



Kommissionsdrucksache 21(27)9
vom 7. November 2025

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Stellungnahme

Öffentliche Anhörung

zum Thema

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

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Thema:

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

im Rahmen der öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission
„Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige
pandemische Ereignisse“ des Deutschen Bundestages am
10. November 2025

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Bundesrechtsabteilung
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon:
Telefax:
E-Mail:

Berlin, 07.11.2025

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über 2,3 Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen und Umgang mit Langzeitfolgen (Long-Covid/Post-Vac)

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Mitglieder,
sehr geehrte Sachverständige der Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“,

die Corona-Pandemie hat Deutschland tiefgreifend verändert – und ihre Folgen dauern an. Wir haben erlebt, dass unser Sozialstaat in der Lage ist, Menschen und Institutionen in einer beispiellosen Gesundheits- und Wirtschaftskrise zu stützen. Zugleich traten Bruchlinien deutlich zutage: Ungleichheiten haben sich verfestigt, und Menschen am Rand der Sicherungssysteme fielen häufiger durchs Raster. Besonders hart getroffen waren Menschen mit Behinderungen, mit chronischen Erkrankungen und Hochaltrige – Gruppen, deren Schutz nicht nur eine moralische, sondern auch eine völkerrechtliche Verpflichtung ist: **Artikel 11 der UN-Behindertenrechtskonvention** verpflichtet uns ausdrücklich dazu. Diese ambivalente Bilanz bildet den Ausgangspunkt meiner Bewertung als Sachverständiger: Wie schützen wir vulnerable Gruppen künftig wirksamer – und wie gehen wir mit Langzeitfolgen (insbesondere Long-Covid und Post-Vac) klug, fair und praxistauglich um?

Wenn wir von Vulnerabilität sprechen, müssen wir medizinische und soziale Dimensionen zusammen denken.

Medizinisch zählen dazu Hochaltrige, Pflegebedürftige, Menschen mit Multimorbidität und Menschen mit Behinderung. Sozial betrachtet gehören dazu Geringverdienende, Menschen mit niedriger Bildung und niedriger beruflicher Stellung, viele Alleinerziehende sowie zahlreiche Rentnerinnen und Rentner. Für diese Gruppen war das Armutsriskiko in der Pandemie nachweislich höher; ihre finanziellen Sorgen stiegen früher und stärker, und staatliche Entlastungsmaßnahmen kamen bei ihnen nicht in gleichem Maße an. Besonders (Solo-)Selbstständige berichteten deutlich häufiger von Einkommenseinbußen. Die **Lehre** daraus ist eindeutig: **Der Sozialstaat schützt**

in erster Linie das Normalarbeitsverhältnis – wer außerhalb klassischer Erwerbsarbeit steht, ist nach wie vor unzureichend abgesichert.

Gleichzeitig will ich hervorheben, was funktioniert hat.

Das Instrument der **Kurzarbeit** hat Massenarbeitslosigkeit verhindert und Einkommen stabilisiert; dort, wo Arbeitgeber aufstockten, wirkte es besonders existenzsichernd. Auf institutioneller Ebene hielten **Rettungsschirme** Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen sowie andere Leistungserbringer arbeitsfähig; Minderbelegungsausgleiche und flexible Leistungszuordnungen verhinderten Insolvenzen und sicherten Behandlungskapazitäten. Das war entscheidend, weil planbare Eingriffe zurückgestellt wurden und Patientinnen und Patienten aus Angst vor Ansteckung Kliniken mieden. Reha- und Vorsorgeeinrichtungen konnten zeitweise Krankenhausbehandlungen oder Kurzzeitpflege übernehmen – ein Beispiel gelebter Krisenelastizität.

Diese Stabilisierung hatte jedoch Lücken und einen Preis.

Sie begünstigte vor allem diejenigen, die bereits in die Sozialversicherungssysteme eingebunden waren. Geringfügig Beschäftigte und viele Solo-Selbstständige blieben – trotz einzelner Hilfsprogramme – zu oft außen vor. Die Konsequenz daraus liegt auf der Hand: Wir brauchen eine obligatorische Mindestabsicherung für Selbstständige in Arbeitslosen- und Rentenversicherung sowie Regelungen, die Care-Arbeit (Sorgearbeit) als reale, existenzsichernde Arbeit anerkennen.

