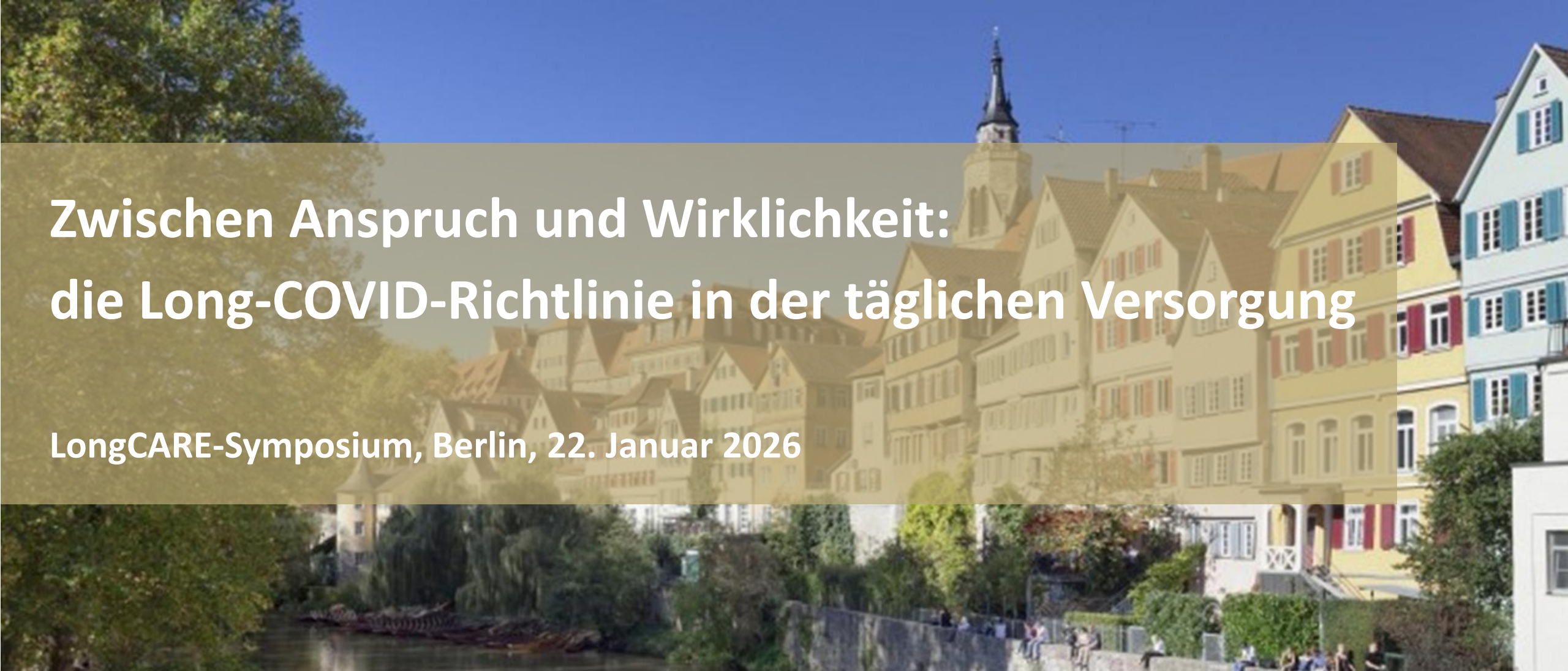




Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: die Long-COVID-Richtlinie in der täglichen Versorgung

LongCARE-Symposium, Berlin, 22. Januar 2026

**Institut für Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle Versorgung**
Ärztl. Direktorin: Prof. Dr. med. Stefanie Joos

EBERHARD KARLS
**UNIVERSITÄT
TÜBINGEN**



**Universitätsklinikum
Tübingen**

Projekte

Das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung (Uniklinikum Tübingen) erhält Förderung u.a. für folgende Post Covid-Projekte

