

Mobile **W**ohnort**n**Ahe Versorgung zur Steuerung der sektorübergreifenden **T**herapie bei Post-**C**COVID-19 in **T**Hüringen „**W**ATCH“

Starterpaket

Projektleitung:

Prof. Dr. med. Andreas Stallmach

Universitätsklinikum Jena

Klinik für Innere Medizin IV

Am Klinikum 1, 07747 Jena

Liebe Patientin,

lieber Patient,

COVID-19-Erkrankungen haben die Lebensumstände in Deutschland in den vergangenen Jahren in erheblichem Ausmaß bestimmt. In Thüringen wurde bei über 880.000 Menschen eine SARS-CoV-2-Infektion nachgewiesen. Während COVID-19 anfangs als eine kurze, akute Lungenentzündung verstanden wurde, zeigte sich im weiteren Verlauf, dass viele Patienten – auch mit nur milden Krankheitsverläufen – noch Monate nach der Infektion über Symptome klagen. Halten diese Beschwerden für länger als 12 Wochen an, leiden die Patienten an einem Post-COVID-Syndrom. Die Symptome sind bei diesen Patienten sehr vielfältig, aktuell wurden mehr als 50 verschiedene Symptome beschrieben. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer sehr breiten Betreuung, die verschiedene Symptome bessern soll. Mit dem WATCH-Projekt möchten wir Ihnen eine wohnortnahe, telemedizinische Betreuung anbieten; unsere Voruntersuchungen stimmen uns sehr optimistisch, dass wir Ihnen damit helfen können.

Auf den folgenden Seiten finden Sie zwei Fragebögen, die uns helfen, zu überprüfen, ob Sie für die Teilnahme am Versorgungsprojekt „WATCH“ geeignet sind und an diesem teilnehmen können. Bitte unterzeichnen Sie zunächst die Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Projekt „WATCH“ (Bestandteil der Patienteninformation). Diese finden Sie in doppelter Ausführung am Ende der Patienteninformation. Eines der Exemplare ist für Ihre Unterlagen bestimmt, das zweite erhält Ihr Hausarzt und übersendet es an das Post-COVID-Zentrum (PoCo-Zentrum). Im Anschluss füllen Sie bitte den „Anamnesebogen“ aus. In diesem werden detailliert einige Informationen zu ihrer aktuellen Situation, zum Verlauf der akuten Infektion und zu eventuell vorhandenen Vorerkrankungen abgefragt. Zur Abschätzung der Krankheitslast und der aktuellen Lebensqualität finden Sie zudem den Fragebogen „SF-36“.

Diesen bitten wir ca. 1 bis 2 Tage vor dem nächsten Vorstellungstermin bei Ihrem Hausarzt auszufüllen und zu diesem Termin die gesamten Unterlagen ausgefüllt mitzubringen.

Sollten Sie beim Ausfüllen der Fragebögen Fragen oder Probleme haben oder unsicher sein, stehen Ihnen selbstverständlich sowohl Ihr Hausarzt als auch das Team des PoCo-Zentrums am UKJ (03641/9324406 oder watch@med.uni-jena.de) zur Verfügung.

Vorgehen zum Ausfüllen der Bögen

Auf den folgenden Seiten finden Sie zwei Fragebögen. Bitte füllen Sie diese vollständig aus.

1. Lesen Sie zunächst die Einwilligung zum Projekt „WATCH“ gründlich durch. Bei Zustimmung bitte eigenhändig mit dem aktuellen Datum versehen und unterschreiben.
2. Füllen sie den Anamnesebogen aus. Sofern Sie Fragen haben, steht Ihnen Ihr Hausarzt sowie das Team des PoCo-Zentrums am UKJ zur Verfügung.
3. 1 bis 2 Tage vor dem nächsten Termin bei Ihrem Hausarzt bitte den Bogen SF-36 ausfüllen.
4. Ergänzen Sie bitte Ihre Kontaktdaten im Meldebogen.
5. Sämtliche Unterlagen bitte zur nächsten Vorstellung bei Ihrem Hausarzt mitbringen, hier erfolgt die Prüfung, ob ein Einschluss in das Projekt „WATCH“ möglich ist.
6. Sofern ein Einschluss möglich ist, wird Ihr Hausarzt die Unterlagen an das PoCo-Zentrum des UKJ datenschutzkonform übermitteln und dieses wird zur weiteren Planung mit Ihnen direkt Kontakt aufnehmen.

Anamnesebogen

Soziodemografische Daten

Wie alt sind sie aktuell?

