren, Sars-CoV-1 [3] und Sars-CoV-2 auf. Eine Versorgung aller Erkrankten, unabhängig vom Auslöser, muss gewährleistet werden. Generell ist für eine medizinische Versorgung nicht der Auslöser ausschlaggebend, sondern die Krankheit (siehe rheumatoide Arthritis (RA), Multiple Sklerose</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Der Titel "... für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen" ist sachgerecht, da er den gesetzlichen Regelungsauftrag und dessen Umsetzung in der Richtlinie in Bezug auf die Erkrankungen bzw. Gruppen von Patientinnen und Patienten benennt. Eine gesonderte Benennung von ME/CFS ist insbesondere nicht erforderlich, da diese, soweit wie in der Richtlinie intendiert, in der genannten Titelgebung mit umfasst.]</p> <p>[DKG: Dem Hinweis wird gefolgt.]</p> <p>[PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>(MS), Migräne etc.).                      Ausschussdrucksache 20(14)61(15):                      „...Wie zuletzt auch das Robert Koch Institut berichtet, leidet ein erheblicher Teil der Patientinnen und Patienten infolge Post- bzw. Long-COVID an einem Symptomkomplex, der dem Krankheitsbild für Myalgische Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS) entspricht. Derartige postinfektiöse Syndrome sind bereits nach Infektionen mit anderen Viren beschrieben worden (z. B. Epstein-Barr-Virus (EBV), Influenzaviren, SARS-CoV-1 und Ebolavirus) und im Anschluss an frühere Pandemien gehäuft aufgetreten. Auch für diese Patientinnen und Patienten fehlt es an der erforderlichen flächendeckenden interdisziplinären und standardisierten Diagnostik und einem zeitnahen Zugang zu einem multimodalen Therapieangebot. Deshalb und wegen der Überschneidungen der Krankheitsbilder und der möglichen Therapieansätze sollte die neue Versorgungsform nicht auf die Ursache einer COVID-Infektion beschränkt, sondern auch begrifflich für Patientinnen und Patien-</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>ten mit vergleichbarer Ursache bzw. Krankheitsausprägung vorgesehen werden.“</p> <p>Änderungsvorschlag:                      Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Long/Post-COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen sowie ME/CFS</p>		
8.2		<p>§ 1 Abs. 2 S. 1</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Wir schließen uns der Position der PatV an. Es muss erklärtes Ziel der Richtlinie sein, eine flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 sicherzustellen, indem sie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dazu verpflichtet, die entsprechenden Leistungen anzubieten und ihrem Versorgungsauftrag auch im Hinblick auf Erkrankungen gemäß § 2 nachzukommen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Eine flächendeckende Versorgung kann durch die Richtlinie nicht gewährleistet werden. Daher keine Nennung (s. Tragende Gründe)]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die verbesserte, bedarfsgerechte, flächendeckende und zeitnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2.		
8.3		<p>§ 1 Abs. 2 S. 2 Nr. 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der DKG/PatV an. Die Bestimmung und Zuordnung der Schweregrade ist für Art (ambulant, aufsuchend, stationär) und Inhalt der weiteren Versorgung entscheidend.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung</p>	<p>Kenntnisnahme. [GKV-SV: Die Schweregraddifferenzierung wird in die Zielformulierung aufgenommen.]</p> <p>[KBV: Kenntnisnahme, wissenschaftlich allgemein anerkannte Klassifizierung ist nicht verfügbar]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	
8.4		<p>§ 1 Abs. 2 S. 2 Nr. 4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der DKG/PatV an. Grundlage der Versorgung muss ein auf die Krankheitsschwere und die individuellen Einschränkungen abgestimmter Behandlungsplan sein.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Schweregraddifferenzierung und Behandlungsplan werden nach Überarbeitung des § 1 als Ziele benannt]</p> <p>[KBV: Kenntnisnahme, Versorgung soll eben</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		die Versorgung auf der Grundlage eines strukturierten und aktuellen Behandlungsplans,	auf Grundlage eines solchen Behandlungsplans erfolgen]  [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]	
8.5		§ 1 Abs. 2 S. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der GKV-SV/KBV/PatV an. Die Versorgungsangebote müssen koordiniert werden. Gerade angesichts des geringen Wissens zu postinfektiösen Erkrankungen muss diese Koordination eine gut ausgebildete Person übernehmen, die den Patienten gut kennt. <b>Änderungsvorschlag:</b> die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote	Kenntnisnahme.  [GKV-SV: Zustimmung.]  [KBV: Haus- und Fachärzte übernehmen die Koordination, so dass Qualifikation sichergestellt ist]  [DKG, PatV: Der Aspekt der Koordination wird bereits unter Nr. 1 erwähnt und bedarf keiner zusätzlichen Nennung.]	
8.6		§ 1 Abs. 2 S. 2 Nr. 7 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der PatV an. Die Überführung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse in neue diagnostische oder therapeutische Verfahren ist zu fördern.	Kenntnisnahme. [GKV-SV, DKG, PatV: Die wissenschaftliche Forschung ist wichtig. Die Nennung der Unterstützung zum Zugang zu klinischen Studien ist ausreichend, da diesen die Erforschung und ggf. Nutzung der Ergebnisse in	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b> die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Zugang zu klinischen Studien zur Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten und Förderung der translationalen Forschung</p>	<p>der Praxis in Bezug auf Interventionen inhärent ist.]</p> <p>[KBV: Kenntnisnahme, nicht von Regelungskompetenz umfasst.]</p>	
8.7		<p>§ 1 Abs. 2 S. 2 Nr. 8</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der DKG/PatV an. Es muss Ziel der Versorgung sein, eine Verbesserung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus von Patientinnen und Patienten zu erreichen und vermeidbare Verschlechterungen zu verhindern. Die Linderung behandelbarer Symptome und vor allem die Anleitung zum notwendigen Selbstmanagement (Pacing) können dazu entscheidend beitragen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> 8. und grundsätzlich im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung auch vorzusehende Angebote zu Verbesserung des Krankheitsverlaufs, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten,</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>wie zum Beispiel durch Linderung von Symptomen und Abwendung einer Verschlechterung des Verlaufs unter Beachtung der Post-Exertional Malaise (PEM).</p>		
<p>8.8</p>		<p>§ 2 Abs. 1  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Wir schließen uns der Position der GKV-SV/DKG/PatV an.                      Der Präzedenzfall, dass Erkrankte derselben Erkrankung nach einem Auslöser versorgt werden, nach anderen Auslösern jedoch nicht, muss vermieden werden. Es dürfen sich nicht Patient*innen 1. und 2. Klasse herausbilden.                      ME/CFS tritt nachgewiesen nach diversen Infektionen und Auslösern auf (z. B. nach EBV, Influenza, Enteroviren, Sars-CoV-1, Sars-CoV-2, HWS-Traumata, Operationen u. w.).                      Ausschlaggebend für eine Versorgung muss in allen Fällen die Erkrankung und ihre Symptomatik sein.                      Gerade bei Infektionen mit mildem/asymptomati-</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Zustimmung. Anamnestisch wird sich in vielen Fällen nicht zweifelsfrei klären lassen, ob und ggf. durch welchen Erreger, eine Infektion stattgefunden hat. Daher ist diese Feststellung auch nicht erforderlich, um im Rahmen der vorliegenden Richtlinie versorgt werden zu können. Der Versuch einen Zusammenhang zu einer zurückliegenden Infektion herzustellen ist jedoch sinnvoll.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>schem Verlauf und folgender postinfektiöser Symptomatik kann der Auslöser anamnestisch oft nicht erfasst werden. Es besteht das Risiko, dass Long-/Post-COVID-Erkrankte aufgrund der aktuell nicht mehr breit angewandten Erregerdiagnostik in Häuslichkeit und Praxis (PCR-Tests), durch fehlenden Infektionsnachweis nicht von der Richtlinie erfasst werden. Dies betrifft auch Betroffene, die sich zu Beginn der Pandemie infiziert haben, zu einem Zeitpunkt vor Verfügbarkeit geeigneter Nachweismöglichkeiten. Bei Anwendung von Antigen-Schnelltests zur Erregererfassung, ist zusätzlich die Anzahl falsch-negativer Befunde zu berücksichtigen, zumal die Sensitivität der verfügbaren Tests in der Vergangenheit oftmals nicht den Mindestanforderungen des Paul-Ehrlich Institutes (minimal akzeptierte Sensitivität von 75 % festgelegt, bezogen auf einen Ct-Wert &lt; 25) genügen. [4] Da sich ME/CFS sowohl direkt in Folge einer prolongierten postviralen Fatigue, aber auch schleichend, zeitversetzt zu einem Infektionsereignis entwickeln kann [5, S. 830-839], ist eine Forderung eines viralen Auslö-</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>sers (anamnestisch und/oder nachweislich) zur Definition der Patientengruppe unserer Ansicht nach obsolet.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> [...]</p> <p>Von der Richtlinie erfasst wird auch der Verdacht auf oder eine festgestellte Erkrankung, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung wie Long COVID aufweist. In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen oder Patienten erfasst, die</p> <p>3. infolge eines viralen Infekts oder einer fehlgesteuerten Immunantwort auf einen viralen Infekt oder eines anderen Auslösers einer Immunantwort post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung vergleichbare Symptomatik aufweisen oder</p> <p>4. eine Myalgische Enzephalomyelitis/ein Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) aufweisen.</p>		
8.9		<p>§ 2 Abs. 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Diagnosestellung sollte nicht allein auf Basis der</p>	<p>[GKV-SV: Zu § 2 (2): Kenntnisnahme. Die Formulierung erscheint hinreichend offen und die geforderte Leitlinienbasierung kann</p>	<p>[DKG, PatV: Die Diagnosestellung erfolgt leitlinienbasiert bzw. nach aktuellem</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Leitlinien erfolgen. Für ME/CFS als postinfektiöse Krankheit gibt es in Deutschland keine eigene dedizierte Leitlinie und internationale Leitlinien für ME/CFS wie die des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [6] werden insbesondere durch Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 meist nicht verwendet. Darüber hinaus handelt es sich bei Long/Post-COVID um eine S1-Leitlinie.</p> <p>Da medizinische Leitlinien insbesondere bei schnell wachsenden Feldern wie ME/CFS und Long/Post-COVID nicht unmittelbar mit den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Fortschritt schritthalten können, ist es für die Diagnostik von entscheidender Bedeutung, den aktuellen Stand der medizinischen Forschung mit einzubeziehen. Medizinische Forschung bewegt sich kontinuierlich und der aktuelle Stand der Forschung kann aktuellere und genauere Informationen bieten als ältere Leitlinien. Die Integration von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Diagnostik ist von großer Bedeutung, da sie dazu beiträgt, präzisere, aktuellere und effektivere Diagnosen und Behandlung zu gewährleisten, welche</p>	<p>sich auch nur auf Felder beziehen, in denen Leitlinien überhaupt vorliegen. Diese gewährleisten durch ihren empfehlenden, nicht abschließend die Handlungsmöglichkeiten festlegenden Charakter eine hinreichende Offenheit gegenüber dem aktuellen Erkenntnisstand.</p> <p>Zu § 3 (1): Kenntnisnahme.]</p> <p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird mit einer angepassten Formulierung gefolgt.]</p>	<p><b>Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse auf Basis einer symptomorientierten differenzialdiagnostischen Abklärung oder als Ausschlussdiagnose.]</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>wiederum eine bessere Versorgung der Patienten und zur kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen Praxis beiträgt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die Diagnosestellung erfolgt leitlinienbasiert und nach aktuellem Stand der medizinischen Forschung auf Basis einer symptomorientierten differenzialdiagnostischen Abklärung oder als Ausschlussdiagnose. § 3 Abs. 1 Keine Änderung</p>		
8.10		<p>§ 3 Abs. 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der GKV-SV/KBV/PatV an, um bei bereits präpandemisch ca. 300.000 Betroffenen [7] und postinfektiös nach SARS-COV-2-Infektion steigenden Fallzahlen, eine flächendeckende Versorgung auf hausärztlicher Ebene uneingeschränkt zu gewährleisten, sehen jedoch die weiterhin breit fehlende Kenntnis zu postinfektiösen Syndromen und ME/CFS (aufgrund der begrenzten Berücksichtigung</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Zustimmung. Eine Einschränkung der zugänglichen Ärztinnen und Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, ist zu vermeiden. Der Erwerb von Kenntnissen in Bezug auf die Zielerkrankungen gemäß § 2 der vorliegenden Richtlinien ist wünschenswert.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>der Erkrankung in der Ausbildung der Gesundheitsberufe) die qualitätsgesicherte Versorgung dieser Patienten gefährden [8,S. 198] und nicht ausreichend berücksichtigt. (Weitere Ausführungen siehe § 3 Abs. 5.) Solange keine qualitätsgesicherten (!) Kompetenzzentren/Spezialambulanzen mit entsprechender Expertise zu ME/CFS oder postinfektiösen Syndromen im Allgemeinen flächendeckend aufgebaut sind, sehen wir die hausärztliche Versorgung von herausragender Verantwortung, um Patienten mit Belastungsintoleranz und PEM (postexertionelle Malaise) als Kernmerkmal der Erkrankung zu identifizieren und bei Vorliegen einer ME/CFS eine erste Schweregradbeurteilung durchzuführen. Dies ist erforderlich, um eine ggf. permanente Zustandsverschlechterung aufgrund unangepasster Empfehlungen oder eines nicht an das individuelle Belastungsniveau adaptierten diagnostischen Vorgehens zu vermeiden. Für das therapeutische Vorgehen nach Diagnosestellung (symptomatische Therapie, Diagnostik und Therapie vorliegender häufiger Komorbiditäten wie posturales Tachykardie-</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>syndrom, small-fiber-Neuropathie u. a.) und Verlaufsbetreuung bei chronischer Erkrankung, sehen wir die spezialisierte Fortbildung der primärversorgenden Strukturen auf dem Gebiet als unabdingbar an, da diese bisher nicht zum „Standardrepertoire“ der hausärztlichen Versorgung gehören.</p> <p>Weiterhin ist zu beachten, das ME/CFS-Betroffene je nach Schweregrad ihrer Erkrankung oftmals nicht in der Lage sind, die aktuell etablierten Wege im Versorgungssystem (hausärztliche Versorgung -&gt; fachärztliche Versorgung -&gt; stationäre Versorgung) zu durchlaufen. Zur Schweregradeinteilung und den entsprechenden krankheitsbedingten Einschränkungen der Betroffenen verweisen wir auf den aktuellen IQWiG-Bericht [8, S. 30-31]. Dies ist der Schwere der Symptomatik (z. B. hausgebunden/bettlägerig, starke Reizintoleranz) und auch des Risikos einer ggf. permanenten Zustandsverschlechterung aufgrund der vorliegenden Belastungsintoleranz geschuldet und betrifft bereits mild bis moderat betroffene Patient*innen, schwer- bis schwerstbetroffene (hausgebunden, bett-</p>		



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>lägerig) ohnehin. Hier können nur telemedizinische oder in der Häuslichkeit aufsuchende Versorgungskonzepte die Versorgung gewährleisten.</p> <p>Sollte die Position der PatV zu § 3 Abs. 5 im Beschluss keine Berücksichtigung finden, begrüßen wir das von der DKG geforderte Kriterium zur Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung und der Bereitstellung telemedizinischer Angebote dieser Patienten und Patientinnen. Eine weitere Einschränkung der Leistungserbringer durch weitere zu erfüllende Kriterien sehen wir kritisch, um die Etablierung einer flächendeckenden qualitätsgesicherten Versorgung nicht zu behindern.</p> <p><b>Änderungsvorschlag (falls Position der PatV zu § 3 Abs. 5 im Beschluss keine Berücksichtigung findet):</b>                      In der hausärztlichen Ebene erfolgt die Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V teilnehmen, einschließlich Kinder und Jugendärztinnen und -ärzte. Bei Vorliegen des Verdachts einer Belastungsintoleranz mit postexertioneller Malaise (PEM) oder einer</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Symptomkonstellation, die eine ME/CFS vermuten lässt, sowie gesicherter ME/CFS-Diagnose, sollten die Leistungserbringer folgende Kriterien erfüllen: - das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten oder die Bereitschaft zu Hausbesuchen - Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Erkrankungen nach § 2		
8.11		§ 3 Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der GKV-SV/KBV/PatV an. ME/CFS stellt eine eigenständige, in der Mehrzahl der Fälle infektiös ausgelöste, Krankheitsentität mit charakteristischem Symptomkomplex dar. [5, S. 830-839]. Als einzige anhand etablierter Diagnosekriterien klar definierte postinfektiöse Krankheitsentität, stellt sie einen chronischen Folgezustand nach Infektion unterschiedlichster pathogener Erreger dar [9] und tritt auch in Folge einer SARS-COV-2 Infektion im Rah-	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Differenzierte Regelungen zur fachärztlichen Versorgung sind an dieser Stelle nicht erforderlich. Eine Einschränkung der zugänglichen Ärztinnen und Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, ist zu vermeiden.]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>men von Post-COVID in versorgungsrelevanter Häufigkeit [10,11] auf.</p> <p>Neben dem Kernsymptom einer Belastungsintoleranz mit postexertioneller Malaise (PEM) und Fatigue, stellen autonome/orthostatische Symptome, neurologische/kognitive Symptome, Schlafstörungen, Schmerzen, neuroendokrine Symptome und immunologische Symptome den charakteristischen Symptomkomplex dar. [12]</p> <p>Dementsprechend sehen wir einen hohen Versorgungsbedarf bzgl. weiterführender (Differential-)Diagnostik als auch in der Therapiebegleitung von Komorbiditäten und komplexeren Fällen in den assoziierten Fachgebieten der fachärztlichen Versorgung, die nicht von der hausärztlichen oder kinderärztlichen Versorgung geleistet werden kann. Eine herausragende Stellung sehen wir hier, angelehnt an den beschriebenen Symptomkomplex, insbesondere in den Fachgebieten Innere Medizin, Pulmologie, Kardiologie, Neurologie, Infektiologie und Immunologie.</p> <p>Bezüglich der Versorgungsqualität auf fachärztlicher Versorgungsebene, sehen wir, trotz zunehmender</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Anzahl deutschsprachiger Übersichtsarbeiten und Leitlinien (z. B. der S1-Leitlinie Long COVID oder der S3-Leitlinie „Müdigkeit“ der DEGAM), die ME/CFS explizit erwähnen, in der Alltagsrealität der Versorgung der Betroffenen anhaltend große Defizite. Diese sind unter anderem der unzureichenden Kenntnis und Erfahrung in der Behandlung postinfektiöser Syndrome geschuldet [8, S. 198]. Betroffene beklagen einen fortwährenden Neglect des Krankheitsbildes an sich (z. B. unterlassene Anwendung internationaler Diagnosekriterien zur klinischen Diagnose/Differenzierung bei entsprechender Symptomatik), eine Unterschätzung der vorliegenden Einschränkungen (z. B. durch Anwendung inadäquater diagnostischer Tools zur Erfassung der diffizilen neurokognitiven Einschränkungen im Bereich Aufmerksamkeit und Gedächtnis, die in üblichen Standardverfahren nur unzureichend erfasst werden können) sowie eine nicht adäquate Versorgung vorliegender Komorbiditäten aus Unkenntnis der Zusammenhänge heraus (z. B. der relativ häufig auftretenden Komorbiditäten wie posturales Ta-</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>chykardiesyndroms, small-fiber-Neuropathie, Hypermobilitäts-Syndromen, Mastzell-Aktivierungs-Syndrom [12]. Hier kann nur konsequente Fortbildung der versorgenden Leistungserbringer sowie interdisziplinärer Austausch und ggf. weitere qualitätssichernde Anreize langfristig Abhilfe schaffen.</p> <p>Zusätzlich sehen wir, gemäß unserer Stellungnahme zu § 3 Abs. 2, auch im fachärztlichen Versorgungsbe- reich das Risiko des Ausschlusses schwerer beeinträchtiger Betroffener aufgrund ihrer krankheitsbe- dingten Einschränkungen.</p> <p>Dementsprechend begrüßen wir auch hier das von der DKG geforderte Kriterium zur Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten und der Bereitstellung tele- medizinischer Angebote dieser Patienten und Patien- tinnen, sollte die Position der PatV zu § 3 Abs. 5 im Beschluss keine Berücksichtigung finden. Eine weitere Einschränkung der Leistungserbringer und -erbringe- rinnen durch weitere zu erfüllende Kriterien sehen wir kritisch, um die Etablierung einer flächendecken- den qualitätsgesicherten Versorgung nicht zu behin- dern.</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p><b>Änderungsvorschlag (falls Position der PatV zu § 3 Abs. 5 im Beschluss keine Berücksichtigung findet):</b>                      In der fachärztlichen Ebene erfolgt die Versorgung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, [...] sind dieser Versorgungsebene zuzuordnen. Die fachärztliche Versorgung umfasst auch die Versorgung durch ermächtigte Ärztinnen und Ärzte und ermächtigte Einrichtungen. Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind dies insbesondere auch Sozialpädiatrische Zentren.                      Bei Vorliegen des Verdachts einer Belastungsintoleranz mit postexertioneller Malaise (PEM) oder einer Symptomkonstellation, die eine ME/CFS vermuten lässt, sowie gesicherter ME/CFS-Diagnose, sollten die Leistungserbringer folgende Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten oder die Bereitschaft zu Hausbesuchen</li> <li>- Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Erkrankungen nach § 2</li> </ul>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
8.12		<p>§ 3 Abs. 4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Wir schließen uns der Position der PatV mit Ergänzungen an.</p> <p>Den Bereich der spezialisierten ambulanten Versorgung durch Hochschulambulanzen, Zusammenschlüsse ermächtigter Fachärzte oder Einrichtungen und Spezialambulanzen, die sich auf Erkrankungen nach § 2 spezialisiert haben, sehen wir vor allem in Hinblick der noch ausstehenden breiten Aufklärung und Fortbildung der hausärztlichen, kinder- und jugendärztlichen und fachärztlichen Versorgung von herausragender Bedeutung. Wir gehen davon aus, dass eine frühzeitige klinische Phänotypisierung und Diagnosestellung vorerst vorwiegend durch Spezialambulanzen erfolgen muss, um die Versorgung der Betroffenen überhaupt zu gewährleisten. Da eine ME/CFS -Erkrankung immer eine komplexe Erkrankung darstellt, sollte der Zugang auch bei Verdacht und auch bei mildereren Verlaufsformen ermöglicht werden, um eine koordinierte, interdisziplinäre symptomorientierte Versorgung zu gewährleisten.</p>	<p>[GKV-SV: Die Nennung der Fachgebiete im Beschlussentwurf basiert darauf, dass diese nach vorliegenden Erkenntnissen insbesondere häufig im Kontext der Versorgung nach dieser Richtlinie voraussichtlich gefordert sein werden. Die Nennung weiterer Fachgebiete könnte die Versorgungsmöglichkeiten zu stark einschränken, wenn deren Beteiligung verpflichtend wäre. Naturgemäß können spezialisierte, ambulante Einrichtungen auch weitere Fachgebiete einbeziehen, insbesondere, wenn spezielle Gruppen von Patientinnen oder Patienten versorgt werden sollen. Eine breite Versorgung von Gruppen von Patientinnen oder Patienten, auch unabhängig von Schwere oder Komplexität der Erkrankung, vor allem in spezialisierten ambulanten Einrichtungen scheint gegenwärtig nicht realisierbar.]</p> <p>[PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Wie bereits unter § 3 Abs. 3 aufgeführt, angelehnt an bereits teilweise aufgeklärte pathogenetischen Mechanismen der Erkrankung, den Symptomkomplex von ME/CFS und den häufigsten Komorbiditäten, sollte die ambulante spezialisierte Versorgung in den Fachgebieten Innere Medizin, Pulmologie, Kardiologie, Neurologie, Infektiologie und Immunologie gewährleistet werden. Dies ist notwendig, um eine konzertierte, interdisziplinäre Versorgung der Grunderkrankung und der vorliegenden Komorbiditäten zu gewährleisten. Zusätzlich ist, basierend auf aktuellen Forschungs- und Studienprojekten, zu erwarten, dass diese Fachrichtungen auch zukünftig eine größere Rolle in der Behandlung der Patienten übernehmen dürften. Stand Juni 2023 sind weltweit 23 randomisiert kontrollierte Therapiestudien (RCTs) in klinischen Studienplattformen registriert, um kausale Therapieansätze zu prüfen. Es handelt sich hierbei um neuromodulatorische, vaskuläre und antivirale Behandlungsansätze [13].</p> <p>Bzgl. der bei ME/CFS sehr häufig auftretenden neuro-</p>		