Besonders deutlich sichtbar werden die Herausforderungen im Bereich **Pflege**, in dem medizinische und soziale Schutzaufgaben kulminieren. Pflegebedürftige gehören zur Hochrisikogruppe, leben häufig in Heimen und sind auf stabile Beziehungen und verlässliche soziale Kontakte angewiesen. Der Zielkonflikt war dramatisch: Infektionsschutz gewährleisten und zugleich eine würdevolle, qualitätsgesicherte Pflege sicherstellen – bei ohnehin angespannter Personalsituation. Der Gesetzgeber hat Pflegeeinrichtungen punktgenaue Erstattungsansprüche eröffnet, Verfahren entbürokratisiert, Begutachtungen erleichtert und Kurzzeitpflege flexibilisiert.

Belastungen in Familien

Eine weitere zentrale Lehre betrifft die ungleiche Verteilung der **Belastungen in Familien**. Mit der Schließung von Schulen und Kitas stieg die **Betreuungsarbeit in den Haushalten** massiv an. Väter beteiligten sich zwar zunächst stärker, der Effekt war jedoch nicht nachhaltig. Am Ende trugen vor allem Mütter den Großteil der zusätzlichen Sorgearbeit. Dass diese unbezahlte Sorgearbeit sozialstaatlich kaum abgebildet wurde, ist eine der großen Leerstellen der Krisenpolitik. Für künftige Krisen müssen wir das korrigieren – mit Leistungsansprüchen und Schutzmechanismen, die Betreuungs- und Pflegearbeit ausdrücklich einbeziehen.

Langzeitfolgen

Long-Covid und Post-Vac

Betroffene benötigen im Kern drei Dinge: Erstens **frühe** Erkennung und verlässliche Orientierung, zweitens klare **Versorgungspfade** bis hin zu Reha und Teilhabe, drittens eine transparente, vereinfachte soziale **Absicherung** und – wo gerechtfertigt – soziale Entschädigung.

Medizinische Versorgung

Die Pandemie hat gezeigt, wie wichtig flexibel aktivierbare Strukturinstrumente sind. Für die Zukunft brauchen wir einen institutionalisierten „Pandemie-Modus“, mit dem diese Instrumente auf Knopfdruck reaktiviert werden können. Zudem benötigen wir **Lotsenstellen**, die Betroffene von der Diagnostik in die passenden Versorgungspfade begleiten – idealerweise angesiedelt bei Krankenkassen oder kommunalen Stellen mit ausgewiesener Schnittstellenkompetenz.

Soziale Absicherung

Langzeitfolgen gehen häufig mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit und unsicheren Erwerbsperspektiven einher. Die Diagnose „Long-Covid“, die zunächst ärztlich gestellt werden muss, führt Betroffene durch ein fragmentiertes System sozialer Absicherung und durch nahezu alle relevanten Sozialgesetzbücher mit jeweils eigenen Zuständigkeiten. Ist die richtige Stelle gefunden, orientieren sich die Verfahren weiterhin an Standardvoraussetzungen; spezifische Bedarfe von Menschen mit Langzeitfolgen werden nur unzureichend berücksichtigt. Es fehlt an klaren Kriterien für diese besondere Bedarfslage, an systematischer Auswertung aktueller medizinischer Forschung und an qualifizierten Gutachterinnen und Gutachtern. Leistungen werden häufig wegen hoher Kausalitätsanforderungen abgelehnt. Unsere Erfahrungen in den VdK-Rechtsberatungen zeigen bundesweit steigende Fallzahlen, und auch die Sozialgerichtsbarkeit rechnet mit mehr Verfahren. Für Post-Vac-Fälle existiert zwar ein Anspruchssystem nach dem Infektionsschutzgesetz, doch auch hier erschweren hohe Kausalitätshürden den Zugang. So droht medizinischer Unterversorgung soziale Unsicherheit zu folgen.

Was bedeutet Schutz in der nächsten Pandemie konkret?

Schutz heißt **Inklusion** – von Anfang an. Er beginnt mit Informationen, die alle erreichen, setzt sich fort in Strukturen, die Teilhabe auch im Krisenmodus sichern, und endet nicht mit dem Abklingen der akuten Welle, sondern umfasst auch die gerechte Anerkennung und Versorgung von Langzeitfolgen.