Jahre

Welches Geschlecht haben Sie?

- weiblich
- männlich
- divers

Wie groß und wie schwer sind Sie aktuell?

, .kg

.cm

Wann wurde die SARS-CoV-2 Infektion bei Ihnen festgestellt?

/202

Wie wurde die Infektion bei Ihnen gesichert?

- PCR
- Antigentest – Schnelltest
- Antigentest – Selbsttest
- anderes, _____

Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- Abitur
- Fachhochschulabschluss
- Mittlerer Schulabschluss
(Realschulabschluss oder vergleichbar)
- Hauptschulabschluss
- ohne Schulabschluss

Was ist Ihr beruflicher Status (oder Erwerbsstatus)?

- selbstständig/freiberuflich tätig
- angestellt
- Beamter/in
- Schüler/Student
- Azubi
- Rentner/in
- Hausfrau/-mann
- erwerbsunfähig
- arbeitssuchend
- anderes, _____

Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen?

Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

- hoher Blutdruck (arterielle Hypertonie) Ja Nein Keine Angabe
- Erkrankung/Einengung der Herzkranzgefäße Ja Nein Keine Angabe
- Herzschwäche (Herzinsuffizienz) Ja Nein Keine Angabe

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Ja Nein Keine Angabe
- Fettstoffwechselstörungen Ja Nein Keine Angabe

Rheumatologische Erkrankungen

- Ja Nein Keine Angabe

Hämato-onkologische Erkrankungen

- Maligne (bösartige) Tumorerkrankung Ja Nein Keine Angabe
- Gerinnungsstörung des Blutes Ja Nein Keine Angabe

Niereninsuffizienz/Nierenfunktionsstörung

- Ja Nein Keine Angabe

Lungenerkrankung (Asthma, COPD)

- Ja Nein Keine Angabe

Leberzirrhose/Fettleber

- Ja Nein Keine Angabe

Psychiatrische Erkrankungen, z. B. Depressionen

- Ja Nein Keine Angabe

Funktionelle Beschwerden

- Chronisches Schmerzsyndrom Ja Nein Keine Angabe
- Fibromyalgie Ja Nein Keine Angabe
- Migräne Ja Nein Keine Angabe
- Reizdarm Ja Nein Keine Angabe

Weitere Vorerkrankungen

- Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, welche?

Welche Symptome bestanden in der akuten Phase der Erkrankung?

Bitte denken Sie an die akute Phase Ihrer COVID-Erkrankung zurück. Bitte versuchen Sie sich so gut wie möglich zu erinnern!

Bestanden die unten aufgeführten Symptome/Beschwerden?

Allgemeinbefinden während der COVID-Infektion (Global Assessment Score)

Geben Sie einen Wert zwischen 0 und 100 an. 0= sehr schlecht (Aufenthalt auf der Intensivstation) und 100= sehr gut (Urlaubsstimmung) entspricht.

Obere Atemwege

Kurzatmigkeit, Luftnot	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Husten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Brustschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe

Neurologische Beschwerden

Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Gedächtnisstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Schwindel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe

Allgemeine Beschwerden

Fieber	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Abgeschlagenheit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe

Magen-Darm-Beschwerden

Bauchschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Durchfall	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Übelkeit/Erbrechen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe

Beschwerden des Bewegungsapparats

Muskelschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Gelenkschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe

HNO-Beschwerden

Geruchs-/Geschmacksverlust	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Halsschmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe

Psychiatrische Beschwerden

<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
--------------------------	----------------------------	------------------------------------

Weitere Symptome

<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
--------------------------	----------------------------	------------------------------------

Wenn ja, welche?

Welche Symptome bestehen aktuell (diese Woche)?

Bitte geben Sie an, unter welchen Symptomen/Beschwerden Sie aktuell als Folge Ihrer COVID-Erkrankung leiden!

Allgemeinbefinden während der COVID-Infektion (Global Assessment Score)

□ □ □

Geben Sie einen Wert zwischen 0 und 100 an. 0 = sehr schlecht (entspricht etwa einem Aufenthalt auf der Intensivstation) und 100 = sehr gut (Urlaubsstimmung entsprechend, „besser geht es nicht“).

Obere Atemwege

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Kurzatmigkeit, Luftnot | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| Husten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| Brustschmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |

Neurologische Beschwerden

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| Konzentrationsstörungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| Gedächtnisstörungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| Schwindel | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |

Allgemeine Beschwerden

- | | | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Fieber | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| Abgeschlagenheit | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |

Magen-Darm-Beschwerden

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Bauchschmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| Durchfall | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| Übelkeit/Erbrechen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |

Beschwerden des Bewegungsapparats

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Muskelschmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| Gelenkschmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |

HNO-Beschwerden

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Geruchs-/Geschmacksverlust | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| Halsschmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |

Psychiatrische Beschwerden

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|

Weitere Symptome

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|

Wenn ja, welche?