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>kognitiven Einschränkungen, sehen wir die Notwendigkeit einer generellen Bereitstellung einer erweiterten neuropsychologischen Diagnostik. Da ME/CFS überwiegend jüngere Patienten und Patientinnen unter 60 Jahre betrifft, sind einfache kognitive Screeningmethoden wie das MoCA nicht hinreichend für eine erste Objektivierung geeignet. Dies betrifft auch über 60-Jährige mit nur milden Beschwerden. Wir verweisen diesbezüglich auf die S1-Leitlinie Long COVID, die bei unauffälliger Anamnese in diesem Alter oder dem Verdacht auf funktionelle Beeinträchtigungen eine differenzierte neuropsychologische Diagnostik fordert [14, S. 87].</p> <p>Ein unterstützendes psychotherapeutisches Angebot ist wie bei anderen schweren Erkrankungen wünschenswert.</p> <p>Auch im Bereich der spezialisierten ambulanten Versorgung sehen wir die Notwendigkeit, eine an die Bedürfnisse der Betroffenen adaptierte Versorgung zu etablieren. Hier sollten interdisziplinäre Vorstellungen mit Planung nur weniger, bestenfalls einer, Vorstellung in der Spezialsprechstunde angestrebt werden,</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>um das Risiko einer Zustandsverschlechterung aufgrund der körperlichen, kognitiven, emotionalen und sensorischen Belastung für die Betroffenen zu umgehen. Auch hier sehen wir die Notwendigkeit der Möglichkeit telemedizinischer Betreuung und bestenfalls in der Häuslichkeit aufsuchender Verfahren, um die Kontaktaufnahme zu Schwer- und Schwerstbetroffenen oder ihrer Angehörigen überhaupt zu ermöglichen [15].</p> <p>Die Bereitstellung einer dementsprechend adaptierten akutstationären Unterbringungsmöglichkeit ist unserer Ansicht unumgänglich, um Schwerstbetroffene nicht von der Versorgung gänzlich auszuschließen. Eine Einweisung kann sowohl zu (differential-)diagnostischen Fragestellungen als auch zu Therapie Zwecken (z. B. parenterale Ernährung oder legen einer Ernährungssonde [15] notwendig sein.</p> <p>Im Bereich der stationären Versorgung von ME/CFS Patienten sollte eine Anpassung an die Bedürfnisse der Betroffenen erfolgen, um Zustandsverschlechterungen weitgehend zu minimieren. Unter den Gege-</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>benheiten des üblichen stationären Settings kann Reizintensität, körperliche, kognitive und emotionale Belastung selbst bei milden Fällen bereits deutlich oberhalb der individuellen Belastungsgrenze liegen und zu PEM und (ggf. permanenter) Zustandsverschlechterung führen. Vor allem die Versorgung Schwer- und Schwerstbetroffener stellt sehr hohe Anforderungen an das stationäre Setting inkl. maximaler Reizreduktion (Gehörschutz, Zimmerverdunkelung, minimaler taktiler Stimulation) und Schulung und Sensibilisierung aller in der Betreuung der Patienten involvierten Personen. Diese sehen wir in der vorliegenden Versorgungslandschaft bisher kaum gegeben.</p> <p>Wir begrüßen das Kriterium einer interdisziplinär besetzten Sprechstunde bei einem komplexen Krankheitsbild wie ME/CFS, um den diagnostischen Aufwand für die Betroffenen so gering wie möglich zu halten und Synergien in der Erarbeitung eines multimodalen Behandlungskonzeptes zu nutzen.</p> <p>Die Verpflichtung zu Forschungstätigkeit auf dem Gebiet sehen wir als notwendig, um die bisher unzureichende Erforschung postinfektiöser Syndrome,</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>auch in Hinblick zukünftiger Pan- und Epidemien und deren Folgeerkrankungen, bei weiterhin zu erwartenden steigenden Fallzahlen zeitnah zu unterstützen. Sie bietet zusätzlich eine Qualitätssicherung der vorgehaltenen Versorgung dar, da sie einen Anreiz der fortwährenden Wissensaktualisierung auf dem Gebiet fordert. Zur Harmonisierung von Forschungsvorhaben sollte die Teilnahme an interdisziplinären Verbundprojekten oder nationalen Netzwerken (z. B. Nationale Klinische Studiengruppe NKSG) angestrebt werden. Die verpflichtende Information über Studien und Ergebnisse sehen wir von großer Bedeutung für die öffentliche Aufklärung und Qualitätssicherung der Forschungsvorhaben.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die Versorgung auf der Ebene spezialisierte ambulante Versorgung erfolgt durch Hochschulambulanzen im Sinne § 117 SGB V sowie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende [GKV-SV: Einrichtungen / KBV, GKV-SV: Leistungserbringer] gemäß § 7, die folgende Kriterien erfüllen:</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		1. das umfassende Angebot einer ambulanten, fachärztlichen Versorgung für das Krankheitsbild relevanter Fachgebiete (Innere Medizin, Pulmologie, Kardiologie, Neurologie, Infektiologie und Immunologie) 2. das Angebot einer psychotherapeutischen Versorgung und neuropsychologischen Diagnostik 3. die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für die relevanten Fachgebiete 4. das Angebot einer offenen, interdisziplinär besetzten Sprechstunde, 5. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten 6. Forschungstätigkeit zu Erkrankungen gemäß § 2 sowie Information über laufende Studien und Forschungsergebnisse.		
8.13		§ 3 Abs. 5 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der PatV an. Eine Qualitätssicherung bzgl. frühzeitiger klinischer Phänotypisierung, Diagnosestellung und demzufolge symptomorientierter, patientenzentrierter, schwere-	Kenntnisnahme.  [GKV-SV: Die Entwicklung und Verbreitung von Kenntnissen in den einschlägigen Bereichen ist sicherlich erstrebenswert. Eine ins Einzelne gehende Beschreibung von Fortbildungsangeboten, Austauschtreffen und	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>grad-adaptierter Versorgung nach aktuellem Kenntnisstand zum Krankheitsbild, kann unseres Erachtens nur durch Aufklärung und Fortbildung aller Versorgungsebenen, begleitet durch qualitätssichernde Maßnahmen, erreicht werden. Eine Versorgung, die dies nicht gewährleistet, wird den Versorgungsbedürfnissen der Betroffenen nicht gerecht.</p> <p>Wir können die Argumentation der PatV nur bekräftigen und sehen bei hoher Dynamik der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet bei gleichzeitiger defizitärer Wissenslage der Leistungserbringer und -erbringerinnen, die Notwendigkeit, weitere Anreize zur Fortbildung in Bezug auf postinfektiöse Syndrome und Erkrankungen gemäß § 2 zu setzen.</p> <p>Informationsaustauschtreffen können hier sowohl im fachlichen Austausch bzgl. Therapie (Fallbesprechungen), als auch in der allgemeinen Wissensverbreitung beitragen und ggf. die Etablierung von Versorgungsnetzwerken unterstützen.</p> <p>Sollte eine breite Aufklärung bereits bei Etablierung einer Versorgungsstruktur postinfektiöser Syndrome versäumt werden, wird sich keine leitlinienkonforme,</p>	<p>Netzwerkbildungen erscheint in der Richtlinie nicht angemessen, da hier wesentlich andere Akteure angesprochen sind, insbesondere in der ärztlichen Fortbildung.]</p> <p>[KBV: Fortbildungen und Austausch sind immer wichtig, um Patienten gut zu Versorgung. Mit Blick auf die schnelle Verbreitung des Versorgungsangebots und die noch nicht umfangreich gesicherten Erkenntnisse zur Behandlung dieser Patienten, sollten Fortbildungspflichten keine Beschränkung für die Umsetzung dieses Versorgungsangebotes darstellen. Sie sind zudem nicht von der Regelungskompetenz des UA erfasst.]</p> <p>[PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>„state of the art“ Versorgung nach aktuellem wissenschaftlichem Erkenntnisstand etablieren.</p> <p>Die Erkenntnis, dass Wissen zu postinfektiösen Syndromen und ME/CFS bereits präpandemisch vorhanden war, jedoch aufgrund fehlender Bekanntheit in den versorgenden Strukturen nicht bereits zu Beginn der COVID-Pandemie im Bereich der Long-/Post-COVID-Behandlung breite Anwendung fand, sollte Argument genug sein, jetzt den Grundstein einer qualitativ hochwertigen Versorgungsstruktur zu setzen. Auch in Hinblick auf zukünftige Epi- und Pandemiegeschehen.</p>		
8.14		<p>§ 4 Abs. 1</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Wir schließen uns der Position der PatV an. Wie bei anderen schweren und nicht breit bekannten Erkrankungen, die spezialisierte Kenntnisse erfordern, sind ME/CFS-Erkrankte oftmals fachlich zum Krankheitsbild informiert. Sie sind zusätzlich Experten ihrer persönlichen Beeinträchtigungen und Symptomatik, nur sie allein können ihre persönlichen Belastungsgrenzen erfüllen. Zeitgleich sind sie das Zentrum aller</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>[GKV-SV: Die freie Arztwahl ist hier nicht einschränkt. Eine ergänzende, veränderte Formulierung an dieser Stelle macht klar, dass Patientinnen/Patienten die koordinierende Ärztin/den koordinierenden Arzt frei unter den grundsätzlich geeigneten Ärztinnen/Ärzten wählen können. Insofern findet auch keine "Benennung" durch Dritte</p>	<p><b>[DKG, PatV: Der Patient verständigt sich mit dem behandelnden Arzt auf dessen koordinierende Funktion.]</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Maßnahmen. Die Koordination der Maßnahmen sowie die Benennung der*des koordinierenden Ärzt*in muss daher mit Patient*innen abgestimmt werden. Bei falschen Therapien kann es bei ME/CFS-Erkrankten zu Gesundheitsschäden kommen.</p> <p>Das IQWiG verweist im aktuellen Bericht zu ME/CFS auf die Gefahren, wenn Ärzt*innen nicht ausreichend über das Krankheitsbild aufgeklärt sind: „Eine derartige Unkenntnis geht gemäß den Ausführungen des NICE einher mit Verzögerungen bei der Diagnose und möglichen Fehlbehandlungen der Patientinnen und Patienten.“ [8, S. 30] Unter diesen besonderen Umständen sehen wir die Abstimmung mit dem Patienten bzgl. Benennung des/der koordinierenden Arztes/Ärztin sowie der Maßnahmen, als unabdingbar an, um den Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung zu fördern, Compliance zu erwirken, die stabile therapeutische Anbindung und letztendlich den Therapieerfolg nicht zu gefährden.</p> <p>Die Partizipation der Betroffenen sollte gefördert werden, um Autonomie und Würde der Patienten zu respektieren.</p>	<p>statt.]</p> <p>[KBV: Ist nicht regelungsbedürftig, da dies bereits der Rechtslage entspricht.]</p> <p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird im Sinne der Förderung von Partizipation mit einer angepassten Formulierung gefolgt, welche]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die Benennung der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes sowie der Maßnahmen sind in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten durchzuführen.</p>		
8.15		<p>§ 4 Abs. 2 S. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Auch wenn es keine kausale Therapie für ME/CFS gibt, ist eine symptomorientierte Therapie schon heute möglich. [16, S. 62] Ein Behandlungsplan sollte daher auf jeden Fall erstellt werden und nicht nur bei Bedarf. <b>Änderungsvorschlag:</b> 3. die Erstellung eines Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 5 Nummer 1 und weiterer Diagnostik mit Behandlungszielen, Angaben zu den nächsten Behandlungsschritten und den geplanten weiteren Maßnahmen, wenn gemäß § 2 Absatz 2 eine Diagnose hinreichend wahrscheinlich ist,</p>	[GKV-SV, DKG, PatV: Kenntnissnahme. Zustimmung.]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
8.16		<p>§ 4 Abs. 2 S.4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir bekräftigen den Punkt 4 und schließen uns der KBV, DKG und PatV in Hinblick auf die „die Vorabklärung und Planung erforderlicher diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen“ in somatischer Hinsicht an.</p> <p>Da im Vergleich zu anderen Erkrankungen bei ME/CFS aufgrund der postexertionellen Malaise auch kognitive Tätigkeiten und emotionale Belastung (Eustress sowie Distress) zu einer Verschlechterung der Gesundheit führen kann [8, S. 6; 17], wie etwa eine psychische Behandlung, ist an dieser Stelle der explizite Wunsch nach einer psychischen Maßnahme der*des Patient*in wichtig.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> 4. die Vorabklärung und Planung erforderlicher diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowohl in somatischer als auch, auf ausdrücklichen Wunsch der Patient*innen, in psychischer Hinsicht,</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. In der Ziffer sind lediglich selbstverständliche ärztliche Tätigkeiten abstrakt beschrieben oder redundant zur an anderer Stelle genannter Erstellung eines Behandlungsplanes. Die Benennung ist daher nicht erforderlich]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
8.17		<p>§ 4 Abs. 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Wir folgen dem Vorschlag der GKV-SV/DKG/PatV. Behandlungsplan und -ziele sind mit dem*der Patient*in abzustimmen und in Textform zugänglich zu machen. Für ME/CFS-Erkrankte ist die Abstimmung über den Behandlungsplan als Kontrolle wichtig, da das Wissen zur Erkrankung bei Angehörigen von Gesundheitsberufen nicht weit verbreitet ist und es daher ggf. zu Fehlbehandlungen kommen kann.</p> <p>Das IQWiG schreibt im Bericht „Aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisstand zu Myalgischer Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS)“ dazu: „Im deutschsprachigen Raum existiert jedoch keine eigene medizinische Leitlinie zur Erkrankung; sie wird aktuell in einem Kapitel der S3-Leitlinie „Müdigkeit“ behandelt [68]. Zudem ist ME/CFS bislang nicht expliziter Gegenstand des ärztlichen Lernzielkatalogs (weder in Deutschland noch in weiteren europäischen Ländern wie dem Vereinigten Königreich), lediglich Müdigkeit ist als Konsultationsanlass im Lernzielkata-</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Zustimmung.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>log enthalten. Auch ist die Erkrankung, ihre Symptome und Diagnostik Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Gesundheitsberufen häufig unbekannt oder nicht hinreichend trennscharf bekannt. (...) Eine derartige Unkenntnis geht gemäß den Ausführungen des NICE einher mit Verzögerungen bei der Diagnose und möglichen Fehlbehandlungen der Patientinnen und Patienten.“ [8, S. 28f.]</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                  Der Behandlungsplan nach Absatz 1 Nummer 3 muss mindestens Angaben zu erwogenen oder bestätigten Diagnosen, den Ergebnissen der Befunderhebung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 und therapierelevanten Ergebnissen durchgeführter diagnostischer Untersuchungen sowie zu auf der Grundlage dieser Ergebnisse geplanten Diagnostik- und Therapiemaßnahmen enthalten, sowie Angaben dazu, durch wen und in welchen Zeiträumen diese Maßnahmen durchgeführt werden sollen und Angaben zur Verlaufskontrolle. Der Behandlungsplan sowie die Behandlungsziele sind mit der Patientin und dem Patienten abzustimmen und ihnen in Textform zugänglich zu machen.</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
8.18		<p>§ 5 Abs. 1 Punkt 1 d)</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Es ist von entscheidender Bedeutung, nicht nur Symptome zu behandeln, sondern darüber hinaus die zugrunde liegende Krankheit zu ermitteln. Dies stellt eine gezielte und effektive Versorgung sicher. Daher ist es bei der der Abklärung des Verdachts auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 essenziell, validierte und reliable Fragebögen zu verwenden, die Rückschlüsse auf die zugrunde liegende Krankheit ermöglichen.</p> <p>Bei Erkrankungen mit komplexer Symptomatik können einzelne Symptome patientenindividuell variieren. Einzeln betrachtet können diese Symptome auch bei anderen Erkrankungen auftreten. Die Erfassung charakteristischer Beschwerden postinfektiöser Syndrome mittels Fragebögen (z. B. Screening-Fragebogen zur Erfassung einer post-exertionellen Malaise (PEM)), strukturierte Erfassung einer orthostatischen Intoleranz (OI) oder eines posturalen Tachykardiesyn-</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. Auf eine Nennung spezifischer Testverfahren wird an dieser Stelle mit Blick auf mögliche Weiterentwicklungen verzichtet. Es erfolgt jedoch eine Erwähnung in den Tragenden Gründen.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>droms (POTS) und die strukturierte Erfassung des individuell bestehenden Symptomkomplexes können als Screeningmethode erste Hinweise auf das Vorliegen eines postinfektiösen Syndroms oder ME/CFS liefern. Die zusätzliche Anwendung validierter Diagnosekriterien zu ME/CFS, wie die Kanadischen Konsenskriterien [18] bzw. deren Operationalisierung, dem DePaul-Symptom-Questionnaire (DSQ) [19], sollte hierbei erfolgen, da sie den Symptomkomplex von ME/CFS umfassend abbilden, strukturiert erfassen und damit eine qualitätsgesicherte Diagnose stützen. Es ist zwingend erforderlich bei Vorliegen einer PEM, das Vorliegen von ME/CFS diagnostisch abzuklären. Nur so kann zügig, bereits auf hausärztlicher Versorgungsebene, ein weiteres Vorgehen eingeleitet werden, das den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen entspricht.</p> <p>Hier gilt es zwingend eine iatrogene Schädigung (Zustandsverschlechterung oder auch Fehldiagnosen mit gravierenden Folgen) durch die Nicht-Beachtung der vorliegenden Krankheitsentität zu vermeiden.</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der KBV/DKG/PatV in</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Unterpunkt d) mit der folgenden Ergänzung.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      strukturierter Ersterfassung der Kanadischen Konsensus Kriterien (CCC) zur Diagnose von ME/CFS als postinfektiöse Krankheit, welches die Ermittlung einer orthostatischen Intoleranz (OI) und/oder einer postexertionellen Malaise (PEM) und/oder eines posturalen orthostatischen Tachykardiesyndroms (POTS) bei hinweisender Symptomatik abdeckt</p>		
8.19		<p>§ 5 Abs. 1                      Punkt 11  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Wir unterstützen die Position der KBV/DKG/PatV. Die Teilnahme von niedergelassenen Ärzt*innen an Konsilen und Fallbesprechungen fördert den Austausch und eine koordinierte, qualitativ hochwertige Versorgung.                      Fallbesprechungen und Konsile ermöglichen den Ärzt*innen den Patienten aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und die bestmögliche Behandlungsstrategie zu entwickeln. Darüber hinaus fördert</p>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>sie die Koordination und Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen, um redundante Diagnostik oder Inkonsistenzen in der Behandlung zu vermeiden. Schließlich bieten sie die Möglichkeit, schwierige Fälle gemeinsam zu besprechen und diagnostische Herausforderungen zu überwinden. Durch das Teilen von Erfahrungen und verschiedenen Ansätzen können Ärzt*innen dazu beitragen, genauere Diagnosen zu stellen und bessere Behandlungsoptionen zu entwickeln. Insbesondere bei postinfektiösen Erkrankungen, bei denen das Wissen in der Ärzteschaft begrenzt ist und es keine kurativen Therapien gibt, ist ein Austausch erforderlich, um die Qualität in der Versorgung zu verbessern.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> 11. bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen,</p>		
8.20		<p>§ 5 Abs. 1 Punkt 12</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir unterstützen die Position der DKG/PatV.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Eine gesonderte Benennung ist nicht erforderlich. Die Prüfung der Eignung</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Hochschulambulanzen sind häufig mit einer Vielzahl von Fachärzt*innen und Spezialisten besetzt, welche eine umfassende und fundierte Betreuung von Patient*innen ermöglicht, die an postinfektiösen Krankheiten leiden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> 12 die Prüfung der Erforderlichkeit, Eignung und Möglichkeiten einer Behandlung der Patientin oder des Patienten in der spezialisierten ambulanten Versorgung nach § 7</p>	<p>kann auf Grundlage der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden.]</p>	
8.21		<p>§ 5 Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir unterstützen die Position der DKG/PatV. Die Überweisung muss sowohl an einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 oder 4 erfolgen können. Der Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 hat die Kompetenz für weitere Leistungen in die fachärztliche Ebene zu überweisen. Darüber hinaus muss jedoch auch eine Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 möglich sein, da Hochschulambulanzen die</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Überweisung an eine spezialisierte ambulante Einrichtung gemäß § 3 Absatz 4 unmittelbar aus der hausärztlichen Versorgung ist in vielen Fällen nicht möglich und nur in bestimmten Fällen sinnvoll. Unter Beachtung der Kriterien, die spezialisierte ambulante Einrichtungen für die bei diesen jeweils behandelbaren Patienten gemäß § 7 Nummer 8 veröffentlichen, können die Patientinnen und</p>	<p><b>[KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags in der Richtlinie mit der einschränken- den Ergänzung „sofern kein fachärztlicher Überweisungsvorbehalt besteht“.]</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachrichtungen fördern. Dies ermöglicht eine umfassende Untersuchung und Behandlung, bei der verschiedene Ärzt*innen und Gesundheitsfachkräfte zusammenarbeiten, um die beste Lösung für den Patienten zu finden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 oder 4</p>	<p>Patienten ggf. auch ohne eine Überweisung dort behandelt werden, insofern dies aufgrund anderer Regelungen möglich ist. Es bleibt immer die Möglichkeit einer Überweisung an spezialisierte ambulante Einrichtungen aus der fachärztlichen Versorgung.]</p> <p>[KBV: Übernahme mit Einschränkung - Hinweis: § 117 Abs. 1 S.2 SGB V sieht für eine Überweisung an die HSA ausdrücklich einen Facharztvorbehalt vor, der durch eine Richtlinienregelung nicht ausgehebelt werden kann. Hinweis auch auf die dreiseitige Vereinbarung anderer Normgeber (Beinhaltet Regularien zum Zugang zu HSA).]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnissnahme und Dank.]</p>	
8.22		<p>§ 5 Abs. 4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p>	<p>[GKV-SV: Kenntnissnahme. Die Überweisung soll immer dann als Auftragsleistung- oder</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Wir unterstützen die Position der PatV.                      Eine Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung in die fachärztliche Versorgung nach § 3 Absatz 3 ist bei neu auftretenden Symptomen oder bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands von Bedeutung. Hierbei ist es erforderlich, dass die Behandlung einer Erkrankung gemäß § 2 im Kernbereich des Fachärztin oder eines Facharztes liegt. Dies ist von entscheidender Bedeutung, um eine präzise Diagnose zu erhalten, eine wirksame Behandlung sicherzustellen und potenzielle Komplikationen zu vermeiden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      (4) Eine Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung in die fachärztliche Versorgung nach § 3 Absatz 3 ist insbesondere erforderlich, wenn bei einer Patientin oder einem Patienten nach § 2 Absatz 1 Symptome neu auftreten, unter Behandlung fortbestehen oder sich verschlechtern oder Warnhinweise auftreten. Als Warnhinweise sind u. a. ein schlechter Allgemeinzustand, eine signifikante Gewichts- bzw. -ab-</p>	<p>Konsiliaruntersuchung gemäß § 5 Absatz 3 erfolgen, wenn aus der hausärztlichen Ebene heraus spezifische, diagnostische Fragestellungen beantwortet werden sollen, die Hausärztin oder Hausarzt nicht selbst klären können, sondern bei denen sie, punktuell, fachärztliche Expertise benötigen. Die Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung gemäß § 5 Absatz 4 stellt demgegenüber eine umfassendere Einbeziehung von Fachärztinnen und Fachärzten in den Versorgungsprozess dar. Die Unterscheidung ist auch im Bundesmantelvertrag Ärzte begründet.]</p> <p>[KBV: Hinweis: Das ist ein Folgedissens aus § 5 Abs. 3 und § 6 Abs. 1 Nr. 2. Eine Einschränkung der bestehenden Überweisungsregelungen nach § 24 BMV-Ä kann durch den GBA nicht geregelt werden. Nach § 24 BMV-Ä kann der Hausarzt den Facharzt für die Diagnostik sowohl konsiliarisch</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>nahme, unerklärliche oder neu aufgetretene neurologische Auffälligkeiten (z. B. Sensibilität, Motorik, Schlucken, Sprache und Kognition), neue Schmerzsymptomatik, schlechte oder sich verschlechternde somatische oder psychische Befunde sowie unerklärliche Auffälligkeiten in der Basisdiagnostik zu verstehen. Diese sollten Anlass zu einer vertiefenden ggf. fachspezifischen Diagnostik oder einer Überweisung geben. Weiterhin ist zu überweisen, wenn die Symptomatik, die zu dem Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 geführt hat, darauf hinweist, dass eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebiets einer Fachärztin oder eines Facharztes erforderlich ist.</p>	<p>hinzuziehen, als auch eine Weiterbehandlung veranlassen (§ 5 Abs. 3). Es ist nicht nur möglich den FA für die Diagnostik ausschließlich konsiliarisch hinzuzuziehen. Bei einer Überweisung zur Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit dem weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen. Ein FA muss nach Ansicht der KBV sowohl diagnostische als auch therapeutische Maßnahmen durchführen können (vgl. § 6 Abs. 1 Nr. 2). Eine Differenzierung der in § 24 BMV-Ä durch die BMV-Partner geregelten Überweisungsarten macht daher u.E. auch in § 5 Abs. 4 keinen Sinn.]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	
8.23		<p>§ 6 Abs. 1 Nr. 2  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                  Wir schließen uns der Position von KBV/DKG/PatV an.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Das Basisassessment ist, in § 5 Absatz 1 Nummer 1 im Sinne einer gestuften</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Fachärztinnen und Fachärzte sollen auch in der Diagnostik unterstützen dürfen. Typische Komorbiditäten, die für den Krankheitsverlauf bedeutsam sind, wie zum Beispiel das Posturale Tachykardiesyndrom (POTS) oder small-fiber-Neuropathie sind nicht in jedem Fall einer Diagnostik in der hausärztlichen Versorgung zugänglich.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die Durchführung fachärztlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen</p>	<p>Versorgung so konzipiert, dass es alleine in der hausärztlichen Versorgungsebene durchgeführt werden kann. Für weitere Diagnostik ist eine fachärztliche Unterstützung möglich, insbesondere wenn es sich um bestimmte diagnostische Leistungen handelt, die Hausärztinnen und Hausärzte generell oder im jeweiligen Fall nicht selbst durchführen können (s. § 5 Absatz 3). Die fachärztliche Unterstützung in diesem Zusammenhang ist in Nummer 1 geregelt.]</p>	
8.24		<p>§ 6 Abs. 1 Nr. 6</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position von KBV/DKG/PatV an, da im Bedarfsfall eine Zusammenarbeit der Versorgungsebenen möglich sein soll.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> bei Bedarf die Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen auch unter Nutzung bestehender telemedizinischer Möglichkeiten</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
8.25		<p>§ 6 Abs. 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position von DKG/PatV an, dass die Patientin oder der Patient bereits vor einer Verdachtsdiagnose in regelmäßiger Fachärztlicher Behandlung war und die Symptomatik im Kernbereich der Fachärztin des Facharztes liegen muss. Allein die Tatsache, dass die Behandlung auch im Fachgebiet eines Fachärztin oder des Facharztes liegt, ist keine ausreichende Garantie dafür, dass diese Leistungserbringerin oder dieser Leistungserbringer ausreichend Erfahrung in der Behandlung postinfektiöser Krankheitsbilder haben, um Koordinationsaufgaben wahrnehmen zu können.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> An der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer können Koordinationsaufgaben nach § 4 wahrnehmen, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:</p> <p>1. die Patientin oder der Patient ist bereits vor der</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisaufnahme. Zur Verwirklichung der gestuften Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und zur Orientierung der Patientinnen und Patienten ist zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier ist insbesondere auch von der besten Erreichbarkeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auszugehen. Die einzige zweckmäßige Ausnahmeregelung in Absatz 2 bezieht sich auf Situationen in denen Patientinnen und Patienten bereits in regelmäßiger Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt sind, die oder der aufgrund ihres oder seines Fachgebietes in der Lage ist die Koordinierungs- und hausärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und 5 ebenfalls in dem jeweils erforderlichen Umfang zu erbringen. In solchen Situationen, insbesondere wenn die Patientinnen oder der Patient keine Hausärztin oder keinen Hausarzt hat, wäre die Suche nach</p>	<p>[KBV: Übernahme mit Anpassungen: Die Formulierungen der Voraussetzungen für die Übernahme der Koordination durch die fachärztliche Ebene orientieren sich am Änderungsvorschlag.]</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Verdachtsdiagnose einer Erkrankung nach § 2 aufgrund einer vorbestehenden Erkrankung in regelmäßiger Behandlung bei der fachärztlichen Leistungserbringerin oder dem fachärztlichen Leistungserbringer oder eine kontinuierliche fachärztliche Behandlung ist nach Neudiagnose erforderlich und</p> <p>2. Die Symptomatik, die zu dem Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 geführt hat, weist darauf hin, dass eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebiets der Fachärztin oder des Facharztes erforderlich sein wird oder es besteht eine die Behandlung der Erkrankung nach § 2 erheblich überwiegende Behandlungsbedürftigkeit einer dem Kernbereich des Fachgebietes zuzuordnenden anderen Erkrankung oder</p> <p>3. die Abklärung des Verdachtes auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 unter Durchführung eines Basis-Assessments gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 1 ist durch eine fachärztliche Leistungserbringerin oder einen fachärztlichen Leistungserbringer erfolgt.</p>	<p>einer oder einem solchen eine unnötige Erschwernis, die dem Ziel der niederschweligen Erreichbarkeit der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie entgegensteht. Daher wird die Ausnahmeregelung in Absatz 2 getroffen.]</p> <p>[KBV: Übernahme mit Anpassungen in den Formulierungen]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
8.26		<p>§ 6 Abs. 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der PatV an, damit ein umfassender Informationsaustausch sichergestellt ist.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Sofern erforderlich, veranlasst die Fachärztin oder der Facharzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut die Beteiligung weiterer Fachgebiete im Austausch oder bei zeitnaher Information im Nachgang.</p> <p>Dieses Vorgehen beinhaltet eine umfassende Erhebung der bisherigen Diagnostik und des Therapieverlaufs und die Abstimmung des weiteren Vorgehens mit der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt bei Bedarf in einer gemeinsamen Fallbesprechung. Die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt ist mindestens über das Ergebnis der Fallbesprechung zu informieren.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Ein Austausch vor Überweisung an eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt ist notwendig, damit die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt seine Funktion angemessen erfüllen kann. Erfolgt die Behandlung durch weitere Fachärztinnen und Fachärzte ohne Wissen der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist die Koordination offenkundig nicht mehr gewährleistet. Eine Erlaubnis bzw. Zustimmung der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist jedoch nicht erforderlich. Allerdings sollte im Regelfall ein Austausch vor Überweisung stattfinden. Ist dies aufgrund von Eilbedürftigkeit nicht möglich, ist mindestens eine Information im Nachgang notwendig. Weitere umfassende Erhebungen und Fallbesprechungen sind hier nicht regelungsbedürftig.]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
8.27		<p>§ 6 Abs. 4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der PatV an. Die Überweisung an eine spezialisierte Hochschulambulanz sollte nicht von der Zahl der einzubeziehenden Fachdisziplinen abhängen, sondern von der Schwere und Komplexität der Erkrankung. Solange spezialisierte Kenntnisse und Erfahrung zu postinfektiösen Syndromen noch nicht breit etabliert sind, sollte der Zugang zur spezialisierten ambulanten Versorgung hürdenarm gestaltet werden, um die entsprechende Expertise in der Versorgung überhaupt zu gewährleisten. Wir verweisen hierzu auf unsere Begründung unter § 7 Abs. 1 Punkt 4.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die Überweisung an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Abs. 4 sollte erfolgen, wenn die Patientin oder der Patient wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer spezialisierten ambulanten Versorgung oder der besonderen ärztlichen Expertise eines Fachgebiets bedarf. Die diagnostische und therapeutische Versorgung für</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Der nicht durch Empfehlungen gesteuerte Zugang zu der begrenzt verfügbaren Zahl der besonders spezialisierten Einrichtungen ist nicht sachgerecht und die Verbesserung der Nutzung dieser besonderen Expertise wird von einer Vorgehensweise in Übereinstimmung mit der vorliegenden Richtlinie erhofft. Daher erfolgt eine sachgerechte Regelung zur Operationalisierung in Bezug auf Schwere der Erkrankung und insbesondere hinsichtlich der Komplexität, die sich als Bedarf an einer interdisziplinären Versorgung von mindestens zwei oder mehr Fachdisziplinen adäquat ausdrückt. Eine besondere Erkrankungsschwere, die sich als Versorgungsbedarfs eines Fachgebietes bereits geklärt hat, kann der (fachärztlichen) Regelversorgung zugeordnet werden, die ebenfalls die Behandlung in besonders spezialisierten ambulanten Einrichtungen (u. a. Hochschul-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung nach § 2 kann auch ohne Überweisung erfolgen. Eine Überweisung an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Abs. 4 ist spätestens zu erwägen, wenn eine mehrmonatige Arbeitsunfähigkeit, eine mehrwöchige Schulunfähigkeit oder eine ME/CFS-Erkrankung mit mindestens moderatem Schweregrad vorliegt.</p>	<p>ambulanzen) auch außerhalb der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie ggf. ermöglicht und auch wenn u. U. kein Koordinierungsbedarf i. S. von § 4 Absatz 4 (mehr) vorliegt.]</p> <p>[KBV: Kenntnisnahme und Dank. Hinweis bzgl. Vorschlag „kann auch ohne Überweisung erfolgen“ – Verweis auf Überweisungsvorbehalte nach § 117 Abs. 1 Nr. 2]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	
8.28		<p>§ 6 Abs. 5</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der KVB/DKG/PatV an. Die Vorabklärung stellt einen umfassenden Informationsaustausch sicher.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Vor einer weiterführenden Diagnostik und Behand-</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Eine gesonderte Bestimmung zur Vorabklärung ist nicht erforderlich. Die Prüfung der Eignung kann auf Grundlage der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>lung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Abs. 4 soll eine Vorabklärung zwischen dieser und der überweisenden Ärztin oder dem überweisenden Arzt erfolgen. Im Rahmen der Vorabklärung werden die für die weiterführende Diagnostik und ggf. Behandlung relevanten Informationen über die Patientin oder den Patienten erfasst und Behandlungsmöglichkeiten besprochen. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sind dabei auch weiterführende Informationen, beispielsweise zum Sozial- oder Schulleben zu berücksichtigen.</p>	<p>Nummer 8 ermittelt werden. Relevante Informationen, die im Rahmen der koordinierten Versorgung bereits vorliegen sollten (vgl. u. a. § 4 Absatz 2 Nummer 8) können dann ggf., unter Berücksichtigung des Informationsbedarfes der besonderen Einrichtungen, übermittelt werden. Es handelt sich um einen ansonsten in der Regelversorgung üblichen Vorgang der Übermittlung relevanter Informationen.]</p>	
8.29		<p>§ 7 Abs. 1 Punkt 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der GKV-SV/DKG/PatV an. Long-/Post-COVID-Erkrankungen und ME/CFS insbesondere, stellen im Kindesalter einen komplexen Behandlungsbedarf dar und fordern eine interdisziplinäre fachärztliche Diagnostik und Versorgung. Bereits</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme.  [KBV: Kenntnisnahme und Dank. Zu „Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung“ Wer an der (fachärztlichen) Versorgung teilnimmt richtet sich nach § 95 SGB V (u.a.) und liegt nicht in der Regelungskompetenz der G-BA. (vgl. Kommentar zu § 3 Tr Gr.) Außerdem werden in § 7 Abs.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>mögliche Differentialdiagnosen (bei nicht eindeutigen postviralem Onset der Symptomatik mit charakteristischem Symptomkomplex, der eine ME/CFS Erkrankung nahelegt) erstreckt sich praktisch in alle pädiatrischen Fachgebiete.</p> <p>Da der fachgebietsbezogene Differenzierungsgrad in der Kinder- und Jugendheilkunde geringer ausgeprägt ist und auch in der kinder- und jugendärztlichen ambulanten Versorgung von Kenntnisdefiziten zu postinfektiösen Syndromen der Leistungserbringer und -erbringerinnen auszugehen ist, sehen wir die spezialisierte ambulante Versorgung in diesem Bereich von herausragender Bedeutung in der fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.</p> <p>Eine im Rahmen pädiatrischer Spezialambulanzen interdisziplinäre fachärztliche (Differential-)Diagnostik und Versorgung, Koordination und Behandlungsplanung mit Therapieempfehlungen für die niedergelassenen Versorgungsträger sollte angestrebt werden, um eine Verkürzung der Zeit bis zur Diagnose und eine zügige, schweregrad-adaptierte, symptomorientierte Therapie mit entsprechender psychosozialer</p>	<p>1 Aufgaben der spezialisierten ambulanten Versorgung geregelt. Die Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung ist keine Aufgabe eines in dieser Versorgungsebene tätigen Leistungserbringers.]</p> <p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Unterstützung zu gewährleisten und die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen in ihrem Versorgungsauftrag zu unterstützen. Vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ist dies von großer Bedeutung, da hier die Prognose von ME/CFS, verglichen mit der von Erwachsenen, günstiger ist [20, S. 26-32], die psychosozialen Auswirkungen durch Verlust der Fähigkeit sozialer Interaktion mit Gleichaltrigen und Beschulung gravierend sind und somit eine rasche Aufklärung der Betroffenen, Angehörigen und betreuenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte (v. a. in Hinblick symptomorientierter Therapie mit Energiemanagement und Pacing) von großer Bedeutung für den Erkrankungsverlauf sein kann.</p>		
8.30		<p>§ 7 Abs. 1 Punkt 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wie schließen uns der Position der DKG/PatV an. Da sowohl Schweregrad der Erkrankung als auch Symptomatik im Verlauf der Erkrankung variieren</p>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>können, können sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Behandlungsbedarfe ergeben. Eine Wiedervorstellung zur bedarfsadaptierten therapeutischen Planung und Koordination in der spezialisierten Ambulanz sollte für eine qualitätsgesicherte Verlaufsbetreuung ermöglicht werden.</p>		
8.31		<p>§ 7 Abs. 1 Punkt 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wie schließen uns der Position der DKG/PatV an. Die Koordination der Behandlung von ME/CFS sollte durch die spezialisierte ambulante Versorgung übernommen werden können und forciert angestrebt werden. Gründe hierfür sind unseres Ermessens: 1) Die bereits unter § 3 Abs. 4 aufgeführten Argumente, vor allem der herausragenden Bedeutung spezialisierter Ambulanzen in der Versorgung von Betroffenen, solange sich keine entsprechende spezialisierte Expertise in der haus- und fachärztlichen Versorgung zu Diagnostik, Therapie und Versorgungsbedarf bei ME/CFS und postinfektiösen Syndromen</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die durch vorliegende Richtlinie bestimmte bzw. beschriebene, gestufte Versorgung wird, aufgrund sowohl der Breite als auch Heterogenität der Gruppen von Patientinnen und Patienten und sehr unterschiedlicher Versorgungsbedarfe und insbesondere auch aufgrund der Zielsetzung der niederschweligen Erreichbarkeit grundsätzlich auf der hausärztlichen Ebene angesiedelt (eine Ausnahme hiervon bilden Situationen, in denen bereits ein Beziehung zu einer Fachärztin/einem Facharzt besteht, s. § 6 Absatz 2). Eine Koordinierung</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>etabliert hat.</p> <p>2) der zeitgleich hohen Komplexität der Erkrankung mit unterschiedlicher individueller Krankheitsausprägung und Symptomatik, oftmals hohem benötigten interdisziplinären (differential-)diagnostischen Aufwands zur symptomatischen Therapieplanung sowie zur Erfassung von Komorbiditäten und deren Therapie,</p> <p>3) in Kombination mit den ME/CFS-charakteristischen krankheitsbedingten Einschränkungen der Betroffenen (Belastungsintoleranz und (ggf. permanente) Zustandsverschlechterung nach körperlicher, kognitiver, emotionaler und sensorischer Belastung oberhalb der individuellen Belastungsgrenze) sowie teilweise schweren körperlichen und kognitiven Einschränkungen, die einen Zugang zur Versorgung entlang der üblichen Versorgungspfade (hausärztlich -&gt; fachärztlich -&gt; spezialisierte ambulante Versorgung) erschweren bis gänzlich behindern können.</p> <p>Die spezialisierte ambulante Versorgung sollte hierbei neben Koordination und Erstellung eines Behandlungsplans auch die Befugnis zur Ausstellung von</p>	<p>durch besonders spezialisierte ambulante Einrichtungen ist damit nicht vereinbar. Erfolgt die Versorgung umfassend und, sofern absehbar, dauerhaft wesentlich durch eine spezialisierte Einrichtung gemäß § 3 Absatz 4 bzw. gemäß § 7, so ist ein, diese Einrichtung und ihre ggf. vorhandene und interdisziplinäre Binnenorganisation dann ggf. maßgeblich. U. U. handelt es sich dann in der Folge auch nicht mehr um eine Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie, deren wesentliche Aufgabe hier zunächst eine breite Zugänglichkeit und ggf. Steuerung in die richtige Versorgungsebene ist. Eine Versorgung von Kindern und Jugendlichen in spezialisierten ambulanten Einrichtungen kann notwendig sein, wenn, hier auch im Unterschied zur Versorgung erwachsener Patientinnen und Patienten, hinreichend spezialisierte Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte nicht im erforderlichen Maße zur</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		Überweisungen zur Diagnostik und Ausstellung therapeutischer Verordnungen erhalten.	Verfügung stehen oder auch die Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie bei auch anderen Erkrankungen bereits nicht selten in spezialisierten Einrichtungen stattfindet.]	
8.32		<p>§ 7 Abs. 1 Punkt 7</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schließen uns der Position der KBV/PatV an. Die Notwendigkeit der bedarfsabhängigen Durchführung telemedizinischer Leistungen (inklusive der Möglichkeit der Verordnung von Leistungen nach § 8 per Videosprechstunde gemäß § 7 Abs. 1 Punkt 6) sehen wir als unabdingbar an, um eine Anbindung und Versorgung Schwer- und Schwerstbetroffener (oder deren Angehöriger bei erheblichen Funktionseinschränkungen) zu gewährleisten (siehe hierzu auch Stellungnahme zu § 3 Abs. 4) [15]. Der Zugang sollte, wie von der DKG begründet, möglichst niederschwellig ausgestaltet werden in Hinblick der teilweise regional unterschiedlichen Angebote dieser Versorgungsebene.</p>	Kenntnisnahme und Dank.	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Eine telemedizinische Teilnahme der spezialisierten ambulanten Versorgung an Konsilen und Fallbesprechungen sollte ermöglicht werden, um den interdisziplinären Informationsaustausch zu fördern und den zu erwartenden Beratungsbedarf der niedergelassenen Leistungserbringerinnen und -erbringer abzudecken. Wir sehen hier die Möglichkeit eines qualitätssichernden Beitrags in der Versorgung, die zusätzlich langfristig zu einer Entlastung der spezialisierten ambulanten Versorgungsebene führen kann.</p>		
8.33		<p>§ 7 Abs. 1 Punkt 8 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wie schließen uns der Position der GKV-SV/PatV/KBV mit Ergänzung an. Die Veröffentlichung von Informationen zur Auswahl geeigneter Patientinnen und Patienten für die Behandlung und ggf. Forschung in der jeweiligen Einrichtung erzeugt Transparenz bzgl. dem geleisteten Versorgungsangebots und leistet einen Beitrag zur Qualitätssicherung der Versorgung. Sie vereinfacht</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Dass Einrichtungen gemäß § 7 Informationen zur Auswahl geeigneter Patientinnen und Patienten für die Behandlung und ggf. Forschung in der jeweiligen Einrichtung veröffentlichen ist sinnvoll, damit ggf. zielgerichtete Hinweise und Überweisungen gegeben werden können und keine zusätzlicher Koordinierungsaufwand entsteht. Bestimmungen zu einzelnen vorausgesetzten diagnostischen Un-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>die Zuweisung geeigneter Patientinnen und Patienten, harmonisiert den Informationsfluss zwischen Zuweiser und Ambulanz. Durch passende Vordiagnostik und Befundübermittlung kann eine Ersteinschätzung der Bedürfnisse und Versorgungsmöglichkeit der Betroffenen bereits vor Erstkontakt mit der spezialisierten ambulanten Versorgung erreicht werden. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass das Ausmaß einer ambulanten Vordiagnostik bei Vorliegen einer Belastungsintoleranz mit PEM oder ME/CFS-Diagnose hinsichtlich der möglichst niedrigsten Belastung der Betroffenen evaluiert werden sollte, um das Risiko einer Zustandsverschlechterung z. B. durch multiple ambulante fachärztliche Konsultationen zu reduzieren. Bei fehlender Expertise und Erfahrung in der Behandlung Betroffener, sollte eine Ersteinschätzung und Koordination der benötigten Diagnostik durch die mit dem Krankheitsbild erfahrenere Instanz erfolgen, um eine belastungsadaptierte Diagnostik zu ermöglichen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag (Ergänzung):</b></p>	<p>tersuchungen oder Ergebnissen solcher Untersuchungen sind in der Richtlinie nicht sachgerecht im Einzelnen zu formulieren.]</p> <p>[DKG: Der Positionierung wird gefolgt.]</p> <p>[PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>spezialisierte ambulante Einrichtungen veröffentlichten [...] Ergebnisse übermittelt werden sollten. Bei Vorliegen des Verdachts einer Belastungsintoleranz mit postexertioneller Malaise (PEM) oder einer Symptomkonstellation, die eine ME/CFS vermuten lässt, sowie gesicherter ME/CFS-Diagnose, sollte der Umfang der notwendigen ambulant zu erbringenden Eingangsdagnostik in Rücksprache mit der spezialisierten ambulanten Versorgungseinrichtung erfolgen, um eine belastungsadaptierte Versorgung zu gewährleisten.</p>		
8.34		<p>§ 8 Abs. 1  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Wir schließen uns der Position der DKG/PatV an. Die Versorgung dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5–9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind.                      Betonen möchten wir die Dringlichkeit, Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 14 SGB V (Verordnung</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung) in die Richtlinie aufzunehmen.                      ME/CFS kann in unterschiedlichen Schweregraden auftreten und im Verlauf der Erkrankung durch Zustandsverschlechterung passager oder dauerhaft im schwersten Schweregrad münden, ohne jegliche kausale Therapieoption. Schwerstbetroffene (Bell-Score 0) leiden an einer massiven Belastungsintoleranz, die bereits selbstständige Bewegung im Bett oder das Kauen und Schlucken von Speisen oft unmöglich macht. Eine 24/7-Pflege ist erforderlich. Die starke Reizsensitivität fordert maximale Licht- und Geräuschabschirmung sowie minimale taktile und verbale Stimulation. Oftmals geht die Fähigkeit der Kommunikation verloren, jegliche kognitive Anstrengungen führt zur Symptomverschlechterung. Eine ausreichende Ernährungsbilanz und Hydratation kann ggf. nur durch parenterale Flüssigkeitszufuhr, Magensonde, bis hin zu parenteraler Ernährung gesichert werden.                      Die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten</p>	<p>durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung unterliegt den Vorgaben des §37b SGB V und der darauf basierende RL des G-BA und im Regelfall ist nicht zu erwarten, dass für Patientinnen oder Patienten gemäß § 2 diese Vorgaben erfüllt sind.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>stellt maximale Anforderungen. Die Pflege wird zu- meist durch pflegende Angehörige gestemmt. Wir se- hen hier sowohl Intensität als auch Komplexität der resultierenden Probleme gegeben, die den Einsatz ei- nes spezialisierten Palliativteams notwendig macht – vorübergehend oder dauerhaft.</p> <p>Zusätzlich sehen wir die Notwendigkeit einer explizi- ten Erfassung und Nennung wichtigster Erkrankungs- spezifischer Besonderheiten bei Verdacht oder Vorlie- gen von ME/CFS im Gesetzestext dieser Richtlinie, da Kenntnisse zur charakteristischen Symptomkonstella- tion (z. B. Leitsymptom PEM) und erkrankungsspezifi- schen Besonderheiten in der Breite der Versorgung noch nicht ausreichend bekannt sind. [8] Die exemp- larische Erwähnung von PEM garantiert unserer An- sicht nach keine ausreichende Berücksichtigung er- krankungsspezifischer Besonderheiten bei ME/CFS. Dies sollte jedoch zur Qualitätssicherung der Versor- gung erfolgen.</p> <p>Charakteristische erkrankungsspezifische Besonder- heiten, die es in der Behandlung und Betreuung von ME/CFS-Betroffenen zu beachten gilt, sind z. B. eine</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>oftmals erhöhte sensorische Reizempfindlichkeit (vor allem Licht und Geräusche), die nicht beachtet zu PEM führen kann, oftmals vorliegende Fluktuation der Beschwerdeintensität zwischen Tagen mit und ohne PEM, Hilfsmittelbedarf zur Entlastung und Vermeidung von PEM auch bei Vorliegen kurzfristig noch erhaltener Funktionalität, Notwendigkeit der Priorisierung von Maßnahmen zur Vermeidung von PEM, Notwendigkeit der Verordnung von Krankentransporten (auch liegend z. B. bei Vorliegen einer orthostatischen Intoleranz) zur Vermeidung von PEM und viele weitere.</p> <p>In der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung muss eine klare Nutzen-Risiko-Abwägung in Hinblick der bestehenden Belastungsintoleranz erfolgen und alle Möglichkeiten der nach Schweregrad erforderlichen Entlastung ausgelotet werden.</p> <p>Einen Hinweis auf diese Spezifika in den Verordnungen sehen wir im Rahmen der Qualitätssicherung der Behandlung als unabdingbar an, um eine Sensibilisierung auch anderer therapeutischer Fachrichtungen (z.</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>B. Physio- oder Psychotherapeuten und -therapeutinnen) zu gewährleisten und den therapeutischen Erfolg nicht zu gefährden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      [...] Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer postexertionellen Malaise (PEM), einer Symptomkonstellation, die eine ME/CFS vermuten lässt, sowie gesicherter ME/CFS-Diagnose, auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen und/oder eine bestehende sensorische Reizsensitivität zu achten. In den Verordnungen ist bei Vorliegen auf diese Spezifika hinzuweisen.</p>		
8.35		<p>§ 8 Abs. 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Wir schließen uns der Position der DKG/PatV mit Änderungsvorschlag an.                      Eine stationäre Einweisung kann im Rahmen der Abklärung komplexerer differentialdiagnostischer Fragestellung notwendig sein und bei Belastungsintoleranz</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>durch Bündelung diagnostischer Maßnahmen einen Beitrag zur belastungsadaptierten Diagnostik bieten. Sie kann auch im Rahmen von Therapie-zwecken der Grunderkrankung (z. B. Stabilisierung einer akuten schweren Zustandsverschlechterung, Notwendigkeit der Anlage einer Ernährungssonde bei Schwerstbetroffenen) [15] oder im Rahmen der Behandlung von Begleiterkrankungen erforderlich werden.</p> <p>Wie bereits unserer Begründung zu § 3 Abs. 4 zu entnehmen ist, sehen wir hierbei die Notwendigkeit, eine an die Bedürfnisse der Betroffenen adaptierte stationäre Versorgung zu etablieren. Unter den Gegebenheiten des üblichen stationären Settings kann Reizintensität, körperliche, kognitive, emotionale und sensorische Belastung selbst bei mildem/moderatem Schweregrad bereits deutlich oberhalb der individuellen Belastungsgrenze liegen und zu PEM und (permanenter) Zustandsverschlechterung führen. Anpassungen im Sinne der Reizreduktion (Gehörschutz, Zimmerverdunkelung, reduzierter Ansprache etc.) und Belastungsreduktion (z. B. Rollstuhl und Begleitung</p>	<p>Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Die Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlung werden durch die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall begründet.]</p> <p>[KBV: Einweisung ins KH ist natürlich möglich. Regelungsinhalt ist hier die vertragsärztliche Versorgung.]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>für Wege innerhalb des Krankenhauses) sowie Schulung und Sensibilisierung aller in der Betreuung der Patienten und Patientinnen involvierten Personen können zur Belastungsreduktion beitragen. Die Versorgung Schwer- und Schwerstbetroffener stellt zusätzliche Anforderungen an das stationäre Setting (siehe hierzu auch Stellungnahme § 8 Abs. 1). Wir betonen, dass das Vorliegen einer Belastungstoleranz mit PEM per se keine Indikation für eine Krankenhausbehandlung darstellt. Die Position der DKG/PatV ist hierzu missverständlich formuliert. Bei Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen und gleichzeitigem Vorliegen einer Belastungstoleranz mit PEM, Verdacht oder Vorliegen von ME/CFS, sollte eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung einer stationären Aufnahme zur diagnostischen Abklärung erfolgen. Auch hier sehen wir die Notwendigkeit einer expliziten Erwähnung von ME/CFS, um eine Berücksichtigung der erkrankungsspezifischen Bedürfnisse und somit Qualitätssicherung der Versorgung zu fördern.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Die Versorgung dieser Richtlinie umfasst die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung, wenn diese gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist. Bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen, insbesondere bei zeitgleichem Vorliegen einer Belastungsintoleranz mit PEM, des Verdachts oder des Vorliegens einer ME/CFS, ist eine stationäre Krankenhauseinweisung zu prüfen.</p>		
8.36		<p>§ 9  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Wir schließen uns der Position der PatV an. Obwohl ME/CFS bereits 1969 im internationalen Katalog der Krankheiten (ICD G93.3) der WHO aufgenommen wurde, findet, auch in Folge der durch SARS-COV-2 ausgelösten zunehmenden Fallzahlen, erstmalig eine breitere Sensibilisierung zu Versorgungsversäumnissen und unzureichender Beachtung des Krankheitsbildes im Versorgungssystem statt.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                       [GKV-SV: Gerade weil die Erkenntnislage sowohl zur Erkrankung als auch zur Versorgungssituation derzeit stark limitiert ist, sind Änderungen auch wahrscheinlich und es wird deshalb als verfrüht angesehen, im Beschluss über eine Evaluation zu entscheiden.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Die komplexe Differentialdiagnostik und die defizitären Kenntnisse der Leistungserbringer und -erbringerrinnen benötigen Fortbildung sowie die Vermittlung international etablierter Diagnosekriterien und Leitlinien auf allen Versorgungsebenen.</p> <p>Im Hinblick der Versorgung ME/CFS-Betroffener müssen geeignete Versorgungspfade und Versorgungsstrategien praktisch de novo aufgebaut und etabliert werden.</p> <p>Erschwert wird dies durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine hohe Dynamik der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Entwicklungen bzgl. postinfektiöser Syndrome und derer Therapie (z. B. der aktuell 23 weltweit laufenden pharmakologischen RCTs zu Post-COVID-Syndrom und ME/CFS) [13]</li> <li>- eine defizitäre (aktualisierte) Wissenslage der Leistungserbringer und Leistungserbringerrinnen aller Versorgungsebenen zu postinfektiösen Syndromen.</li> <li>- eine anhaltend zu erwartende steigende Fallzahl von postinfektiös auftretenden ME/CFS-Fällen aufgrund der SARS-COV-2-Situation und anderen endemischen viralen Auslösers (z. B. EBV, Influenza und weitere).</li> </ul>	<p>[DKG, PatV: siehe 4.10]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>- die Komplexität des Krankheitsbildes, dessen Diagnostik und Therapie, und den oft schweren krankheitsspezifischen Einschränkungen dieser Patientengruppe, die eine Versorgung auf üblichen Versorgungspfaden behindern.</p> <p>Aufgrund dieser hohen Anforderungen und mit der Erfahrung von anhaltenden Versäumnissen bzgl. Versorgungsqualität präpandemisch ME/CFS-Betroffener der letzten Jahrzehnte, sehen wir eine Evaluation dieser Richtlinie 5 Jahre nach Inkrafttreten als unabdingbar an, um eine qualitätsgesicherte Versorgung zu etablieren und zukünftig zu gewährleisten.</p> <p>Aufgrund der erschwerten Implementation dieser Patienten in etablierte Versorgungspfade, geschuldet der vorliegenden Belastungsintoleranz und im Falle von höheren Schweregraden erheblichen krankheitsbedingten Einschränkungen, sehen wir eine Evaluation auch im Hinblick unerwünschter Auswirkungen und Umsetzungshindernisse als notwendig an.</p> <p><i>[Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]</i></p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
9.	<b>Deutsche Gesellschaft für Immunologie vom 1. November 2023</b>			
9.1	Deutsche Gesellschaft für Immunologie 1. November 2023	Neben Long/Post-COVID-Erkrankungen sollte im Titel der Richtlinie auch ME/CFS genannt werden. ME/CFS tritt bei geschätzt 10 – 20% der Post-COVID-Erkrankten, aber auch nach anderen Infektionen wie Epstein-Barr-Virus, Enteroviren oder Influenza auf (Kedor, 2022 Nacul, 2021). Präpandemisch waren bereits geschätzt zwischen 140.000 und 310.000 Patienten in Deutschland an ME/CFS erkrankt (IQWIG, 2023). Für ME/CFS-Erkrankte besteht ein großes Versorgungsdefizit. Die Mehrzahl der Patienten ist schwer und chronisch erkrankt (Legler 2023, Nacul 2021). Obwohl die Erkrankung bereits präpandemisch häufig war, gibt es bis heute kaum Spezialambulanzen. Sowohl im niedergelassenen als auch universitären Bereich ist eine interdisziplinäre, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig, um der Komplexität der Krankheitsbilder gerecht zu werden (Koczulla 2022, Töpfner 2022). Bisher lässt sich Post Covid und ME/CFS nicht auf Grundlage	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die Richtlinie umfasst auch ME/CFS-Erkrankte gemäß § 2. Eine gesonderte Nennung im Titel der Richtlinie ist nicht erforderlich.] [DKG, PatV: Zustimmung]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>von klinischen Kriterien sicher diagnostizieren, so dass eine breite und oft interdisziplinäre Diagnosestellung notwendig ist. Für die schwerer und chronisch Erkrankten sollte die Diagnostik daher primär in Spezialambulanzen erfolgen, dafür muss eine adäquate Vergütung der Hochschulambulanzen sicher gestellt werden. Besonderheiten der pädiatrischen Diagnostik und Versorgung sollten berücksichtigt werden.</p> <p>Bei der Rehabilitation und stationären Unterbringung von an Post-Covid und/oder ME/CFS Erkrankten, die an Belastungsintoleranz mit post-exertioneller Malaise (PEM) leiden, ist auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten. Auch die häufig ausgeprägte Reizempfindlichkeit und eingeschränkte Mobilität müssen bei der Versorgung berücksichtigt werden.</p> <p>Eine besondere Herausforderung stellt die Versorgung von schwerst an Post-Covid und ME/CFS Erkrankten dar. Geschätzt ¼ aller ME/CFS-Erkrankten sind ans Haus oder Bett gebunden (Pendergrast, 2016). Für diese Patienten besteht ein großer Bedarf</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		an aufsuchenden und telemedizinischen Versorgungsangeboten.		
9.2		<p>Seite 1:                      Titel/Zielgruppe  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      ME/CFS sollte wegen hoher Versorgungsrelevanz im Titel vorkommen.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      „von Long/ Post-COVID und ähnlichen Infektions-Folgeerkrankungen sowie ME/CFS“</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Der Titel "... für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen" ist sachgerecht, da er den gesetzlichen Regelungsauftrag und dessen Umsetzung in der Richtlinie in Bezug auf die Erkrankungen bzw. Gruppen von Patientinnen und Patienten benennt. Eine gesonderte Benennung von ME/CFS ist insbesondere nicht erforderlich, da diese, soweit wie in der Richtlinie intendiert, in der genannten Titelgebung mit umfasst.]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. Der Aspekt der Infektions-Folgeerkrankungen ist über den gewählten Titel abgebildet.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
9.3		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Unterstützt wird der Vorschlag von DGK/PatV mit Ergänzung. <b>Änderungsvorschlag:</b> „die Verfügbarkeit und niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote, im Kindes- und Jugendalter gestützt durch zentrale, digitale (virtuelle) Versorgungsstrukturen“	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: Zustimmung. Dem Grundgedanken einer digital unterstützten Koordination wird durch eine angepasste Formulierung Rechnung getragen. Es bleibt jedoch unklar was genau unter einer zentralen, digitalen (virtuellen) Versorgungsstruktur zu verstehen ist und somit auch inwiefern der G-BA diesbezügliche Regelungen treffen kann.]	[DKG, PatV: die zeitnahe und niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners, der die leitliniengerechte, bei Bedarf multimodale Versorgung ermöglicht und die patientenindividuell notwendige Koordination der Versorgungsangebote übernimmt, gestützt durch telemedizinische Verfahren]
9.4		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von DKG/PatV werden mit Ergänzungen unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „3. die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden (gemessen an Einschränkung	[GKV-SV: Kenntnisnahme.]  [DKG, PatV: Dem Hinweis wird gefolgt.]	[DKG, PatV: 3. die Zuordnung nach Schwere der Erkrankung (gemessen an der Einschränkung der Alltagsaktivität und Teilhabe),  4. die Versorgung auf der Grundlage eines individualisierten, strukturierten



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		der Alltagsaktivität und Teilhabe) für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung. 4. die Versorgung auf der Grundlage eines individualisierten, strukturierten und aktuellen Behandlungsplans,“		und aktuellen Behandlungsplans,]
9.5		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unverändert unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
9.6		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 7 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Punkt der PatV muss nicht gesondert erwähnt werden.	Kenntnisnahme und Dank.	
9.7		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 8 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird minimal adaptiert unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: Dem Hinweis wird gefolgt.]	[DKG, PatV: und grundsätzlich im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      „ ... des Verlaufs unter Beachtung der post-exertionellen Malaise (PEM).“</p>		<p>auch vorzusehende Angebote zur 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).]</p>
9.8		<p>Seite 4                      §2, Abs. 1, Nr. 2  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Die Formulierung sollte korrigiert werden.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      „2. ... zur Prophylaxe einer schweren COVID-19 Long-COVID-ähnliche ...“</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme.]</p> <p>[DKG, PatV: Laut Fachinformation erfolgt die Anwendung zur Immunisierung zur Vorbeugung von COVID-19, verursacht durch SARS-CoV-2, sodass die gewählte Formulierung sachgerecht ist.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
9.9		<p>Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 3 u. 4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die Richtlinie regelt auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit dem Verdacht auf oder einer festgestellten Erkrankung, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Erkrankungsausprägung wie Long-COVID aufweist. In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen und Patienten erfasst, die</p> <p>1. infolge einer Infektion post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik aufweisen oder 2. eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) aufweisen.</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisanahme.]</p> <p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird gefolgt.]</p>	<p>[DKG, PatV: infolge einer Infektion post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik aufweisen oder eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) aufweisen.]</p>
9.10		<p>Seite 4 §2, Abs. 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Zusatz von GKV-SV/KBV wird abgelehnt, weil 1.</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisanahme. Zu 1. Das Vorliegen einer Verdachtsdiagnose wird hier generell vorausgesetzt. Sie kann sowohl von der betreffenden Person selbst gestellt als</p>	<p>[GKV-SV: "Sie endet ebenfalls wenn die Patientin oder der Patient im Rahmen</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		bereits das Stellen der Verdachtsdiagnose eine notwendige medizinische Maßnahme gemäß der Richtlinie beinhaltet und 2. medizinischer Versorgungsbedarf auch außerhalb einer Studie bestehen kann und oft besteht.	auch von einer Ärztin oder einem Arzt außerhalb der Richtlinie gestellt werden. zu 2. Die Bestimmung erfolgt hier, um zu verhindern, dass die Versorgung im Rahmen der Richtlinie eine Studienteilnahme erschwert, da die Durchführung von Studien in dem Feld von herausragender Bedeutung ist. Gleichwohl kann dem Anliegen des Stellungnehmenden durch einen Zusatz im Beschlussentwurf Rechnung getragen werden, der diesen Sachverhalt verdeutlicht.]  [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]	<b>einer klinischen Studie behandelt wird." wird ersetzt durch "Sie endet ebenfalls wenn die Patientin im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden soll und die Bestimmungen der Richtlinie dem in der Studie vorgesehenen Vorgehen entgegenstünden."]</b>
9.11		Seite 5 §3, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde müssen auch Leistungen im tagesstationären und stationären Bereich eingebunden werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> „ .... spezialisierte ambulante Versorgung (§7) sowie	Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Die Richtlinie erstreckt sich, nach Rechtsgrundlage, auf die ärztliche Versorgung gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1. Bestehende stationäre Behandlungsmöglichkeiten werden durch die Richtlinie nicht	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		sonstiger Leistungen (z.B. tagesstationäre, stationäre Versorgung) (§8) erfolgen.	eingeschränkt. Zur (fach-)ärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen s. a. § 7 Nr. 2.]	
9.12		Seite 5 §3, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag der DKG zu Krankenhäusern wird unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „Die Versorgung von Patientinnen erfolgt durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringende und Krankenhäuser. ...“	DKG: Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Die Richtlinie erstreckt sich, nach Rechtsgrundlage, auf die ärztliche Versorgung gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1. Bestehende stationäre Behandlungsmöglichkeiten werden durch die Richtlinie nicht eingeschränkt.]  [PatV: Der Positionierung wird gefolgt.]	
9.13		Seite 5 §3, Abs. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag der DKG wird abgelehnt, weil er zum einen überreguliert und zum anderen unvollständig ist (Pädiatrie, aufsuchende Versorgung).	Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Zustimmung. Differenzierte Regelungen zur hausärztlichen Versorgung sind an dieser Stelle nicht erforderlich.]	
9.14		Seite 5/6	Kenntnisnahme und Dank.	[PatV: Die Versorgung von

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>§3, Abs. 3  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird mit Ergänzung unterstützt.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      „Die fachärztliche Versorgung umfasst ... Einrichtungen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt darüber hinaus auch durch stationär/teilstationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit Subspezialisierung sowie insbesondere auch durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).“</p>	<p>[GKV-SV: Die Richtlinie erstreckt sich, nach Rechtsgrundlage, auf die ärztliche Versorgung gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1. Bestehende stationäre Behandlungsmöglichkeiten werden durch die Richtlinie nicht eingeschränkt.]</p> <p>[PatV: Dem Hinweis wird mit einer angepassten Formulierung gefolgt.]</p>	<p><b>Kindern und Jugendlichen erfolgt darüber hinaus auch durch stationär/teilstationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit Subspezialisierung sowie insbesondere auch durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).]</b></p>
9.15		<p>Seite 6                      §3, Abs. 4 allgemein  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p>	
9.16		<p>Seite 5/6                      §3, Abs. 4, Nr. 1-6  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Der Vorschlag der PatV wird mit Modifikationen unterstützt.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird mit einer angepassten Formulierung gefolgt.]</p>	<p><b>[DKG, PatV: ein dem Fachgebiet entsprechendes umfassendes Angebot einer ambu-</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Änderungsvorschlag zu PatV:</b>                      „....., die folgende Kriterien erfüllen:                      1. Gewährleistung einer bedarfsgerechten interdisziplinären und multiprofessionellen Versorgung unter Berücksichtigung für das Krankheitsbild besonders relevanter medizinischer Fachgebiete (z.B. Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Infektiologie, Psychologie bzw. entsprechender pädiatrischer Fachdisziplinen)                      2. die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für die relevanten Fachgebiete (evtl. in geregelter Kooperation)                      3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten,                      4. Information der Betroffenen über laufende Studien und Forschungsergebnisse sowie im Falle von Hochschulambulanzen eigene Forschungstätigkeit zu Erkrankungen gemäß § 2                      5. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten und im Falle von Hochschulambulanzen eigenes Angebot von Fortbildungsveranstaltungen zur Versor-</p>		<p>lanten, fachärztlichen Versorgung der Fachgebiete <b>Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Pneumologie,</b>  <b>das Angebot einer psychotherapeutischen Versorgung oder neuropsychologischen Diagnostik,</b>  <b>die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für relevante Fachgebiete evtl. in geregelter Kooperation,</b>  <b>das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten und</b>  <b>Beteiligung an klinischer Forschung zu Erkrankungen gemäß § 2 sowie Information über laufende Studien und Forschungsergebnisse.]</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		gung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach §2 6. regelmäßiges Angebot.“		
9.17		Seite 7 §3, Abs. 5 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG wird unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
9.18		Seite 7 §4, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Keine Übernahme des Vorschlags der PatV, stattdessen Ergänzung zur Zentralisierung der pädiatrischen Versorgung. <b>Änderungsvorschlag:</b> „... Behandlungskoordination und Behandlungsplan. Die Koordination der pädiatrischen Versorgung sollte durch eine übergeordnete, zentrale, digitale (virtuelle) Koordinierungsstelle unterstützt werden, an die sich Betroffene und Primärversorgende wenden können.“	Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Es bleibt unklar, was unter einer zentralen Koordinierungsstelle zu verstehen ist. Die Forderung nach besonderen, zentralisierten Koordinatoren erscheint hier als unnötig und würde auch die Verfügbarkeit koordinierender Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte einschränken.]  [DKG, PatV: siehe auch 9.3]	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
9.19		Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Behandlungsplan sollte individuell zugeschnitten werden. Der Zusatzvorschlag der KBV erscheint nicht zwingend <b>Änderungsvorschlag:</b> „die Erstellung eines individualisierten Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 5 Nummer 1 ...“	Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV, DKG, PatV: Es handelt sich bei Behandlungsplänen nicht um generalisierte Empfehlungen, sodass davon ausgegangen werden kann, dass erstellte Behandlungspläne immer individualisiert sind.]	
9.20		Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von KBV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „die Vorabklärung und Planung individuell erforderlicher ... Hinsicht,“	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: Dem Hinweis wird gefolgt. ]	[DKG, PatV: die Vorabklärung und Planung individuell erforderlicher diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht;]
9.21		Seite 8 §4, Absatz 2, Nr. 5	[GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Einweisung zur stationären Behandlung bedarf keiner	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Bedarf einer stationären Einweisung sollte ergänzt werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „ ... Überweisungen und bei Bedarf stationärer Einweisungen“</p>	<p>spezifischen Terminvermittlung.]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme. Der Aspekt der stationären Einweisung wird in § 4 Absatz 2 Nr. 9 mit Verweis auf §8 adressiert.]</p>	
9.22		<p>Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 11</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von GKV-DSV/DKG/PatV und KBV werden mit Ergänzung unterstützt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere Leistungserbringende sowie kooperierende Einrichtungen und Organisationen (z.B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen, Ausbildungsstätten, Universitäten)</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird gefolgt.]</p>	<p>[DKG, PatV: die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie kooperierende Einrichtungen und Organisationen (z.B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen, Ausbildungsstätten, Universitäten),]</p>
9.23		<p>Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 13</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Zustimmung. Es erfolgt eine Ergänzung.]</p>	<p>[DKG, PatV: die bedarfsge-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Arbeits- und Ausbildungsfähigkeit kann nicht immer erhalten werden. Die Ausbildungsphase sollte gesondert berücksichtigt werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „.... zur Krankheitsbewältigung und dem bestmöglichen Erhalt von Arbeits-, Ausbildungs- oder Schulfähigkeit.“</p>	<p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird gefolgt.]</p>	<p>rechte Begleitung eines unterstützenden Selbstmanagements (ggf. auch in Gruppen) sowie Information über Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, zur Krankheitsbewältigung und dem bestmöglichen Erhalt bzw. Wiederherstellung der Arbeits- Ausbildungs- oder Schulfähigkeit.]</p>
9.24		<p>Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 14</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Auf Schulungsangebote und Informationsquellen sollte unter einem weiteren Punkt 14 aufmerksam gemacht werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „Hinweise auf Schulungsangebote und sonstige Informationsquellen (z.B. Flyer, Webseiten) für Betroffene, Sorgeberechtigte, andere Leistungserbringende sowie</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV:Die Anregung wird aufgegriffen.]</p> <p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird gefolgt.]</p> <p>[KBV: Übernahme]</p>	<p>[DKG, PatV: Hinweise auf Schulungsangebote und sonstige Informationsquellen (z.B. Flyer, Webseiten) für Betroffene, Sorgeberechtigte, andere Leistungserbringende sowie kooperierende Einrichtungen]</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		kooperierende Einrichtungen“.		<b>[KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags in der Richtlinie]</b>
9.25		Seite 8/9 §4, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
9.26		Seite 9 §4, Abs. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag des GKV-SV erscheint entbehrlich.	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: Zustimmung]	
9.27		Seite 9 §5, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Besonderheit der primärärztlichen Versorgung durch Fachärztinnen und – ärzte für Kinder- und Jugendärztinnen sollte adressiert werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der	[GKV-SV: Kenntnisnahme. Gemäß § 73 Absatz 1a SGB V nehmen Kinder- und Jugendärzte an der hausärztlichen Versorgung teil und sind somit umfasst.] [KBV: Übernahme Kinder- und Jugendärzte nehmen nach § 3 Abs. 2 an der hausärztlichen Ebene teil („einschließlich Kinder- und Jugendärzte“).	<b>[KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags (sinngemäß) in der Richtlinie]</b>  <b>[DKG, PatV: Aufgaben der</b>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. „Aufgaben der hausärztlichen ...“	Soweit sie an der fachärztlichen Ebene teilnehmen, weil sie an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, können sie auch Koordinationsaufgaben übernehmen. Hinweis: hiernach umfasst die hausärztliche Versorgung auch die Betreuung]  [DKG, PatV: Dem Hinweis wird mit einer klarstellenden Formulierung Rechnung getragen.]	<b>hausärztlichen Versorgung, die im Falle von Kindern und Jugendlichen auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin meint, sind im Sinne dieser Richtlinie insbesondere:]</b>
9.28		Seite 9 §5, Abs. 1, Nr. 1. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sollten neben Hausärztinnen und -ärzten ausdrücklich berücksichtigt werden. / Die Fremdanamnese in der Pädiatrie sollte in einem eigenen Punkt aufgegriffen werden. / Der psychische Status sollte unter Anamnese (a) eingeordnet werden. / Bei der Anamnese sollte der mutmaßliche Trigger, der Zeitpunkt des Auftretens bzw. die Dauer der Symptomatik erfasst werden. / Häufige	Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind von der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a SGB V umfasst. Die Möglichkeit, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin auch Kinder versorgen soll nicht ausgeschlossen werden. Mutmaßliche Trigger, der Zeitpunkt des Auftretens bzw. die Dauer der Symptomatik u. a. zu erfassen sind Aspekte	<b>[DKG, PatV: ausführlicher, strukturierter Anamnese einschließlich Impfanamnese und Erfassung häufiger Symptome sowie mutmaßlichem Trigger, Zeitpunkt des Auftretens und Dauer der Symptome einschließlich Fatigue, Belastungsintoleranz, orthostatische Intoleranz (OI), Dyspnoe, Schmerz,</b>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Symptome wie Fatigue, Belastungsintoleranz, Dyspnoe, orthostatische Intoleranz (OI), Schmerz, Schlafstörungen und psychische Auffälligkeiten (Davis 2021, Lopez-Leon 2021, 2022) sollten strukturiert erfragt werden. / Die aus der „hinweisende Symptomatik“ (d) resultierenden Empfehlungen sollten präzisiert sowie relevante Fragebögen, Scores und Tests genannt werden, z.B. DSQ-PEM (Cotler 2018), IOM-Kriterien (Carruthers 2003), Kanadischen Konsensuskriterien (CCC) (Clayton 2015), „Munich Berlin Symptom Questionnaire“ (MBSQ) (Peo 2023), angelehnter 10-Minuten-Stehetest (Koczulla 2022), PHQ4-Screener (Löwe 2010) / Zur Messung der Funktionseinschränkungen bzw. Priorisierung des Versorgungsbedarfs kann bei chronischer Fatigue und ME/CFS der Bell-Score [Bell 1995] sowie im Falle von Kindern und Jugendlichen allgemein der Fragenkatalog der Deutschen Gesellschaft für Kinder – und Jugendheilkunde (DGKJ) (Töpfer 2022) eingesetzt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:                  „Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch</p>	<p>der Anamnese, auf deren gesonderte Nennung verzichtet wird. Dies gilt auch für andere Aspekte, die der Stellungnehmende anführt. Der G-BA verzichtet in der vorliegenden Richtlinie grundsätzlich darauf, einzelne diagnostische oder therapeutische Verfahren zu benennen, zu empfehlen oder verbindlich vorzugeben. Im Rahmen der Richtlinie ist in dem von vielen Unsicherheiten gekennzeichneten Feld eine systematische Erfassung und Bewertung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und Verfahren als nicht zielführend erachtet worden um der Zielsetzung einer die Versorgung strukturierenden Richtlinie zeitnah zu entsprechen. Dies gilt auch für die Nennung spezifischer Bewertungs- und Erhebungsinstrumente. Die Stellungnahme wird aber insofern aufgegriffen, als dass in den Tragenden Gründen auf das Vorhandensein und die ggf. Nutzbarkeit bestimmter Erhebungsinstrumente in allgemeiner</p>	<p><b>Schlafstörungen und psychischer Status, ggf. als Fremdanamnese durch eine Bezugsperson bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Personen mit stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit oder kognitiver Funktion,</b></p> <p><b>ausführlicher körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen und Ernährungsstatus (inklusive BMI), unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten,</b></p> <p><b>Erfassung des funktionellen Status (leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkung) anhand etablierter Skalen sowie der Einschränkungen der Teilhabe</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. Aufgaben der hausärztlichen Versorgung im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere:</p> <p>1. Basis-Assessment: die Abklärung des Verdachts ... durch systematische Erfassung .... In der Regel einschließlich</p> <p>a) ausführlicher, strukturierter Anamnese mit Impfanamnese und Erfassung häufiger Symptome sowie mutmaßlichem Trigger, Zeitpunkt des Auftretens und Dauer der Symptome (darunter Fatigue, Belastungsintoleranz, orthostatische Intoleranz (OI), Dyspnoe, Schmerz, Schlafstörungen und psychischer Status,</p> <p>b) im Falle einer anamnestische Belastungsintoleranz Abklärung einer post-exertionellen Malaise (PEM), z.B. mittels etablierten Fragebogens (DSQ-PEM).</p> <p>c) im Falle von Fatigue und PEM Abklärung eines ME/CFS mittels etablierter klinischer Kriterien [Kriterien des Institute of Medicine (IOM) und/oder Kanadische Konsensuskriterien (CCC), evtl. mit einem integrierten Fragebogen (MBSQ)], unter Berücksichtigung</p>	<p>Form hingewiesen wird.]</p> <p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird mit einer angepassten Formulierung gefolgt. Die Aufgaben der hausärztlichen Versorgung, die im Falle von Kindern und Jugendlichen auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin meint, wurden in ein Basis-Assessment und ein erweitertes Assessment gegliedert, um der patientenindividuellen unterschiedlichen Schwere der Erkrankung Rechnung zu tragen. Da eine Fremdanamnese nicht nur in der Pädiatrie relevant sein kann, wird diese nicht als eigenständiger Punkt erwähnt.]</p>	<p><b>der Betroffenen (im Falle von Kindern und Jugendlichen auch eingeschränkter Berufstätigkeit von Sorgeberechtigten).</b></p> <p><b>Erweitertes-Assessment: bei Hinweisen auf eine Belastungsintoleranz, Fatigue und PEM, OI zusätzlich</b></p> <p><b>im Falle einer anamnestischen Belastungsintoleranz Abklärung einer PEM, z.B. mittels etablierten Fragebogens,</b></p> <p><b>im Falle von Fatigue und PEM Abklärung eines ME/CFS z.B. mittels etablierter klinischer Kriterien (z. B. Kriterien des Institute of Medicine (IOM)), unter Berücksichtigung der <u>Mindestkrankheitsdauer von sechs</u></b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>der Mindestkrankheitsdauer von 6 Monaten bei Erwachsenen und 3 Monaten bei Kindern und Jugendlichen,</p> <p>d) Erfassung des funktionellen Status (leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkung) anhand etablierter Skalen (im Falle von chronischer Fatigue des Bell-Scores) sowie Einschränkungen der Teilhabe der Betroffenen (im Falle von Kindern und Jugendlichen auch eingeschränkter Berufstätigkeit von Sorgeberechtigten),</p> <p>e) im Falle von Kindern und Jugendlichen je nach Alter ausschließlich oder zusätzlich eine Fremdanamnese durch mindestens eine/n Sorgeberechtigten, dabei möglichst getrennte Befragung von pädiatrischem Patient und Sorgeberechtigten,</p> <p>f) ausführlicher körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen und Ernährungsstatus (inklusive BMI), unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten,</p> <p>g) im Falle einer orthostatische Intoleranz (OI) über mehr als drei Monate Abklärung eines postura-</p>		<p><u>Monaten bei Erwachsenen und drei Monaten bei Kindern und Jugendlichen,</u></p> <p>im Falle einer OI über mehr als drei Monate Abklärung eines posturalen orthostatischen Tachykardie-Syndroms (PoTS) oder einer Orthostatischen Hypotonie (OH).]</p>



