



Wortprotokoll der 18. Sitzung

Parlamentarisches Begleitgremium COVID-19-Pandemie

Berlin, den 24. Juni 2021, 15:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung (Paul-Löbe-
Haus, Saal E 300) und Webex-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Rudolf Henke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

Langzeitwirkungen und gesundheitliche Risiken einer COVID-19-Erkrankung (Long-COVID)

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Albani, Stephan Heilmann, Thomas Henke, Rudolf Lenz, Dr. Andreas Rief, Josef Warken, Nina Weinberg (Hamburg), Marcus	Helfrich, Mark Körber, Carsten Landgraf, Katharina Monstadt, Dietrich Müller, Axel Rupprecht, Albert Weiß (Emmendingen), Peter
SPD	Fahimi, Yasmin Hartmann, Sebastian Mattheis, Hilde Poschmann, Sabine Stadler, Svenja	Budde, Katrin Özdemir (Duisburg), Mahmut Rawert, Mechthild Schmidt (Wetzlar), Dagmar Yüksel, Gülistan
AfD	Münzenmaier, Sebastian Peterka, Tobias Matthias Schlund, Dr. Robby	Oehme, Ulrich Schneider, Jörg Wirth, Dr. Christian
FDP	Helling-Plahr, Katrin Houben, Reinhard	Höferlin, Manuel Westig, Nicole
DIE LINKE.	Kipping, Katja Löttsch, Dr. Gesine	Jelpke, Ulla Müller (Potsdam), Norbert
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Schulz-Asche, Kordula	Brantner, Dr. Franziska Rottmann, Dr. Manuela



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Tagesordnungspunkt

Langzeitwirkungen und gesundheitliche Risiken einer COVID-19-Erkrankung (Long-COVID)

Beginn der Sitzung: 15:30 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen, sehr geehrter Herr Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit Dr. Gebhart. Ich begrüße Sie sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung des Parlamentarischen Begleitgremiums COVID-19-Pandemie, welche eine Mischung aus Präsenz Sitzung und Online-Meeting mit den Sachverständigen ist. An die zugeschalteten Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorab der Hinweis, sich bitte mit ihrem Namen anzumelden. Wir betrachten die Teilnehmerliste im Webex-System als Nachweis für die Sitzungsteilnahme. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich. Meine Damen, meine Herren, in der heutigen Anhörung geht es um das Thema Langzeitwirkungen und gesundheitliche Risiken einer COVID-19-Erkrankung (Long-COVID). Jede Corona-Infektion birgt das Risiko langfristiger gesundheitlicher Schäden, aber die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu diesen Spätfolgen sind noch sehr im Fluss. Bei den Symptomen gibt es ein breites Spektrum. Ich habe gelesen, dass es inzwischen 50 verschiedene beschriebene Symptome geben soll. Besonders hervorzuheben ist das Fatigue-Syndrom, eine chronische Erschöpfung. Symptome sind auch Depressionen oder Kurzatmigkeit, Muskelschwäche oder sensorische Störungen bei Geschmack und Geruch. Long-COVID ist eine große Herausforderung, weil die Erscheinungsformen so vielschichtig sind. Unser Gesundheitssystem und die Betroffenen werden zumindest mittelfristig, wenn nicht sogar langfristig vor diese große Herausforderung gestellt sein. Im Mittelpunkt steht das Bemühen um eine frühe und möglichst gute Behandlung der Betroffenen. Zugleich erscheint es aufgrund des bisher noch begrenzten und in der Entwicklung befindlichen Wissensstandes wichtig, die unterschiedlichen Erkenntnisse der Langzeitfolgen auf breiter Basis verfügbar zu machen. So kann das behandelnde Fachpersonal schnell darauf zugreifen. Aufgrund der Bandbreite der Symptome ist es sinnvoll, dass sich die Fachärztinnen und -ärzte

der unterschiedlichen Bereiche noch stärker austauschen und enger zusammenarbeiten. Wegen der Vielzahl der Symptome ist damit zu rechnen, dass ganz unterschiedliche Disziplinen primär angesprochen werden, wenn Patientinnen und Patienten Hilfe suchen. Mit diesem bedeutsamen Thema wollen wir uns im Gespräch mit den Sachverständigen näher befassen. Bevor wir anfangen, will ich kurz den Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörungszeit beträgt insgesamt 90 Minuten. Diese 90 Minuten wurden auf die Fraktionen nach einem von den Obleuten vereinbarten Schlüssel verteilt. Nach diesem Schlüssel werde ich die Fraktionen in einer festgelegten Reihenfolge aufrufen. Das Zeitkontingent für jede fragende Fraktion beträgt in jeder Runde zwischen vier und sieben Minuten. Das werde ich jeweils zu Beginn ankündigen. Im Rahmen dieses Minutenkontingents kann die aufgerufene Fraktion so viele Fragen stellen, wie sie möchte. Dabei umfasst das jeweilige Zeitkontingent die Fragen und Antworten. Wenn eine Fraktion ihr Kontingent nicht ausschöpfen will, kann sie die nicht verbrauchten Minuten auf die nächste Frageunde übertragen. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können viele Fragen gestellt und beantwortet werden. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Fragen daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten, sich mit Namen vorzustellen und gegebenenfalls ihren Verband oder ihre Institution zu nennen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für uns auf dem Videowürfel im Saal zu sehen und zu hören. Die heutige Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen. Im Nachgang wird das Wortprotokoll auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht, sobald es fertiggestellt ist. Ich danke den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Dann können wir mit den Fragerunden der Fraktionen beginnen. Es beginnt die Fraktion der CDU/CSU mit dem Kollegen Peter Weiß.

Abg. **Peter Weiß** (CDU/CSU): Ich möchte mich gerne an die Deutsche Rentenversicherung (DRV) und an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) wenden. Diese wird durch Herrn Brandenburg vertreten. Meine erste Frage: Sind wir von den Rehabilitationsangeboten bereits auf Covid-Langzeitpatienten oder Langzeiterkrankte, die einen entsprechenden



Reha-Bedarf haben, eingerichtet oder treffen Sie entsprechende Vorbereitungen? Speziell an die BGW die Frage: Haben wir schon Fälle, in denen Covid-Erkrankte diese Erkrankung als Berufskrankheit aufgrund eines betrieblichen Zusammenhanges geltend gemacht haben?