- **INCAP** - Förderschwerpunkt Long COVID des BMG
- **Long-term Post-COVID** - Förderschwerpunkt Long COVID des BMG
- **PreVitaCov** – BMFTR (AMG-Studie)

Agenda

- Long-COVID-Richtlinie
- Realitätscheck (Versorgerperspektive)
- Lösungsansatz INCAP-Projekt



Richtlinie

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

(Long-COVID-Richtlinie/LongCOV-RL)

in der Fassung vom 21. Dezember 2023
veröffentlicht im Bundesanzeiger (Banz AT 08.05.2024 B1)
in Kraft getreten am 9. Mai 2024



Ausgangspunkt



Richtlinie als Lösung?

Was ist und beinhaltet die Long-COVID-Richtlinie (LongCOV-RL) ?

- Besonderheit LongCOV-RL: **gesetzlicher Auftrag** an den G-BA durch § 92 Abs. 6c SGB V (12/22 im Gesetz -> Frist 12/2023)
- Auf den ersten Blick ähnlich ist die **KSVPsych-RL nach § 92 Abs. 6b SGB V** für schwer psychisch kranke Versicherte (12/2021)
- Beide RL regeln **berufsgruppenübergreifende, koordinierte, strukturierte** Versorgung, aber es gibt relevante Unterschiede

KSVPsych - RL

Zielgruppe eng und definiert

Versorgungsebene klar (ambulant)

Verantwortungsträger klar benannt



Long-COVID - RL

Zielgruppe breit, diagnostisch offen

sektoren- und ebenenübergreifend

Verantwortungsträger indirekt ableitbar



§ 1 Rechtsgrundlage, Zweck und Versorgungsziele

Ziele der Versorgung nach dieser Richtlinie sind eine verbesserte, bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung, konkret durch

1. zentraler ärztlicher Ansprechpartner (Zugang, Erreichbarkeit)
2. Interdisziplinäre Diagnostik & Therapie
3. Zuordnung der Schwere der Erkrankung
4. Behandlungsplan – individualisiert, strukturiert und aktuell
5. Stärkung strukturierter Zusammenarbeit
6. Zugang zu klinischen Studien
7. Überleitung in „Regelversorgung“, wo relevant
8. Angebote zur Verbesserung des Krankheitsverlaufs, der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität

Zielgruppe und Versorgungsebenen (§2 und §3)

Die Long-COVID-Richtlinie ist **offen angelegt** und schließt **Zielgruppen** und Versorgungsebenen **sehr breit** ein (im Hinblick auf Ursache, Ausprägung, Diagnosesicherheit).

§ 4 Behandlungsplan und Koordination der Versorgung

§ 5 Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen Versorgung

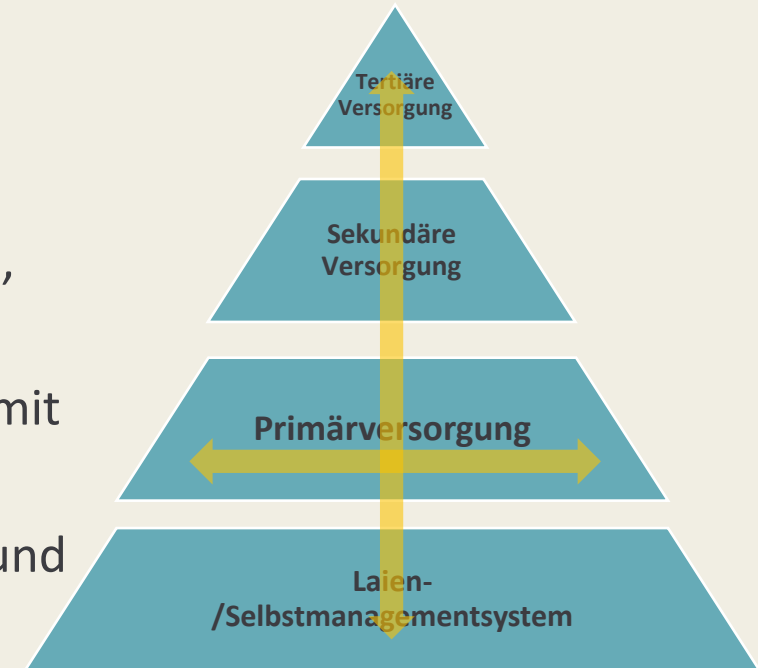
§ 4 definiert Koordination als Funktion, verankert diese Funktion implizit in der hausärztlichen Ebene

