



Deutscher Bundestag

Enquete-Kommission „Aufarbeitung der
Corona-Pandemie und Lehren für
zukünftige pandemische Ereignisse“

Wortprotokoll der 8. Sitzung

Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona- Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“

Berlin, den 10. November 2025, 14:00 Uhr
Paul-Löbe-Haus, 4.900 (Europasaal)

Vorsitz: Franziska Hoppermann, MdB

Tagesordnung – Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 4

**„Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen und
Umgang mit Langzeitfolgen (Long COVID//Post-Vac)“**



Anwesende Mitglieder der Kommission

Fraktion	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Hose, Michael Hoppermann, Franziska Müller, Axel Rohwer, Lars Wittmann, Mechthilde	Grasse, Adrian
AfD	Baum, Dr. Christina Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Dietz, Thomas
SPD	Peick, Jens Rinkert, Daniel Seitzl, Dr. Lina (digital)	
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Gumnior, Dr. Lena Piechotta, Dr. Paula	Heitmann, Linda
Die Linke	Gürpınar, Ates	

Anwesende sachverständige Mitglieder der Kommission

Fontana, Prof. Dr. Sina
Homburg, Prof. Dr. Stefan
Kießling, Prof. Dr. Andrea
Kluge, Prof. Dr. Stefan
Kubbe, Carolin
Lausen, Tom
Müller, Michael
Nehls, Dr. Michael
Rosenbrock, Prof. Dr. Rolf
Rothe, Isabel (digital)
Salzberger, Prof. Dr. Bernd
Steinbach-Putz, Janet



Liste der Sachverständigen:

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen

Charité Universitätsmedizin Berlin, stellvertretende Leiterin des Instituts für Medizinische Immunologie, Leiterin des Arbeitsbereichs Immundefekte und Postinfektiöse Erkrankungen

Holger Lange

Abteilungsleiter der Bundesrechtsabteilung des „Sozialverbands VdK Deutschland e. V.“

Eva-Maria Welskop-Deffaa

Präsidentin des Deutschen Caritasverbandes e. V.

Ramona Gerlinger

2. Vorsitzende des Bundesvereins Impfgeschädigter e. V.

Elena Lierck

Gründerin von „NichtGenesenKids e. V.“

Ricarda Piepenhagen

Gründerin von „NichtGenesen“



Beginn der Sitzung: 14:00 Uhr

Einzigster Tagesordnungspunkt

„Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen und Umgang mit Langzeitfolgen (Long COVID/Post-Vac)“

Die Vorsitzende, Abg. **Franziska Hoppermann** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Gäste auf der Tribüne, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung und der Landesregierungen. Ich begrüße Sie ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission zum Thema „Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen und Umgang mit Langzeitfolgen (Long COVID/Post-Vac)“. Wir freuen uns sehr, dass Sie alle heute hier sind und mit uns den Nachmittag verbringen. Heute haben wir Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Verbände und Vereinigungen zu Gast, um einen möglichst breiten Austausch über die Themen zu ermöglichen. Wir haben eine hybride Sitzung und daher sind auch einige Sachverständige online dabei. Ich begrüße ganz herzlich in Präsenz

- Frau Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen von der Charité in Berlin, stellvertretende Leiterin des Instituts für medizinische Immunologie, Leiterin des Arbeitsbereichs Immundefekte und postinfektiöse Erkrankungen,
- Holger Lange, Abteilungsleiter der Bundesrechtsabteilung des „Sozialverbands VdK Deutschland e. V.“,
- Frau Eva-Maria Welskop-Deffaa, Präsidentin des Deutschen Caritasverbandes.

Digital dabei

- Ramona Gerlinger, 2. Vorsitzende des Bundesvereins Impfgeschädigter e. V.

In Präsenz

- Elena Lierck, Gründerin von „NichtGenesenKids e. V.“

und digital dabei

- Ricarda Piepenhagen, Gründerin von „NichtGenesen“.

Vielen Dank, dass Sie sich heute alle die Zeit für uns genommen haben und Ihre Erkenntnisse mit uns teilen. Frau Dr. Piechotta einmal zur Tagesordnung.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Der Kollege Ates Gürpınar von der Fraktion Die Linke wird auch gleich noch anschließen. Wir hatten es bereits in der Obleuterunde angesprochen: Die Sachverständigen, die heute geladen sind, bringen unglaublich wertvolle und wichtige Punkte heute hier mit ein. Gleichwohl sind wir uns, glaube ich, alle einig, dass die Gesamtheit der von der Pandemie überproportional Betroffenen, also zum Beispiel insbesondere Kinder mit anderen Erkrankungen, zum Beispiel im Bereich Onkologie, sehr alte Menschen, Menschen, die häuslicher Gewalt ausgeliefert waren oder auch Menschen mit Behinderungen, auch in die Gruppe der überproportional von der Pandemie Betroffenen mit hineinzuzählen sind. Und wir möchten hier an der Stelle noch mal auch fürs Protokoll ganz explizit darauf verweisen, dass die dann in den Unterarbeitsgruppen, insbesondere im Bereich Gesundheitsversorgung und Soziales, noch mal sehr extensiv und vollständiger mit aufgerufen werden müssen als Themen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Ich hatte Herrn Gürpınar noch gesehen.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Vielen Dank. Ich möchte mich erstmal Frau Piechotta anschließen, dass sie unsere häufig genannten Punkte noch mal aufgeführt hat und mich gleichzeitig bei Ihnen als Sachverständigen schon im Voraus bedanken. Mein Problem war im Vorhinein immer gewesen – und ich glaube, so wird es auch sein –, dass genau Ihre Expertise in den zwei Stunden zu wenig Zeit umfassen wird, um genau die beiden Themen zu bearbeiten, eben auf der einen Seite den Schutz vulnerabler Gruppen – ich glaube, das ist eines der zentralen Punkte der Enquete – und auf der anderen Seite die Betroffenen, die von Long COVID betroffen sind. Ich glaube, dazu hätte es auch in der großen Runde eigentlich zwei Sitzungen gebraucht, um dem auch nur ansatzweise gerecht werden zu können. Wahrscheinlich werden viele sagen, es ist für alles zu wenig Zeit. Dem muss ich mich natürlich auch anschließen. Aber ich glaube, genau dieser Punkt der vulnerablen Gruppen, der ist so relevant für uns als Gesellschaft, diese in Zukunft



besser zu schützen und das auch auszuarbeiten; was ich mir gewünscht hätte und wir uns gewünscht hätten, dass es einen eigenen ganzen Punkt dafür gegeben hätte. Vielleicht finden wir im Anschluss noch Möglichkeiten dazu. Das wollte ich noch einmal vorweggesagt haben und bedanke mich bei Frau Piechotta, dass sie das auch angemerkt hat.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Weitere Wortmeldungen zu diesem Punkt sehe ich nicht. Aber wir hatten ja schon in vorheriger Sitzung besprochen, dass wir diese Anregung aufnehmen und gerade der Arbeitsgruppe noch einmal den Hinweis geben, da vertieft drauf zu gucken.

Dann würde ich gerne das heutige Verfahren erklären. Zunächst hat jeder unserer Gäste die Gelegenheit für ein fünfminütiges Eingangsstatement. Danach ist es – anders als Sie das vielleicht zu vorherigen Enquete-Sitzungen kennen, die wir schon hatten – so vorgesehen, dass wir drei Fragerunden machen, in denen jede Fraktion ein Gesamtzeitkontingent für Fragen und Antworten hat. Das ist ein bisschen anders als Sie das vorher hatten. Vorgesehen sind drei Runden à 50 Minuten. Die Aufteilung auf die Fraktionen und die von Ihnen benannten Sachverständigen bestimmt sich nach der Fraktionsstärke und wäre bei einer 50-minütigen Runde wie folgt: CDU/CSU 16 Minuten, AfD 12 Minuten, SPD 10 Minuten, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 7 Minuten und Die Linke 5 Minuten. Nach Ablauf eines Frageblocks geht das Fragerecht an die nächste Fraktion und wenn Sie mir ein Zeichen geben, wer beginnt, dann kann ich das aufrufen, aber Sie geben dann untereinander das Fragerecht in Ihrem Zeitkontingent einfach weiter. Wenn wir nach zwei Runden nicht mehr genug Zeit haben, würden wir die dritte Runde dann verkürzen. Das Zeitkontingent bei einer verkürzten Runde würde ich dann noch mal neu mitteilen. Liebe Anhörungspersonen, sollten Sie möglicherweise in Ihren Ausführungen durch Kommissionsmitglieder unterbrochen werden – das haben mich mehrere Obleute gebeten, das noch mal zu sagen – bitte ich Sie, das nicht als Unhöflichkeit zu werten, sondern das ist dem Wunsch geschuldet, möglichst viele Themen ansprechen zu können, auch in Frage/Antwort in diesem Zeitkontingent. Deswegen wäre es nett, wenn Sie darauf achten. Die Unterbrechungen sollten aber natürlich auch so

artikulierte werden, dass wir ein gutes und höfliches Gespräch miteinander haben. Sowohl die Sachverständigen, die online teilnehmen, als auch diejenigen hier im Saal, sollten ihre Mikrofone bitte wirklich nur dann anmachen, wenn Sie auch wirklich aktiv sprechen und ansonsten ausschalten, damit die Kamera demjenigen, der gerade spricht, auch folgen kann. Und damit die Redezeitstoppuhr sichtbar bleibt, eine Empfehlung für alle, die online zugeschaltet sind, das entsprechende Fenster bei Zoom anzupinnen. Und wenn die Redezeit sich dem Ende neigt, werde ich Sie dann höflich daran erinnern.

Ein Hinweis noch: Die Sitzung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und danach auch in der Mediathek des Bundestages zur Verfügung gestellt. Wir erstellen darüber hinaus ein Wortprotokoll.

Und der letzte Hinweis gilt an unsere Besucher auf der Tribüne. Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie Film- und Tonaufnahmen sind von dort nicht gestattet.

Überfraktionell wurde vereinbart, die Eingangsstatements in der folgenden Reihenfolge zu hören – ich lese sie einmal vor –: Frau Prof. Scheibenbogen wird bitte beginnen, anschließend kommt Holger Lange, dann Eva-Maria Welskop-Deffaa, dann Ramona Gerlinger, dann Elena Lierck und Ricarda Piepenhagen bildet dann den Abschluss. Genug der Vorrede. Ich würde jetzt Frau Prof. Scheibenbogen das Wort geben. Vielen Dank.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Vielen Dank, sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Mitglieder der Enquete-Kommission. Kurz vorneweg. Ich bin Internistin und klinische Immunologin und leite an der Charité einen Bereich, in dem ich mich schon seit über 15 Jahren mit postinfektiösen Erkrankungen beschäftige und in den letzten fünf Jahren auch mit Long COVID, insbesondere der Versorgung und der Medikamentenentwicklung. Zu diesen beiden Themen möchte ich auch Stellung beziehen. Die Versorgungssituation von Long COVID, ME/CFS und Post-Vac ist bis heute leider schlecht. Viele sind chronisch erkrankt. Es gibt verschiedene Gründe dafür. Diese Erkrankungen sind häufig. Sie wurden in der Vergangenheit und bis heute im Studium und in der Ausbildung kaum gelehrt. Es gibt keine



ärztliche Fachgesellschaft, die sagt: Wir kümmern uns um diese Erkrankung. Das hat zur Folge, dass auch wenige Ärzte Expertise haben. Es gibt kaum Spezialambulanzen. Diese Erkrankungen kommen in der Fortbildung und in der Erforschung kaum vor und wirksame Medikamente fehlen ganz. Damit einher gehen auch oft die fehlende Anerkennung und das Konzept, dass mit einer Psychotherapie oder einer Rehabilitation diese Erkrankungen ausreichend behandelbar sind. Eine aktuelle Studie von Prof. Schomerus von der Universität Leipzig zeigt, dass Erkrankte an Long COVID und Post-Vac zu 80 Prozent über Stigmatisierungserfahrungen berichten und auch über eine angemessene Bewertung der Erkrankungsschwere, Grad der Behinderung, Reha findet oft nicht statt. Das größte Versorgungsproblem sind die Schwersterkrankten, die oft ohne adäquate Versorgung, ohne Pflegegrad, ohne Hausarzt zu Hause liegen. Ich möchte auch betonen, es geht nicht nur um Long COVID, sondern es geht allgemein um postakutinfektiöse Syndrome, die auch nach vielen anderen Infektionserkrankungen auftreten und die auch vor der Pandemie schon häufig und stark unterversorgt waren. Herr Lauterbach hat als Gesundheitsminister hier wichtige Weichen gestellt. Es gibt die G-BA-Richtlinien [Gemeinsamer Bundesausschuss], da ist klar niedergeschrieben, wie die Versorgung erfolgen sollte. Das ist allerdings bislang in der Breite kaum umgesetzt worden. Es gibt Versorgungsforschungsprojekte, die zum Teil dort auch ansetzen. Es gibt inzwischen auch einige Projekte, die für die Versorgung der Schwerstbetroffenen angelaufen sind. Aber alles reicht bislang nicht aus. Wenn Sie die Betroffenen fragen, sagen die allermeisten, sie sind schlecht oder gar nicht versorgt.

Nun zur Medikamentenentwicklung in den letzten zwei Minuten: Die ist zentral und würde das Problem der Versorgung auch lösen. Stand heute ist: Wir haben keine wirksamen Medikamente, die wirklich ursächlich an der Erkrankung angreifen und eine Chance auf eine deutliche Verbesserung oder Heilung mit sich bringen. Bislang werden solche Therapiestudien von der pharmazeutischen Industrie auch nicht unterstützt. Und wir haben bereits 2021 ein Konzept vorgelegt, wie wir das entwickeln könnten – universitär – und haben um Unterstützung im Bundestag gebeten und haben auch im Haushalt 2022 10 Millionen Euro Unterstützung bekommen. Wir haben das Geld gut

angelegt. Wir haben Therapiestudien initiiert mit Medikamenten, die bereits zugelassen sind und adressieren die Pathomechanismen, die bereits bekannt sind und begleiten das auch mit Forschung. Die vielversprechendsten Ergebnisse konnten wir mit einem Verfahren bekommen, das darauf zielt, Autoantikörper zu entfernen. Wir haben gesehen, dass durch die Entfernung von Autoantikörpern es etwa zwei Drittel der Behandelten relativ rasch besser geht. Wir haben auch Marker, die diese Untergruppe der Betroffenen charakterisiert. Nun ist dieses Verfahren, die Immunabsorption, kein heilendes Verfahren, aber es liefert die Grundlage, um Medikamentenstudien zu machen mit zugelassenen Medikamenten. Im ersten Schritt erneut universitär, weil die pharmazeutische Industrie weiterhin nicht ausreichend zur Seite steht. Aber im nächsten Schritt könnten dann Zulassungsstudien gemeinsam erfolgen. Wir haben hier im Bundestag 2024 weitere 8 Millionen Euro zugesagt bekommen, die uns das ermöglichen würden. Wir haben von diesem Geld bis heute nur einen kleinen Teil bekommen. Das heißt, wir sind seit über einem Jahr nicht in der Lage, diese Studien fortzusetzen.

Ich stelle auch die Frage an Sie, ob es wirklich sinnvoll ist, Entscheidungen von dieser Tragweite einzelne Gutachter entscheiden zu lassen. Das ist, denke ich, ein ganz wichtiger Punkt, weil momentan die Medikamentenentwicklung in Deutschland so nicht weitergeht. Ich denke, wir haben hier eine ganz große Chance. Wir können wahrscheinlich hier in Deutschland Medikamente zur Zulassung bringen, die nicht nur einen großen Markt hätten, sondern die natürlich auch von unglaublicher Relevanz sind. Ich will noch einen letzten Satz sagen. Es gibt eine Studie von Risklayer, die hat ausgerechnet, dass die gesamtgesellschaftlichen Kosten für Long COVID und ME/CFS allein im Jahr 2024 60 Milliarden Euro betragen haben. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Dann bekommt als Nächster das Wort Holger Lange.

Holger Lange (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, sehr geehrte Sachverständige. Ich spreche heute für den Sozialverband VdK Deutschland, den größten Sozialverband des Landes mit über 2,3 Millionen



Mitgliedern. Wir vertreten besonders diejenigen, die in dieser und in künftigen Krisen besonderen Schutz benötigen: ältere Menschen, Menschen mit Behinderung, mit chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Bundesweit leisten wir Rechtsberatung und Rechtsvertretung. Und das, was Frau Prof. Scheibenbogen gerade berichtet hat, berichten auch die Betroffenen in unserer Rechtsberatung. Unsere Kernbotschaft lautet: Schutz vulnerabler Gruppen sind kein Zusatz, sondern der Maßstab für eine gerechte Pandemiepolitik.

Die Bilanz der Corona-Pandemie ist ambivalent. Ja, unser Sozialstaat hat den Stresstest der Pandemie gut gemeistert. Der soziale Frieden war, was die soziale Sicherung angeht, nicht in Gefahr. Kurzarbeit hat Arbeitsplätze gesichert. Rettungsschirme haben Krankenhäuser stabilisiert. Das war richtig und wichtig. Aber zugleich sehen wir Bruchlinien. Wer außerhalb des Normalarbeitsverhältnisses stand – Soloselbstständige, Minijobber, Menschen mit ohnehin knappem Einkommen –, war schlechter abgesichert. Da habe ich mir die Frage gestellt: Was ist denn Vulnerabilität? Wie kann man das eigentlich fassen? Das sollte man nicht nur medizinisch sehen, sondern auch sozial. Geringverdienende, Menschen mit niedriger Bildung, Alleinerziehende und Rentnerinnen und Rentner haben hier ein höheres Armutsrisiko – so haben das die Studien ausgerechnet –, höhere Belastung und weniger Zugang zu Entlastungsleistungen.

Was folgt daraus für zünftige Krisen und speziell für den Fall Long COVID und Post-Vac? Für Post-Vac und Long COVID sehen wir drei zentrale Anforderungen. Erstens, was Frau Prof. Scheibenbogen schon gesagt hat, klare bundesweite Versorgungspfade von der hausärztlichen Abklärung über die Diagnostik und ausreichend spezialisiertes ärztliches Personal bis zur Reha- und Teilhabe. Zweitens, wir haben ein Zuständigkeitslabyrinth. Wir brauchen Lotsenstellen bei den Krankenkassen oder Kommunen, die Betroffene medizinisch von der Diagnostik in diesem medizinischen Versorgungspfad begleiten, aber zugleich auch diesen Sozialrechtsdschungel lichten und entsprechende Sozialleistungsansprüche abgleichen. Drittens, wir brauchen eine verlässliche

soziale Absicherung für die speziellen Bedarfslagen der Betroffenen. Leistungen scheitern bislang häufig an den hohen Kausalitätshürden und an ungeeigneten gutachterlichen Bewertungen. Für Long COVID und Post-Vac braucht es angepasste sozialrechtliche Bewertungsmaßstäbe. Sonst folgt aus medizinischer Unsicherheit auch soziale Unsicherheit.

Über Long COVID hinaus müssen wir den Schutz vulnerabler Gruppen strukturell neu denken. Erstens brauchen wir eine barrierefreie, einheitliche Krisenkommunikation. Es muss ein verbindlicher Standard sein, mit Angeboten in deutscher Gebärdensprache, leichter Sprache und gut zugänglichen Informationswegen. Zweitens, in Pflege-, Wohn- und Behinderteneinrichtungen dürfen Schutzmaßnahmen nicht erneut zu Isolation und Vereinsamung führen. Teilhabe und Schutzrechte sind gemeinsam zu sichern. Drittens, Pflegeeinrichtungen brauchen Resilienz, also auskömmliche Finanzierung, flexible Regelungen und Personalreserven, um im Krisenfall handlungsfähig zu bleiben. Viertens, wir müssen Absicherungslücken schließen. Dazu gehört eine obligatorische Mindestsicherung für Selbstständige – weil die waren nicht abgesichert im Krisenfall – sowie eine bessere soziale Absicherung von Sorgearbeit, insbesondere bei Kinderbetreuung und Pflege von Angehörigen. Fünftens, wir brauchen einen klar geregelten Pandemie-Modus, einen gesetzlichen Baukasten mit zum Beispiel Telemedizin, digitalen und barrierefreien Antragswegen, verlässlichen Zuständigkeiten statt hektischer Ad-hoc-Entscheidungen. Wenn wir diese Lehren ernst nehmen, stärken wir nicht nur diese einzelnen Gruppen, über die wir heute sprechen, sondern die Widerstandsfähigkeit unserer gesamten Gesellschaft.

Meine Schlussbotschaft ist daher: Wer vor der Krise verletzlich war, war in der Krise am stärksten gefährdet – und es ist vielfach noch heute. Wenn wir Schutz sozial denken, Versorgungspfade für Long COVID und Post-Vac für die noch immer Betroffenen verbessern, Pflege und Familien besser absichern in diesen Pandemiezeiten und ein handlungsfähiges Krisenrecht schaffen, dann wird die nächste Pandemie nicht einfacher, aber beherrschbarer und gerechter zu bewältigen sein. Für alle und besonders für die Verwundbarsten. Vielen Dank.



Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Lange. Als nächstes bekommt Frau Welskop-Deffaa das Wort.

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Liebe Frau Vorsitzende, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich spreche hier als Präsidentin des Deutschen Caritasverbandes. Wir haben 750.000 Beschäftigte in verschiedenen Einrichtungen der sozialen Dienste: vom Krankenhaus bis zur Altenpflege, von Kitas, Schuldnerberatung bis zur Bahnhofsmission. Aus dieser Perspektive versuche ich, Ihre Fragen zu beantworten.

Was uns auffällt: Bei der Frage nach dem Schutz vulnerabler Gruppen im Kontext der Corona-Pandemie stand lange ein rein medizinischer Begriff von Vulnerabilität im Vordergrund. Die Erforschung des Virus beobachtete Infektionsrisiken und Sterblichkeitswahrscheinlichkeiten und kam zu der Einschätzung, dass ältere Menschen in besonderer Weise vulnerabel und besonders gefährdet waren. Heute sehen wir, dass diese Engführung des Vulnerabilitätskonzepts entschieden zu kurz sprang, wenn wir uns fragen, wer von Auswirkungen der Corona-Pandemie besonders betroffen war. Zum Teil sind es genau die Gruppen, die von der Viruserkrankung selbst weniger betroffen waren wie Kinder und Jugendliche, denen wir bei den sozialen Folgen heute als besonders vulnerabel begegnen.

Die erste Lehre aus Corona bezüglich des Schutzes vulnerabler Bevölkerungsgruppen lautet daher: Es ist unzulässig und birgt eigene Risiken, bei einer spezifischen Krise nur diejenigen als vulnerable im Blick zu haben, die durch das Primärrisiko besonders betroffen sind. Zweitens, die Bevölkerungsgruppen, die auch außerhalb einer Krise besonders gefährdet und notleidend sind, haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, in der akuten Krise die Folgen der Krise aus eigener Kraft nicht oder ungenügend abfedern zu können. Diese vulnerablen Gruppen sind in besonderem Maße darauf angewiesen, dass für Krisen angemessen institutionell vorgesorgt wird, weil für sie eine spontane Anpassung aus eigener Kraft eine Überforderung darstellt, wenn zum Beispiel finanzielle Ressourcen oder ein Netz von Beziehungen fehlen. Eine tragfähige, auch in der Pandemie erreichbare soziale Infrastruktur ist unmittelbare Voraussetzung dafür, dass vulnerable

Gruppen Krisenzeiten wie die Corona-Pandemie einigermaßen überstehen. Und drittens, Mitarbeitende in sozialen Einrichtungen und Diensten werden leicht selbst zu einer vulnerablen Gruppe, wenn sie in einer Krise für die ihnen anvertrauten Menschen verlässlich ansprechbar sein wollen und sollen. Sie müssen sich, um ihre Arbeit zu tun, erhöhten Infektionsrisiken aussetzen und doppelte Lasten tragen, auch bei der Organisation ihres eigenen Privatlebens. Der Schutz vulnerabler Gruppen in der Pandemie ist eng verbunden mit der Tatkraft und Verantwortungsbereitschaft dieser Mitarbeitenden, denen sie in Einrichtungen und Diensten anvertraut sind.

In einer Umfrage, die wir als Deutscher Caritasverband durchgeführt haben, haben unsere Mitarbeitenden sehr einvernehmlich geantwortet, dass für die Krisenresilienz entscheidend ist, dass es Führungskräfte gibt, die bereit sind, Verantwortung zu tragen unter Unsicherheit und die ihren Mitarbeitenden den Rücken stärken. Eine Kultur des Vertrauens sowie eine Stärkung der Entscheidungskompetenz von Führungskräften und Mitarbeitenden können als entscheidend angesehen werden, um für künftige Pandemien vorgerüstet zu sein. Angesichts der dramatisch sich immer wieder verändernden Situationen, Gefährdungslagen, wissenschaftlichen Erkenntnisse und Maßnahmen mussten Informationen verarbeitet werden, die über das persönliche Fassungsvermögen leicht hinausgingen. Daher war die organisationale Rahmung, die die Nachvollziehbarkeit der Regeln für den eigenen Kontext leichter machte, die durch die Organisation gewährleistete Kommunikation und Information, ganz entscheidend dafür, dass die Mitarbeitenden in den Einrichtungen in der Lage waren, für die ihnen Anvertrauten verlässlich gute Arbeit zu leisten. Gerade die schnelle Anpassung an sich verändernde Erkenntnisse und Rahmenbedingungen wurde in der Pandemie für vulnerable Gruppen zu einer besonderen Herausforderung. Was sich objektiv betrachtet als Riesenerfolg der Pandemiebekämpfung kommunizieren lässt: Die schnelle Entwicklung eines Impfstoffs, die rasche Erforschung neuer Mutationen, die verbesserte Testung – all das war für die vulnerablen Gruppen eine dauerhafte Überforderung, weil sie sich täglich auf neue Regeln und Rahmenbedingungen einlasten



mussten, die sie durchgängig in ihrer Logik nicht wirklich nachvollziehen konnten. Vertrauensverlust in die Sinnhaftigkeit der notwendigerweise immer wieder anzupassenden Regeln, in die Leistungsfähigkeit von Institutionen und in die Kompetenz von Experten und Politikern war daher eine im Verlauf der Pandemie immer größer werdende Gefahr.