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		len orthostatischen Tachykardie-Syndroms (PoTS) oder einer Orthostatischen Hypotonie (OH) mittels angelehntem 10-Minuten-Stehetest („NASA lean test“).		
9.29		Seite 9 §5, Abs. 1, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Zusätze durch KBV und GKV-SV erscheinen entbehrlich.	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: Zustimmung]	
9.30		Seite 9 §5, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
9.31		Seite 10 §5, Abs. 3, Nr. 4-10 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Zusätze der KBV zu Nr. 4, 6, 8 und 10 erscheinen entbehrlich. Die Ergänzung des GKV-SV in Nr. 5 wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
9.32		Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 11 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von KBV/DGK/PatV wird mit Ergänzung unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen, auch digital“	[GKV-SV: Kenntnisnahme.]  [KBV: Übernahme]  [DKG, PatV: Dem Hinweis wird mit einer angepassten Formulierung gefolgt.]	[KBV: „Übernahme des Änderungsvorschlags (sinngemäß) in der Richtlinie“]  [DKG, PatV: bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen, wenn möglich digital,]
9.33		Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 12 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird unterstützt. Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 13 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der eingefügte Vorschlag des GKV-SV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
9.34		Seite 10, §5, Abs. 3, Nr. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Unterstützt werden die Vorschläge der PatV im allgemeinen Teil, sowie von GKV-SV/KBV/PatV unter Nummer 1.		
9.35		Seite 11 §5, Abs. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV, inklusive allen Ergänzungen, wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
9.36		Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
9.37		Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV erscheint nicht zwingend.	[DKG, PatV: Kenntnisnahme]	
9.38		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die in Nummer 4 beschriebenen	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Aufgaben sind im Rahmen einer in der vorliegenden Richtlinie gestuften Versorgung der hausärztlichen Ebene zuzurechnen.]	
9.39		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 6 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
9.40		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 7-9 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen der KBV erscheinen nicht zwingend.	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Zustimmung. Eine Formulierung ansonsten geltender Regelungen ist nicht notwendig. Eine gesonderte Bestimmung zur Vorabklärung (Nr. 9) ist nicht erforderlich. Die Prüfung der Eignung kann auf Grundlage der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden.]	
9.41		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 10/11	[Kenntnisnahme und Dank.]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen des GKV-SV erscheinen nicht zwingend.</p>	<p>[GKV-SV: Zur Ausfüllung der Koordinationsfunktion ist es notwendig, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt mindestens Kenntnis über weitere Überweisungen erlangt (Nr. 10). Die Prüfung der Eignung einer Hochschulambulanz soll auf Grundlage der Veröffentlichungen der Hochschulambulanzen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden, damit eine zielgenaue Zuweisung zur geeigneten Versorgung ermöglicht wird (Nr. 11).]</p> <p>[DKG, PatV: Zustimmung]</p>	
9.42		<p>Seite 12/13 §6, Abs. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen von KBV/DKG/PatV zum ersten Satz und zu Nummer 1, von DKG/PatV zu Nummer 2 und von KBV/DKG/PatV zu Nummer 3 werden uneingeschränkt unterstützt.</p>	<p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p> <p>[GKV-SV: Zur Verwirklichung der gestuften Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und zur Orientierung der Patientinnen und Patienten ist zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>Hier ist insbesondere auch von der besten Erreichbarkeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auszugehen. Die einzige zweckmäßige Ausnahmeregelung in Absatz 2 bezieht sich auf Situationen in denen Patientinnen und Patienten bereits in regelmäßiger Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt in Behandlung sind, die oder der aufgrund ihres oder seines Fachgebietes in der Lage ist die Koordinierungs- und hausärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und 5 ebenfalls in dem jeweils erforderlichen Umfang zu erbringen. In solchen Situationen, insbesondere wenn die Patientinnen oder der Patient keine Hausärztin oder keinen Hausarzt hat, wäre die Suche nach einer oder einem solchen eine unnötige Erschwernis, die dem Ziel der niederschweligen Erreichbarkeit der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie entgegenstünde. Daher wird die Ausnahmeregelung in Absatz 2 getroffen.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
9.43		<p>Seite 13 §6, Abs. 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung des GKV-SV wird ebenso wie die nachfolgende Anmerkung von KBV/PatV unterstützt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „Sofern erforderlich, .... besteht.“ „Dieses Vorgehen beinhaltet.“</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Ein Austausch vor Überweisung an eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt ist notwendig, damit die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt seine Funktion angemessen erfüllen kann. Erfolgt die Behandlung durch weitere Fachärztinnen und Fachärzte ohne Wissen der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist die Koordination offenkundig nicht mehr gewährleistet. Eine Erlaubnis bzw. Zustimmung der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist jedoch nicht erforderlich. Allerdings sollte im Regelfall ein Austausch vor Überweisung stattfinden. Ist dies aufgrund von Eilbedürftigkeit nicht möglich, ist mindestens eine Information im Nachgang notwendig. Weitere umfassende Erhebungen und Fallbesprechungen sind hier nicht regelungsbedürftig.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
9.44		Seite 13/14 §6, Abs. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von DKG/PatV wird uneingeschränkt inklusive der Ergänzung der PatV unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
9.45		Seite 14 §6, Abs. 5 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Eine gesonderte Bestimmung zur Vorabklärung ist nicht erforderlich. Die Prüfung der Eignung kann auf Grundlage der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden. Relevante Informationen, die im Rahmen der koordinierten Versorgung bereits vorliegen sollten (vgl. u. a. § 4 Absatz 2 Nummer 8) können dann ggf., unter Berücksichtigung des Informationsbedarfes der besonderen Einrichtungen, übermittelt werden. Es handelt sich um einen ansonsten in der Regelversorgung üblichen Vorgang der Übermittlung relevanten Informationen.]	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
9.46		Seite 14 §7, Nummer 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von GKV-SV/DKG/PatV wird mit minimaler Anpassung unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „... nicht durch hinreichend spezialisierte, vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erfolgen kann,“	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. Da in diesen Fällen bereits eine Ermächtigung erfolgt sein muss, ist die vorgeschlagene Änderung nicht erforderlich.]	
9.47		Seite 14 §7, Nummer 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
9.48		Seite 14 §7, Nummer 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
9.49		Seite 15 §7, Nummer 6 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der KBV-Vorschlag erscheint entbehrlich.	Kenntnisnahme und Dank. [DKG, PatV: Zustimmung.]	
9.50		Seite 15 §7, Nummer 7 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Formulierung von KBV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank. [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. Mit einer angepassten Formulierung wird der Positionierung gefolgt.]	[DKG, PatV: die Durchführung von telemedizinischen Leistungen, bei Bedarf die Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen möglichst unter Nutzung bestehender telemedizinischer Möglichkeiten,]
9.51		Seite 15 §7, Nummer 8 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/KBV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank. [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. Mit einer angepassten Der Positionierung gefolgt.]	
9.52		Seite 15 §8, Abs. 1	[GKV-SV: Kenntnisnahme. Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V	[DKG, PatV: Die Versorgung nach dieser Richtlinie

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Modifikation unterstützt. Die PEM ist eine Sonderform der Belastungsintoleranz und nicht gleichbedeutend mit letzterer. Die Anmerkungen der PatV können aufgegriffen werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V.</li> <li>2. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz mit post-exertioneller Malaise (PEM) auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.</li> </ol>	<p>von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert.</p> <p>Auf die Besonderheiten der PEM wird in den Tragenden Gründen näher eingegangen.</p> <p>Die Erbringung aufsuchender und telemedizinischer Leistungen folgt den bestehenden Regularien und wird durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch ausgeweitet.]</p> <p>[KBV: Hinweis, dass wir uns in der vertragsärztlichen Versorgung bewegen, sodass die Aufgaben nach § 73 Abs. 2 vollständig umfasst sind.]</p>	<p><b>schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 und ggf. 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz mit PEM auf die Einhaltung</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>3. Bei allen Verordnungen sollten Besonderheiten wie PEM, ausgeprägte Reizempfindlichkeit oder eingeschränkte Mobilität ausdrücklich vermerkt werden. Im Falle von PEM sollte die Möglichkeit der aufsuchenden und telemedizinischen Umsetzung der Verordnung geprüft werden. „</p>	<p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird durch eine angepasste Formulierungen Rechnung getragen.]</p>	<p><b>der individuellen Leistungsgrenzen zu achten. Bei allen Verordnungen sollten Besonderheiten wie PEM, ausgeprägte Reizempfindlichkeit oder eingeschränkte Mobilität ausdrücklich vermerkt werden. Im Falle von PEM sollte die Möglichkeit der aufsuchenden und telemedizinischen Umsetzung der Verordnung geprüft werden.]</b></p>
<p>9.53</p>		<p>Seite 15 §8, Abs. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Anpassung unterstützt. Bei Kindern und Jugendlichen sollten immer auch ortsnahe stationäre oder teilstationäre Versorgungsangebote in Erwägung gezogen werden.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden</p>	<p><b>[DKG, PatV: Insbesondere bei einer Belastungstoleranz mit PEM, bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen und/oder im Falle von Kindern und Jugendlichen ist</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p>1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung, wenn diese gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist.</p> <p>2. Insbesondere bei einer Belastungsintoleranz mit PEM, bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen und/oder im Falle von Kindern und Jugendlichen ist eine stationäre bzw. teilstationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen.“</p>	<p>durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Die Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlung werden durch die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall begründet.]</p> <p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird gefolgt.]</p>	<p><b>eine stationäre bzw. teilstationäre Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme zu prüfen]</b></p>
<p>9.54</p>		<p>Seite 15 §9</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag der PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p> <p><i>[Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]</i></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[DKG, PatV: Siehe 4.10.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
10.	<b>Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie vom 2. November 2023</b>			
10.1	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie 2. November 2023	<p>Neben Long/Post-COVID-Erkrankungen sollte im Titel der Richtlinie auch ME/CFS und im Text ergänzend das Post-VAC-Syndrom erfasst werden. Alle genannten Erkrankungen kommen im Kindes- und Jugendalter ebenfalls vor und sind mit ähnlichen Herausforderungen bei der Versorgung verbunden (1,2,3). Im Kindes- und Jugendalter waren präpandemisch etwa 80% ME/CFS-Fälle einem viralen Trigger geschuldet, etwa die Hälfte davon einer Erstinfektion mit dem Epstein-Barr-Virus (2,4). Betroffen sind vor allem adoleszente Mädchen (5,6,7). ME/CFS in Folge von COVID-19 wurde kürzlich auch bei Adoleszenten in Deutschland beschrieben (1).</p> <p>Spezielle pädiatrische Definitionen der Post-COVID-Condition (8) und von ME/CFS (1) wurden international etabliert und sind dem Konsens geschuldet, dass Kinder und Jugendliche besonders zügig versorgt werden sollten. Auch im Kindes- und Jugendalter ist eine</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Richtlinie umfasst auch ME/CFS-Erkrankte gemäß § 2 sowie ggf. Post- oder Long-Covid-ähnliche Symptomatiken nach Impfungen. Eine gesonderte Nennung im Titel der Richtlinie ist jeweils nicht erforderlich.]</p> <p>[DKG: Zustimmung]</p> <p>[PatV: Kenntnisnahme und Dank]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>enge interdisziplinäre, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig, um der Komplexität der Krankheitsbilder gerecht zu werden (9,10). Besonderheiten der pädiatrischen Versorgung sollten berücksichtigt werden:</p> <p>Die primärärztliche Versorgung wird in der Regel durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin geleistet. Die spezialisierte fachärztliche Differenzialdiagnostik (z.B. Kinderkardiologie, -pulmonologie, -neurologie, -immunologie), wird durch die Subdisziplinen der Pädiatrie angeboten, welche überwiegend unter einem Dach in Kinderkliniken und weniger im niedergelassenen Bereich angesiedelt sind. Interdisziplinäre diagnostische Angebote für PCS und ME/CFS finden sich derzeit überwiegend in pädiatrischen Hochschulambulanzen, Tageskliniken und Stationen sowie in Sozialpädiatrischen Zentren. Dafür muss eine adäquate Vergütung sichergestellt werden.</p> <p>Psychosoziale Bedarfe haben bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit den adressierten Erkrankungen einen besonders hohen Stellenwert (10).</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Sie erfordern spezialisiertes Wissen zu den gesetzlichen Regelungen für diese Altersgruppe. Den auf eine teilhabeorientierte, multiprofessionelle Versorgung ausgerichteten Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sollte deshalb eine zentrale Rolle bei der Versorgung der jungen Betroffenen zukommen.</p> <p>Erwähnenswert erscheint der besondere Bedarf von zentralisierten, telemedizinischen Versorgungsangeboten bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit den adressierten Erkrankungen. Dieser ist der geringeren Dichte von spezialisierten pädiatrischen Einrichtungen bei einer relativ zu Erwachsenen geringeren Prävalenz von PCS (6,11,12) und ME/CFS [13,14] geschuldet. Um eine flächendeckend hochwertige pädiatrische Versorgung vorzuhalten, sind virtuelle Fallkonferenzen und Telekonsile für Leistungserbringende sowie Televisiten und altersadaptierte Schulungsangebote für Betroffene und Sorgeberechtigte anzustreben. Modellprojekte sind diesbezüglich vielversprechend (15,16).</p>		



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
10.2		Seite 1: Titel/Zielgruppe <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> ME/CFS sollte wegen hoher Versorgungsrelevanz im Titel vorkommen. <b>Änderungsvorschlag:</b> „von Long/ Post-COVID und ähnlichen Infektions-Folgeerkrankungen sowie ME/CFS“	[GKV-SV: Kenntnissnahme. Der Titel "... für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen" ist sachgerecht, da er den gesetzlichen Regelungsauftrag und dessen Umsetzung in der Richtlinie in Bezug auf die Erkrankungen bzw. Gruppen von Patientinnen und Patienten benennt. Eine gesonderte Benennung von ME/CFS ist insbesondere nicht erforderlich, da diese, soweit wie in der Richtlinie intendiert, in der genannten Titelgebung mit umfasst.]  [DKG, PatV: Siehe 9.2]	
10.3		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Unterstützt wird der Vorschlag von DGK/PatV mit Ergänzung. <b>Änderungsvorschlag:</b>	[GKV-SV: Kenntnissnahme.]  [DKG, PatV: siehe 9.3]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		„die Verfügbarkeit und niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote, im Kindes- und Jugendalter gestützt durch zentrale, digitale (virtuelle) Versorgungsstrukturen“		
10.4		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von DKG/PatV werden mit Ergänzungen unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „3. die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden (gemessen an Einschränkung der Alltagsaktivität und Teilhabe) für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung. 4. die Versorgung auf der Grundlage eines individualisierten, strukturierten und aktuellen Behandlungsplans,“	[GKV-SV: Kenntnisnahme.]  [DKG, PatV: siehe 9.4]	
10.5		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 4	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unverändert unterstützt.</p>		
10.6		<p>Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 7 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Punkt der PatV muss nicht gesondert erwähnt werden.</p>	Kenntnisnahme und Dank.	
10.7		<p>Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 8 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird minimal adaptiert unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „ ... des Verlaufs unter Beachtung der post-exertionellen Malaise (PEM).“</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme.]  [DKG, PatV: siehe 9.7]</p>	
10.8		<p>Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Formulierung sollte korrigiert werden.</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme.]  [DKG, PatV: siehe 9.8]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      „2. ... zur Prophylaxe einer schweren COVID-19 Long-COVID-ähnliche ...“</p>		
10.9		<p>Seite 4                      §2, Abs. 1, Nr. 3 u. 4  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      Die Richtlinie regelt auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit dem Verdacht auf oder einer festgestellten Erkrankung, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankungsausprägung wie Long-COVID aufweist. In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen und Patienten erfasst, die 1. infolge einer Infektion post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik aufweisen oder 2. eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) aufweisen.</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme.]                       [DKG, PatV: siehe 9.9]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
10.10		Seite 4 §2, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Zusatz von GKV-SV/KBV wird abgelehnt, weil 1. bereits das Stellen der Verdachtsdiagnose eine notwendige medizinische Maßnahme gemäß der Richtlinie beinhaltet und 2. medizinischer Versorgungsbedarf auch außerhalb einer Studie bestehen kann und oft besteht.	[GKV-SV: Kenntnisnahme. Zu 1. Das Vorliegen einer Verdachtsdiagnose wird hier generell vorausgesetzt. Sie kann sowohl von der betreffenden Person selbst gestellt als auch von einer Ärztin oder einem Arzt außerhalb der Richtlinie gestellt werden. zu 2. Die Bestimmung erfolgt hier, um zu verhindern, dass die Versorgung im Rahmen der Richtlinie eine Studienteilnahme erschwert, da die Durchführung von Studien in dem Feld von herausragender Bedeutung ist. Gleichwohl kann dem Anliegen des Stellungnehmenden durch einen Zusatz im Beschlussentwurf Rechnung getragen werden, der diesen Sachverhalt verdeutlicht.]  [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]	
10.11		Seite 5 §3, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde müssen	Kenntnisnahme. Die Richtlinie erstreckt sich, nach Rechtsgrundlage, auf die ärztliche Versorgung gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V. Bestehende stationäre	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		auch Leistungen im tagesstationären und stationären Bereich eingebunden werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> „ ... spezialisierte ambulante Versorgung (§7) sowie sonstiger Leistungen (z.B. tagesstationäre, stationäre Versorgung) (§8) erfolgen.	Behandlungsmöglichkeiten werden durch die Richtlinie nicht eingeschränkt.	
10.12		Seite 5 §3, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag der DKG zu Krankenhäusern wird unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „Die Versorgung von Patientinnen erfolgt durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringende und Krankenhäuser. ...“	Kenntnisnahme und Dank.	
10.13		Seite 5 §3, Abs. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag der DKG wird abgelehnt, weil er zum einen überreguliert und zum anderen unvollständig ist (Pädiatrie, aufsuchende Versorgung).	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Zustimmung. Differenzierte Regelungen zur hausärztlichen Versorgung sind an dieser Stelle nicht erforderlich.]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
10.14		<p>Seite 5/6 §3, Abs. 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird mit Ergänzung unterstützt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „Die fachärztliche Versorgung umfasst ... Einrichtungen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt darüber hinaus auch durch stationär/teilstationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit Subspezialisierung sowie insbesondere auch durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).“</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Richtlinie erstreckt sich, nach Rechtsgrundlage, auf die ärztliche Versorgung gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V. Bestehende stationäre Behandlungsmöglichkeiten werden durch die Richtlinie nicht eingeschränkt.]</p> <p>[KBV: Erläuterung, dass ermächtigte Einrichtungen (SPZ) bereits versorgen nach dem Entwurf.]</p> <p>[DKG: Kenntnisnahme und Dank.]</p> <p>[PatV: Der Formulierung wird modifiziert gefolgt.]</p>	<p><b>[PatV: Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt darüber hinaus auch durch stationär/teilstationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit Subspezialisierung sowie insbesondere auch durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).]</b></p>
10.15		<p>Seite 6 §3, Abs. 4 allgemein</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
10.16		<p>Seite 5/6 §3, Abs. 4, Nr. 1-6 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag der PatV wird mit Modifikationen unterstützt. Änderungsvorschlag zu PatV: „....., die folgende Kriterien erfüllen: 1. Gewährleistung einer bedarfsgerechten interdisziplinären und multiprofessionellen Versorgung unter Berücksichtigung für das Krankheitsbild besonders relevanter medizinischer Fachgebiete (z.B. Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Infektiologie, Immunologie, Psychologie bzw. entsprechender pädiatrischer Fachdisziplinen) 2. die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für die relevanten Fachgebiete (evtl. in geregelter Kooperation) 3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten, 4. Information der Betroffenen über laufende Studien und Forschungsergebnisse sowie im Falle von Hochschulambulanzen eigene Forschungstätigkeit zu Erkrankungen gemäß § 2</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: Siehe 9.16]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		5. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten und im Falle von Hochschulambulanzen eigenes Angebot von Fortbildungsveranstaltungen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach §2 6. regelmäßiges Angebot.“		
10.17		Seite 7 §3, Abs. 5 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG wird unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
10.18		Seite 7 §4, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Keine Übernahme des Vorschlags der PatV, stattdessen Ergänzung zur Zentralisierung der pädiatrischen Versorgung. <b>Änderungsvorschlag:</b> „... Behandlungskoordination und Behandlungsplan. Die Koordination der pädiatrischen Versorgung sollte durch eine übergeordnete, zentrale, digitale (virtuelle) Koordinierungsstelle unterstützt werden, an die sich Betroffene und Primärversorgende wenden können.“	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Es bleibt unklar, was unter einer zentralen Koordinierungsstelle zu verstehen ist. Die Forderung nach besonderen, zentralisierten Koordinatoren erscheint hier als unnötig und würde auch die Verfügbarkeit koordinierender Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte einschränken.]  [DKG, PatV: siehe auch 9.3]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
10.19		Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Behandlungsplan sollte individuell zugeschnitten werden. Der Zusatzvorschlag der KBV erscheint nicht zwingend <b>Änderungsvorschlag:</b> „die Erstellung eines individualisierten Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 5 Nummer 1 ...“	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: siehe 9.19]	
10.20		Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von KBV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „die Vorabklärung und Planung individuell erforderlicher ... Hinsicht,“	[GKV-SV: Kenntnisnahme.]  [DKG, PatV: siehe 9.20]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
10.21		Seite 8 §4, Absatz 2, Nr. 5 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Einfügung von KBV/GKV-SV wird nicht unterstützt, weil unspezifisch.	[GKV-SV: Kenntnisnahme. Zustimmung. Entscheidend ist die Terminvermittlung selbst, die bloße "Unterstützung" hierbei ist unspezifisch.]  [KBV: Übernahme.]  [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]	[KBV: Vorschlag der Streichung wird umgesetzt.]
10.22		Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 9 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Bedarf einer stationären Einweisung sollte ergänzt werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> „ ... Überweisungen und bei Bedarf stationärer Einweisungen“	[GKV-SV: Kenntnisnahme. Es sind hier lediglich Überweisungen genannt, weil an dieser Stelle die Koordinationsfunktion im Mittelpunkt steht. Sowohl die koordinierende Ärztin bzw. den koordinierenden Arzt können in ihrer Rolle als Behandelnde (ebenso wie die anderen Versorgungsbeteiligten) Einweisungen wie in der Regelversorgung außerhalb der vorliegenden Richtlinie veranlassen. Im Rahmen der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie ist insbesondere von Bedeutung, dass Überweisungen bevorzugt durch die koordinierende Ärztin	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>bzw. den koordinierenden Arzt erfolgen sollen (diese bzw. dieser jedenfalls von Überweisungen Dritter Kenntnis erhält), damit die Koordinationsfunktion adäquat ausgefüllt werden kann.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.21]</p>	
10.23		<p>Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 11 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von GKV-DSV/DKG/PatV und KBV werden mit Ergänzung unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere Leistungserbringende sowie kooperierende Einrichtungen und Organisationen (z.B. Selbsthilforganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen, Ausbildungsstätten, Universitäten)</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Die Anregung wird aufgegriffen.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.22]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
10.24		Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 13 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Arbeits- und Ausbildungsfähigkeit kann nicht immer erhalten werden. Die Ausbildungsphase sollte gesondert berücksichtigt werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> „.... zur Krankheitsbewältigung und dem bestmöglichen Erhalt von Arbeits-, Ausbildungs- oder Schulfähigkeit.“	[GKV-SV: Kenntnisnahme und Dank. Die Anregung wird aufgegriffen.  [DKG, PatV: siehe 9.23]	
10.25		Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 14 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Auf Schulungsangebote und Informationsquellen sollte unter einem weiteren Punkt 14 aufmerksam gemacht werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> „Hinweise auf Schulungsangebote und sonstige Informationsquellen (z.B. Flyer, Webseiten) für Betroffene, Sorgeberechtigte, andere Leistungserbringende sowie kooperierende Einrichtungen“.	[GKV-SV: Kenntnisnahme und Dank. Die Anregung wird aufgegriffen.]  [DKG, PatV: siehe 9.24]	[KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags in der Richtlinie]

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
10.26		Seite 8/9 §4, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank. [KBV: Übernahme]	
10.27		Seite 9 §4, Abs. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag des GKV-SV erscheint entbehrlich.	Kenntnisnahme und Dank.	
10.28		Seite 9 §5, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Besonderheit der primärärztlichen Versorgung durch Fachärztinnen und – ärzte für Kinder- und Jugendärztinnen sollte adressiert werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. „Aufgaben der hausärztlichen ...“	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Gemäß § 73 Absatz 1a SGB V nehmen Kinder- und Jugendärzte an der hausärztlichen Versorgung teil und sind somit umfasst.] [DKG, PatV: siehe 9.27]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
10.29		<p>Seite 9 §5, Abs. 1, Nr. 1. <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sollten neben Hausärztinnen und -ärzten ausdrücklich berücksichtigt werden. / Die Fremdanamnese in der Pädiatrie sollte in einem eigenen Punkt aufgegriffen werden. / Der psychische Status sollte unter Anamnese (a) eingeordnet werden. / Bei der Anamnese sollte der mutmaßliche Trigger, der Zeitpunkt des Auftretens bzw. die Dauer der Symptomatik erfasst werden. / Häufige Symptome wie Fatigue, Belastungsintoleranz, Dyspnoe, orthostatische Intoleranz (OI), Schmerz, Schlafstörungen und psychische Auffälligkeiten (17,18,19) sollten strukturiert erfragt werden. / Die aus der „hinweisende Symptomatik“ (d) resultierenden Empfehlungen sollten präzisiert sowie relevante Fragebögen, Scores und Tests genannt werden, z.B. DSQ-PEM (20), IOM-Kriterien (21), Kanadischen Konsensuskriterien (CCC) (22), „Munich Berlin Symptom Questionnaire“ (MBSQ) (1), angelegnter 10-Minuten-Stehetest (9),</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind von der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a SGB V umfasst. Die Möglichkeit, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin auch Kinder versorgen soll nicht ausgeschlossen werden. Mutmaßliche Trigger, der Zeitpunkt des Auftretens bzw. die Dauer der Symptomatik u. a. zu erfassen sind Aspekte der Anamnese, auf deren gesonderte Nennung verzichtet wird. Dies gilt auch für andere Aspekte, die der Stellungnehmende anführt. Der G-BA verzichtet in der vorliegenden Richtlinie grundsätzlich darauf, einzelne diagnostische oder therapeutische Verfahren zu benennen, zu empfehlen oder verbindlich vorzugeben. Im Rahmen der Richtlinie ist in dem von vielen Unsicherheiten gekennzeichneten Feld eine systematische Erfassung und Bewertung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>PHQ4-Screener (23) / Zur Messung der Funktionseinschränkungen bzw. Priorisierung des Versorgungsbedarfs kann beichronischer Fatigue und ME/CFS der Bell-Score (24) sowie im Falle von Kindern und Jugendlichen allgemein der Fragenkatalog der Deutschen Gesellschaft für Kinder – und Jugendheilkunde (DGKJ) (10) eingesetzt werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                  „Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. Aufgaben der hausärztlichen Versorgung im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere:                  1. Basis-Assessment: die Abklärung des Verdachts ... durch systematische Erfassung .... In der Regel einschließlich                  a) ausführlicher, strukturierter Anamnese mit Impfanamnese und Erfassung häufiger Symptome sowie mutmaßlichem Trigger, Zeitpunkt des Auftretens und Dauer der Symptome (darunter Fatigue, Belastungstoleranz, orthostatische Intoleranz (OI), Dyspnoe, Schmerz, Schlafstörungen und psychischer Status,</p>	<p>und Verfahren als nicht zielführend erachtet worden um der Zielsetzung einer die Versorgung strukturierenden Richtlinie zeitnah zu entsprechen. Dies gilt auch für die Nennung spezifischer Bewertungs- und Erhebungsinstrumente. Die Stellungnahme wird aber insofern aufgegriffen, als dass in den Tragenden Gründen auf das Vorhandensein und die ggf. Nutzbarkeit bestimmter Erhebungsinstrumente in allgemeiner Form hingewiesen wird.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.28]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>b) im Falle einer anamnestic Belastungsintoleranz Abklärung einer post-exertionellen Malaise (PEM), z.B. mittels etablierten Fragebogens (DSQ-PEM).</p> <p>c) im Falle von Fatigue und PEM Abklärung eines ME/CFS mittels etablierter klinischer Kriterien [Kriterien des Institute of Medicine (IOM) und/oder Kanadische Konsensuskriterien (CCC), evtl. mit einem integrierten Fragebogen (MBSQ)], unter Berücksichtigung der Mindestkrankheitsdauer von 6 Monaten bei Erwachsenen und 3 Monaten bei Kindern und Jugendlichen,</p> <p>d) Erfassung des funktionellen Status (leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkung) anhand etablierter Skalen (im Falle von chronischer Fatigue des Bell-Scores) sowie Einschränkungen der Teilhabe der Betroffenen (im Falle von Kindern und Jugendlichen auch eingeschränkter Berufstätigkeit von Sorgeberechtigten),</p> <p>e) im Falle von Kindern und Jugendlichen je nach Alter ausschließlich oder zusätzlich eine Fremdanamnese durch mindestens eine/n Sorgeberechtigten, dabei möglichst getrennte Befragung von pädiatrischem</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		Patient und Sorgeberechtigten, f) ausführlicher körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen und Ernährungsstatus (inklusive BMI), unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten, g) im Falle einer orthostatische Intoleranz (OI) über mehr als drei Monate Abklärung eines posturalen orthostatischen Tachykardie-Syndroms (PoTS) oder einer Orthostatischen Hypotonie (OH) mittels angelehntem 10-Minuten-Stehtest („NASA lean test“).		
10.30		Seite 9 §5, Abs. 1, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Zusätze durch KBV und GKV-SV erscheinen entbehrlich.	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
10.31		Seite 9 §5, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
10.32		Seite 10 §5, Abs. 3, Nr. 4-10 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Zusätze der KBV zu Nr. 4, 6, 8 und 10 erscheinen entbehrlich. Die Ergänzung des GKV-SV in Nr. 5 wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
10.33		Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 11 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von KBV/DGK/PatV wird mit Ergänzung unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen, auch digital“ Seite 10	[GKV-SV: Kenntnisnahme.]  [KBV: Ergänzung sinnvoll, sollte übernommen werden]  [DKG, PatV: siehe 9.32]	[PatV: „bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen, auch digital“]  [KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags (sinngemäß) in der Richtlinie]

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		§5, Abs. 1, Nr. 12 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird unterstützt. Seite 10		
10.34		§5, Abs. 1, Nr. 13 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der eingefügte Vorschlag des GKV-SV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
10.35		Seite 10, §5, Abs. 3, Nr. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Unterstützt werden die Vorschläge der PatV im allgemeinen Teil, sowie von GKV-SV/KBV/PatV unter Nummer 1.	Kenntnisnahme und Dank.	
10.36		Seite 11 §5, Abs. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV, inklusive allen Ergänzungen, wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.		
10.37		Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV erscheint nicht zwingend.	Kenntnisnahme und Dank.	
10.38		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die in Nummer 4 beschriebenen Aufgaben sind im Rahmen einer in der vorliegenden Richtlinie gestuften Versorgung der hausärztlichen Ebene zuzurechnen.]	
10.39		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 6 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
10.40		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 7-9 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen der KBV erscheinen nicht zwingend.	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Zustimmung. Eine Formulierung ansonsten geltender Regelungen ist nicht notwendig. Eine gesonderte Bestimmung zur Vorabklärung (Nr. 9) ist nicht erforderlich. Die Prüfung der Eignung kann auf Grundlage der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden.]	
10.41		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 10/11 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen des GKV-SV erscheinen nicht zwingend.	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Zur Ausfüllung der Koordinationsfunktion ist es notwendig, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt mindestens Kenntnis über weitere Überweisungen erlangt (Nr. 10). Die Prüfung der Eignung einer Hochschulambulanz soll auf Grundlage der Veröffentlichungen der Hochschulambulanzen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden, damit eine	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			zielgenaue Zuweisung zur geeigneten Versorgung ermöglicht wird (Nr. 11).]	
10.42		Seite 12/13 §6, Abs. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen von KBV/DKG/PatV zum ersten Satz und zu Nummer 1, von DKG/PatV zu Nummer 2 und von KBV/DKG/PatV zu Nummer 3 werden uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Zur Verwirklichung der gestuften Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und zur Orientierung der Patientinnen und Patienten ist zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier ist insbesondere auch von der besten Erreichbarkeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auszugehen. Die einzige zweckmäßige Ausnahmeregelung in Absatz 2 bezieht sich auf Situationen in denen Patientinnen und Patienten bereits in regelmäßiger Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt in Behandlung sind, die oder der aufgrund ihres oder seines Fachgebietes in der Lage ist die Koordinierungs- und hausärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			<p>5 ebenfalls in dem jeweils erforderlichen Umfang zu erbringen. In solchen Situationen, insbesondere wenn die Patientinnen oder der Patient keine Hausärztin oder keinen Hausarzt hat, wäre die Suche nach einer oder einem solchen eine unnötige Erschwernis, die dem Ziel der niederschweligen Erreichbarkeit der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie entgegenstünde. Daher wird die Ausnahmeregelung in Absatz 2 getroffen.]</p>	
<p><b>10.43</b></p>		<p>Seite 13 §6, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung des GKV-SV wird ebenso wie die nachfolgende Anmerkung von KBV/PatV unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „Sofern erforderlich, .... besteht.“ „Dieses Vorgehen beinhaltet.“</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Ein Austausch vor Überweisung an eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt ist notwendig, damit die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt seine Funktion angemessen erfüllen kann. Erfolgt die Behandlung durch weitere Fachärztinnen und Fachärzte ohne Wissen der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist die Koordination offenkundig</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>nicht mehr gewährleistet. Eine Erlaubnis bzw. Zustimmung der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist jedoch nicht erforderlich. Allerdings sollte im Regelfall ein Austausch vor Überweisung stattfinden. Ist dies aufgrund von Eilbedürftigkeit nicht möglich, ist mindestens eine Information im Nachgang notwendig. Weitere umfassende Erhebungen und Fallbesprechungen sind hier nicht regelungsbedürftig.]</p>	
10.44		<p>Seite 13/14 §6, Abs. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von DKG/PatV wird uneingeschränkt inklusive der Ergänzung der PatV unterstützt.</p>	Kenntnisnahme und Dank.	
10.45		<p>Seite 14 §6, Abs. 5 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Seite 14		
10.46		<p>§7, Nummer 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von GKV-SV/DKG/PatV wird mit minimaler Anpassung unterstützt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „... nicht durch hinreichend spezialisierte, vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erfolgen kann,“</p>	<p>[GKV-SV: Eine gesonderte Bestimmung zur Vorabklärung ist nicht erforderlich. Die Prüfung der Eignung kann auf Grundlage der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden. Relevante Informationen, die im Rahmen der koordinierten Versorgung bereits vorliegen sollten (vgl. u. a. § 4 Absatz 2 Nummer 8) können dann ggf., unter Berücksichtigung des Informationsbedarfes der besonderen Einrichtungen, übermittelt werden. Es handelt sich um einen ansonsten in der Regelversorgung üblichen Vorgang der Übermittlung relevanten Informationen.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.46]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
10.47		Seite 14 §7, Nummer 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
10.48		Seite 14 §7, Nummer 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
10.49		Seite 15 §7, Nummer 6 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der KBV-Vorschlag erscheint entbehrlich.	Kenntnisnahme und Dank.	
10.50		Seite 15 §7, Nummer 7 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Formulierung von KBV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
10.51		Seite 15 §7, Nummer 8 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/KBV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
10.52		Seite 15 §8, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Modifikation unterstützt. Die PEM ist eine Sonderform der Belastungstoleranz und nicht gleichbedeutend mit letzterer. Die Anmerkungen der PatV können aufgegriffen werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> 1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V.	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Auf die Besonderheiten der PEM wird in den Tragenden Gründen zur vorliegenden Richtlinie näher eingegangen.]  [DKG, PatV: siehe 9.52]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>2. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz mit post-exertioneller Malaise (PEM) auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.</p> <p>3. Bei allen Verordnungen sollten Besonderheiten wie PEM, ausgeprägte Reizempfindlichkeit oder eingeschränkte Mobilität ausdrücklich vermerkt werden. Im Falle von PEM sollte die Möglichkeit der aufsuchenden und telemedizinischen Umsetzung der Verordnung geprüft werden. „</p>		
10.53		<p>Seite 15 §8, Abs. 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Anpassung unterstützt. Bei Kindern und Jugendlichen sollten immer auch ortsnahe stationäre oder teilstationäre Versorgungsangebote in Erwägung gezogen werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> 1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst die</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung, wenn diese gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist.</p> <p>2. Insbesondere bei einer Belastungsintoleranz (PEM), bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen und/oder im Falle von Kindern und Jugendlichen ist eine stationäre bzw. teilstationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen.“</p>	<p>durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Die Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlung werden durch die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall begründet.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.53]</p>	
10.54		<p>Seite 15 §9 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag der PatV wird uneingeschränkt unterstützt. [Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[DKG, PatV: siehe 4.10]</p>	
11.	<p>Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. 2. November 2023</p>			

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
11.1	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. 2. November 2023	COVID-19-Erkrankungen bestimmten seit 2020 die Lebensumstände vieler Menschen in Deutschland. Insgesamt wurden bisher bei ca. 38,5 Millionen Personen SARS-CoV-2-Infektionen gesichert, die Höhe der Dunkelziffer ist unbekannt. Während COVID-19 initial als ein akutes Krankheitsbild verstanden wurde, zeigte es sich, dass viele Patientinnen und Patienten - auch nach milden COVID-19-Krankheitsverläufen - über Monate anhaltende Symptome aufweisen. Halten diese Beschwerden für länger als 4 Wochen an, wird dies als Long-COVID bezeichnet. Treten Beschwerden 12 Wochen nach Infektion auf und lassen sich diese durch keine andere Erkrankung erklären, liegt ein Post-COVID-Syndrom vor. Führende Symptome sind dabei Fatigue, klinische Depressivität, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit mit Belastungsdyspnoe. 75 % der Post-COVID-betroffenen Erwerbstätigen sind in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Eine wirksame kausale medikamentöse oder interventionelle Therapie ist bisher nicht etabliert; die Behandlung konzentriert	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Für eine Unterscheidung von Long- und Post-Covid in Bezug auf spezifische Bestimmungen der Richtlinie fehlen gegenwärtig hinreichend gesicherte Erkenntnisgrundlagen. Wesentlich ist eine auf die individuelle Symptomatik und deren Auswirkungen bzw. deren Linderung gerichtete Vorgehensweise. Insofern hier unterschiedliche Fachgebiete und Versorgungsebenen jeweils einbezogen werden müssen, enthält die Richtlinie die hierfür erforderlichen Bestimmungen.]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>sich auf unterstützende und symptomorientierte Maßnahmen. Vor diesem Hintergrund muss akzeptiert werden, dass Evidenzen für Diagnostik und Therapie bei Post-COVID begrenzt sind. Es ist aber zu erwarten, dass dieses sich in den nächsten Jahren ändert und der Erkenntnisstand deutlich zunimmt. Die Richtlinie sollte somit nach 5 Jahren überprüft werden. Auch wird vorgeschlagen kritisch zu diskutieren, ob diese Behandlungsrichtlinie tatsächlich für Patientinnen und Patienten mit Long-COVID (also 4 Wochen nach Infektion und häufig auch mit Spontanremission) oder für Patientinnen und Patienten mit Post-COVID erstellt werden soll. Zumindest erscheint ein stärker abgestuftes Vorgehen zwischen Patientinnen und Patienten mit Long-COVID und Patientinnen und Patienten mit Post-COVID sinnvoll.</p> <p>Sowohl bei Erwachsenen wie auch bei Kindern und Jugendlichen ist eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in einem abgestuften Versorgungskonzept nötig, um der Komplexität dieses Krankheitsbildes gerecht zu werden. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der hausärztlichen</p>		