Sve Dr. Susanne Weinbrenner (Deutsche Rentenversicherung Bund): Die Rehabilitation ist von ihrem Ansatz her professionell multimodal aufgestellt. Sie orientiert sich am bio-psychisch-sozialen Krankheitsmodell. Das heißt, wir fokussieren uns auf Teilhabestörungen und Funktionseinschränkungen und können jetzt schon unabhängig von der Grunderkrankung allen Menschen mit Covid, Post-Covid und Long-COVID ein Angebot machen. Wir haben noch keine ausreichenden Erkenntnisse darüber, wie sich im Langzeitverlauf im Einzelnen die Krankheit darstellt. Deswegen haben wir Forschungen zu diesen Themen. Grundsätzlich gibt es für Menschen mit diesen Erkrankungsbildern gute Angebote in der Rehabilitation.

SV Prof. Dr. Stephan Brandenburg (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)): Ich komme gerne auf die Frage von Herrn Weiß zur Anerkennung zurück. Ich schildere Ihnen das Geschehen bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, das für das gesamte Geschehen in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung für Meldungen und Anerkennungen prägend ist. Zudem vertreten wir den Gesundheitsdienst und die Wohlfahrtspflege. Inzwischen haben wir alleine bei der BGW über 60 000 anerkannte Versicherungsfälle. Sie können für den Rest der gesetzlichen Unfallversicherung ungefähr noch einmal die Hälfte dazurechnen. Das verdeutlicht die Dimension. Ganz überwiegend sind das anerkannte Berufskrankheiten und anerkannte Arbeitsunfälle. Das ist auch wichtig zur Einordnung. Was sind die dominierenden Berufe? Dominierend ist die Pflege in Krankenhäusern, alleine in Pflegeeinrichtungen mit rund 40 000 anerkannten Fällen. Im Weiteren geht das in eine recht breite Spreizung: ärztliches Personal, Betreuungsberufe, Kita-Beschäftigte, Hilfskräfte und Reinigungskräfte und dergleichen. Diese machen das gesamte Geschehen aus. Das ist also unser Rahmen. Nun zurück zur Frage von Herrn Weiß: Wie steht es mit der Rehabilitation? Hier darf ich an Dr. Weinbrenner anschließen. Es

gibt interdisziplinäre Angebote und die nutzt die BGW auch gerne. Bei uns ist das in einem Programm vernetzt. Das geht von der ersten Ansprache der betroffenen Versicherten über ambulante Betreuung, spezielle diagnostische Maßnahmen bis hin zur Inanspruchnahme spezieller Reha-Maßnahmen. Die Zusammenarbeit mit der DRV haben wir an dieser Stelle über verschiedene Kliniken. Zudem haben wir auch eigene Kliniken zur Durchführung solcher Reha-Programme. Die Disziplinarität ist entscheidend. Davor steht eine hervorragende diagnostische Abklärung, damit man die Reha in die richtige Richtung bringen kann. Das ist nicht nur Theorie, sondern findet bereits statt. Wir nutzen die Angebote der Kliniken, auch der DRV, um gerade für die betroffenen Pflegekräfte das Beste zu tun.

Abg. Peter Weiß (CDU/CSU): Gerne würde ich den GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) fragen. Welche statistischen Angaben liegen bei Häufigkeit und Schwere von Long-COVID-Erkrankten vor?

SV Dr. Bernhard Egger (GKV-Spitzenverband): Die Angaben in der wissenschaftlichen Literatur über die Häufigkeit von Long-COVID-Erkrankungen schwanken sehr stark. Die Zahlen liegen zwischen 5 bis 50 Prozent der Infizierten. Dieser Unterschied erklärt sich hauptsächlich aus der Frage, welche Patientengruppe in der Studie einbezogen worden ist. Waren das eher die leichten Fälle, waren das eher die jüngeren Patientinnen und Patienten oder waren das Patientinnen und Patienten, die lange auf Intensivstationen behandelt worden sind? Dort sind die Prozentzahlen deutlich höher. Es gibt Schätzungen über die Häufigkeit, es gibt aber bisher dazu keine verlässlichen Daten. Leider gibt es derzeit auch noch keine eigenen Datenauswertungen aus den Statistiken der gesetzlichen Krankenkassen. Das liegt am Zeitverzug. Wir haben es mit einem relativ neuen, aktuellen Gesundheitsproblem zu tun. Wir müssten hierfür die ambulanten Abrechnungsdaten aus dem vertragsärztlichen Bereich auswerten, da dort die Betroffenen betreut werden. Diese Daten kommen aufgrund der üblichen Datenlogistik erst neun Monate nach der Behandlung in den Praxen auswertbar bei den Krankenkassen an. Aufgrund dieses Zeitverzuges öffnet sich methodisch gesehen erst ab Mitte dieses Jahres



das Zeitfenster, in welchem wir uns entsprechende Daten ansehen und Auswertungen machen können. Ich gehe davon aus, dass wir im dritten oder vierten Quartal, allerspätestens Ende des Jahres mehr sagen können. Dann gibt es entsprechende Codierungsempfehlungen seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Das würden wir anpacken.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Ich würde gerne mit meiner ersten Frage an einer früheren Stelle ansetzen, nämlich bei den Ambulanzen. Deswegen gehen meine Fragen an Frau Prof. Falk. Ich würde Sie bitten, dass Sie uns zunächst einen Überblick über die Notwendigkeit und die Aufgaben von Ambulanzen geben. Wir haben es mit einer neuen Symptomatik und auch mit der Unterscheidung von Post-Covid- und Long-COVID-Fragen zu tun. Was sind aus Ihrer Sicht sinnvolle und notwendige Aufgaben von Ambulanzen und wie sehen Sie uns derzeit bundesweit aufgestellt? Wenn man im Vergleich sieht, was Großbritannien mit dem Schaffen von über 80 neuen Ambulanzen auf den Weg gebracht hat, sind wir hier auf einem ähnlich guten Weg oder wie schätzen Sie die bundesweite Situation derzeit ein?

ESVe **Prof. Dr. Christine Falk** (Präsidentin Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.): Es ist in der Tat so, dass viele Hochschulambulanzen derzeit entweder bereits begonnen haben oder, wie wir an der MHH (Medizinischen Hochschule Hannover) seit einem Jahr, Ambulanzen aufgebaut haben. Das muss noch ausgebaut werden, weil der Bedarf sehr groß ist. Auch ist die Diagnostik sehr wichtig. An dieser Stelle muss klar definiert werden, wer wirklich eine Long-COVID-Symptomatik als Folge der Infektion hat oder wer möglicherweise Folgeschäden aufweist, die nicht von der Infektion kommen. Diese erste Unterteilung ist besonders wichtig. Nach Rücksprache mit Herrn Tobias Welte, einem Kliniker an der MHH, kann ich sagen, dass diese Unterteilung eine große Rolle spielen wird, um die verschiedenen Fälle und die verschiedenen Ausprägungsformen auseinander zu dividieren. Die psychologischen Fälle müssen klar von den körperlichen Fällen unterschieden werden, um auf diesem Weg per Definition Therapieangebote zu machen. Im Moment ist es so, dass noch nicht therapiert werden kann. Aber gerade in diesem Bereich

sind die Hochschulambulanzen als Schnittstelle für die weitere Versorgung sehr wichtig. Über die Rehabilitationsmaßnahmen wurde schon gesprochen. Sie bilden einen wichtigen Kernpunkt in dieser Zwischenfunktion als frühe Anlaufstelle und als Weiterversorgung der ehemals hospitalisierten Patientinnen und Patienten.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Darf ich direkt nachfragen, weil Sie gerade in einem Nebensatz gesagt haben, „weil sie ja noch nicht therapiefähig sind oder noch nicht therapierbar sind“. Was bedeutet das für die Entscheidung, ob eine Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll ist oder nicht? Welche Therapieansätze gibt es überhaupt bzw. welche Notwendigkeit für Studien sehen Sie hier? Was können die Reha-Einrichtungen derzeit überhaupt tun und ausrichten?