1. **Barrierefreie Krisenkommunikation** ist kein Zusatz, sondern verpflichtender Standard. Staatliche Informationen – von Bund über Länder bis zu den Kommunen – müssen zeitgleich in Deutscher Gebärdensprache, Braille, Leichter und Einfacher Sprache verfügbar,

gut auffindbar und ohne Medienbrüche zugänglich sein. Krisenkommunikation darf nicht voraussetzen, dass alle über das neueste Smartphone verfügen. Barrierefreiheit ist ein Schutzinstrument – sie entscheidet darüber, ob Menschen Vorsorgehinweise rechtzeitig verstehen und Impftermine wahrnehmen können.

2. **Teilhabe** in Pflege-, Wohn- und Behinderteneinrichtungen gewährleisten. Schutzkonzepte dürfen nicht faktisch zur Isolation führen. Schutz und Teilhabe müssen zusammen gedacht und umgesetzt werden. Es ist inakzeptabel, Menschen mit Behinderung, chronisch Kranken oder Älteren besonders strenge Regeln aufzuerlegen, damit im Gegenzug für den Rest der Bevölkerung weitreichende Lockerungen möglich sind.
3. Pflegeeinrichtungen **resilient** machen. Pflege ist der Brennpunkt, an dem medizinische und soziale Schutzanforderungen zusammenlaufen. Schutzkonzepte brauchen eine solide finanzielle Unterlegung, qualitätsgesicherte Flexibilitäten und Personalreserven, die im Krisenfall aktiviert werden können. Teilhabe der Pflegebedürftigen muss auch dann gewährleistet sein.
4. **Antidiskriminierung** bei knappen Intensivressourcen. In Mangelsituationen darf es keine Benachteiligung aufgrund von Behinderung, Alter oder Vorerkrankungen geben. Ex-post-Triage bleibt ausgeschlossen. Es braucht präzise, rechtsklare Regelungen, die Würde und Gleichbehandlung wirksam schützen.
5. **Daten mit sozialer Differenzierung**. Wir benötigen robuste Frühwarnsysteme, die nicht nur Incidenzen und Intensivbetten ausweisen, sondern auch die Lage vulnerabler Gruppen erfassen – etwa in Pflegeeinrichtungen, bei Geringverdienenden, Menschen mit Behinderung, nach Wohnform oder Familiensituation. Nur so lässt sich erkennen, wo Entlastungsmaßnahmen wirken und wo sie vorbeigehen.
6. **Niedrigschwellige Zugänge** sichern. Testungen, Impfungen, Prophylaxe und Quarantäne müssen flächendeckend, ohne Hürden und insbesondere für Menschen mit Behinderung erreichbar sein. In der Grundsicherung wurden zentrale Mehrbedarfe nur punktuell oder einmalig aufgefangen. Künftige Krisenpakete sollten regelgebundene Mehrbedarfe festlegen statt einmaliger Pauschalen.
7. Absicherungslücken schließen. Eine **obligatorische Mindestabsicherung** für Selbstständige in der Arbeitslosen- und Rentenversicherung erhöht die gesellschaftliche Resilienz. Je universeller die Sozialversicherung aufgestellt ist, desto weniger besteht die Notwendigkeit improvisierter Sonderregelungen.
8. **Reha vor Rente** sichern – ohne Leistungsbrüche. Das Leitprinzip „Reha vor Rente“ gilt auch in Krisenzeiten. Erforderlich sind nahtlose Leistungsübergänge statt Versorgungslücken.