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Praxis stellt die erste Stufe der Versorgung da. Zur Abklärung von Alarmsymptomen (so wie sie in der zurzeit gültigen Leitlinie definiert werden) ist eine fachärztliche Einbeziehung notwendig (zweite Stufe). Bei schweren Krankheitsbildern bzw. länger anhaltender Beeinträchtigung der Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben ist die sektorübergreifende Betreuung durch spezialisierte, interdisziplinäre Zentren zu Post-COVID (dritte Stufe), die sinnvollerweise in Kooperation mit der hausärztlichen Praxis stattfindet, notwendig. Bei einem nicht in der Regel nicht auf ein Organsystem beschränkten Krankheitsbild wie dem Post-COVID-Syndrom ist eine multimodale Betreuung unter Einbeziehung verschiedener Fachdisziplinen notwendig. Gerade bei schweren Krankheitsausprägungen ist es Betroffenen nicht möglich nacheinander, z. T. mit langen An- und Abreisewegen verbunden, einzelne Fachvertreter zu konsultieren.</p> <p>Nationale Kompetenz-Zentren zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Post-infektiösen Langzeitfolgen müssen etabliert und angemessen finanziert werden, um translationale Forschung in</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Deutschland zu verbessern. Die DGVS begrüßt nachdrücklich die Erstellung einer Richtlinie und kann nachvollziehen, dass die Entwicklung auch vor dem Hintergrund des begrenzten Wissenstandes und der hohen Zahl an Betroffenen intensive und teilweise auch kontroverse Diskussionen bedingt. Wir hoffen mit unserer Kommentierung zur konstruktiven Weiterentwicklung beitragen zu können. Im Folgenden nehmen wir insbesondere zu den dissidenten Positionen Stellung und hoffen die Konsensbildung zu befördern. Die entsprechenden Passagen des Entwurfs der Richtlinie auf die Bezug genommen wird, sind durch Kursivdruck und Farbrunterlegung kenntlich gemacht.</p>		
11.2		<p>§ 1 Rechtsgrundlage, Zweck und Versorgungsziele <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Eine „verbesserte, bedarfsgerechte, aber auch flächendeckende und zeitnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten“ ist unabdingbar. Auch in ländlichen Regionen muss Betroffenen in der Nähe des Wohnortes eine ärztliche Versorgung in der 1. Stufe</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Es wurden Veränderungen in § 1 umgesetzt, die die Anliegen des Stellungnehmenden aufgreifen] [KBV:</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>angeboten werden. Dieses wird im Übrigen von der KBV als eine ihrer zentralen Aufgaben definiert. Es sollte Aufgabe der hausärztlichen Versorgung sein, „1. die Verfügbarkeit und niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote“ sicherzustellen. Der Begriff „zentral“ ist jedoch zu streichen; ein zentraler Ansprechpartner kann – im Gegensatz zur hausärztlichen Betreuung – Patientenspezifika nicht berücksichtigen und nicht sinnvollerweise eine längerfristige Patientenbetreuung koordinieren. Ebenso erscheint „3. die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung“ sowie „4. die Versorgung auf der Grundlage eines strukturierten und aktuellen Behandlungsplans“ sinnvoll, um eine Fehlversorgung in Diagnostik und Therapie zu vermeiden. „Die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote“ ist eine zentrale Aufgabe der hausärztlichen Betreuung und sollte nicht dissent betrachtet werden; die</p>	<p>Zu § 1 Nr. 3: Mangelnde Evidenz für eine Zuordnung nach Schweregraden (siehe IQWiG-Recherche)                  Zu § 1 Nr. 4: Ablehnung durch DKG, nicht KBV                  Zu § 1 Nr. 7: Förderung der (translationalen) Forschung nicht Gegenstand der Richtlinie</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Ablehnung durch die KBV kann nicht nachvollzogen werden.</p> <p>„7. Die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Zugang zu klinischen Studien zur Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten und Förderung der translationalen Forschung“ sollte ebenso zentrales Element der Richtlinie sein, da gerade bei diesem Krankheitsbild insbesondere Fragen zu angemessenen Therapien durch die translationale Forschung beantwortet werden müssen. Diese wäre z. B. Aufgabe nationaler Kompetenzzentren.</p> <p>„8. und grundsätzlich im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung auch vorzusehende Angebote zur 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-Exertional Malaise (PEM)“. Die Post-Exertionale Malaise ist ein Umstand der Betroffene in ihrer Lebensqualität deutlich beeinträchtigt. Die Be-</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>rücksichtigung der PEM ist für den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen zentral; die Benennung in der Richtlinie ist zielführend. Es ist nicht nachvollziehbar, wieso die Formulierungsvorschläge der GKV und KBV abgelehnt wurden. Symptomlinderung, Verbesserung des Krankheitsverlaufs, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität muss das Ziel ärztlicher Betreuung sein und somit auch Teil der Formulierung einer Behandlungsrichtlinie sein.</p>		
11.3		<p>§ 2 Definition der Patientengruppe  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                  „3. infolge eines viralen Infekts oder einer [DKG: fehlgesteuerten] Immunantwort auf einen viralen Infekt oder eines anderen Auslösers einer Immunantwort post-akut eine der Long- COVID-Erkrankung vergleichbare Symptomatik aufweisen oder“                  Die Aufnahme von Definitionen von auslösenden Ursachen für Post-COVID ist bei einem ursächlich unklaren, hochwahrscheinlich multifaktoriellem Krankheitsbild nicht sinnvoll. Hier ist der Vorschlag der KBV zielführend.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                  [GKV-SV: Die Versorgung nach dieser Richtlinie setzt die definitive Ursachenabklärung nicht voraus, es soll lediglich eine Verbindung hergestellt werden. Allerdings erscheint es sinnvoll, diese Verbindung und mögliche Ursache zu ergründen.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>„(2) In den Fällen von Absatz 1 Nummer 1 müssen diese Symptome oder Beschwerden mit Erkenntnissen zu postinfektiösen Symptomatiken in Verbindung gebracht werden können.“                      Diese stellt unserer Ansicht nach keine inhaltliche Erweiterung zum darüberstehenden Abschnitt („(2) Die Diagnosestellung erfolgt leitlinien...“) dar und kann deshalb ersatzlos gestrichen werden.</p>		
11.4		<p>§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      „(2) die folgende Kriterien erfüllen: 1. direkte telefonische Erreichbarkeit und Terminvergabe an mindestens 4 Wochentagen jeweils für 4 Stunden, 2. bedarfsabhängig kurzfristige Terminvergabe und Terminvermittlung zu anderen Ärzten, 3. Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einem Psychologen/Psychotherapeuten, 4. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten (z. B. Videosprechstunde), 5. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]                       [GKV-SV: Zu § 3 (2): Besondere Bestimmungen, die die Verfügbarkeit auf der hausärztlichen Ebene einschränken widersprechen dem Anliegen mit Hilfe der Richtlinie einen zeitnahen und breit verfügbaren Versorgungszugang zu ermöglichen. Sie sind auch unnötig.                      Zu § 3 (3): Differenzierte Regelungen zur fachärztlichen Versorgung sind an dieser</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2.“</p> <p>Es erscheint unrealistisch flächendeckend auf der hausärztlichen Versorgungsebene telemedizinische Angebote (z. B. Videosprechstunden) zu fordern; dieses ist zu streichen, die anderen Qualitätsparameter erscheinen zielführend und notwendig.</p> <p>„(3) In der fachärztlichen Ebene erfolgt die Versorgung... Folgende Kriterien sind von der fachärztlichen Versorgung zu erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. direkte telefonische Erreichbarkeit und Terminvergabe an mindestens 3 Wochentagen jeweils für 2 Stunden,</li> <li>2. bedarfsabhängig zeitnahe Terminvergabe bei Überweisung durch den Hausarzt,</li> <li>3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten,</li> <li>4. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2.“ <p>Es erscheint unrealistisch flächendeckend auch auf der fachärztlichen Versorgungsebene telemedizinische Angebote (z. B. Videosprechstunden) zu fordern;</p> </li></ol>	<p>Stelle nicht erforderlich. Eine Einschränkung der zugänglichen Ärztinnen und Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, ist zu vermeiden.</p> <p>Zu § 3 (4): Für eine besonders spezialisierte ambulante Versorgung sind, aufgrund dieser Besonderheit, Kriterien zu formulieren. Die Nennung der Fachgebiete im Beschlussentwurf basiert darauf, dass diese nach vorliegenden Erkenntnissen insbesondere häufig im Kontext der Versorgung nach dieser Richtlinie voraussichtlich gefordert sein werden. Werden Ambulanzen mit anderen Schwerpunkten betrieben (z. B. "Immunologie"), die diese Kriterien nicht erfüllen, so können diese, für entsprechend geeignete Gruppen von Patientinnen und Patienten auf der Ebene der fachärztlichen ambulanten Versorgung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mitwirken. Die Nennung</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>dieses ist zu streichen, die anderen Qualitätsparameter erscheinen zielführend. Stattdessen können eine Formulierung, die auf die „Entwicklung entsprechender Angebote“ abzielt“, aufgenommen werden.</p> <p>„(4) Die Versorgung auf der Ebene spezialisierte ambulante Versorgung erfolgt durch Hochschulambulanzen im Sinne von § 117 SGB V ... , die folgende Kriterien erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ein der Erkrankungsgruppe nach § 2 entsprechendes Angebot mit mindestens zwei Fachrichtungen aus dem Gebiet Innere Medizin und mindestens einem weiteren Fachgebiet,</li> <li>2. ein Angebot zur Behandlung psychischer Störungen i. V. m. einer Erkrankung nach § 2 auch in Kooperation,</li> <li>3. regelmäßiges Angebot von Sprechstunden, mindestens an 2 Tagen pro Woche,</li> <li>4. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten,</li> <li>5. Wahrnehmung oder Angebot von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2“ <p>Der Formulierungsvorschlag der DKG ist insgesamt</p> </li></ol>	<p>nung weiterer Fachgebiete könnte die Versorgungsmöglichkeiten zu stark einschränken, wenn deren Beteiligung verpflichtend wäre. Anregungen aus den Stellungnahmen in Bezug auf Erreichbarkeit und Verfügbarkeit wurden aufgenommen.</p> <p>Zu Fragen vertraglich vereinbarter Vergütung kann der G-BA hier keine Aussagen treffen.]</p> <p>[KBV: Zu § 3 (3) und (4) Fortbildungsverpflichtungen sind nicht von der Regelungskompetenz umfasst. Zusätzliche Anforderungen würden das Angebot verknappen und eine breite Umsetzung der Richtlinie behindern.]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>zielführend. Die Benennung von Schwerpunktfächern aus der Inneren Medizin (Kardiologie, Pulmonologie) wird z. B. dem Umstand nicht gerecht, dass die etablierten Spezialambulanzen im Bereich der Infektiologie angesiedelt sind; die Bezeichnung „Innere Medizin“ ist ausreichend. Auch entspricht die Forderung von Tagen und Stunden einem zu kleinteiligen Regelungswerk; die Ambulanzzeiten müssen bedarfsgerecht sein. Angemerkt sei, dass das vorgeschlagene interdisziplinäre Versorgungskonzept nicht kostendeckend durch die sogenannte „Hochschulambulanzvergütung der Länder“ mit Quartalspauschale nicht kostendeckend ist und einen Hauptgrund für die bisher unzureichende Versorgung der Betroffenen darstellt.</p>		
11.5		<p>§ 4 Behandlungsplan und Koordination der Versorgung  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Grundsätzlich sind Behandlungspläne und eine koordinierte Versorgung zu begrüßen. Die Punkte (1) sowie (2)1-13 und (3) sind jedoch primär Aufgabe der hausärztlichen Versorgung, die in schweren Fällen an</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]                       [GKV-SV: Die Koordinierung ist (bis auf besondere Konstellationen entsprechend § 6 Absatz 2) eine Aufgabe der hausärztlichen Versorgungsebene.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>spezialisierte Ambulanzen übertragen werden können. Wichtig ist, dass für die Patientinnen und Patienten eindeutig ist, wer für die koordinierte Versorgung verantwortlich ist; dieses kann entsprechend der Schwere des Krankheitsbildes durchaus wechseln.</p>		
11.6		<p>§ 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Hier sind die zwischen GKV-SV, KBV und PatV konsentierten Formulierungen zu übernehmen; diese erscheinen sinnvoll und zielführend. Der unter 2. weitere Aufgaben zur Verdachtsabklärung von der KBV vorgeschlagene Einschub „an der vertragsärztlichen Versorgung“ ist zu streichen, da er die notwendige Flexibilität zu stark reglementieren würde. Ebenso ist der Einschub der GKV-SV „soweit für die Anwendung nicht selbst vorgehaltener Untersuchungsmethoden gemäß Absatz 3 erforderlich“ zu streichen. Die unter 11. geforderte Teilnahme an „Konsilen und Fallbesprechungen“ überfordert die hausärztliche Versorgung.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Auch ohne den Einschub in Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung, ist der Regelungsauftrag gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V auf die ärztliche Versorgung beschränkt. Hausärztinnen und Hausärzte sollen Untersuchungen, die sie selbst durchführen können auch durchführen und hierzu keine Überweisung veranlassen. Dies ist im Sinne der gestuften Versorgung zweckmäßig, da die fachärztliche Versorgung in einem solchen Falle nicht notwendig ist. Eine Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechung ist nicht gesondert regelungsbedürftig.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
11.7		<p>§ 6 Diagnostik und Behandlung in der fachärztlichen Versorgung  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Auch hier erscheinen die zwischen GKV-SV, KBV und PatV konsentierten Formulierungen sinnvoll und ziel-führend.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p>	
11.8		<p>§ 7 Diagnostik und Behandlung in der spezialisierten ambulanten Versorgung  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      In schweren Fällen können auch die unter §4 genannten Aufgaben im Rahmen der spezialisierten ambu-lanten Versorgung ausgeübt werden. Diese gehen dann über „eine Unterstützung und Beratung der an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Lei-stungserbringer“ hinaus. Diese Formulierung ist somit zu erweitern. Die unter 2. von KBV/GKV-SV gefor-derte Überweisung als Grundlage für die Behandlung in einer spezialisierten ambulanten Versorgung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Die Ablehnung der KBV</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Die durch vorliegende Richtlinie bestimmte bzw. beschriebene, gestufte Versorgung wird, aufgrund sowohl der Breite als auch Heterogenität der Gruppen von Patientinnen und Patienten und sehr unterschiedlicher Versorgungsbedarfe und insbesondere auch aufgrund der Zielset-zung der niederschweligen Erreichbarkeit grundsätzlich auf der hausärztlichen Ebene angesiedelt (eine Ausnahme hiervon bilden Situationen, in denen bereits ein Beziehung zu einer Fachärztin/einem Facharzt be-steht, s. § 6 Absatz 2). Eine Koordinierung</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		zur vorgeschlagenen „Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung von Kindern- und Jugendlichen nach § 6, insofern eine Versorgung nicht durch hinreichend spezialisierte, vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte erfolgt“ ist nicht nachvollziehbar.	durch besonders spezialisierte ambulante Einrichtungen ist damit nicht vereinbar. Erfolgt die Versorgung umfassend und, sofern absehbar, dauerhaft wesentlich durch eine spezialisierte Einrichtung gemäß § 3 Absatz 4 bzw. gemäß § 7, so ist ein, diese Einrichtung und ihre ggf. vorhandene und interdisziplinäre Binnenorganisation dann ggf. maßgeblich. U. U. handelt es sich dann in der Folge auch nicht mehr um eine Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie, deren wesentliche Aufgabe hier zunächst eine breite Zugänglichkeit und ggf. Steuerung in die richtige Versorgungsebene ist. Eine Versorgung von Kindern und Jugendlichen in spezialisierten ambulanten Einrichtungen kann notwendig sein, wenn, hier auch im Unterschied zur Versorgung erwachsener Patientinnen und Patienten, hinreichend spezialisierte Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte nicht im erforderlichen Maße zur	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			<p>Verfügung stehen oder auch die Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie bei auch anderen Erkrankungen bereits nicht selten in spezialisierten Einrichtungen stattfindet.]</p> <p>[DKG, PatV: Zustimmung]</p>	
11.9		<p>§ 8 Verordnung weiterer Leistungen  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      (1) „PatV: Hierzu gehört auch die Rücksichtnahme auf bestehende Reizempfindlichkeiten und tageszeitabhängige Bedürfnisse sowie die Nutzung aller bestehenden Möglichkeiten von Hausbesuchen und telemedizinischen Verordnungs- sowie Erbringungsmöglichkeiten. Die Belastungsgrenze ist zu beachten sowohl bei der qualitativen als auch der quantitativen Auswahl der zu verordnenden Leistungen. In den Verordnungen ist auf diese Spezifika hinweisen.“                      Diese vorgeschlagenen Ergänzungen sind grundsätzlich richtig, erscheinen aber doch eine zu detaillierte Festschreibung von Abläufen, die in der Praxis auch</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Die Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlung werden durch die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall begründet.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>nicht immer umzusetzen sind. Deshalb ist diese Formulierung zu streichen. (2) „DKD/PatV: Die Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung, wenn diese gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist. Insbesondere bei einer Belastungsintoleranz (PEM) oder bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen ist eine stationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen.“ Die vorgeschlagene Passage ist sinnvoll; die Ablehnung von GKV-SV/KBV nicht nachvollziehbar.</p>	<p>[DKG, PatV: Zustimmung]</p>	
<p><b>11.10</b></p>		<p>§ 9 Evaluation  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      In diesem Abschnitt sollte dem Formulierungsvorschlag der PatV gefolgt werden. Eine fest geschriebene Evaluation erscheint vor dem Hintergrund des niedrigen Evidenzniveaus zum Krankheitsbild dringend notwendig.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Gerade weil die Erkenntnislage sowohl zur Erkrankung als auch zur Versorgungssituation derzeit stark limitiert ist, sind Änderungen auch wahrscheinlich und es wird deshalb als verfrüht angesehen, im Beschluss über eine Evaluation zu entscheiden.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			[DKG, PatV: siehe 9.54]	
12.	<b>Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie vom 2. November 2023</b>			
12.1		<p>Post COVID Erkrankungen führen im Kindes- und Jugendalter zu einer relevanten Morbidität. Im Februar 2023 wurde von der WHO eine für diese Altersgruppe spezifische Definition für die Post COVID Condition (PCC) geprägt, das nach SARS- CoV- 2 Infektion länger als acht Wochen persistierende Symptome mit Einschränkung täglicher Aktivitäten beinhaltet [1]. Die Prävalenz nach SARS- CoV- 2 Infektion wird in verschiedenen Kinder- und Jugendlichen Kohorten mit 1-40% angegeben, meistens mit unter 5% [2,3,4]. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen leiden oft unter vielfältigen Symptomen wie z.B. vermehrter Erschöpfung (Fatigue), belastungsabhängiger Luftnot sowie dadurch bedingter erheblicher Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit und verzögerter Erholung nach Belastung (post-exertioneller Malaise, PEM) [2,4, 5]. PCC-ähnliche Symptomkomplexe treten auch nach</p>	[GKV-SV, DKG, PatV: Kenntnisnahme. Die besonderen Versorgungsstrukturen in der Kinder- und Jugendmedizin, insbesondere über die hausärztliche Versorgung hinaus, werden in der vorliegenden Richtlinie berücksichtigt.]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>anderen Infektionserkrankungen (z.B. Mononukleose) und selten nach Impfungen auf und können zu myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) führen [6]. ME/CFS tritt auch als schwere Verlaufsform der PCC auf[7,8,9]. Betroffen sind vor allem adoleszente Mädchen [4,8,10]. Eine leitliniengerechte, altersadaptierte, umfassende und zeitnahe Diagnostik ist erforderlich um Differentialdiagnosen rasch abzuklären und mit gezielten therapeutischen Interventionen zu beginnen [11,12]. Die primärärztliche Versorgung wird in der Regel durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin geleistet. Die spezialisierte fachärztliche Differenzialdiagnostik wird durch die Subdisziplinen der Pädiatrie (z.B. Kinderkardiologie, --pneumologie, -neurologie) angeboten, welche überwiegend unter einem Dach in Kinderkliniken und weniger im niedergelassenen Bereich angesiedelt sind. Interdisziplinäre diagnostische Angebote für PCC finden sich derzeit überwiegend in pädiatrischen Hochschulambulanzen, Tageskliniken und Stationen sowie in Sozialpädiatrischen Zentren.</p>		



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Die psychosoziale Betreuung hat bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit den adressierten Erkrankungen einen besonders hohen Stellenwert [11]. Sie erfordert ein spezialisiertes Wissen zu den gesetzlichen Regelungen für diese Altersgruppe. Insgesamt sind deutlich weniger Kinder und Jugendliche als Erwachsene von den adressierten Erkrankungen betroffen [2,3,9], so dass eine flächendeckend hochwertige pädiatrische Versorgung u.a. durch virtuelle Fallkonferenzen und Telekonsile für Leistungserbringende sowie Televisiten und altersadaptierte Schulungsangebote für Betroffene und Sorgeberechtigte anzustreben ist. Modellprojekte sind diesbezüglich vielversprechend (z.B. Post-COVID Kids Bavaria [13]).</p>		
12.2		<p>Seite 1:                      Titel/Zielgruppe  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      ME/CFS sollte wegen hoher Versorgungsrelevanz im Titel vorkommen.  <b>Änderungsvorschlag:</b></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Der Titel "... für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen" ist sachgerecht, da er den gesetzlichen Regelungsauf-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		„von Long/ Post-COVID und ähnlichen Infektions-Folgeerkrankungen sowie ME/CFS“	trag und dessen Umsetzung in der Richtlinie in Bezug auf die Erkrankungen bzw. Gruppen von Patientinnen und Patienten benennt.]  [DKG, PatV: siehe 9.2]	
12.3		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Unterstützt wird der Vorschlag von DGK/PatV mit Ergänzung. <b>Änderungsvorschlag:</b> „die Verfügbarkeit und niedrighschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote, im Kindes- und Jugendalter gestützt durch zentrale, virtuelle Versorgungsstrukturen“	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: siehe 9.3]	
12.4		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Die Vorschläge von DKG/PatV werden mit Ergänzungen unterstützt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p>„3. die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden (gemessen an Einschränkung der Alltagsaktivität und Teilhabe) für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung.</p> <p>4. die Versorgung auf der Grundlage eines individualisierten, strukturierten und aktuellen Behandlungsplans,“</p>	<p>[KBV: Keine Evidenz für Einteilung in Schweregrade (siehe IQWiG-Recherche)]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.4]</p>	
12.5		<p>Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unverändert unterstützt.</p> <p>Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 7</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Der Punkt der PatV muss nicht gesondert erwähnt werden.</p>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
12.6		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 8 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird minimal adaptiert unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „ ... des Verlaufs unter Beachtung der post-exertionellen Malaise (PEM).“	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: siehe 9.7]	
12.7		Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Formulierung sollte korrigiert werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> „2. ... zur Prophylaxe einer schweren COVID-19 Long-COVID-ähnliche ...“	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: siehe 9.8]	
12.8		Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 3 u. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b>	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: siehe 9.9]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Die Richtlinie regelt auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit dem Verdacht auf- oder einer festgestellten Erkrankung, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankungsausprägung wie Long-COVID aufweist. In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen und Patienten erfasst, die 1. infolge einer Infektion post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik aufweisen oder 2. eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) aufweisen.</p>		
12.9		<p>Seite 4 §2, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Zusatz von GKV-SV/KBV wird abgelehnt, weil 1. bereits das Stellen der Verdachtsdiagnose eine notwendige medizinische Maßnahme gemäß der Richtlinie beinhaltet und 2. medizinischer Versorgungsbedarf auch außerhalb einer Studie bestehen kann und oft besteht.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]  [GKV-SV: Zu 1. Das Vorliegen einer Verdachtsdiagnose wird hier generell vorausgesetzt. Sie kann sowohl von der betreffenden Person selbst gestellt als auch von einer Ärztin oder einem Arzt außerhalb der Richtlinie gestellt werden. zu 2. Die Bestimmung erfolgt hier, um zu verhindern, dass</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			die Versorgung im Rahmen der Richtlinie eine Studienteilnahme erschwert, da die Durchführung von Studien in dem Feld von herausragender Bedeutung ist. Gleichwohl kann dem Anliegen des Stellungnehmenden durch einen Zusatz im Beschlussentwurf Rechnung getragen werden, der diesen Sachverhalt verdeutlicht.]	
12.10		Seite 5 §3, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde müssen auch Leistungen im tagesstationären und stationären Bereich eingebunden werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> „ ... spezialisierte ambulante Versorgung (§7) sowie sonstiger Leistungen (z.B. tagesstationäre, stationäre Versorgung) (§8) erfolgen.	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die Richtlinie erstreckt sich, nach Rechtsgrundlage, auf die ärztliche Versorgung gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V. Bestehende stationäre Behandlungsmöglichkeiten werden durch die vorliegende Richtlinie nicht eingeschränkt.]  [KBV: Stationärer Bereich wird nicht von der Richtlinie erfasst.]	
12.11		Seite 5 §3, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>	[GKV-SV: Kenntnisnahme.]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		Der Vorschlag der DKG zu Krankenhäusern wird unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „Die Versorgung von Patientinnen erfolgt durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringende und Krankenhäuser. ...“	[KBV: Regelung nicht erforderlich] [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]	
12.12		Seite 5 §3, Abs. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag der DKG wird abgelehnt, weil er zum einen überreguliert und zum anderen unvollständig ist (Pädiatrie, aufsuchende Versorgung).	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Zustimmung. Eine Einschränkung der zugänglichen Ärztinnen und Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, ist zu vermeiden. Der Erwerb von Kenntnissen in Bezug auf die Zielerkrankungen gemäß § 2 der vorliegenden Richtlinien ist wünschenswert.]	
12.13		Seite 5/6 §3, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von GKV-SV/KBV/PatV werden ergänzt unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b>	Kenntnisnahme und Dank. [PatV: Der Formulierung wird modifiziert gefolgt.]	[PatV: Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt darüber hinaus auch durch stationär/teilstationär tätige Fachärztinnen und

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		„Die fachärztliche Versorgung umfasst ... Einrichtungen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt darüber hinaus auch durch stationär/teilstationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit Subspezialisierung sowie insbesondere auch durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).“		Fachärzte mit Subspezialisierung sowie insbesondere auch durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).]
12.14		Seite 6 §3, Abs. 4 allgemein <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
12.15		Seite 5/6 §3, Abs. 4, Nr. 1-6 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag der PatV wird mit Modifikationen unterstützt. <b>Änderungsvorschlag zu PatV:</b> „..., die folgende Kriterien erfüllen: 1. Gewährleistung einer bedarfsgerechten interdisziplinären und multiprofessionellen Versorgung unter	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: siehe 9.16]	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Berücksichtigung für das Krankheitsbild besonders relevanter medizinischer Fachgebiete (z.B. Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Infektiologie, Psychologie bzw. entsprechender pädiatrischer Fachdisziplinen)</p> <p>2. die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für die relevanten Fachgebiete (evtl. in geregelter Kooperation)</p> <p>3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten,</p> <p>4. Information der Betroffenen über laufende Studien und Forschungsergebnisse sowie im Falle von Hochschulambulanzen eigene Forschungstätigkeit zu Erkrankungen gemäß § 2</p> <p>5. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten und im Falle von Hochschulambulanzen eigenes Angebot von Fortbildungsveranstaltungen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach §2</p> <p>6. regelmäßiges Angebot.“</p> <p>Seite 7 §4, Abs. 5</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG wird unterstützt.</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
12.16		<p>Seite 7 §4, Abs. 1</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Keine Übernahme des Vorschlags der PatV, stattdessen Ergänzung zur Zentralisierung der pädiatrischen Versorgung.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „... Behandlungskoordination und Behandlungsplan. Die Koordination der pädiatrischen Versorgung sollte durch eine übergeordnete, zentrale, virtuelle Koordinierungsstelle unterstützt werden, an die sich Betroffene und Primärversorgende wenden können.“</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Es bleibt unklar, was unter einer zentralen Koordinierungsstelle zu verstehen ist. Die Forderung nach besonderen, zentralisierten Koordinatoren erscheint hier als unnötig und würde auch die Verfügbarkeit koordinierender Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte einschränken.]</p> <p>[KBV: Die Schaffung zusätzlicher Strukturen bzw. Ebenen führt zu Schnittstellenproblemen.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe auch 9.3]</p>	
12.17		<p>Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Behandlungsplan sollte individuell zugeschnitten werden. Der Zusatzvorschlag der KBV erscheint nicht zwingend</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[DKG, PatV: siehe auch 9.19]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      „die Erstellung eines individualisierten Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 5 Nummer 1 ...“</p>		
12.18		<p>Seite 8                      §4, Abs. 2, Nr. 4  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Der Vorschlag von KBV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      „die Vorabklärung und Planung individuell erforderlicher ... Hinsicht,“</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [DKG, PatV: siehe 9.20]</p>	
12.19		<p>Seite 8                      §4, Absatz 2, Nr. 5  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Die Einfügung von KBV/GKV-SV wird nicht unterstützt, weil unspezifisch.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Zustimmung. Entscheidend ist die Terminvermittlung selbst, die bloße "Unterstützung" hierbei ist unspezifisch.]</p>	
12.20		<p>Seite 8                      §4, Abs. 2, Nr. 9  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Es sind hier lediglich Überweisun-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Der Bedarf einer stationären Einweisung sollte ergänzt werden.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      „ ... Überweisungen und bei Bedarf stationärer Einweisungen“</p>	<p>gen genannt, weil an dieser Stelle die Koordinationsfunktion im Mittelpunkt steht. Sowohl die koordinierende Ärztin bzw. den koordinierenden Arzt können in ihrer Rolle als Behandelnde (ebenso wie die anderen Versorgungsbeteiligten) Einweisungen wie in der Regelversorgung außerhalb der vorliegenden Richtlinie veranlassen. Im Rahmen der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie ist insbesondere von Bedeutung, dass Überweisungen bevorzugt durch die koordinierende Ärztin bzw. den koordinierenden Arzt erfolgen sollen (diese bzw. dieser jedenfalls von Überweisungen Dritter Kenntnis erhält), damit die Koordinationsfunktion adäquat ausgefüllt werden kann.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.21]</p>	
12.21		<p>Seite 8                      §4, Abs. 2, Nr. 11  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Die Anregung wird aufgegriffen</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Die Vorschläge von GKV-DSV/DKG/PatV und KBV werden mit Ergänzung unterstützt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere Leistungs-erbringende sowie kooperierende Einrichtungen und Organisationen (z.B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen, Ausbildungsstätten, Universitäten)</p>	<p>[DKG, PatV: siehe 9.22]</p>	
12.22		<p>Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 13</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Arbeits- und Ausbildungsfähigkeit kann nicht immer erhalten werden. Die Ausbildungsphase sollte gesondert berücksichtigt werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „.... zur Krankheitsbewältigung und dem bestmöglichen Erhalt von Arbeits-, Ausbildungs- oder Schulfähigkeit.“</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Die Anregung wird aufgegriffen.</p> <p>[KBV: Vorschläge übernehmen]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.23]</p>	<p>[KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags (sinngemäß) in der Richtlinie]</p>
12.23		<p>Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 14</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Die Anregung wird aufgegriffen.]</p>	<p>[KBV: Übernahme des Ände-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Auf Schulungsangebote und Informationsquellen sollte unter einem weiteren Punkt 14 aufmerksam gemacht werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      „Hinweise auf Schulungsangebote und sonstige Informationsquellen (z.B. Flyer, Webseiten) für Betroffene, Sorgeberechtigte, andere Leistungserringende sowie kooperierende Einrichtungen“.</p>	<p>[DKG, PatV: siehe 9.24]</p> <p>[KBV: Übernahme]</p>	<p><b>rungsvorschlags (sinngemäß) in der Richtlinie]</b></p>
12.24		<p>Seite 8/9                      §4, Abs. 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Der Vorschlag von GKV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p>	
12.25		<p>Seite 9                      §4, Abs. 4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Der Vorschlag von GKV-SV erscheint entbehrlich.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p>	
12.26		<p>Seite 9                      §5, Abs. 1</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p>	<p><b>[KBV: Übernahme des Ände-</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Die Besonderheit der primärärztlichen Versorgung durch Fachärztinnen und – ärzte für Kinder- und Jugendärztinnen sollte adressiert werden.                      Änderungsvorschlag: Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. „Aufgaben der hausärztlichen ...“</p>	<p>[GKV-SV: Gemäß § 73 Absatz 1a SGB V nehmen Kinder- und Jugendärzte an der hausärztlichen Versorgung teil und sind somit umfasst.]</p> <p>[KBV, PatV: Vorschläge übernehmen]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.27]</p>	<p><b>rungsvorschlags (sinngemäß) in der Richtlinie]</b></p>
12.27		<p>Seite 9                      §5, Abs. 1, Nr. 1.  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sollten neben Hausärztinnen und -ärzten ausdrücklich berücksichtigt werden. / Die Fremdanamnese in der Pädiatrie sollte in einem eigenen Punkt aufgegriffen werden. / Der psychische Status sollte unter Anamnese (a) eingeordnet werden. / Bei der Anamnese sollte der mutmaßliche Trigger, der Zeitpunkt des Auftretens bzw. die Dauer der Symptomatik erfasst werden. / Häufige</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind von der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a SGB V umfasst. Die Möglichkeit, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin auch Kinder versorgen soll nicht ausgeschlossen werden. Mutmaßliche Trigger, der Zeitpunkt des Auftretens bzw. die Dauer der Symptomatik u. a. zu erfassen sind Aspekte</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Symptome wie Fatigue, Belastungsintoleranz, Dyspnoe, orthostatische Intoleranz (OI), Schmerz, Schlafstörungen und psychische Auffälligkeiten (Davis 2021, Lopez-Leon 2021, 2022) sollten strukturiert erfragt werden. / Die aus der „hinweisende Symptomatik“ (d) resultierenden Empfehlungen sollten präzisiert sowie relevante Fragebögen, Scores und Tests genannt werden, z.B. DSQ-PEM (Cotler 2018), IOM-Kriterien (Carruthers 2003), Kanadischen Konsensuskriterien (CCC) (Clayton 2015), „Munich Berlin Symptom Questionnaire“ (MBSQ) (Peo 2023), angelehnter 10-Minuten-Stehetest (Koczulla 2022), PHQ4-Screener (Löwe 2010) / Zur Messung der Funktionseinschränkungen bzw. Priorisierung des Versorgungsbedarfs kann beichronischer Fatigue und ME/CFS der Bell-Score [Bell 1995] sowie im Falle von Kindern und Jugendlichen allgemein der Fragenkatalog der Deutschen Gesellschaft für Kinder – und Jugendheilkunde (DGKJ) (Töpfner 2022) eingesetzt werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „Aufgaben der haus- bzw. kinder- und jugendärztli-</p>	<p>der Anamnese, auf deren gesonderte Nennung verzichtet wird. Dies gilt auch für andere Aspekte, die der Stellungnehmende anführt. Der G-BA verzichtet in der vorliegenden Richtlinie grundsätzlich darauf, einzelne diagnostische oder therapeutische Verfahren zu benennen, zu empfehlen oder verbindlich vorzugeben. Im Rahmen der Richtlinie ist in dem von vielen Unsicherheiten gekennzeichneten Feld eine systematische Erfassung und Bewertung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und Verfahren als nicht zielführend erachtet worden um der Zielsetzung einer die Versorgung strukturierenden Richtlinie zeitnah zu entsprechen. Dies gilt auch für die Nennung spezifischer Bewertungs- und Erhebungsinstrumente. Die Stellungnahme wird aber insofern aufgegriffen, als dass in den Tragenden Gründen auf das Vorhandensein und die ggf. Nutzbarkeit bestimmter Erhebungsinstrumente in allgemeiner</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>chen Versorgung im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere:</p> <p>1. Basis-Assessment: die Abklärung des Verdachts ... durch systematische Erfassung .... In der Regel einschließlich</p> <p>a) ausführlicher, strukturierter Anamnese mit Impfanamnese und Erfassung häufiger Symptome sowie mutmaßlichem Trigger, Zeitpunkt des Auftretens und Dauer der Symptome (darunter Fatigue, Belastungsintoleranz, orthostatische Intoleranz (OI), Dyspnoe, Schmerz, Schlafstörungen und psychischer Status,</p> <p>b) im Falle einer anamnestische Belastungsintoleranz Abklärung einer post-exertionellen Malaise (PEM), z.B. mittels etablierten Fragebogens (DSQ-PEM).</p> <p>c) im Falle von Fatigue und PEM Abklärung eines ME/CFS mittels etablierter klinischer Kriterien [Kriterien des Institute of Medicine (IOM) und/oder Kanadische Konsensuskriterien (CCC), evtl. mit einem integrierten Fragebogen (MBSQ)], unter Berücksichtigung der Mindestkrankheitsdauer von 6 Monaten</p> <p>d) Erfassung des funktionellen Status (leichte, mäßige</p>	<p>Form hingewiesen wird.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.28]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>oder schwere Funktionseinschränkung) anhand etablierter Skalen (im Falle von chronischer Fatigue des Bell-Scores) sowie Einschränkungen der Teilhabe der Betroffenen (im Falle von Kindern und Jugendlichen auch eingeschränkter Berufstätigkeit von Sorgeberechtigten),</p> <p>e) im Falle von Kindern und Jugendlichen je nach Alter ausschließlich oder zusätzlich eine Fremdanamnese durch mindestens eine Bezugsperson, dabei möglichst getrennte Befragung von pädiatrischem Patient und Sorgeberechtigtem,</p> <p>f) ausführliche körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen und Ernährungsstatus (inklusive BMI), unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten,</p> <p>g) im Falle einer Beschwerdesymptomatik über mehr als drei Monate Abklärung eines posturalen orthostatischen Tachykardie-Syndroms (PoTS) oder einer Orthostatischen Hypotonie (OH) mittels angelegtem 10-Minuten-Stehetest („NASA lean test“).</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
12.28		Seite 9 §5, Abs. 1, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Zusätze durch KBV und GKV-SV erscheinen entbehrlich.	Kenntnisnahme und Dank.	
12.29		Seite 9 §5, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von GKV-SV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
12.30		Seite 10 §5, Abs. 3, Nr. 4-10 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Zusätze der KBV zu Nr. 4, 6, 8 und 10 erscheinen entbehrlich. Die Ergänzung des GKV-SV in Nr. 5 wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
12.31		Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 11 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von KBV/DGK/PatV wird mit Ergänzung unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	[KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags (sinngemäß) in der Richtlinie“]