ESVe **Prof. Dr. Christine Falk** (Präsidentin Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.): Die Studien sind deshalb sehr wichtig, weil es zum einen den Themenbereich residuale Viruserkrankung gibt. Das Virus wird man nicht los. Der zweite große Bereich sind die Lungen- und die internistischen Erkrankungen. Der dritte Bereich sind die neurologischen, neuromuskulären Erkrankungen. Hier steht die Frage im Raum, inwieweit eine chronische Entzündung dahintersteckt. Deswegen gibt es noch keine zugeschnittenen Therapiemöglichkeiten, sondern es wird symptomatisch therapiert. Die Zukunft ist die, dass über die Forschung, die wir brauchen, eine zugeschnittene Therapiemaßnahme erfolgen kann, um damit besser das Problem anzugehen, von welcher physiologischen, pathophysiologischen Seite es kommt. Eines der Probleme, das über die Breite der Symptomatik unbedingt angegangen werden muss, ist über die Forschung bessere Patientendefinitionen und diagnostische Möglichkeiten zu entwickeln, um die Therapie besser zuschneiden zu können.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Können Sie als letztes darauf eingehen, wo Sie Nachbesserungsbedarf bei den therapeutischen Studien sehen? Können wir etwas tun oder läuft das schon über Universitätskliniken und andere?



ESVe **Prof. Dr. Christine Falk** (Präsidentin Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.): Es gibt derzeit die Ausschreibung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung als ganz wichtige Maßnahme. Die aktuelle Ambulanztätigkeit ist auch nicht abgebildet. Wenn man sich vorstellt, dass für einen Patienten etwa eine Stunde Erstgespräch für die detaillierte Anamnese eingeplant werden muss, dann sind im Moment die Ressourcen sowohl für die Patientenaufnahme als auch die Studienplanung sehr limitiert. Aus diesem Grund brauchen wir in der Tat Programme, die diese Forschung und die Studien auf dieser Seite unterstützen. Das ist sehr wichtig.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Dann würde ich meine weitergehende Frage direkt an Herrn Schöning stellen. Wo sehen Sie derzeit die größten Hindernisse, um erstmal eine solche Anlaufstelle in Deutschland zu finden?

SV **Simon Schöning** (Long COVID Deutschland): Vielen Dank auch für die Einladung im Namen der Betroffenen und dass wir an diesem Prozess teilnehmen können. Zum Thema der Ambulanzen: Wir haben bisher etwa 50 sogenannte Post-Covid-Ambulanzen in Deutschland erfasst, etwa ein Drittel davon ist interdisziplinär ausgelegt. Auch die gerade genannte MHH-Post-Covid-Ambulanz hat vielmehr einen Fokus auf die Pneumologie. Dort finden Untersuchungen der Atemwege statt, selten auch ... (*unverständlich wegen Videoübertragung*) zu Forschungszwecken. Aber es findet in dem Format keine therapeutische weiterführende Begleitung der Patientinnen und Patienten statt. Das heißt, wenn überhaupt eine entsprechend dem Krankheitsbild interdisziplinäre Ambulanz vorhanden ist – davon gibt es aktuell nicht genug und die sind nicht flächendeckend in Deutschland vorhanden – dann finden zwar Untersuchungen statt, aber es ist gerade bei der chronischen Fatigue nicht gewährleistet, dass Patienten therapiert werden können. Denn diese Krankheit können wir nach heutigem Stand nicht therapieren. Es gibt in dem Zusammenhang nur sehr begrenzte Möglichkeiten bei der Rehabilitation. Deswegen brauchen wir mehr Ambulanzen für alle Post-Covid- und Long-COVID-Erkrankten, die interdisziplinär und ortsnah sein müssen und für alle Post-Covid- und Long-COVID-Erkrankte zugänglich sind.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Wir haben einiges von Frau Dr. Falk gehört. Das ist ein sehr interessantes Thema. Ich würde gerne in diesem Zusammenhang über die Diffusität des Krankheitsbildes sprechen, denn die Symptome können zum Teil ohne Covid-19 auftreten. So wurde im letzten Corona-Update der Helmholtz-Gesellschaft deutlich, dass die Differenzialdiagnose äußerst schwierig ist. Die statistische Datenlage ist zurzeit noch nicht in dem Maße vorhanden, wie wir sie brauchen, um die Kausalität tatsächlich zu belegen. Nun geht meine Frage zu dem Thema an den GKV-Spitzenverband, Herrn Dr. Egger. Inwieweit ist die Erkenntnislage über die Häufigkeit derjenigen, die an Long-COVID-Symptomen erkrankt sind, auch auf Covid-19 zurückzuführen, gegeben? Oder gibt es Probleme mit Patienten, die Long-COVID-Symptome nutzen, um vielleicht bestimmte Leistungen zu erhalten? Können Sie ausführen, ob hierzu Erkenntnisse vorliegen und ob dies zu Kostenerhöhungen geführt hat oder nicht?

SV **Dr. Bernhard Egger** (GKV-Spitzenverband): Die Problematik ist, dass es sich um ein Syndrom handelt, das unterschiedliche Facetten haben kann, das unterschiedlich aussehen kann. Nach Aussage der Experten kann aber nach sorgfältiger Anamnese eine verlässliche Diagnose gestellt werden kann. Es ist unstrittig, dass nach den üblichen Regeln die Diagnostik möglich und auch aussagekräftig ist. Das kann man deshalb sagen, weil es ähnliche Folgeerkrankungen und Symptome nicht nur nach einer Covid-Infektion gibt. Dieses Krankheitsbild ist auch nach anderen schweren Infektionen, zum Beispiel auch nach der Influenza oder nach anderen Virusinfektionen, seit vielen Jahren bekannt. Man weiß, dass ein Teil der Betroffenen entsprechende Symptome bis hin zu schweren Fatigue-Symptomen entwickelt. Weitere Informationen, wie die Diagnostik konkret stattfindet und auch welche Kosten letztendlich daraus entstehen, kann ich leider nicht geben.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Ich würde gerne zu Long-COVID kurz etwas nachfragen. Herr Dr. Egger und Herr Fenercioglu, könnten Sie etwas dazu sagen, ob die Leute sensibilisiert werden für dieses Syndrom und die Symptome von Long-COVID und versuchen, Arbeitsunfähigkeiten, Rentenbegehren



oder Berufsunfähigkeitsrenten durchzusetzen, indem Symptome, die man auch schon früher hatte, nun Covid untergeschoben werden? Gibt es hierzu Erkenntnisse oder auch nicht?