Der Schutz vulnerabler Gruppen wird im Prozess einer Pandemie, das ist unsere Schlussfolgerung, nur dann gut gelingen, wenn die Belastungen und Leistungen von zentralen Leistungsträgern bei politischen Entscheidungen angemessen berücksichtigt und wertgeschätzt werden. Das ist nicht nur eine Corona-Pandemie, sondern vieles darüber hinaus. Die Einzelbeispiele können Sie in meiner Stellungnahme nachlesen. Ein letzter Satz: Ein funktionierender Sozialstaat für alle ist die allerwichtigste Voraussetzung dafür, um eine Corona-Pandemie und ähnliche Krisen bestehen zu können, darauf antworte ich gerne auch im Detail.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank. - Dann bekommt jetzt das Wort Ramona Gerlinger, sie ist online zugeschaltet.

Ramona Gerlinger (Bundesverein Impfgeschädigter e. V.): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren! Unser Verein kümmert sich seit Jahren um die Belange von Impfgeschädigten, natürlich seit 2021 vorwiegend auch mit Corona-Impfgeschädigten. Wir haben sehr viele unterschiedliche Erkrankungen, die damit einhergehen. Am meisten ist natürlich Post-Vac bei uns eingelaufen. Die Menschen haben Probleme in ihrem kompletten Umfeld. Sie sind permanent krankgeschrieben, sie verzweifeln an ihrer Situation. Viele stellen mittlerweile auch Impfungen an sich infrage. Sie haben das Vertrauen in die Politik, in die Ämter, in alles verloren und sind insgesamt auf einem Stand, dass es so nicht weitergehen kann.

Wir haben auch Begründungen geschrieben, für die die Kausalitäten mittlerweile schon erfasst sind. Aber insgesamt ist das Gros unserer Leute immer noch in einem Warteverfahren oder sie sind schon Richtung Gerichtsverfahren gegangen und haben dort natürlich keine Chance durchzukommen. Von unserer Seite müsste hier mehr gemacht werden. Ich kann mich auch hier Frau Dr. Scheibenbogen anschließen. Sehr viel, was Forschung betrifft, was

Behandlungsmethoden betrifft. Gelder sollten auch dafür bereitgestellt werden und insgesamt Recherchemöglichkeiten geboten werden, die einfachen Zugang bieten und den Menschen mehr Hilfe zu gedeihen lassen.

Wir haben nur einen geringen Teil von all den Betroffenen bei uns im Verein gehabt. Ich muss auch da sagen, von den Ämtern sind die Verfahren teilweise sehr schnell durchgezogen worden. Was Post-Vac betrifft hat man derzeit immer noch keine Chance, das anerkannt zu bekommen. Und auch was die Zahlen insgesamt betrifft vom Paul-Ehrlich-Institut und EMA [Europäische Arzneimittel-Agentur]: Da sind immer noch hohe Dunkelziffern. Es hat nicht jeder einen Antrag gestellt und von diesen 14.000, die im Moment bekannt sind an Anträgen, sind bisher auch nur etwas über 600 anerkannt worden. Wir hatten unsererseits schon sehr viel versucht, die Politik darauf hinzuweisen. Was passiert mit denen? Was passiert mit den Verfahren? Ob man die ruhend stellen kann, was normalerweise im außergerichtlichen Verfahren nicht geht? Wir haben keine Antwort erhalten. Deswegen ist es für uns natürlich sehr schwierig, den Menschen zu helfen, denen das klarzumachen, dass hier eine Warteposition ist, bis sich da politisch und wissenschaftlich mehr getan hat. Ansonsten kann ich mich eigentlich meinen Vorredner nur anschließen. Und wir bitten von unserer Seite, dass hier eine Beweiserleichterung vielleicht geschaffen werden könnte, um den Menschen zu ihrem Recht zu helfen. Das wäre es von meiner Seite erst mal.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank, Frau Gerlinger. - Jetzt bekommt das Wort Elena Lierck.

Elena Lierck (Gründerin von „NichtGenesenKids e. V.“): Vielen Dank an alle Enquete-Teilnehmer, an alle, die zuhören. „Ich habe Angst, vergessen zu werden. Wann werde ich endlich wieder gesund? Ich vermisse mein Leben, meine Geschwister, meine Familie, meine Freunde. Ich vermisse den Kindergarten. Ich vermisse die Schule. Ich will wieder laufen. Wann hören diese Schmerzen wieder auf? Wann kann ich wieder mal die Sonne sehen, Musik hören oder lesen? Ich will wieder leben.“ Das trifft schätzungsweise auf 90.000 bis 140.000 Kinder in Deutschland zu, die an Long COVID, Post-Vac und ME/CFS oder ME/CFS erkrankt sind. Beispielsweise nach einer Corona-Infektion, dem Pfeifferschen



Drüsenfieber, Borreliose oder anderen viralen bakteriellen Infekten. Danke, dass ich heute erneut auf das dramatische Schicksal der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie deren Angehörigen aufmerksam machen kann.

Ich bin Elena Lierck, Mama einer 16-jährigen Tochter, welche seit fünf Jahren schwer an ME/CFS erkrankt ist – Zustand nach Pfeifferschem Drüsenfieber und 2020 und 2022 zwei Corona-Infektionen. Ich bin Gründerin der 2022 ins Leben gerufenen Elterninitiative „NichtGenesenKids“, woraus im Sommer der Verein „NichtGenesenKids e. V.“ entstanden ist. Mittlerweile betreuen wir 1.000 Mitglieder deutschlandweit und sind in jedem Bundesland vertreten. Jeden Tag bekommen wir mehr Anfragen. Der Verein setzt sich für Eltern, Angehörige, Long COVID-, Post-Vac-, ME/CFS-Betroffene, Kindern, Jugendlichen in Deutschland ein. Wir fördern den Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen, Ärzten und Wissenschaftlern. Der Verein sensibilisiert die Öffentlichkeit und setzt sich gegenüber Ämtern und Behörden aktiv für die Verbesserung von Bildung und Teilhabe erkrankter Kinder und Jugendlicher ein. Was eigentlich gar nicht unsere Aufgabe sein sollte, oder die Aufgabe des Vereins.

Die Geschichte meiner Tochter Kalea steht stellvertretend für alle 140.000 erkrankten Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Kalea befindet sich mittlerweile im sechsten Krankheitsjahr. Sie war zehn, als sie erkrankte. Der Krankheitsverlauf war schleichend, anfangs unauffällig, undurchsichtig. Der Weg zur Diagnose war und ist nach wie vor für viele Eltern die Hölle. Ein Prozess, auf dem sie nach wie vor alleingelassen werden. Wir auch. Von Ärzten, Therapeuten und Ämtern. Wir wurden belächelt, beschimpft, stigmatisiert und sogar aus Facharztpraxen geworfen, da wir wagten, die Frage zu stellen oder mitzudenken und gebeten haben, sich mit dem komplexen Krankheitsbild ME/CFS zu befassen. Es wurden uns zig Gründe genannt, die Kaleas Zustand erklären sollten. Angeführt von vermeintlichem sozialem familiärem Stress, Überbelastung durch zu viel Sport, Freizeitstress bis hin zu angeblich psychischen Problemen, gipfelnd in dem Verdacht des Münchhausen-by-Proxy-Syndroms. Eine Kindeswohlgefährdungsanzeige seitens der Schule setzt dem Ganzen den Gipfel auf. Ärzte drängten darauf, Kalea soll bitte eine stationäre

Psychotherapie machen, ohne Kontakt zur Mutter und der Familie. Dann würde sie auch wieder gesund. Das hören auch immer noch heute jeden Tag Familien.

Das war und ist die Realität und wird sich leider auch noch nicht ändern. Denn es fehlen noch immer fünf Jahre nach Pandemiebeginn Therapieoptionen, Medikamentenstudien, ein Verständnis für die Situation der Erkrankten und Angehörigen. Der Gesundheitszustand, der in der Regel in ihrer Schullaufbahn befindlichen Kindern und Jugendlichen verschlechtert sich regelmäßig so stark, dass ein Schulbesuch manchmal, zunächst noch teilweise, später jedoch auch gar nicht mehr oder nur noch sporadisch möglich ist. Ignoranz, Abneigung, Angst, mangelnde Zeit, fehlender finanzieller Ausgleich oder was auch immer der Grund, die Gründe sein mögen seitens einer großen Zahl der Ärzteschaft, Ämtern, Behörden, Schulen und deren Landesbildungsministerien, aber auch Familienmitgliedern oder Angehörigen, sich nicht adäquat mit der Erkrankung auseinandersetzen, darf nicht länger hingenommen werden. Es geht um jedes einzelne Kindeswohl. Wir brauchen noch mehr Ärzte, die sich mit dem Krankheitsbild intensiv auseinandersetzen, damit Familien frühzeitig zum Krankheitsmanagement beraten und durch kompetente medizinische Begleitung eine Abwärtsspirale verhindert wird. Wir brauchen mehr Anlaufstellen, Integration in die sozialpädagogischen Zentren in Deutschland, flächendeckende, aufsuchende als auch telemedizinische Versorgung für die Schwerstbetroffenen, die nicht in der Lage sind, in die Praxis zu kommen oder wo die Praxen viel zu weit weg sind.

Hoffnung – dieses Wort begleitet jeden an der ME/CFS Erkrankten. Hoffnung auf Forschungsgelder. Unsere deutschen Experten stehen in den Startlöchern. Verständnis, Unterstützung, Therapie und am Ende vielleicht endlich mal Heilung. Es gibt Hoffnung schon mal. Klar, immer. Denn in den letzten Jahren hat sich unfassbar viel getan. Durch viele Vereine, Initiativen, Stiftungen, engagierte Ärztinnen wie Frau Scheibenbogen und Arztverbände, Politikerinnen, Forschungsgruppen und ebenso Forschungsprojekte, gefördert seitens des damals noch BMBF und BMG wie das momentane vorhandene Versorgungsnetzwerk PEDNET-LC. Ich



bin gleich fertig. Wegen Verzweiflung bei jungen Erwachsenen kommt es so selten zu einer Remission, dass es oft zu einer Chronifizierung kommt. Bis hin zu dem Wunsch, das Leben zu beenden.

Es ist noch ein langer Weg, aber weiter muss dafür gesorgt werden, dass ME/CFS jeder kennt, jeder aussprechen kann und jeder weiß, wie es entstehen kann. Es braucht eine Dekade für Long COVID /ME/CFS. Ich fordere erneut die deutschlandweite Aufklärungskampagne, sodass die Erkrankung in allen Facetten sichtbar gemacht wird. Verstetigte medizinische Forschung, Entstehungsmechanismen müssen geklärt werden, Medikamentenforschung und langfristige finanzielle Sicherung, damit auch die Schwerstbetroffenen wieder einen Hoffnungsschimmer auf Leben haben. ME/CFS, fünf Buchstaben, die jeder kennen sollte, denn auch Sie kann es treffen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Lierck. - Das Wort bekommt jetzt Ricarda Piepenhagen. Auch sie ist online zugeschaltet.

Ricarda Piepenhagen (Gründerin von „NichtGenesen“): Vielen Dank. Die Aufgabe einer Enquete-Kommission ist es, Lehren zu ziehen, damit künftige Krisen besser bewältigt werden können. Als Gründerin der Patientenorganisation „NichtGenesen“ spreche ich heute stellvertretend für hunderttausende Betroffene, die aufgrund fehlender Versorgung und mangelnder Forschungsstrategien dauerhaft schulunfähig, arbeitsunfähig oder pflegebedürftig geworden sind. Ich spreche für Menschen, die kaum jemand sieht. Ich spreche für Anja, die aufgrund einer Corona-Infektion und der Schwere ihrer Erkrankung zurück zu ihren Eltern ziehen musste und deren Kinder nun im Heim betreut werden, weil die Eltern hochbetagt gerade noch schaffen, ihre schwerstbetroffene Tochter zu pflegen. Ich spreche für Robert, einem Arzt, der eine Praxis eröffnen wollte und nach einer Corona-Infektion so schwer erkrankte, dass er von seinen Angehörigen gepflegt werden muss. Ich spreche für den 20-jährigen Theo, dessen Mutter das Zimmer an seinem Geburtstag nicht betreten konnte, weil er licht- und geräuschempfindlich ist und er keine Berührung tolerieren kann, ohne eine massive Zustandsverschlechterung zu erfahren.

Mein Fokus liegt daher heute nicht auf Vergangenheitsdebatten, sondern auf der Frage, wie wir jetzt medizinisch, strukturell und politisch handeln müssen, um evidenzbasiert auf diese bestehende postpandemische Gesundheitskrise reagieren zu können. Denn wir können uns nicht mit der nächsten möglichen Pandemie beschäftigen, solange die Nachwirkungen der letzten noch ungelöst sind. Nach der aktuellen Modellrechnung von Risklayer und der ME/CFS Research Foundation leben mehr als 1,5 Millionen Menschen in Deutschland entweder mit Long COVID oder ME/CFS, der schwersten Form von Long COVID; eine Erkrankung, die schon seit 1969 von der WHO als schwere neuroimmunologische Erkrankung klassifiziert wurde und auch durch jede andere Virusinfektion erworben oder als Impfnebenwirkung auftreten kann. Zum Vergleich: Es leben also fünfmal mehr Menschen in Deutschland mit Long COVID oder ME/CFS als mit Multipler Sklerose. Diese 1,5 Millionen Betroffene, welche durch die Schwere der Erkrankung häufig erwerbsunfähig geworden sind, kosten Deutschland laut Risklayer circa 63 Milliarden Euro jährlich, was 1,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts entspricht. Das ist mehr als beispielsweise die jährlichen Bundesausgaben für Verkehr und Infrastruktur oder aber das Bürgergeld. Chancengleichheit und Zukunftsperspektiven erhofften sich viele Betroffene von den Versprechungen der CDU/CSU zu Oppositionszeiten. Die CDU/CSU kritisierte damals die Ampel erheblich und hatte deshalb in drei Anträgen klare Schritte gefordert, darunter den Aufbau einer nationalen Dekade gegen Long COVID in Anlehnung an die nationale Dekade gegen Krebs. Auch der Kanzler stellte in einer Rede im November 2023 klare Forderungen. Ich zitiere wörtlich:

„Wir brauchen in Deutschland dringend und deutlich mehr Geld für die Grundlagenforschung für Long COVID, ME/CFS und dem Post-Vac-Syndrom. Wir bleiben aktuell aber weit hinter unseren Möglichkeiten zurück. Die bisher im Haushaltsentwurf des Forschungsministeriums für das kommende Jahr eingeplanten Mittel in Höhe von nur 17 Millionen Euro sind nicht ausreichend“.



Zitat Ende. An dieser Stelle möchten wir erwähnen, dass die für das nächste Jahr bisher angesetzte Summe im BMFTR [Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt] noch niedriger ist als die vom Kanzler kritisierte und zudem vom BMFTR die Förderanträge wichtiger Medikamentenstudien abgelehnt wurden. Die von der CDU/CSU geforderte Dekade gegen Long COVID in Anlehnung an die nationale Dekade gegen Krebs würde implizieren, mindestens 500 Millionen Euro über zehn Jahre im Forschungsministerium zu investieren. Eine kürzlich veröffentlichte internationale Deklaration, von über 60 führenden Wissenschaftlern unterzeichnet, fordert eine Priorisierung und Erhöhung der Mittelbereitstellung, um dieser postpandemischen Gesundheitskrise begegnen zu können. Auch im Koalitionsvertrag wird die Stärkung von Versorgung und Forschung für die Krankheitsbilder gefordert.

Besonders ausweglos ist die Situation der Schwer- und Schwerstbetroffenen, über Jahre bettlägerig und ohne regelmäßige medizinische Betreuung. Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben berichtet über einen deutlichen Anstieg der Anfragen von Long COVID- und ME/CFS-Betroffenen. Solche Anträge resultieren aus fehlenden Therapiemöglichkeiten und fehlender medizinischer Versorgung. Was vielen nicht bewusst ist: Schwere Verlaufsformen von ME/CFS können zum Organversagen führen und sind potenziell tödlich, wie es auch in internationalen Konsensuspapieren dokumentiert ist. Aktuelle Studien zeigen, dass SARS-CoV-2 weiterhin zirkuliert, jährlich neue Infektionswellen auftreten und somit erkrankte Menschen weiterhin postinfektiös sind, von denen ein erheblicher Teil laut EPILOC-Studie auch nach zwei Jahren noch nicht genesen ist. Wir sprechen nicht über ein vergangenes Ereignis, sondern über eine fortbestehende Gesundheitskrise. Die Versorgung von Menschen mit Long COVID, ME/CFS und postvaxzinalen Syndromen ist eine ärztliche, staatliche und ethische Verpflichtung. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank für Ihre Eingangsstatements. - Jetzt kommen wir in den Gesprächsteil. Die ersten Fragen stellt die Unionsfraktion. 16 Minuten ist die Zeit und es beginnt Herr Rohwer.

Abg. **Lars Rohwer** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, und ganz herzlichen Dank an die Sachverständigen für die einleuchtenden Vorträge und die Blickrichtungen, in die Sie heute die Anhörung noch mal gerichtet haben. Ich möchte ein paar Themen gegenüber Frau Lierck anführen und nachfragen. Wir kennen uns in dieser Situation, wie es Kindern und Jugendlichen geht, schon eine ganze Weile. Vielen Dank für Ihr Engagement, was mir immer wieder höchsten Respekt abringt. Aber das gilt für alle, die heute hier in der Anhörung dabei sind. Frau Lierck, welche übergreifende Strategie braucht es denn, damit Kinder und Jugendliche mit Long COVID, Post-Vac, ME/CFS ohne eine Stigmatisierung am sozialen Leben teilnehmen können und wahrscheinlich auch Bildungsangebote wahrnehmen können?

Elena Lierck (Gründerin von „NichtGenesenKids e. V.“): Vielen Dank für die Frage. Letztendlich braucht es überhaupt erst mal ein Verständnis für die Krankheit. Das heißt, es braucht nach wie vor einfach Aufklärungskampagnen, auch innerhalb der Schulen, der Bildungsministerien, der Jugendämter, der Sozialämter, damit einfach nicht jedes Mal neu diskutiert werden muss, dass es diese Erkrankung gibt, dass überhaupt Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen angezweifelt werden. Teilhabe ohne Stigmatisierung gelingt letztendlich nur, wenn wir davon wegkommen, dass alle Kinder gleich funktionieren müssen. Es ist einfach wichtig, dass man lernt, dass Kinder mit Long COVID, Post-Vac, ME/CFS oder – wie heute auch schon gesagt wurde – andere Kinder mit anderen Erkrankungen einfach integriert werden ins Bildungssystem. Das heißt, man muss einfach lernen, dass es Kinder gibt, die nur wenige Minuten in der Schule sein können, wenige Tage oder nur einen Tag in der Schule/einen Tag online. Das heißt, es braucht eine bundesweite Strategie, die klarstellt, dass sich nicht das Kind an die Schule anzupassen hat, sondern die Schule sich an das Kind anzupassen hat. Und da sind wir genau bei dem Punkt der Problematik der Schullandschaft, das deutschlandweit existiert. Mir ist bewusst, dass es eine bundesweite Aufgabe ist, das Ganze zu regeln, aber wir brauchen trotzdem irgendwo mal eine Leitlinie. Wir brauchen flexible Lernformen, hybride und digitale Unterrichtsmodelle, individuelle Lernpläne und vor allem Verständnis dafür, dass es nicht mit Druck funktioniert und



eine Kombination von vielen. Und ganz wichtig ist tatsächlich, unabhängig von der Aufklärung, dass die Lehrkräfte und die Mitschüler befähigt werden müssen, empathisch zu handeln. Das geht ja bei anderen Erkrankungen auch. Warum muss man bei Long COVID, ME/CFS, Post-Vac jedes Mal überhaupt erst diskutieren, dass es eine Erkrankung ist? Und ich denke, wenn man das lernt, dass Teilhabe nicht automatisch bedeutet, wieder gesund zu werden, sondern trotz Krankheit da zuzuhören oder dazuzugehören, haben wir schon einen großen Schritt erreicht.

Abg. Lars Rohwer (CDU/CSU): Jetzt haben Sie schon ein bisschen zu meiner zweiten Frage unbewusst hingeführt. Können Sie uns ein bisschen beschreiben, wie der Alltag von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu gesunden Kindern – – Wenn man überhaupt von gesund sprechen kann, weil es ist ja eine Einschränkung und wir reden zum Schluss über eine Teilhabe. Wo kann Teilhabe gelingen und wo kommt sie an ihre Grenzen?

Elena Lierck (Gründerin von „NichtGenesenKids e. V.“): Letztendlich ist es erst mal wichtig zu wissen, wie schwer die Kinder betroffen sind. Es gibt einfach Kinder, die sind so schwer betroffen, die liegen in abgedunkelten Räumen, die können keine Geräusche, keine Sonne ertragen. Meine Tochter, wie gesagt, seit zwei Jahren kann sie nicht gehen, nicht laufen, nicht stehen. Das heißt, sie braucht einen Toilettenstuhl an schlechten Tagen, neben sich am Bett und permanent Hilfe, könnte aber, wenn man vor zwei Jahren, sag ich mal sensibler gewesen wäre, zum Beispiel mit einem Avatar, mit einem Computer und mit einem Roboter online zugeschaltet werden. Das heißt, es braucht einfach Hilfsmittel, die helfen den Kindern, die Belastung zu reduzieren und Energie zu sparen. Das können hybride Modelle sein, das kann ein Online-Unterricht sein. Man muss dann aber auch natürlich gucken, wie kann das bewertet werden? Weil nur den Unterricht haben, da ist keine Bewertbarkeit vorhanden. Man muss natürlich gucken, dass diese Kinder einfach eine reizärmere Umgebung brauchen. Das ist natürlich nicht das Ziel, dass dann alle Kinder mit diesen Erkrankungen in beispielsweise Sonder- oder Förderschulen – muss man leider so despektierlich sagen – abgeschoben werden. Natürlich sind diese Schulen großartig, aber sie sind nicht

flächendeckend vorhanden und das ist auch nicht die Aufgabe dieser Schule. Sondern das Ziel ist laut UN-Charta, dass diese Kinder trotz Behinderung und mit Behinderung in das Schulsystem integriert werden und nicht exkludiert werden. Das heißt, wir brauchen beispielsweise einen Ruheraum mit Liegesäcken, abgedunkelte Bereiche im Klassenzimmer. Man muss den Kindern erlauben, Kopfhörer zu tragen oder Sonnenbrillen zu tragen. Man braucht Mobilitätshilfen wie Rollstühle, Aufzugsschlüssel. Das sind so Dinge, digitale Möglichkeiten, ein iPad, Schreibassistenten, Schulbegleitung. Also ich denke, das Wichtigste ist einfach zu schauen: Was gibt es bei anderen chronischen Erkrankungen schon? Was gibt es an Nachteilsausgleichen? Wie kann man das bundesweit wirklich festsetzen, dass nicht jeder in jeder Schule, in jedem Bundesland das Rad neu erfindet und letztendlich damit ein großes Problem der Integration der Kinder besteht?

Abg. Lars Rohwer (CDU/CSU): Bevor ich gleich das Fragerecht an meinen Kollegen in der Fraktion weitergeben möchte, möchte ich noch mal nachfragen, weil Sie ein bisschen deutlich gemacht haben, dass die Krankheit auch bedeutet, dass die Kinder auf diese Krankheit reduziert werden können. Wir haben uns kennengelernt, weil ich mich sehr intensiv beschäftigt habe, ausgehend von dem Uniklinikum Dresden, mit dem Thema der seltenen Erkrankungen. Jetzt ist ME/CFS, wenn ich das jetzt mal so abgekürzt sage, weit über das Thema „seltene Erkrankungen“ hinausgehend. Wir wissen, die Fälle sind viel, viel größer geworden. Aber wie können wir Mitmenschen aus Ihrer Sicht am besten sensibilisieren? Und ich habe den Eindruck, dass Sie ja sehr offen mit der Geschichte umgehen, die sowohl Ihre Tochter betrifft, aber auch das, was die anderen Mitglieder Ihres Vereins machen. Was können Sie uns berichten? Was hilft diese Offenheit? Und wo sind Sie vielleicht auch auf Barrieren gestoßen?

Elena Lierck (Gründerin von „NichtGenesenKids e. V.“): Letztendlich geht es, glaube ich, darum, die Kinder sichtbar zu machen und nicht jedes Mal angegriffen zu werden, wenn man diese Kinder sichtbar macht. Ich musste auch persönlich viel einstecken, warum ich mein Kind in die Öffentlichkeit zerre. Wo ich sage, es ist erstens ihre Entscheidung. Mittlerweile ist sie alt genug und es braucht eine Sichtbarkeit dieser Erkrankung.