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<b>Änderungsvorschlag:</b> „bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen, auch digital“	[KBV: Vorschlag übernehmen]  [DKG, PatV: siehe 9.32]	
12.32		Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 12 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
12.33		Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 13 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der eingefügte Vorschlag des GKV-SV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
12.34		Seite 10, §5, Abs. 3, Nr. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Unterstützt werden die Vorschläge der PatV im allgemeinen Teil, sowie von GKV-SV/KBV/PatV unter Nummer 1.	Kenntnisnahme und Dank.	
12.35		Seite 11 §5, Abs. 4	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von GKV-SV/KBV/PatV, inklusive allen Ergänzungen, wird uneingeschränkt unterstützt.		
12.36		Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
12.37		Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV erscheint nicht zwingend.	Kenntnisnahme und Dank.	
12.38		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Die in Nummer 4 beschriebenen Aufgaben sind im Rahmen einer in der vorliegenden Richtlinie gestuften Versorgung der hausärztlichen Ebene zuzurechnen.	
12.39		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 6	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>	Kenntnisnahme und Dank.	
12.40		<p>Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 7-9 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen der KBV erscheinen nicht zwingend.</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Zustimmung. Eine Formulierung ansonsten geltender Regelungen ist nicht notwendig. Eine gesonderte Bestimmung zur Vorabklärung (Nr. 9) ist nicht erforderlich. Die Prüfung der Eignung kann auf Grundlage der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden.]</p>	
12.41		<p>Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 10/11 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen des GKV-SV erscheinen nicht zwingend.</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Zur Ausfüllung der Koordinationsfunktion ist es notwendig, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt mindestens Kenntnis über weitere Überweisungen erlangt (Nr. 10). Die Prüfung der Eignung einer Hochschulambulanz</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentext
			soll auf Grundlage der Veröffentlichungen der Hochschulambulanzen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden, damit eine zielgenaue Zuweisung zur geeigneten Versorgung ermöglicht wird (Nr. 11).]	
12.42		Seite 12/13 §6, Abs. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen von KBV/DKG/PatV zum ersten Satz und zu Nummer 1, von DKG/PatV zu Nummer 2 und von KBV/DKG/PatV zu Nummer 3 werden uneingeschränkt unterstützt.	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Zur Verwirklichung der gestuften Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und zur Orientierung der Patientinnen und Patienten ist zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier ist insbesondere auch von der besten Erreichbarkeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auszugehen. Die einzige zweckmäßige Ausnahmeregelung in Absatz 2 bezieht sich auf Situationen in denen Patientinnen und Patienten bereits in regelmäßiger Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt in Behandlung sind, die oder	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>der aufgrund ihres oder seines Fachgebietes in der Lage ist die Koordinierungs- und hausärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und 5 ebenfalls in dem jeweils erforderlichen Umfang zu erbringen. In solchen Situationen, insbesondere wenn die Patientinnen oder der Patient keine Hausärztin oder keinen Hausarzt hat, wäre die Suche nach einer oder einem solchen eine unnötige Erschwernis, die dem Ziel der niederschweligen Erreichbarkeit der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie entgegenstünde. Daher wird die Ausnahmeregelung in Absatz 2 getroffen.]</p>	
12.43		<p>Seite 13 §6, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung des GKV-SV wird ebenso wie die nachfolgende Anmerkung von KBV/PatV unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „Sofern erforderlich, .... besteht.“ „Dieses Vorgehen</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Ein Austausch vor Überweisung an eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt ist notwendig, damit die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt seine Funktion angemessen erfüllen kann.</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		beinhaltet.“	Erfolgt die Behandlung durch weitere Fachärztinnen und Fachärzte ohne Wissen der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist die Koordination offenkundig nicht mehr gewährleistet. Eine Erlaubnis bzw. Zustimmung der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist jedoch nicht erforderlich. Allerdings sollte im Regelfall ein Austausch vor Überweisung stattfinden. Ist dies aufgrund von Eilbedürftigkeit nicht möglich, ist mindestens eine Information im Nachgang notwendig. Weitere umfassende Erhebungen und Fallbesprechungen sind hier nicht regelungsbedürftig.]	
12.44		Seite 13/14 §6, Abs. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen von DKG/PatV wird uneingeschränkt inklusive der Ergänzung der PatV unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
12.45		Seite 14 §6, Abs. 5 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Eine gesonderte Bestimmung zur Vorabklärung ist nicht erforderlich. Die Prüfung der Eignung kann auf Grundlage der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden. Relevante Informationen, die im Rahmen der koordinierten Versorgung bereits vorliegen sollten (vgl. u. a. § 4 Absatz 2 Nummer 8) können dann ggf., unter Berücksichtigung des Informationsbedarfes der besonderen Einrichtungen, übermittelt werden. Es handelt sich um einen ansonsten in der Regelversorgung üblichen Vorgang der Übermittlung relevanten Informationen.]	
12.46		Seite 14 §7, Nummer 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		Die Ergänzung von GKV-SV/DKG/PatV wird mit minimaler Anpassung unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „... nicht durch hinreichend spezialisierte, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erfolgen kann,“		
12.47		Seite 14 §7, Nummer 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
12.48		Seite 14 §7, Nummer 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Die durch vorliegende Richtlinie bestimmte bzw. beschriebene, gestufte Versorgung wird, aufgrund sowohl der Breite als auch Heterogenität der Gruppen von Patientinnen und Patienten und sehr unterschiedlicher Versorgungsbedarfe und insbesondere auch aufgrund der Zielsetzung der niederschweligen Erreichbarkeit grundsätzlich auf der hausärztlichen Ebene	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			<p>angesiedelt (eine Ausnahme hiervon bilden Situationen, in denen bereits ein Beziehung zu einer Fachärztin/einem Facharzt besteht, s. § 6 Absatz 2). Eine Koordinierung durch besonders spezialisierte ambulante Einrichtungen ist damit nicht vereinbar. Erfolgt die Versorgung umfassend und, sofern absehbar, dauerhaft wesentlich durch eine spezialisierte Einrichtung gemäß § 3 Absatz 4 bzw. gemäß § 7, so ist ein, diese Einrichtung und ihre ggf. vorhandene und interdisziplinäre Binnenorganisation dann ggf. maßgeblich. U. U. handelt es sich dann in der Folge auch nicht mehr um eine Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie, deren wesentliche Aufgabe hier zunächst eine breite Zugänglichkeit und ggf. Steuerung in die richtige Versorgungsebene ist.]</p>	
12.49		<p>Seite 15 §7, Nummer 6 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Zustimmung. Geltende Regelungen sind zu beachten.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		Der KBV-Vorschlag erscheint entbehrlich.		
12.50		Seite 15 §7, Nummer 7 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Formulierung von KBV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
12.51		Seite 15 §7, Nummer 8 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/KBV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
12.52		Seite 15 §8, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Modifikation unterstützt. Die PEM ist eine Sonderform der Belastungstoleranz und nicht gleichbedeutend mit letzterer. Die Anmerkungen der PatV können aufgegriffen werden. <b>Änderungsvorschlag:</b>	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V.</p> <p>2. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz mit post-exertioneller Malaise (PEM) auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.</p> <p>3. Bei allen Verordnungen sollten Besonderheiten wie PEM, ausgeprägte Reizempfindlichkeit oder eingeschränkte Mobilität ausdrücklich vermerkt werden. Im Falle von PEM sollte die Möglichkeit der aufsuchenden und telemedizinischen Umsetzung der Verordnung geprüft werden.“</p>	<p>durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Auf die Besonderheiten der PEM wird in den Tragenden Gründen zur RL näher eingegangen. Die Erbringung aufsuchender und telemedizinischer Leistungen folgt den bestehenden Regularien und wird durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch ausgeweitet.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.52]</p>	
12.53		Seite 15 §8, Abs. 2	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Anpassung unterstützt. Bei Kindern und Jugendlichen sollten immer auch ortsnahe stationäre oder teilstationäre Versorgungsangebote in Erwägung gezogen werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> 1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung, wenn diese gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist. 2. Insbesondere bei einer Belastungsintoleranz (PEM), bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen und/oder im Falle von Kindern und Jugendlichen ist eine stationäre bzw. teilstationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen.“</p>	<p>von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Die Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlung werden durch die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall beschrieben.] [DKG, PatV: siehe 9.53]</p>	
12.54		Seite 15 §9	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Der Vorschlag der PatV wird uneingeschränkt unterstützt.  <i>[Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]</i></p>	[DKG, PatV: siehe 4.10]	
13.	<b>Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft vom 2. November 2023</b>			
13.1	Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft 2. November 2023	<p>Die Richtlinie soll die Grundlage schaffen, auf deren Basis eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Patientinnen und Patienten nach § 2 durch Leistungserbringer nach § 3 geregelt werden soll.</p> <p>Der Bereich der Ophthalmologie ist ab der fachärztlichen Versorgung mit in der Versorgung einbezogen. Zusammenfassend ist es anzuraten, die Rahmenbedingungen für eine strukturierte Zusammenarbeit von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern auf allen Ebenen der Versorgung so optimal wie möglich zu gestalten, um eine effiziente und gut vernetzte Versorgung gewährleisten zu können (z.B. Einbindung</p>	Kenntnisnahme und Dank.	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>von ermächtigten Ärztinnen/Ärzte/Einrichtungen sowie an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen). Zudem ist dringend anzuraten, die fachärztliche Expertise auf allen Bereich (diagnostisch, therapeutisch) im Rahmen der fachärztlichen Versorgung mit einzubeziehen sowie das Spektrum für die Einbindung von Verordnungen von Leistungen entsprechend des §73 SGB V (Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung) so einzubinden, dass es für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer möglich ist, die Leistungen individuell angepasst auf den Patienten und entsprechend der fachärztlichen Expertise zu verordnen. Wenn den jeweiligen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Möglichkeit gegeben wird, entsprechend ihrer fachärztlichen Expertise, die vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten sowie die sich darauf aufbauenden Therapien in die Versorgung einzubringen, kann die optimale Grundlage für eine effiziente Leitlinien-entsprechende Patientenversorgung geschaffen werden.</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		Die entsprechenden Anmerkungen zu den jeweiligen Punkten finden sich im Folgenden, spezifisch an die jeweiligen Paragraphen/Nummern adressiert.		
13.2		<p>§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen: Punkt (3) <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir sehen, entsprechend der Anmerkung der DKG, in der fachärztlichen Ebene die additive Einbindung von ermächtigten Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigten Einrichtungen sowie an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen als eine Erweiterung der fachärztlichen Versorgungsmöglichkeiten für die Patienten nach §2 an. Durch die Einbindung von im Speziellen an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen wird eine additive Option geschaffen, Patienten durch die zusätzliche Einbindung der entsprechenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zeitnaher versorgen zu</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV, PatV: Differenzierte Regelungen zur fachärztlichen Versorgung sind an dieser Stelle nicht erforderlich. Eine Einschränkung der zugänglichen Ärztinnen und Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, ist zu vermeiden.]</p> <p>[KBV zum Änderungsvorschlag: Fortbildungsverpflichtungen sind nicht von der Regelungs-kompetenz umfasst. Zusätzliche Anforderungen würden das Angebot verknappen und eine breite Umsetzung der Richtlinie behindern.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>können.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p>In der fachärztlichen Ebene erfolgt die Versorgung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 SGB V teilnehmen, sofern eine Facharztbezeichnung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung vorliegt. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten [KBV: (einschließlich Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit einer Qualifikation nach Anlage I Nummer 19 § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Neuropsychologische Therapie)] sind dieser Versorgungsebene zuzuordnen.</p> <p>Die fachärztliche Versorgung umfasst auch die Versorgung durch ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigte Einrichtungen sowie an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen. Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind dies auch Sozialpädiatrische Zentren.</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Folgende Kriterien sind von der fachärztlichen Versorgung zu erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. direkte telefonische Erreichbarkeit und Terminvergabe an mindestens 3 Wochentagen jeweils für 2 Stunden,</li> <li>2. bedarfsabhängig zeitnahe Terminvergabe bei Überweisung durch den Hausarzt,</li> <li>3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten,</li> <li>4. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach § 2.</li> </ol>		
13.3		<p>§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer und Versorgungsebenen: Punkt (4) <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Zudem ist, entsprechend der Anmerkung der DKG, für eine optimale und konstruktive Versorgung auf der Ebene spezialisierte ambulante Versorgung neben der Versorgung durch Hochschulambulanzen im Sinne von §117 SGB V eine additiv weitere Einbindung von ermächtigten Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigten</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV, PatV: Die Versorgung durch spezialisierte ambulante Einrichtungen ist möglich, auch wenn es sich nicht um Hochschulambulanzen handelt. Auf eine Nennung unterschiedlicher, der Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung zugrundeliegende Rechtsnormen wird verzichtet.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Einrichtungen oder an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen (z.B. auf die Versorgung von Patienten nach § 2 spezialisierte interdisziplinäre Versorgungsstrukturen wie Kompetenzzentren und Spezialambulanzen sowie Zusammenschlüsse ermächtigter Fachärztinnen und Fachärzte oder Einrichtungen) anzuraten.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                  Die Versorgung auf der Ebene spezialisierte ambulante Versorgung erfolgt durch Hochschulambulanzen im Sinne von § 117 SGB V sowie durch weitere ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte und ermächtigte Einrichtungen oder an der ambulanten Versorgung auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmende Einrichtungen (z.B. auf die Versorgung von Patienten nach § 2 spezialisierte interdisziplinäre Versorgungsstrukturen wie Kompetenzzentren und Spezialambulanzen sowie Zusammenschlüsse ermächtigter Fachärztinnen und Fachärzte oder Einrichtungen).</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
13.4		<p>§ 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung Punkt (3) <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Überweisung ist, im Sinne einer optimalen Patientenversorgung, nicht als Auftragsleistung- oder Konsiliaruntersuchung zu verstehen, sondern im Rahmen einer fachärztlichen Versorgung nach §3 Absatz 3 oder 4 zu sehen, wenn die genannten Punkte 1. oder 2. sowie die, entsprechend der Anmerkung der DKG, Punkte 3. – 5 vorliegen. <b>Änderungsvorschlag:</b> Die Überweisung an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 oder 4 ist insbesondere dann in Betracht zu ziehen, 1. wenn die Verdachtsdiagnose einer Erkrankung nach § 2 durch die Maßnahmen nach Absatz 1 Nummer 1 nicht hinreichend bestätigt werden konnte oder 2. wenn die Anwendung einer Untersuchungsmethode erforderlich ist, die von der hausärztlichen Leis-</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV, PatV: Die Überweisung soll immer dann als Auftragsleistung- oder Konsiliaruntersuchung gemäß § 5 Absatz 3 erfolgen, wenn aus der hausärztlichen Ebene heraus spezifische, diagnostische Fragestellungen beantwortet werden sollen, die Hausärztin oder Hausarzt nicht selbst klären können, sondern bei denen sie, punktuell, fachärztliche Expertise benötigen. Die Überweisung zur Mit- und Weitbehandlung gemäß § 5 Absatz 4 stellt demgegenüber eine umfassendere Einbeziehung von Fachärztinnen und Fachärzten in den Versorgungsprozess dar. Die Unterscheidung ist auch im Bundesmantelvertrag Ärzte begründet.] [KBV: Keine Einschränkung der bestehenden Überweisungsregelungen sinnvoll.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>tungserbringerin oder dem hausärztlichen Leistungserbringer nicht selbst erbracht wird.</p> <p>3. die Symptomatik neu aufgetreten ist, sich im Verlauf verschlechtert oder unverändert fortbesteht.</p> <p>4. Warnhinweise auftreten, wie ein schlechter Allgemeinzustand, eine signifikante Gewichtszu- bzw. -abnahme, unerklärliche oder neu aufgetretene neurologische Auffälligkeiten (z. B. Sensibilität, Motorik, Schlucken, Sprache und Kognition), neue Schmerzsymptomatik, schlechte oder sich verschlechternde somatische oder psychische Befunde sowie unerklärliche Auffälligkeiten in der Basisdiagnostik. Warnhinweise sollten Anlass zu einer vertiefenden ggf. fachspezifischen Diagnostik oder einer Überweisung z. B. an eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 oder 4 geben.</p> <p>5. wenn die Symptomatik, die zu dem Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß § 2 geführt hat, darauf hinweist, dass eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebiets einer Fachärztin oder eines Facharztes erforderlich ist.</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
13.5		<p>§ 6 Diagnostik und Behandlung in der fachärztlichen Versorgung Punkt (1) 2.</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Im Sinne einer optimalen Patientenversorgung ist die Durchführung von fachärztlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen anzuraten. Nur durch eine gezielte fachärztliche Diagnostik kann eine entsprechende Therapieentscheidung individuell für den Patienten getroffen werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> die Durchführung fachärztlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Das Basisassessment ist, in § 5 Absatz 1 Nummer 1 im Sinne einer gestuften Versorgung so konzipiert, dass es alleine in der hausärztlichen Versorgungsebene durchgeführt werden kann. Für weitere Diagnostik ist eine fachärztliche Unterstützung möglich, insbesondere wenn es sich um bestimmte diagnostische Leistungen handelt, die Hausärztinnen und Hausärzte generell oder im jeweiligen Fall nicht selbst durchführen können (s. § 5 Absatz 3). Die fachärztliche Unterstützung in diesem Zusammenhang ist in Nummer 1 geregelt.]</p>	
13.6		<p>§ 8 Verordnung weiterer Leistungen Punkt (1)</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Einbindung von §73 Absatz 2 Nummer 5-9, 12 sowie 14 SGB V ist, entsprechend der Anmerkung von</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gel-</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>DKG/PatV im Sinne einer optimalen Patientenversorgung §73 Absatz 2 Nummer 5-8, 12 SGB V vorzuziehen.</p> <p>Wir sehen in entsprechend §73 Absatz 2 Nummer 9 in der Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen; die Bescheinigung über eine Arbeitsunfähigkeit ist auch auszustellen, wenn die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 übermittelt werden, sowie entsprechend §73 Absatz 2 Nummer 14, in der Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b, eine umfassende Patientenversorgung an.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten</p>	<p>ten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Auf die Besonderheiten der PEM wird in den Tragenden Gründen zur RL näher eingegangen.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz (PEM) auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.		
14	<b>Bundesärztekammer vom 2. November 2023</b>			
14.1		Der vorliegende Richtlinienentwurf wird grundlegend begrüßt; allerdings stellt sich aus ärztlicher Sicht die Frage, ob die Detailtiefe einiger Regelungsvorschläge sinnvoll und notwendig ist oder ob nicht die Darstellung abstrakter Prinzipien wie Interdisziplinarität, Interprofessionalität und jeweils erforderlicher Qualifikation ausreichend ist. Die Bundesärztekammer nimmt im Folgenden insbesondere auf der Basis ihrer auf Empfehlung ihres Wissenschaftlichen Beirats im Oktober 2022 veröffentlichten Stellungnahme [1] zum Post-COVID-Syndrom (PCS) zu dem vom G-BA	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die Richtlinie beschreibt eine strukturierte und gestufte Versorgung, die wesentlich dazu beitragen soll, dass die Versorgung auf der jeweiligen Versorgungsstufe bzw. -ebene stattfindet um, insbesondere in Bezug auf spezialisierte Expertise in einem vergleichsweise neuen Feld, eine möglichst optimale Nutzung der vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten zu erreichen und Patientinnen und Patienten eine	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>vorgelegten Richtlinienentwurf Stellung. In dieser Stellungnahme, die auf einer systematischen Literaturrecherche der seinerzeit verfügbaren medizinisch-wissenschaftlichen Daten basiert, wurden folgende Maßnahmen für den Umgang mit dem PCS im deutschen Gesundheitssystem vorgeschlagen:</p> <p>Datenlage:                      Repräsentative prospektiv geplante und registrierte Studien und ggf. App-gestützte Screenings nach SARS-CoV-2-Infektion sind notwendig, um die Prävalenz besser zu erfassen und die Daten-grundlage für die Früherkennung des PCS, die Verbesserung von Diagnostik und Therapie sowie den Aus- und Aufbau von adäquaten Versorgungsstrukturen für PCS-Patienten zu schaffen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Forschung:                      Interdisziplinäre Forschungsverbände sind notwendig, um ein vollständiges Bild über die Erkrankung und deren psychosoziale Begleiterscheinungen zu gewinnen, die bislang nicht verstandenen Ursachen und Risikofaktoren für die Entwicklung eines PCS zu ver- </li></ul>	<p>Orientierung zu ermöglichen. Der Regelungsumfang ist auf gesetzlicher Ebene in Verweis auf § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V beschränkt und umfasst hier z. B. nicht die Forschung und die Durchführung von Studien, gleichwohl gemäß der Zielsetzung § 1 Absatz 2 Nr. 7 hier Unterstützung gegeben werden soll.]</p> <p>[KBV: Die Vernetzung der Versorgungsangebote ist sehr sinnvoll. Allerdings würde die Etablierung neuer verpflichtender Netzwerke zu Bürokratie und damit neuen Hürden für Versorgungsangebote führen. Die flexible, freiwillige Vernetzung der Akteure sollte im Vordergrund stehen. Hier werden sich unterschiedliche Modelle und Strukturen regional entwickeln.]</p> <p>[DKG, PatV: Zustimmung. Die Richtlinie soll nach §92 Absatz 6c SGB V eine berufsgrup-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>stehen und effektive Therapiemöglichkeiten zu entwickeln. Hierbei sind Kapazitäten für Grundlagenforschung, klinische Studien und Versorgungsforschung aufzubauen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Versorgungskapazitäten: Um die vielen PCS-Patienten bestmöglich zu behandeln, sollten regionale PCS-Netzwerke unter Einbeziehung bestehender Strukturen und aller Sektoren und Versorger des Gesundheitswesens inklusive spezialisierter Rehabilitationseinrichtungen eingerichtet werden. Die Abrechnungsmodalitäten hierfür müssen geklärt werden.</li> <li>● Vernetzte Versorgung: Die intersektorale Versorgung sollte in einem koordinierten Wechselspiel zwischen hausärztlicher bzw. kinder- und jugendmedizinischer Versorgung, fachärztlicher spezialisierter Behandlung und spezialisierten PCS-Zentren erfolgen. Hierfür sind strukturierte Diagnose- und Therapiealgorithmen zu erstellen.</li> <li>● Information: Angesichts der anhaltenden Folgen des PCS für Betroffene und die Gesellschaft ist die Entwicklung eines</li> </ul>	<p>penübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung regeln und greift dabei wesentliche Punkte der Stellungnahme auf. Auch wenn sich der gesetzliche Auftrag nicht auf alle der genannten Bereiche erstreckt, so werden insbesondere die Aspekte der Forschung, Vernetzung und Information aufgegriffen. Darüber hinaus wurden die Regelungen so gefasst, dass vorhandenen Kapazitäten genutzt werden und ein niederschwelliger Zugang sowohl für weitere Leistungserbringer als auch Patienten möglich sein soll.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Informations- und Fortbildungsangebots für Ärzte, Angehörige anderer Gesundheitsberufe, Patienten und die Öffentlichkeit essenziell.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Prävention: Wegen der teilweise gravierenden Folgen des PCS für die Gesundheit der Betroffenen erscheint es weiterhin ratsam, die SARS-CoV-2-Infektionen durch der jeweiligen Pandemiesituation angepasste, angemessene Präventionsmaßnahmen niedrig zu halten und die Bereitschaft der Bevölkerung zur Impfung gemäß STIKO-Empfehlungen zu fördern.</li> </ul>		
14.2		<p>Titel/Anwendungsbereich <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Gemeinsam ist den meisten von einem Post-COVID-Syndrom (PCS) Betroffenen, dass Symptome oder Beschwerden bestehen, die eine behandlungswürdige Einschränkung der Alltagsfunktion und Lebensqualität bewirken und einen negativen Einfluss auf Sozial- und/oder Arbeitsleben haben. Die Terminologie und Definition ist im allgemeinen und wissenschaftlichen</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.  [GKV-SV: Der Titel "... für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen" ist sachgerecht, da er den gesetzlichen Regelungsauftrag und dessen Umsetzung in der Richtlinie in Bezug auf die Erkrankungen bzw. Gruppen von Patientinnen und Patienten</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Sprachgebrauch uneinheitlich: Der Begriff „Long-COVID“ entstand als „Hashtag“ in der Anfangsphase der Pandemie in den sozialen Medien und wird dort immer noch mehrheitlich verwendet. In der Fachliteratur, einschließlich der AWMF-S1-Leitlinie [2], hat sich der Begriff Post-COVID-Syndrom (PCS) durchgesetzt für Beschwerden, die zwölf Wochen nach der SARS-CoV-2-Infektion auftreten oder anhalten [1]. Der Doppelbegriff Long/Post-COVID kann helfen, diese Patienten von Betroffenen mit anhaltenden, sie aber nicht wesentlich beeinträchtigenden Symptomen nach einer SARS-CoV-2-Infektion abzugrenzen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund notwendiger Interventionsstudien zur Therapie des PCS ist aber eine strenge Definition und Differenzierung zwischen Long COVID einerseits und PCS andererseits erforderlich, um die Effektivität der Ansätze vergleichbar einschätzen zu können. Die auch international etablierte wissenschaftliche Nomenklatur „Post-COVID-Syndrom (PCS)“, gleichbedeutend mit Post-Covid Condition [3] sollte übernommen und dabei berücksichtigt werden,</p>	<p>benennt.]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. Der gesetzliche Auftrag nennt explizit Long-COVID und wird deshalb im Titel aufgegriffen.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>dass die WHO im Februar 2023 eine spezielle Definition für Kinder- und Jugendliche mit Mindestkrankheitsdauer von zwei Monaten publiziert hat [4]. ME/CFS ist eine schwere, komplexe, chronische Erkrankung, die häufig durch Viren ausgelöst wird [5], wie das Epstein-Barr-Virus (EBV) und die Coronaviren SARS-CoV-1, SARS-CoV-2 und MERS-CoV. Große Metaanalysen zeigen, dass 32 % der Personen zwölf oder mehr Wochen nach der COVID-19-Diagnose unter Fatigue leiden [6]. In einer Beobachtungsstudie für Patienten mit Fatigue und Belastungsintoleranz über mehr als sechs Monate nach einer leichten bis mittelschweren COVID-19 zeigen sich zwei unterschiedliche Gruppen [7]: Etwa 50 % erfüllen die diagnostischen Kriterien für ME/CFS, die andere Hälfte der Studienpatienten weist ähnliche postvirale Symptome auf, jedoch eine sogenannte post-exertionelle Malaise (PEM) Dauer von weniger als 14 Stunden. Eine explizite Nennung von ME/CFS im Titel würde eine nicht begründete Herausstellung darstellen und ist zudem nicht notwendig, da Betroffene durch die Formulie-</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>„mit Verdacht auf Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung haben“ erfasst sind.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Unterstützung des Formulierungsvorschlags von GKV-SV und DKG mit Präzisierung wie folgt: „für Versicherte mit Verdacht auf Post-COVID-Syndrom (PCS) und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen“.</p>		
14.3		<p>§ 1 Abs. 2 S. 2 Nr. 1</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Zentrale Begriffe wie „niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners“ sind nicht definiert. Es sollte auf den primärversorgenden Arzt Bezug genommen werden. Die Intention ist in § 1 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 treffender beschrieben: „die Verfügbarkeit einer niedrigschwellig erreichbaren zeitnahen, bei Bedarf interdisziplinären, Diagnostik und Therapie“.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme. An dieser Stelle wurde eine andere Gliederung der gleichen Zielstellungen vorgeschlagen. Durch die Nennung des zentralen ärztliche Ansprechpartners wird die koordinative ärztliche Rolle im Rahmen des gestuften Versorgungskonzeptes zusätzlich betont.]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Streichung von Nr. 1 „die Verfügbarkeit und niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote,“.		
14.4		<p>§ 2 Abs. 1 S. 4 Nr. 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Das sog. Post-Vac-Syndrom (PVS) ist nicht definiert; die Evidenz des häufigen Auftretens eines PVS ist schwach. Die gleichzeitige Nennung des PVS an dieser Stelle würde suggerieren, dass Post-Vac-Syndrome gleich häufig auftreten oder gleich schwer verlaufen würden wie das PCS. Dies ist sicher nicht der Fall. Daher empfehlen wir hier die Streichung des Begriffes; die Richtlinie sollte klar auf das Post-COVID-Syndrom fokussiert sein. Ggf. kann das PVS in diesem Sinne in einer Fußnote erwähnt werden, um zu signalisieren, dass es nicht „unterschlagen“ werden soll.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      Streichung von Nr. 2 „die nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe einer Infektion mit SARS-CoV-2 Long-</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Die vom Stellungnehmenden diskutierte Problematik ist nachvollziehbar. Allerdings stellt die Nennung des Aspektes "nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe" keine Gleichrangigkeit der Bedeutung zu anderen Aspekten bzw. anderen Gruppen von Patientinnen und Patienten dar.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		COVID ähnliche Symptome aufweisen.“		
14.5		<p>§ 2 Abs. 1 S. 4 Nr. 3  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Die Formulierung „infolge eines viralen Infekts oder einer [DKG: fehlgesteuerten] Immunantwort auf einen viralen Infekt“ ist sehr vage und auch falsch, da es auch andere Ursachen eines PCS gibt; zudem wird die fehlgesteuerte Immunantwort im Rahmen der Diagnostik nicht untersucht.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      Formulierung „post-akut eine mit PCS vergleichbare Symptomatik aufweisen“ erscheint passender.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Zustimmung. Ein Änderungsbedarf resultiert nicht.]</p>	
14.6		<p>§ 2 Abs. 3 S. 4  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Die ggf. über die Fragestellung einer Studie hinaus notwendige medizinische Versorgung von Patienten, die an einer klinischen Studie teilnehmen, ist – wie bei anderen Erkrankungen auch – zu gewährleisten.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      Streichung von Satz 4: „Sie endet ebenfalls, wenn die Patientin oder der Patient im Rahmen einer klinischen</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Die Bestimmung erfolgt hier, um zu verhindern, dass die Versorgung im Rahmen der Richtlinie eine Studienteilnahme verhindert, da die Durchführung von Studien in dem Feld von herausragender Bedeutung ist. Gleichwohl kann dem Anliegen des Stellungnehmenden durch einen Zusatz</p>	<p>[GKV-SV: "Sie endet ebenfalls wenn die Patientin oder der Patient im Rahmen einer klinischen Studie behandelt wird." wird ersetzt durch "Sie endet ebenfalls wenn die Patientin im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden soll und</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Studie behandelt wird.“	im Beschlussentwurf Rechnung getragen werden, der diesen Sachverhalt verdeutlicht.]	die Bestimmungen der Richtlinie dem entgegenstünden.“]
14.7		<p>§ 3 Abs. 2, S. 1 Nrn. 1-5  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Diese differenzierten Regelungen erscheinen zumindest zum Teil unrealistisch und nicht zwingend notwendig/sinnvoll. So können telemedizinische Verfahren (Nr. 4) die Versorgung ergänzen; ein persönlicher Erstkontakt erscheint angesichts der Komplexität der Erkrankung sowie der ggf. notwendigen differentialdiagnostischen Abklärung in aller Regel unerlässlich. Die Formulierung „direkte telefonische Erreichbarkeit“ (Nr. 1) ist begrifflich unklar und dürfte in der täglichen Praxis schwer umsetzbar sein – auch bleibt unklar, warum eine Terminvergabe auf anderem Weg nicht zielführend sein soll.                      Darüber hinaus erschließt sich das Erfordernis nach Nr. 3 („Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einem</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Zustimmung. Differenzierte Regelungen zur hausärztlichen Versorgung sind an dieser Stelle nicht erforderlich. Eine Einschränkung der zugänglichen Ärztinnen und Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, ist zu vermeiden.]                      [DKG, PatV: Dem Hinweis wird gefolgt.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Psychologen/Psychotherapeuten“) nicht. Sollte aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung eine fachärztliche oder psychologisch/psychotherapeutische Versorgung notwendig sein, ist diese bereits in § 3 Abs. 3 des Beschlussentwurfs geregelt. Insofern ist unklar, was mit der Forderung nach einer interdisziplinären Zusammenarbeit erreicht werden soll; zudem ist die Auswahl der aufgeführten Leistungserbringer, mit denen die hausärztliche Ebene zusammenarbeiten soll, zu hinterfragen. Des Weiteren ist anzumerken, dass der Begriff „Psychotherapeut“ keine Bezeichnung einer ärztlichen Weiterbildungsqualifikation darstellt. Zudem wird durch die Formulierung „Psychologen/Psychotherapeuten“ und die damit einhergehende fehlende terminologische Abgrenzung fälschlicherweise der Eindruck erweckt, dass Psychologen und Psychotherapeuten auf Basis ihrer jeweiligen Aus- und Weiterbildung gleichermaßen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Post-COVID-Syndrom qualifiziert seien; auch fehlt hier eine Differenzierung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten.</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      Streichung der Nrn. 1-5. Sofern die Nrn. 1-5 nicht gestrichen werden, sollte zumindest auf Nr. 3 verzichtet werden.                      Sofern eine Spezifizierung erfolgen soll, wären offene Formulierungen (z. B. „telemedizinische Angebote können ergänzend eingesetzt werden“) vorzuziehen.                      Sollte Nr. 3 nicht gestrichen werden, wäre die Aufzählung der Qualifikationen durch folgende ärztliche Qualifikationen zu ergänzen: „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“, Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie“ und Nr. 3 wie folgt zu formulieren: „Zusammenarbeit mit mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie/mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie o-</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		der Psychologen/ nicht-ärztlichen Psychotherapeuten.“		
14.8		<p>§ 3 Abs. 3 S. 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die verwendeten Begrifflichkeiten “Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten“ sind nicht eindeutig einer Profession zugeordnet. Da die ärztlichen Psychotherapeuten bereits von Satz 1 erfasst sind, sollte herausgestellt werden, dass hier die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten gemeint sind.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Ergänzung der Worte „Nicht-ärztliche“ am Anfang des Satzes 2 wie folgt: “Nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten [KBV: (einschließlich Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit einer Qualifikation nach Anlage I Nummer 19 § 6 Abs.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die Formulierung im Richtlinien-text ist hinreichend, insofern durch eine Änderung i. S. d. Stellungnehmenden keine Änderung des Kreises der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erfolgte.]</p> <p>[DKG, PatV: Zustimmung. Dem Hinweis wird mit einer angepassten Formulierung gefolgt.]</p>	<p>[DKG, PatV: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten (einschließlich Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die Neuropsychologische Therapie nach Anlage I Nummer 19 § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung erbringen) sind dieser Versorgungsebene zuzuordnen.]</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		2 Nr. 3 und 4 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Neuropsychologische Therapie, [8]] sind dieser Versorgungsebene zuzuordnen.“		
14.9		<p>§ 3 Abs. 3 S. 3f.  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Die differenzierte Formulierung von organisatorischen Kriterien erscheint wenig praktikabel und nicht zwingend notwendig/sinnvoll.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      Der Formulierungsvorschlag der DKG wird abgelehnt.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV, PatV: Zustimmung.]                      [DKG: Dem Hinweis wird gefolgt.]</p>	
14.10		<p>§ 3 Abs. 4 S. 1. Nrn. 1-5 bzw. 1-6  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Da es sich bei dem PCS um eine Multisystemerkrankung handelt, erscheint eine interdisziplinäre und sektorenverbindende Zusammenarbeit in Kooperation für eine umfassende Versorgung dieser Patienten erforderlich. Eine enge Kooperation zwischen den hausärztlichen und fachärztlich spezialisierten ambulanten Versorgern und den Zentren an größeren Kliniken bzw. Universitätskliniken ist notwendig.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Das Bestreben eine breite Verfügbarkeit zu gewährleisten und zugleich eine hohe und breite interdisziplinäre Expertise zu sichern stehen in einem Spannungsverhältnis. In der Gesamtabwägung sind somit Kriterien benannt, die beiden Zielen in hinreichendem Maße entsprechen sollen. Ambulante Einrichtungen, die die bestimmten Kriterien nicht erfüllen können ggf. auf der</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Die differenzierte Formulierung von organisatorischen Kriterien erscheint wenig praktikabel; zudem besteht die Gefahr, dass geeignete Versorger ausgeschlossen werden, wenn sie die Vorgaben nicht erfüllen. Beispielsweise beeinflussen das Behandlungsspektrum einer Einrichtung sowie die Personalverfügbarkeit die Art der Diagnose- und Behandlungsangebote.</p> <p>Auch ist das von DKG und den PatV geforderte Kriterium der Fortbildung von spezialisierten ambulanten Versorgern zu hinterfragen, da Ärztinnen und Ärzte ohnehin gesetzlich verpflichtet sind, sich gemäß dem Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse fortzubilden; zudem ist davon auszugehen, dass in entsprechend spezialisierten Einrichtungen das Wissen auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft für eine qualitativ hochwertige Behandlung von Patientinnen und Patienten unabdingbar ist und dem ärztlichen Selbstverständnis entspricht.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Streichung der Kriterien unter Nrn. 1-5 bzw. 1-6. Stattdessen Formulierung übergeordneter Prinzipien</p>	<p>Ebene der fachärztlichen Versorgung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie tätig werden. In Bezug auf die Anmerkungen zur ärztlichen Fortbildung kann die Stellungnahme nachvollzogen werden.]</p> <p>[DKG, PatV: Die Aspekte der Interdisziplinarität und Interprofessionalität werden durch die aufgeführten Kriterien zusätzlich operationalisiert.]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		wie Interdisziplinarität / Interprofessionalität. <i>[Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]</i>		
<b>15</b>	<b>Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie vom 2. November 2023</b>			
<b>15.1</b>		<p>Die DGPM begrüßt ausdrücklich den vorgelegten Beschlussentwurf. Komplexe Krankheitsbilder wie das Long-/Post-COVID Syndrom und ähnliche postinfektiöse Krankheiten erfordern ein strukturiertes und koordiniertes Vorgehen, bei dem somatische ebenso wie psychosoziale Pathomechanismen und Behandlungsansätze berücksichtigt und strukturiert vernetzt werden.</p> <p>Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es beim Long-/Post-COVID Syndrom – wie in der S1- Leitlinie zum Long-/Post-COVID-Syndrom und der S2-Leitlinie „Rehabilitation bei COVID-19“ dargestellt – sehr unterschiedliche Schweregrade, Subgruppen und Verlaufsformen gibt, die unterschiedliche Ansätze der Therapie und Rehabilitation benötigen. Somit unterstützt die DGPM nachdrücklich das vorgelegte Versorgungs-</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.                  [GKV-SV: Die Richtlinie beschreibt eine strukturierte und gestufte Versorgung, die wesentlich dazu beitragen soll, dass die Versorgung auf der jeweiligen Versorgungsebene stattfindet, insbesondere in Bezug auf spezialisierte Expertise in einem vergleichsweise neuen Feld, eine möglichst optimale Nutzung der vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten zu erreichen und Patientinnen und Patienten eine Orientierung zu ermöglichen. Die hausärztliche Ebene ist hier i. d. R. koordinierend. Es wird auch erwartet, dass im Rahmen der hausärztlichen Versorgung und in initialen Assessment-Schritten auch ggf. problematische Umgangsformen mit Symptomen und</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>konzept, dass den Hausärzten in der Primärversorgung eine zentrale und koordinierende Funktion in der gestuften Versorgung dieser PatientInnen zuspricht. Die Bandbreite möglicher Folgeschäden und Folgeerkrankungen von COVID-19 sind systematisch kaum erfassbar, so dass das pointierte Hervorheben einer zahlenmäßig eher kleinen, schwer erkrankten Subgruppe mit ME/CFS im Titel und in der gesamten Richtlinie dem Erkrankungssyndrom Long-/Post-COVID nicht gerecht wird.</p> <p>Beim Long-/Post-COVID-Syndrom sind dysfunktionale Muster der Krankheitsverarbeitung, des Krankheitsverhaltens sowie psychische Begleiterkrankungen von erheblicher Bedeutung und sollten entsprechend in der Erstuntersuchung (Basis-Assessment) diagnostiziert und bei Bedarf durch psychotherapeutische Mitbehandlung adressiert werden.</p> <p>Für die weitere Versorgungsplanung werden dringend epidemiologische Studien zur Erfassung des Schweregrades, dem Umfang der Beeinträchtigung sowie dem Krankheitsverlauf benötigt.</p>	<p>Erkrankungen erkannt und ggf. auch adressiert werden. Hierzu können auch Elemente der psychosomatischen Grundversorgung von Bedeutung sein. Ggf. sind auch psychotherapeutische Maßnahmen auf der fachärztlichen Ebene auf der Grundlage bestehender Regelungen denkbar, insofern hier einschlägige Indikationen vorliegen. ME/CFS wird neben anderen Symptomkomplexen bzw. Erkrankungsbildern genannt. Der Regelungsumfang ist auf gesetzlicher Ebene in Verweis auf § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V beschränkt und umfasst hier z. B. nicht die Forschung und die Durchführung von epidemiologischen Studien.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
15.2		<p>Seite 1 (Titel)</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schlagen vor, die Formulierung der PatV zu übernehmen, aber die Erweiterung „sowie ME/CFS“ wegzulassen, da dies schon in den „ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen“ enthalten ist. Dies sollte auch im weiteren Text so beibehalten werden (siehe hierzu auch Allgemeine Anmerkungen).</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „...für Versicherte mit Verdacht auf Long -COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen“</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Der Titel "... für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen" ist sachgerecht, da er den gesetzlichen Regelungsauftrag und dessen Umsetzung in der Richtlinie in Bezug auf die Erkrankungen bzw. Gruppen von Patientinnen und Patienten benennt.]</p> <p>[DKG, PatV: Eine ME/CFS beginnt zwar häufig nach einer Infektionskrankheit, die genaue Ätiologie ist aber weiterhin unklar. Eine Subsumierung unter postinfektiöse Erkrankungen erfolgt deshalb nicht. Entsprechend § 92 Absatz 6c SGB V kann der G-BA den Anwendungsbereich der Richtlinie auf die Versorgung von Versicherten erstrecken, bei denen ein Verdacht auf eine andere Erkrankung besteht, die eine ähnliche</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			Ursache oder eine ähnliche Krankheitsausprägung wie Long-COVID aufweist. Dem wird durch die Erwähnung von ME/CFS im Titel der Richtlinie Rechnung getragen.]	
15.3		Seite 3, §1, Absatz 2, Gliederungspunkt (GP) 1,2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> In Anbetracht der Komplexität des Long-COVID Syndroms ist eine zentrale ärztliche Ansprechperson zur niederschweligen Erreichbarkeit, frühzeitigen Festlegung eines Behandlungsplans sowie zur Koordination patientenindividuell notwendiger Versorgungsleistungen essentiell. <b>Änderungsvorschlag:</b> Die DGPM schließt sich daher der Position der DKG/ PatV an.	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.	
15.4		Seite 3, §1, Absatz 2, GP 8 <b>Stellungnahme und Begründung:</b> Eine kausale Behandlung für das Long -COVID Syndrom steht häufig nicht zur Verfügung. Somit sollte der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen auch Angebote zur Verbesserung des	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Krankheitsverlauf, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität enthalten.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die DGPM schließt sich daher der Position der DKG/ PatV an.</p>		
15.5		<p>Seite 4, §2, Absatz 1, GP 4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Bandbreite möglicher Folgeschäden und Folgeerkrankungen von COVID-19 sind systematisch kaum erfassbar. Sie können Beschwerden der Lunge, des Herzkreislaufsystems, chronische Schmerzen, psychische Beschwerden usw. umfassen. Die spezielle Benennung einer zahlenmäßig eher kleinen, schwer erkrankten Subgruppe mit ME/CFS wird dem Long-COVID-Syndrom nicht gerecht.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die DGPM spricht sich dafür aus, den Teilsatz: ...“Patienten erfasst, die eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) aufweisen.“ zu streichen.</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Einschätzung des Stellungnehmenden, dass es sich hier nur um eine Gruppe unter mehreren handeln wird und das Symptomspektrum breit ist, wird geteilt. Allerdings stellt die Nennung hier keine Aussage über die Bedeutung unterschiedlicher Gruppen von Patientinnen und Patienten dar.]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme. Die Einschätzung bezüglich der Vielfalt möglicher Symptome wird geteilt. Die ME/CFS kann jedoch als eine mögliche schwere Folgeerkrankung auftreten. Auch vor dem Hintergrund der</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			bekanntes Versorgungsproblem von Betroffenen ist die gesonderte Erwähnung trotz potenziell geringer Fallzahlen sachgerecht.]	
15.6		<p>Seite 5, §3 Absatz 2, GP 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Angesichts der Häufigkeit von psychischen Begleiterkrankungen und Problemen bei der Krankheitsverarbeitung beim Long-COVID Syndrom ist auf der hausärztlichen Ebene eine enge und vernetzte Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychologischen Psychotherapeuten dringend erforderlich. Hierbei braucht es nicht immer eine persönliche Vorstellung, die Möglichkeit der konsiliarischen Rücksprache sollte aber gegeben sein.</p> <p>Wegen der häufigen somatopsychischen Wechselwirkungen wäre die spezifische Kompetenz eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sinnvoll, aus Kapazitätsgründen sollten aber</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Differenzierte Regelungen zur hausärztlichen Versorgung sind an dieser Stelle nicht erforderlich. Eine Einschränkung der zugänglichen Ärztinnen und Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, ist zu vermeiden. Die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte der hausärztlichen Versorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten und anderen Fachgruppen ist in der Richtlinie geregelt.]</p> <p>[KBV: Konsiliarische Rücksprache ist in der Praxis gegeben! Sollte keine Voraussetzung für Vernetzung sein.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>psychologische Psychotherapeuten mit einbezogen werden. Die Qualifikation eines Psychologen ohne psychotherapeutische Ausbildung erscheint jedoch nicht hinreichend.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der Formulierung DKG mit der Ergänzung „Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten.“</p>		
15.7		<p>Seite 6 § 3, Absatz, GP 4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Hier befürworten wir die Formulierung der DKG, schlagen aber eine Erweiterung vor, um gerade die Versorgung somatopsychisch hochbelastete Betroffene zu erleichtern. Insbesondere die psychosomatischen Institutsambulanzen (§118, Abs 3 SGB V) sind entsprechend Ihres multiprofessionellen Versorgungsangebotes in besonderer Weise geeignet diese PatientInnen bio-psychosozial zu versorgen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der Formulierung der DKG mit Ergänzung</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Psychosomatische Institutsambulanzen sind von der Versorgung im Rahmen vorliegenden Richtlinie als spezialisierte ambulante Einrichtungen nicht ausgeschlossen, insofern sie die bestimmten Kriterien erfüllen. Andernfalls können diese auf der Ebene der fachärztlichen Versorgung an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		der Institutsambulanzen im Sinne von §118 SGB V.		
15.8		<p>Seite 6, §3, Absatz 4 untere Tabelle, GP2.</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Angesichts der Komplexität des Syndroms mit intensiven somatopsychischen und psychosomatischen Wechselwirkungen sowie des Unterstützungsbedarfes bei der Krankheitsverarbeitung ist unter dem Gliederungspunkt 2 neben psychotherapeutischer und neuropsychologischer Diagnostik auch die psychosomatische Diagnostik zu ergänzen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      Übernahme des Vorschlags von GKV-SV/KBV. Neben der psychotherapeutischen und neuropsychologischen Diagnostik ist dringend auch die psychosomatische Diagnostik zu ergänzen.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Die Nennung der Fachgebiete im Beschlussentwurf basiert darauf, dass diese nach vorliegenden Erkenntnissen insbesondere häufig im Kontext der Versorgung nach dieser Richtlinie voraussichtlich gefordert sein werden. Die Nennung weiterer Fachgebiete könnte die Versorgungsmöglichkeiten zu stark einschränken, wenn deren Beteiligung verpflichtend wäre. Naturgemäß können spezialisierte, ambulante Einrichtungen auch weitere Bereiche z. B. der Psychosomatik, einbeziehen.]</p>	
15.9		<p>Seite 7, §4 Absatz 2, GP 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Das Long-Covid Syndrom ist per se eine komplexe Erkrankung, so dass ein Behandlungsplan im Rahmen einer koordinierten und strukturierten Versorgung in jedem Fall dringend erforderlich ist.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV, DKG, PatV: Zustimmung.]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b> Ablehnung der KBV Position einen Behandlungsplan nur bei Vorliegen eines bestimmten Schweregrades zu erstellen.</p>		
15.10		<p>Seite 7, §4 Absatz 2, GP 4 Das Vorliegen einer psychischen Komorbidität, einschließlich psychischer Vorerkrankungen wirken sich ungünstig auf den Krankheitsverlauf von somatischen Erkrankungen aus und sollte daher auch bei Long-COVID routinemäßig miterfasst werden. Eine entsprechende Empfehlung gibt auch die S1 Leitlinie zu Long/Post-COVID. Auch die routinemäßige Erfassung möglicher Komplikationen wie PEM oder POTS sollte routinemäßig erfolgen, auch um mehr Evidenz über deren diagnostische Kriterien und Häufigkeit zu gewinnen. <b>Änderungsvorschlag:</b> Wir unterstützen daher die Position von KBV/DKG/PatV: „...,die Vorabklärung und Planung erforderlicher Maßnahmen sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht, ...“)</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: In der Ziffer sind lediglich selbstverständliche ärztliche Tätigkeiten abstrakt beschrieben oder redundant zur an anderer Stelle genannte Erstellung eines Behandlungsplanes. Die Benennung ist daher nicht erforderlich.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
15.11		<p>Seite 9, §5, Absatz 1, GP 1b</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      In Anbetracht der häufig maladaptiven und dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung bei Long-COVID, die einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nimmt, sollte das hausärztliche Basis-Assessment auch die Krankheitsverarbeitung erfassen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      Übernahme der Formulierung von KBV/DKG/PatV mit der Ergänzung der Erfassung einer dysfunktionale Krankheitsverarbeitung.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: [die Zuordnung zu § 5 (1) Nr. 1 b scheint fraglich i. Zusammenhang mit der Zustimmung zu einer dissenten Passage, die sich dort gar nicht findet]. Zustimmung. Die genannten Sachverhalte können relevant sein. Die Bestimmung in 1b) wird entsprechend ergänzt.]</p> <p>[DKG, PatV: Auch wenn eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung möglicherweise bei Long-COVID begleitend auftreten kann, wird der Vorschlag mit Blick auf die historisch teilweise fälschlicherweise erfolgte Einstufung von ME/CFS als psychische Erkrankung und die damit oft einhergehende Stigmatisierung nicht umgesetzt, um Missverständnisse und Fehlinterpretationen zu vermeiden.]</p>	<p>[GKV-SV: § 5 (1) Nr 1 b) wird neu gefasst "körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen, funktionellen und psychischen Status unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten, Problematiken der Krankheitsverarbeitung,"]</p>
15.12		<p>Seite 10, § 5 Absatz 1, GP 7</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Eine aktuelle Metaanalyse (Pouliopoulou et al., 2023)</p>	<p>[GKV-SV: Dankende Kenntnisnahme. Die Anregung wird aufgegriffen.</p>	<p>[GKV-SV, DKG, PatV: § 5 (1) GP 8 lautet: „8. bei vorlie-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>zeigt die Effektivität von Ausdauertraining hinsichtlich einer Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit (z. B. 6 Minuten Gehstrecke), weist aber auch auf die Möglichkeit von Nebenwirkungen hin, die weiter beobachtet werden sollte. Zudem besteht bei einem Teil der Long-COVID Betroffenen eine Tendenz, die Belastbarkeit zu schnell zu steigern, gerade wenn vorher ein hohes Leistungsniveau bestand. In dieser Konstellation erscheint bei Komplikationen im Aktivitätsaufbau ein fachkompetent begleitetes Aufbautraining, bei dem negative Tendenzen rechtzeitig erkannt und korrigiert werden können, sinnvoll.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> am Ende ergänzen: „...sowie die Beratung zu Methoden der therapeutisch begleiteten körperlichen Aktivierung.“</p>	<p>[KBV: Übernahme]</p> <p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird durch eine angepasste Formulierung gefolgt.]</p>	<p><b>gender spezifischer Indikation: die Beratung zu Selbst- und Leistungsmanagement (ggf. auch in Gruppen), z.B. bei Vorliegen von PEM die Beratung zum Pacing, die Beratung zu Methoden der Krankheitsbewältigung und Stressreduktion sowie die Beratung und Anleitung zu Methoden der therapeutisch begleiteten körperlichen Aktivierung“]</b></p> <p><b>[KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags in der Richtlinie]</b></p>
15.13		<p>Seite 10, § 5 Absatz 1, GP 11 und 12</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Angesichts der Häufigkeit psychischer und somatische Komorbidität beim Long-COVID Syndrom und auch</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Ärztliche Fortbildung kann in der Richtlinie generell nicht geregelt werden.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		bei anderen postinfektiösen Krankheitsbildern kommt einer stärkeren Vernetzung der Hausärzte mit anderen Disziplinen eine entscheidende Bedeutung zu. <b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme des Formulierungsvorschlags bei GP 11 von KBV/DKG/PatV bzw. bei 12 von DKG/PatV.	Hausärztinnen und Hausärzte begegnen Problematiken somatischer und psychischer Komorbiditäten regelmäßig, sodass hier keine ergänzenden Regelungen notwendig sind. Ärztliche Fortbildung kann in der Richtlinie generell nicht geregelt werden. Hausärztinnen und Hausärzte begegnen Problematiken somatischer und psychischer Komorbiditäten regelmäßig, sodass hier keine ergänzenden Regelungen notwendig sind.]	
15.14		Seite 12, §6 Absatz 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Bei häufiger Manifestation von Long-COVID an einem bestimmten Organsystem sollte auch das jeweilige Fachgebiet mit Spezialisierung in diesem Bereich die Koordinationsaufgaben übernehmen können mit Ausnahme der Psychologischen Psychotherapeuten. Letztere verfügen nicht über die notwendige somatische Grundkompetenz, um die Koordinationsaufgaben bei einem komplexen Erkrankungsbild übernehmen zu	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Zur Verwirklichung der gestuften Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und zur Orientierung der Patientinnen und Patienten ist zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier ist insbesondere auch von der besten Erreichbarkeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auszugehen. Die einzige zweckmäßige Ausnahmeregelung in Absatz	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>können.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      Die DGPM unterstützt die Übernahme des Vorschlags der DKG zur fachärztlichen Koordination sofern eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebietes notwendig ist oder sein wird.</p>	<p>2 bezieht sich auf Situationen in denen Patientinnen und Patienten bereits in regelmäßiger Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt in Behandlung sind, die oder der aufgrund ihres oder seines Fachgebietes in der Lage ist die Koordinierungs- und hausärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und 5 ebenfalls in dem jeweils erforderlichen Umfang zu erbringen. In solchen Situationen, insbesondere wenn die Patientinnen oder der Patient keine Hausärztin oder keinen Hausarzt hat, wäre die Suche nach einer oder einem solchen eine unnötige Erschwernis, die dem Ziel der niederschweligen Erreichbarkeit der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie entgegenstünde. Daher wird die Ausnahmeregelung in Absatz 2 getroffen. Sollte im Verlauf die Behandlung fortgesetzt nur noch durch eine bestimmte fachärztliche Gruppe erfolgen, ist eine Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie u. U. nicht mehr erforderlich (vgl.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>§ 4 Absatz 4).]</p> <p>[DKG, PatV: Zustimmung. Mit Blick auf die sehr vielfältigen Symptome und teilweise nur bedingte Möglichkeit der Zuordnung zu einem bestimmten Fachgebiet wird jedoch auf die Nennung des Kerngebietes verzichtet. Die gewählten Formulierungen regeln weiterhin, dass es sich bei der Koordination um eine ärztliche Aufgabe im Rahmen dieser Richtlinie handelt.]</p>	
15.15		<p>Seite 15, § 8 Absatz 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Wir sehen die Gefahr, dass Betroffene von therapeutisch sinnvoller Aktivierung abgeschreckt werden und somit die Chronifizierung der Beschwerden begünstigt wird, wenn einseitig und zu stark auf PEM hingewiesen wird (Oslo Chronic fatigue Consortium, 2023). Wir empfehlen daher eine zurückhaltendere Formulierung. Zudem wird im bisherigen Beschlussentwurf zu wenig auf die Bedeutung der Vernetzung mit dem</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder ein-</p>	<p>[DKG, PatV: Insbesondere bei einer Belastungsintoleranz mit PEM, bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen und/oder im Falle von Kindern und Jugendlichen ist eine stationäre bzw. teilstationäre Krankenhausbe-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Rehabilitationssektor hingewiesen, obwohl hier bereits erste Evidenz für die Effektivität vorliegt. Wir schlagen daher die Ergänzung eines entsprechenden Absatzes vor.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme des Vorschlages von DKG und PatV. Es sollte aber präzisiert werden: „Insbesondere bei Vorliegen einer schweren Belastung-sintoleranz (PEM)...ist eine stationäre Krankenhausbehandlung bzw. Rehabilitationsmaßnahme zu prüfen. Weiterhin schlagen wir vor zu ergänzen: „Die Prüfung der Verordnung von stationärer oder ganztägig ambulanter Rehabilitation ist zu prüfen, wenn schwerwiegende Beeinträchtigungen im Sinne der ICF vorliegen und die Aktivität und Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gesellschaft gefährdet sind. Bisher vorliegende Studien zeigen, dass Rehabilitation für die große Mehrzahl der Long-COVID-Betroffenen zwar keine Heilung, aber eine deutliche Verbesserung der funktionellen Belastbarkeit, der Lebensqualität und der psychischen Belastung bringt (Platz et al., 2022; Frisk et al, 2023; Kupferschmitt et al., 2023).</p>	<p>geschränkt noch erweitert. Auf die Besonderheiten der PEM wird in den Tragenden Gründen zur RL näher eingegangen.]</p> <p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird mit einer angepassten Formulierung gefolgt. Wann und unter welchen Voraussetzungen medizinische Rehabilitation verordnet werden kann, wird darüber hinaus in der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA geregelt. Dem Stellenwert einer therapeutischen Aktivierung wird in der Richtlinie bereits in § 5 Absatz 1 Nr. 8 Rechnung getragen.]</p>	<p><b>handlung oder Rehabilitationsmaßnahme zu prüfen.]</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
15.16		<p>Tragende Gründe, Seite 6/7, zu Absatz 2, Nummer 8</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Hier wird die Übernahme der Formulierung DKG/PatV, nicht aber des 2. Absatzes (nur PatV) befürwortet und eine Präzisierung zur Erfassung des Schweregrades vorgeschlagen. Sowohl die S1 Leitlinie zum Long-/Post- COVID Syndrom als auch die S2 Leitlinie zur Rehabilitation bei COVID-19 beschreiben die Bedeutung der Unterscheidung unterschiedlicher Subgruppen und Schweregrade. Das Long-COVID Syndrom insgesamt darf nicht mit einem schwer ausgeprägtem MEC/FS gleichgesetzt werden. Dies würde bedeuten, dass der großen Gruppe von Post-COVID Patienten mit mittelschwer ausgeprägten Beeinträchtigungen ein leitliniengerechtes vorsichtig aktivierendes rehabilitatives Vorgehen vorenthalten würde. Nur eine individuelle Erfassung des Schweregrades kann gewährleisten, dass die jeweils angemessene Behandlung erfolgt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> ...nach Lebensqualität der Versicherten anzubieten. Bitte einfügen: „notwendig ist eine individuelle Erfassung des Schweregrades und</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Die gesonderte Formulierung der genannten Sachverhalte ist nicht erforderlich, da diese Zielstellungen ebenso ohne diese Bestimmungen erreicht werden können und auch eine symptomatische Behandlung grundsätzlich in der Versorgung ohnehin, auch unabhängig von spezifischen Erkrankungen, relevant sind. Zur Schweregraddifferenzierung u. a. s. zu § 5 Absatz 1.]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>der Beeinträchtigungen im Sinne der ICF, um eine individuelle Planung von Behandlung und Rehabilitation zu ermöglichen. Bisherige Erfahrungen sprechen für das Vorliegen unterschiedlich beeinträchtigt der Subgruppen, die differenzierte Behandlungsstrategien benötigen.“</p>		
15.17		<p>Tragende Gründe, Seite 31/32, zu § 5, Nummer 7  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Eine zu starke Betonung negativer Folgen von Aktivierung können ihrerseits Nebenwirkungen im Sinne einer selbsterfüllenden negativen Prophezeiung haben (Oslo Chronic Fatigue Consortium). Es gibt inzwischen zunehmend Evidenz (s. u.) für die Effektivität eines individuell konzipierten, strukturierten Bewegungsprogramms zur Aktivierung bei einem großen Teil der Long-COVID Betroffenen.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      Der Vorschlag von GKV-SV und KBV wird ausdrücklich unterstützt, ebenso der 2. Kasten von GKV-SV („Es ist allerdings zu vermeiden...“). Angefügt werden sollte im 1. Kasten nach „Über spezifisch konzipierte „Pacing“-</p>	<p>Kennntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Zustimmung zu den Darstellungen zur Abwägung in Bezug auf das richtige, weder überfordernde noch Gelegenheiten versäumende, Vorgehen in Bezug auf Aktivierungen. Auf eine ins Einzelne gerichtet Diskussion der Literatur und zu bisherigen Ansätzen wird verzichtet, da im Rahmen der Erstellung der Richtlinie keine systematischen Recherchen und evidenzbasierten Bewertungen zu einzelnen Diagnose-, Therapie- oder Assessment-Verfahren möglich war.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		Interventionen ist jedoch bisher wenig verlässliches Wissen verfügbar und es besteht Bedarf nach weiteren Erkenntnissen [2].“: Erste Evidenz gibt es hingegen für die Wirksamkeit eines individuell aktivierenden rehabilitativen Ansatzes (Frisk et al., 2023; Kupferschmitt et al., 2023) sowie von kognitiver Verhaltenstherapie (Kuut et al., 2023; Huth et al., 2023).		
15.18		<p>Tragende Gründe, Seite 46-49, zu § 8 Verordnung weiterer Leistungen</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Es wird ausdrücklich die Übernahme der Formulierung von GKV-SV/KBV empfohlen. Begründung s. o.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Ergänzt werden sollte der Unterpunkt „Bewegungstherapeutische Leistungen, wenn hausärztliche Beratung alleine zum Aktivitätsaufbau nicht ausreicht oder Hinweise auf dysfunktionales Schonverhalten oder Selbstüberforderung bestehen und keine Kontraindikation vorliegt.</p>	<p>[GKV-SV: S. Kommentierungen zu § 8.]</p> <p>[KBV: Kenntnisnahme und Dank.]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme]</p>	
15.19		Tragende Gründe, Seite 50/51, zu § 8 Verordnung weiterer Leistungen	[GKV-SV: S. Kommentierungen zu § 8.]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Keine Übernahme des Vorschlags PatV, Begründung s. o. <i>[Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]</i></p>	[KBV: Kenntnisnahme und Dank.]	
16.	<b>Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vom 2. November 2023</b>			
16.1		<p>Das DKPM begrüßt ausdrücklich den vorgelegten Beschlussentwurf. Komplexe Krankheitsbilder wie das Long-/Post-COVID Syndrom und ähnliche postinfektiöse Krankheiten erfordern ein strukturiertes und koordiniertes Vorgehen, bei dem somatische ebenso wie psychosoziale Pathomechanismen und Behandlungsansätze berücksichtigt und strukturiert vernetzt werden.</p> <p>Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es beim Long-/Post-COVID Syndrom – wie in der S1- Leitlinie zum Long-/Post-COVID-Syndrom und der S2-Leitlinie „Rehabilitation bei COVID-19“ dargestellt – sehr unterschiedliche Schweregrade, Subgruppen und Verlaufs-</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Die Richtlinie beschreibt eine strukturierte und gestufte Versorgung, die wesentlich dazu beitragen soll, dass die Versorgung auf der jeweiligen Versorgungsstufe bzw. -ebene stattfindet um, insbesondere in Bezug auf spezialisierte Expertise in einem vergleichsweise neuen Feld, eine möglichst optimale Nutzung der vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten zu erreichen und Patientinnen und Patienten eine Orientierung zu ermöglichen. Die hausärztliche Ebene ist hier i. d. R. koordinierend. Es</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>formen gibt, die unterschiedliche Ansätze der Therapie und Rehabilitation benötigen. Somit unterstützt das DKPM das vorgelegte Versorgungskonzept, das den Hausärzten in der Primärversorgung eine zentrale und koordinierende Funktion in der gestuften Versorgung dieser PatientInnen zuspricht. Die Bandbreite möglicher Folgeschäden und Folgeerkrankungen von COVID-19 ist systematisch kaum erfassbar, so dass das pointierte Hervorheben einer zahlenmäßig eher kleinen, schwer erkrankten Subgruppe mit ME/CFS im Titel und in der gesamten Richtlinie dem Erkrankungssyndrom Long-/Post-COVID nicht gerecht wird. Beim Long-/Post-COVID-Syndrom sind dysfunktionale Muster der Krankheitsverarbeitung, des Krankheitsverhaltens sowie psychische Begleiterkrankungen von erheblicher Bedeutung und sollten entsprechend in der Erstuntersuchung (Basis-Assessment) diagnostiziert und bei Bedarf durch psychotherapeutische Mitbehandlung adressiert werden.</p> <p>Für die weitere Versorgungsplanung werden dringend epidemiologische Studien zur Erfassung des Schweregrades, dem Umfang der Beeinträchtigung sowie dem</p>	<p>wird auch erwartet, dass im Rahmen der hausärztlichen Versorgung und in initialen Assessment-Schritten auch ggf. problematische Umgangsformen mit Symptomen und Erkrankungen erkannt und ggf. auch adressiert werden. Hierzu können auch Elemente der psychosomatischen Grundversorgung von Bedeutung sein. Ggf. sind auch psychotherapeutische Maßnahmen auf der fachärztlichen Ebene auf der Grundlage bestehender Regelungen denkbar, insofern hier einschlägige Indikationen vorliegen. ME/CFS wird neben anderen Symptomkomplexen bzw. Erkrankungsbildern genannt. Der Regelungsumfang ist auf gesetzlicher Ebene in Verweis auf § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V beschränkt und umfasst hier z. B. nicht die Forschung und die Durchführung von epidemiologischen Studien.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Krankheitsverlauf benötigt.		
16.2		Seite 1 (Titel) <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir schlagen vor, die Formulierung der PatV zu übernehmen, aber die Erweiterung „sowie ME/CFS“ wegzulassen, da dies schon in den „ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen“ enthalten ist. Dies sollte auch im weiteren Text so beibehalten werden (siehe hierzu auch Allgemeine Anmerkungen). <b>Änderungsvorschlag:</b> „...für Versicherte mit Verdacht auf Long -COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen“	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Der Titel "... für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen" ist sachgerecht, da er den gesetzlichen Regelungsauftrag und dessen Umsetzung in der Richtlinie in Bezug auf die Erkrankungen bzw. Gruppen von Patientinnen und Patienten benennt.]  [DKG, PatV: siehe 15.2]	
16.3		Seite 3, §1, Absatz 2, Gliederungspunkt (GP) 1,2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> In Anbetracht der Komplexität des Long-COVID Syndroms ist eine zentrale ärztliche Ansprechperson zur niederschweligen Erreichbarkeit, frühzeitigen Festlegung eines Behandlungsplans sowie zur Koordination patientenindividuell notwendiger Versorgungsleistungen essentiell.	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b> Das DKPM schließt sich daher der Position der DKG/ PatV an.</p>		
16.4		<p>Seite 3, §1, Absatz 2, GP 8 <b>Stellungnahme und Begründung:</b> Eine kausale Behandlung für das Long -COVID Syn-drom steht häufig nicht zur Verfügung. Somit sollte der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversi-cherungen auch Angebote zur Verbesserung des Krankheitsverlauf, der Leistungsfähigkeit und der Le-bensqualität enthalten. <b>Änderungsvorschlag:</b> Das DKPM schließt sich daher der Position der DKG/ PatV an.</p>	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.	
16.5		<p>Seite 4, §2, Absatz 1, GP 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Bandbreite möglicher Folgeschäden und Folgeer-krankungen von COVID-19 sind systematisch kaum er-fassbar. Sie können Beschwerden der Lunge, des Herzkreislaufsystem, chronische Schmerzen, psychi-</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die Einschätzung des Stellungneh-menden, dass es sich hier nur um eine Gruppe unter mehreren handeln wird und das Symptomspektrum breit ist, wird ge-teilt. Allerdings stellt die Nennung hier</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>sche Beschwerden usw. umfassen. Die spezielle Benennung einer zahlenmäßig eher kleinen, schwer erkrankten Subgruppe mit ME/CFS wird dem Long-COVID-Syndrom nicht gerecht.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Das DKPM spricht sich dafür aus, den Teilsatz: ...“Patienten erfasst, die eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) aufweisen.“ zu streichen</p>	<p>keine Aussage über die Bedeutung unterschiedlicher Gruppen von Patientinnen und Patienten dar.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 15.5]</p>	
16.6		<p>Seite 5, §3 Absatz 2, GP 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Angesichts der Häufigkeit von psychischen Begleiterkrankungen und Problemen bei der Krankheitsverarbeitung beim Long-COVID Syndrom ist auf der hausärztlichen Ebene eine enge und vernetzte Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychologischen Psychotherapeuten dringend erforderlich. Hierbei braucht es nicht immer eine persönliche Vorstellung, die Möglichkeit der konsiliarischen Rücksprache sollte aber</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Differenzierte Regelungen zur hausärztlichen Versorgung sind an dieser Stelle nicht erforderlich. Eine Einschränkung der zugänglichen Ärztinnen und Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, ist zu vermeiden. Die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte der hausärztlichen Versorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten und anderen Fachgruppen ist in der Richtlinie geregelt.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>gegeben sein.                      Wegen der häufigen somatopsychischen Wechselwirkungen wäre die spezifische Kompetenz eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sinnvoll, aus Kapazitätsgründen sollten aber psychologische Psychotherapeuten mit einbezogen werden. Die Qualifikation eines Psychologen ohne psychotherapeutische Ausbildung erscheint jedoch nicht hinreichend.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      Übernahme der Formulierung DKG mit der Ergänzung „Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten.“</p>	<p>[KBV: Konsiliarische Rücksprache ist in der Praxis gegeben. Sollte keine Voraussetzung für Vernetzung sein.]</p>	
16.7		<p>Seite 6 § 3, Absatz, GP 4  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Hier befürworten wir die Formulierung der DKG, schlagen aber eine Erweiterung vor, um gerade die Versorgung somatopsychisch hochbelastete Betroffene zu erleichtern. Insbesondere die psychosomatischen Institutsambulanzen (§118, Abs 3 SGB V) sind</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Psychosomatische Institutsambulanzen sind von der Versorgung im Rahmen vorliegenden Richtlinie als spezialisierte ambulante Einrichtungen nicht ausgeschlossen, insofern sie die bestimmten Kriterien erfüllen. Andernfalls können dies auf</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>entsprechend Ihres multiprofessionellen Versorgungsangebotes in besonderer Weise geeignet, diese PatientInnen bio-psychosozial zu versorgen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der Formulierung der DKG mit Ergänzung der Institutsambulanzen im Sinne von §118 SGB V.</p>	<p>der Ebene der fachärztlichen Versorgung an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen.]</p>	
16.8		<p>Seite 6, §3, Absatz 4 untere Tabelle, GP2.</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Angesichts der Komplexität des Syndroms mit intensiven somatopsychischen und psychosomatischen Wechselwirkungen sowie des Unterstützungsbedarfes bei der Krankheitsverarbeitung ist unter dem Gliederungspunkt 2 neben psychotherapeutischer und neuropsychologischer Diagnostik auch die psychosomatische Diagnostik zu ergänzen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme des Vorschlags von GKV-SV/KBV. Neben der psychotherapeutischen und neuropsychologischen Diagnostik ist dringend auch die psychosomatische Diagnostik zu ergänzen.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die Nennung der Fachgebiete im Beschlussentwurf basiert darauf, dass diese nach vorliegenden Erkenntnissen insbesondere häufig im Kontext der Versorgung nach dieser Richtlinie voraussichtlich gefordert sein werden. Die Nennung weiterer Fachgebiete könnte die Versorgungsmöglichkeiten zu stark einschränken, wenn deren Beteiligung verpflichtend wäre. Naturgemäß können spezialisierte, ambulante Einrichtungen auch weitere Bereiche z. B. der Psychosomatik, einbeziehen.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
16.9		<p>Seite 7, §4 Absatz 2, GP 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Das Long-Covid Syndrom ist per se eine komplexe Erkrankung, so dass ein Behandlungsplan im Rahmen einer koordinierten und strukturierten Versorgung in jedem Fall dringend erforderlich ist.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      Ablehnung der KBV Position, einen Behandlungsplan nur bei Vorliegen eines bestimmten Schweregrades zu erstellen.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV, DKG, PatV: Zustimmung.]</p>	
16.10		<p>Seite 7, §4 Absatz 2, GP 4</p> <p>Das Vorliegen einer psychischen Komorbidität, einschließlich psychischer Vorerkrankungen wirkt sich ungünstig auf den Krankheitsverlauf von somatischen Erkrankungen aus und sollte daher auch bei Long-COVID routinemäßig miterfasst werden. Eine entsprechende Empfehlung gibt auch die S1 Leitlinie zu Long/Post-COVID. Auch die routinemäßige Erfassung möglicher Komplikationen wie PEM oder POTS sollte routinemäßig erfolgen, auch um mehr Evidenz über</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: In der Ziffer sind lediglich selbstverständliche ärztliche Tätigkeiten abstrakt beschrieben oder redundant zur an anderer Stelle genannte Erstellung eines Behandlungsplanes. Die Benennung ist daher nicht erforderlich.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		deren diagnostische Kriterien und Häufigkeit zu gewinnen. <b>Änderungsvorschlag:</b> Wir unterstützen daher die Position von KBV/DKG/PatV: „...die Vorabklärung und Planung erforderlicher Maßnahmen sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht, ...“)		
16.11		Seite 9, §5, Absatz 1, GP 1b <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> In Anbetracht der häufig maladaptiven und dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung bei Long-COVID, die einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nimmt, sollte das hausärztliche Basis-Assessment auch die Krankheitsverarbeitung erfassen. <b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der Formulierung von KBV/DKG/PatV mit der Ergänzung der Erfassung einer dysfunktionale Krankheitsverarbeitung	[GKV-SV: Kenntnisnahme. [die Zuordnung zu § 5 (1) Nr. 1 b scheint fraglich i. Zusammenhang mit der Zustimmung zu einer dissidenten Passage, die sich dort gar nicht findet]. Zustimmung. Die genannten Sachverhalte können relevant sein. Die Bestimmung in 1b) wird entsprechend ergänzt.]  [DKG, PatV: siehe 15.11]	[GKV-SV: § 5 (1) Nr 1 b) wird neu gefasst "körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen, funktionellen und psychischen Status unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten, Problematiken der Krankheitsverarbeitung,"]
16.12		Seite 10, § 5 Absatz 1, GP 7 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Eine aktuelle Metaanalyse (Pouliopoulou et al., 2023)	[GKV-SV: Kenntnisnahme  [KBV: Übernahme]	[KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags in der Richtlinie“]