SV Dr. Bernhard Egger (GKV-Spitzenverband): Das wäre eine Frage, die können wir aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes mit unseren statistischen Daten nicht bewerten und nicht beantworten. Das wäre etwas, was letztendlich nur aus der Einzelfallbegutachtungsarbeit, zum Beispiel aus dem Rentenbereich zu beantworten wäre. Solche Daten wird es vermutlich nicht geben.

SV Nurettin Fenercioglu (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Die Ausgaben für die Krankentagegeldversicherungen sind zu Beginn der Pandemie tatsächlich deutlich angestiegen, wobei ich hier natürlich keinen Zusammenhang mit Long-COVID herstellen kann. Im Hinblick auf die Long-COVID-Erkrankungen liegen uns genau wie dem GKV-Spitzenverband keinerlei Erkenntnisse vor, weil dieses Krankheitsbild zum einen noch relativ neu ist und zum anderen die differenzialdiagnostische Erfassung im Augenblick auch sehr schwierig ist. Deswegen liegen uns keine validen, belastbaren Daten vor.

Der Vorsitzende: Herr Oehme, eine knappe Minute verwahren wir für Sie für die nächste Fragerunde. Nun wechselt das Fragerecht für sechs Minuten wieder zur CDU/CSU-Fraktion.

Abg. Nina Warken (CDU/CSU): Ich hätte zunächst eine Frage an Frau Prof. Behrends. Können Sie uns aus Ihrer Expertise kurz schildern, wie der aktuelle Kenntnisstand zum Long-COVID-Syndrom ist? Welche Symptome gibt es, welche kennen Sie aus Ihrer Arbeit? Wo sehen Sie den dringendsten Handlungsbedarf sowohl für die Forschung als auch für eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten?

ESVe Prof. Dr. Uta Behrends (stellv. komm. Klinikdirektorin an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität und der München Kli-

nik Schwabing): Frau Prof. Falk hat es schon angedeutet, auch unsere Erfahrungen in unserem chronischen Fatigue-Zentrum für junge Menschen in München zeigen, dass man zunächst eine sehr sorgfältige Differenzialdiagnostik braucht, was sehr viel Zeit kostet. Wenn man sich aber sowohl den vorhergehenden Unterlagen widmet als auch der notwendigen weiteren Abklärungen durch Blutabnahme und Funktionstest, dann lässt sich der Verdacht auf eine Long-COVID-Erkrankung ganz gut eingrenzen und auch sehr gut von anderen Erkrankungen abgrenzen, die gerade als Ursache angesprochen wurden. Was schwierig ist: Je jünger ein Kind ist, das uns in der Pädiatrie trifft, desto schwieriger ist die Abgrenzung zu sonstigen Folgen der Pandemie. Das ist ganz klar. Man braucht eine durchaus auch aufwendige, gleichzeitige Re-Evaluation durch jemanden aus dem psychologischen oder psychiatrischen Bereich bei solchen Patienten, wo das Symptomspektrum zumindest diesen Verdacht ergibt, dass es ein Krankheitsbild unabhängig von SARS-CoV-2 ist. Allein die Recherche zu den Evidenzen für die Infektion kann sehr aufwendig sein. Das andere Aufwendige ist die Beratung des Patienten. Die Beratung zum Selbstmanagement ist sehr aufwendig, gerade wenn es um Fatigue und Belastungsintoleranz geht. Man muss dem Patienten die Krankheit gut erklären, damit er sie auch gut weiterkommunizieren kann. Schließlich ist es notwendig, mit Mitteln, die uns nicht ausreichend zur Verfügung stehen, nach Phänotypisierung des Patienten Blutproben abzunehmen und das Ganze in medizinischen Datenbanken zu erfassen, um es schließlich beforschen zu können. Da sind wir noch ziemlich am Anfang, weil auch im ... (*unverständlich wegen Videoübertragung*) eher die stationären oder poststationären Patienten erfasst waren. Wir haben noch zu wenig medizinische Daten und zu wenig Proben, um effizient weiter zu forschen. Das ist aber neben der Budgetierung für die klinische Versorgung dringend nötig.

Abg. Nina Warken (CDU/CSU): Anschließend zunächst die Frage nochmal an Sie, Frau Prof. Behrends, dann aber auch die gleiche Frage an Herrn Dr. Egger, der vom GKV-Spitzenverband zugeschaltet ist. Es ging schon um die Wichtigkeit der guten Versorgung der Betroffenen. Ist es aus Ihrer Sicht in den vorhandenen Strukturen möglich oder nötig,



neue gesonderte Angebote zu unterbreiten, zum Beispiel spezifische Long-COVID-Behandlungszentren und diese auch gesetzlich zu verankern?

ESVe **Prof. Dr. Uta Behrends** (stellv. komm. Klinikdirektorin an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität und der München Klinik Schwabing): Aus unserer Sicht ist es dringend notwendig, sogenannte Long-COVID-Zentren zu verankern, weil wir diese Strukturen der Interdisziplinarität und auch die Strukturen zur Patientenversorgung mit einem ausreichenden Budget bis dato nicht haben.

SV **Dr. Bernhard Egger** (GKV-Spitzenverband): Es ist entscheidend, sich klar zu machen, dass wir derzeit eine symptomorientierte Behandlung für diese Patientinnen- und Patientengruppe machen. Diese symptomorientierte Behandlung kann in der primärärztlichen Versorgung bei den Hausärzten vorgenommen werden. Sie kann symptomabhängig bei bestimmten Fachärzten und in komplexeren Fällen auch in Hochschulambulanzen stattfinden. Bei einer längeren Betroffenheit, die dann auch die Arbeitsfähigkeit und die Teilhabe tangiert, kann sie in Reha-Kliniken stattfinden. Ich persönlich sehe im Moment die wichtigste Rolle der Hochschulambulanzen darin, letztendlich die Koordination und die Kommunikation zwischen den entsprechenden Versorgungssektoren im Sinne einer Netzwerkbildung und wissenschaftlicher Forschung zu übernehmen. Hierfür sollten in jedem Fall öffentliche Forschungsgelder zur Verfügung gestellt werden. Es wurde gerade gesagt, dass es entsprechende Projekte gibt. Aus meiner Sicht ist derzeit noch nicht beurteilbar, ob es wirklich sinnvoll und notwendig ist, spezifische Versorgungsstrukturen und Organisationsformen speziell für Covid-19 zu etablieren, weil wir bisher ausschließlich eine symptomorientierte Therapie zur Verfügung haben und die Symptome bei anderen Erkrankungen sehr ähnlich sind. Man müsste überlegen, wie zusammengearbeitet werden soll zum Beispiel mit den Einrichtungen für die Fatigue.