§ 4 – Koordinationsfunktion

- Behandlungsplan →
- Steuerung des Versorgungsprozesses →
- Managen von Schnittstellen und Übergängen →
- Informationsübersicht →

§ 5 – Hausärztliche Tätigkeit

- Erstellung, Anpassung
- Fallabschluss, Überweisung, Terminorganisation
- Abstimmung, Kooperation mit Versorger:innen
- Befundzusammenführung und Beurteilung



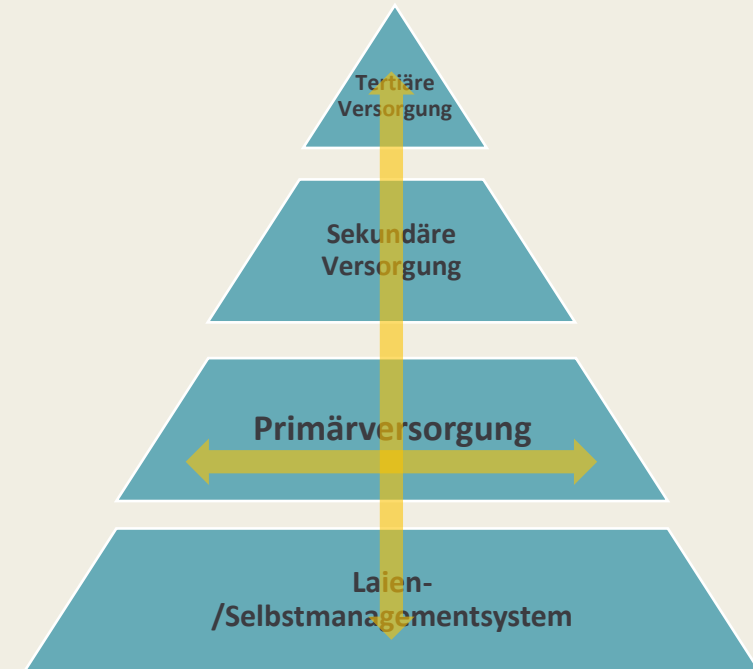
§6-§9: Weitere Versorgungsebenen

Die Paragraphen § 6 – § 9 beschreiben unterschiedliche Versorgungsebenen

- Anforderungen an gebietsärztliche Mit- und Weiterbehandlung
- Anforderungen an spezialisierte ambulante Versorgung
- Anforderungen an weitere Berufsgruppen
- Telemedizin als Querschnittsinstrument

Die LongCOV-Richtlinie ist in sich konsistent aufgebaut:
Alle Paragraphen greifen ineinander.

Die entscheidende Herausforderung liegt nicht in den Inhalten,
sondern wie sie im Versorgungsalltag implementiert werden kann.



Wo liegt die Herausforderung für die Implementierung der RL?

- Koordination ist zentral (§4), aber nicht abgesichert in unserem aktuellen Gesundheitssystem
- Überforderung des Systems/der Akteure (Koordination / Wissen)
- Vergütung seit 2025 (niedrig, geringe Zuschläge)
- keine weiteren Anreize für Steuerung und Koordination

Wie sieht es aus Perspektive der Versorgenden aus?



Realitätscheck: Wie ist die Situation in der Versorgung ?