Andere Erkrankungen werden ja auch gezeigt. Es macht auch keinen Unterschied, ob man jetzt Krebs hat oder Multiple Sklerose oder Diabetes. Das ist bekannt. Also darf man auch diese Kinder einfach befähigen, gesehen zu werden. Und ich glaube, das Wichtigste ist letztendlich, dass es nicht auf die Krankheit reduziert wird und dann zu gucken, dass es gute Tage gibt, wo die Kinder einfach draußen sind, oder meine Tochter einen guten Tag hat, wo sie meinem Sohn vorliest. Und wenn dieses Foto beispielsweise im Netz viral gehen würde, dann sieht man ein lachendes Kind für fünf Minuten. Man sieht aber nicht, dass die anderen 23 Stunden letztendlich sehr anstrengend sind. Also ich glaube, das Wichtigste ist, diese Kinder zu integrieren und zu gucken: Was brauchen sie? Was brauchen sie an Unterstützung? Und wie kann man ins Gespräch gehen? Und das nicht immer erst diskutiert, sondern wirklich einen mitnehmen und Arbeitsgruppen zu bilden, das in die Unterrichtsfächer einzubauen, Vorträge zu halten. Es gibt ganz tolle Dinge mittlerweile an Unikliniken oder an den Schulen oder an den Universitäten, wollte ich sagen. Theaterstücke, Filme, wo man sagen kann, es gibt ganz viel Wissen und dieses Wissen sollte abgerufen werden und einfach wirklich selbstverständlich mit in den Alltag der ganzen Familien integriert werden. Und wenn wir an diesen Punkt kommen, dass es nicht immer diskutiert wird, ob es diese Erkrankung gibt oder dass eine Frau Scheibenbogen oder wie wir hier alle sitzen, diskutieren müssen, dass es das gibt, sondern diesen Punkt endlich überwunden haben und zu sagen: „Ach, alles klar, du hast Long COVID, ME/CFS“, dann haben wir eine Normalität, mit denen wir den Kindern auch viel besser eine Unterstützung geben können. Ich glaube, das ist das Wichtigste, eine Normalität zu finden und nicht immer zu diskutieren, weil es ein Fakt ist, der nach zig Jahren, wenn ich das sehe, nach fünf Jahren einfach da ist und nicht negiert wird.

Und letzter Satz: Nur weil die Kinder vielleicht irgendwann in die Schule gehen können oder einen Abschluss machen, sind sie noch lange nicht geheilt. Also man muss dann trotzdem von einer Remission sprechen und sie können trotzdem mit jeder Infektion sich wieder verschlechtern und das ist auch total wichtig. Das heißt, wenn wir von Schutz sprechen, müssen wir auch davon sprechen, dass beispielsweise – und dann bin ich fertig, weil das ist so ein wichtiges Thema – Corona

eigentlich eine meldepflichtige Erkrankung sein müsste, damit man sagen kann, man schützt diejenigen davor; man muss regelmäßig lüften, man muss gegebenenfalls auch mal eine Maske tragen und das darf nicht belächelt werden, sondern sollte normal sein. Weil ich sage, der Arzt in der Schule, der Arzt im OP trägt ja auch eine Maske und wird nicht gefragt, warum er denn diese bescheuerte Maske trägt. Vielen Dank.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Meine sehr verehrten Damen und Herren, Frau Vorsitzende, auch ich möchte Ihnen erstmal allen herzlich danken für Ihre Expertise. Meine Fragen beziehen sich auf Frau Welskop-Deffaa. Sie haben umfänglich und eindrücklich ausgeführt, was das für Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bedeutet hat und ich möchte am Anfang mal auf die Situation in den Heimen zu sprechen kommen – Altenheime, für die Menschen mit Behinderung - - haben wir ja auch viel erlebt, dass natürlich Einsamkeit ein riesengroßes Problem und ein Thema war, deswegen wollte ich Sie fragen: Welche Maßnahmen haben denn in der Zeit der Pandemie geholfen, diese Einsamkeit zumindest ein bisschen zu lindern? Ganz konkret: Besuchszonen oder digitale Möglichkeiten. Also, wenn wir zukünftig sowas wieder erleben müssen, welche Konzepte würden Sie uns empfehlen?

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Vielen Dank. Ich fange mal mit dem zweiten Punkt an, den Sie angesprochen haben. Tatsächlich hat sich die Digitalisierung bei all den Gefahren, die sie für Verstärkung von Misstrauen und Ähnlichem mit sich brachte, in der Pandemie als Segen erwiesen. Viele unserer Angebote konnten nur deswegen aufrechterhalten werden, weil sie digital unterstützt waren und da gab es ganz viele Möglichkeiten, von unserer Onlineberatung angefangen bis hin zu digitalen Besuchsettings in Einrichtungen und Diensten. Ich glaube, das kann ich in dieser Pauschalität jetzt erst mal stehen lassen, um auf Ihren anderen Punkt zu kommen, der aus meiner Sicht einer gründlicheren Darstellung bedarf. Fünf Jahre nach der Pandemie scheint es uns besonders wichtig zu sein, die positiven Lerngeschichten in den Vordergrund zu stellen, damit wir nicht verharren in dieser Verzweiflung, die uns eine Zeit lang förmlich lähmte, als unsere Kolleginnen und Kollegen für sich selbst feststellen mussten, dass es falsch war,



für sie selbst auch emotional falsch war, Angehörigen nicht zu Sterbenden Zutritt zu verschaffen, sodass sie sich nicht verabschieden konnten. Und da gibt es ganze Trauergeschichten, die man aus den Einrichtungen erzählen kann. Das Schöne ist, dass es sich inzwischen doch an vielen Stellen in positive Lerngeschichten verwandelt und davon will ich eine erzählen, die jetzt gerade durch den Sozialpreis des katholischen Krankenhausverbandes in den Fokus gerückt ist. Wir hatten im Marienhospital in Soest genau die Situation, dass ein Polizist, der schwer an COVID erkrankte, mehrere Monate auf der Intensivstation lag und sein kleiner achtjähriger Sohn durfte seinen Vater nicht besuchen und hat ganz erhebliche Angstsyndrome gezeigt – Depressionen, Schlafstörungen, all das. Und als es dann endlich in Übereinstimmung mit den Regeln einigermaßen erlaubt war, seinen Vater zu besuchen, hat sich das Kind das nicht mehr zugetraut. Dann hat es sich dagegen gewehrt und dann hat sich das Krankenhaus gekümmert, das Team, um Wege zu finden, wie dann doch dieser so lang ersehnte Besuch möglich war. Sie haben das Krankenbett des Vaters mit all seinen Schläuchen in den Garten des Krankenhauses gefahren und haben Vater und Kind im Garten des Krankenhauses eine Begegnung ermöglicht, die dann der Anfang einer heilenden Geschichte war. Und aus dieser Erfahrung, aus dieser schmerzlichen Erfahrung der Corona-Zeit, ist nun in dem Marienhospital ein völlig neuer Ansatz zu Besuchsdiensten von Kindern in Intensivstationen geworden. Sie haben einen ganz neuen Leitfaden entwickelt, sie haben ein Manual geschaffen, woraus man Empfehlungen zieht, was man für die Kinder bereitstellen muss, damit das alles möglich ist. Und ich finde, es ist so wichtig, dass wir spüren, wir können aus den schmerzlichen Erfahrungen positiv lernen und tatsächlich uns dadurch für eine nächste Krise besser vorbereiten. Wir müssen die guten Beispiele nur sichtbar machen.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Ich möchte da noch mal ansetzen. Ich finde das sehr gut, was Sie gesagt haben: Dass wir die positiven Beispiele nach vorne stellen. Deswegen auch noch mal generell. Wir haben es natürlich mit viel Einsamkeit in dieser Zeit zu tun gehabt, bei ganz unterschiedlichen Menschen, aber natürlich auch besonders bei älteren Menschen. Jetzt sind Sie Vertreterin eines Wohlfahrtsverbandes, kirchennah,

deswegen möchte ich Sie insgesamt auch fragen: Welche Rollen sollen denn Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Vereine generell übernehmen in so einer Krise? Wie sehen Sie sich, wie ist Ihr Selbstverständnis?

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Das klingt jetzt so ein bisschen nach Selbstbeweihräucherung, aber tatsächlich war ich schon während der Corona-Zeit – und bin es bis heute – beeindruckt von der Kreativität und Energie unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um diese Herausforderungen zu bewältigen. Es gab an ganz vielen Orten – und wir haben auch so einen Good-Practice-Austausch befördert – in der Corona-Zeit neue Formate der Leistungserbringung, zum Beispiel „Walk and Talk“ war so etwas, wo eben Beratungssettings, die bis dahin immer in geschlossenen Räumen stattfinden mussten, in den Spaziergang überführt wurden. Dann durfte man sich an der frischen Luft begegnen und nicht selten haben die Kolleginnen und Kollegen uns geschildert, dass das, was aus der Not geboren war, durchaus eine neue Konzeption in sich birgt, sodass man das heute sinnvoll fortführen kann. Ich glaube auch, die große gesellschaftliche Sensibilität für Einsamkeit generell oder für die Würde des Sterbens, die wir in der Diskussion um das Thema Suizid im Augenblick spüren, verdankt sich teilweise dem, dass wir unsere Corona-Erfahrungen doch miteinander ordentlich reflektiert haben. Und ein letzter Satz: Ich habe mich in Vorbereitung noch mal erinnert, dass ganz zu Beginn der Corona-Krise, also als wir noch weder Testungen noch Schutzmasken noch Ähnliches hatten, verschiedene unserer Einrichtungen dazu eingeladen haben, Masken zu nähen. Und da sind gerade geflüchtete Frauen quasi in die Massenproduktion gegangen. Und aus diesem Empowerment heraus gegen die Ohnmachtsgefühle ist eine Resilienz entstanden, aus der man auch viel grundsätzlichere Schlussfolgerungen ziehen kann: Dass Menschen in ihren eigenen Kompetenzen zu stärken immer der Anfang dafür ist, in einer Krisensituation wirklich gut zu überleben.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Dann würde ich Ihnen noch eine Minute geben, um etwas zu den Kirchen zu sagen. Das würde mich noch interessieren.



Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich glaube, dass wir alle miteinander der Einschätzung sind, dass wir an manchen Stellen die Vorgaben, die gemacht wurden, zu streng interpretiert haben. Gerade was Gottesdienst und seelsorgliche Angebote anging, hat man manches ausfallen lassen, manches zu sehr verkompliziert. Aber auch da, glaube ich, haben wir daraus gelernt und festgestellt, dass gerade in Einrichtungen für alte Menschen neben der körperlichen Sorge auch die seelische Sorge dazugehört und dass wir ein umfassenderes Angebot machen müssen, das sich gerade in Krisensituationen dieser seelischen Notlage zuwendet. Also wir sind da gemeinsam Lernende. Wenn Sie das genauer wissen wollen, empfehle ich vielleicht einen approbierten Seelsorger einzuladen.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Dann kommen wir zur AfD-Fraktion und Herr Ziegler bekommt das Wort.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank auch an alle Sachverständigen. Meine erste Frage geht an Frau Prof. Scheibenbogen. Von welcher Zahl Long COVID-Patienten oder Long COVID-Fälle gehen Sie aus? Was ist Ihre letzte Zahl, die Ihnen bekannt ist? Und dasselbe vielleicht mal für Post-Vac, ob das 2024 oder 2023 ist - - Ich brauche nur so eine ungefähre Zahl, bitte.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ich glaube, die verlässlichsten Zahlen sind aus den USA. Da gibt es große bevölkerungsbasierte Studien und eine Übersicht spricht von etwa fünf Prozent der Bevölkerung, die an Long COVID erkrankt sind. Das ist natürlich das ganze Spektrum von milde bis schwer erkrankt. Für Post-Vac gibt es schlechtere Zahlen oder schlechtere Daten für Zahlen. Ich glaube, die verlässlichsten sind, dass man von etwa drei bis fünf pro 100.000, die geimpft sind, ausgeht, die Folgen der Impfung erlitten haben.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Ich würde gern noch mal nachhaken. Es gibt also keine Zahlen aus Deutschland, obwohl wir ein Infektionsschutzgesetz haben, § 13 Absatz 5, der genau solche Sachen melden muss. Ihnen liegen also keine Zahlen vor, auf die Sie sich beziehen

können, wenn Sie über Long COVID-Fälle und Post-Vac-Fälle sprechen. Ist das richtig so?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Es gibt auch in Deutschland Kohortenstudien, zum Beispiel die NUM [Netzwerk Universitätsmedizin] hat einige gefördert. Aber um wirklich ganz saubere Zahlen zu haben, müssen sie alle erfassen, also bevölkerungsbreite Studien – quasi jeder, der COVID hatte. In der Form gibt es das zum Beispiel in England, aber nicht aus Deutschland. Und Post-Vac --

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank, vielen Dank. Ich hatte wirklich speziell nach Deutschland gefragt, weil wir sind jetzt in Deutschland - - Wir sind eine deutsche Enquete-Kommission zu dem Thema. Deswegen würden mich schon deutsche Zahlen interessieren, damit wir wissen, worüber wir hier in Deutschland reden. Nächste Frage auch an Sie, bitte. Long COVID und Post-Vac zeigen laut Literatur und klinischen Erfahrungen in etwa die gleichen Symptome, also da ist Fatigue-Syndrom, Belastungsintoleranz, autonome Dysfunktion, Atemnot, Muskelschmerzen und kognitive Einschränkung, sowas wie „Brain Fog“. Können Sie diese in etwa Übereinstimmung, was die Symptomatik betrifft, bestätigen? Ist das auch Ihre klinische Erfahrung?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Genau, es gibt viele Überschneidungen, es gibt auch ein paar Besonderheiten derer, die an Post-Vac erkrankt sind.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Können Sie mal die Besonderheit der Post-Vac erklären?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Genau, die haben zum Beispiel häufiger auch neurologische Symptome, also sowas wie Gefühlsstörungen, Nervenschmerzen. Das tritt dann häufiger auf.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Also die Symptomatik bei den Post-Vac-Erkrankten ist eigentlich auch noch klinisch schlimmer, dramatischer, wenn ich das richtig verstehen kann?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Das würde ich so nicht sagen, aber wie gesagt: Kopf-an-Kopf-Vergleichsstudien gibt es nicht, aber wenn man die



beiden getrennt vergleicht, dann sieht es ähnlich aus.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Okay. Nächste Frage auch bitte an Sie. Aktuell existieren weder Biomarker noch klinische Kriterien, die eindeutig trennen könnten, ob diese Symptome durch eine Corona-Infektion oder durch die Impfung entstanden sind. Kann man also eigentlich festhalten, dass eine diagnostische Differenzierung zwischen Long COVID und Post-Vac Stand heute noch unmöglich ist? Würden Sie das bestätigen?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Die Diagnose basiert auf der Anamnese, also auf dem zeitlichen Zusammenhang mit dem auslösenden Ereignis.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Da Sie aber keine Daten haben aus Deutschland, können Sie natürlich auch keine zeitlichen Diagnosen stellen, oder sehe ich das verkehrt?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Na ja, aber Sie stellen die Diagnose ja jeweils beim einzelnen Betroffenen und dann sammeln Sie diese Daten in der Breite.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Aber jetzt eine Differenzialdiagnose, die klinisch bestätigt ist, über irgendwelche Marker gibt es nicht?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Nein, die gibt es bis heute nicht.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Okay. Gibt es Ihrer Ansicht nach oder Ihrer Kenntnis nach in Deutschland eine Statistik – ich habe beim RKI und beim Paul-Ehrlich-Institut nachgesehen – die zeigt, wie viele der offiziell Long COVID-Betroffenen zuvor ein- oder mehrfach geimpft worden sind? Ist Ihnen da eine Zahl eventuell bekannt? Gibt es da Daten, wo man noch mal nachgucken könnte? Ich habe keine gefunden.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ich kenne solche Daten auch nicht, beziehungsweise es gibt natürlich in den Studien fast immer auch die Erfassung, welchen Impfstatus die Erkrankten haben. Aber vielleicht, um auf Ihre Frage noch zu ergänzen: Wir haben ja schon seit Sommer 2020 solche Studien aufgelegt, um diese Patienten auch zu erfassen. Und wir haben genauso Long COVID-

ME/CFS-Erkrankte nach COVID gesehen zu einem Zeitpunkt, wo es noch keine Impfstoffe gab.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Okay, Herr Lausen macht kurz weiter.

Die **Vorsitzende**: Darf ich ganz kurz – wir halten die Zeit an – nur einmal den Hinweis machen: Sie hatten jetzt beide die ganze Zeit die Mikrofone an, deshalb sind Sie nicht im Bild zu sehen, Herr Ziegler, sondern nur Frau Prof. Scheibenbogen. Deswegen nur noch mal für alle den Hinweis: Wer fertig ist mit seiner Frage oder seiner Antwort, den bitte ich, das Mikrofon auszustellen, weil sonst die Videoführung im Saal nicht - - Genau, jetzt ist Herr Lausen gleich dran. Weil Sie jetzt angestellt haben, sieht man mich nicht mehr. Es ist jetzt völlig in Ordnung, ich sage es nur einmal. Genau, wenn Sie jetzt mal ausmachen würden - -

SV **Tom Lausen**: Nehmen Sie es nicht persönlich.

Die **Vorsitzende**: Nee, ich nehme das nicht persönlich, ist alles gut. Aber deswegen nur noch mal der Hinweis, bitte wirklich die Mikrofone auszustellen, wenn Sie die Frage oder die Antwort fertiggestellt haben. Und weil wir gerade unterbrechen: Der Dussmann-Wagen ist da. Wer sich versorgen möchte, darf das jetzt gerne machen. Jetzt gebe ich Herrn Lausen das Wort gerne zurück.

SV **Tom Lausen**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Technik, super. Frau Prof. Scheibenbogen, ich habe auch eine Nachfrage. Zählen Sie bei der Anamnese die Menschen, die bei Ihnen kommen mit Long COVID oder ME/CFS, nach Ihrem Impfstatus?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Den erfassen wir selbstverständlich und wir erfassen auch den Auslöser der Erkrankung.

SV **Tom Lausen**: Haben Sie Zahlen für uns aus Ihren gesamten Behandlungszahlen zu denjenigen Patienten, prozentual, wie viele davon einmal, zweimal, dreimal oder insgesamt überhaupt geimpft sind?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Die meisten sind zwei- bis dreimal geimpft, was der Grundimmunisierung in der Bevölkerung entspricht.

SV **Tom Lausen**: Die meisten heißt über 50 Prozent oder 100 Prozent, 80 Prozent?



Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Das muss man nach Jahren abstufen. Natürlich waren die 2020, 2021 Erkrankten nur zu einem kleinen Teil oder gar nicht geimpft. Und heutzutage sind, denke ich, 80 bis 90 Prozent geimpft.

SV Tom Lausen: Ich frage noch mal nach, weil ich habe so ein kleines Phänomen in den InEK-Daten [Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH] beobachtet und auch in den kassenärztlichen Bundesvereinigungsdaten zu ME/CFS (G93.3). Und ich habe festgestellt, dass die Betroffenen zu 70 Prozent Frauen sind, also weiblich. Und ich habe festgestellt, dass die 18- bis 29-jährigen Frauen sehr viel häufiger seit Ende 2021 von ME/CFS betroffen sind. Und die 10- bis 17-jährigen Jugendlichen, kann man sagen, erst ab 2022. Da wir ja in der Enquete-Kommission nicht bloß über Corona sprechen wollen, sondern wir haben auch noch eine Impfung eingeführt, müssen wir ja irgendwie auch mal rausfinden, ob die Impfung möglicherweise auch Ursache für Long COVID und ME/CFS sein kann. Und was tun Sie dafür, dass diese Daten, die Sie jetzt erhoben haben, dass die Mehrzahl geimpft ist, ich sage mal, auch verarbeitet werden im Sinne der Frage, ob Geimpfte mehr Long COVID haben als Ungeimpfte?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Wir schauen uns das natürlich an, aber unsere Patienten sind natürlich auch eine Auswahl. Wer an die Universität kommt, spiegelt nicht unbedingt die Breite der Bevölkerung wider. Deswegen würde ich empfehlen, wenn man solche Fragen untersuchen will, dass man das wirklich in einer etwas breiteren Studie macht. Wir sind zum Beispiel mit der BKK [Betriebskrankenkasse] gerade dabei und schauen uns solche Daten natürlich auch an. Da geht es wirklich darum, die Daten in der Breite einer Krankenkasse zu erfassen: Wie viele haben Long COVID? Und da haben wir auch den Impfstatus. Ich denke mal, also in anderthalb bis zwei Jahren kann ich Ihnen wirklich auf einer bevölkerungsbasierten Ebene solche Daten auch beantworten.

SV Tom Lausen: Ja, vielen Dank. Also ich habe die BKK-Daten auch. Insofern vielen Dank, Frau Scheibenbogen. Ich gebe wieder zurück an Herrn Ziegler.

Abg. Kay-Uwe Ziegler (AfD): Vielen Dank. Ich würde auch noch mal die Frau Prof. Scheibenbogen noch mal nachfragen. Wir hatten jetzt geklärt, dass die Symptome in etwa identisch sind und hatten auch festgestellt, dass keine diagnostische Trennung möglich ist. Und wenn wir aber auch gleichzeitig nicht wissen, wie viele Long COVID-Betroffene geimpft wurden, ist es dann am Ende nicht zwingend korrekt zu sagen, dass jeder Long COVID-Fall bei einer geimpften Person ebenso ein Post-Vac-Fall sein könnte und damit eine Impfnebenwirkung, weil wir es ja medizinisch nicht unterscheiden können? Ist dem so?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Das epidemiologisch sauberste sind die Patienten, die 2020 und 2021 erkrankt sind und nicht geimpft waren. Und da haben wir entsprechend der Häufigkeit der Infektion ähnlich hohe Zahlen, die dann diese Erkrankung entwickelt haben wie heute. Natürlich verwischt sich das jetzt ein bisschen, weil die Menschen wiederholt Infektionen haben. Aber deswegen bin ich mir relativ sicher, dass wir es nicht mit nur Impffolgen zu tun haben, wohin Ihre Frage, glaube ich, zielt.

Abg. Kay-Uwe Ziegler (AfD): Herr Lausen noch mal, bitte.

SV Tom Lausen: Ja, vielen Dank. Die Zahlen der deutschen Krankenhäuser zeigen, dass in 2020 ME/CFS – und auch, na ja, da gab es das damals noch nicht, die U09.9, das ist Post COVID –, aber ME/CFS deutlich zurückgegangen ist gegenüber 2019 und erst 2021 den Anstieg hatte. Haben Sie dafür eine Erklärung? Weil Sie jetzt gesagt haben, 2020 gäbe es Patienten. Die Hauptdiagnose in den Krankenhäusern ist gering und auch in den KBV-Daten ist es zu dem Zeitpunkt runtergegangen.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Eine wahrscheinlichste Erklärung ist, die Erkrankung ME/CFS war vor der Pandemie kaum bekannt und wir haben dann in Folge der Pandemie hier sehr viel mehr Aufklärung in die Breite gebracht, sodass deswegen auch die Erkrankungen häufiger diagnostiziert werden.

SV Tom Lausen: Die Zahlen, die die KBV und die InEK-Daten hergeben, sind von den Steigerungen aber jetzt nicht so massiv, dass man sagen könnte, jetzt ist hier unheimlich viel mehr ME/CFS



gewesen, dass man sagt, das ist jetzt eine Krankheit, die jetzt so auffällig ist, sondern es ist halt prozentual geringfügig hochgegangen. Also insofern frage ich noch mal: Hat es aus Ihrer Sicht in irgendeiner Weise einen Grund, dass 2020 weniger ME/CFS-Patienten in den Krankenhäuser- und KBV-Daten sind?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): 2020 hatten wir ja noch nicht so viele COVID-Infizierte wie 2021, 2022 dann. Und wir haben natürlich eine Phase gehabt, wo es insgesamt auch wenige Infektionen gab, weil die Menschen im Lockdown waren und Masken getragen haben. Das kann vielleicht auch diese niedrigere Rate an ME/CFS 2020 erklären.

SV Tom Lausen: Die Bundesregierung hat mitgeteilt, dass etwa 50.000 – zumindest das sind die bekannten Fälle – innerhalb von sieben oder 14 Tagen nach einer Impfung gegen COVID-19 selbst COVID-19 positiv gewesen sind. Sehen Sie da irgendwelche Zusammenhänge?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ich habe die Frage nicht ganz verstanden.