Abg. **Reinhard Houben** (FDP): Ich möchte gern Herrn Nurettin Fenercioglu fragen. Wir als FDP sehen eine Tendenz zu Long-COVID-Behandlungszentren. Wie sehen das die privaten Krankenversicherungen? Denn ich kann mir vorstellen, dass nach einer gewissen Zeit die Leute doch zuerst zu ihrem Hausarzt gehen. Zweite Frage: Es wird berichtet, dass man im Moment die Behandlung nicht vernünftig abrechnen kann. Wie wird das bei den privaten Krankenversicherungen gehandhabt?

SV **Nurettin Fenercioglu** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Diese Budgetfragen, das wird Sie nicht überraschen, betreffen die private Krankenversicherung nicht. Wer als Privatversicherter an einem Long-COVID-Syndrom leidet, kann die Hochschulambulanz oder den Facharzt seiner Wahl frequentieren. Er kann sich auch in der chefärztlichen Ambulanz behandeln lassen. Im Grunde genommen hat er die freie Wahl unter sämtlichen Leistungserbringern. Wir haben keine Sektorengrenzen in der privaten Krankenversicherung. Die privat Krankenversicherte oder der privat Krankenversicherte kann auch die Spezialisten zu Rate ziehen, die sich in dem Bereich Long-COVID nach und nach etablieren. Ob man tatsächlich spezialisierte Ambulanzen benötigt, das hat Herr Dr. Egger auch zurückhaltend beantwortet, das ist im Augenblick eher schwierig zu beurteilen. Wir haben es mit einer Multiorgankrankheit zu tun. Ich habe in der Vorbereitung einen Artikel im „Nature“-Magazin gelesen. Da gibt es eine interessante Infobox mit insgesamt acht verschiedenen Bereichen der Medizin, von renalen, endokrinologischen, gastrointestinalen, dermatologischen und neuropsychiatrischen ETC-Syndromen. Es ist schwierig. Sie bräuchten wahrscheinlich ein medizinisches Versorgungszentrum mit 15 verschiedenen Facharzt Disziplinen, die da zusammenlaufen müssten. Aufgrund dieser sehr diffusen und sehr variablen und von Patient zu Patient sehr interindividuellen Behandlungslage scheinen mir im Augenblick spezialisierte Ambulanzen verfrüht zu sein. Die Erkenntnislage kann sich bei weiteren Forschungen ändern, aber im Augenblick würde ich das nicht als gegeben ansehen.

Abg. **Reinhard Houben** (FDP): Ich wende mich nochmal an Herrn Fenercioglu. Sie haben es erwähnt: Wir wissen gar nicht, wie lange wir mit



langfristigen Folgen dieser Krankheit rechnen müssen und wie die Zeitschiene aussehen wird. Inwieweit schätzen Sie das Risiko der finanziellen Belastung ein, bei geschätzt 400 000 Infizierten in Deutschland, die unter Long-COVID leiden werden?

SV Nurettin Fenercioglu (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Ja, ganz schwierig, Herr Houben, eine valide Einschätzung abzugeben. Die Krankheitsverläufe sind auch sehr unterschiedlich. Da gibt es tatsächlich chronische Long-COVID-Patienten, die über längere Zeiträume arbeitsunfähig sind und Krankentagegeld beziehen und auch engmaschig behandelt werden müssen. Ich denke, unter Long-COVID fallen auch Patienten, die geringere Symptome aufweisen. Insofern vermag ich keine seriöse Schätzung abzugeben.

Abg. Norbert Müller (DIE LINKE.): Zunächst geht meine Frage an Herrn Schöning von Long Covid Deutschland. Mich würde interessieren, ob Sie aus Ihrer Sicht zusammenfassen können, was erste Forschungsschwerpunkte wären. Wir haben gelernt, dass vieles unklar ist. Ich würde gern genauer wissen, wo müsste prioritär Forschung betrieben werden? Und was sind in dieser Hinsicht Ihre Forderungen?

SV Simon Schöning (Long COVID Deutschland): Wir hatten es am 7. Juni 2021 schon gut diskutiert und thematisiert. Prof. Dr. Behrends wird dazu sicherlich auch noch einiges beitragen können. Der primäre Forschungsschwerpunkt aus Sicht der Long-COVID-Patienten sind vor dem Hintergrund des Kardinalsymptoms Fatigue, die chronische Fatigue, die einhergehende Belastungsintoleranz und die sogenannte Post-Exertionale Malaise. Letztere ist nicht effektiv therapierbar. ... (*unverständlich wegen Videoübertragung*) das ist richtig, das wissen wir auch von anderen Erkrankungen, das ist nichts Neues. Das Problem ist, dass es sehr viele Menschen zur gleichen Zeit betrifft und vor allem Menschen, die im Gesundheitssektor oder im Erziehungswesen tätig sind; Menschen, die langfristig arbeitsunfähig sind. Es ist richtig, wir wissen nicht, wie lange. Da müssten wir präventiv handeln. Ich denke, wir haben auch im Nachhinein viel im Umgang mit der Pandemie gelernt. Unwissenheit hilft

uns nicht weiter. Wir können anhand konservativer Schätzungen von ein bis drei Prozent schwer chronisch kranker Menschen und in diesem Fall auch von jungen, zuvor gesunden Menschen nach milden und moderaten Krankheitsverläufen, die keiner initialen Hospitalisierung bedurften, ausgehen. Was ich damit sagen möchte ist, dass die chronische Fatigue in den Fokus kommen muss. Das heißt, die Myalgische Enzephalomyelitis (ME), das Krankheitsbild, das Long-COVID in vielen Symptomen und auch in den neurokognitiven Einschränkungen sehr ähnlich ist, ist zu wenig erforscht. Hier fehlen finanzielle Mittel. Wir wissen zum Beispiel aus dem Freistaat Bayern, dass diese Woche fünf Millionen Euro für die Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt wurden. Das ist so viel an Forschungsgeldern, wie durch die gesamte Bundesregierung bzw. durch das BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) bisher an Forschungsgeldern zur Verfügung gestellt wurden. Das ist zu wenig, wenn wir sehen, dass die Regierung von Großbritannien umgerechnet 117 Millionen Euro für die Versorgung von Long-COVID auch vor dem Hintergrund pädiatrischer Long-COVID-Fälle zur Verfügung stellen wird. Wir müssen mehr finanzieren und es muss ein dezidiertes Fokus auf die neurokognitiven, die neuroimmunologischen Zustände in Verbindung mit der Fatigue gelegt werden.