SF-36

(Bitte füllen Sie diesen Bogen 1 bis 2 Tage vor Wiedervorstellung
bei Ihrem Hausarzt aus!)

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

1) **Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ausgezeichnet
- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

2) **Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? „Derzeit als/wie vor einem Jahr“**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- viel besser
- etwas besser
- etwa so
- etwas schlechter
- viel schlechter

Tätigkeiten des Alltags

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
3a) anstrengende Tätigkeiten, z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3b) mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3c) Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3d) mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
3e) einen Treppenabsatz steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3f) sich beugen, knien, bücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3g) sich baden oder aus-/umziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3h) mehr als 1 km zu Fuß gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3i) mehrere 100 m zu Fuß gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3j) 100 m zu Fuß gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Einschränkungen des Alltags

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	ja	nein
4a) Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4b) Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4c) Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4d) Ich hatte Schwierigkeit bei der Ausführung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

körperliche und seelische Probleme

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	ja	nein
5a) Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5b) Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5c) Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Wie sehr haben Ihre seelischen Probleme in den	<input type="radio"/> überhaupt nicht	

Soziale Teilhabe

10) Wie oft haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- immer
- meistens
- ziemlich
- manchmal
- selten
- nie

Immunsystem

Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
11a) Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11b) Ich bin genauso gesund wie andere, die ich kenne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11c) Ich erwarte, dass mein Gesundheitszustand sich verschlechtert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11d) Mein Gesundheitszustand ist ausgezeichnet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meldebogen zum WATCH-Projekt

Daten des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

Die nachfolgenden Informationen erstellt Ihr Hausarzt

Einschlusskriterien (alle müssen erfüllt sein)

Durchgemachte SARS-CoV-2 Infektion	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
persistierende Beschwerden*	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
PCS des SF36 unter 45 Punkten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Alter über 18 Jahre	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Mobiles Endgerät mit stabiler Internetverbindung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wohnort in Thüringen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
schriftliche Einwilligung vorliegend	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Ausschlusskriterien (keines darf erfüllt sein)

Schwangerschaft/Stillzeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Teilnahme an einer anderen Interventionsstudie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
laufende psychiatrische Behandlung**	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
laufende psychotherapeutische Behandlung**	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
mangelnde Deutschkenntnisse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
schwere Begleiterkrankung***	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fehlende Bereitschaft und/oder Vermögen, auf dem Boden zu liegen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Stand- und/oder Gangunsicherheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blindheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Taubheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Vorherige Teilnahme an diesem Projekt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

PCS des SF36 (erhoben über den bereitgestellten Rechner)

□ □ , □ Punkte

Datum der Infektion und der Einwilligung

Datum der akuten Infektion

□ □ , 202 □

Datum der schriftlichen Einwilligung

□ □ □ □ 202 □

Bestätigung

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Durch das PoCo-Zentrum auszufüllen:

Randomisierungsnummer

□ □ □ □ □ □ □ □

Eingang des Meldebogens

□ □ . □ □ . 202 □

Randomisierungsergebnis

Frühintervention

Spätintervention

Bus Termin und Standort

□ □ . □ □ . 202 □ in _____

Vorbereitendes Material verschickt an Patienten/Patientin am □ □ . □ □ . 202 □

Unterschrift MA PoCo-Zentrum

Hinweise zum Meldebogen

- * Unter persistierenden Symptomen sind alle Symptome gemeint, die als Folge der akuten SARS-CoV-2 Infektion entstanden sind und bis zum Tag des Einschlusses anhalten, so dass diese Ihrer Einschätzung nach als Post-COVID-Syndrom angesehen werden. Als Anhalt kann der Symptomfragebogen (Seite 7) verwendet werden.

- ** ausgenommen rein medikamentöse Therapien

- *** Mit schweren Begleiterkrankungen sind alle Erkrankungen und/oder Zustände gemeint, die in Ihren Augen dazu führen, dass die Patienten die 12-wöchige Intervention nicht absolvieren oder nicht von ihr profitieren können (wie z. B. dekompensierte Leberzirrhose, fortgeschrittene Herzinsuffizienz, Notwendigkeit einer umtägigen Hämodialyse, Demenz, reduzierte Lebenserwartung).