Abg. Kay-Uwe Ziegler (AfD): Dann würde ich noch mal weitermachen. Die Frage, ob es eine Studie dazu gibt – zu Ihrer Annahme, dass es daran liegt, dass im Jahr 2020 mehr Long COVID-Fälle waren – irritiert mich ein wenig, weil im Jahr 2020 gab es keine Impfung und im Jahr 2021 gab es eine Impfung. Und ich kann mich erinnern, ich habe den Herrn Lauterbach in einer Regierungsbefragung direkt befragt, wie denn die Aussage, dass eine Nebenwirkung der Corona-Impfung Long COVID sein könnte - - das hat er in der Regierungsbefragung auch bestätigt. Ich frage jetzt wirklich explizit; wir brauchen doch eine Differenzialdiagnostik, um dieses Problem wirklich aufzulösen, weil es wird immer noch gesagt, die Corona-Impfung würde vor Long COVID schützen. Aber wenn es gleichzeitig eine Nebenwirkung ist, wie sollte das gehen? Müsste man dazu nicht erst mal so eine Forschung haben, dass man das ausschließen kann, Ihrer Meinung nach? Und das ist eigentlich meine Frage: Brauchen wir eine intensive Forschung, um Long COVID und Post-Vac zu differenzieren, um dann sagen zu können: Bei wem macht eine Impfung überhaupt Sinn und wem schadet sie?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Also ich glaube, wir müssen wirklich bei den Fakten bleiben. Und das ist ganz klar. Da gibt es große Studien, dass die Impfung vor Long COVID schützt. Sie schützt nicht zu 100 Prozent, aber sie reduziert das Risiko. Da gibt es diese großen vergleichenden Studien, die das zeigen. Das Entscheidende in der Anamnese ist wirklich: Was sagt Ihnen der Betroffene? Ist er erkrankt? Die Erkrankung beginnt ja in der Regel kurz nach dem Ereignis, also nach der Impfung oder, in den häufigsten Fällen, nach der Infektion.

Die **Vorsitzende:** Vielen Dank. - Dann kommen wir zur SPD-Fraktion und es beginnt Frau Seitzl, glaube ich, die online zugeschaltet ist.

Abg. Dr. Lina Seitzl (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich hoffe, Sie können mich hören.

Die **Vorsitzende:** Ja, sehr gut.

Abg. Dr. Lina Seitzl (SPD): Okay, vielen Dank. Vielen Dank an die Sachverständigen für ihre Bereitschaft, heute in der Enquete-Kommission teilzunehmen und uns Frage und Antwort zu stehen. Meine erste Frage geht sowohl an Frau Lierck als auch an Frau Piepenhagen. Sie haben vorhin geschildert, was Sie machen mit Ihren Vereinen NichtGenesenKids und NichtGenesen. Sie haben auch, finde ich, sehr eindrücklich geschildert, was die Betroffenen erleben und sie haben auch geschildert, wie sie seit Jahren dafür kämpfen, dass es den Betroffenen besser geht, die sie vertreten. Und dafür möchte ich Ihnen erst mal mein herzliches Dankeschön ausdrücken. Meine Frage an Sie beide ist: Was erwarten Sie sich von unserer Enquete-Kommission?

Die **Vorsitzende:** An wen ging denn als erstes die Frage?

Abg. Dr. Lina Seitzl (SPD): An Frau Lierck und dann an Frau Piepenhagen.

Elena Lierck (Gründerin von „NichtGenesenKids e. V.“): Ich erwarte mir stellvertretend, glaube ich, für alle Organisationen, die sich mit dem Krankheitsbild Long COVID, Post-Vac und ME/CFS auseinandersetzen, dass wir jetzt nicht nach dieser Enquete-Kommission immer noch weitersprechen: Was muss man tun, um vulnerable Gruppen zu beschützen? Sondern dass es einfach ganz klar ist: Wir brauchen eine Aufklärungskampagne. Ich kann es schon bald nicht mehr hören. Irgendwann



tätowiere ich es mir wahrscheinlich auf die Hand oder rasiere mir den Kopf, damit man irgendwann erkennt: Was muss dann noch passieren? Also brauchen wir die nächste Pandemie? Brauchen wir nicht. Wir haben 650.000 Erkrankte, davon 140.000 Kinder. Das müsste reichen, damit die Enquete-Kommission ganz klar sagt: Wir brauchen eine Aufklärungskampagne. Ob wir das jetzt Dekade ME/CFS, Long COVID nennen, ist mir eigentlich völlig egal, aber es muss definitiv jetzt nach Ende dieser Enquete-Kommission was passieren und nicht erst noch zwei, drei Jahre warten, bis vielleicht irgendwelche Beschlüsse gefasst werden. Dann braucht es definitiv in irgendeiner Form eine Einflussnahme. Das, was Frau Scheibenbogen heute auch gesagt hat, dass diese Krankheitsbilder in die Curricula aufgenommen werden – das gibt es in Österreich schon, dass es ein Teil der Ausbildung ist, der medizinischen Berufe, der Jugendämter, der Sozialämter, also was ich Ihnen alles heute schon aufgezählt habe. Das heißt, jeder Bereich, der mit diesen Erkrankten zu tun hat, also alle, müssen wissen, dass dieses Krankheitsbild existiert. Es kann nicht sein, dass mein neunjähriger Sohn dieses Krankheitsbild besser versteht als vielleicht ein Bruchteil von den hier Anwesenden, geschweige denn von den Menschen draußen in der Welt. Weiterhin erwarte ich mir, dass wir Studien unterstützen, dass Forschungsgelder freigegeben werden. Es kann nicht sein, dass es immer wieder kommuniziert wird, dass Gelder zur Verfügung stehen. Ja, das ist aber alles in der Legislaturperiode von Herrn Lauterbach passiert. Das heißt jetzt, momentan, gibt es keine neuen Projekte, keine neuen Finanzierungen – ich lasse mich gerne korrigieren –, aber das, was an Forschungsgeldern nicht zur Verfügung gestellt wird, ist ein Witz. Es kann nicht sein, dass Milliarden für Spiele, für IT und so weiter bereitgestellt werden. Aber die Kinder und Jugendlichen, wo ich jetzt wieder nach Hause gehe und sage: Du Schatz, tut mir leid, fünf Jahre sind vorbei, aber wir brauchen wahrscheinlich noch fünf Jahre. Also Gelder müssen jetzt freigesetzt werden. Medikamentenstudien, die da sind, müssen unterstützt werden und nicht diskutiert werden, wo das Geld herkommt, sondern wir brauchen eine verstetigte Forschung. Wir brauchen 100 Millionen am besten jedes Jahr, aufgeteilt auf die Forschenden, die das benötigen. Danke schön.

Die **Vorsitzende**: Ich glaube, Frau Piepenhagen war die zweite Angesprochene.

Ricarda Piepenhagen (Gründerin von „NichtGenesen“): Da fällt mir ja vor Schreck gar nichts mehr ein – nee, Spaß. Also ich erwarte von dieser Enquete-Kommission erst mal, dass hier eine unemotionalisierte Debatte stattfindet im Sinne der Menschen, die hier wirklich schwer erkrankt sind. Egal, ob es die Impfnebenwirkung ist oder aber auch die COVID-Infektion oder auch Infektionen anderer Genese, die schon lange, lange mit postinfektiösen Erkrankungen liegen. Ich erwarte mir, dass die neuen Erkenntnisse, die die Forschung ja bereits liefert und erste Pathomechanismen immunologischer und antigenbezogene Signaturen aufweisen, dass man denen weiter nachgeht und dass man nicht das Geld verpulvert für Therapieansätze, die kontraindiziert sind, zum Beispiel für die Menschen, die eine Belastungsintoleranz haben, eine Post-exertionelle Malaise, dass die dann – weil wir haben ja im deutschen Rentenrecht das „Reha vor Rente“-Prinzip – und wenn die Menschen sich dann verschlechtern und ihr Zustand noch schlechter wird, als er schon ist und der Zustand dann auch so signifikant verschlechtert ist, dass sie dann bettlägerig sind, dann ist das der falsche Weg und da sollten wir wirklich der Wissenschaft zuhören, also wir würden uns wünschen, dass die Politik der Wissenschaft zuhört und den Menschen, die schon 40 Jahre Arzneimittelforschung machen und nicht irgendwelche Meinungen kursieren aufgrund der aufgeheizten Debatte einer Corona-Pandemie. Also so wie die Menschen in Deutschland auch zwei Meinungen haben, zieht sich das auch durch alle Häuser und alle Institutionen, auch in der Ärzteschaft und ich würde mir wünschen, dass man nicht nur, wenn jemand jetzt in der Pandemie erkrankt ist, das belächelt und nicht ernst nimmt.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank. Dann geht meine nächste Frage an Frau Prof. Scheidenbogen. Ich würde gerne von Ihnen wissen, wie Sie die aktuelle epidemiologische Datenlage zu Long COVID und Post-Vac halten, welche Strukturen notwendig wären, um Langzeitfolgen künftig zuverlässiger zu erkennen und zu überwachen und vielleicht auch noch mal die Frage, wie viel wir eigentlich wissen über die Krankheitsmechanismen hinter der Erkrankung.



Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Um wirklich diese Daten genau zu erfassen – wie viele Menschen erkranken an Long COVID – bräuchten wir eine bevölkerungsbasierte Studie, ähnlich wie es in England gemacht wird, dass wir einfach in einer Gruppe dokumentieren: Wer hat eine Infektion? Und dann den Verlauf dokumentieren. Für die Krankheitsmechanismen, da ist es so, dass wir international inzwischen so viel Forschung haben, dass wir relativ gut verstanden haben, welche Mechanismen relevant sind. Es gibt wahrscheinlich unterschiedliche Mechanismen für diese komplexen Erkrankungen, das wundert auch nicht. Wir haben eine große Überschneidung zwischen ME/CFS nach anderen Infektionen und Long COVID. Gerade wir in Deutschland haben mit der Förderung des Bundestags von 2022 wirklich fast einen Durchbruch geschaffen in der Erkenntnis, dass Autoantikörper für einen relevanten Teil krankheitsauslösend sind, die wir auch behandeln können. Und das sind jetzt genau die Therapiestudien, die dringend notwendig sind und die wir auch mit Medikamenten von deutschen Firmen bis zur Zulassung bringen könnten, wo wir auch nicht nur eine wirksame Behandlung hätten und eine Lösung des Problems für viele Betroffene, sondern gleichzeitig auch einen großen Markt erschließen könnten.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank. Dann vielleicht eine anschließende Frage: Wo bestehen denn derzeit aus Ihrer Sicht Forschungslücken und wie könnten diese gefüllt werden?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ich denke, wir müssen einfach deutlich mehr noch mal investieren in sehr kliniknahe Forschung, um diese Mechanismen jetzt in der Tiefe zu verstehen. Aber wirklich das aller Entscheidende ist, dass wir Forschung machen, die auch ganz schnell zu einer praktischen Umsetzung, sprich Behandlung der Erkrankten führt und wir lernen am allermeisten, wenn wir Therapiestudien machen, und da sind die Betroffenen alle mehr als interessiert dran. Die allermeisten würden sehr gerne an solchen Medikamentenstudien mitmachen. Das hapert momentan, oder das scheitert momentan daran, dass die pharmazeutische Industrie das noch nicht tut. Das Risiko ist zu groß. Wir brauchen also öffentliche Gelder. Es wurden 2024 acht Millionen Euro im

Haushalt bereitgestellt und wir warten auf diese Gelder seit anderthalb Jahren. Und ich stelle noch mal die Frage: Kann so eine Entscheidung von einer so großen gesamtgesellschaftlichen Bedeutung an einem einzelnen Gutachter festgemacht werden, an dem es momentan hakt?

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank dafür. Wir sind ja auch schon im Gespräch zu dem Thema Therapiestudien. Meine letzte Frage geht an Herrn Lange. Sie schlagen vor in Ihrer Stellungnahme, dass eine Lotsenfunktion eingerichtet werden muss, wo man Betroffene, die an ME/CFS, Long COVID, Post-Vac erkrankt sind, hilft, sich in diesem Dickicht zurecht zu finden. Jetzt gibt es da sicher auch Kritik daran, warum man das für ein einzelnes Krankheitsbild macht und warum man das nicht generell braucht. Was sind da aus Ihrer Sicht Argumente dafür, für eine solche Lotsenfunktion genau für dieses Krankheitsbild? Und was sind vielleicht auch Argumente dagegen?

Holger Lange (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Die Argumente dafür sind, dass wir die Betroffenen so erleben, dass sie einerseits diese medizinische Herausforderung haben in den Versorgungspfaden, dass sie nicht richtig abgeholt werden, zu wenig medizinisch spezialisiertes Personal vorhanden ist. Im Prinzip das, was Frau Prof. Scheibenbogen schon sehr eindrücklich geschildert hat. Die zweite Dimension ist auch immer – und das ist an sich ein generelles Problem, das gebe ich gern zu –, dass wir ein Sozialleistungssystem haben, in dem nicht klar ist, welche Leistung für welchen Bedarf gerade die richtige ist. Das heißt, die Betroffenen sowohl bei Long COVID als auch bei Post-Vac werden durch das gesamte System durchgereicht. Alle Sozialgesetzbücher können hier in Betracht kommen und so sehen das auch die Betroffenen. Wir haben ein sehr diffuses, fragmentiertes Sozialleistungssystem und da braucht es quasi Lotsenstellen, die das jetzt entsprechend regeln.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit kommen wir zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und es beginnt Linda Heitmann.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ja, ganz herzlichen Dank auch von meiner Seite erst einmal an die ganzen Sachverständigen, die diese wichtige Perspektive hier heute auch einbringen. Und ich würde auch



gern Frau Dr. Scheibenbogen zuerst einmal fragen: Sie haben in Ihrem Eingangsstatement schon von etwa 60 Milliarden Euro Folgekosten gesprochen. Bei anderen Erkrankungen ist es so, dass mit Reha-Behandlungen häufig auch gearbeitet wird. Speziell bei den postviralen Erkrankungen weiß ich, dass gerade die aktivierenden Rehas häufig einen negativen Effekt haben und es den Menschen danach eher schlechter geht. Können Sie uns da was zum Stand der Reha-Behandlungen sagen in Deutschland, die wirklich auf diese Betroffenen zugeschnitten sind oder was würden Sie sich generell in Bezug auf Reha bei Betroffenen von postviralen Erkrankungen wünschen?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ja, vielen Dank. Also die klassische Reha, ein „wieder fit machen“, funktioniert nicht, wenn jemand an einer Belastungsintoleranz leidet, wenn er sich also schlechter fühlt, wenn er körperlich zu viel macht. Und das haben wir jetzt ganz häufig erlebt, dass Menschen aus der Reha kränker nach Hause kommen. Wir haben eine Förderung bereits 2020 vom Innovationsfonds bekommen, um zu prüfen, ob ein speziell auf ME/CFS zugeschnittenes stationäres Versorgungsprogramm über fünf Wochen – was wir in der Reha-Klinik in Kreischa durchgeführt haben – möglich ist und den Patienten nutzt. Und wir haben gesehen, die Betroffenen haben auch berichtet, dass es ihnen hilft, mit der Erkrankung besser umzugehen, dass die Symptome besser kontrollierbar sind. Aber leider haben wir auch ganz klar gesehen: Es ändert nichts an der Schwere der Erkrankung. Das heißt, eine Reha kann keine Antwort sein für insbesondere die schwerer Erkrankten mit ME/CFS, die es genauso auch nach Long COVID gibt. Ich denke, deswegen muss man auch sehr kritisch überhaupt in Zukunft die Entscheidung treffen, ob so jemand in die Reha gehen sollte vor einer Rente, was oftmals noch gefordert wird. Und ich denke, der Weg muss einfach ein anderer sein. Wir müssen natürlich diese Menschen versorgen, aber das muss ambulant, hausärztlich und wohnortnah passieren. Die Hauptlösung wird sein, dass wir wirksame Medikamente haben, dann brauchen wir nämlich die Versorgung in dem großen Umfang gar nicht mehr.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Okay, ganz herzlichen Dank. Dann Frau

Welskop-Deffaa von der Caritas. Ich würde mich freuen, wenn Sie mir noch mal was dazu sagen können, welche Maßnahmen und Angebote es aus Ihrer Sicht von staatlicher Seite auch während der Pandemie noch stärker gebraucht hätte, um Einsamkeit und psychische Belastungen besser aufzufangen – nicht nur bei älteren Menschen – sondern insgesamt in der Bevölkerung. Und haben Sie auch eine Bewertung davon, wie es sich psychisch auswirkt, dass wir immer noch viele Kontakte haben, die nur digital stattfinden, dass wir auch viele Menschen haben, die immer noch nur im Homeoffice arbeiten? Was macht das auch in Bezug auf die psychische Gesundheit?

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Vielen Dank für die Frage, die nach der intensiven Beratung der rein medizinischen Folgen durch Frau Scheibenbogen noch mal deutlich macht: Es gibt neben den medizinischen Folgen auch psychosoziale Folgen, die uns als Gesellschaft sehr umtreiben müssen. Wir spüren, dass gerade die Kinder, die in bestimmten kritischen Lebensphasen in diese Form von Homeschooling, in Form des Social Distancing hineingeraten sind, fortwährende psychische Störungen haben und da sind die Kinderpsychiatrien zum Teil völlig überlastet im Augenblick. Wir spüren da große Engpassfaktoren. Wir haben natürlich jetzt gefragt: Was hätte man während der Krise noch tun können, um diese Folgen abzumildern? Im Rückblick kann man, glaube ich, sagen: Viele der Maßnahmen, die getroffen wurden, waren einfach zu intervenierend, wenn ich mich daran erinnere, dass selbst der Besuch eines Spielplatzes phasenweise verboten war. Wir müssen uns daran erinnern: Die Zeit war so lang von 2020 bis 2022. Manche Einzelmaßnahmen haben wir schon fast wieder vergessen, aber für Familien in weniger behüteten Haushalten, die keinen Garten haben, war natürlich, wenn es noch nicht mal erlaubt war, auf den Spielplatz zu gehen, für die Kinder eine wirkliche Tortur. Sie konnten ihren natürlichen Bewegungsdrang nicht ausleben. Sie blieben mit ihren Ängsten zu Hause allein, waren teilweise dann auch überforderten Eltern ausgesetzt, die dann auch nicht immer nur alles richtig gemacht haben – selbst in Familien, die sonst keine Gewaltprobleme haben – und deswegen, glaube ich, ist die wichtigste Schlussfolgerung: Man muss sehr genau gucken, dass die Maßnahmen nicht nur



auf die Primärrisiken zielen, sondern diese Folgen von Anfang an mitberücksichtigen. Wir brauchen ein Angebot sozialer Dienstleistungen, was von der Grundausrichtung her auf Krisensituationen hin ausgerichtet ist. Das fängt bei den Schulen natürlich an, aber auch bei den Kindergärten. Wir haben die Situation gehabt, dass die Kindergärten den Eltern ausdrücklich gesagt haben: Lasst eure Kinder zu Hause, außer ihr seid selbst als Eltern in einer beruflichen Situation, wo ihr unabdingbar gebraucht werdet. Das hat aber dazu geführt, dass Kinder zu Hause blieben, wo es gerade zu Hause große Probleme gab. Die Eltern waren zwar nicht in dem Beruf, der jetzt systemrelevant war, trotzdem sind damit für die Kinder große Probleme entstanden. Also ich glaube, das sind die wichtigsten Lehren, die man ziehen kann und für die ich auch dringend werbe, was natürlich eine finanzielle Ausstattung auch voraussetzt. Wir erleben im Augenblick, dass sowohl die Kommunen als auch die Länder, als auch der Bund Einschnitte vornimmt in das System der Daseinsvorsorge, die sicher nicht dazu führen, dass das System auch für eine nächste Krise besser vorbereitet ist.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herzlichen Dank. Eine ganz kurze Frage, abschließend vielleicht noch an Herrn Lange. Wie schätzen Sie es ein: Waren die Informationsmöglichkeiten während der Pandemie auch in nichtdeutschen Sprachen für die Bevölkerung, die vielleicht andere Sprachen als Muttersprachen hat, ausreichend oder was ließe sich da noch verbessern?

Holger Lange (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Generell war die Informationspolitik doch -- kann man durchaus kritisch beobachten oder sehen. Das würde ich aber nicht nur auf die Sprachbarrieren beziehen wollen, sondern generell auf Menschen in Armut, mit niedriger Bildung. Da haben wir Informationsdefizite gehabt. Auf jeden Fall. Da würde ich noch gerne näher drauf eingehen, aber jetzt nicht.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Es gibt ja noch zwei weitere Runden. Vielleicht kann man das dann noch mal vertiefen. - Wir kommen zur Fraktion Die Linke und Prof. Rosenbrock bekommt das Wort.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende und herzlichen Dank auch an alle

Sachverständigen, die uns hier sehr profunde Auskunft geben. Meine Frage geht an Frau Prof. Scheibenbogen und ich bitte um Verständnis, dass es nicht im Zentrum Ihrer Spezialisierung liegt, sondern sich doch auf das Primärrisiko bezieht. Üblicherweise reden wir von Menschen, die alt sind und die Vorerkrankungen haben als Risikogruppe. Gibt es eigentlich auch sozialepidemiologische Hinweise darauf, dass Menschen in Armut und Menschen mit geringem sozioökonomischem Status in höherem Maße das Risiko gehabt haben, infiziert zu werden? Und gibt es Hinweise darauf, dass Menschen, die einen geringeren sozioökonomischen Status haben und dann die Infektion hatten, auch schwerer erkrankten oder gar starben an der Infektion? Und drittens: Gibt es sozialepidemiologische Hinweise darauf, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status ein höheres Risiko auch für Post-COVID-Erkrankungen und -Syndrome hatten? Vielen Dank.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ich kann auf Ihre Frage mit dem Verweis auf aktuelle Studien antworten. Es gibt von der großen US-RECOVER-Initiative, die sich mit der Erforschung von Long COVID beschäftigt, Daten, dass Menschen, die in schlechteren sozioökonomischen Verhältnissen leben – beruflich, finanziell –, dass sie ein höheres Risiko haben, an COVID zu erkranken, auch ein höheres Risiko haben, an COVID zu versterben und auch ein höheres Risiko für Long COVID haben. Ursachen dafür: Zum einen ist auch die Akzeptanz von Impfungen geringer bei schlechterer Bildung und zum anderen ist natürlich auch der Zugang zu medizinischer Versorgung schlechter. In den USA ist das noch mal viel ausgeprägter als bei uns.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Vielen Dank. Gestatten Sie mir eine Nachfrage: Bei dem Risiko, infiziert zu werden – gibt es da eine mehr oder weniger belastbare Hypothese, woran das liegen könnte?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ich kann damit jetzt nicht antworten, was genau in dieser Studie geschrieben wurde, aber grundsätzlich ist es so, dass das Risiko natürlich auch davon abhängt, wie man sich schützt – Präventionsmaßnahmen; dazu gehört nicht nur die Impfung, dazu gehört natürlich auch Masken tragen und auch die Möglichkeit im



Homeoffice zu sein. Und auch das sind alles Faktoren, die natürlich in geringer verdienenden Schichten oder mit weniger Bildung aggravierend zutage treten.

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Vielen Dank. Aus der Literatur habe ich Hinweise bekommen und gelesen, dass es eben auch Arbeitsbedingungen sind. Darauf spielten Sie bereits an, mit der Verfügbarkeit von Homeoffice, was ja Infektionsschutz ist, aber nicht für alle Berufe geeignet ist, aber auch die Mobilitätsbedingungen und die Wohnbedingungen da eine Rolle spielen. Würden Sie solche Hypothesen für aussichtsreich oder testwürdig halten?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Natürlich macht es einen großen Unterschied, ob ich mit dem eigenen Auto oder mit der U-Bahn zur Arbeit fahre und ob ich in meinem eigenen Büro sitze oder an der Kasse des Supermarkts, da stimme ich Ihnen absolut zu. Ich glaube, da sind die Evidenzen klar, auch ohne, dass wir da jetzt so große Studien brauchen.

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Vielen Dank.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Ich würde eine ähnliche Frage an Herrn Lange noch stellen, vom VdK. Auch bezogen auf die Beratungen, die Sie gemacht haben: Stellen Sie fest, dass bestimmte sozioökonomische Gruppen häufiger betroffen sind, also Ärmere häufiger betroffen waren in der Pandemie, und zwar in dem Dreiteiler, den Herr Rosenbrock gesagt hat, sowohl von der Krankheit selbst betroffen als auch von den Folgen der Krankheit stärker betroffen und eben dann wiederum von Long COVID betroffen waren.

Holger Lange (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Vielen Dank für die Frage. Wir beziehen uns da auf die Studienlage der Hans-Böckler-Stiftung und die sagt tatsächlich: Arme sind häufiger und schwerer erkrankt oder während der Pandemie überdurchschnittlich stark von Ohnmachtsgefühlen betroffen gewesen. Das ist auch relativ einfach und, finde ich, sehr nachvollziehbar, was wir auch schon gesagt hatten: Für Arbeiter gab es kein Homeoffice, die waren auch dann stärker angewiesen auf Kurzarbeit. Wir haben eine soziale Ungleichheit, die sich durch die Pandemie verstärkt hat. Akademikerfamilien kamen besser mit dem Homeschooling zurecht; die Bildungsteilhabe war dort auch stärker und auch

schon dieses Argument der Wohnungleichheit, also wenn man in einer kleinen Wohnung lebt, ist es natürlich schwieriger mit der Absonderung, als wenn man auf 150 Quadratmetern lebt.

Steuerentlastungen kamen nur denen zugute, die Steuern auch tatsächlich zahlen. Und wir haben vor allem diese Ungleichgewichtungen bei den Einkommen, die sich dort verstärkt haben, also das heißt, dass Büroarbeiter natürlich sich besser schützen konnten als Arbeiter an der Kasse.

Die **Vorsitzende:** Vielen Dank, damit haben wir die erste Runde abgeschlossen und kommen zur zweiten Runde. - 16 Minuten für die Unionsfraktion und es beginnt Frau Steinbach-Putz.