Abg. Norbert Müller (DIE LINKE.): Sie hatten darauf hingewiesen, dass Long-COVID vor allem junge Menschen betrifft, bei denen es vorher keine schweren Verläufe und keine Krankenhausaufenthalte gegeben hat. Insofern würde mich interessieren, welche Rolle bei Long-COVID Re-Hospitalisierung und Hospitalisierung spielen? Gibt es Menschen, die während der Erkrankungsphase nicht im Krankenhaus waren, aber dann möglicherweise in der Spätphase der Erkrankung mit Long-COVID hospitalisiert worden sind?

SV Simon Schöning (Long COVID Deutschland): Das ist eine wichtige Frage. Wir haben das in unserer Stellungnahme angedeutet, auch dazu liegen uns bereits Studien und Erkenntnisse vor. Auch da die Bitte, nicht jetzt noch zu warten. Lassen Sie uns mit den Informationen arbeiten, die wir haben. Es passiert viel im internationalen Umfeld, gerade in den USA oder in England. Wir sehen an den dortigen Studien, dass die Mortalität an der Gesamtzahl



der SARS-CoV-2-Infizierten erhöht ist und zwar über drei Monate hinweg nach der Infektion – alle Fälle einschließend. Wir als Long-COVID-Initiative sehen es vermehrt, dass nach einem milden und moderaten Infektionsverlauf erst Wochen später, auch zum Teil Monate später, die erste Hospitalisierung aufgrund dieser komplexen Symptomatik stattfindet. Die Leute landen in der Kardiologie, in der Pneumologie, in der Neurologie mit wochenlangen stationären Aufenthalten. Am Ende steht bei vielen eine Ausschlussdiagnose. Es wird nichts gefunden, es kann organisch nichts festgestellt werden. Das heißt Fatigue-Syndrom. Das heißt aber für die Betroffenen, sie sind genauso schlau wie vorher, weil es keine Therapie gibt. Es gibt aufseiten der Internistinnen und Internisten und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu wenig Information über den fachgerechten Umgang mit dieser Erkrankung. Prof. Behrends hat es erwähnt, es braucht einen Fokus auf die Aufklärung und die Information auch im Hinblick auf das Selbstmanagement, das sogenannte Pacing, das bei den Betroffenen stattfindet. Ansonsten riskieren wir, dass sehr viele Menschen mit der Krankheit falsch umgehen, sich zum Beispiel auf die Arbeit zwingen und dann einen chronischen Verlauf entwickeln. Das gilt es zu verhindern. Vor diesem Hintergrund ist es ganz wichtig, die biochemischen Marker zu entwickeln, um das im Einzelfall feststellen zu können und um dann sagen zu können, diese Leute sind nicht arbeitsfähig, sie sind langfristig nicht arbeitsfähig.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte eine Frage an Frau Prof. Christine Falk. Das Plädoyer des Vorredners lautete, sich diesen Forschungsfragen genauer anzunehmen und auch diejenigen in den Blick zu nehmen, die erst nach einer relativ leichten Erkrankung das Erscheinungsbild und die Symptomatik von verschiedenen Aspekten von Long-COVID haben. Können Sie das aus Ihrer Praxis bestätigen? Haben Sie beispielsweise auch Hinweise darauf, welche körperlichen Aspekte eine Rolle spielen könnten? Wir konnten letztes den Medien entnehmen, dass es unter Umständen Veränderungen bei den Blutkörperchen gibt, die mit diesen verschiedenen Symptomen verbunden sein könnten.

ESVe **Prof. Dr. Christine Falk** (Präsidentin Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V): Ich kann das bestätigen, das entspricht den Tatsachen aus der Gruppe der leichten Fälle. Es sind eher die jüngeren Frauen, die sich aus den leichten Fällen rekrutieren. Es ist besonders wichtig zu wissen, aus welcher Historie die Patientinnen und Patienten kommen. Denn die schweren hospitalisierten und zum Teil intensivpflichtigen Fälle sind meistens Männer und aus einer älteren Gruppe. Dadurch hat man alleine hier schon unterschiedliche Patientinnen- und Patientengruppen. Darauf jeweils zugeschnittene Diagnostik zu betreiben ist wichtig. Das bedeutet, einmal die klinische Seite abzudecken, aber auch – Herr Schöning hatte die Biomarkerseite angesprochen – mit Studien und Biobanking herauszufinden, wie man die physiologischen Veränderungen besonders gut darstellen und besser einteilen kann. Denn die Fatigue ist ein Sammelbild für verschiedene physiologische Veränderungen, die sich gemeinsam in dieses Chronic Fatigue-Syndrom einknüpfen. Dadurch könnte diese schwer definierbare, aber als Symptom beschreibbare Erkrankung besser sichtbar und darstellbar gemacht werden. Ihre Frage zum Immunsystem: In unseren Studien an der MHH an über 200 Long-COVID-Patienten ist aufgezeigt worden, dass sich das Immunsystem langfristig verändert. Das sind nicht nur die Formen – Sie sprechen die Arbeit aus Nürnberg-Erlangen an – und dass sich die Form der weißen Blutkörperchen verändert, sodass diese eine andere Stabilität haben. Wir sehen zudem, dass generell die Immunzellen eine Art Alterungsprozess durchlaufen, der nachhaltig ist, sodass die immunologischen Veränderungen sehr gut messbar sind. Auch dazu gibt es verschiedene Untersuchungen. Diese sind noch nicht publiziert, gehen aber alle in dieselbe Richtung. Wir können bestätigen, dass eine langfristige immunologische Veränderung einen Teil der chronischen Entzündungen darstellt. Die Arbeitshypothese, die im Moment sehr beforscht wird, ist, inwieweit das in die Chronic-Fatigue-Symptomatik hineinspielt. Denn das neurologische und das immunologische System kommunizieren miteinander und könnten gemeinsam einen Teil der Ursachen für die Chronic-Fatigue-Symptomatik darstellen. Wenn man genau wüsste, was da passiert, hätte man auch Ansätze für die Therapie. Herr Schöning hat darauf hingewiesen, dass wir diese noch nicht haben, diese aber brauchen. Wenn



wir nach Biomarkern suchen, forciert und unterstützt durch die Ressourcen, haben wir logischerweise die besten Chancen, diese auch zu finden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte die Frage an Frau Prof. Dr. Uta Behrends richten. Können wir aus Ihren Forschungen zu ME/CFS Rückschlüsse ziehen? Sehen Sie Verbindungslinien und können sich diese verschiedenen Forschungsansätze bzw. Behandlungsansätze gegenseitig stützen?