Befragungsstudie bei Post-Covid Ambulanzen (Kliniksektor)

Table 2 Summary of key characteristics of 45 German PCC follow-up outpatient clinics that responded to the survey

Characteristics	Measure
Date of establishment (date, range)	07/2021 (05/2020–12/2023)
Total PCC patients per clinic (M, SD)	484 (543)
Leading medical specialty	
- Pulmonology (%)	10 (22%)
- Psychiatry (%)	5 (11.1%)
- Psychosomatics (%)	5 (11.1%)
- Physical Medicine (%)	5 (11.1%)
- Neurology (%)	4 (8.9%)
- Infectiology (%)	4 (8.9%)
- Other (%)	5 (11.1%)
Interdisciplinary leadership	7 (15.6%)
Admission by	
- patient himself	51.5%
- general practitioner	26.7%
- transfer from others clinics	4.4%
- internal transfer (from other disciplines)	6.7%
Types of disorders treated	
- PCC	100%
- Post-Vaccine-Syndrome	40%
- Other diseases	8.9%
Screening for study involvement	66.7%

M Mean, SD Standard deviation, PCC Post-COVID-19 Condition

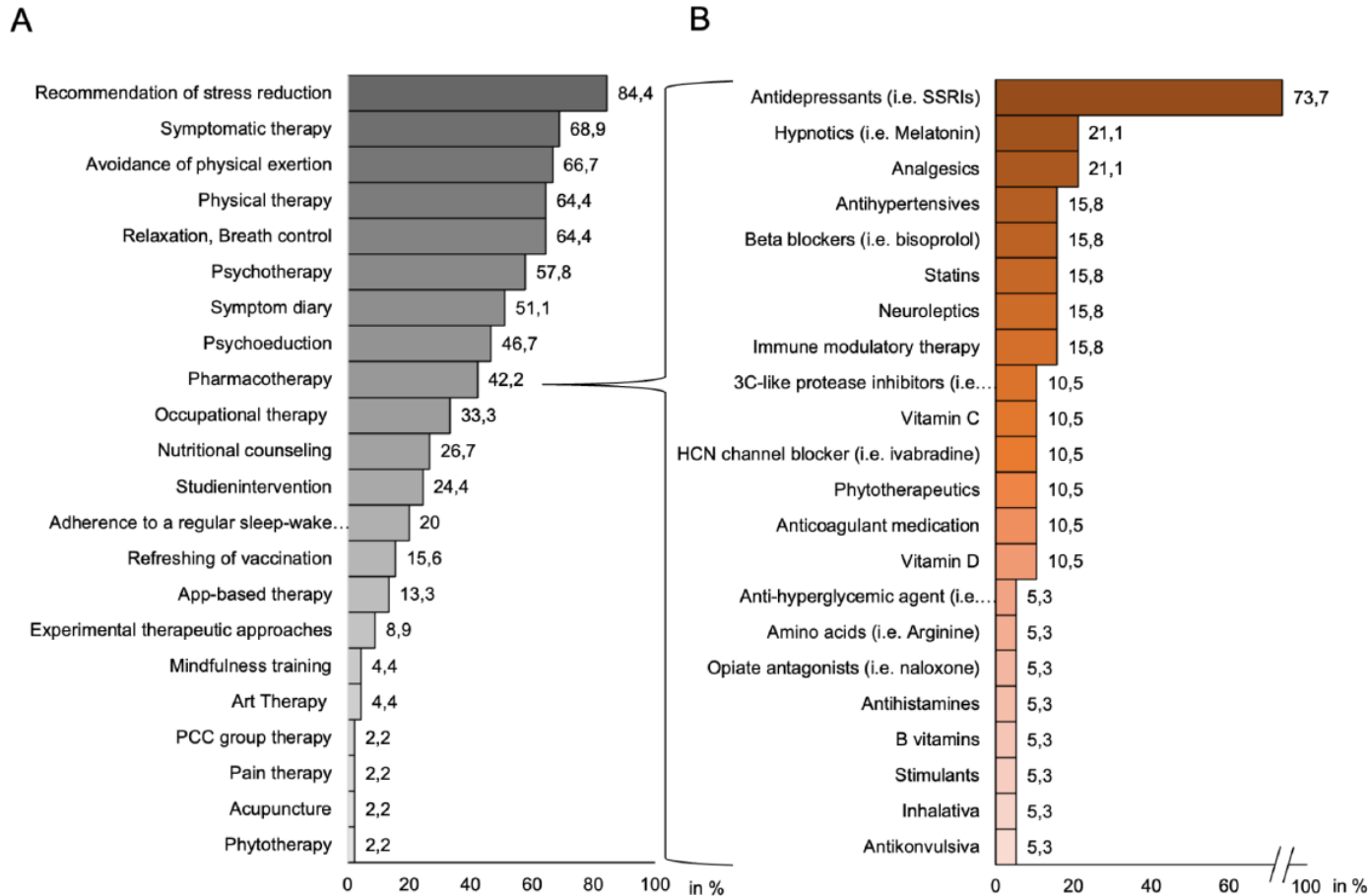


Fig. 4 Therapeutic outpatient clinic set-up including the entire offered therapeutic range (A) and pharmacotherapy (B)



Realitätscheck: Wie ist die Situation in der Versorgung ?

Interviewstudie bei Hausärzt:innen (n=31; ambulanter Sektor)

Rollenverständnis: erste Anlaufstelle und zentrale Koordination, diese Rolle ist herausfordernd aufgrund fehlender Evidenz

Bedeutung: Diskrepanz zwischen Praxiserfahrung und hohen Prävalenzangaben.

Hindernisse: lange Diagnostikpfade, erschwerter Zugang zu Spezialversorgung und mangelnde interdisziplinäre/interprofessionelle Rückkopplung.

Bedarf: klare Versorgungspfade, praktikable Assessment-/Entscheidungshilfen, bessere Kommunikation/Netzwerke und strukturelle Unterstützung (Ressourcen/Vergütung).



Implementierung der LongCOVID-RL?

Für eine wirkliche flächendeckende Implementierung der LongCOV-RL braucht es Strategien/Modelle, die

- Zugang und Weg durchs System für den einzelnen Patienten/-in steuern
- die Koordinationsaufgaben strukturell stärken (Ressourcen)
- klare Verantwortungsbereiche zuschreiben
- Interdisziplinär und sektorenübergreifend funktionieren
- skalierbar sind