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>zeigt die Effektivität von Ausdauertraining hinsichtlich einer Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit (z. B. 6 Minuten Gehstrecke), weist aber auch auf die Möglichkeit von Nebenwirkungen hin, die weiter beobachtet werden sollten. Zudem besteht bei einem Teil der Long-COVID Betroffenen eine Tendenz, die Belastbarkeit zu schnell zu steigern, gerade wenn vorher ein hohes Leistungsniveau bestand. In dieser Konstellation erscheint bei Komplikationen im Aktivitätsaufbau ein fachkompetent begleitetes Aufbautraining, bei dem negative Tendenzen rechtzeitig erkannt und korrigiert werden können, sinnvoll.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> am Ende ergänzen: „...sowie die Beratung zu Methoden der therapeutisch begleiteten körperlichen Aktivierung.“</p>	<p>[DKG, PatV: siehe 15.12]</p>	
16.13		<p>Seite 10, § 5 Absatz 1, GP 11 und 12</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Angesichts der Häufigkeit psychischer und somatischer Komorbidität beim Long-COVID Syndrom und auch bei anderen postinfektiösen Krankheitsbildern</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. Die Prüfung der Erforderlichkeit einer Eignung zur Behandlung in einer speziellen ambulanten Einrichtung ist nicht gesondert regelungsbedürftig und kann auf der</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>kommt einer stärkeren Vernetzung der Hausärzte mit anderen Disziplinen eine entscheidende Bedeutung zu.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme des Formulierungsvorschlags bei GP 11 von KBV/DKG/PatV bzw. bei 12 von DKG/PatV.</p>	<p>Grundlage der von den Einrichtungen zu publizierenden Angaben nach § 7 Nummer 8 erfolgen.</p>	
16.14		<p>Seite 12, §6 Absatz 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Bei häufiger Manifestation von Long-COVID an einem bestimmten Organsystem sollte auch das jeweilige Fachgebiet mit Spezialisierung in diesem Bereich die Koordinationsaufgaben übernehmen können.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Das DKPM unterstützt die Übernahme des Vorschlags der DKG zur fachärztlichen Koordination sofern eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebietes notwendig ist oder sein wird.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Zur Verwirklichung der gestuften Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und zur Orientierung der Patientinnen und Patienten ist zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier ist insbesondere auch von der besten Erreichbarkeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auszugehen. Die einzige zweckmäßige Ausnahmeregelung in Absatz 2 bezieht sich auf Situationen in denen Patientinnen und Patienten bereits in regelmäßiger Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt in Behandlung sind, die oder</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			<p>der aufgrund ihres oder seines Fachgebietes in der Lage ist die Koordinierungs- und hausärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und 5 ebenfalls in dem jeweils erforderlichen Umfang zu erbringen. In solchen Situationen, insbesondere wenn die Patientinnen oder der Patient keine Hausärztin oder keinen Hausarzt hat, wäre die Suche nach einer oder einem solchen eine unnötige Erschwernis, die dem Ziel der niederschweligen Erreichbarkeit der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie entgegenstünde. Daher wird die Ausnahmeregelung in Absatz 2 getroffen. Sollte im Verlauf die Behandlung fortgesetzt nur noch durch eine bestimmte fachärztliche Gruppe erfolgen, ist eine Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie u. U. nicht mehr erforderlich (vgl. § 4 Absatz 4).]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 15.14]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
16.15		<p>Seite 15, § 8 Absatz 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Wir sehen die Gefahr, dass Betroffene von therapeutisch sinnvoller Aktivierung abgeschreckt werden und somit die Chronifizierung der Beschwerden begünstigt wird, wenn einseitig und zu stark auf PEM hingewiesen wird (Oslo Chronic fatigue Consortium, 2023). Wir empfehlen daher eine zurückhaltendere Formulierung. Zudem wird im bisherigen Beschlussentwurf zu wenig auf die Bedeutung der Vernetzung mit dem Rehabilitationssektor hingewiesen, obwohl hier bereits erste Evidenz für die Effektivität vorliegt. Wir schlagen daher die Ergänzung eines entsprechenden Absatzes vor.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme des Vorschlages von DKG und PatV. Es sollte aber präzisiert werden: „Insbesondere bei Vorliegen einer schweren Belastungs-intoleranz (PEM)...ist eine stationäre Krankenhausbehandlung bzw. Rehabilitationsmaßnahme zu prüfen. Weiterhin schlagen wir vor zu ergänzen: „Die Prüfung der Verordnung von stationärer oder ganztägig ambulanter</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Auf die Besonderheiten der PEM wird in den Tragenden Gründen zur RL näher eingegangen.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 15.15]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Rehabilitation ist zu prüfen, wenn schwerwiegende Beeinträchtigungen im Sinne der ICF vorliegen und die Aktivität und Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gesellschaft gefährdet sind. Bisher vorliegende Studien zeigen, dass Rehabilitation für die große Mehrzahl der Long-COVID-Betroffenen zwar keine Heilung, aber eine deutliche Verbesserung der funktionellen Belastbarkeit, der Lebensqualität und der psychischen Belastung bringt (Platz et al., 2022; Frisk et al, 2023; Kupferschmitt et al., 2023).</p>		
16.16		<p>Tragende Gründe, Seite 6/7, zu Absatz 2, Nummer 8  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Hier wird die Übernahme der Formulierung DKG/PatV, nicht aber des 2. Absatzes (nur PatV) befürwortet und eine Präzisierung zur Erfassung des Schweregrades vorgeschlagen. Sowohl die S1 Leitlinie zum Long-/Post- COVID Syndrom als auch die S2 Leitlinie zur Rehabilitation bei COVID-19 beschreiben die Bedeutung der Unterscheidung unterschiedlicher Subgruppen und Schweregrade. Das Long-COVID</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Die gesonderte Formulierung der genannten Sachverhalte ist nicht erforderlich, da diese Zielstellungen ebenso ohne diese Bestimmungen erreicht werden können und auch eine symptomatische Behandlung grundsätzlich in der Versorgung ohnehin, auch unabhängig von spezifischen Erkrankungen, relevant sind. Zur Schweregraddifferenzierung u. a. s. zu § 5 Absatz 1.]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Syndrom insgesamt darf nicht mit einem schwer ausgeprägtem MEC/FS gleichgesetzt werden. Dies würde bedeuten, dass der großen Gruppe von Post-COVID Patienten mit mittelschwer ausgeprägten Beeinträchtigungen ein leitliniengerechtes vorsichtig aktivierendes rehabilitatives Vorgehen vorenthalten würde. Nur eine individuelle Erfassung des Schweregrades kann gewährleisten, dass die jeweils angemessene Behandlung erfolgt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> ...nach Lebensqualität der Versicherten anzubieten. Bitte einfügen: „notwendig ist eine individuelle Erfassung des Schweregrades und der Beeinträchtigungen im Sinne der ICF, um eine individuelle Planung von Behandlung und Rehabilitation zu ermöglichen. Bisherige Erfahrungen sprechen für das Vorliegen unterschiedlich beeinträchtigter Subgruppen, die differenzierte Behandlungsstrategien benötigen.“</p>		
16.17		<p>Tragende Gründe, Seite 31/32, zu § 5, Nummer 7</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p>	<p>[GKV-SV: S. Kommentierungen zu § 8.]</p> <p>[KBV, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Eine zu starke Betonung negativer Folgen von Aktivierung können ihrerseits Nebenwirkungen im Sinne einer selbsterfüllenden negativen Prophezeiung haben (Oslo Chronic Fatigue Consortium). Es gibt inzwischen zunehmend Evidenz (s. u.) für die Effektivität eines individuell konzipierten, strukturierten Bewegungsprogramms zur Aktivierung bei einem großen Teil der Long-COVID Betroffenen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                  Der Vorschlag von GKV-SV und KBV wird ausdrücklich unterstützt, ebenso der 2. Kasten von GKV-SV („Es ist allerdings zu vermeiden...“). Angefügt werden sollte im 1. Kasten nach „Über spezifisch konzipierte „Pacing“-Interventionen ist jedoch bisher wenig verlässliches Wissen verfügbar und es besteht Bedarf nach weiteren Erkenntnissen [2].“: Erste Evidenz gibt es hingegen für die Wirksamkeit eines individuell aktivierenden rehabilitativen Ansatzes (Frisk et al., 2023; Kupferschmitt et al., 2023) sowie von kognitiver Verhaltenstherapie (Kuut et al., 2023; Huth et al., 2023).</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
16.18		<p>Tragende Gründe, Seite 46-49, zu § 8 Verordnung weiterer Leistungen  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Es wird ausdrücklich die Übernahme der Formulierung von GKV-SV/KBV empfohlen. Begründung s. o.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      Ergänzt werden sollte der Unterpunkt „Bewegungstherapeutische Leistungen, wenn hausärztliche Beratung alleine zum Aktivitätsaufbau nicht ausreicht oder Hinweise auf dysfunktionales Schonverhalten oder Selbstüberforderung bestehen und keine Kontraindikation vorliegt.                      Tragende Gründe, Seite 50/51, zu § 8 Verordnung weiterer Leistungen                      Stellungnahme mit Begründung:                      Keine Übernahme des Vorschlags PatV, Begründung s. o.  <i>[Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]</i></p>	<p>[GKV-SV: S. Kommentierungen zu § 8.]                      [KBV, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	
17	<p><b>Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V. vom 2. November 2023</b></p>			

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
17.1		<p>Die DGPPR begrüßt ausdrücklich den vorgelegten Beschlussentwurf. Komplexe Krankheitsbilder wie das Long-/Post-COVID Syndrom und ähnliche postinfektiöse Krankheiten erfordern ein strukturiertes und koordiniertes Vorgehen, bei dem somatische ebenso wie psychosoziale Pathomechanismen und Behandlungsansätze berücksichtigt und strukturiert vernetzt werden.</p> <p>Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es beim Long-/Post-COVID Syndrom – wie in der S1- Leitlinie zum Long-/Post-COVID-Syndrom und der S2-Leitlinie „Rehabilitation bei COVID-19“ dargestellt – sehr unterschiedliche Schweregrade, Subgruppen und Verlaufsformen gibt, die unterschiedliche Ansätze der Therapie und Rehabilitation benötigen. Somit unterstützt die DGPPR nachdrücklich das vorgelegte Versorgungskonzept, dass den Hausärzten in der Primärversorgung eine zentrale und koordinierende Funktion in der gestuften Versorgung dieser PatientInnen zuspricht. Die Bandbreite möglicher Folgeschäden und Folgeerkrankungen von COVID-19 sind systematisch kaum erfassbar, so dass das pointierte Hervorheben</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Die Richtlinie beschreibt eine strukturierte und gestufte Versorgung, die wesentlich dazu beitragen soll, dass die Versorgung auf der jeweiligen Versorgungsstufe bzw. -ebene stattfindet um, insbesondere in Bezug auf spezialisierte Expertise in einem vergleichsweise neuen Feld, eine möglichst optimale Nutzung der vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten zu erreichen und Patientinnen und Patienten eine Orientierung zu ermöglichen. Die hausärztliche Ebene ist hier i. d. R. koordinierend. Es wird auch erwartet, dass im Rahmen der hausärztlichen Versorgung und in initialen Assessment-Schritten auch ggf. problematische Umgangsformen mit Symptomen und Erkrankungen erkannt und ggf. auch adressiert werden. Hierzu können auch Elemente der psychosomatischen Grundversorgung</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>einer zahlenmäßig eher kleinen, schwer erkrankten Subgruppe mit ME/CFS im Titel und in der gesamten Richtlinie dem Erkrankungssyndrom Long-/Post-COVID nicht gerecht wird.</p> <p>Beim Long-/Post-COVID-Syndrom sind dysfunktionale Muster der Krankheitsverarbeitung, des Krankheitsverhaltens sowie psychische Begleiterkrankungen von erheblicher Bedeutung und sollten entsprechend in der Erstuntersuchung (Basis-Assessment) diagnostiziert und bei Bedarf durch psychotherapeutische Mitbehandlung adressiert werden.</p> <p>Für die weitere Versorgungsplanung werden dringend epidemiologische Studien zur Erfassung des Schweregrades, dem Umfang der Beeinträchtigung sowie dem Krankheitsverlauf benötigt.</p>	<p>von Bedeutung sein. Ggf. sind auch psychotherapeutische Maßnahmen auf der fachärztlichen Ebene auf der Grundlage bestehender Regelungen denkbar, insofern hier einschlägige Indikationen vorliegen.</p> <p>ME/CFS wird neben anderen Symptomkomplexen bzw. Erkrankungsbildern genannt. Der Regelungsumfang ist auf gesetzlicher Ebene in Verweis auf § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V beschränkt und umfasst hier z. B. nicht die Forschung und die Durchführung von epidemiologischen Studien.]</p>	
17.2		<p>Seite 1 (Titel)</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Wir schlagen vor, die Formulierung der PatV zu übernehmen, aber die Erweiterung „sowie ME/CFS“ wegzulassen, da dies schon in den „ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen“ enthalten ist. Dies sollte auch im</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Der Titel "... für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krank-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>weiteren Text so beibehalten werden (siehe hierzu auch Allgemeine Anmerkungen).  <b>Änderungsvorschlag:</b> „...für Versicherte mit Verdacht auf Long -COVID und ähnlichen postinfektiösen Erkrankungen“</p>	<p>heitsausprägung aufweisen" ist sachgerecht, da er den gesetzlichen Regelungsauftrag und dessen Umsetzung in der Richtlinie in Bezug auf die Erkrankungen bzw. Gruppen von Patientinnen und Patienten benennt.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 15.2]</p>	
17.3		<p>Seite 3, §1, Absatz 2, Gliederungspunkt (GP) 1,2  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      In Anbetracht der Komplexität des Long-COVID Syndroms ist eine zentrale ärztliche Ansprechperson zur niederschweligen Erreichbarkeit, frühzeitigen Festlegung eines Behandlungsplans sowie zur Koordination patientenindividuell notwendiger Versorgungsleistungen essentiell.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      Die DGPPR schließt sich daher der Position der DKG/ PatV an.</p>	<p>DKG/PatV: Kenntnisnahme und Dank.</p>	
17.4		<p>Seite 3, §1, Absatz 2, GP 8  <b>Stellungnahme und Begründung:</b></p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Eine kausale Behandlung für das Long -COVID Syndrom steht häufig nicht zur Verfügung. Somit sollte der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen auch Angebote zur Verbesserung des Krankheitsverlauf, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität enthalten.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die DGPPR schließt sich daher der Position der DKG/ PatV an.</p>		
17.5		<p>Seite 4, §2, Absatz 1, GP 4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Bandbreite möglicher Folgeschäden und Folgeerkrankungen von COVID-19 sind systematisch kaum erfassbar. Sie können Beschwerden der Lunge, des Herzkreislaufsystem, chronische Schmerzen, psychische Beschwerden usw. umfassen. Die spezielle Benennung einer zahlenmäßig eher kleinen, schwer erkrankten Subgruppe mit ME/CFS wird dem Long-COVID-Syndrom nicht gerecht.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die Einschätzung des Stellungnehmenden, dass es sich hier nur um eine Gruppe unter mehreren handeln wird und das Symptomspektrum breit ist, wird geteilt. Allerdings stellt die Nennung hier keine Aussage über die Bedeutung unterschiedlicher Gruppen von Patientinnen und Patienten dar.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 15.5]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		Die DGPPR spricht sich dafür aus, den Teilsatz: ...“Patienten erfasst, die eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) aufweisen.“ zu streichen.		
17.6		Seite 5, §3 Absatz 2, GP 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Angesichts der Häufigkeit von psychischen Begleiterkrankungen und Problemen bei der Krankheitsverarbeitung beim Long-COVID Syndrom ist auf der hausärztlichen Ebene eine enge und vernetzte Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychologischen Psychotherapeuten dringend erforderlich. Hierbei braucht es nicht immer eine persönliche Vorstellung, die Möglichkeit der konsiliarischen Rücksprache sollte aber gegeben sein. Wegen der häufigen somatopsychischen Wechselwirkungen wäre die spezifische Kompetenz eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sinnvoll, aus Kapazitätsgründen sollten aber	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Differenzierte Regelungen zur hausärztlichen Versorgung sind an dieser Stelle nicht erforderlich. Eine Einschränkung der zugänglichen Ärztinnen und Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, ist zu vermeiden. Die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte der hausärztlichen Versorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten und anderen Fachgruppen ist in der Richtlinie geregelt.]  [KBV: Konsiliarische Rücksprache ist in der Praxis gegeben. Sollte keine Voraussetzung für Vernetzung sein.]	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>psychologische Psychotherapeuten mit einbezogen werden. Die Qualifikation eines Psychologen ohne psychotherapeutische Ausbildung erscheint jedoch nicht hinreichend.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der Formulierung DKG mit der Ergänzung „Zusammenarbeit mit mindestens einem Facharzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin und einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten.“</p>		
17.7		<p>Seite 6 § 3, Absatz, GP 4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Hier befürworten wir die Formulierung der DKG, schlagen aber eine Erweiterung vor, um gerade die Versorgung somatopsychisch hochbelastete Betroffene zu erleichtern. Insbesondere die psychosomatischen Institutsambulanzen (§118, Abs 3 SGB V) sind entsprechend Ihres multiprofessionellen Versorgungsangebotes in besonderer Weise geeignet diese PatientInnen bio-psychosozial zu versorgen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme der Formulierung der DKG mit Ergänzung</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Psychosomatische Institutsambulanzen sind von der Versorgung im Rahmen vorliegenden Richtlinie als spezialisierte ambulante Einrichtungen nicht ausgeschlossen, insofern sie die bestimmten Kriterien erfüllen. Andernfalls können dies auf der Ebene der fachärztlichen Versorgung an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		der Institutsambulanzen im Sinne von §118 SGB V.		
17.8		<p>Seite 6, §3, Absatz 4 untere Tabelle, GP2.</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Angesichts der Komplexität des Syndroms mit intensiven somatopsychischen und psychosomatischen Wechselwirkungen sowie des Unterstützungsbedarfes bei der Krankheitsverarbeitung ist unter dem Gliederungspunkt 2 neben psychotherapeutischer und neuropsychologischer Diagnostik auch die psychosomatische Diagnostik zu ergänzen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      Übernahme des Vorschlags von GKV-SV/KBV. Neben der psychotherapeutischen und neuropsychologischen Diagnostik ist dringend auch die psychosomatische Diagnostik zu ergänzen.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Die Nennung der Fachgebiete im Beschlussentwurf basiert darauf, dass diese nach vorliegenden Erkenntnissen insbesondere häufig im Kontext der Versorgung nach dieser Richtlinie voraussichtlich gefordert sein werden. Die Nennung weiterer Fachgebiete könnte die Versorgungsmöglichkeiten zu stark einschränken, wenn deren Beteiligung verpflichtend wäre. Naturgemäß können spezialisierte, ambulante Einrichtungen auch weitere Bereiche z. B. der Psychosomatik, einbeziehen.]</p>	
17.9		<p>Seite 7, §4 Absatz 2, GP 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Das Long-Covid Syndrom ist per se eine komplexe Erkrankung, so dass ein Behandlungsplan im Rahmen einer koordinierten und strukturierten Versorgung in jedem Fall dringend erforderlich ist.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV, DKG, PatV: Zustimmung.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b> Ablehnung der KBV Position einen Behandlungsplan nur bei Vorliegen eines bestimmten Schweregrades zu erstellen.</p>		
17.10		<p>Seite 7, §4 Absatz 2, GP 4 Das Vorliegen einer psychischen Komorbidität, einschließlich psychischer Vorerkrankungen wirken sich ungünstig auf den Krankheitsverlauf von somatischen Erkrankungen aus und sollte daher auch bei Long-COVID routinemäßig miterfasst werden. Eine entsprechende Empfehlung gibt auch die S1 Leitlinie zu Long/Post-COVID. Auch die routinemäßige Erfassung möglicher Komplikationen wie PEM oder POTS sollte routinemäßig erfolgen, auch um mehr Evidenz über deren diagnostische Kriterien und Häufigkeit zu gewinnen. <b>Änderungsvorschlag:</b> Wir unterstützen daher die Position von KBV/DKG/PatV: „...,die Vorabklärung und Planung erforderlicher Maßnahmen sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht, ...“)</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: In der Ziffer sind lediglich selbstverständliche ärztliche Tätigkeiten abstrakt beschrieben oder redundant zur an anderer Stelle genannte Erstellung eines Behandlungsplanes. Die Benennung ist daher nicht erforderlich.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
17.11		<p>Seite 9, §5, Absatz 1, GP 1b</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      In Anbetracht der häufig maladaptiven und dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung bei Long-COVID, die einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nimmt, sollte das hausärztliche Basis-Assessment auch die Krankheitsverarbeitung erfassen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      Übernahme der Formulierung von KBV/DKG/PatV mit der Ergänzung der Erfassung einer dysfunktionale Krankheitsverarbeitung.</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme. [die Zuordnung zu § 5 (1) Nr. 1 b scheint fraglich i. Zusammenhang mit der Zustimmung zu einer dissenten Passage, die sich dort gar nicht findet]. Zustimmung. Die genannten Sachverhalte können relevant sein. Die Bestimmung in 1b) wird entsprechend ergänzt.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 15.11]</p>	<p>[GKV-SV: § 5 (1) Nr 1 b) wird neu gefasst "körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen, funktionellen und psychischen Status unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten, Problematiken der Krankheitsverarbeitung,"]</p>
17.12		<p>Seite 10, § 5 Absatz 1, GP 7</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Eine aktuelle Metaanalyse (Pouliopoulou et al., 2023) zeigt die Effektivität von Ausdauertraining hinsichtlich einer Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit (z. B. 6 Minuten Gehstrecke), weist aber auch auf die Möglichkeit von Nebenwirkungen hin, die weiter beobachtet werden sollte. Zudem besteht bei einem Teil der Long-COVID Betroffenen eine Tendenz, die Belastbarkeit zu schnell zu steigern, gerade wenn vorher</p>	<p>[GKV-SV: Dankende Kenntnisnahme. Die Anregung wird aufgegriffen.</p> <p>[KBV: Übernahme]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 15.12]</p>	<p>[GKV-SV: § 5 Absatz 1 GP 8 lautet nunmehr: „8. bei vorliegender spezifischer Indikation: die Beratung zu Selbst- und Leistungsmanagement (ggf. auch in Gruppen), z.B. bei Vorliegen von PEM die Beratung zum Pacing, die Beratung zu Me-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>ein hohes Leistungsniveau bestand. In dieser Konstellation erscheint bei Komplikationen im Aktivitätsaufbau ein fachkompetent begleitetes Aufbautraining, bei dem negative Tendenzen rechtzeitig erkannt und korrigiert werden können, sinnvoll.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> am Ende ergänzen: „...sowie die Beratung zu Methoden der therapeutisch begleiteten körperlichen Aktivierung.“</p>		<p>ethoden der Krankheitsbewältigung und Stressreduktion sowie die Beratung und Anleitung zu Methoden der therapeutisch begleiteten körperlichen Aktivierung“]</p> <p>[KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags in der Richtlinie]</p>
17.13		<p>Seite 10, § 5 Absatz 1, GP 11 und 12</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Angesichts der Häufigkeit psychischer und somatische Komorbidität beim Long-COVID Syndrom und auch bei anderen postinfektiösen Krankheitsbildern kommt einer stärkeren Vernetzung der Hausärzte mit anderen Disziplinen eine entscheidende Bedeutung zu.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Übernahme des Formulierungsvorschlags bei GP 11 von KBV/DKG/PatV bzw. bei 12 von DKG/PatV.</p>	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
17.14		<p>Seite 12, §6 Absatz 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Bei häufiger Manifestation von Long-COVID an einem bestimmten Organsystem sollte auch das jeweilige Fachgebiet mit Spezialisierung in diesem Bereich die Koordinationsaufgaben übernehmen können mit Ausnahme der Psychologischen Psychotherapeuten. Letztere verfügen nicht über die notwendige somatische Grundkompetenz, um die Koordinationsaufgaben bei einem komplexen Erkrankungsbild übernehmen zu können.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      Die DGPPR unterstützt die Übernahme des Vorschlags der DKG zur fachärztlichen Koordination sofern eine Behandlung im Kernbereich des Fachgebietes notwendig ist oder sein wird.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Zur Verwirklichung der gestuften Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und zur Orientierung der Patientinnen und Patienten ist zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier ist insbesondere auch von der besten Erreichbarkeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auszugehen. Die einzige zweckmäßige Ausnahmeregelung in Absatz 2 bezieht sich auf Situationen in denen Patientinnen und Patienten bereits in regelmäßiger Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt in Behandlung sind, die oder der aufgrund ihres oder seines Fachgebietes in der Lage ist die Koordinierungs- und hausärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und 5 ebenfalls in dem jeweils erforderlichen Umfang zu erbringen. In solchen Situationen, insbesondere wenn die Patientinnen oder der Patient keine Hausärztin oder kei-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>nen Hausarzt hat, wäre die Suche nach einer oder einem solchen eine unnötige Erschwernis, die dem Ziel der niederschweligen Erreichbarkeit der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie entgegenstünde. Daher wird die Ausnahmeregelung in Absatz 2 getroffen. Sollte im Verlauf die Behandlung fortgesetzt nur noch durch eine bestimmte fachärztliche Gruppe erfolgen, ist eine Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie u. U. nicht mehr erforderlich (vgl. § 4 Absatz 4).]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 15.14]</p>	
17.15		<p>Seite15, § 8 Absatz 2  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                  Wir sehen die Gefahr, dass Betroffene von therapeutisch sinnvoller Aktivierung abgeschreckt werden und somit die Chronifizierung der Beschwerden begünstigt wird, wenn einseitig und zu stark auf PEM hingewiesen wird (Oslo Chronic fatigue Consortium, 2023).</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                  [GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Wir empfehlen daher eine zurückhaltendere Formulierung. Zudem wird im bisherigen Beschlussentwurf zu wenig auf die Bedeutung der Vernetzung mit dem Rehabilitationssektor hingewiesen, obwohl hier bereits erste Evidenz für die Effektivität vorliegt. Wir schlagen daher die Ergänzung eines entsprechenden Absatzes vor.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      Übernahme des Vorschlages von DKG und PatV. Es sollte aber präzisiert werden: „Insbesondere bei Vorliegen einer schweren Belastungsintoleranz (PEM)...ist eine stationäre Krankenhausbehandlung bzw. Rehabilitationsmaßnahme zu prüfen. Weiterhin schlagen wir vor zu ergänzen: „Die Prüfung der Verordnung von stationärer oder ganztägig ambulanter Rehabilitation ist zu prüfen, wenn schwerwiegende Beeinträchtigungen im Sinne der ICF vorliegen und die Aktivität und Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gesellschaft gefährdet sind. Bisher vorliegende Studien zeigen, dass Rehabilitation für die große Mehrzahl der Long-COVID-Betroffenen zwar keine Heilung, aber eine deutliche Verbesserung der</p>	<p>die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Auf die Besonderheiten der PEM wird in den Tragenden Gründen zur RL näher eingegangen.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 15.14]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		funktionellen Belastbarkeit, der, Lebensqualität und der psychischen Belastung bringt (Platz et al., 2022; Frisk et al, 2023; Kupferschmitt et al., 2023).		
17.16		<p>Tragende Gründe, Seite 6/7, zu Absatz 2, Nummer 8</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p> <p>Hier wird die Übernahme der Formulierung DKG/PatV, nicht aber des 2. Absatzes (nur PatV) befürwortet und eine Präzisierung zur Erfassung des Schweregrades vorgeschlagen. Sowohl die S1 Leitlinie zum Long-/Post- COVID Syndrom als auch die S2 Leitlinie zur Rehabilitation bei COVID-19 beschreiben die Bedeutung der Unterscheidung unterschiedlicher Subgruppen und Schweregrade. Das Long-COVID Syndrom insgesamt darf nicht mit einem schwer ausgeprägtem MEC/FS gleichgesetzt werden. Dies würde bedeuten, dass der großen Gruppe von Post-COVID Patienten mit mittelschwer ausgeprägten Beeinträchtigungen ein leitliniengerechtes vorsichtig aktivierendes rehabilitatives Vorgehen vorenthalten würde. Nur eine individuelle Erfassung des Schweregrades kann gewährleisten, dass die jeweils angemessene</p>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Behandlung erfolgt. <b>Änderungsvorschlag:</b> ...nach Lebensqualität der Versicherten anzubieten. Bitte einfügen: „notwendig ist eine individuelle Erfassung des Schweregrades und der Beeinträchtigungen im Sinne der ICF, um eine individuelle Planung von Behandlung und Rehabilitation zu ermöglichen. Bisherige Erfahrungen sprechen für das Vorliegen unterschiedlich beeinträchtigt der Subgruppen, die differenzierte Behandlungsstrategien benötigen.“		
17.17		Tragende Gründe, Seite 31/32, zu § 5, Nummer 7 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Eine zu starke Betonung negativer Folgen von Aktivierung können ihrerseits Nebenwirkungen im Sinne einer selbsterfüllenden negativen Prophezeiung haben (Oslo Chronic Fatigue Consortium). Es gibt inzwischen zunehmend Evidenz (s. u.) für die Effektivität eines individuell konzipierten, strukturierten Bewegungsprogramms zur Aktivierung bei einem großen Teil der Long-COVID Betroffenen. <b>Änderungsvorschlag:</b>	[GKV-SV: S. Kommentierungen zu § 8.]  [KBV: Kenntnisnahme und Dank.]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Der Vorschlag von GKV-SV und KBV wird ausdrücklich unterstützt, ebenso der 2. Kasten von GKV-SV („Es ist allerdings zu vermeiden...). Angefügt werden sollte im 1. Kasten nach „Über spezifisch konzipierte „Pacing“- Interventionen ist jedoch bisher wenig verlässliches Wissen verfügbar und es besteht Bedarf nach weiteren Erkenntnissen [2].“: Erste Evidenz gibt es hingegen für die Wirksamkeit eines individuell aktivierenden rehabilitativen Ansatzes (Frisk et al., 2023; Kupferschmitt et al., 2023) sowie von kognitiver Verhaltenstherapie (Kuut et al., 2023; Huth et al., 2023).</p>		
17.18		<p>Tragende Gründe, Seite 46-49, zu § 8 Verordnung weiterer Leistungen                      Stellungnahme mit Begründung:                      Es wird ausdrücklich die Übernahme der Formulierung von GKV-SV/KBV empfohlen. Begründung s. o.                       Änderungsvorschlag:                      Ergänzt werden sollte der Unterpunkt „Bewegungstherapeutische Leistungen, wenn hausärztliche Beratung alleine zum Aktivitätsaufbau nicht ausreicht oder</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Hinweise auf dysfunktionales Schonverhalten oder Selbstüberforderung bestehen und keine Kontraindikation vorliegt.		
17.19		Tragende Gründe, Seite 50/51, zu § 8 Verordnung weiterer Leistungen <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Keine Übernahme des Vorschlags PatV, Begründung s. o. <i>[Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]</i>	[GKV-SV: S. Kommentierungen zu § 8.]  [KBV: Kenntnisnahme und Dank.]	
18	<b>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin vom 2. November 2023</b>			
18.1		Neben Long/Post-COVID-Erkrankungen sollte im Titel der Richtlinie auch ME/CFS und im Text ergänzend das Post-VAC-Syndrom erfasst werden. Alle genannten Erkrankungen kommen im Kindes- und Jugendalter ebenfalls vor und sind mit ähnlichen Herausforderungen bei der Versorgung verbunden (1,2,3). Im Kindes- und Jugendalter waren präpandemisch etwa 80% ME/CFS-Fälle einem viralen Trigger geschuldet,	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die Richtlinie umfasst auch ME/CFS-Erkrankte gemäß § 2 sowie ggf. Post- oder Long-Covid-ähnliche Symptomaten nach Impfungen. Eine gesonderte Nennung im Titel der Richtlinie ist jeweils nicht erforderlich.]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>etwa die Hälfte davon einer Erstinfektion mit dem Epstein-Barr-Virus (2,4). Betroffen sind vor allem adolescente Mädchen (5,6,7). ME/CFS in Folge von COVID-19 wurde kürzlich auch bei Adoleszenten in Deutschland beschrieben (1).</p> <p>Spezielle pädiatrische Definitionen der Post-COVID-Condition (8) und von ME/CFS (1) wurden international etabliert und sind dem Konsens geschuldet, dass Kinder und Jugendliche besonders zügig versorgt werden sollten. Auch im Kindes- und Jugendalter ist eine enge interdisziplinäre, multiprofessionelle und sektorübergreifende Zusammenarbeit notwendig, um der Komplexität der Krankheitsbilder gerecht zu werden (9,10). Besonderheiten der pädiatrischen Versorgung sollten berücksichtigt werden:</p> <p>Die primärärztliche Versorgung wird in der Regel durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin geleistet. Die spezialisierte fachärztliche Differenzialdiagnostik (z.B. Kinderkardiologie, -pulmonologie, -neurologie, -immunologie), wird durch die Subdisziplinen der Pädiatrie ange-</p>	<p>[DKG, PatV: Zustimmung]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>boten, welche überwiegend unter einem Dach in Kinderkliniken und weniger im niedergelassenen Bereich angesiedelt sind. Interdisziplinäre diagnostische Angebote für PCS und ME/CFS finden sich derzeit überwiegend in pädiatrischen Hochschulambulanzen, Spezialambulanzen, Tageskliniken und Stationen sowie in Sozialpädiatrischen Zentren. Dafür muss eine adäquate Vergütung sichergestellt werden.</p> <p>Psychosoziale Bedarfe haben bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit den adressierten Erkrankungen einen besonders hohen Stellenwert (10). Sie erfordern spezialisiertes Wissen zu den gesetzlichen Regelungen für diese Altersgruppe. Den auf eine teilhabeorientierte, multiprofessionelle Versorgung ausgerichteten Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sollte deshalb eine zentrale Rolle bei der Versorgung der jungen Betroffenen zukommen.</p> <p>Erwähnenswert erscheint der besondere Bedarf von zentralisierten, telemedizinischen Versorgungsangeboten bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit den adressierten Erkrankungen. Dieser ist</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>der geringeren Dichte von spezialisierten pädiatrischen Einrichtungen bei einer relativ zu Erwachsenen geringeren Prävalenz von PCS (6,11,12) und ME/CFS [13,14] geschuldet. Um eine flächendeckend hochwertige pädiatrische Versorgung vorzuhalten, sind virtuelle Fallkonferenzen und Telekonsile für Leistungserbringende sowie Televisiten und altersadaptierte Schulungsangebote für Betroffene und Sorgeberechtigte anzustreben. Modellprojekte sind diesbezüglich vielversprechend (15,16).</p>		
18.2		<p>Seite 1:                      Titel/Zielgruppe  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      ME/CFS sollte wegen hoher Versorgungsrelevanz im Titel vorkommen.  <b>Änderungsvorschlag:</b>                      „von Long/ Post-COVID und ähnlichen Infektions-Folgeerkrankungen sowie ME/CFS“</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [GKV-SV: Der Titel "... für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen" ist sachgerecht, da er den gesetzlichen Regelungsauftrag und dessen Umsetzung in der Richtlinie in Bezug auf die Erkrankungen bzw. Gruppen von Patientinnen und Patienten benennt. Eine gesonderte Benennung von ME/CFS ist insbesondere nicht erforderlich,</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			da diese, soweit wie in der Richtlinie intendiert, in der genannten Titelgebung mit umfasst.]  [DKG, PatV: siehe 9.2]	
18.3		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Unterstützt wird der Vorschlag von DGK/PatV mit Ergänzung. <b>Änderungsvorschlag:</b> „die Verfügbarkeit und niedrigschwellige Erreichbarkeit eines zentralen ärztlichen Ansprechpartners und die Gewährleistung patientenindividuell notwendiger Koordination der Versorgungsangebote, im Kindes- und Jugendalter gestützt durch zentrale, digitale (virtuelle) Versorgungs-strukturen“	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: siehe 9.3]	
18.4		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: siehe 9.4]	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Die Vorschläge von DKG/PatV werden mit Ergänzungen unterstützt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p>„3. die frühzeitige Diskrimination und Zuordnung nach Schweregraden (gemessen an Einschränkung der Alltagsaktivität und Teilhabe) für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung.</p> <p>4. die Versorgung auf der Grundlage eines individualisierten, strukturierten und aktuellen Behandlungsplans,“</p>		
18.5		<p>Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 4</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unverändert unterstützt.</p>	Kenntnisnahme und Dank.	
18.6		<p>Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 7</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Der Punkt der PatV muss nicht gesondert erwähnt werden.</p>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
18.7		Seite 3 §1, Abs. 2, Nr. 8 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird minimal adaptiert unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „ ... des Verlaufs unter Beachtung der post-exertionellen Malaise (PEM).“	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: Dem Hinweis wird gefolgt.]	
18.8		Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Formulierung sollte korrigiert werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> „2. ... zur Prophylaxe einer schweren COVID-19 Long-COVID-ähnliche ...“	[GKV-SV: Kenntnisnahme.]  [DKG: siehe 9.8]	
18.9		Seite 4 §2, Abs. 1, Nr. 3 u. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b>	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: siehe 9.9]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Die Richtlinie regelt auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit dem Verdacht auf oder einer festgestellten Erkrankung, die eine ähnliche Ursache oder eine ähnliche Krankungsausprägung wie Long-COVID aufweist. In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen und Patienten erfasst, die 1. infolge einer Infektion post-akut eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik aufweisen oder 2. eine Myalgische Enzephalomyelitis /ein Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) aufweisen.</p>		
18.10		<p>Seite 4 §2, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Zusatz von GKV-SV/KBV wird abgelehnt, weil 1. bereits das Stellen der Verdachtsdiagnose eine notwendige medizinische Maßnahme gemäß der Richtlinie beinhaltet und 2. medizinischer Versorgungsbedarf auch außerhalb einer Studie bestehen kann und oft besteht.</p>	<p>DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Zu 1. Das Vorliegen einer Verdachtsdiagnose wird hier generell vorausgesetzt. Sie kann sowohl von der betreffenden Person selbst gestellt als auch von einer Ärztin oder einem Arzt außerhalb der Richtlinie gestellt werden. zu 2. Die Bestimmung erfolgt hier, um zu verhindern, dass die Versorgung im Rahmen der Richtlinie eine Studienteilnahme erschwert, da die</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			Durchführung von Studien in dem Feld von herausragender Bedeutung ist. Gleichwohl kann dem Anliegen des Stellungnehmenden durch einen Zusatz im Beschlussentwurf Rechnung getragen werden, der diesen Sachverhalt verdeutlicht.]	
18.11		Seite 5 §3, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde müssen auch Leistungen im tagesstationären und stationären Bereich eingebunden werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> „ .... spezialisierte ambulante Versorgung (§7) sowie sonstiger Leistungen (z.B. tagesstationäre, stationäre Versorgung) (§8) erfolgen.	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die Richtlinie erstreckt sich, nach Rechtsgrundlage, auf die ärztliche Versorgung gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V. Bestehende stationäre Behandlungsmöglichkeiten werden durch die Richtlinie nicht eingeschränkt.]	
18.12		Seite 5 §3, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag der DKG zu Krankenhäusern wird unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      „Die Versorgung von Patientinnen erfolgt durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringende und Krankenhäuser. ...“</p>		
18.13		<p>Seite 5                      §3, Abs. 2  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Der Vorschlag der DKG wird abgelehnt, weil er zum einen überreguliert und zum anderen unvollständig ist (Pädiatrie, aufsuchende Versorgung).</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.                      [KBV: Differenzierte Regelungen zur hausärztlichen Versorgung sind an dieser Stelle nicht erforderlich. Eine Einschränkung der zugänglichen Ärztinnen und Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, ist zu vermeiden. Die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte der hausärztlichen Versorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten und anderen Fachgruppen ist in der Richtlinie geregelt.]</p>	
18.14		<p>Seite 5/6                      §3, Abs. 3  <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>                      Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird mit Ergänzung unterstützt.  <b>Änderungsvorschlag:</b></p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme.]                      [PatV: Der Formulierung wird modifiziert gefolgt.]</p>	<p>[PatV: Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt darüber hinaus auch durch stationär/teilstationär tätige Fachärztinnen und</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		„Die fachärztliche Versorgung umfasst ... Einrichtungen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt darüber hinaus auch durch stationär/teilstationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit Subspezialisierung sowie insbesondere auch durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).“		<b>Fachärzte mit Subspezialisierung sowie insbesondere auch durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ).]</b>
18.15		Seite 6 §3, Abs. 4 allgemein <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
18.16		Seite 5/6 §3, Abs. 4, Nr. 1-6 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag der PatV wird mit Modifikationen unterstützt. <b>Änderungsvorschlag zu PatV:</b> „...“, die folgende Kriterien erfüllen: 1. Gewährleistung einer bedarfsgerechten interdisziplinären und multiprofessionellen Versorgung unter	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: siehe 9.16]	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>Berücksichtigung für das Krankheitsbild besonders relevanter medizinischer Fachgebiete (z.B. Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Infektiologie, Immunologie, Psychologie bzw. entsprechender pädiatrischer Fachdisziplinen)</p> <p>2. die Möglichkeit einer akutstationären Versorgung für die relevanten Fachgebiete (evtl. in geregelter Kooperation)</p> <p>3. das Vorhalten von telemedizinischen Angeboten,</p> <p>4. Information der Betroffenen über laufende Studien und Forschungsergebnisse sowie im Falle von Hochschulambulanzen eigene Forschungstätigkeit zu Erkrankungen gemäß § 2</p> <p>5. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten und im Falle von Hochschulambulanzen eigenes Angebot von Fortbildungsveranstaltungen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen nach §2</p> <p>6. regelmäßiges Angebot.“</p> <p>Seite 7 §3, Abs. 5</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Der Vorschlag von GKV-SV/DKG wird unterstützt.</p>		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
18.17		<p>Seite 7 §4, Abs. 1</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Keine Übernahme des Vorschlags der PatV, stattdessen Ergänzung zur Zentralisierung der pädiatrischen Versorgung.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „... Behandlungskoordination und Behandlungsplan. Die Koordination der pädiatrischen Versorgung sollte durch eine übergeordnete, zentrale, digitale (virtuelle) Koordinierungsstelle unterstützt werden, an die sich Betroffene und Primärversorgende wenden können.“</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[GKV-SV: Es bleibt unklar, was unter einer zentralen Koordinierungsstelle zu verstehen ist. Die Forderung nach besonderen, zentralisierten Koordinatoren erscheint hier als unnötig und würde auch die Verfügbarkeit koordinierender Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte einschränken.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.18 und 9.3]</p>	
18.18		<p>Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Behandlungsplan sollte individuell zugeschnitten werden. Der Zusatzvorschlag der KBV erscheint nicht zwingend</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.19]</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		„die Erstellung eines individualisierten Behandlungsplans unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 5 Nummer 1 ...“		
18.19		Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von KBV/DKG/PatV wird modifiziert unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „die Vorabklärung und Planung individuell erforderlicher ... Hinsicht,“	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: siehe 9.20]	
18.20		Seite 8 §4, Absatz 2, Nr. 5 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Einfügung von KBV/GKV-SV wird nicht unterstützt, weil unspezifisch.	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Zustimmung. Entscheidend ist die Terminvermittlung selbst, die bloße "Unterstützung" hierbei ist unspezifisch.]	
18.21		Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 9 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>	Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Es sind hier lediglich Überweisungen genannt, weil an dieser Stelle die Koor-	[DKG, PatV: die Veranlassung notwendiger Überweisungen sowie Leistungen