ESVe **Prof. Dr. Uta Behrends** (stellv. komm. Klinikdirektorin an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität und der München Klinik Schwabing): Das ist in jedem Fall so. Wir haben im Kontext von ME/CFS noch nicht die Pathophysiologie entschlüsselt, aber zum Beispiel gelernt, dass wahrscheinlich Autoantikörper, autoregulatorische Antikörper eine Rolle spielen könnten. Alle diese Settings werden wir natürlich auf Patienten mit Long-COVID anwenden. Das genau ist der Plan und genau das ist die Synergie. Wenn ich zur Frage, wie es zu Verschlechterungen kommt bei dieser Art von Patienten, ergänzenden darf, das liegt mir sehr am Herzen. Wir haben viel Erfahrung mit der durch den Epstein-Barr-Virus induzierten Fatigue und Belastungsintoleranz. Da passiert es oft, weil die Patientinnen und Patienten sich nicht schonen und auch nicht erzogen wurden, mit ihrem Energiehaushalt fertig zu werden, dass sie versuchen, den Alltag zu managen. Sie geraten dadurch immer mehr in diese sogenannte Post-Exertionale Malaise, die mit der Zeit zu immer mehr Symptomen führt.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Ich will direkt an den letzten Punkt anknüpfen. Frau Prof. Behrends, Sie führten aus, dass es gerade bei Long-COVID wichtig ist, dass beim Auftreten erster Symptome bis hin zu einer vielleicht auch nur symptomatischen Behandlung keine Überforderung erfolgt. Man soll sich also nicht zwingen zu funktionieren. Deswegen ist es umso wichtiger, dass wir geringe Wartezeiten haben, damit wir diese Patienten in Ambulanzen oder gegebenenfalls in entsprechende Reha-Maßnahmen vermitteln können. Deswegen würde ich gerne von Frau Dr. Weinbrenner wissen wollen, wie lang

derzeit die Wartezeit für entsprechende Patientinnen und Patienten auf eine Reha-Maßnahme ist. Mich erreichen Anfragen und Botschaften von Betroffenen, die sehr deutlich machen, dass sie zum Teil seit November letzten Jahres auf einen Reha-Platz warten.

SVe **Dr. Susanne Weinbrenner** (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)): Wir hatten durch die Pandemie in der Rehabilitation eine schwierige Situation, weil die Rehabilitationseinrichtungen teilweise ganz geschlossen wurden und wenn sie aufgrund der zu befolgenden Hygienekonzepte nicht geschlossen waren, hatten sie eine deutlich reduzierte Aufnahmekapazität. Im Laufe dieses Jahres sind zwei Dinge zusammengekommen: Zum einen konnten die Hygienekonzepte nochmal angepasst werden, was dann eine höhere Belegung ermöglichte. Zum anderen haben wir eine deutliche Absenkung der Anträge auf Rehabilitationsleistungen, sodass wir aktuell noch Wartezeiten haben, aber doch in einem akzeptablen Zeitraum Reha-Leistungen zur Verfügung stellen können.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Was ist der durchschnittliche Zeitraum?

SVe **Dr. Susanne Weinbrenner** (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)): Das kann man pauschal nicht gut beantworten. Sie wissen vielleicht aus der Vergangenheit, dass die Kapazitäten im Bereich der Psychosomatik geringer sind als die Nachfrage, sodass wir durchaus mehrere Wochen Wartezeit haben können, je nachdem, ob sich die Betroffenen eine bestimmte Einrichtung wünschen. Es gibt ein starkes Wunsch- und Wahlrecht in dem Bereich. Es gibt Einrichtungen, die sehr stark nachgefragt werden und entsprechend lange Wartezeiten haben. Das ist korrekt. Aber im Grunde genommen können wir dann, wenn jemand bereit ist, eine andere Einrichtung zu akzeptieren, ein Angebot machen.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Sie können es nicht genauer sagen, ok. Dann würde ich die Frage gerne an Herrn Schöning weitergeben. Was sind die Erfahrungswerte aus der Sicht der Betroffenen? Das ist



nicht unwesentlich mit Blick auf die Folgen für Krankengeld und ALG 8 (Arbeitslosengeld) I-Bezug. Wie sind dazu Ihre Erfahrungen?

SV **Simon Schöning** (Long COVID Deutschland): Die Erfahrung in Bezug auf Rehabilitation? War das Ihr Anliegen?

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Wie lange die Wartezeiten sind und was das für die Betroffenen bedeutet.

SV **Simon Schöning** (Long COVID Deutschland): Wir haben Erfahrungen sowohl zu den Wartezeiten bei den sogenannten Post-Covid-Ambulanzen als auch bei den Rehabilitationseinrichtungen. Im Regelfall, es kann schneller gehen oder auch länger dauern, sind die Wartezeiten zwischen drei bis sechs Monaten, in manchen Fällen aber auch weit über sechs Monate. Sie haben erwähnt, Sie erhalten Schreiben von Patientinnen und Patienten, die das erfahren haben. Wir können das aus der Realität bestätigen. Was wir oftmals in dieser Diskussion zur Versorgung beschreiben, ist ein Soll-Zustand. Dieser entspricht in vielen Fällen nicht dem Ist-Zustand. Die Realität ist eine andere. Das heißt auch, in Bezug auf Arbeitslosengeld-Leistungen vor dem Hintergrund einer Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit sind die Sozialdienste mit sehr großen Fragen konfrontiert, weil es keine Erfahrung gibt. Es gibt keine Leitlinien und keine Vorgaben, das heißt, es ist immer eine Einzelfallentscheidung. Ich kann Ihnen von mehreren Fällen berichten, wo von Betroffenen bei den Sozialgerichten Einspruch erhoben wurde, weil ein Antrag auf einen Grad der Behinderung oder auf eine Erwerbsminderungsrente, ob jetzt zeitlich begrenzt oder nicht, nicht gewährt wurde. Als Grund wurde genannt: „Wir wissen noch zu wenig darüber.“ Das ist richtig, aber das ändert die Situation der Betroffenen am Ende nicht. Da brauchen wir dringend ein einheitliches Vorgehen und ein bundesweites Informationsangebot. Das heißt, wir müssen Betroffene informieren, viele Betroffene sind nicht informiert, um den Leuten den Zugang zu diesen Angeboten inklusiv zu gestalten, damit wirklich alle einheitlich Zugang haben.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Dann darf ich die Frage an Frau Wüst weitergeben. Können Sie uns sagen, inwiefern mit Blick auf die Anerkennung von Berufskrankheiten dieses unspezifische Symptombild Probleme bereitet und inwiefern die Anerkennung von Erwerbsminderung oder als Berufskrankheit durchaus akzeptabel ist?