Bisherige Modelle, z.B. DMP bieten sich aufgrund der Heterogenität nicht an



INCAP als Implementierung der LongCOV-RL

4 Regionale Netzwerke

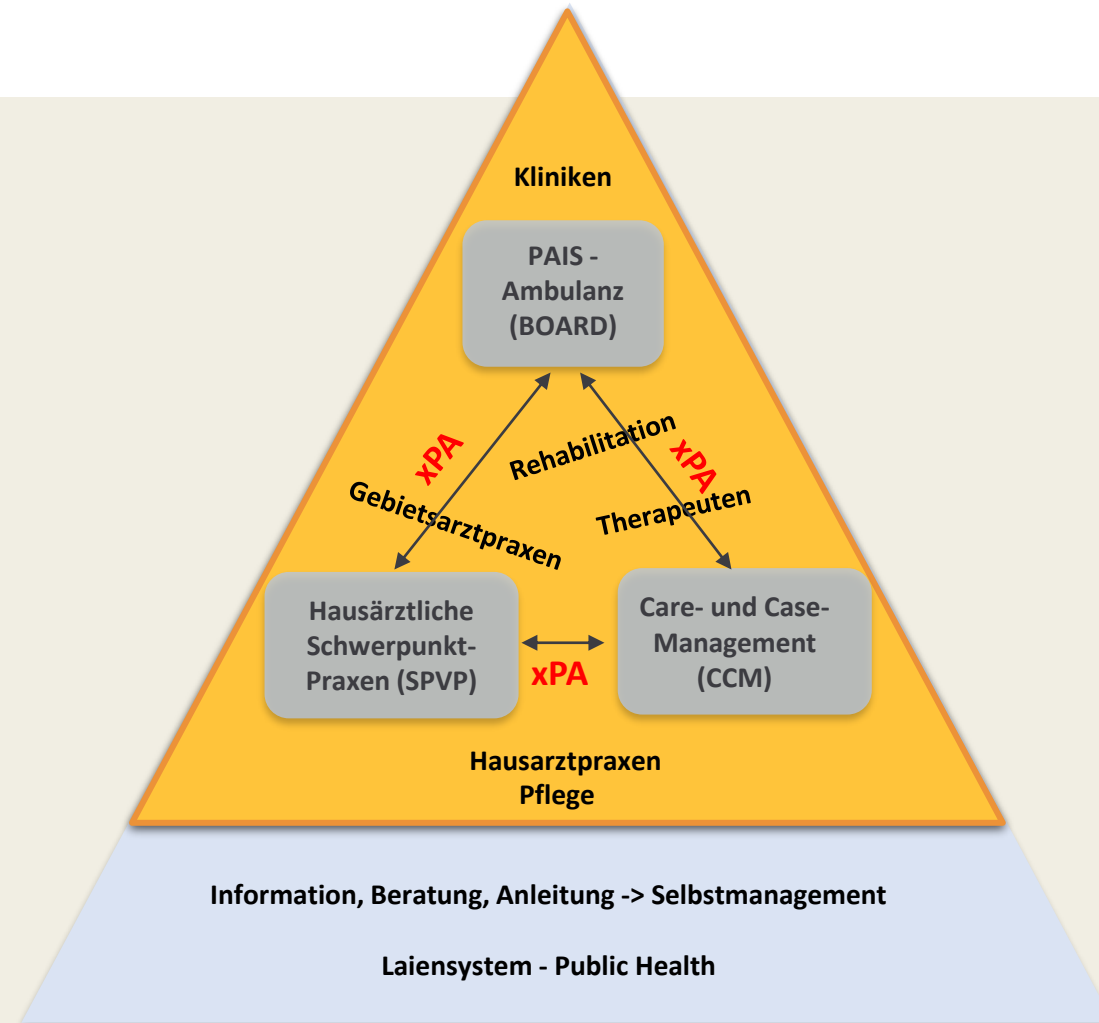
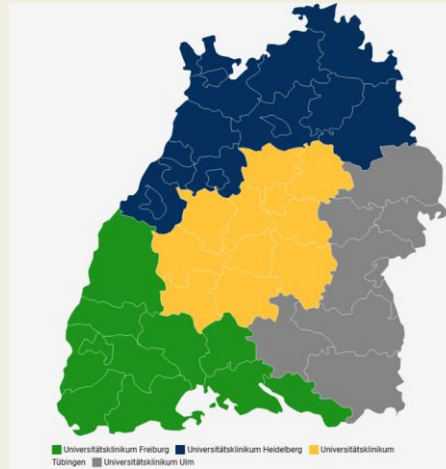
→ 4 Unikliniken in BaWü mit