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Der Bedarf einer stationären Einweisung sollte ergänzt werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      „ ... Überweisungen und bei Bedarf stationärer Einweisungen“</p>	<p>dinationsfunktion im Mittelpunkt steht. Sowohl die koordinierende Ärztin bzw. den koordinierenden Arzt können in ihrer Rolle als Behandelnde (ebenso wie die anderen Versorgungsbeteiligten) Einweisungen wie in der Regelversorgung außerhalb der vorliegenden Richtlinie veranlassen. Im Rahmen der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie ist insbesondere von Bedeutung, dass Überweisungen bevorzugt durch die koordinierende Ärztin bzw. den koordinierenden Arzt erfolgen sollen (diese bzw. dieser jedenfalls von Überweisungen Dritter Kenntnis erhält), damit die Koordinationsfunktion adäquat ausgefüllt werden kann.]</p> <p>[DKG, PatV: Dem Hinweis wird mit einer angepassten Formulierung gefolgt. Durch die Ergänzung des Verweises auf §8 wird auch die stationäre Einweisung adressiert.]</p>	<p><b>nach § 8]</b></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
18.22		<p>Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 11</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von GKV-DSV/DKG/PatV und KBV werden mit Ergänzung unterstützt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere Leistungserbringende sowie kooperierende Einrichtungen und Organisationen (z.B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen, Ausbildungsstätten, Universitäten)</p>	<p>[GKV-SV: Kenntnisnahme und Dank. Die Anregung wird aufgegriffen.]</p> <p>[KBV, PatV: Übernahme]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.22]</p>	<p>[PatV: „die Übernahme der Rolle der Ansprechperson für andere Leistungserbringende sowie kooperierende Einrichtungen und Organisationen (z.B. Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter, Arbeitgeber, Kindertagesstätten, Schulen, Ausbildungsstätten, Universitäten)“]</p> <p>[KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags in der Richtlinie]</p>
18.23		<p>Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 13</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Arbeits- und Ausbildungsfähigkeit kann nicht immer erhalten werden. Die Ausbildungsphase sollte gesondert berücksichtigt werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die Anregung wird aufgegriffen]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.23]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		„... zur Krankheitsbewältigung und dem bestmöglichen Erhalt von Arbeits-, Ausbildungs- oder Schulfähigkeit.“		
18.24		Seite 8 §4, Abs. 2, Nr. 14 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Auf Schulungsangebote und Informationsquellen sollte unter einem weiteren Punkt 14 aufmerksam gemacht werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> „Hinweise auf Schulungsangebote und sonstige Informationsquellen (z.B. Flyer, Webseiten) für Betroffene, Sorgeberechtigte, andere Leistungserringende sowie kooperierende Einrichtungen“.	[GKV-SV: Kenntnisnahme und Dank. Die Anregung wird aufgegriffen.]  [KBV: Übernahme]  [DKG, PatV: siehe 9.24]	[KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags (sinngemäß) in der Richtlinie]
18.25		Seite 8/9 §4, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
18.26		Seite 9 §4, Abs. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag des GKV-SV erscheint entbehrlich.	Kenntnisnahme und Dank.  [DKG, PatV: Zustimmung]	
18.27		Seite 9 §5, Abs. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Besonderheit der primärärztlichen Versorgung durch Fachärztinnen und – ärzte für Kinder- und Jugendärztinnen sollte adressiert werden. <b>Änderungsvorschlag:</b> Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. „Aufgaben der hausärztlichen ...“	[GKV-SV: Kenntnisnahme. Gemäß § 73 Absatz 1a SGB V nehmen Kinder- und Jugendärzte an der hausärztlichen Versorgung teil und sind somit umfasst.]  [KBV: Übernahme]  [DKG, PatV: siehe 9.27]	<b>[KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags (sinngemäß) in der Richtlinie]</b>
18.28		Seite 9 §5, Abs. 1, Nr. 1. <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sollten neben Hausärztinnen und -ärzten ausdrücklich berücksichtigt werden. / Die Fremdanamnese in der Pädiatrie	[GKV-SV: Kenntnisnahme. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind von der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a SGB V umfasst. Die Möglichkeit, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin auch Kinder versorgen soll	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>sollte in einem eigenen Punkt aufgegriffen werden. / Der psychische Status sollte unter Anamnese (a) eingeordnet werden. / Bei der Anamnese sollte der mutmaßliche Trigger, der Zeitpunkt des Auftretens bzw. die Dauer der Symptomatik erfasst werden. / Häufige Symptome wie Fatigue, Belastungsintoleranz, Dyspnoe, orthostatische Intoleranz (OI), Schmerz, Schlafstörungen und psychische Auffälligkeiten (17,18,19) sollten strukturiert erfragt werden. / Die aus der „hinweisende Symptomatik“ (d) resultierenden Empfehlungen sollten präzisiert sowie relevante Fragebögen, Scores und Tests genannt werden, z.B. DSQ-PEM (20), IOM-Kriterien (21), Kanadischen Konsensuskriterien (CCC) (22), „Munich Berlin Symptom Questionnaire“ (MBSQ) (1), angelehnter 10-Minuten-Stehtest (9), PHQ4-Screener (23) / Zur Messung der Funktionseinschränkungen bzw. Priorisierung des Versorgungsbedarfs kann beichronischer Fatigue und ME/CFS der Bell-Score (24) sowie im Falle von Kindern und Jugendlichen allgemein der Fragenkatalog der Deutschen Gesellschaft für Kinder – und Jugendheilkunde (DGKJ) (10) eingesetzt werden.</p>	<p>nicht ausgeschlossen werden. Mutmaßliche Trigger, der Zeitpunkt des Auftretens bzw. die Dauer der Symptomatik u. a. zu erfassen sind Aspekte der Anamnese, auf deren gesonderte Nennung verzichtet wird. Dies gilt auch für andere Aspekte, die der Stellungnehmende anführt. Der G-BA verzichtet in der vorliegenden Richtlinie grundsätzlich darauf, einzelne diagnostische oder therapeutische Verfahren zu benennen, zu empfehlen oder verbindlich vorzugeben. Im Rahmen der Richtlinie ist in dem von vielen Unsicherheiten gekennzeichneten Feld eine systematische Erfassung und Bewertung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und Verfahren als nicht zielführend erachtet worden um der Zielsetzung einer die Versorgung strukturierenden Richtlinie zeitnah zu entsprechen. Dies gilt auch für die Nennung spezifischer Bewertungs- und Erhebungsinstrumente. Die Stellungnahme wird aber insofern aufgegriffen, als dass in</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Änderungsvorschlag:</b>                      „Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist mit der hausärztlichen Versorgung auch die Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gemeint. Aufgaben der hausärztlichen Versorgung im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere:                      1. Basis-Assessment: die Abklärung des Verdachts ... durch systematische Erfassung .... In der Regel einschließlich                      a) ausführlicher, strukturierter Anamnese mit Impfanamnese und Erfassung häufiger Symptome sowie mutmaßlichem Trigger, Zeitpunkt des Auftretens und Dauer der Symptome (darunter Fatigue, Belastungsintoleranz, orthostatische Intoleranz (OI), Dyspnoe, Schmerz, Schlafstörungen und psychischer Status,                      b) im Falle einer anamnestic Belastungsintoleranz Abklärung einer post-exertionellen Malaise (PEM), z.B. mittels etablierten Fragebogens (DSQ-PEM).                      c) im Falle von Fatigue und PEM Abklärung eines ME/CFS mittels etablierter klinischer Kriterien [Kriterien des Institute of Medicine (IOM) und/oder Kanadi-</p>	<p>den Tragenden Gründen auf das Vorhandensein und die ggf. Nutzbarkeit bestimmter Erhebungsinstrumente in allgemeiner Form hingewiesen wird.]                       [DKG, PatV: siehe 9.28]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>sche Konsensuskriterien (CCC), evtl. mit einem integrierten Fragebogen (MBSQ)], unter Berücksichtigung der Mindestkrankheitsdauer von 6 Monaten bei Erwachsenen und 3 Monaten bei Kindern und Jugendlichen,</p> <p>d) Erfassung des funktionellen Status (leichte, mäßige oder schwere Funktionseinschränkung) anhand etablierter Skalen (im Falle von chronischer Fatigue des Bell-Scores) sowie Einschränkungen der Teilhabe der Betroffenen (im Falle von Kindern und Jugendlichen auch eingeschränkter Berufstätigkeit von Sorgeberechtigten),</p> <p>e) im Falle von Kindern und Jugendlichen je nach Alter ausschließlich oder zusätzlich eine Fremdanamnese durch mindestens eine/n Sorgeberechtigten, dabei möglichst getrennte Befragung von pädiatrischem Patient und Sorgeberechtigten,</p> <p>f) ausführlicher körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen und Ernährungsstatus (inklusive BMI), unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen und Komorbiditäten,</p> <p>g) im Falle einer orthostatische Intoleranz (OI) über</p>		



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		mehr als drei Monate Abklärung eines posturalen orthostatischen Tachykardie-Syndroms (PoTS) oder einer Orthostatischen Hypotonie (OH) mittels angelehntem 10-Minuten-Stehetest („NASA lean test“).		
18.29		Seite 9 §5, Abs. 1, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Zusätze durch KBV und GKV-SV erscheinen entbehrlich.	Kenntnisnahme und Dank. [DKG, PatV: Zustimmung]	
18.30		Seite 9 §5, Abs. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme.	
18.31		Seite 10 §5, Abs. 3, Nr. 4-10 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Zusätze der KBV zu Nr. 4, 6, 8 und 10 erscheinen entbehrlich. Die Ergänzung des GKV-SV in Nr. 5 wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
18.32		Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 11 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von KBV/DGK/PatV wird mit Ergänzung unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen, auch digital“	[GKV-SV: Kenntnisnahme.]  [KBV, PatV: Übernahme]  [DKG, PatV: siehe 9.32]	[PatV: „bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen, auch digital“]  [KBV: Übernahme des Änderungsvorschlags (sinngemäß) in der Richtlinie]
18.33		Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 12 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
18.34		Seite 10 §5, Abs. 1, Nr. 13 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der eingefügte Vorschlag des GKV-SV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme.	
18.35		Seite 10, §5, Abs. 3, Nr. 1 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>	Kenntnisnahme und Dank.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Unterstützt werden die Vorschläge der PatV im allgemeinen Teil, sowie von GKV-SV/KBV/PatV unter Nummer 1.		
18.36		Seite 11 §5, Abs. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV, inklusive allen Ergänzungen, wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
18.37		Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme und Dank.	
18.38		Seite 11 §6, Abs. 1, Nr. 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV erscheint nicht zwingend.	Kenntnisnahme.	
18.39		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Die in Nummer 4 beschriebenen	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Aufgaben sind im Rahmen einer in der vorliegenden Richtlinie gestuften Versorgung der hausärztlichen Ebene zuzurechnen.	
18.40		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 6 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.	
18.41		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 7-9 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen der KBV erscheinen nicht zwingend.	DKG, PatV: Kenntnisnahme.  [GKV-SV: Zustimmung. Eine Formulierung ansonsten geltender Regelungen ist nicht notwendig. Eine gesonderte Bestimmung zur Vorabklärung (Nr. 9) ist nicht erforderlich. Die Prüfung der Eignung kann auf Grundlage der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden.]	
18.42		Seite 12 §6, Abs. 1, Nr. 10/11	Kenntnisnahme.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen des GKV-SV erscheinen nicht zwingend.</p>	<p>[GKV-SV: Zur Ausfüllung der Koordinationsfunktion ist es notwendig, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt mindestens Kenntnis über weitere Überweisungen erlangt (Nr. 10). Die Prüfung der Eignung einer Hochschulambulanz soll auf Grundlage der Veröffentlichungen der Hochschulambulanzen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden, damit eine zielgenaue Zuweisung zur geeigneten Versorgung ermöglicht wird (Nr. 11).]</p> <p>[DKG, PatV: Zustimmung]</p>	
18.43		<p>Seite 12/13 §6, Abs. 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzungen von KBV/DKG/PatV zum ersten Satz und zu Nummer 1, von DKG/PatV zu Nummer 2 und von KBV/DKG/PatV zu Nummer 3 werden uneingeschränkt unterstützt.</p>	<p>Kenntnisnahme. [GKV-SV: Zur Verwirklichung der gestuften Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie und zur Orientierung der Patientinnen und Patienten ist zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hier ist insbesondere auch von der besten</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>Erreichbarkeit im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auszugehen. Die einzige zweckmäßige Ausnahmeregelung in Absatz 2 bezieht sich auf Situationen in denen Patientinnen und Patienten bereits in regelmäßiger Behandlung bei einer Ärztin oder einem Arzt in Behandlung sind, die oder der aufgrund ihres oder seines Fachgebietes in der Lage ist die Koordinierungs- und hausärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und 5 ebenfalls in dem jeweils erforderlichen Umfang zu erbringen. In solchen Situationen, insbesondere wenn die Patientinnen oder der Patient keine Hausärztin oder keinen Hausarzt hat, wäre die Suche nach einer oder einem solchen eine unnötige Erschwernis, die dem Ziel der niederschweligen Erreichbarkeit der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie entgegenstünde. Daher wird die Ausnahmeregelung in Absatz 2 getroffen.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]	
18.44		<p>Seite 13 §6, Abs. 3</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung des GKV-SV wird ebenso wie die nachfolgende Anmerkung von KBV/PatV unterstützt.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> „Sofern erforderlich, .... besteht.“ „Dieses Vorgehen beinhaltet.“</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Ein Austausch vor Überweisung an eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt ist notwendig, damit die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt seine Funktion angemessen erfüllen kann. Erfolgt die Behandlung durch weitere Fachärztinnen und Fachärzte ohne Wissen der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist die Koordination offenkundig nicht mehr gewährleistet. Eine Erlaubnis bzw. Zustimmung der koordinierenden Ärztin/des koordinierenden Arztes ist jedoch nicht erforderlich. Allerdings sollte im Regelfall ein Austausch vor Überweisung stattfinden. Ist dies aufgrund von Eilbedürftigkeit nicht möglich, ist mindestens eine Information im Nachgang notwendig. Weitere umfassende Erhebungen und Fallbe-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			sprechungen sind hier nicht regelungsbedürftig.]	
18.45		Seite 13/14 §6, Abs. 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von DKG/PatV wird uneingeschränkt inklusive der Ergänzung der PatV unterstützt. Seite 14	Kenntnisnahme.  [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]	
18.46		§6, Abs. 5 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von KBV/DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. [GKV-SV: Eine gesonderte Bestimmung zur Vorabklärung ist nicht erforderlich. Die Prüfung der Eignung kann auf Grundlage der Veröffentlichungen zu geeigneten Patientinnen und Patienten nach § 7 Absatz 1 Nummer 8 ermittelt werden. Relevante Informationen, die im Rahmen der koordinierten Versorgung bereits vorliegen sollten (vgl. u. a. § 4 Absatz 2 Nummer 8) können dann ggf., unter Berücksichtigung des Informationsbedarfes der besonderen Einrichtungen, übermittelt werden. Es handelt	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			sich um einen ansonsten in der Regelversorgung üblichen Vorgang der Übermittlung relevanten Informationen.]	
18.47		Seite 14 §7, Nummer 2 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Ergänzung von GKV-SV/DKG/PatV wird mit minimaler Anpassung unterstützt. <b>Änderungsvorschlag:</b> „... nicht durch hinreichend spezialisierte, vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erfolgen kann,“	Kenntnisnahme.  [DKG, PatV: siehe 9.46]	
18.48		Seite 14 §7, Nummer 3 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.	Kenntnisnahme.  [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]	
18.49		Seite 14 §7, Nummer 4 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b>	Kenntnisnahme. [GKV-SV: Die durch vorliegende Richtlinie bestimmte bzw. beschriebene, gestufte	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>Der Vorschlag von DKG/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>	<p>Versorgung wird, aufgrund sowohl der Breite als auch Heterogenität der Gruppen von Patientinnen und Patienten und sehr unterschiedlicher Versorgungsbedarfe und insbesondere auch aufgrund der Zielsetzung der niederschweligen Erreichbarkeit grundsätzlich auf der hausärztlichen Ebene angesiedelt (eine Ausnahme hiervon bilden Situationen, in denen bereits ein Beziehung zu einer Fachärztin/einem Facharzt besteht, s. § 6 Absatz 2). Eine Koordinierung durch besonders spezialisierte ambulante Einrichtungen ist damit nicht vereinbar. Erfolgt die Versorgung umfassend und, sofern absehbar, dauerhaft wesentlich durch eine spezialisierte Einrichtung gemäß § 3 Absatz 4 bzw. gemäß § 7, so ist ein, diese Einrichtung und ihre ggf. vorhandene und interdisziplinäre Binnenorganisation dann ggf. maßgeblich. U. U. handelt es sich dann in der Folge auch nicht mehr um eine Versor-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			<p>gung nach der vorliegenden Richtlinie, deren wesentliche Aufgabe hier zunächst eine breite Zugänglichkeit und ggf. Steuerung in die richtige Versorgungsebene ist.]</p> <p>[DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank.]</p>	
18.50		<p>Seite 15 §7, Nummer 6 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der KBV-Vorschlag erscheint entbehrlich.</p>	<p>Kenntnisnahme. [GKV-SV: Zustimmung. Geltende Regelungen sind zu beachten.]</p> <p>[DKG, PatV: Zustimmung.]</p>	
18.51		<p>Seite 15 §7, Nummer 7 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Formulierung von KBV/PatV wird uneingeschränkt unterstützt.</p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.50.]</p>	
18.52		<p>Seite 15 §7, Nummer 8 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b></p>	<p>Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.51]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/KBV wird uneingeschränkt unterstützt.		
18.53		<p>Seite 15 §8, Abs. 1</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Modifikation unterstützt. Die PEM ist eine Sonderform der Belastungsintoleranz und nicht gleichbedeutend mit letzterer. Die Anmerkungen der PatV können aufgegriffen werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> 1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie schließt die Verordnung insbesondere von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 9, 12 und 14 SGB V ein, soweit diese zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich sind. Für die Verordnung gelten grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben sowie die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 SGB V. 2. Bei der Prüfung der Erforderlichkeit einer Verordnung sind insbesondere auch die erkrankungsspezifi-</p>	<p>Kennntnisnahme. [GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert.</p> <p>Auf die Besonderheiten der PEM wird in den Tragenden Gründen der vorliegenden Richtlinie näher eingegangen.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.52]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		<p>schen Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise ist bei dem Vorliegen einer Belastungsintoleranz mit post-exertioneller Malaise (PEM) auf die Einhaltung der individuellen Leistungsgrenzen zu achten.</p> <p>3. Bei allen Verordnungen sollten Besonderheiten wie PEM, ausgeprägte Reizempfindlichkeit oder eingeschränkte Mobilität ausdrücklich vermerkt werden. Im Falle von PEM sollte die Möglichkeit der aufsuchenden und telemedizinischen Umsetzung der Verordnung geprüft werden. „</p>		
18.54		<p>Seite 15 §8, Abs. 2</p> <p><b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Die Vorschläge von DKG und PatV werden mit Anpassung unterstützt. Bei Kindern und Jugendlichen sollten immer auch ortsnahe stationäre oder teilstationäre Versorgungsangebote in Erwägung gezogen werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> 1. „Die Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung,</p>	<p>Kenntnisnahme. [GKV-SV: Grundsätzlich sind alle Aufgaben von § 73 Absatz 2 SGB V von dieser Richtlinie vollständig umfasst. Darüber hinaus gelten ggf. weitere gesetzliche Regelungen, oder Richtlinien, die die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen definieren bzw. konkretisieren. Diese werden durch die vorliegende Richtlinie weder eingeschränkt noch erweitert. Die Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlung</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>wenn diese gemäß der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit § 39 Absatz 1 erforderlich ist.</p> <p>2. Insbesondere bei einer Belastungsintoleranz (PEM), bei der Erforderlichkeit mehrerer diagnostischer Maßnahmen und/oder im Falle von Kindern und Jugendlichen ist eine stationäre bzw. teilstationäre Krankenhausbehandlung zu prüfen.“</p>	<p>werden durch die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall begründet. Auf die Besonderheiten der PEM wird in den Tragenden Gründen der vorliegenden Richtlinie näher eingegangen.]</p> <p>[DKG, PatV: siehe 9.53]</p>	
18.55		<p>Seite 15 §9 <b>Stellungnahme mit Begründung:</b> Der Vorschlag der PatV wird uneingeschränkt unterstützt. <i>[Literaturverzeichnis nicht überführt, siehe Stellungnahme]</i></p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>[DKG: siehe 4.10]</p>	
19.	<b>Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. vom 2. November 2023</b>			
19.1		Wir haben diese sorgfältig gelesen und denken auch,	[GKV-SV, DKG, PatV: Kenntnisnahme. Die	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
		<p>dass es sinnvoll ist, für die für die ambulante Versorgung Empfehlungen für ein konzeptionelles Vorgehen zu formulieren, die sachgerechte Behandlungswege gewährleisten. Insofern unterstützen wir diesen Ansatz gerne. Aus unserer Sicht ist es grundsätzlich wichtig, ärztlicherseits so frühzeitig wie möglich die rehabilitativen Angebote in den Blick zu nehmen und spezialisierte Rehabilitationsbehandlungen zu veranlassen. Auch die Rehabilitationsträger, insbesondere die Deutsche Rentenversicherung, sehen sich hier in der Verantwortung und sorgen aktuell für entsprechend qualifizierte Angebote für Long-/Post-COVID-Betroffene. Das nicht selten die Abgrenzung zu ähnlichen postinfektiösen und ME/CFS-Erkrankungen schwierig ist, ist für die rehabilitative Versorgung weniger wichtig, weil diese insbesondere die Wiedereingliederung und Stabilisierung – auf dem jeweils verfügbaren Niveau – im Blick hat (und kausale Therapien i.d.R. aktuell gar nicht zur Verfügung stehen). Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, in § 3, Absatz 5 zu ergänzen, dass die dort empfohlenen strukturierten Austausch/Kooperationsmodelle “... unter</p>	<p>Bedeutung der Rehabilitation für die betroffenen Patientinnen und Patienten wird gesehen. Der Regelungsumfang ist auf gesetzlicher Ebene in Verweis auf § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V beschränkt. Hier sind gleichwohl Verordnungen zur Rehabilitationsbehandlung möglich (s. zu § 8). Die Nennung bestimmter Fächer, Gruppen, Versorgungs- und Leistungsbereiche erscheint an dieser Stelle jedoch nicht notwendig und sachgerecht.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
		Beteiligung rehabilitationsmedizinischer Leistungserbringer“ erfolgen sollen. Ferner sollte sich dieser rehabilitative Blickwinkel auch im § 4 in den Absätzen 2 und 3 sowie im § 5 widerspiegeln:		
19.2		- § 4 Abs. 2 Nr. 2, ergänzen: „Die Steuerung der Behandlung in medizinischen Fragen zu Diagnose und Therapieoptionen unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte und rehabilitativer Aufgaben mit Blick auf die optimale Teilhabe entlang der mit der Patientin....“	[GKV-SV: Kenntnisnahme.]  [DKG, PatV: Kenntnisnahme und Dank. Mit Blick auf den gesetzlichen Auftrag sowie § 3 wird dem Hinweis jedoch nicht gefolgt.]	
19.3		- § 4 Abs. 2 Nr. 9, ergänzen: „die Anregung, Motivierung und ggf. Veranlassung notwendiger weiterer Überweisungen einschließlich der Beantragungen von Reha- bzw. Teilhabeleistungen.	[GKV-SV: Kenntnisnahme. Eine Ergänzung ist nicht notwendig, da diesen Aspekten in Nr. 12 Rechnung getragen ist.]  [DKG, PatV: Durch die Aufnahme eines Verweises auf §8 wird dem Hinweis nachgegangen. Darüber hinaus werden Rehabilitati-	[DKG, PatV: die Veranlassung notwendiger Überweisungen sowie Leistungen nach § 8,]



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinienentwurf
			onseinrichtungen auch unter Nr. 12 genannt.]	
19.4		- § 4 Abs. 3, ergänzen, je nach ausgewählter Formulierung, dass „der Behandlungsplan Angaben zu den ... geplanten Diagnostik, Therapie- und Rehabilitations- bzw. Teilhabemaßnahmen enthalten (soll/muss)“	[GKV-SV, DKG, PatV: Kenntnisnahme.]	
19.5		- § 5 Abs. 1 Nr. 6, streichen: „bei vorliegender spezifischer Indikation:“ Begründung: Selbstmanagement und Krankheitsbewältigung sind in jedem Fall herausragende Aufgaben bei Post-/Long-COVID-Patienten, wenn auch in unterschiedlicher Intensität.	[GKV-SV: Kenntnisnahme. [gemeint ist vermutlich Nr. 7] Es kann zutreffen, dass dies nicht selten erforderlich ist. Jedoch sind auch, insbesondere weniger gravierende, Fälle denkbar, bei denen dies nicht notwendig ist.]  [DKG, PatV: Durch die Ergänzung „bei vorliegender spezifischer Indikation“ soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass sich je nach Erkrankung bzw. Krankheitsausprägung unterschiedliche Anforderungen ein Selbst- und Leistungsmanagement ergeben können und nicht alle Patienten	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. Dezember 2023)	Änderungen am Richtlinien-text
			gleichermaßen von beispielsweise einer körperlichen Aktivierung profitieren.]	
19.6		- § 5 Abs. 1, ergänzen ein eigener Punkt nach Nr. 6: die Prüfung geeigneter Rehabilitations- und Teilhabeleistungen, die Motivierung des Patienten dazu und die Unterstützung bei der Beantragung der Leistungen.	[GKV-SV, DKG, PatV: Kenntnisnahme. Bestimmungen zu Rehabilitationsleistungen und verordneten Leistungen sind in § 8 formuliert]  [KBV: Prüfung]	

**II. Anhörung**

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 5. Oktober 2023 eingeladen bzw. im Unterausschuss adhoc-postCov angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	30. Oktober 2023	Ja
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	9. November 2023	ja

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

<b>Organisation</b>	<b>Einladung zur Anhörung angenommen</b>	<b>An Anhörung teilgenommen:</b>
Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)	16. November 2023	ja
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)	1. November 2023	ja
Deutsche Gesellschaft für ME/CFS	13. November 2023	ja
Deutsche Gesellschaft für Immunologie (DGfI)	1. November 2023	ja
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)	14. November 2023	ja
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	14. November 2023	ja
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP)	2. November 2023	ja
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)	14. November 2023	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	2. November 2023	ja
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	2. November 2023	nein
Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)	2. November 2023	ja

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	2. November 2023	ja
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)	14. November 2023	ja

**Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung**

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss adhoc-postCov in seiner Sitzung am 21. November 2023 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 21. November 2023) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 21. November 2023) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Deutsche Gesellschaft für ME/CFS (ME/CFS)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
6.	Deutsche Gesellschaft für Immunologie (DGfI)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
7.	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 21. November 2023) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
8.	Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
9.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
10.	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
11.	Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
12.	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und dem 1. Kapitel §§ 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a und 4 Abs. 2 Satz 3 lit. b der Verfahrensordnung des G-BA zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 21. November 2023) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
13.	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
14.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



# Wortprotokoll

## **einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung einer Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID**

Vom 21. November 2023

<b>Vorsitzende:</b>	Frau Maag
<b>Beginn:</b>	13:00 Uhr
<b>Ende:</b>	14:06 Uhr
<b>Ort:</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin (Hybridsitzung)



### **Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörung**

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM):  
Herr Dr.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK):  
Herr

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM):  
Frau Dr.

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP):  
Herr Dr.  
Herr Prof. Dr.

Deutsche Gesellschaft für ME/CFS (ME/CFS):  
Herr  
Frau

Deutsche Gesellschaft für Immunologie (DGfI):  
Frau Prof. Dr.

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI):  
Frau Dr.

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS):  
Herr Prof. Dr.

Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP):  
Frau Prof. Dr.

Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG):  
Frau Dr. Dr.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM):  
Frau Dr.

Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR):  
Herr Prof. Dr.  
Frau

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ):  
Frau Prof. Dr.

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW):  
Herr Prof. Dr.

Beginn der Anhörung: 13:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind der Videokonferenz zugeschaltet.)

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlich willkommen, meine Damen und Herren, zur 19. Sitzung des Unterausschusses Post-COVID und Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik. Wir beginnen heute mit der mündlichen Anhörung zum Tagesordnungspunkt 4.

Wir bedanken uns für Ihre schriftlichen Stellungnahmen, die wir bereits gelesen haben. Wir sind auch schon dabei, sie zu verarbeiten. Wir bitten Sie daher, nicht noch einmal zu wiederholen, was Sie in Ihren schriftlichen Stellungnahmen dargelegt haben. Dafür ist die Anhörung nicht gedacht. Sondern Sie haben heute die Gelegenheit, das für Sie Wichtige noch einmal zu betonen, zu akzentuieren. Wir freuen uns anschließend natürlich, wenn Sie unsere Fragen beantworten können.

Sie haben für diese mündliche Stellungnahme jeweils drei Minuten pro Einheit Zeit. Damit Sie das auch abschätzen können, gibt es bei uns diese digitale Sanduhr, die nach drei Minuten abläuft. Dann sollten Sie zum Ende kommen.

Wir haben es uns so vorgestellt, dass wir uns zunächst jeweils fünf und am Ende vier Vorträge von Ihnen anhören. Anschließend werden wir die Nachfragen der Sitzungsteilnehmer, also der Bänke und der Patientenvertretung, bündeln, sodass wir dann jeweils eine fünfzehnminütige Fragerunde machen können.

Wir haben Verständnis dafür, wenn Sie jetzt nicht die kompletten zwei Stunden zur Verfügung stehen. Aber wir wären Ihnen dankbar – das sage ich jetzt ausdrücklich auch im Namen der Patientenvertretung –, wenn Sie vielleicht die Zeit fänden, bis zum Schluss dabei zu sein. Die Patientenvertretung könnte sich vorstellen, dass es aus dem Vergleich Ihrer Aussagen vielleicht noch Nachfragen gibt.

Ich darf Sie außerdem herzlich bitten, wenn ich Ihnen nachher das Wort erteile, dass Sie das Mikrofon verwenden und dass Sie zu Beginn der Aufzeichnung Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, benennen. Das hat den Hintergrund, dass ein Wortprotokoll erstellt wird, das auch im Internet veröffentlicht wird. Sie machen es uns damit einfach leichter.

Somit haben wir die Vorbemerkungen erledigt. Wir kommen jetzt zur Anhörung. Es beginnt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, gemeinhin unter DEGAM bekannt. Das Wort hat Herr Dr. (DEGAM).

**Herr Dr. (DEGAM):** Vielen Dank, dass die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin die Möglichkeit hat, hier Stellung zu nehmen. Das erklärt dann auch, warum wir es unter anderem für sehr wichtig erachten, dass wir als Hausärztinnen und Hausärzte auch wirklich die Gate-Keeper sind. Zu uns laufen in der Regel die Patienten zuerst. Manche kommen sicherlich auch über Post-COVID-Ambulanzen oder Ähnliches. Aber trotzdem halten wir es für wichtig, dass wir die Gate-Keeper sind. Wir kennen häufig unsere Patientinnen schon relativ lange und haben deshalb auch die sogenannte erlebte Anamnese, um daran zu erkennen, in welche Struktur wir sie einbeziehen können. Das müssen nicht nur ärztliche, sondern können auch außerärztliche Strukturen sein, wie Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, aber auch Pflegeheime, Pflegeambulanzen.

Des Weiteren ist es uns sehr wichtig, noch einmal zu betonen, dass das Post-COVID-Syndrom natürlich ein sehr großes, breitgefächertes Krankheitsbild ist, was sicherlich in der schwersten Form dann auch einer ME/CFS gleicht oder ähnelt. Aber es sind auch viele andere Symptome dabei. Wir würden, glaube ich, viele Patientinnen und Patienten vernachlässigen, wenn wir bei der gesamten Geschichte nur ME/CFS als Punkt sehen. Genauso wie wir auch denken, dass

es sicherlich viele Symptome im Rahmen des Post-COVID-Syndroms gibt, die nicht durch ein Pacing, sondern auch durch andere Maßnahmen behandelt werden können.

Zuletzt auch noch der Hinweis, dass immer wieder auch gesagt wurde, dass man vielleicht schon nach vier bis zwölf Wochen beginnen sollte, Diagnostik und Therapie zu machen. Wir halten das nicht für sinnvoll. Gerade in den ersten drei Monaten ist doch häufig eine Spontanremission dabei. Deswegen würden wir empfehlen, wirklich erst nach zwölf Wochen die Therapie und Diagnostik einzuleiten. Wir halten es für sehr wichtig, dass insgesamt das biopsychosoziale Modell mit betrachtet wird. Das gilt auch bei Post-COVID und bei allen anderen Krankheitsbildern, die es bei uns gibt.

Wir fänden es sehr gut, wenn gerade für die Erstanamnese, die in unseren Praxen doch sehr aufwendig sein kann, eine Vergütungsposition eingeführt werden würde. Wir würden auch darum bitten, dass, wenn in Zukunft Literaturstellen für die verschiedenen Sachen angegeben werden, diese aus Peer-Review-Verfahren sind. Die Qualität muss dort sicherlich verbessert werden. – Ich hoffe, ich bin in den drei Minuten geblieben. Vielen Dank fürs Zuhören und wünsche heute noch ein gutes Gelingen.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Danke schön, Herr Dr. (DEGAM). Das war eine Punktlandung. – Als Nächstes folgt die Bundespsychotherapeutenkammer. Herr (BPtK) kennt das Prozedere. Sie haben das Wort, Herr (BPtK). – Ich höre gerade, dass Herr (BPtK) Tonprobleme hat. Wir würden zunächst einmal der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, Frau Dr. (DGSM), das Wort erteilen.

**Frau Dr. (DGSM):** Vielen Dank. – Ich bin aus dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und vertrete die DGSM. Ich bin Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie sowie Schlafmedizinerin.

In Bezug auf die Post-COVID-Versorgung sehe ich zwei Interaktionen mit dem Thema Schlaf, und zwar einerseits, was die Primärprävention angeht, andererseits, was Schlafstörung im Rahmen, also als Teil des Post-COVID-Syndroms, angeht.

Zunächst einmal zum ersten Punkt, der Primärprävention: Wir haben selbst in einer großen bevölkerungsbasierten Studie in Baden-Württemberg mit über 12 000 Teilnehmern herausgefunden, dass das Risiko, ein Post-COVID-Syndrom zu entwickeln, um den Faktor zwei bis drei steigt, wenn man eine vorbestehende Schlafstörung hat. Also insofern ist das ein ganz wichtiger primärpräventiver Aspekt, sich gut und gründlich um die Behandlung von Schlafstörungen zu kümmern, um von vornherein das Risiko für eine Post-COVID-Entwicklung zu senken. Dieser Aspekt ist natürlich im weiteren Verlauf, wenn man dann ein Post-COVID-Syndrom hat, auch weiterhin relevant. Vorschläge dazu gibt es gleich am Schluss.

Zunächst zum zweiten Aspekt, nämlich den Schlafproblematiken im Rahmen eines Post-COVID-Syndroms. Auch das ist sehr häufig. Dort gibt es Prävalenzen von 30 bis 50 Prozent, eher Richtung 50 Prozent. Das Problem ist nicht nur die Häufigkeit, sondern auch die Vielgestaltigkeit der Schlafproblematik. Wir sehen selber in unseren Untersuchungen und unseren Kollektiven, wenn man es genau differenziert, eine Aufteilung in etwa 30 Prozent schlafbezogene Atmungsstörungen, also deutlich mehr als sonst und ungefähr 30 Prozent Insomnien. Beim Rest kommt es noch zu einem erhöhten Auftreten von Hypersomnien, und zwar von Hypersomnien, die die klaren Kriterien, die man sonst an die Diagnose einer ideopathischen Insomnie anlegt, erfüllen, mit Tagschlaftest gemessen und so weiter. Also behandlungsbedürftige deutliche Hypersomnien.

Alle diese Dinge müssen spezifisch diagnostiziert werden, weil sie auch sehr gut behandelbar sind, aber verschieden behandelt werden. Deswegen braucht es zunächst einmal einer Wahrnehmung in der Primärversorgung und dann auch der Einleitung der entsprechenden Schritte zur weiteren Diagnostik, die letztlich als letzte Stufe in einer Schlaflabordiagnostik münden kann. Das betrifft natürlich nicht jeden, aber in bestimmten Fällen ist es notwendig.

Bei schlafbezogenen Atmungsstörungen ist es unumgänglich und bei den Hypersomnien ebenfalls, weil man für die Feststellung der Diagnose das Schlaflabor braucht.

Das trifft auf Versorgungsstrukturen, die dies nicht abbilden, wo wir acht Monate lange Wartezeiten haben. Da wäre unser Vorschlag, ob man das beispielsweise mit einer Vergütungszusatzpauschale für Post-COVID erleichtern kann, dass auch kurzfristig Ressourcen aufgebaut werden können, um das abzubilden, sodass es nicht zulasten von anderen Patientengruppen geht, die jetzt, auch schon präpandemisch, schlecht versorgt wurden. Wie gesagt: Es gibt mehrmonatige Wartezeiten für die Schlaflabordiagnostik.

Unser Vorschlag: Mehr Wahrnehmung in der Primärversorgung; regelmäßiges Einsetzen von spezifischen Fragebögen und ein Erleichtern des Zugangs zu ohnehin knappen Ressourcen in der Schlaflabordiagnostik beispielsweise mit einer Zusatzpauschale.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Danke schön, Frau Dr. (DGSM). – Ich versuche es jetzt noch einmal mit Herrn (BPtK): Sind Sie bei uns?

**Herr (BPtK):** Ich muss leider noch einmal um die Frage bitten, weil ich vorhin nichts hören konnte.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Eine Frage wollen wir Ihnen noch gar nicht stellen. Sondern Sie haben Gelegenheit, in diesen drei Minuten das für Sie Relevante noch einmal zu betonen. Wenn Sie sagen, dass Ihre schriftliche Stellungnahme reicht, dann ist es so, dass die Fragen erst im Anschluss kommen.

**Herr (BPtK):** Ich möchte die drei Minuten gar nicht komplett nutzen, sondern nur auf den einen Teil noch einmal konkret hinweisen, den wir in der Stellungnahme dargelegt haben:

Im § 3 Absatz 3 haben wir noch einmal darauf hingewiesen, dass kognitive Beeinträchtigungen und Defizite zu den zentralen Symptomen des Post-COVID-Syndroms zählen, auch unter Verweis auf die Metaanalyse von Ceban et al. Insoweit würden wir dafür plädieren, den Vorschlag der KBV aufzugreifen, nämlich dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der Qualifikation in neuropsychologischer Therapie nach Anlage 1 Nummer 19 der entsprechenden Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung Leistungen erbringen. Das sollte explizit dort aufgeführt werden und entsprechend in der Leistungserbringergruppe berücksichtigt werden. – Ich möchte mich an der Stelle darauf beschränken. Ansonsten verweise ich auf unsere schriftliche Stellungnahme.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlichen Dank, Herr (BPtK). – Als Nächste folgt die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Angemeldet sind Herr Dr. (DGP) und Herr Professor (DGP). Wem darf ich das Wort geben?

**Herr Prof. Dr. (DGP):** Ich kann beginnen. Wenn Herr (DGP) sich zuschaltet, freue ich mich, wenn er entsprechend ergänzen würde. Ich versuche, mich auch kurz zu fassen, sodass für ihn auch genügend Zeit für Ergänzungen bleibt.

Für mich ist es als Sprecher für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und auch als Koordinator der Leitlinie wichtig, noch einmal auf die Phänotypisierung hinzuweisen. Ich glaube, es macht Sinn, tatsächlich etwas tiefer in die Phänotypisierung einzusteigen, was dann auch eine spezifische Diagnostik und Therapie notwendig macht.

Direkt anschließend sind die Qualitätskriterien, die wir natürlich definieren müssen. Herr (DEGAM) hat es schon gesagt, dass die Allgemeinmedizin sicherlich der Gate-Keeper ist und den Hut aufhaben sollte. Die Qualitätskriterien könnten wir möglicherweise versuchen, über die S1-Leitlinie mitzuformulieren oder uns dort mit Ihrer Unterstützung zumindest zum Sprachrohr zu entwickeln. Was dann auch heißt, wenn wir hier vielleicht auf ein höheres Evidenzniveau kommen wollen, dass wir dort gegebenenfalls auch finanzielle Unterstützung

bräuchten, um tatsächlich in die tiefere Literaturrecherche einzusteigen. Denn das lässt sich nicht mehr so ohne Weiteres nebenher betreiben.

Das Zusammenlaufen von Befunden ist meines Erachtens wichtig. Das heißt, der Allgemeinarzt, der sozusagen diese Gate-Keeper-Funktion hat, muss natürlich auch Zugriff auf alle Befunde haben. Meine Erfahrung im Alltag ist, dass Patienten teilweise mit Aktenordnern kommen, die aber nicht allen konsultierten Ärzten zugänglich sind. Hier kommen wir natürlich auch zu der Frage des Datenschutzes. Wie kann man schnell Daten transportieren? Das ist meines Erachtens auch für die Ressourcenschonung notwendig. Das wären meine Punkte. – [Anm. G-BA-GS: Herr Dr. (DGP)], wenn du da bist, bitte ich gerne um Ergänzung.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ich glaube, Herr Dr. (DGP) ist jetzt noch nicht eingewählt. Sie hätten dann noch Zeit, wenn Sie es wünschen.