SV Janet Steinbach-Putz: Vielen Dank, Frau Vorsitzende und vielen Dank an Sie, sehr geehrte Damen und Herren Sachverständige, dass Sie heute Ihre Perspektive hier einbringen. Ich denke, das ist ganz wichtig für uns, damit wir gut im Bericht die Maßnahmen für die Zukunft herausarbeiten können. In dem Sinne habe ich eine Frage im Zusammenhang mit der Thematik „Vulnerable Gruppen“ und zwar an Frau Welskop-Deffaa. Frau Welskop-Deffaa, Sie haben vorhin das mit angesprochen, was, denke ich mal, auch alle bewegt, gerade auch Kinder und Jugendliche sind durch die Maßnahmen in der Pandemie besonders betroffen und Sie haben vorhin eine, sage ich mal, wichtige Thematik angesprochen: Dass wir vorbereitend für eine nächste Krise oder Pandemie schauen müssen, welche Maßnahmen wir praktisch jetzt schon initiieren, um gerade für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen einen besseren Start, wenn ich so sagen darf, in eine Pandemie zu geben, beziehungsweise eine bessere Möglichkeit, unbeschadeter als diesmal durch die Pandemie zu gehen. Was konkret können Sie sich dabei vorstellen?

SV Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich meine, das Infame an solchen Pandemien und Krisen ist ja, dass es jedes Mal ein bisschen anders kommt. Und es könnte natürlich sein, dass die nächste schreckliche Pandemie, die uns heimsucht, genau von einem Virus ausgelöst wird, der Kinder in besonderer Weise gefährdet, auch medizinisch gefährdet, sodass Kinder in dem Fall nicht nur von dem Sekundärrisiko, sondern tatsächlich vom Primärrisiko betroffen werden. Deswegen müssen



wir immer aufpassen, dass wir die Schlüsse nicht zu kurz ziehen. Aber generell möchte ich das noch mal unterstreichen, was ich eben schon gesagt habe: Bei der Einschränkung der Freiheitsrechte von Gruppen, die nicht vom Primärrisiko besonders betroffen sind, muss man immer an die Kollateraleffekte denken und da nach Möglichkeiten suchen, durch weniger gefährdende Umgebungen doch noch soziale Teilhabe umfassend zu ermöglichen. Das ist bei Kindern sicher besonders wichtig, weil hier eben nicht nur die soziale Teilhabe im jeweiligen Moment betroffen ist, sondern auch die langfristige Entwicklungs- und Bildungsperspektive. Da merken wir eben, dass da zum Beispiel auch die Jugendlichen, die genau während der Corona-Zeit ihre Schulabschlussphase und Studienbeginnphase hatten, ganz typische Effekte auftreten, die ihre sozialen Beziehungen nachhaltig stört, wo wir noch gar nicht abschätzen können, wie sehr sich das auf ihren Eintritt ins Berufsleben und auf ihre langfristige Erwerbsbiografie auswirkt. Also lange Rede kurzer Sinn: Allzu einfache Schlüsse sind nicht zu ziehen, aber bei der Einschränkung von Freiheitsrechten muss man immer sehr vorsichtig sein.

SV Janet Steinbach-Putz: Vielen Dank.

SV Prof. Dr. Stefan Kluge: Ich habe noch eine Frage an Frau Scheibenbogen. Ich möchte aber erst einmal allen ReferentInnen noch einmal danken, dass sie hier sind und uns Rede und Antwort stehen. Das ist ja für sie auch nicht ganz einfach. Ich möchte noch einmal aussagen, dass wir die Sorgen von Ihnen, aber auch aller Bürger über Langzeitfolgen, sei es nach einer Infektion oder nach einer Impfung, sehr ernst nehmen. Deswegen sitzen wir hier heute. Das ist uns sehr wichtig. In der öffentlichen Debatte werden aber ja Langzeitfolgen nach Impfung und nach Infektion oftmals gleichgesetzt, was problematisch ist und Frau Scheibenbogen, Sie sind ja auch Mitautorin der S1-Leitlinie Long/Post-COVID, wo sich viele wissenschaftliche Fachgesellschaften zusammengeschlossen haben, um evidenzbasiert genau zu schauen: Was ist Post-/Long COVID, was kann man tun – therapeutisch, diagnostisch? Das ist ja auch sehr aktuell im Internet für alle auffindbar. Das fängt an, die Einführung, mit dem Satz:

„Insbesondere nach Einführung der Impfung gegen COVID-19 ab Dezember 2020 [sic!] aber auch durch die Omikron-Variante sank die Prävalenz deutlich;“

- dieser Langzeitsymptome -

„und wurde in einer großen schwedischen Untersuchung zuletzt zwischen 0,4 Prozent (geimpfte Patient*innen) und 1,4 Prozent (ungeimpfte Patient*innen) angegeben.“

Wir haben ja schon festgestellt, dass wir in Deutschland ein Datenproblem haben, weil viele Daten in Deutschland leider nicht gut erhoben werden. Aber können Sie noch mal – Sie haben das schon angedeutet – noch mal was sagen zu diesem Risiko, an Langzeitsymptomen zu erkranken durch Atemwegsinfektionen, COVID im Speziellen, und das noch mal mit Impfschäden, die ja schwieriger, noch schwieriger, zu beweisen sind, im Kontext bringen. Das wurde ein bisschen durcheinandergeworfen hier.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ja, es gibt verschiedene Studien, die haben vergleichend das Risiko untersucht, Long COVID zu entwickeln, wenn man geimpft, beziehungsweise nicht geimpft ist und auch abhängig davon, ob man eine ausreichende Immunisierung hatte, also drei Impfungen. Und diese Studien zeigen relativ eindeutig, dass das Risiko für Long COVID sinkt. Das wird noch mal unterschieden, in welche Form von Long COVID. Am stärksten sinkt es für das, was wir als postvirale Syndrome kennen, also Fatigue, Belastungsintoleranz – um etwa 50 Prozent. Das heißt, wenn wir uns das anschauen, dann ist das der Benefit durch die Impfung nicht schwer zu erkranken, den die Impfung ja klar hat und der Benefit Long COVID nicht zu entwickeln, um ein viel- vielfaches höher als das Risiko, eine Impfreaktion mit anhaltenden Symptomen zu entwickeln, die nach den Studien, die es gibt, ungefähr im Bereich von etwa drei auf 100.000 eingeordnet wird.

SV Prof. Dr. Stefan Kluge: Vielen Dank und vielleicht können Sie noch mal kurz sagen: Die Impfpfehlungen der STIKO begründen sich ja auch auf der Empfehlung des PEI. Auf der anderen Seite wissen wir, es gibt Impfnebenwirkungen, gar keine Frage, Verdachtsfälle und auch gesicherte Impffolgen. Wie ist das Verhältnis noch mal? Sie



hatten das vorhin schon einmal gesagt, aber es wäre glaube ich noch mal wichtig, das zu wiederholen.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Also die Langzeitfolgen durch Impfung nach der SARS-CoV-2-Impfung werden momentan bei etwa drei auf 100.000 eingeordnet. Das sind die Daten, die belastbarsten Daten, die es aus Studien gibt. Der Benefit ist natürlich um ein Vielfaches größer, weil wir nach wie vor COVID haben und viele Menschen erkranken; auch nach wie vor das Risiko besteht, schwerer zu erkranken und leider auch nach wie vor das Risiko besteht, Long COVID zu entwickeln. Es gibt also Studien, die auch ganz klar zeigen: Sie können auch erst bei der dritten oder vierten COVID-Infektion Long COVID entwickeln. Das Risiko sinkt also nicht, sondern es gibt sogar Studien, die zeigen, dass sich das Risiko mit der wiederholten Infektion steigert, wir also so eine Art Priming haben wahrscheinlich – des Immunsystems – und gerade vulnerable Gruppen, also in dem Fall Frauen, haben dieses höhere Risiko an Long COVID zu erkranken.

SV Prof. Dr. Stefan Kluge: Eine letzte Frage. Spielt da aber neben den Impfungen nicht auch der Infektionsschutz eine Rolle? Also adäquates Verhalten. Wir hatten natürlich extreme Abstandsregeln und Maskenpflicht und so weiter; das brauchen wir heute sicherlich nicht mehr. Aber spielt nicht auch jetzt im alltäglichen Zusammenleben der Infektionsschutz auf persönlicher Ebene nicht doch eine gewisse Rolle? Also wer krank ist, bleibt zu Hause. Man hält Abstand, wenn jemand infiziert ist. Wie bewerten Sie das? Das ist ja auch noch mal ein wichtiges Thema. Ich sehe auch Menschen, die im Freien mit Mundschutz rumlaufen. Das ist glaube ich nicht notwendig. Aber in Innenräumen ist das ja vielleicht gerade ein Thema noch mal in gewissen Situationen, ohne jetzt da überregulieren oder übertreiben zu wollen. Wie sehen Sie das?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ja, das ist sicher ein Benefit in der Pandemie. Denn wir haben etwas gelernt, was ja 2020 noch diskutiert wurde: Schützen Masken überhaupt vor einer Infektion? Wir wissen heute ganz klar: FFP2-Masken schützen. Und das findet ja heute auch zum Beispiel in der Klinik breite Anwendungen. Also wenn ich eine leichte Erkältung habe, selbst wenn

ich noch arbeite, meine Mitarbeiter tragen alle Masken. Wenn ich an Menschen mit Immunschwäche rangehe, zum Beispiel in meiner Ambulanz, dann werden natürlich Masken getragen. Ich sehe auch viele Patienten, die kommen, die Masken tragen. Ich sehe auch in der U-Bahn werden Masken getragen. Das ist alles sehr sinnvoll. Wenn Sie durch den Park spazieren gehen, ist es nicht notwendig, dass Sie eine Maske tragen.

SV Prof. Dr. Stefan Kluge: Danke schön.

(Die Vorsitzende erteilt dem Abg. Axel Müller (CDU/CSU) durch eine Handgeste das Wort)

Abg. Axel Müller (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Es hat sich jetzt aus den Ausführungen von Frau Lierck doch noch eine Nachfrage ergeben. Es kommt ja so ein bisschen so raus, wie wenn da nicht genügend Geld zur Verfügung gestellt würde. Es ist ja so, dass wir tatsächlich ja zwei verschiedene Töpfe haben. Einmal das Bundesministerium für Forschung und auf der anderen Seite das Gesundheitsministerium. Es laufen in der Tat Projekte des Gesundheitsministeriums – oder die das Gesundheitsministerium fördert – mit 45 Millionen Euro. Die laufen bis 2028. Die Forschungsmittel des BMF, die sind natürlich etwas anders angelegt. Da gibt es jetzt noch mal weitere Aufstockungen um zwei Millionen für 2025 und um drei Millionen ist es angedacht für 2026. Da hätte ich jetzt eine Frage an Frau Prof. Scheibenbogen. Und zwar, Sie haben das ja angedeutet, dass es da Mittel gibt, die liegen auch irgendwo bereit, aber sie kommen da im Moment nicht ran. Vielleicht können Sie der Kommission mal erklären, was denn der Haken ist, warum Sie diese Mittel nicht frei bekommen.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ja, also ich denke, 2022 ist eine sehr wichtige Entscheidung getroffen worden – diese zehn Millionen Euro. Ich denke, wir haben die auch sehr gut angelegt. Wir haben fünf Studien durchgeführt und wir haben ganz wichtige Erkenntnisse. Wir wissen jetzt, welche Medikamente wir im nächsten Schritt zur Zulassung bringen möchten. Wir sind 2024 erneut an den Bundestag herangetreten, weil die pharmazeutische Industrie nach vielen Verhandlungen nach wie vor nicht willens ist, uns



zu unterstützen. Es wurden erneut im Haushalt acht Millionen Euro eingestellt und diese Gelder, die haben wir bislang nur zu einem kleinen Teil bekommen, obwohl wir die wiederholt beantragt haben. Es gab immer wieder Gutachten hin und her. Es gab Gutachter, die das auch nicht so relevant fanden, die auch grundsätzlich in Frage gestellt haben, ob es Long COVID in der Form noch gibt, ob es Aufgabe der öffentlichen Hand ist, Medikamente zu bezahlen, die bereits zugelassen sind. Nur ist wirklich - - die Frage stellt sich mir: Müssen wir in dieser speziellen Situation so eine Entscheidung einer derartig großen Tragweite für die gesamte Gesellschaft abhängig machen von der Meinung eines einzelnen Gutachters? Bislang ist das Verfahren leider so, dass auch BMFTR sich daran gebunden fühlt. Das kann ich auch nachvollziehen, wenn der Gutachter sagt, das machen wir jetzt erst mal nicht so, dass es dann auch nicht passiert.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Zunächst mal vielen herzlichen Dank. Das war für mich die erste ganz evidente Erkenntnis aus dieser Enquete: Dass man tatsächlich etwas relativ flott ändern könnte, was Dinge ändern kann, wo wir uns immer fragen: Wieso kommen wir nicht an mit all dem, was wir da einstellen? Wir machen doch, wir tun doch, wir haben verdoppelte Mittel im letzten Haushalt oder in dem, den wir jetzt hier vor uns haben. Ich habe noch eine andere Frage und würde Sie auch Frau Welskop-Deffaa und Frau Prof. Scheinbogen noch mal gerne fragen wollen: Sie haben gerade eben, Frau Professorin, schon ausgeführt, dass es ja teilweise oft erst mit der dritten und vierten Erkrankung kommt. Und wir alle wissen ja auch, dass das auch eine Frage des Immunsystems ist, der Frage auch des Lebens, der gesunden Lebensweise. Also sicherlich, wer viel draußen ist, hat vielleicht ein bisschen mehr Immunsystem. Oder man kennt bei Kindern, die sich viel in Ställen und Ähnlichem aufhalten, die sind meistens ein bisschen immunverstärkter als die, die zu Hause im geschützten Zeltchen von Mama residieren. Aber wir haben gerade bei Post COVID festgestellt, dass auch ganz junge, sportliche Menschen, die viel in der freien Natur sind, die eigentlich völlig prädestiniert sind, dass sie dem allen widerstehen können, auf einmal betroffen waren. Und das ist etwas, was sich ganz besonders manifestiert. Da sind oft die Langzeitfolgen ja teilweise noch massiver, weil sie vielleicht auch

auf ein „Nicht-Umgehen-Können“ zusätzlich treffen. Jetzt wäre für mich noch mal wichtig: Kann man das so ein Stück weit abschätzen, inwieweit solche auch betroffen waren oder mehr oder weniger? Gibt es Risikofaktoren, die wir heute vielleicht bisher nicht angesprochen haben? Und können Sie sich aus wissenschaftlicher Sicht erklären, welche Mechanismen zu so schweren Post-COVID-Syndromen gerade bei einer Gruppe dazu führt – die zunächst nicht als prädestiniert erschien – ohne die andere Gruppe vernachlässigen zu wollen, die man aber, glaube ich, gut versucht, im Blick zu haben?

Prof. Dr. Carmen Scheinbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ja, vielen Dank. Und wie Sie ganz richtig ausgeführt haben: Wir haben einerseits das Problem der Immunschwäche bei der Akutinfektion. Und da ist es so, dass Männer auch ein höheres Risiko hatten, an schweren COVID-Verläufen zu erkranken und zu sterben. Und wir haben aber andere Risikofaktoren, um Long COVID zu entwickeln. Und das sind oftmals eher Menschen, die ein besonders aktives Immunsystem haben, das sich nach dieser Infektion dann nicht wieder richtig beruhigt. Und das sind eben häufiger Frauen, die haben ein aktiveres Immunsystem, das ist von der Natur so gewollt. Und das sind oft auch Menschen mit immunologischen Erkrankungen, also Asthmatiker oder auch Menschen mit Übergewicht, wo das Immunsystem auch aktiver ist. Und wir können heute schon relativ gut eine Risikogruppe definieren, die ein besonders hohes Risiko hat. Und wo wir auch, denke ich, über mehr Prävention noch forschen sollten. Es gibt ja zum Beispiel schon ganz vielversprechende Daten, dass die Behandlung mit einem Diabetesmedikament, Metformin, wenn Sie das früh in der Infektion Menschen geben mit Übergewicht, dann haben die ein deutlich niedrigeres Risiko, Long COVID zu entwickeln. Das wird übrigens momentan auch gerade geprüft – vom G-BA –, ob das vielleicht sogar in die Off-Label-Anwendung empfohlen werden soll.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Und zielend an Sie, Frau Welskop-Deffaa: Sie haben ja unglaublich viele Einrichtungen mit ganz unterschiedlichen, ganz jungen Menschen; ältere Menschen, vulnerable Menschen, aber auch Menschen, die eigentlich grundsätzlich gesund sind, aber aus anderen Gründen in Ihren



Einrichtungen sind. Haben Sie da so ein bisschen eine Feststellung treffen können, wo es bei Ihnen auffällig war? Wo Sie nicht gedacht haben, dass Sie besondere Vorkehrungen treffen müssten?

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Also, ich will mal so sagen, wenn ich hier jetzt heute zuhöre, denke ich, für uns wäre es auch als Wohlfahrtspflege in hohem Maße interessant, vertiefende Studien durchzuführen, weil wir manche Sachen eben genauso wenig wissen wie im medizinischen Bereich. Ich bin dankbar, dass es einige medizinische Institute gibt, die Spezialfragen untersucht haben, zum Beispiel das Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg hat eine Hypothese geprüft, die für unsere Einrichtung relevant ist, nämlich wie sich die Corona-Pandemie bei Menschen in der Wohnungslosigkeit entwickelt hat. Da gab es ja eine große Vermutung, dass sie besonders schwere Verläufe haben würden. Diese Hypothese hat sich in den Studien nicht bestätigt. Allerdings wissen wir, also ergibt diese Studie, dass die Anzahl der Erkrankungen tatsächlich höher war, auch die Anzahl der unentdeckten Erkrankungen. Es gibt die Hypothese von den Autoren, dass vermutlich die Verhinderung schwerer Verläufe und auch weiterer pandemischer Dynamiken damit zusammenhängt, dass die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Deutschland so gut informiert waren, so sorgfältig gearbeitet haben und auch wenn man weiß, dass die Wohnungslosen, die in Einrichtungen übernachtet haben, ein etwas höheres Infektionsrisiko hatten als die, die jetzt auf der Straße übernachtet haben, doch so ganz schlimme Verläufe und ganz schlimme Infektionsketten verhindert wurden, weil die Einrichtungen so genau darauf geachtet haben, dass man Schutzmaßnahmen einhält.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Dann kommen wir zur AfD-Fraktion. Das Wort bekommt Prof. Homburg.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Ja, schönen Dank. Ich habe eine Frage an Frau Ramona Gerlinger. Hintergrund der Frage ist Prof. Thomas Mertens. Er war früher Chef der STIKO und er hat am 25. Mai 2023 im öffentlich-rechtlichen Rundfunk in der Sendung „Zur Sache!“ mit einer jungen Frau gesprochen, die von ME/CFS betroffen war. Er hat ihr gesagt, sie solle bei Ärzten und Krankenkassen sagen, dies sei Long COVID, weil sie dann gut

betreut würde und sie solle verschweigen, dass das, was sie wohl selbst dachte, ein Impfschaden sei, weil ihr dann finanzielle Hilfe eher nicht zuteilwird. Meine Frage an Sie, Frau Gerlinger: Können Sie ähnliche Vorfälle aus Ihrer Bundesvereinigung bestätigen?

Ramona Gerlinger (Bundesverein Impfgeschädigter e. V.): Ich muss jetzt sagen, wir haben auch Fälle mit ME/CFS bei uns. Generell waren, egal welche Art Erkrankung nach einer Impfung – sage ich für unsere Sparte – aufgetreten ist, haben die Leute generell durch die Bank sehr viel Ablehnung erfahren von allen Seiten, also gerade aus der Medizin. Jetzt auch in Bezug auf Reha-Maßnahmen war es halt immer die falsche Sparte, in die sie geschickt wurden, sodass sie, und das kann ich dann auch bestätigen, schlechter nach Hause gekommen sind, als sie hingegangen sind oder eben abrechnen mussten, weil sie es nicht gepackt haben. Ja, ich kenne diese Aussage und, was soll ich sagen, ist halt von unserer Seite her ganz schwierig.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Okay, vielen Dank. Meine zweite Frage geht an Frau Kollegin Scheibenbogen. Herr Lausen hatte doch eben Folgendes dargestellt, das will ich nicht numerisch wiederholen: Die Fallzahlen von ME/CSF im Jahr 2020 waren unauffällig und dann nach dem Impfstart sind sie sehr stark angestiegen. Meines Erachtens passt das überhaupt nicht zu der Möglichkeit, dass die Impfung vor dieser Folge schützen soll, sondern es ist viel plausibler, dass der Auslöser dieses klinischen Bildes die Impfung ist. Sie sagten jetzt: „Ja, das liege an einer gestiegenen Zahl von Infektionen in den Jahren 2021, 2022“, aber erstmal sollte die Impfung ja auch vor Infektionen schützen. Vor allem aber, wenn Sie jetzt klinische Atemwegserkrankungen sehen, im RKI-Sentinel oder in den SARI-Statistiken, dann ist da nichts gestiegen. 2021, 2022 sind nur die PCR-Tests durch die Decke gegangen, weil plötzlich auch Kita-Kinder, Schulkinder, ungeimpfte Arbeitnehmer und so weiter gezwungen wurden, sich zu testen. Es war ein reines Artefakt. Was ist Ihre Meinung dazu?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ja, vielen Dank, dass Sie die Frage noch mal aufbringen, weil ich hatte in der Zwischenzeit auch Gelegenheit, mir die KBV-Daten noch mal aufzurufen für G93.3, das ist die



Diagnose ME/CFS. Ich habe gefunden: 2018, 2019 gab es etwa 400.000 Behandlungsfälle. Es gab 2021 500.000 und es gab 2023 620.000. Das passt sehr gut zu der Zunahme an ME/CFS-Erkrankungen, die durch COVID ausgelöst sind und das deckt sich auch mit den internationalen Zahlen. Ich sehe da also kein Signal drin, dass die Impfung dazu einen Beitrag hatte. Und ich habe es auch dem Kollegen von der CDU gerade schon gesagt: Es ist leider so, dass die Impfung nicht ganz vor COVID schützt. Das war natürlich anfangs die große Hoffnung, aber das hat sich nicht bestätigt. Das ist inzwischen auch klar. Also trotz Impfung erkrankten Sie an COVID, das kennen wir ja ähnlich auch bei der Grippe. Aber die Impfung schützt vor einer schweren Erkrankung, insbesondere vor einem Klinikaufenthalt und das sehen wir auch. Wir haben ja nach wie vor relativ niedrige Zahlen an Menschen, die noch in die Klinik kommen oder auf die Intensivstationen. Die Impfung schützt leider auch nicht ganz vor Long COVID. Auch das hatte ich ja gerade schon ausgeführt.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: In Ordnung, vielen Dank. Dass sie vor schwerer Erkrankung schützt, sieht man auch nirgends in den Daten. Aber ich gebe jetzt weiter an Herrn Kollegen Dr. Nehls.

SV Dr. Michael Nehls: Ja, da möchte ich ganz kurz ergänzen dazu. Vielen Dank für die Ausführungen. Also es gibt eine Studie von The Lancet von 2022, die zeigt, dass der Schutz negativ wird nach sechs bis acht Monaten durch die Impfung. Das ist überhaupt nicht vereinbar damit, dass es vor schweren Fällen schützt. Es sei denn, man lässt sich tatsächlich alle sechs Monate wieder impfen, was die Autoren auch angeben. Allerdings warnte man schon sehr früh davor, dass das Immunsystem dadurch zerstört werden kann. Und vor allem gibt es ganz klare Studien, die zeigen, dass es einen IgG4-Shift gibt, der empfindlicher macht auf Infektionen und nicht schützt, also genau das Gegenteil der Fall ist. Und dann möchte ich noch ganz kurz ergänzen, dass der gemeinsame Nenner von Long COVID und Post-Vac im Wesentlichen das Spike-Protein ist. Und das Spike-Protein geht ins Gehirn und wir wissen, dass es kausale Studien gibt, die zeigen, dass zum Beispiel Varianten des Spike-Rezeptors im Gehirn, das ist TLR-4 – also Menschen, die eine Variante haben, die den weniger stark aktiviert, die sind mehr geschützt vor Long COVID oder Post-Vac als Menschen, die eine

Variante haben, also nukleare Veränderungen – also Varianten in der DNA-Sequenz und damit auch in der Protein-Sequenz, die eben eine höhere Aktivität haben. Innerhalb dieses, und jetzt möchte ich ein bisschen Hoffnung bringen hier für alle, die an diesen Erkrankungen, hauptsächlich Post-Vac oder auch ab und zu mal Long COVID erkrankt sind – in dieser Kaskade, die zur Aktivierung des Immunsystems führen, damit auch zur Neuroinflammation. Die Hauptursache für die schweren Effekte, die wir sehen, die wir dann unter Long COVID oder eben den anderen Erkrankungen subsumieren, ist GSK3. Das soll jetzt nichts groß sagen, nur der natürliche Hemmstoff von GSK3 ist Lithium. Es wurde in einer Studie von Buffalo gezeigt, dass Lithium in mittlerer Dosierung das Long-COVID-Problem löst und es wurde dann auch in einer klinischen Studie getestet, 2022 publiziert. Schwer Erkrankte Patienten an COVID, die so schwer erkrankt waren, dass sie in die Klinik mussten, bekamen mittlere Dosierung an Lithium, was dieses GSK3 natürlich hemmt. Und die Menschen hatten den Zytokinsturm, der eigentlich die Ursache für die schweren Erkrankungen ist, innerhalb von wenigen Tagen überlebt; konnten in der halben Zeit aus dem Krankenhaus entlassen werden. Das ist eine Maßnahme, die nirgends hier in Europa oder in Deutschland durchgeführt wurde, aber ohne Nebenwirkungen war, wie die Autoren schreiben. Und die haben dann die Leute langfristig noch begleitet und haben gesagt und herausgefunden, dass Menschen, die therapeutisch mit Lithium behandelt worden sind und deswegen schnell das Krankenhaus verlassen konnten, – weil der Zytokinsturm automatisch beendet worden ist, auf ganz natürliche Weise – dass bei denen wesentlich seltener Long COVID aufgetreten ist. Also es gab tatsächlich gute Behandlungsmöglichkeiten, es gibt sie heute, aber man muss ganz klar sagen, sie sind halt nicht besonders lukrativ.

(Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): „Die Frage?“)

SV Dr. Michael Nehls: Die Frage ist ganz einfach. Wie schätzen Sie die Chance ein, dass solche einfachen und nicht unbedingt von der Pharmaindustrie kommenden Maßnahmen umgesetzt werden hier in Deutschland?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Sie haben mir drei Fragen gestellt. Ich fange am besten mal bei dem



Lithium an. Da gibt es in der Tat Hinweise, dass es wirksam sein könnte, aber es gibt nicht die Studien, die man bräuchte, um das wirklich in die Anwendung zu bringen. Es müsste also hier wirklich größere, kontrollierte Studien geben. Da gebe ich Ihnen absolut recht. Es gibt eine Reihe von Hinweisen für verschiedenste Ansätze, dass die vielversprechend sein könnten. Ich nenne zum Beispiel mal Nikotinpflaster – das kommt ja auch aus Deutschland – wo es bislang einfach nicht die finanzielle Möglichkeit gibt, sowas in Studien zu prüfen, dass wir diese Evidenzen hätten, die dann auch eine Empfehlung in der Breite rechtfertigen würden. Wir müssen ja natürlich immer auch nach möglichen Nebenwirkungen schauen, wenn wir solche Dinge empfehlen. Also müssten diese Studien gemacht werden. Die andere Frage zu dem Spike-Protein. Auch da stimme ich Ihnen zu. Das Spike-Protein ist in der Tat ein gefährliches Protein für uns. Es ist stark immunogen, das heißt, es kann das Immunsystem auch dazu verleiten, dass es sich gegen körpereigene Strukturen richtet. Es gibt auch Daten, dass es auch nach der Impfung längere Zeit im Körper bleiben kann, als man zunächst gedacht hatte. Solche Daten haben wir ja auch für COVID inzwischen. Wir wissen ja, dass auch nach COVID manchmal sechs Monate später noch Virusreste an den unmöglichsten Stellen im Körper bleiben. Ich möchte einfach nur noch mal betonen: Wir können leider diesem Spike-Protein nicht entgehen, weil COVID ist weiter unter uns und da ist einfach das geringere Risiko, das Immunsystem zu trainieren durch Impfung. Und zu der Frage, dass die Impfung nach sechs Monaten den Effekt schon wieder komplett verloren hat: Das ist nicht ganz richtig. Wir haben ja die Grundimmunisierung. Die Grundimmunisierung besteht aus drei Antigenkontakten, Impfung oder Infektion. Und Menschen, die die Grundimmunisierung haben, haben nur noch ein sehr geringes Risiko für einen schweren Verlauf. Und das sehen wir ja in der Tat. Wir haben ja kaum noch Menschen auf der Intensivstation mit COVID, verglichen mit vor der Pandemie.

SV Dr. Michael Nehls: Danke, das war eigentlich schon die Beantwortung. Der Punkt ist nur der, dass letztendlich, was injiziert wird in die Menschen, das gentechnische Material, aus dem ursprünglichen Wuhan stammt, der hochtoxisch war. Und was die Leute letztendlich erlebt haben, waren abgeschwächte Varianten dieser

ursprünglichen Version, die auch dann letztendlich das Problem gelöst haben. Omikron hat uns gerettet, aber definitiv nicht die Impfung. Was mich aber wundert ist: Wenn Sie zugeben, dass das Spike-Protein so gefährlich für uns ist, wie können wir dann hier überhaupt sitzen und befürworten, dass Menschen geimpft werden mit einem gentechnischen Material, das die Spike-Version des ursprünglichen gefährlichen Wuhan-Stamms in die Menschen hineinbringt? Ist mir vollkommen unverständlich.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Die Antwort ist ganz einfach: Wir haben einfach immer weiter das Risiko uns mit COVID, also mit Spike zu infizieren. Und da ist die Impfung deutlich nebenwirkungsärmer, als das Risiko, durch eine Infektion Folgen akut oder chronisch zu entwickeln.

SV Dr. Michael Nehls: Okay, vielen Dank. Aber das macht für mich absolut wissenschaftlich keinen Sinn, dass wir uns vor Spike schützen, indem wir uns Spike injizieren. Entschuldigung, ich habe jetzt nur noch 19 Sekunden, aber das kann mir keiner richtig plausibel machen.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Dr. Nehls, ich setze mich gerne mit Ihnen im Nachgang noch mal zusammen. Mir ist dieser Austausch auch ganz wichtig. Und das ist ja auch ganz wichtig, dass wir da in einem Konsens dann mit der Öffentlichkeit uns zu diesem Thema positionieren.

Die **Vorsitzende:** Okay, vielen Dank. - Damit kommen wir zur SPD-Fraktion und Tanja Machalet bekommt das Wort.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich möchte noch einmal ein bisschen grundsätzlicher werden. Frau Welskop-Deffaa, Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, Menschen, die nicht in der Lage sind, Herausforderungen aus eigener Kraft zu bewältigen und daher unter Krisen besonders leiden, sind als vulnerabel zu bezeichnen und weisen gleichzeitig darauf hin, dass das auch eigene Risiken birgt, bei einer spezifischen Krise nur diejenigen als vulnerabel im Blick zu haben, die durch das Primärrisiko besonders betroffen sind. Daraus resultiert natürlich die Frage, was wir tun können, um mögliche nicht-medizinisch vulnerable Gruppen



vielleicht eben früher auch zu identifizieren und eben auch früher Maßnahmen daraus zu generieren und natürlich auch die Frage: Braucht es da nicht auch eine grundsätzliche neue Definition dessen, was vulnerabel ist, mit Blick auf das, was wir erleben und das, was wir jetzt im Nachgang auch sehen, was bestimmte Gruppen betrifft, die wir eben erst am Anfang nicht im Blick als vulnerabel hatten.

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Vielen Dank. Ich glaube, in der sozialen Arbeit haben wir durchaus ein Verständnis davon, dass vulnerabel die Menschen sind, die schlecht gebildet sind, die unter ökonomisch schlechten Bedingungen zurechtkommen müssen, die behindert sind und so weiter. Also in unserem Kontext außerhalb einer Pandemie haben wir ein relativ breites Verständnis von Vulnerabilität. In solchen medizinischen Krisenphasen dreht sich dann die Wahrnehmung um und dann ist es jetzt in der Enquete-Kommission, glaube ich, wichtig, diese beiden wichtigen Prozesse zusammenzuführen und gemeinsame Lehren daraus zu ziehen. Und vielleicht ist es gut, den Blick noch mal auf das Gesundheitswesen zu richten, wo man nicht alles neu erfinden muss. Wir führen als Caritasverband seit 15 Jahren das Modellprojekt „Babylotse“ durch, wo wir in geburtshilflichen Kliniken diesen vulnerablen Familien besondere Unterstützung angedeihen lassen, damit sie den Zugang in das System der frühen Hilfen gut finden, das sie ohne eine solche Unterstützung unter Umständen nicht finden würden und dann wäre das ganze schöne System der frühen Hilfen letztlich wirkungslos. Genau dieses Angebot der „Babylotsen“ hat sich ausweislich einer Studie, die wir selbst schon 2021 in Auftrag gegeben haben, unterstützt durch die Auridis-Stiftung, als hochwirksam erwiesen in der Corona-Pandemie, weil gerade in der Pandemie diese vulnerablen Schwangeren und Gebärenden noch stärker abgeschnitten waren von ihrem sozialen Netz. Also zum Beispiel migrantische Frauen, die sonst traditionell häufig ihre Mütter als Unterstützerinnen an ihrer Seite haben, da konnten die Mütter aus dem Ausland nicht nach Deutschland kommen, die waren dann ganz allein von ihrem Freundeskreis abgeschnitten und da war das Babylotsen-System doppelt wirksam und das hat die Studie auch ganz deutlich bewiesen, dass das sehr wirksam war. Wir fordern gefühlt seit

sechs Jahren, dass es eine gesetzlich geregelte Refinanzierung der Babylotsendienste geben sollte. Es hat jetzt auch schon mehrere Konferenzen der Jugendministerkonferenzen und der Gesundheitsministerkonferenzen gegeben, die eine solche Finanzierung angeregt haben. Das kommt dann immer wieder unter die Räder. Also eine ganz konkrete Bitte unsererseits: Sorgen Sie dafür, dass diese gemeinsame Initiative von Gesundheits- und Jugendministerkonferenz zum Erfolg führt und wir für dieses wunderbare präventive System eine geregelte Finanzierung haben, um im Alltag schon hilfreich zu sein, um aber insbesondere in solchen Krisensituationen den vulnerablen Gruppen die Unterstützung zu bieten, die es braucht.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Vielen Dank auch noch mal für den Hinweis. Das nehmen wir sicher gerne auch noch mal auf. Auch mit Blick auf das, was der Kollege vorhin angesprochen hat – Stichwort Einsamkeit – und das trifft so ein bisschen auch das Thema, was Sie gerade angesprochen haben. Wenn man mit den Beratungsstellen, nicht nur der Caritas, spricht und sieht, was in der Zeit passiert ist, dass eben die Menschen, die man eigentlich erreichen wollte, nicht mehr zu erreichen waren. Sie haben eben das Format „Walk and Talk“ angesprochen, als ein kleiner Ausweg daraus. Da stellt sich aber natürlich trotzdem die Frage: Wie schätzen Sie das ein, wie viele Menschen sind dann tatsächlich, gerade aus diesem Bereich, auch verloren gegangen, die eigentlich gar nicht mehr erreichbar waren? Haben Sie Erkenntnisse dazu?

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich habe jetzt keine Zahl, die ich Ihnen präsentieren könnte. Dazu haben wir jetzt nicht, wie zu den „Babylotsen“, eine eigene Studie gemacht. Aber da ich jetzt schon mal so im Flow bin, die guten Projekte hier zu bewerben: Ich glaube, gerade für die Gruppe der einsamen, jungen Menschen hat sich sehr deutlich erwiesen, dass die „U25“-Onlineberatung, diese digitale Peer-Beratung, die ja immer zur Verfügung steht, dass die sich extrem bewährt hat, weil sie natürlich unabhängig davon, ob man sich jetzt live und in Farbe begegnen kann oder nicht, als System der Unterstützung hilfreich ist. Und da können wir sagen, dass wir deutlich mehr Anfragen haben, als wir im Augenblick durch diese „U25-Peer-Beratung“ beantworten können. Lange Wartelisten,



wo wir den Ball in Richtung Suizidpräventionsgesetz hier gerne noch mal spielen würden. Es ist, glaube ich, wirklich wichtig, dass für die sehr krisenhaften psychischen Zuspitzungen, die aus Einsamkeit und Depressionen münden können, wirklich verlässliche Beratungsstrukturen erreichbar sind. Und das, wie gesagt, digital, zum Beispiel mit der „U25-Peer-Beratung“.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Danke schön. Dann hätte ich noch mal eine Frage zum Bereich der Pflege und den Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen. Sie haben ja auch darauf hingewiesen – die Belastungen, die es in der Zeit gegeben hat, also sich eben um die Menschen in der Einrichtung zu kümmern, aber eben auch Angehörige abweisen zu müssen, weil es eben keine Zutrittsberechtigung in den Einrichtungen gab. Und wir alle erinnern uns ja auch noch an die Bilder von klatschenden Menschen auf Balkonen, die der Pflege geklatscht haben. Mich würde schon an der Stelle auch noch mal interessieren, welchen Eindruck haben Sie? Wie hat sich die Corona-Pandemie insgesamt auf das Bild des Berufspflegers ausgewirkt?

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutsche Caritasverband e. V.): Ja, die Umfrage, die wir als Caritasverband im Januar gemacht haben zu den Folgen der Corona-Pandemie, die wurde für mich überraschenderweise verbandlich besonders intensiv beantwortet aus der Altenhilfe, was darauf hindeutet, auch von den Ergebnissen her, dass da eine besonders große fortwirkende Belastung festzustellen ist. Kollegen und Kolleginnen beschreiben, dass die Pflegekräfte nachhaltig erschöpft sind, was jetzt kein Long-COVID-Phänomen ist, aber ein Phänomen, dass man über mehrere Jahre alle Kräfte mobilisiert hat und jetzt so – das kennt man ja von sich selbst – dann fällt auf einmal die Anspannung ab und dann ist so eine große Müdigkeit da. Das kombiniert sich in den Altenhilfeeinrichtungen mit einer dauerhaften Personalengpass-Situation. Immer wieder müssen die gleichen Personen notfallmäßig in Schichten einspringen, für die sie eigentlich nicht eingeteilt waren. Von daher ist eine gute Pflegepolitik, die die multiplen Risiken in der Pflege wirklich jetzt schrittweise löst, ein ganz wichtiges Thema, das man als „Erfolge-Thema“ der Corona-Pandemie adressieren sollte. Wir wissen, dass die

Bundesregierung jetzt dabei ist, die gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Pflegekräfte mehr Kompetenzen haben, sie dadurch auch in ihren eigenen Entscheidungsmöglichkeiten gestärkt werden. Das ist sicher ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Wir müssen aber tatsächlich die digitale Infrastruktur in der Pflege nachhaltig ausbauen und Entbürokratisierung in der Pflege würde sicher auch einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass die nachhaltige Erschöpfung und Überforderung abgebaut werden könnten, um nur einige Stichworte zu nennen.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Da haben wir letzte Woche, glaube ich, zumindest einen Anfang gemacht mit dem „BEEP“. Das kommt und wird auch umgesetzt. Herr Lange, noch mal ganz schnell, auch mit Blick auf das, was eben gefragt worden ist, zum Thema Krisenkommunikation. Welche Empfehlungen konkret würden Sie uns mitgeben?

Holger Lange (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Das wird [akustisch unverständlich] sportlich.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Es reicht wahrscheinlich nicht, aber zumindest die ersten drei.

Holger Lange (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Barrierefreie Krisenkommunikation als Pflicht, nicht als Projekt. Das heißt, zeitgleiche Informationen in leichter Sprache, einfacher Sprache, deutscher Gebärdensprache, gut auffindbar auf allen Ebenen, weil wir natürlich im Föderalismus verschiedene Ebenen abgedeckt haben, die Informationen herausgegeben haben. Auch hier brauchen wir viel mehr Ansprechpartner und auch die gezielte Ansprache von sozial benachteiligten Gruppen - - suchen, aufsuchende Informationen, das wäre toll. Ich habe noch 20 Sekunden. Wir brauchen einen Platz, wo die Pandemieinformationen hinterlegt werden, und nicht ganz viele Verschiedene auf den verschiedenen Ebenen.

Die **Vorsitzende**: Super, vielen herzlichen Dank. - Damit kommen wir zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und die Befragung beginnt Professor Salzberger.

SV **Prof. Dr. Bernd Salzberger**: Ja, auch mein herzlicher Dank an alle Sachverständigen, auch für



die umfangreichen schriftlichen Unterlagen, die Sie uns vorher zugesandt haben, das erleichtert die Arbeit wirklich erheblich. Ich habe zwei Fragen. Die erste geht an Frau Scheibenbogen. Und zwar: Wir haben vorhin über das Spike-Protein gesprochen. Ist es nicht längst so, dass die neuen Impfungen angepasst sind – nicht mehr an den alten Wuhan-Stamm, sondern zum Beispiel an die jetzt zirkulierenden Omikron-Varianten?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ja, also die aktuelle Impfung ist jetzt wieder um mehrere Stellen geändert gegenüber dem Impfstoff, der im letzten Jahr verwendet wurde und der hat sich natürlich auch ständig weiterentwickelt. Das ist der große Vorteil der RNA-Technologie, dass man da ganz schnell reagieren kann.

SV Prof. Dr. Bernd Salzberger: Vielen Dank. Die nächste Frage geht an Herrn Lange. Und zwar: Zu den vulnerablen Gruppen gehören ja aus der medizinischen Sicht auch Patienten mit Immundefekt, vor allen Dingen transplantierte Patienten. Und wir haben am Anfang große Probleme gehabt bei den Therapieformen, diese auf diese Patientengruppen zu transferieren. Sie haben vorhin von einem „Baukasten“ für die nächste Pandemie gesprochen. Welche Vorstellungen hätten Sie, diese Gruppen früher in die medizinischen Forschungen beziehungsweise Studien einzubeziehen?

Holger Lange (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Bei dem Baukasten ging es vor allen Dingen darum, dass wir aus dieser Pandemie lernen für das nächste Mal; dass wir einen Umschalter haben, in Gesetzesform, wo wir die Erkenntnisse, die Sie in dieser Enquete-Kommission gewinnen, umsetzen und in schlanken Gesetzen quasi dann auch für die nächste Krise gewappnet sind. Insoweit ist das - - diesen spezifischen Einzelfall, den meinte ich jetzt damit nicht, sondern dass man einfach jetzt das nutzt, weil die nächste Pandemie könnte kommen und dass wir dann, weil wir einen Gesetzgeber erlebt haben, der sehr aktiv quasi lauter Einzelfallgesetze erlassen hat für den Verordnungsweg und insoweit für die nächste Pandemie, dass wir da aller Eventualität abgedeckt haben.

SV Prof. Dr. Sina Fontana: Ja, dann mache ich weiter. Auch von mir noch mal herzlichen Dank an

alle Sachverständigen, dass Sie heute ihre Expertise hier einbringen. Ich habe eine Frage an Frau Welskop-Deffaa. Und zwar möchte ich noch mal auf eine spezifische Gruppe eingehen, nämlich diejenigen, die häusliche Gewalt erfahren, insbesondere Frauen und Kinder. Wir haben Zahlen die nahelegen, dass häusliche Gewalt und insbesondere auch sexualisierte Gewalt in der Pandemie zugenommen haben. Gleichzeitig gehen aber die Aufnahmezahlen in Einrichtungen zurück, was möglicherweise nahelegt, dass da Zugangshürden bestanden. Auf der anderen Seite waren diese Personen dauerhaft dem Aggressor ausgesetzt. Von daher die Frage: Gab es aus Ihrer Sicht solche Zugangshürden und was braucht es, um solche Zugangsbarrieren zu überwinden, also wirklich effektiven Gewaltschutz und aber auch Hilfe zur Verfügung zu stellen? Danke.

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Vielen Dank für die Frage. Diese Entwicklung der „Retraditionalisierung“ einerseits – der Paarbeziehungen –, darauf hat Jutta Allmendinger hingewiesen, und der höheren Gewaltbetroffenheit, diese Erfahrungen betrüben mich bis heute. Und tatsächlich diese Diskrepanz zwischen der steigenden Zahl der Gewaltdelikte in der Familie und der niedrigeren Aufnahmezahlen treibt mich auch um. Wir können vermuten – das wird aber sicher nicht die einzige Ursache sein –, dass manche Personen auch Angst hatten, in Einrichtungen zu gehen während der Infektionsphase. Wir wissen das auch von Altenhilfeeinrichtungen, dass Menschen von ihrer Familie aus der Einrichtung herausgeholt wurden, weil man Sorge hatte, dass sie auf so engem Raum, wenn sie mit anderen zusammenleben, sich häufiger und schneller infizieren können. Wir wissen das von der ambulanten Pflege, dass die ambulanten Dienste abbestellt wurden, weil man Angst hatte, dass die Pflegekraft als Überträgerin des Virus in die Familie hinein eine Gefahr darstellt und eine ähnliche Gefahr könnte man sich vorstellen für die Frauenhäuser, weil ja üblicherweise da ja doch die Küche gemeinsam benutzt wird und Ähnliches. Das ist aber tatsächlich nichts, was bisher wissenschaftlich erforscht wäre, sondern was sich aus Gesprächen als mögliche Erklärung ergibt. Sicher sind wir einer Meinung, dass diese Beobachtung uns für eine nächste Krise nicht gleichgültig sein lassen darf, sondern wir müssen in jedem Fall dafür Sorge



tragen, dass die Schutzeinrichtungen für Menschen, die besonderen Gefährdungen in ihrem Alltag ausgesetzt sind, leicht zugänglich sind und da keine zusätzlichen Erschwernisse entstehen, um in der Krise dann die Hilfe zu bekommen, die man braucht. Ich habe es eben für die Wohnungslosen angedeutet. Da war es zum Teil so, dass die Einrichtungen dann Angebote tatsächlich an die Türe verlegt haben, die normalerweise in den Räumen wären. Das ist aber bei einem Frauenhaus typischerweise nicht möglich.

SV Prof. Dr. Sina Fontana: Noch eine Nachfrage. Vielleicht können Sie noch mal was sagen zu den Ursachen, warum sexualisierte Gewalt oder häusliche Gewalt so eskalierte oder zunahm. Sie hatten schon diesen Aspekt „Retraditionalisierung“ genannt. Vielleicht können Sie das noch mal ausführen.

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich glaube, letztlich bedarf es keiner so großen Fantasie, dass da, wo Menschen auf engem Raum viel zusammenhocken, wo ohnehin latente Gewaltphänomene schon angelegt waren oder Gewalt auch schon Teil des familiären Alltags war, dass sich das dann unter solchen Bedingungen verstärkt. Ich glaube, das ist in dem Fall wirklich intuitiv sehr naheliegend, während andere Phänomene in der Corona-Pandemie ja stärker kontraintuitiv sind. Ich glaube, da braucht man jetzt nur seinem gesunden Menschenverstand folgen und sich vorstellen, dass ein Aggressor, wenn er ununterbrochen um einen herum ist, eben auch mehr Gelegenheit hat, seine Aggressionen auszuleben – so schrecklich das ist.

SV Prof. Dr. Sina Fontana: Können Sie was dazu sagen, ob das tatsächlich vor allem Frauen oder auch Kindesmissbrauch betrifft? Diese Eskalation der Gewalt?

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Dazu habe ich leider keine Zahlen, aber wir wissen ja generell vom Thema Gewalt gegen Frauen, dass die Kinder immer mit betroffen sind. Immer, immer mit betroffen. Das muss ich jetzt auf Ihre Frage schon noch mal antworten. Selbst da, wo die Kinder nicht unmittelbar Opfer werden, aber miterleben, dass ihre Mutter immer wieder Opfer von Gewalt wird, ist das nachhaltig traumatisierend und eine ganz

furchtbare Erfahrung, gegen die wir alles tun müssen, was uns dazu einfällt.

Die **Vorsitzende:** Vielen Dank. - Damit kommen wir zur Fraktion Die Linke und Herr Ates Gürpınar bekommt das Wort.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Vielen Dank. Die Frage richtet sich sowohl an Frau Lierck wie auch an Frau Piepenhagen mit der kurzen Vorbemerkung, dass ich mich mit den Fragen insofern ein bisschen schwertue, weil ich finde, wir als Politik haben da kein Problem der Beobachtung, sondern wir haben eher ein Problem, das wir endlich lösen müssten, weil wir eigentlich noch in der Bearbeitungsmöglichkeit wären, was Long COVID angeht. Da geht es um Geld, da geht es um Aufklärung. Das wird, glaube ich, seit Jahren von den Betroffenen und von den betroffenen Gruppen gesagt. Ich glaube, wir müssten da als Bundestag, als Regierung aber auch, müssten sie dort einfach tätig werden, wie es die Union in der Opposition auch noch getan hat. Deswegen meine ein bisschen konkrete Frage: Sie sind ja viel mit Betroffenen in Kontakt und wir als Linke interessieren uns vor allem für die sozioökonomischen Folgen von solchen Krankheiten. Deswegen die Frage an Sie beide, inwiefern Sie bei Ihren Erfahrungen auch einen Unterschied in der sozioökonomischen Perspektive sehen. Also sind bei Ihnen mehr oder weniger Betroffene, die ärmer sind, haben die mehr auch mit den Verwaltungsmaßnahmen zu kämpfen, die zusätzlich zur Krankheit noch dazukommen? Haben Sie da Beobachtungen, die Sie mit uns teilen können? Also in welcher Reihenfolge Sie möchten.