- CCM
- BOARDS

→ 16 - 20 SPVP

→ Fallakte xPA

... viele weitere
Partner

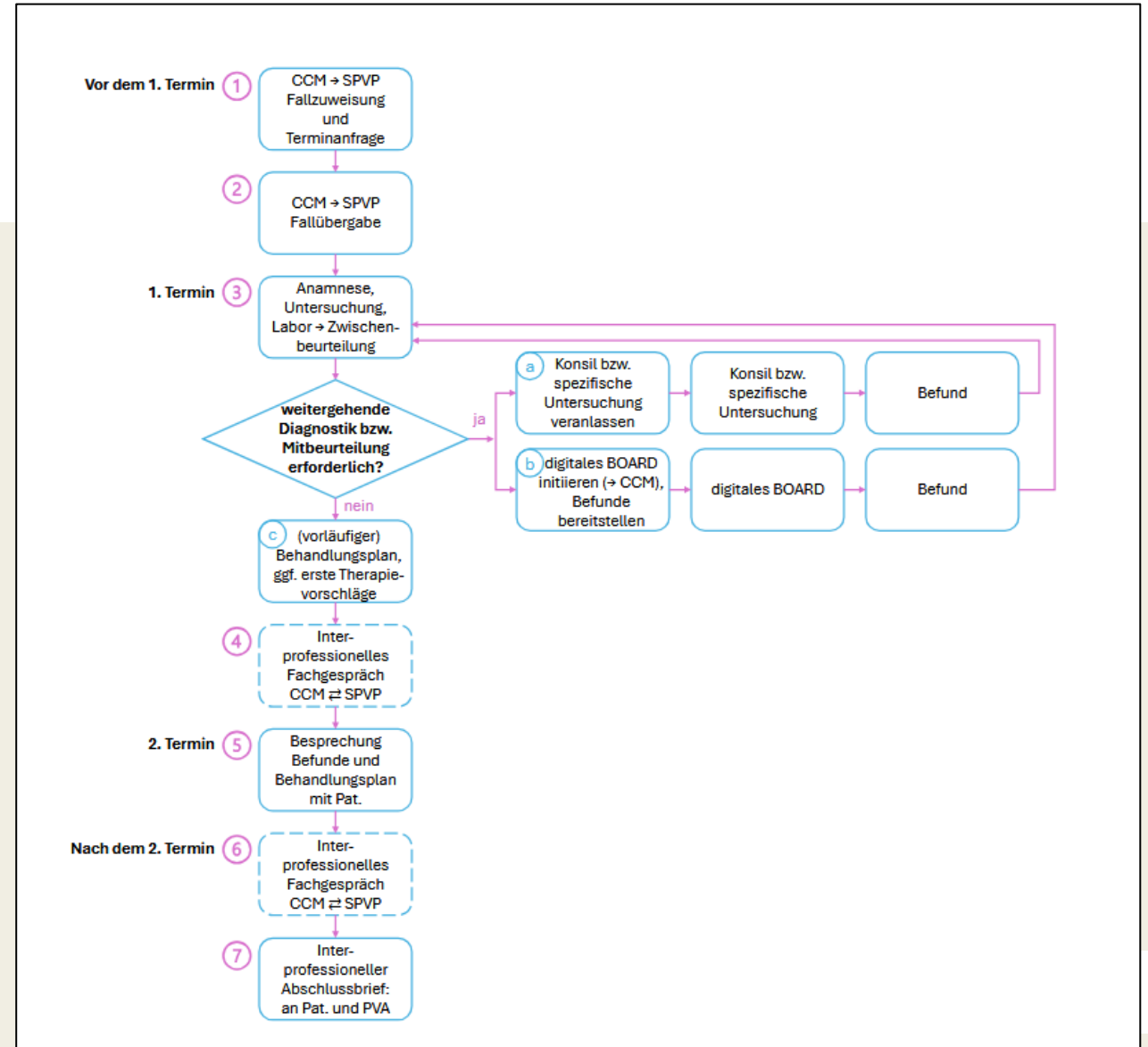


Pfad INCAP

Ziele §4 der LongCOV-RL

- Behandlungsplan (SPVP)
- Steuerung des Versorgungs-prozesses (CCM + SPVP)
- Managen von Schnittstellen und Übergängen (CCM)
- Informationsübersicht (sektorenübergr. Fallakte xPA)

Wissenstransfer -> Schulungen, Qualitätszirkel





**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

**Kontakt: stefanie.joos@med.uni-tuebingen.de
INCAP@med.uni-tuebingen.de**



**Universitätsklinikum
Tübingen**