9. **Lotsenstellen** für Menschen mit Langzeitfolgen. Betroffene benötigen qualifizierte Ansprechstellen – idealerweise bei Kassen oder Kommunen –, die durch Diagnostik-, Antrags- und Leistungswege führen.
10. Handlungsfähiges **Krisenrecht** unter parlamentarischer Kontrolle. Die Vielzahl von Verordnungen in der Pandemie hat die Komplexität gezeigt. Für die Zukunft brauchen wir einen klar strukturierten gesetzlichen Baukasten, eindeutige Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern und verbindliche parlamentarische Rückkopplung – handlungsfähig, aber kontrolliert. Ziel ist ein Krisenrecht, das schnell greift, ohne unnötig aufzublähen.
11. Ein „**Pandemie-Modus“ auf Abruf**. Wir brauchen einen schaltbaren Pandemie-Modus mit klar definierten Rechts- und Finanzinstrumenten: Telemedizin, Videosprechstunden, telefonische Krankschreibung, digitale und barrierefreie Antragswege, geschützte Datenflüsse – standardisiert, erprobt und jederzeit aktivierbar. Das verhindert hektische Ad-hoc-Lösungen und schafft Planungssicherheit für Leistungserbringer und Betroffene.
12. Fair gestaltete **Finanzarchitektur**. Die Rettungsschirme im Gesundheits- und Sozialbereich haben zu Recht die Infrastruktur gesichert. Künftig muss die Finanzierungsarchitektur so ausgestaltet sein, dass Pandemielasten nicht einseitig von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung getragen werden.
13. **Sorgearbeit** sichtbar machen und absichern. Wer Kinder betreut, Angehörige pflegt oder beides leistet, trägt wesentlich das Funktionieren von Gesellschaft und Wirtschaft. Familien und pflegende Angehörige tragen in Krisen überproportionale Lasten. Wenn Schulen schließen, Kitas ausgedünnt arbeiten oder Pflegeleistungen ins häusliche Umfeld verlagert werden, braucht es automatische Schutzmechanismen, flexible Leistungsansprüche, einfache Antragswege und unbürokratische Bewilligungen. Erst wenn Sorgearbeit systematisch im Krisenleistungsrecht abgebildet ist, sind Familien tatsächlich geschützt.
14. **Bildungsteilhabe** sichern. Die pandemiebedingten Schulschließungen haben verdeutlicht, wie schnell Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Kinder mit Behinderung von gleichberechtigter Bildungsteilhabe ausgeschlossen werden können. Es braucht eine kostenlose technische Ausstattung, die im Pandemiefall allen Schülerinnen und Schülern – unabhängig von Gesundheitszustand und sozialem Status der Eltern – die Teilnahme am Unterricht, insbesondere über E-Learning, ermöglicht. Bei Bedarf ist Schulassistenz für Kinder mit Behinderung auch beim Lernen zu Hause sicherzustellen.
15. **Spezifische Bewertungsmaßstäbe** für Long-Covid und Post-Vac. Bei Sozialleistungen mit medizinischen Zugangsvoraussetzungen brauchen Patientinnen und Patienten mit Long-Covid oder Post-Vac endlich angepasste, klare Bewertungsmaßstäbe, damit dringend benötigte Leistungen einfacher und verlässlicher gewährt werden können.

Unser Ansatz

Kehren wir zum Thema Langzeitfolgen zurück – ganz praktisch. Für Long-Covid und Post-Vac schlagen wir einen **bundesweit verfügbaren Standardpfad** vor: hausärztliche Erstabklärung mit validierten Screenings, bei Bedarf interdisziplinäre Diagnostik, Reha-Zuweisung mit Fokus auf Funktionsverbesserung und Teilhabe sowie besondere Expertise bei Erschöpfungssyndromen und kognitiven Einschränkungen. Parallel dazu sollen Lotsen Betroffene durch das komplexe Leistungs- und Antragsgefüge begleiten – idealerweise in einem System, das selbst bereits klarer strukturiert ist. Für Post-Vac gilt: Entschädigungsansprüche nach **Infektionsschutzrecht** müssen mit einer sachgerechten medizinischen Bewertung und verlässlichen sozialen Absicherung verzahnt werden. So lassen sich Frustrationen reduzieren und das Vertrauen in Medizin und Staat stärken.

Meine abschließende Botschaft ist klar: **Schutz beginnt sozial**. Wer vor der Krise verletzlich oder ungeschützt war, war in der Krise am stärksten gefährdet – und manche sind es bis heute. Wenn wir die Lehren aus Corona konsequent ziehen, schließen wir Versorgungslücken bei Langzeitfolgen, beseitigen Absicherungslücken, stärken Pflegeeinrichtungen durch kluge, finanziell hinterlegte Flexibilitäten und schaffen eine Rechts- und Finanzarchitektur, die im Ernstfall schnell und gerecht greift. So wird die nächste Krise nicht leichter, aber **beherrschbarer** – für alle, insbesondere für die Verwundbarsten.

Vielen Dank.