Elena Lierck (Gründerin von „NichtGenesenKids e. V.“): Wichtige und, auch wenn es ein bisschen despektierlich klingt, spannende Frage. Tatsächlich beobachten wir genau das. Also ich glaube, das ist etwas, wo wir, und da nehme ich jetzt gar nicht mal - - ob das jetzt „NichtGenesenKids“ ist, „NichtGenesen“ – das wird Frau Piepenhagen gleich sagen – oder alle Institutionen, Initiativen, die irgendwo unterwegs sind, werden das genau feststellen, dass es wirklich so ist, dass ganz klassisch deutschsprachige Familien es viel, viel leichter haben. Der Zugang ist einfach leichter, die Kommunikation ist leichter, der Zugang zu den Medien ist ein anderer und der Austausch und vor allem auch das Krankheitsverständnis. Also ich glaube, das ist auch nicht zu unterschätzen, dass das Verständnis für diese Erkrankung oder für die



Symptome, die Kinder plötzlich haben – ich bleibe jetzt bei den Kindern und Jugendlichen – entwickeln, dass das leichter zu differenzieren ist, ob das jetzt etwas Somatisches ist, ob es eine psychosomatische Stelle ist, ob es Angst vor der Schule ist – definitiv – und das muss man auf jeden Fall festhalten und von den Ärmeren definitiv auch. Also das merken wir auch, dass wir bildungsstarke Familien tatsächlich eher haben, die zu uns den Weg finden und das war im Landtag in Sachsen auch ein Thema. Da geht es nicht darum, dass die anderen unbedingt dumm sind, aber es geht um dieses: „Wie komme ich zu Informationen und was mache ich mit der Information?“ Und gebe ich dann einfach auf, weil mir beispielsweise bei einer Belastungsintoleranz jemand sagt: „Ach, das wird schon, schick dein Kind in die Schule und das muss da einfach durch“ oder ob man letztendlich in der Lage ist, Wissen zu generieren, weil man weiß, wo bei einer Kultusministerkonferenz was gesagt wurde, wo Diagnosen abgelegt werden, wie das ganze Verfahren läuft. Also von daher wäre das jetzt die kurze, doch lange Antwort.

Die **Vorsitzende**: Frau Piepenhagen, möchten Sie online auch ergänzen? Ich glaube, Herr Gürpınar hatte Sie auch gefragt.

Ricarda Piepenhagen (Gründerin von „NichtGenesen“): Genau, also wir haben ja nicht umsonst ganz viele Patientenkontakte in den Selbsthilfegruppen, die uns hilfesuchend befragen und aufsuchen, weil sie allein nicht wissen, wo sie manche Dinge geregelt bekommen. Aber ich möchte mal ganz klar sagen, also zum Krankheitsgeschehen: Wir haben ja über 2.000 Porträts von Betroffenen abgebildet und das zieht sich durch alle Berufsgruppen, durch alle Altersklassen und durch alle Geschlechter, also es ist nicht festzustellen, dass es da so ist, dass der Ingenieur nicht betroffen ist oder der Lehrer oder keine Ahnung. Wir haben auch viele Ärzte in unserem Team; in unseren Gruppen sind allein 100 Lehrer und 100 Ärzte bei „NichtGenesen“. Und da gibt es natürlich einen ganz gewaltigen Unterschied, weil die Menschen, die besser situiert sind, ihren Ehefrauen, sage ich mal - - also haben wir oft als konkretes Beispiel jetzt in unseren Gruppen, dass ein Arzt natürlich finanziell besser situiert ist, um seiner Frau Medikamente oder irgendwelche Therapien zukommen zu lassen, wie

eine Apherese - - haben wir viele Patienten, die davon profitieren und dann eine Symptomverbesserung haben und die lassen dann ihren Mitgliedern und Familienangehörigen solche Therapien zukommen. Währenddessen der 17-jährige Bäcker-Azubi, sage ich mal, das natürlich nicht kann und das ist schon dramatisch, weil die, die es eben nicht können, schauen auf die Politik und fragen sich, wann da was kommt, dass auch ihnen Hilfe widerfährt.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit haben wir die zweite Runde abgeschlossen. Mit Blick auf die Uhr kann die dritte Runde nur 40 Minuten betragen. Ich würde die Redezeiten und Fragezeiten für die Fraktionen noch einmal vorlesen: Die Unionsfraktion hat 13 Minuten, die AfD-Fraktion zehn Minuten, die SPD-Fraktion acht Minuten, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fünf und Die Linke vier. Damit steigen wir in die dritte und letzte Runde ein und für die Unionsfraktion bekommt Lars Rohwer das Wort.

Abg. **Lars Rohwer** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich wollte noch mal auf das Thema des Sozialrechts, auch des Rentenrechts und auch des Pflegerechts eingehen. Da ist nach allem, was ich aus der Vorbereitung weiß, Herr Lange der Experte heute in unserer Runde. Wir haben in der Pandemie erlebt, aber das gibt es ja auch im tagtäglichen Leben, dass wir versuchen, in Deutschland alles möglichst gerecht zu machen. Das bedeutet immer auch Nachweispflichten in der Bürokratie. Und Sie beschäftigen sich, wenn ich richtig informiert bin, in diesem Themenfeld des Bürokratieabbaus auch. Können Sie uns, weil wir jetzt nach vorne schauen sollen, nicht nur nach hinten oder zurück, ein paar Hinweise geben, wo Sie sagen: Da waren wir überbürokratisch, da sind wir nicht schnell genug vorangekommen, da können wir Bürokratieabbau betreiben für eine weitere Pandemie. Sie haben genug Zeit im Moment. Ich will Sie nicht einladen zum langen Vortragen, aber vielleicht haben Sie ein paar prägnante Beispiele für uns.

Holger Lange (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Was vor allen Dingen auffällt, ist, dass wir diese betroffenen Gruppen von Long COVID und Post-Vac quasi durch das ganz normale Sozialleistungssystem durchschicken. Das heißt, die Anforderungen sind, wie bei allen anderen, wenn es um medizinische Voraussetzungen geht,



entsprechen den einzelnen SGBs und es gibt keine angepassten Lösungen. Das heißt, wir haben in der Unfallversicherung hohe Nachweispflichten, hohe Kausalitätsanforderungen, die dann Leistungen schwer machen, dass die Betroffenen diese bekommen. Wir haben gerade in der Unfallversicherung – sehen wir ja –, dass dort Berufskrankheiten abgedeckt werden. Da gibt es die „Berufskrankheit Nr. 3101“, wo Leute aus dem Gesundheitssystem, der Wohlfahrtspflege, die in Laboratorien gearbeitet haben, diese einfacher erlangen, diese Berufskrankheit, oder es einfacher gemacht wird beim Nachweis, und dann gibt es so eine offene Klausel, die sagt: Wenn durch andere Tätigkeiten die Infektionsgefahr im ähnlichen Maße die Betroffenen ausgesetzt waren. In dem Bereich ist das offener gestaltet bei der Unfallversicherung und wir haben aber immer noch Personengruppen, die da nicht darunter fassen, also darunter gefasst werden können, wie Kassier/-innen die wirklich dem Infektionsgeschehen ausgesetzt waren. Zwar hat der Sachverständigenbeirat das derzeit gerade vor kurzem erweitert auf Tätigkeiten der Personenbeförderung, Tätigkeiten der Fleischverarbeitungsindustrie, seelsorgerische Berufe und Tätigkeiten im Polizeivollzugsdienst, aber da werden immer noch Betroffenengruppen ausgegrenzt. Wir wünschen uns, oder wir empfehlen, dass man für diese schwierige Nachweisführung, die natürlich auch im Sozialrecht recht hoch ist und dass man dort die Anforderungen lockert, und vor allen Dingen schicken wir die Leute ja durch das gesamte Sozialrechtssystem. Das heißt, die Leute werden erst krank, brauchen die Krankenbehandlung, dann stoßen sie auf medizinische Versorgungspfade, die nicht ausreichend sind. Dann gehen sie halt ins Krankengeld. Vom Krankengeld möglicherweise ins Arbeitslosengeld I werden sie reingeschickt eine Zeit lang, um dann bei der Frage der Erwerbsminderungsrente zu landen und – also insoweit sind die Anforderungen nach wie vor zu hoch, nach unserer Auffassung.

SV Prof. Dr. Stefan Kluge: Ich hätte noch eine weitere Frage an Frau Scheibenbogen. Wir haben ja während der COVID-Pandemie und jetzt auch bei der Post-COVID-Pandemie gelernt, dass ganz viele Medikamente vorgeschlagen wurden und hier wurde eben gesagt, Lithium würde das Long COVID-Problem lösen. Das ist ja leider nicht so und diese Aussage diskreditiert, finde ich, sowohl

Betroffene als auch die behandelnden Ärzte, weil wir doch eigentlich das Beste für die Patienten wollen und wenn sich da was durchgesetzt hätte, würden wir es ja alle verschreiben, gerade Sie. Jetzt ist das natürlich wie bei der Pandemie. Jeden Tag wurde ein neues Medikament genannt und dann gibt es auch viele, die das einnehmen und so weiter. Und es gibt ja Schwerstbetroffene bis zu Kindern, die gar nicht mehr Tageslicht sehen oder rausgehen können und es gibt natürlich auch Menschen, die davon profitieren wollen im Hinblick auf Geld verdienen. Es gibt Praxen, die die obskuren Therapien anbieten – auch ärztliche Praxen, muss man auch sagen –, Blutwäsche oder Sauerstofftherapie. Können Sie noch mal was dazu sagen? Mein Stand ist von der Leitlinie und von Ihren Aussagen: Momentan gibt es keine gesicherte Therapie für Post-COVID. Die Prophylaxe ist sehr wichtig und die Forschung natürlich unbedingt. Können Sie was sagen zu diesen Themen „Blutwäsche“, „Sauerstoff“, was da alles so angeboten wird? Weil ich kann mir vorstellen, dass es viele Betroffene gibt, die da eine richtige Odyssee hinter sich haben.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ja, noch mal kurz zu dem Lithium. Ich glaube, wir haben ja gerade über akut COVID diskutiert. Für Long COVID stimme ich Ihnen zu. Die Studie war negativ mit Lithium. Stand heute ist, dass die Behandlung von Long COVID und ME/CFS symptomorientiert ist. Dazu gibt es auch den Praxisleitfaden von der Deutschen Gesellschaft für ME/CFS, wo Sie das auf 120 Seiten im Detail nachlesen können als behandelnder Arzt. Wir haben aber bislang keine Medikamente, die wirklich ursächlich ansetzen und heilend sind. Da sind inzwischen eine Reihe von Studien auch im Ausland gelaufen und bislang gibt es kein klares Signal für einen Wirkstoff, der so vielversprechend ist, dass er Chancen hat, zur Zulassung zu kommen. Deswegen ist es umso wichtiger, dass wir hier auch ansetzen mit Therapiestudien in Deutschland, weil international leider auch nicht genug passiert. Und da muss ich sagen, haben wir in gewisser Weise sehr früh das Richtige gemacht, indem wir schon sehr früh auch auf Medikamentenforschung gesetzt haben und wir haben hier eine gewisse Vorreiterrolle und wir haben inzwischen klare Daten und da lehne ich mich sehr weit aus dem Fenster, aber weil ich auch so sicher bin. Wir wissen: Eine Untergruppe hat



eine Autoimmunerkrankung und dafür haben wir ganz viele zugelassene Medikamente. Denn Autoimmunerkrankung ist auch Rheuma, Multiple Sklerose und viele weitere. Und diese Medikamente, die haben wir auch bereits seit anderthalb Jahren in Form von Studienprotokollen, die müssen wir jetzt prüfen. Damit haben wir wahrscheinlich wirksame Therapien für einen Teil der Betroffenen. Das wird die Türen sehr weit öffnen, auch dass die pharmazeutische Industrie mit einsteigt und das ist der mittelfristige Weg, um das Problem zu lösen und auch für eine präpandemische Vorbereitung. Denn diese postinfektiösen Erkrankungen werden auch mit jeder neuen schweren Infektion wieder auftreten. Und noch zur letzten Frage: Natürlich, das ist immer so, wenn wir in der Medizin keine guten Antworten haben, dann kommen die auf den Plan, die vermeintliche Antworten haben und die damit auch Geld verdienen. Das kenne ich auch gut aus der Onkologie. Ich bin Hämato- und Onkologin und ja, da müssten wir unsere Mitbürger und Patienten eigentlich auch davor schützen. Aber wir haben natürlich auch die Freiheit – jeder kann selbst entscheiden, was er hier tun möchte und auch einnehmen möchte.

SV Carolin Kubbe: Sehr geehrte Vorsitzende, liebe Gäste, ich möchte den Blick noch mal auf die Bildung richten, und zwar an Frau Lierck. Sie haben eingangs in Ihrem Statement berichtet, dass Sie sich einen Leitfaden wünschen, da die Situation in Schulen durchaus schwierig ist mit Long COVID-Patienten. Wie würden Sie sich denn diesen Leitfaden vorstellen? Was wäre für Sie wünschenswert?

Elena Lierck (Gründerin von „NichtGenesenKids e. V.“): Vielen Dank für die Frage. Der erste Wunsch wäre: Jeder schnappt sich einfach das, was bei der Kultusministerkonferenz 2011 und 2025 festgelegt wurde, – total einfach, da steht das meiste drin, dass letztendlich die Angebote für erkrankte Kinder und Jugendliche ans häusliche Umfeld angepasst werden müssen. Es wird auf Förderschwerpunkte eingegangen. Es wird klar herausgearbeitet, dass der Bedarf an spezifischen Bildungsangeboten da sein muss, dass man die Kinder wirklich in der Schule inkludieren muss. Von daher, das könnte ich jetzt alles vorlesen, aber ich würde sagen, das schafft jeder selbst bitte, sich das mal anzuschauen und durcharbeiten. Wichtig ist vor allem, in

diesem – wenn wir es jetzt – als Leitfaden nehmen, das wieder mit den anderen chronischen Erkrankungen zusammenzupacken. Also wirklich zu schauen: Welchen Bedarf hat das Kind, was braucht es. Es gibt verschiedene Krankheitspfade, von leicht bis schwer, bis schwerstbetroffen. Dann kann man gucken: Was ist da noch möglich? Können die Kinder in der Schule ankommen? Können die nicht ankommen? Es ist wie so ein Flussdiagramm, würde ich mal sagen. Das gibt es in verschiedensten Bereichen. Warum bitte nicht ein Flussdiagramm? Ja, nein. Um es mal herunterzubrechen. Wichtig ist natürlich auch, die LehrerInnen und auch die SchülerInnen mit einzubeziehen. Die wissen in der Regel ganz gut, was sie brauchen und was sie können. Wenn man da einfach wirklich zuhört, dann, denke ich, hat man ein unglaubliches Potenzial an Möglichkeiten. Ich glaube, das ist das Leichteste, die Lehrer- als auch die Schülerkonferenzen einfach mal auf dieses Thema herunterzubrechen. Wichtig ist tatsächlich aber auch, dass man jetzt schon bestehende Punkte wie Nachteilsausgleiche einfach nimmt und guckt: Was haben wir? Ob das jetzt Rückzugsräume sind, was wir vorhin schon sagten, flexible Stundenpläne. Das ist, glaube ich, das Geringste und es braucht einfach auch diesen Druck, der weggenommen werden muss von der Präsenzpflcht. Wir haben einfach in Deutschland eine Schulpräsenzpflcht und diese Pflcht kollidiert aber mit den erkrankten Kindern und Jugendlichen. Wenn diese Kinder und Jugendlichen nicht in der Schule ankommen, weil sie nicht „regelbesuchbar“ sind, wie man das tolle Wort nennt, dann haben wir das größte Problem, dass wir dann ganz oft mit den Jugendämtern kollidieren, also nicht wir, sondern dass die Jugendämter ihrer Pflcht der Sorge der Kinder nachkommen wollen, dann aber das nächste Problem auftritt: Dass die nicht informiert sind oder sich nicht adäquat mit dem Krankheitsbild befasst haben und wir immer wieder, also wirklich regelmäßig, verzweifelte Anrufe und Anfragen haben – also nicht nur wir, sondern jede Organisation –, dass es um Inobhutnahmen von Kindern geht, die quasi aus der Familie gerissen werden sollen, weil sie vermeintlich krank gemacht werden von den Müttern oder den Vätern oder weil der Vater der Mutter nicht glaubt, dass das Kind krank ist oder auch andersrum. Und ich glaube, das ist einfach wichtig, dass man da wieder



zurückkommt, Aufklärung schafft und diesen Leitfaden einfach hernimmt und sagt: Was gibt es schon? Und sich mit allen an einen Tisch setzt.

SV Carolin Kubbe: Vielen Dank für die Ausführungen. Soweit ich weiß, ist ja Bildung eine föderalistische Aufgabe und aus dem Land Hessen gibt es bereits solchen Leitfaden beziehungsweise Herangehensweise. Also das, was Sie wiedergegeben haben, ist mir durchaus bekannt. Gibt es aus Ihrer Sicht vielleicht Best-Practice-Beispiele, die wir in den Schulen gut anwenden können?

Elena Lierck (Gründerin von „NichtGenesenKids e. V.“): Für Best Practice kann man tatsächlich immer gerne auf Bayern verweisen. Also ich sage mal, das bayerische Schulsystem im Detail, ist jetzt nicht Aufgabe, das hier auseinanderzunehmen, aber da gibt es Möglichkeiten, dass beispielsweise Abschlussprüfungen zu Hause abgemacht werden können, dass man digital Prüfungen machen kann, was ja auch zu Corona-Zeiten total großartig ging. Da haben ganze Studiengänge ihre Prüfung digital abgelegt und plötzlich, zack, ist die Pandemie vorbei, geht es plötzlich nicht mehr, aus welchen Gründen auch immer. Also da gibt es Best-Practice-Beispiele, genauso auch im Umgang mit Avataren. Da gibt es Bundesländer, wo die Datenschutzverordnung angepasst ist. Für alle zur Erklärung: Momentan ist es so, wenn ein Kind mit einem Roboter zu Hause zugeschaltet werden möchte, um im Unterricht teilzunehmen, gibt es Bundesländer, wo das entschieden werden kann, dass ein Elternteil oder ein Lehrer nicht möchte, dass das Kind aktiv dazu geschaltet wird. Und das darf nicht sein, dass einfach einer sagen kann: Nee, das ist jetzt für mich nicht in Ordnung, sondern man muss wirklich da standardisierte Dinge schaffen. Und ja, natürlich ist das ein föderalistisches Prinzip, aber wenn man von ganz oben nicht einfach mal klar herausarbeitet, dass eine Notwendigkeit da ist, dann sieht jedes Bund oder jedes Bundesland keine Notwendigkeit. Und dann vom Bundesland noch mal runtergebrochen, gibt es dann auch in jedem Bundesland noch mal 30 verschiedene Strukturen. Also ich glaube, am liebsten würde ich die Frage an Frau Piepenhagen nochmal weiterleiten, weil das ihre Kernkompetenz als Lehrerin ist. Nicht üblich, aber wäre eine gute Idee.

(Heiterkeit)

SV Carolin Kubbe: Vielen Dank für die Ausführung. Ich darf sagen: Nicht nur Bayern setzt das um, auch andere Bundesländer. Vielen Dank.

Abg. Lars Rohwer (CDU/CSU): Wenn ich noch eine Minute bekommen kann: Frau Welskop-Deffaa, ich wollte noch mal zur Pflegeeinstellung fragen. Also wir haben ja Einordnungen, dass jemand einen Pflegegrad bekommt. Gibt es da Bürokratieentlastung aus Ihrer Sicht, gerade unter dem Aspekt, den wir heute diskutieren – der Pandemie?

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Also das gibt es eindeutig. Das ganze Thema Pflege schreit danach, da noch mal im Detail draufzuschauen. Ich habe heute noch ein Gespräch gehabt zum Thema „Living Care“. Das ist ja auch so eine Konstellation im Haushalt mit einer spezifischen Unterstützung, wo ich denke, da haben schon mehrere Koalitionen versäumt, eine ordentliche gesetzliche Regelung zu schaffen, die dann auch gerade in der Krise sich bewähren könnte. Ich will, wenn Sie schon so auf die Sozialgesetzbücher schauen, hier die letzten Minuten in jedem Fall nutzen, um noch mal darauf hinzuweisen, wie sehr sich die Schutzschirme bewährt haben, wo natürlich auch im Detail entbürokratisierendere Regelungen möglich wären. Und ich bedauere es ganz besonders, dass man das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz, was sich wirklich als Türöffner bewährt hat, nicht auf Dauer gestellt hat mit so einer Reaktivierungsklausel. Jetzt müsste man bei einer nächsten Pandemie wieder bei null anfangen. So funktioniert eigentlich Bürokratiearmut nicht.

Die Vorsitzende: Vielen Dank. Es waren leider Sekunden und nicht Minuten. - Wir kommen dann zur AfD-Fraktion und Frau Dr. Baum.

Abg. Dr. Christina Baum (AfD): Vielen Dank. Ich hätte gerne eine Auskunft von Ihnen, Frau Prof. Scheibenbogen, und bedanke mich aber zuerst bei Frau Gerlinger für ihre Stellungnahme. Frau Gerlinger ist ja stellvertretende Vorsitzende der Bundesvereinigung Impfgeschädigter. In dieser Stellungnahme las ich nämlich, dass es aktuell eine Corona-Nachsorgestudie namens „Beyond COVID-19“ von mehreren Universitätskliniken, zum Beispiel Tübingen und Bonn, zum Thema Long COVID gibt. Ist Ihnen diese Studie bekannt?



Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Wiederholen Sie den Namen, bitte?

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): „Bayond“ oder „Beyond COVID-19“. Die muss aktuell laufen, so steht es in der Stellungnahme von Frau Gerlinger.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Kann ich leider nichts dazu sagen.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Können Sie nichts dazu sagen. Also, Frau Gerlinger teilt uns darin mit, dass ein Mitglied ihrer Bundesvereinigung dort mit daran teilnimmt und ich lese jetzt vor, was das Ergebnis war, was diesem Mitglied mitgeteilt wurde: „96,3 Prozent der Teilnehmer waren vor der Erstinfektion mit COVID-19 geimpft.“ Das heißt, sie waren geimpft und bekamen danach COVID-19 und entwickelten danach Long COVID. Nur 3,7 Prozent waren ungeimpft. Ich wiederhole das: 96,3 Prozent waren geimpft und entwickelten daraus dann die COVID-Infektion und anschließend Long COVID. Das widerspricht natürlich allem, was wir bisher gehört haben, dass nämlich die Ungeimpften diejenigen sind, die Long COVID bekommen. Es entspricht aber eher Ihren Daten, die Sie vorgetragen haben, Frau Scheibenbogen, dass etwa 90 Prozent, die bei Ihnen jetzt in Behandlung sind, geimpft sind. Jetzt stellt sich mir die Frage, und ich stelle sie Ihnen: Wie geht es Ihnen dabei, wenn Sie jetzt mitbekommen, dass wieder für diese COVID-Impfung geworben wird, die so viel Leid unter die Menschen gebracht hat?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Ja, vielen Dank, dass wir das hier noch mal thematisieren können. Also, Sie wollen ja jetzt aus diesen Daten schlussfolgern, dass die Impfung Voraussetzung ist, dass man Long COVID bekommt. Ich kenne jetzt nicht die genauen Daten, wie viele Menschen in Deutschland noch ungeimpft sind. Ich glaube, es sind etwa 15 Prozent. Jetzt ist es natürlich so: Die Teilnehmer an einer Studie haben natürlich grundsätzlich ein anderes Bildungsniveau. Also die Menschen, die zu uns in die Ambulanz kommen, sind viel häufiger Akademiker, das schauen wir uns natürlich auch an, auch mit höheren Impfraten. Insofern kann man natürlich aus solchen Beobachtungen Hypothesen ziehen, aber man kann keine Schlussfolgerung ziehen, dass die Impfung

eine Voraussetzung ist, dafür Long COVID zu bekommen. Ich sage es noch mal: Wir haben ja auch große Kohorten vor der Impfzeit, die keine Impfung hatten und die das Vollbild von Long COVID, ME/CFS entwickelt haben und das sieht in keiner Weise anders aus als die Kohorten, die wir ab 2022 betreuen. Und ich muss auch sagen: Solche Äußerungen sind wirklich - - sollte man auf der Grundlage sehr, sehr solider Evidenzen treffen, denn die sind auch sehr riskant, wenn Sie mal schauen, was in den USA jetzt passiert mit Herrn Kennedy, der wirklich da nicht ausreichend Expertise besitzt als Gesundheitsminister und Impfungen infrage stellt, die einen so großen Benefit bringen. Ich nenne jetzt mal als Beispiel die Masernimpfung. Das Risiko für ein ungeimpftes Kind, wenn es Masern bekommt, ist sehr hoch, dass es schwere Verläufe bekommt, eine Lungenentzündung bekommt und wir haben ganz klare Evidenzen, dass eine Enzephalopathie mit Todesfolge ein Risiko von Masern ist und dass das wirksam durch die Masernimpfung verhindert werden kann. Also ich möchte Sie einfach nur bitten und ich trete da gerne wirklich in Dialog mit Ihnen und ich bin ganz offen, weil ich bin auch wirklich daran interessiert, dass wir die Bevölkerung gut aufklären. Die Impfung ist eine der wirksamsten Präventionsmaßnahmen, die wir haben – für ganz viele Erkrankungen. Und das ist für uns eine ganz große Aufgabe, die Eltern immer wieder davon zu überzeugen. Ich erlebe inzwischen eine Verunsicherung, die durch die ganze Bevölkerung geht, die ganz wichtige Impfungen auch infrage stellen. Das kann ich ja auch verstehen. Und es ist unsere Aufgabe, das wirklich auf den Evidenzen, die wir haben, der Bevölkerung zu vermitteln, damit wir nicht für viele Menschen Schaden anrichten, insbesondere für Kinder, für ungeimpfte Kinder. Wir haben jetzt den Fall von Diphtherie gehabt, der in Berlin gestorben ist.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Danke schön, Frau Scheibenbogen, aber die Diskussion müssen Sie nicht mit mir führen, ich habe nur zitiert. Ich habe zitiert aus dieser „Beyond-Studie“. Anscheinend hören Sie gar nicht zu, es tut mir leid, aber Sie sind jetzt auch alle informiert und sollten sich deshalb mal Gedanken darüber machen, wie Sie in Zukunft damit umgehen. Aber eine ganz andere Frage habe ich noch an Sie. Wie war denn das in der Vergangenheit – und ich glaube, das ist auch noch



bei allen anderen Medikamenten so –, wenn Nebenwirkungsmeldungen, und noch dazu in dieser Menge – wir reden ja hier von Millionen –, wenn solche Nebenwirkungen an das Paul-Ehrlich-Institut gemeldet wurden von anderen Medikamenten – oder eben letzten Endes ist dieser sogenannte Impfstoff auch nur ein Medikament –, wenn sowas gemeldet wurde, war das dann nicht so, dass dieses Medikament sofort vom Markt genommen wurde, weil eben das Risiko zu erkranken einfach zu hoch ist, war das nicht so?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Also es ist so, dass nicht grundsätzlich jedes Medikament gleich vom Markt genommen wird, wenn Nebenwirkungen auftreten, weil das müssen wir uns auch klar machen, jedes Medikament hat Nebenwirkungen und jeder Impfstoff hat Nebenwirkungen. Und ich glaube, da ist ein bisschen ein Fehler in der Kommunikation passiert zu Beginn der Pandemie, dass dieser Impfstoff von einigen als absolut sicher eingestuft wurde. Das ist natürlich nicht der Fall. Wir haben in der Medizin immer eine Risiko-Nutzen-Abwägung und das ist auch die Aufgabe einer Ärztin, dem Patienten das mitzuteilen, damit der Patient auf dieser Grundlage entscheiden kann. Das ist wirklich Konsens und das gilt genauso für die Impfung und die Signale, die gemeldet wurden. Die sind ja auch auf der Seite des PEI [Paul-Ehrlich-Institut] nachlesbar.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Wir reden hier nicht von wenigen Nebenwirkungen, wir reden von hunderttausenden Geschädigten durch die Impfung.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Diese Daten kenne ich nicht.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich gebe dann gerne weiter.