**Herr Prof. Dr. (DGP):** Die spende ich dann den Nachrednern.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Dann bedanken wir uns sehr herzlich für die Zeitspende. – Als Letzte in dieser ersten Runde folgt die Deutsche Gesellschaft für ME/CFS. Es haben sich Herr (ME/CFS) und Frau (ME/CFS) angemeldet.

**Herr (ME/CFS):** Ich übernehme gerne das Wort. Ich nehme auch gerne die 30 Sekunden. – Sehr geehrte Ausschusmitglieder! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung.

Die Versorgung von Long-COVID-Patientinnen und -Patienten betrifft nicht nur die Erkrankten selbst. Sondern sie fordert uns als Gesellschaft. Dabei ist es unabdingbar, dass wir in diesem Zusammenhang die Myalgische Enzephalomyelitis/das Chronische Fatigue-Syndrom, ME/CFS, berücksichtigen. ME/CFS kann nach diversen Infektionen auftreten: Epstein-Barr, Influenza, Enteroviren und jetzt auch COVID-19.

Wir alle sind Zeugen der anhaltenden globalen Herausforderung, die die COVID-19-Pandemie mit sich bringt. Während die Aufmerksamkeit bisher oft auf der Akutphase der Erkrankung lag, so beschäftigt sich diese Richtlinie mit der Versorgung der Menschen, die mit dem postinfektiösen Folgen zu kämpfen haben. Dabei sind postinfektiöse Folgen nichts Neues. Sie sind seit 70 Jahren in der Literatur beschrieben.

Ich möchte einen kleinen Exkurs machen: 1934, als hunderte Ärzte und Krankenschwestern nach einem Infekt Langzeitfolgen entwickelten, beobachtete man schon ME/CFS-artige Symptome, wenngleich man diese noch als *atypical polio* bezeichnete. 1956 traten erneut postinfektiöse Langzeitfolgen nach einer Epidemie am London Free Hospital auf.

Schon damals hat man das erste Mal beschrieben, was wir heute unter der Post-Exertional Malaise kennen, und der Name Myalgische Enzephalomyelitis wurde geprägt. Später kam dann die Bezeichnung Chronisches Fatigue-Syndrom hinzu. Und ME/CFS ist auch nach SARS-CoV-1 und der Spanischen Grippe dokumentiert. Mittlerweile ist belegt, dass bis zu 50 Prozent der Post-COVID-Erkrankten die Diagnosekriterien einer ME/CFS erfüllen.

ME/CFS als postinfektiöse Erkrankung ist nicht neu, sondern ein etwa hundert Jahre alter blinder Fleck in der Medizin. Die enorme Versorgungslücke und die fehlenden Behandlungsmöglichkeiten bei Long- und Post-COVID sind also die direkte Konsequenz davon, dass postinfektiöse Erkrankungen in den letzten 40 Jahren massiv vernachlässigt wurden.

Der vorliegende Entwurf der Versorgungsrichtlinie beschreibt die Versorgung von Long- und Post-COVID. Hierbei handelt es sich erst einmal um einen Sammelbegriff für Menschen mit anhaltenden Folgebeschwerden. Es ist grundlegende Prämisse in der Medizin, statt der Symptome die Krankheiten zu klassifizieren und diese dann zu behandeln. Im Rahmen von Long- und Post-COVID ist daher die Definition klinischer Subgruppen unabdingbar, um genau

dieser Prämisse gerecht zu werden und um auch eine adäquate medizinische Versorgung zu ermöglichen.

Insofern muss ME/CFS nicht nur als bedeutende Subgruppe von Post-COVID von der Richtlinie abgedeckt werden. ME/CFS muss unabhängig vom Auslöser als postinfektiöse Erkrankung Berücksichtigung finden. Der Präzedenzfall, dass Erkrankte derselben Erkrankung nach einem bestimmten Auslöser versorgt werden, nach anderen Auslösern jedoch nicht, muss vermieden werden. Es dürfen sich nicht Patientinnen oder Patienten erster und zweiter Klasse herausbilden. Das jahrzehntelange Wissen zu postinfektiösen Erkrankungen muss berücksichtigt und darauf aufgebaut werden. Ignoriert man dies weiter, führt es auch zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen in der Versorgung von Long- und Post-COVID-Erkrankten. – Vielen Dank.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Danke schön, Herr (ME/CFS). – Damit machen wir nach den ersten fünf Stellungnahmen einen Break. Sie haben jetzt Gelegenheit zu Nachfragen, zu Verständnisfragen – wie auch immer. Sie sollten mir bitte sagen, wen Sie konkret fragen wollten. – Der GKV-SV, bitte.

**GKV-SV:** Ich wollte meine Frage an Herrn (DGP) richten. Ich hatte es nicht ganz verstanden von der pneumologischen Fachgesellschaft, was er mit Leitlinien, Evidenz, Aufbereitung, Finanzierung meinte. War gemeint, dass diese S1-Leitlinie vielleicht auf S3-Niveau gehoben werden sollte?

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Irgendjemand hat hier sein Mikrofon an.

**Herr Prof. Dr. (DGP):** Ich habe mein Mikrofon an, um die Frage zu beantworten. Darf ich?

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herr (DGP), normalerweise lasse ich den Fragenden ausreden und dann bekommen Sie das Wort erteilt. Aber jetzt haben Sie es und herzlichen Dank für die Antwort.

**Herr Prof. Dr. (DGP):** Entschuldigung für soviel Stürmigkeit von meiner Seite. – Wir werden gerne am Evidenzniveau arbeiten, haben das auch vonseiten der DGP besprochen. Wir wollen das mit den Leitlinien-Koautoren im Weiteren noch besprechen. Wir haben es auch schon mal auf dem Plan gehabt. Es gab zumindest die Idee, dass über einen Fördertopf der DGP vielleicht Gelder zur Verfügung stehen. Das ist letzte Woche leider gekippt worden. Die Gelder werden anderweitig benötigt.

Also: Ja, wir würden es gerne auf ein höheres Niveau heben, um dort satisfaktionsfähiger zu sein. Wir würden sie auch lesbarer und kürzer machen. Genau das ist der Punkt gewesen. Wir brauchen hier ein wenig finanzielle Unterstützung, um dort tatsächlich die Leitlinienarbeit durchführen zu können. Das lässt sich aktuell einfach auf einem höheren Evidenzniveau nicht mehr nebenher betreiben.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr Professor (DGP). – Gibt es weitere Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

**PatV:** Ich stelle eigentlich die Frage an die vier Redner, die nicht Herr (ME/CFS) sind. Denn Herr (ME/CFS) hat in seiner Stellungnahme schon darauf hingewiesen, dass wir einen übergeordneten Blickwinkel auf postinfektiöse Erkrankungen insgesamt brauchen. Das habe ich jetzt bei den anderen Stellungnehmenden etwas vermisst oder bei denen, die jetzt hier ihren mündlichen Beitrag geleistet haben.

Wir alle wissen, dass auf SARS-CoV-2 kaum noch getestet wird. Wir wollen ja eine Richtlinie haben, die auch noch einige Jahre Bestand hat. Irgendwann gibt es eine komplette Durchseuchung der Bevölkerung, und man wird eine Erkrankung nicht unbedingt auf eine

SARS-CoV-2-Infektion zurückführen können. Deshalb ist in der Richtlinie auch die Betonung von postinfektiösen Erkrankungen insgesamt. Wie stehen denn die anderen vier Stellungnehmenden dazu? – Danke.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Wenn Sie uns bitte kurz antworten könnten. – Es hat sich zunächst Frau (DGSM) gemeldet.

**Frau Dr. (DGSM):** Das kann ich nur unterschreiben. Das von mir Gesagte bezüglich Schlaf gilt ausnahmslos auch für ME/CFS. Ich denke, dass wir von all diesen Dingen jetzt auch über die Zusammenhänge von Schlaf und postinfektiösen Syndromen dazugelernt haben; einiges wussten wir auch schon vorher. Das, was wir dazulernen, ist alles natürlich gleichermaßen nutzbar für andere postinfektiöse Syndrome, die es schon vorher gab und die es in Zukunft geben wird. Es ist sehr richtig, was Sie sagen. Diese Veranstaltung heißt jetzt zwar „für Long- und Post-COVID-Syndrom“, aber letztlich sind die Inhalte auch auf postinfektiöse Syndrome im Allgemeinen übertragbar.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Danke schön. – Herr (DEGAM), bitte.

**Herr Dr. (DEGAM):** Frau (DGSM) hat mir schon relativ viel vorweggenommen. Ich möchte mich dem auch anschließen. Ich möchte aber trotzdem noch mal betonen, was ich vorhin schon gesagt habe: Da ja doch in den ersten Wochen, Gott sei Dank, sehr häufig die Symptome zurückgehen, teilweise bis zum Ausheilen, halten wir es für wichtig, dass wir dann eine weiterführende Diagnostik eher erst ab der zwölften Woche, also dem Beginn der Definition des Post-COVID-Syndroms machen, unabhängig davon, ob jetzt die Infektion über einen PCR- oder Schnelltest – wie auch immer – festgestellt wird. Es kann – wie Sie schon richtig sagten – nach ganz vielen unterschiedlichen Infektionserkrankungen passieren. Damit wir über das System insgesamt weiterhin gut koordinieren können, müssen wir weiterhin über die Gate-Keeper und natürlich dann auch erst zu einem gewissen Zeitpunkt die Diagnostik betreiben. – Vielen Dank.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Danke schön. – Dann hätte noch Herr (BPtK) die Gelegenheit zu antworten. Sie müssen aber nicht.

**Herr (BPtK):** Ich kann mich den Vorrednerinnen und -rednern anschließen. Wir haben uns auch in unserer Stellungnahme für eine breite Definition der Patientinnen und Patienten ausgesprochen, nämlich dass es keine Einschränkungen auf ein Post-COVID-Krankheitsbild geben sollte, sondern dass in dieser Richtlinie für die koordinierte Versorgung postinfektiöse Erkrankungen generell Berücksichtigung finden.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Danke schön, Herr (BPtK). – Als Nächstes fragt die KBV.

**KBV:** Ich habe eine Frage an Frau (DGSM). – Frau (DGSM), ich bin niedergelassener Pneumologe. Sie hatten Hypersomnie, Insomnie angesprochen. Schlaflosigkeit nach Corona ist nicht selten, aber natürlich im Alltag schwierig herauszukitzeln. Während ich eine Schlafapnoe mit einer Polygraphie herausfinden kann, ist es bei der Hypersomnie abseits der Anamnese schwierig. Da hätte ich sehr gerne eine Schlaflabor Diagnostik. Aber wir haben diese Ressourcen nicht. Sie haben gesagt: zusätzliche Vergütung, zusätzliche Plätze.

Gibt es etwas, was Sie uns für unsere Richtlinie mitgeben könnten, was wir hineinschreiben können, wie wir das noch ein bisschen besser differenzieren können, um herauszufinden, wer davon betroffen ist und wer weiterer Diagnostik dringend bedarf?

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Danke schön. – Frau (DGSM), bitte.

**Frau Dr. (DGSM):** Das ist tatsächlich ein wichtiges und problematisches Thema. Der erste Schritt ist die Wahrnehmung in der Primärversorgung. Da gibt es sicherlich auch Aufholbedarf. Diesbezüglich können auch etablierte Fragebogeninstrumente in der Breite helfen. Und dann kommt das Nadelöhr, wie Sie schon sagen.

Es gibt spezifische Diagnosen, wo man einfach an der Schlaflabordiagnostik nicht vorbei kommt. Es gibt keine Hypersomnie-Diagnose ohne Schlaflabor. Und es gibt keine schlafbezogene Atmungsstörungstherapie, zumindest nicht mit Maskentherapie, ohne Schlaflabor. Also dafür braucht man das. Und dieses Nadelöhr muss man aufweiten. Da war mein Vorschlag, das mit einer Zusatzvergütung zu ermöglichen. Denn die beschränkten Ressourcen sind zum Teil auch ein Problem der unzureichenden Vergütung. In der Vergangenheit sind auch viele Ressourcen weggebrochen. Da könnte man eine Motivation, diese kurzfristig auch auszudehnen, durch eine Zusatzvergütung begünstigen, vor allem, damit es nicht zulasten anderer Patientengruppen geht. Das wäre der Vorschlag für die Ausweitung der Schlaflabordiagnostik.

Ansonsten fragten Sie nach Hilfestellungen zur Differenzierung: Mehr als eine differenzierte Anamnese; dann die Atmungsstörungsschiene ausschließen oder mit der Polygraphie beginnen; entsprechend dann, wenn auffällig, in ein atmungsorientiertes Schlaflabor. Wenn nicht, muss aufgrund von Anamnese und Fragebögen die Entscheidung getroffen werden, ob eine Schlaflabordiagnostik in Richtung auf Hypersomnie notwendig ist. Das ist bei Insomnien nicht der Fall. Die kann man auch ohne Schlaflabor behandeln.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlichen Dank. – Ich weise an dieser Stelle diejenigen, die uns für Fragen zur Verfügung stehen, darauf hin, dass es nicht gedacht ist, sich jetzt intern und extern auszutauschen, also Diskussionen untereinander zu führen. Sondern antworten Sie wirklich nur auf die Fragen. Ich erwähne es deswegen, weil sich jeweils auf die eine Stellungnahme dann der Nächste gemeldet hat.

Ich sehe in dieser ersten Runde jetzt keine Fragen mehr. Dann bedanke ich mich bei allen, die uns zur Verfügung gestanden haben. Wir freuen uns, wenn Sie bei uns bleiben, haben aber auch Verständnis, wenn Sie weitere Termine am heutigen wahrnehmen wollen. – Als Nächstes folgt die Deutsche Gesellschaft für Immunologie, vertreten durch Frau Professor (DGfI).

**Frau Prof. Dr. (DGfI):** Vielen Dank. – Ich vertrete die Deutsche Gesellschaft für Immunologie. Ich bin klinische Immunologin sowie Hämatonkologin und leite hier an der Charité ein Zentrum für postinfektiöse Erkrankungen.

Wir sehen diese postinfektiösen Erkrankungen seit mehr als fünfzehn Jahren. Insofern möchte ich mich dem anschließen, dass es wesentlich ist, dass in dieser Richtlinie genauso die postinfektiösen Syndrome berücksichtigt werden. Dazu zählt insbesondere auch ME/CFS. Während wir nach COVID ein ganz breites Spektrum von postinfektiösen Erkrankungen haben, sehen wir nach anderen Infektionen wie beispielsweise Influenza oder EBV als Hauptfolge ME/CFS. Das ist eine Erkrankung, die relativ häufig ist. Es gibt vom IQWiG dazu eine aktuelle Stellungnahme, die geschätzt präpandemisch von 150 bis 300 000 Patienten ausgeht. Für diese Patienten gab es bereits vor der Pandemie ein großes Versorgungsdefizit. Die Mehrzahl dieser Patienten ist schwer und chronisch erkrankt.

Ich möchte noch betonen, dass für diese Patienten mit den komplexen Krankheitsbildern eine interdisziplinäre Diagnosestellung wichtig ist. Die sollte idealerweise an Spezialambulanzen beispielsweise Hochschulambulanzen erfolgen, wo dann auch eine adäquate Vergütung und die Weiterbetreuung gemeinsam mit den Niedergelassenen gewährleistet sein muss.

Ein Punkt, der mir auch noch sehr wichtig ist, ist: Eines der Hauptprobleme der postinfektiösen Syndrome ist die Belastungsintoleranz mit Verschlechterung oft nach leichten Alltagsaktivitäten. Das kann bis zur Abwärtsspirale gehen, wenn so etwas beispielsweise in der Rehabilitation nicht berücksichtigt wird.



Letzter Punkt: Wir haben unter den ME/CFS-Betroffenen etwa 25 Prozent, die ans Haus und teilweise auch ans Bett gebunden sind. Für diese Patienten besteht ein großer Bedarf an Aufsuchenden und auch telemedizinischen Versorgungsangeboten. – Vielen Dank

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlichen Dank, Frau Professor (DGfI). Bitte bleiben Sie noch bei uns. – Jetzt folgt die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, vertreten durch Frau Dr. (DGPI). Frau (DGPI), Sie haben das Wort. – Frau Dr. (DGPI)? – Wir würden dann zwischenzeitlich weitermachen. – Frau Dr. (DGPI), wenn Sie uns hören, versuchen Sie sich bitte noch einmal einzuwählen.

Als Nächstes folgt die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, vertreten durch Herrn Professor (DGVS). – Herr Professor (DGVS), sind Sie da?

**Herr Prof. Dr. (DGVS):** Ja, guten Tag. Ich grüße Sie ganz herzlich. – Sehr geehrte Damen und Herren! Herzlichen Dank, dass Sie der DGVS die Möglichkeit geben, eine Stellungnahme abzugeben. Ich möchte mich im Wesentlichen auf fünf Punkte konzentrieren.

Ich halte in dieser Richtlinie eine stärkere Differenzierung zwischen Long- und Post-COVID für unabdingbar. Die Vorredner haben ausgeführt, dass Long-COVID nach vier Wochen häufig durch Spontanremissionen gekennzeichnet ist. Wenn keine Alarmsymptome vorliegen, ist auch keine differenzierte Diagnostik notwendig. Anders ist es bei Post-COVID, und zwar nach zwölf Wochen.

Der zweite Punkt ist, dass die Betreuung von Betroffenen auf der ersten Versorgungsebene selbstverständlich flächendeckend und wohnortnah angeboten werden muss. Das heißt, Qualitätsanforderungen dürfen nicht überschießend dazu führen, dass die wohnortnahe Betreuung nicht mehr angeboten werden kann.

So, wie Herr (DEGAM) es ausgeführt hat, ist die primärärztliche Verantwortung für Patienten bei den Hausärzten, den hausärztlichen Internisten, den Allgemeinmedizinerinnen zu sehen. Auch hier gilt, dass die Qualitätsanforderungen nicht überschießend sein sollen, um dann nicht künstlich Flaschenhalse für die Betreuung der Patienten anzubieten.

Bei Patienten mit komplexen Verläufen ist sicher eine besondere Versorgungsstruktur notwendig. Auch hier möchte ich wie meine Vorredner darauf hinweisen, dass wir nicht eine Versorgungsstruktur für Patienten mit Post-COVID brauchen, sondern eine Versorgungsstruktur für Patienten mit postinfektiösen Langzeitfolgen. Das heißt, hier muss weitergedacht werden. Das können Hochschulambulanzen sein, in denen multimodale Diagnose- und Therapiekonzepte angeboten werden. Es ist aber auch klar, dass multimodal nicht durch die Hochschulpauschale finanziert werden kann.

Zum Schluss ist es der DGVS sehr wichtig, dass diese Richtlinie nach fünf Jahren evaluiert wird und eine Unter- beziehungsweise Überbetreuung von Patienten gegebenenfalls korrigiert wird. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlichen Dank, Herr Professor (DGVS). – Wir versuchen es noch einmal mit Frau Dr. (DGPI) von der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie. – Frau Dr. (DGPI), wir hören Sie leider nicht. Ihr Mikrofon ist freigeschaltet. Aber es funktioniert nicht.

Wir machen weiter und rufen Frau Professor (GPP) von der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie auf. – Frau Professor (GPP), können Sie uns hören? – Auch nicht!

Dann machen wir mit der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft weiter, vertreten durch Frau Dr. (DOG).

**Frau Dr. Dr. (DOG):** Ich spreche für die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft und sage auch ein Dankeschön für die Einladung, dass auch wir hier Stellung nehmen dürfen.

Ich möchte mich meinen Vorredner hundertprozentig anschließen. Auch wir freuen uns sehr, dass es diese Richtlinie zum einen geben wird, und zum anderen sehen auch wir den Bedarf, dass es nicht rein auf Post-COVID fokussiert sein sollte, sondern dass sie postinfektiöse Erkrankungen auch durch andere Trigger beinhalten sollte.

Den Gate-Keeper, wie schon angesprochen wurde, sehen auch wir in der Allgemeinmedizin, die die flächendeckende Versorgung gewährleisten sollte. Zwei wichtige Punkte, die für uns in diesem Bezug anzusprechen wären, wären, dass wir aus unserer Sicht alle Kapazitäten nutzen sollten und alle Ärzte einbeziehen sollten, die sich an der Versorgung mit einbringen möchten. Stichwort § 140a SGB: Wir sollten auch diese Personen mit reinnehmen, um diese Kapazität noch mit zu nutzen.

Zum anderen – ich rede jetzt für DOG, für unsere Augenheilkunde, aber ich kann mir vorstellen, dass das die anderen auch so sehen: Wir möchten nicht nur auf Konsiliarebene mit eingebunden werden, sondern würden uns gerne vollumfänglich mit unserem fachärztlichen Wissen sowohl für die Diagnostik als auch für die entsprechenden Therapien in der Versorgung einbringen. – Vielen Dank unsererseits, dass wir dabei sein durften.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlichen Dank an Sie, Frau Dr. (DOG). – Jetzt versuchen wir es noch einmal mit Frau Dr. (DGPI). – Das funktioniert immer noch nicht. – Frau Professor (GPP), können Sie uns erreichen? – Bei beiden ist nichts zu machen.

Ich würde dann in dieser ersten Runde noch die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie aufrufen. – Frau Dr. (DGPM), können Sie uns hören und verstehen?

**Frau Dr. (DGPM):** Ja, ich höre und verstehe Sie. Ich hoffe, Sie mich auch.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ja.

**Frau Dr. (DGPM):** Vielen Dank erst einmal im Namen der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin, dass wir an dieser Richtlinie nicht nur mit der schriftlichen Stellungnahme, sondern jetzt auch mündlich teilnehmen dürfen.

Wir begrüßen es sehr, dass es diese Richtlinie geben wird, weil wir denken, dass es einfach in der Versorgung der Betroffenen ein wichtiger erster Schritt ist, wo es aus unserer Sicht noch viel zu tun gibt. Neben dem, was wir schriftlich schon formuliert hatten, würde ich auf zwei Punkte noch mal besonders eingehen wollen.

Zum einen sehen auch wir es als wichtig an, dass die Allgemeinmediziner als Primärversorger in der Rolle sind, zentral alles zu koordinieren und zu ordnen. Das halten wir für sehr wichtig, und dass dort auch im Rahmen von einer Basisanamnese geguckt wird, wer denn was braucht. Denn es ist eine Gruppe von sehr unterschiedlich betroffenen Personen, bis hin zu ME/CFS. Also man muss schauen, für wen was wichtig ist. Und man muss in der Basisanamnese gucken, wer im Rahmen der Krankheitsverarbeitung belastet ist, wo es eventuell psychische Begleiterkrankungen gibt. Es ist keine psychogene Erkrankung, das möchte ich hier noch mal außerordentlich betonen. Es ist uns wichtig, wenn ein Bedarf vorhanden ist, die Leute dementsprechend weiterzuvermitteln. Wenn es dann psychotherapeutischen Bedarf gäbe, soll das jemand machen, der psychosomatische Expertise hat, somatopsychisch sich auskennt. Aber nicht jeder braucht das direkt. Sondern man muss gucken. Es gibt viele Betroffene, die das eben nicht brauchen.

Noch einmal zum Thema ME/CFS: Ich glaube, es ist wichtig, dass man diese Gruppe von sehr schwer Betroffenen noch mal extra anschaut, die Angebote dort besser spezifiziert, es auch

möglich macht, das abzubilden und abrechnen zu können. Denn diesbezüglich wird einfach noch nicht genug getan.

Auch bei dem Thema Aktivierung von Pacing muss geschaut werden, dass das besser erklärt wird; dass man versteht, was das eigentlich heißt, wer wie belastet werden kann. Man muss eben darauf achten, dass diese ganz schwer betroffenen Patienten und Patientinnen mit ME/CFS nicht einfach belastet werden. Denn dann verschlechtert man den Zustand massiv. Das wäre kontraproduktiv. Anderen hilft es wiederum. Da muss man noch sehr viel Aufklärungsarbeit auch in der Primärversorgung schaffen: Was heißt Pacing? Für wen ist was wie richtig? Es gilt, die Versorgungskonzepte sehr individuell anzupassen, damit es nicht über alle gleich hinweggeschert wird. Denn dann erreicht man sehr oft das Gegenteil. – Das waren noch einmal die betonten Punkte aus unserer schon schriftlich formulierten Stellungnahme. Vielen Dank.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Wir danken Ihnen, Frau Dr. (DGPM). – Jetzt hat sich Frau Dr. (DGPI) per Chatnachricht gemeldet. Wir versuchen es noch mal.

**Frau Dr. (DGPI):** Vielen Dank. Ich habe die Lautstärke jetzt ganz hoch geregelt. Hören Sie mich?

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ja.

**Frau Dr. (DGPI):** Wunderbar. Vielen Dank. – Im Sinne der pädiatrischen Infektiologie möchte ich betonen, dass das Krankheitsbild zwar etwas seltener, aber durchaus neben den Erwachsenen auch die Kinder und Jugendlichen betrifft, und dass gerade die Jugendlichen in einer sehr vulnerablen Lebensphase erkranken, in der es auch um Abschlussqualifikationen und Ausbildungsplätze et cetera geht. Deswegen benötigen sie besondere, spezifische, auch pädiatrische Unterstützung.

Des Weiteren möchte ich neben dem komplexen Behandlungsbedarf noch einmal die sehr aufwendige, komplexe Ausschlussdiagnostik thematisieren, die im Versorgungssystem abgebildet werden sollte. Denn ohne eine valide Diagnose ist die weitere gezielte Versorgung der Post-COVID-Patienten gar nicht möglich. Das heißt, es muss weiterhin eine gute Aufklärung zum Krankheitsbild erfolgen, die jeweils die neuen Erkenntnisse zum Thema den versorgenden pädiatrischen Kollegen und Kolleginnen aktuell zur Verfügung steht. Außerdem müssen genügend qualifizierte Anlauf- und Beratungsstellen ausreichend unterstützt werden oder auch eine zentrale pädiatrische Beratungsstelle geschaffen werden, um eine solide Diagnostik und gute Diagnosestellung zu ermöglichen.

Als Vertretung der Pädiatrischen Infektiologie möchte ich gerade noch mal auf das mehrfach erläuterte Thema der anderen Krankheitserreger eingehen, die auch Post-COVID-ähnliche Symptomkomplexe verursachen können. Denn der für die Definition des pädiatrischen Post-COVID-Syndroms geforderte naheliegende epidemiologische Zusammenhang zur SARS-CoV-2-Infektion wird immer schwieriger, da PCR-Tests aktuell im ambulanten pädiatrischen Bereich fast gar nicht durchgeführt werden. Selbst Antigentestungen sind keine Routine. Sprich: Viele Kinder und deren Sorgeberechtigte wissen nicht mehr, ob und wann sie eine SARS-CoV-2-Infektion haben oder hatten, vor allen Dingen, weil im Kindes- und Jugendalter Infektionen noch sehr viel häufiger vorkommen als bei den Erwachsenen.

Daher gilt es umso mehr aus einer vorausschauenden Perspektive, den Zusammenhang bei sehr typisch passenden klinischen Symptomen und Verdacht auf SARS-CoV-2 oder auch auf anderen nachgewiesenen Infektionserregern auszudehnen, von denen durchaus bekannt ist, dass sie zu Fatigue, ME/CFS führen wie das Epstein-Barr-Virus oder Belastungsdyspnoe, wie Influenza und RSV-Infektionen. Das heißt, die geplanten Maßnahmen sollten sich nicht auf einen reinen Zusammenhang zu SARS-CoV-2, das heißt U09.9, beziehen, sondern auf alle postinfektiösen Symptomkomplexe, damit auch für alle Patienten und Patientinnen – mit entsprechender Symptomatik nach drei Monaten – eine adäquate Diagnostik, Diagnose und

Therapie gewährleistet werden kann. Zu allen weiteren Aspekten verweise ich auf unsere schriftliche Stellungnahme. – Vielen Dank.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlichen Dank, Frau Dr. (DGPI). – Frau Professor (GPP), falls Sie uns hören und nur nicht antworten können, versuchen Sie es weiter. Ich würde einfach im Thema weitermachen. Ich rufe Sie am Ende der Anhörung noch mal auf.

Jetzt besteht die Gelegenheit für Fragen. Gibt es Fragen an die Ausführenden? – Die Patientenvertretung, bitte.

**PatV:** Vielen Dank. – Ich habe eine Frage speziell an Frau (DGPM) und eine Frage gemeinsam an Frau (DGPM) und Frau (DGfI). Eigentlich sind es zwei Fragen, die für beide Antwortenden geeignet sind. Und zwar: In der schriftlichen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatik steht, dass eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung von besonderer Bedeutung ist. Jetzt gerade in dem mündlichen Beitrag habe ich das so stark nicht wahrgenommen, sondern dass selbstverständlich eine Mitbetreuung erforderlich ist. In der schriftlichen Stellungnahme hört es sich aber so an, als wenn das ein wesentlicher Krankheitsmechanismus ist. Ich würde gerne sowohl von Ihnen, Frau (DGPM), als auch von Ihnen, Frau Professor (DGfI), hören, wie der Stellenwert der dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung ist.

Die zweite Frage ist zum Thema Spezialambulanzen: Ist es aus Ihrer Sicht am besten, wenn das nur universitär angebunden ist oder auch an anderen Krankenhäusern, beispielsweise psychosomatischen Spezialkliniken oder Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung, der Maximalversorgung, die aber nicht universitär sind? Wie sehen Sie dort die Anbindung in der höchsten Versorgungsstufe? Die Frage ist im Prinzip auch an Sie beide adressiert. – Danke schön.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Danke schön, Patientenvertretung. – Wer möchte beginnen?

**Frau Dr. (DGPM):** Soll ich mal beginnen?

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ja.

**Frau Dr. (DGPM):** Zu der ersten Frage, dysfunktionale Krankheitsverarbeitung, würde es der DGPM darum gehen – deswegen ist es auch in der schriftlichen Stellungnahme so formuliert – , dass die nicht jeder automatisch hat. Deswegen ist uns diese primärärztliche Versorgung – gucken, wer braucht was – so wichtig und eben da zu schauen, ob denn dieser, diese Betroffene eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung hat oder nicht. Denn die hat nicht automatisch jeder. Es gibt viele, die kommen selber gut klar. Die haben viele Ressourcen, wo das möglich ist. Deswegen ist es wichtig, zu schauen.

Und wenn es dann aber so ist, dass man sagt: Da gibt es Möglichkeiten, wie man denjenigen unterstützen kann, wenn er das möchte. Ich hoffe, das beantwortet die Frage. Denn das ist etwas, was oft passiert, dass so allgemein gesagt wird: Alle brauchen Psychotherapie. Da würde ich sagen: Um Gottes Willen, auf gar keinen Fall. Sondern das ist ja keine psychogene Erkrankung, sondern neuroimmunologisch und was auch immer man noch herausfinden wird. Aber die psychosomatische Medizin hat durchaus Möglichkeiten, Betroffene zu unterstützen, die an chronischen Krankheiten mit Körperbeschwerden leiden, sei es jetzt aufgrund von einer Infektionskrankheit oder auch im ganz anderen Kontext, im Rahmen einer Krebserkrankung oder, oder. Also, das sind alles Felder der psychosomatischen Medizin, wo wir unterstützen können. Aber nicht jeder braucht es.

Soll ich gleich auch die zweite Frage beantworten?

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ja, machen Sie gleich weiter mit der zweiten Frage.

**Frau Dr. (DGPM):** Spezialambulanzen halte ich für wichtig. Ob die jetzt unbedingt an einer Uniklinik sitzen müssen, würde ich verneinen. Aber ich glaube, die Ambulanz muss schon dementsprechend ausgestattet sein und dann mit anderen zusammenarbeiten, sodass man die ganze Bandbreite abdecken kann. Denn ich halte es für zwingend notwendig, dass man eine gute somatische Diagnostik macht und dann eben schaut, was sonst noch erforderlich ist.

Sie hatten die psychosomatische Hochschulambulanz angesprochen. Bei uns wäre da eine Möglichkeit. Aber das ist für mich jetzt nicht die primäre Einflugschneise. Sondern das wäre eine der Ambulanzen, die mit eingeschlossen werden kann und sollte, aber eben nur im entsprechenden Fall.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Danke schön, Frau Dr. (DGPM). – Jetzt antwortet Frau Professor (DGfl).

**Frau Prof. Dr. (DGfl):** Vielen Dank. – Ich kann mich eigentlich weitgehend nur dem anschließen, was auch Frau (DGPM) schon gesagt hat.

Es handelt sich nicht um eine Erkrankung, bei der die Patienten dysfunktionale Konzepte haben. Aber es handelt sich natürlich oft um eine schwere chronische Erkrankung, die bislang stark unterversorgt ist mit allen Konsequenzen, die das für die Betroffenen hat, bis hin zu einer psychischen Belastung. Da ist natürlich auch die psychotherapeutische, psychosomatische Versorgung ein wichtiges Element in der Betreuung dieser Patienten. Ich denke, da hat die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatik sich jetzt auch im letzten Jahr doch gut positioniert, dass das die Aufgabe ist, um diese Patienten mit zu betreuen.

Wo sollen diese Patienten versorgt werden? Ich denke, das Versorgungsangebot soll schon in der Breite diese Patienten auch erfassen. Es gibt ja auch die leichter Erkrankten mit nur wenigen Symptomen. Aber diese schwer komplex Erkrankten brauchen interdisziplinäre Ambulanzen, wie sie meistens an den Universitäten zu finden sind, aber natürlich auch an größeren Krankenhäusern sein können.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlichen Dank, Frau Professor (DGfl). – Gibt es weitere Fragen? – Das sehe ich im Moment nicht. Dann danke ich Ihnen recht herzlich. Ich freue mich, wenn Sie bei uns bleiben. Ich habe aber auch Verständnis, wenn Sie noch weitere Termine wahrnehmen müssen.

Jetzt folgt das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin. Da habe ich keinen speziellen angemeldeten Teilnehmer. Die sind auch nicht erschienen, höre ich gerade.

Dann geht es weiter mit der Deutschen Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation. Es haben sich Herr Professor (DGPPR) und Frau (DGPPR) angemeldet. Wem darf ich das Wort geben?

**Herr Prof. Dr. (DGPPR):** Ich werde das Statement für die DGPPR abgeben. – Mir ist es wichtig, für die DGPPR nach jetzt insgesamt zweieinhalb Jahren Erfahrung mit Post-COVID-Reha noch einmal darzustellen, dass es Sinn macht zwischen einer Gruppe schwer Betroffener mit ME/CFS und einer Gruppe, ich sage mal, mittelschwer Betroffener mit Post-COVID im engeren Sinne – und das ist etwas, was wir so vorher einfach nicht gesehen haben – zu unterscheiden. Die haben unterschiedliche Bedürfnisse. Die ME/CFS-Gruppe ist oft nicht Reha-fähig. Die Post-COVID-Gruppe profitiert zum Teil doch deutlich von der Reha. Dazu gibt es zunehmend gute Daten. Da spielt auch PEM nicht so eine große Rolle. Obwohl man sehr aufpassen muss, dass diese Gruppe sich nicht überlastet.

Ich glaube, wir brauchen für beides differenzierte Strukturen. Denn wenn man diese mittelschwere Gruppe vernachlässigt, die sind schon krankgeschrieben und drohen aus dem Erwerbsleben herauszufallen, wäre das natürlich fatal, sowohl für die Gesellschaft, aber auch für die Betroffenen selber und ihre Lebensqualität. Ich glaube, was wir brauchen, sind einerseits gute Schnittstellen, gerade zwischen der hausärztlichen und fachärztlichen Ebene, und der Rehabilitation. Man muss sich klarmachen, dass wir in der stationären Reha nur ein befristetes Angebot geben können. Ich glaube, wir brauchen für diese Betroffenen gute längerfristige, auch ambulante niederschwellige Angebote. So etwas mit zwei halben Tagen pro Woche, wo die Hausärzte die Patienten gut hinschicken können; wo es diese zentralen Elemente wie individuell abgestimmte Bewegungstherapie, Atemtherapie, kognitives Training und Psychotherapie zur Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung gibt.

Dieses Angebot fällt im Moment ein bisschen durch den Spalt. Denn das ist unterhalb der Reha-DRV-Schwelle. Aber gleichzeitig sagt die Krankenkasse oft: Das ist eben nicht Reha. Aber für die Leute, die keine stationäre Reha brauchen oder aus familiären Gründen auch gar nicht wahrnehmen können, brauchen wir, glaube ich, solche niederschweligen Angebote. Und das ist eine Herausforderung. – Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlichen Dank, Herr Professor (DGPPR). – Es folgt Frau Professor (DGKJ) für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Frau Professor (DGKJ), bitte. – Frau Professor (DGKJ), hören Sie uns? – Das sieht im Moment nicht so aus.

Ich weiß, dass Herr Professor (DGRW) uns hört und sieht. Diesmal vertritt er die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaft. – Herr (DGRW), Sie haben das Wort.

**Herr Prof. Dr. (DGRW):** Ich habe gar nicht viel hinzuzufügen. – Ich glaube, dass hier natürlich viele multimodale Konzepte in der Zukunft wahrscheinlich eine hilfreiche Rolle spielen können. Wir haben hier mit einer Hybridtherapie Psychosomatik und somatische Medizin begonnen. Das ist bislang natürlich durch die verschiedenen Töpfe sehr schwierig auf den Weg zu bringen. Das Land Bayern macht es zurzeit, zumindest innerhalb eines Pilotprojektes. Wir versuchen das wissenschaftlich zu begleiten. Ich glaube, da sind zumindest Effekte herauszulesen. Ich möchte, wie gesagt, noch mal die Multidisziplinarität in diesem Zusammenhang herausstellen. Ansonsten habe ich dem Gesagten nichts hinzuzufügen. – Danke.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr Professor (DGRW). – Ich frage jetzt noch einmal: Frau Professor (GPP) für die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, sind Sie da?

**Frau Prof. Dr. (GPP):** Kann man mich hören?

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ja.

**Frau Prof. Dr. (GPP):** Phantastisch! Das ist gut. – Danke für die Gelegenheit, hier auch für die pädiatrischen Pneumologen noch mal Stellung nehmen zu dürfen.

Unser Hauptaugenmerk gilt natürlich den pädiatrischen Patienten, also den betroffenen Kindern und Jugendlichen. Gerade aus Sicht der Pneumologie sind das Patienten, die wir häufig sehen bei Dyspnoe und eingeschränkter Belastbarkeit, da das ein häufiges Problem, ein häufiges Symptom ist. Zusätzlich zu der Fatigue kommt auch Luftnot dazu.

Es wäre aus unserer Sicht ganz wichtig, dass diese Patienten tatsächlich auch die Möglichkeit haben, zu einer entsprechenden Diagnostik zu kommen und diese entsprechende Diagnostik auch durchgeführt werden kann, um Differenzialdiagnosen früh abzuklären, aber auch, um dann pneumologische Facetten dieses Krankheitsbildes wie eine bronchiale Hyperreagibilität

oder auch funktionelle Atemstörungen rechtzeitig zu diagnostizieren und dann auch entsprechend therapeutisch angehen zu können. Dafür braucht man eine relativ umfangreiche Diagnostik, die im Moment zum einen flächendeckend nicht verfügbar ist und zum anderen aber auch so aufwendig ist, dass sie im normalen Ablauf mit langen Wartezeiten einhergeht, was den Genesungsprozess dieser Patienten verlangsamt.

Wie schon angeklungen ist, sind das nicht nur Patienten nach einer SARS-CoV-2-Infektion, sondern durchaus auch andere Kinder und gerade Jugendliche mit postinfektiösen Erkrankungen nach beispielsweise Influenza, sodass die Gruppe, glaube ich, auch ein bisschen größer ist, als wir denken.

Der dritte Punkt wäre dann, dass wir auch eine adäquate Weiterversorgung haben, beispielsweise im Sinne von Atemphysiotherapeuten, die sich damit auskennen, am besten in einem entsprechenden Rehabilitationssetting. – Für die anderen Fragestellungen verweise ich auch auf unsere Stellungnahme.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlichen Dank, Frau Professor (GPP). – Frau Professor (DGKJ), jetzt sehen wir Sie auf dem Bildschirm. Ich hoffe, wir können Sie auch demnächst hören. – Frau (DKGJ)?

**Frau Prof. Dr. (DGKJ):** Können Sie mich jetzt hören?

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ja!

**Frau Prof. Dr. (DGKJ):** Gott sei Dank! – Vielen Dank für die Einladung.

Ich spreche hier für Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. Ich bin Kinderhämatonkologin und Leiterin des Chronischen Fatigue Centrums für Kinder und Jugendliche in München.

Auch uns ist es wichtig, dass ME/CFS beispielsweise im Titel genannt wird, damit man die Richtlinie gleich findet, dass man von Postinfektionserkrankungen allgemein spricht. Wir sehen in der Pädiatrie sehr viele Kinder und Jugendliche nach EBV, was unbedingt in dieselben Versorgungsstrukturen münden sollte. Und Post-Vac, denke ich, sollte auch im Text adressiert werden.

Wir haben in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass wir Kinder und Jugendliche an verschiedenen Stellen noch mal getrennt adressieren sollten, weil zum Teil doch noch andere Versorgende mit im Spiel sind, wo die Gate-Keeper auch die niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen oder -ärzten sind und trotzdem eine hohe Krankheitslast auch in der Altersgruppe da ist.

Wir haben auch darauf hingewiesen, dass die Definitionen für Post-COVID, WHO und ME/CFS im Kindes- und Jugendalter andere sind, weil eine etwas kürzere Krankheitsdauer gefordert wird.

Ein großes Anliegen ist uns, dass der stationären, tagesstationären Diagnostik ausreichend Gewicht verliehen wird, weil wir im ambulanten Bereich nicht genügend interdisziplinäre Versorgungsstrukturen haben und dass die Vergütung auf allen Ebenen angemessen ist. Wir denken, dass die sozialpädiatrischen Zentren dringend besser eingebunden werden sollten. Es steht ja auch im Koalitionsvertrag, dass man sie in ihren Aufgaben erweitert. Denn Teilhabe ist bei den Betroffenen ein Riesenproblem. Auch dass die PIAs, die Psychiatrischen Institutsambulanzen, nicht gleichzeitig genutzt werden können, ist ein Problem bei dieser Patientengruppe.

Ich möchte darauf hinweisen, dass der Aufwand hoch ist, weil die Ausschlussdiagnostik hoch ist. Wir müssen die Ausschlussdiagnostik auch ausdrücklich vergüten. Die Beratung und Behandlung erfordert einen hohen Aufwand, weil wir die Doppelkommunikation mit den

Betroffenen und den Eltern haben. Das ist auch unerlässlich. Die Off-Label-Therapie erfordert gerade im Kindes- und Jugendalter noch mal einen höheren Beratungsbedarf.

Telemedizin ist bei uns auch extrem wichtig, unter anderem für Gruppenschulungen, die Ressourcen einsparen, aber auch lotsengesteuerte zentrale Zuweisungsstellen und interdisziplinäre Fallkonferenzen.

Last but not least gibt es auch im Kindesalter die schwer Betroffenen, die eine aufsuchende Versorgung brauchen. Hier stellen wir uns Modelle zusammen mit dem Bunten Kreis Deutschlands vor; psychosoziale Nachsorge, aber auch der Palliativmedizin.

Wir arbeiten an einer Kinderrichtlinie der AWMF zu Kinder und Jugendlichen, die aber nicht zeitnah genug fertig wird, um sie hier zu berücksichtigen. – Vielen Dank.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlichen Dank, Frau Professor (DGKJ). – Damit sind wir mit dieser Runde fertig, und es besteht wieder Gelegenheit zu Fragen. – Die Patientenvertretung, bitte.

**PatV:** Vielen Dank. – Ich habe eine Nachfrage an Herrn Professor (DGPPR): Sie haben richtig gesagt, dass Post-COVID beziehungsweise postinfektiöse Erkrankungen ein ganz vielfältiger Formenkreis sind und darunter auch unterschiedliche Erkrankungen zu subsummieren sind. In Ihrer Darstellung ist mir das jetzt nicht klargeworden, wie Sie die Schweregradeinteilung und die Diagnosestellung bei ME/CFS betrachten. Denn ich habe Sie so verstanden, dass die schwer Betroffenen, die bettlägerig sind, aus Ihrer Sicht ME/CFS haben und die anderen haben Post-COVID. Aber das entspricht nicht der Darstellung beispielsweise in der NICE Guideline, wo ganz klar formuliert ist, dass es auch bei ME/CFS milde und moderat Betroffene gibt, die eben nicht entsprechend Post-COVID haben, sondern einfach ME/CFS, aber durch das Symptom der Post-Exertionellen Malaise da zu differenzieren sind. Dazu hätte ich gerne von Ihnen noch mal eine Klarstellung, wie Sie das jetzt sehen. Denn das ist ja tatsächlich in den internationalen Leitlinien ganz klar formuliert, dass es auch mild betroffene oder moderat betroffene ME/CFS-Patienten gibt und dass nicht das Kriterium der Bettlägerigkeit für diese Diagnosestellung entscheidend ist. – Vielen Dank.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Bitte schön, Herr Professor (DGPPR).

**Herr Prof. Dr. (DGPPR):** Das Wesentliche ist, finde ich, erst einmal zu gucken. Die Kriterien kann man dann noch mal überlegen. Es gibt einfach zwei klinisch unterscheidbare Gruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen. Möglicherweise ist eben doch das PEM ein gutes Kriterium, das zu unterscheiden. Wobei wir einfach die Erfahrung gemacht haben, dass bei den Leuten, die bei uns in der Reha sind und Reha-fähig sind, es auch keine große Rolle spielt. Das hat schon etwas miteinander zu tun. Ich denke, PEM werden Sie deutlich häufiger bei schwer ausgeprägt Betroffenen finden. Insofern, wenn man es sich klinisch in der Konsequenz anschaut, ist es keine ganz scharfe Einteilung. Ich würde aber vor allem tatsächlich nach den klinischen Bedürfnissen der Betroffenen gehen und dem, was ihnen hilft, beziehungsweise möglicherweise auch schadet.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlichen Dank, Herr Professor (DGPPR). – Patientenvertretung, haben Sie eine weitere Frage? Aber keine Diskussion, bitte.

**PatV:** Ich habe noch eine Frage zur Präzisierung, weil die internationalen Diagnosekriterien für ME/CFS mittlerweile durchaus anerkannt sind. Das wundert mich jetzt ein bisschen, dass Sie sagen, dass man das alles neu betrachten muss. Ich möchte Sie da ganz konkret fragen: Die Patienten, die in die Reha gehen und die aus der Reha verschlechtert wieder herauskommen, weil ihre PEM nicht beachtet worden ist, die kennen wir als Patientenverband. Die werden auch gelegentlich in den Medien beschrieben. Dass Sie die noch nie gesehen haben, finde ich jetzt – ehrlich gesagt – ein bisschen erstaunlich.



**Herr Prof. Dr. (DGPPR):** Damit wollte ich nicht sagen, dass es die nicht gibt. Ich denke, das ist ein wichtiges Thema für die Reha-Qualitätssicherung. Wir haben gerade die Daten von der PoCoRe-Studie mit über 1 000 Patienten ausgewertet, die in der Reha waren in den Gebieten Neurologie, Psychosomatik, Pneumologie. Ich glaube, wenn man vorher diese Diagnostik macht und schaut, wer Reha-fähig ist, dann kann man das Problem deutlich entschärfen.

Ich finde es in der Post-COVID-Reha extrem wichtig, dass man die Belastung nur in Absprache mit den Betroffenen steigert und nicht zu schnell steigert. Vielleicht haben wir deswegen auch hier so wenig PEM-Probleme gehabt, weil wir ein Konzept fahren, was dem Pacing-Konzept sehr nahe ist. Aber ich glaube, wir sollten uns hier nicht um Terminologie streiten, sondern wirklich gucken, wer von den Betroffenen was braucht. Ich sehe halt eine Gruppe von Schwerstbetroffenen, die nicht Reha-fähig ist, die von der Reha, zumindest wie wir sie standardmäßig anbieten, nicht profitiert.

Das ist mein Anliegen: Wir brauchen deutlich aufwendigere Angebote für diese Gruppe von sehr schwer Betroffenen. Wir brauchen auf der anderen Seite aber Angebote, die den mittelschwer Betroffenen helfen, zurück ins Erwerbsleben zu finden.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herzlichen Dank, Herr Professor (DGPPR). – Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall.

Dann bedanke ich mich ganz herzlich bei Ihnen, dass Sie uns während der Anhörung mit Ihrer Expertise zur Verfügung gestanden haben. – Herzlichen Dank. Wir sehen uns sicher bei der einen oder anderen Angelegenheit wieder. Danke schön.

Schluss der Anhörung: 14:06 Uhr