SV **Dr. Michael Nehls**: Ja okay, also, dass die Impfung kaum Nebenwirkungen haben soll, was Sie da gerade behaupten, das ist schon ziemlich dreist, muss ich sagen. Abgesehen davon geht meine Frage eigentlich an Ihre Kollegin nebensächlich, die Frau – jetzt komme ich nicht auf deren Namen, noch mal gucken – Welskop-Deffaa. Sie haben ja sehr stark für diese Impfung plädiert, insbesondere eben wegen dem Drittschutz vulnerabler Gruppen – Leute die sich vielleicht auch gar nicht selbst

impfen lassen können, aufgrund von Vorerkrankungen etc. pp. Das war eine Aussage, die Sie gemacht haben in einer Stellungnahme zur Anhörung „Einrichtungsbezogene Impfpflicht“ und haben damals stark für eine hohe Verbreitung der Impfungen geworben mit dem Hinweis eben, dass nur die Impfung Drittschutz bietet. Jetzt möchte ich ganz kurz darauf hinweisen, dass es da jemanden gibt, der nicht zu den AfD-Schwurblern gehört und das ist Dr. Karl Lauterbach. Und Dr. Karl Lauterbach hat – ganz kurz, ich muss es mir kurz mal, dass ich es wörtlich wirklich zitieren kann, ich muss gerade mal eine Sekunde noch, Entschuldigung – am 8. September 2020 auf Twitter gepostet, aufgrund von Studien, die damals rauskamen, die gezeigt haben, dass ein mangelhafter Vitamin-D-Spiegel – das war eine Studie von der Uni Heidelberg – das Risiko an COVID zu sterben um Faktor 18 erhöht, und zwar einen Wert von ungefähr 30 Nanomol pro Liter. 30 Nanomol pro Liter ist übrigens der Wert, den wir im Durchschnitt im Winter hier haben, in Deutschland. 30 Nanomol erhöht das Risiko, unter 30 Nanomol um Faktor 18, weswegen das Deutsche Krebsforschungszentrum geschrieben hat. Und das war ein Chefarzt, ein Chef-, also ein „C4-Professor“ für Altersforschung und er hat geschrieben: Neun von zehn COVID-Toten könnten verhindert werden, würde man für einen ausreichenden Vitamin-D-Spiegel sorgen. Das war alles noch, bevor die Impfung startete. Und Herr Lauterbach, ich zitiere ihn hier wörtlich:

„Vitamin-D-Mangel ist auch bei anderen Infektionskrankheiten Risikofaktor, schwächt Immunkompetenz. Daher überraschen Studien nicht, dass Vitamin-D-Mangel höheres Infektionsrisiko wie auch schwereren Verlauf verursacht.“

Und er weist darauf hin, dass wir Werte erreichen müssen, die mindestens über 50 Nanomol liegen müssen und dass es ohne Nebenwirkungen sei und vor allem für Ältere von Bedeutung. Das wurde allerdings nicht gemacht, überhaupt nirgends erwogen, und ich frage mich, weshalb?

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Danke, da stimme ich Ihnen absolut zu. Diese Evidenzen sind ja klar, dass Vitamin-D-Mangel mit einem erhöhten Risiko einhergeht für Infektionen, und wir sollten die Empfehlung aussprechen, dass Vitamin D vermehrt



supplementiert wird. Aber das hat mit der Impfpflicht ja nichts zu tun. Das sind ja zwei Dinge, die nicht kausal miteinander verbunden sind.

SV Dr. Michael Nehls: Doch das sind - -

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Das sind einfach mehrere Risikofaktoren.

SV Dr. Michael Nehls: Aber Risikofaktoren können einfach nur Bedingungen sein oder eben kausal sein. Aber die Kausalität wurde bewiesen in einer Studie in Córdoba, und zwar auch noch im Jahr 2020. Es wurde gezeigt, dass Menschen, die aufgrund eines Vitamin-D-Mangels in die Klinik eingewiesen worden sind wegen schwerer COVID-Infektionen und die Frage eben bestand, Intensivstationen, ja oder nein? Wir wissen alle, Intensivstationen waren zum Großteil ein Todesurteil. Also war die Frage relevant. Eine Gruppe – das war eine randomisierte Studie – bekam „Vitamin-D-Prohormon“. Das ist ganz wichtig, weil im Krankheitsfall natürlich nur noch „Vitamin-D-Prohormon“ hilft. Diese Gruppe hatte eine Risikoreduktion, um auf die Intensivstationen zu kommen, auf den Faktor 25. Und damit war Kausalität bewiesen.

Die **Vorsitzende:** Eigentlich ist die Zeit um. Es tut mir leid. Sie haben gerade das Wort „dreist“ verwendet. Das ist kein parlamentarischer Gebrauch. Ich würde bitten, von solchen Wörtern abzusehen.

SV Dr. Michael Nehls: Dafür entschuldige ich mich.

Die **Vorsitzende:** Vielen Dank, das ist sehr nett. - Damit kommen wir zur SPD-Fraktion und Frau Seitzl bekommt das Wort, die online zugeschaltet ist.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich darf daran erinnern, dass wir heute nicht rein allein über das Thema Impfen sprechen, sondern über vulnerable Gruppen und Langzeitfolgen von Corona. Und natürlich haben die Impfungen damit zu tun, aber wir werden dazu ja noch mal eine extra Sitzung haben und uns damit auch intensiver an verschiedenen Stellen befassen. Vielen Dank an Frau Prof. Scheibenbogen trotzdem auch noch mal für ihr Appell für Impfungen ganz grundsätzlich. Ich habe eine Frage an Sie noch mal bezüglich der Erkrankung. Sie

haben gesagt, dass vor allen Dingen Frauen an Long COVID, oder dass mehr Frauen an Long COVID erkranken, dass das Risiko höher ist für Frauen, an Long COVID zu erkranken. Jetzt habe ich die Frage an Sie: Liegt es an irgendwelchen biologischen Mechanismen oder liegt es an sozialen Mechanismen, beispielsweise, weil Frauen aufgrund von Care-Arbeit weniger die Möglichkeit haben, sich während einer Corona-Infektion zu erholen? Das wäre eine These, die ich hätte. Vielleicht können Sie mir dazu was sagen.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen (Charité Universitätsmedizin Berlin): Also der Hauptgrund, warum Frauen häufiger an Long COVID erkranken, ist wahrscheinlich bedingt durch das Immunsystem. Frauen haben ein aktiveres Immunsystem und erkranken deswegen grundsätzlich häufiger an fast allen Autoimmunerkrankungen, die wir kennen. Also auch bei der Multiplen Sklerose ist es so, dass etwa drei Viertel weiblich sind und auch bei vielen anderen Erkrankungen. Das ist letztendlich ein weiterer Hinweis dafür, dass das Immunsystem eine wichtige Rolle spielt. Bei Long COVID natürlich können Aspekte, die Sie gerade genannt haben, auch noch eine zusätzliche Rolle spielen.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank. Dann geht meine Frage noch an Frau Welskop-Deffaa. Sie hatten in Ihrer Stellungnahme noch mal – und das fand ich ganz interessant – auf diese Umfrage unter Pflegepersonen aufmerksam gemacht und hatten da dargelegt, wie hoch auch die Frustration in der Pflege ist, oder war, hinsichtlich der Corona-Politik, dass manche Dinge nicht verstanden wurden, die man gemacht hat, dass man das Gefühl hatte, diese Selbstwirksamkeit nicht zu spüren. Sie haben auch selber die Diskussionen in der Caritas zum Thema Impfpflicht für pflegende Beschäftigte, also Pflegefachpersonen und im Gesundheitswesen Beschäftigte angesprochen. Welche Lehren sollten wir daraus ziehen? Also was bedeutet das für Politik oder für politische Entscheidungen, für Entscheidungen ganz generell, falls wir wieder in eine solche Situation kommen? Wie können wir sicherstellen, dass die Betroffenen, dass die Beschäftigten dann auch ein Gefühl von Selbstwirksamkeit haben?

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Ja, wir haben tatsächlich diese Umfrage gemacht, um für uns selber als



Verband die richtigen Schlüsse zu ziehen aus dem, was jetzt einige Jahre zurückliegt, und wir haben ja gemerkt, dass es schon strukturelle und institutionelle Antworten auf der Ebene unserer Gliederungen gibt, also zum Beispiel solche Krisenleitfäden haben viele Einrichtungen jetzt für sich erarbeitet, aber andere Sachen sind auch im Alltagsgeschäft untergegangen. Also viele sagen, sie hatten keine Zeit für eine grundsätzliche ethische Reflexion. Das deutet darauf hin, dass es sich lohnt, dass wir als Bundesverband so einen grundsätzlichen Reflexionsprozess noch mal anstoßen, und da lohnt es sich, glaube ich – und auf die Passage beziehen Sie sich ja – dass wir auch noch mal schauen: Lagen wir mit unseren eigenen Bewertungen richtig und ist es uns immer gelungen, unsere eigenen Bewertungen verbandlich gut genug rückzukoppeln? Und da kann man sagen, dass unsere Positionierung gerade zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht, obwohl wir sie im Vorfeld verbandlich sehr gut abgestimmt hatten, im Nachgang noch viele Fragen aufgeworfen hat. Die Umfrage macht deutlich: Heute spaltet das Thema die Belegschaften nicht mehr. Das ist schon mal eine gute Nachricht. Es hätte ja sein können, dass es bis heute fortwirkt. Das ist nicht so. Aber wir haben uns schon gefragt, wie kann das sein, dass es so lange immer wieder die Menschen umgetrieben hat, obwohl die Abwägung juristisch und epidemiologisch ja nachvollziehbar war, dass man gesagt hat, man will möglichst wenigen Menschen diese Verpflichtung auferlegen und trotzdem die besonders, medizinisch betrachtet, vulnerablen Gruppen besonders wirksam schützen. Man hatte aber offenkundig übersehen, wie sehr die Pflegekräfte gerade in den Altenhilfeeinrichtungen zu dem Zeitpunkt, nämlich im Dezember 2021, schon das Gefühl hatten: „Wir haben hier jetzt schon 24 Monate den Kopf hingehalten. Wir waren diejenigen, auf denen man alles abgeladen hat“ und diese besondere Situation muss man bei Entscheidungen neben der rein juristischen und der rein medizinischen Frage dann eben auch berücksichtigen, unabhängig davon, dass es sicher immer richtig bleibt und von den ganzen Hygienezuständigen in den Krankenhäusern und in den Altenhilfeeinrichtungen natürlich immer wieder auch beworben wird, dass zum Beispiel eine Grippeimpfung in einem Krankenhaus einen großen Schutz bietet für den ganzen Betrieb. Also

in sich war glaube ich die sachliche Abwägung richtig, aber die kommunikative Herausforderung im Dezember 2021 haben wir vermutlich unterschätzt.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank. Es ist natürlich klar, dass Sie als Präsidentin eines solchen Verbandes Ihre Aufgabe auch bewerten in der Studie, aber vielleicht hätten Sie noch Hinweise oder Ideen, was das für politische Entscheidungen, vielleicht auch politische Kommunikation, bedeutet, falls wir wieder in eine solche Situation kommen. Nicht nur mit Blick auf Impfpflicht – aber auch auf Impfpflicht –, aber generell, also es ist ja sehr viel dann einfach erwartet worden, auch von den Pflegekräften und ich kann mir vorstellen, dass der Druck unglaublich groß war, allem gerecht zu werden.

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Genau, ich meine, das Gleiche, was als Abwägung für uns intern gilt, gilt natürlich auch für die Politik. Die Frage, welche Entscheidungen man politisch für klug hält, sollte man in guter Rückkopplung mit denen treffen, die dann auch als Leistungsträger in der jeweiligen Situation gefordert sind und das haben uns die Kolleginnen und Kollegen ja auch wirklich rückgekoppelt, dass sie insgesamt eine sehr gute Zusammenarbeit zum Beispiel mit den Gesundheitsämtern hatten, aber man sich gewünscht hätte, dass Entscheidungen intensiver im Vorfeld abgestimmt worden wären und das kann ich schon als Bitte an die Politik oder als Ratschlag geben. Wenn man so lange auf die immer gleiche Personengruppe als Leistungsträger angewiesen ist, dann reicht eben nicht der Applaus, da muss man auch den Personen das Gefühl geben, sie werden als Experten und Expertinnen in eigener Sache einbezogen.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank. Ich habe keine weiteren Fragen mehr.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Dann kommen wir zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Paula Piechotta bekommt das Wort.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, auch von meiner Seite noch mal vielen Dank an alle Sachverständigen. Die grundlegenden Falschinformationen, die hier von den Vertreterinnen und Vertretern der AfD zum Thema



Impfung verbreitet wurden, werden wir sicherlich in der gesonderten Sitzung zum Thema Impfung alle aufarbeiten. Da ist so viel Unwahres verbreitet worden, das schafft man hier nicht in fünf Minuten. Meine erste Frage würde an Frau Welskop-Deffaa gehen. Sie haben jetzt einmal ausgeführt: Wer in normalen Zeiten überproportional belastet ist, der ist es in der Krise erst recht. Und das könnte ja eine ganz grundlegende Erkenntnis sein aus der Pandemie und für die nächste Pandemie. Wohnungslose, Menschen mit chronischen Erkrankungen, Menschen mit transplantierten Organen, aber genauso ganz kleine Kinder und ganz alte Menschen, die sind, selbst wenn sie nicht die primäre Zielgruppe des Virus sind, trotzdem unglaublich großen Härten ausgesetzt. Braucht es aus Ihrer Sicht in der nächsten Krisensituation, die ja nicht zwingend eine Pandemie sein muss, einen Check bei allen Gesetzesvorhaben und Maßnahmen, die man dann trifft, die die Rechte und auch die Notwendigkeiten des Schutzes für vulnerable Gruppen gleich am Anfang legislativ mitdenkt?

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Also ich war ja auch als Beraterin bei der „Initiative Staatsmodernisierung“ dabei, wo wir versuchen, Gesetzgebungsverfahren noch mal zu vereinfachen und deutlich zu machen, dass sie praxisgerecht gestaltet werden sollen. Ich bin immer ein bisschen vorsichtig, zu viele Checks einzubauen – gerade in der Krise muss man ja irrsinnig schnell sein. Ich glaube, die noch wirkungsvollere Antwort wäre, einfach von vornherein unseren Sozialstaat als einen präventiven Sozialstaat zu erhalten und zu verstehen und nicht in der Phase, wo es gerade mal ein bisschen weniger kritisch zu sein scheint, alles Mögliche abzubauen, sondern gerade die vulnerablen Gruppen sind darauf angewiesen, dass die Strukturen so vorhanden sind, dass sie in diesen Strukturen die Hilfe wirklich bekommen.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank für die Antwort. Jetzt würde ich Ihnen aber entgegen, dass sich insbesondere auch in der Pandemie gezeigt hat, dass genau solche Strukturen eben auch ad hoc geschlossen wurden, sodass insbesondere dieser präventive Ansatz, den man ja sehr gut finden kann, gegebenenfalls halt in einer akuten

Krisensituation in der Realität des deutschen Gemeinwesens vielleicht nicht funktioniert. Und deswegen die Frage, wenn Sie sagen, Sie wollen das möglichst bürokratiearm gestalten. In der Pandemie ist es ja offensichtlich nicht gelungen, von Anfang an zum Beispiel beim Schließen der Spielplätze die Rechte von Kindern tatsächlich zu würdigen. Und es ist anscheinend auch nicht gelungen, die Betroffenen von häuslicher Gewalt von Anfang an ausreichend mitzudenken. Das heißt, was waren denn damals zum Beispiel Stimmen, die das von Anfang an gesagt haben, dass zum Beispiel alte Menschen nicht allein sterben sollten, die dann aber eben nicht gehört wurden? Und wie kann aus Ihrer Sicht rückblickend gegebenenfalls gewährleistet werden, dass sie das nächste Mal besser gehört werden?

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Also, da Sie mir widersprochen haben, muss ich Ihnen auch noch einmal widersprechen. Ich finde schon, dass das eine der ganz großartigen Leistungen war, dass wir mit den Schutzschirmen, ich habe das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz schon genannt, aber auch die Schutzschirme nach SGB V und XI, dass wir es geschafft haben, die soziale Infrastruktur eigentlich ununterbrochen funktionsfähig zu halten. Und weil sich unsere Kollegen und Kolleginnen in den Einrichtungen keine Gedanken darüber machen mussten oder wenig Gedanken darüber machen mussten, ob die Refinanzierung dann auch geleistet wird, selbst wenn sie das Angebot anders erbringen als ursprünglich gedacht, hatten sie die nötige Kreativität und Energie, um nach alternativen Leistungsformen Ausschau zu halten. Und das ist wirklich in den Angeboten der Freien Wohlfahrtspflege umfassend gelungen. Das muss ich einfach so sagen. Das ist die Erfolgsgeschichte, die zu erzählen ist. Die Sache mit den Spielplätzen und mit der Frage, wie man mit den älteren Menschen umgeht, da glaube ich tatsächlich, dass diese Diskussionen ja vor Ort geführt wurden. Und da wird es große regionale Unterschiede geben. Und das, was ich gesagt habe, dass es wichtig ist, dass Führungskräfte da sind, die Verantwortung übernehmen, die die Freiheit für sich verspüren, klar ihre Stimme zu erheben, die ihren Mitarbeitenden den Rücken stärken, wenn sie sagen, wir machen in unserer Jugendhilfeeinrichtung jetzt trotzdem den Ausflug



oder so, darauf kommt es an, nicht noch mehr Bürokratie, nicht noch mehr Vorschriften, sondern Ermutigung, den eigenen Kompetenzen zu folgen.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde Ihnen nicht widersprechen wollen, dass das bestimmt bei Ihnen im Gesamtverband an jeder Stelle gelungen ist. Aber wenn ich mir beispielsweise Alkoholiker anschau, die dann in dieser Zeit eben keine durchgängigen Therapieangebote hatten und, und, und, dann haben die deutschen Angebote des deutschen Sozialstaats in der Pandemie eben nicht durchgehend funktioniert. Aber natürlich war es gut, dass sie zumindest durchgehend finanziert wurden. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Gut. - Damit kommen wir zur Fraktion Die Linke und Prof. Rosenbrock.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Ja, vielen Dank. Ich habe eine Frage an Frau Welskop-Deffaa. Sie haben die hohe Bedeutung des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes hervorgehoben und gesagt, dass wir so etwas für die nächste Herausforderung ebenso wieder brauchen, wie wir die Schutzschirme wieder brauchen. Herr Lange hat dafür plädiert, auf Knopfdruck einen Krisenmodus auslösen zu können. Das passt ja zusammen. Halten Sie es für notwendig oder auch möglich, so etwas wie das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz in Reserve zu halten? Oder ist es nicht vielmehr so, dass wir bei der nächsten Krise möglicherweise ein anderes Gesetz brauchen?

Eva-Maria Welskop-Deffaa (Deutscher Caritasverband e. V.): Also, ich kann mir nicht vorstellen, dass es schädlich wäre, das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz so auf Vorrat im Gesetzesrahmen integriert zu haben, dass es auf bestimmte Kriterien hin automatisch aktiviert wird. Das würde uns zumindest Zeit sparen. Ich meine, wir erinnern uns beide daran, wie wir uns Tage und Nächte um die Ohren geschlagen haben, um in Abstimmung mit dem BMAS und dem Kanzleramt das Gesetz in dieser Form dann doch auf den Weg zu bringen. Nun kann ich das am Ende in meinen Memoiren schreiben. Aber ich würde mir wünschen, dass meine Nachfolger und Nachfolgerinnen das nicht nötig haben, sondern dass man aus der Krise lernt und es dann schon da ist, auch wenn man es dann vielleicht modifizieren muss.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Vielen Dank.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Ich würde mich mit einer Frage an Herrn Lange noch einmal anschließen. Wir hatten es bei der letzten Enquete-Sitzung schon gehabt, zumindest angedeutet, dass es bestimmte Bereiche gab, die von den Maßnahmen besonders betroffen waren – also jetzt geht es um die Maßnahmen, nicht um die Krankheit selbst – und andere weniger. Nachdem ich auf die Betroffenen und auf die sozialen Unterschiede in der Betroffenheit hingewiesen habe, wollte ich Sie noch einmal fragen, ob es auch Ihres Erachtens in der Pandemiebekämpfung politische Prioritäten gab, die unausgewogen waren. Also etwa zwischen dem Funktionieren von Wirtschaftsbetrieben auf der einen Seite und dem Gesundheitsschutz von Geringverdienern auf der anderen Seite. Also ich meine das beste Beispiel ist, wir konnten alle im Homeoffice arbeiten. Auch hier im Bundestag waren viele Möglichkeiten gesetzt und der Herr Tönnies ist vielleicht immer noch dem einen oder anderen ein Begriff. Würden Sie auch sagen, dass auch die Pandemiebekämpfung sozial unausgewogen war?

Holger Lange (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Vielen Dank für die Frage. Sie führt zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die soziale Ungleichheit hat sich, wenn man sich die Einkommen anschaut, durchaus verstärkt. Und Sie haben richtig gesagt: Als Akademikerfamilie kann man Homeschooling gut machen. Wenn man im Homeoffice arbeiten kann, ist man weniger den Risiken ausgesetzt und nur diejenigen, die überhaupt Steuern zahlen, können auch von Steuern profitieren. Wir haben auch festgestellt, dass Beamte besonders selten von Armut betroffen waren und dass Homeoffice eine armutsschützende Wirkung hat. Das ist so. Insoweit waren die vulnerablen Phasen im Lebensverlauf – wenn man einen Lebensverlauf jetzt hatte – stark betroffen. Und vielleicht ein Letztes: Auch sicherlich Infektionsrisiken, wie kann man die reduzieren? Indem man vor allen Dingen kostenfreie Bürgertests durchführt, kostenfreie PCR-Tests, und dass man auch in der Pflegesituation den Angehörigen, die besuchen wollen, sicherlich auch hier diese kostenlosen Tests anbietet, damit auch ein Zugang zu den zu pflegenden Angehörigen ermöglicht wird. Insoweit ist das ein ganzes Bündel, was man da mitdenken sollte und vor



allem für die nächste Pandemie berücksichtigen
sollte. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Eine Punktlandung. Ganz
herzlichen Dank. Mir bleibt am Ende der Beratung
Ihnen allen, auch denen, die zugeschaltet sind,
herzlich zu danken für Ihre Teilnahme heute, für
die Zeit, die Sie mit uns verbracht haben, für die
Expertise, die Sie mit uns geteilt haben. Das wird
in die Arbeit der Enquete-Kommission weiter
einfließen. Ich darf damit die Sitzung schließen.
Die nächste Sitzung der Enquete-Kommission
findet am 1. Dezember 2025 statt. Herzlichen Dank.
Schönen Abend an alle.

Schluss der Sitzung: 17:00 Uhr

gez.
Franziska Hoppermann, MdB
Vorsitzende



Verweise auf Stellungnahmen der Sachverständigen im Anlagenkonvolut

Ramona Gerlinger
Kom-Drs. 21(27)8

Holger Lange
Kom-Drs. 21(27)9

Eva-Maria Welskop-Deffaa
Kom-Drs. 21(27)10

Ricarda Piepenhagen
Kom-Drs. 21(27)11

Elena Lierck
Kom-Drs. 21(27)13