ESVe **Karin Wüst** (Leiterin Beratungsstelle Berufskrankheiten Berlin): Bei der Anerkennung Berufskrankheit muss man zwischen Arbeitsunfall und Berufskrankheit unterscheiden. Es ist grundsätzlich nur dann eine Berufskrankheit, wenn die Beschäftigten im Gesundheitsbereich arbeiten. Für alle anderen kann es gegebenenfalls ein Arbeitsunfall sein. Das ist der große Unterschied. Wenn es sich um Verkäuferinnen oder Verkäufer oder Berufe außerhalb des Gesundheitsbereichs, der Wohlfahrtspflege und der Laboratorien handelt, wird für die Anerkennung verlangt, dass in der Regel die Index-Person und der genaue Zeitpunkt der Infektion bekannt sind. Ist das nicht der Fall, erfolgt eine Ablehnung. Das bezieht sich jetzt nicht auf Long-COVID, sondern auf Covid-19 allgemein. Wenn ich eine Anerkennung von Covid-19 als Berufskrankheit oder Arbeitsunfall habe, wird auch Long-COVID bezahlt. Das große Problem ist insbesondere bei einem Arbeitsunfall, dass es überhaupt zu einer Anerkennung kommt. Denn den Beweis zu führen und ganz genau nachzuweisen, wann hat mich wer infiziert, ist sowohl für die Unfallversicherung als auch für die Versicherten sehr schwer. Wenn das nicht gelingt, gibt es keine Leistungen.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Frau Wüst, haben Sie eine konkrete Zahl für uns, wieviel als Arbeitsunfall oder Berufskrankheit anerkannt wurden?

ESVe **Karin Wüst** (Leiterin Beratungsstelle Berufskrankheiten Berlin): Bei den konkreten Zahlen würde ich an die BGW verweisen. Herr Dr. Brandenburg hat die Zahlen vorhin schon genannt. Ich weiß, es werden wesentlich weniger Arbeitsunfälle gemeldet und anerkannt als Berufskrankheiten. Aber die genauen Zahlen habe ich aktuell nicht vorliegen. Wir als Beratungsstelle setzen uns dafür ein, dass es für eine Krankheit ein Verfahren gibt. Denn es ist nicht nachzuvollziehen, warum es zwei



verschiedene Verfahren gibt, die zwar vergleichbare Leistungen liefern, die aber im Anerkennungsverfahren unterschiedlich sind. Wir halten das Berufskrankheiten-Verfahren für das geeignete und das sollte unabhängig von der Tätigkeit angewendet werden. Natürlich muss vorausgesetzt und plausibel sein, dass die Infektion am Arbeitsplatz erfolgt ist. Die meisten Menschen kommen im Falle einer Infizierung nicht auf die Idee zu sagen, sie hatten einen Arbeitsunfall. Da kommt man nicht darauf.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Anschließend an das eben Besprochene würden wir gerne von Herrn Prof. Brandenburg wissen, wie seine Sichtweise aussieht. Gibt es relevante Unterschiede zwischen der Anerkennung als Arbeitsunfall oder Berufskrankheit nach der BK-Ziffer 3101 und speziell der Covid-19-Erkrankung?

SV **Prof. Dr. Stephan Brandenburg** (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)): Wenn wir uns über Infektionskrankheiten unterhalten, ist auf der Leistungsebene kein relevanter Unterschied vorhanden. Sie haben allgemeiner gefragt und da kann ich in Bezug auf die Anerkennung sagen: Ende April waren es 7 000 anerkannte Arbeitsunfälle; die Zahl ist auch in der schriftlichen Stellungnahme der DGUV enthalten. Inzwischen sind es nochmal mehr geworden. Was nicht zur Sprache kam, diese Berufskrankheit Nummer 3101 enthält bereits seit Jahrzehnten eine Öffnungsklausel für alle Menschen, die in vergleichbarer Weise einem Infektionsrisiko ausgesetzt werden. Wir haben in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zu Beginn der Pandemie eine ausführliche Handlungsanleitung erarbeitet, um genau diese Öffnungsklausel mit Leben zu füllen. Diese wendet nicht nur die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege an, sondern auch die anderen Unfallversicherungsträger. Dort, wo es zur Aufgabe des betroffenen Menschen in seiner beruflichen Tätigkeit gehört, Kontakt mit anderen Menschen zu haben, findet diese Berufskrankheit bereits Anwendung, und zwar nicht nur im Gesundheitswesen. Was Frau Wüst anspricht ist die Frage, wo kann ich ohne einen konkreten Bezug zu einer Infektionsquelle nachweisen zu können, allein aus der Erfahrung heraus auf die Wahrscheinlichkeit einer Infek-

tion schließen? Das geht nur mit epidemiologischen Erkenntnissen. Meine Aussage an dieser Stelle ist, wenn man die hat, spielt es keine Rolle, ob Sie es über Berufskrankheit oder Arbeitsunfall machen, entscheidend ist, die Erkenntnisse zu gewinnen. Wir haben in Bezug auf bestimmte Settings, wo wir bedeutende Infektionsrisiken haben, dann den Arbeitsunfall auch anwendbar gemacht, zum Beispiel in der Fleischindustrie, zum Beispiel in der Landwirtschaft. Dort gibt es besondere Risiken, so dass es nicht mehr darauf ankommt, ob ich mit einer bestimmten Person, die infektiös war, Kontakt hatte. Diese Beweiserleichterungen greifen durchaus auch bei Arbeitsunfällen, wenn medizinische Erkenntnisse dafür vorhanden sind. Dankeschön.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Ich würde dann auf das Thema Versorgung zurückkommen. An Frau Prof. Falk die Frage: Wenn wir schnell verbessern und anpassen wollen, wie kann die bestehende Struktur genutzt werden, um weitere Versorgungsstrukturen zu schaffen? Kann man vielleicht im ambulanten oder stationären Bereich neben den speziellen Behandlungszentren noch aktuell irgendwas anpassen?

ESVe **Prof. Dr. Christine Falk** (Präsidentin Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.): Herr Schöning hat es gesagt, die Ambulanzen und die Kapazitäten sind nicht ausreichend. Insofern ist eine Unterstützung der Ambulanzaktivitäten besonders wichtig, um auch die Filterfunktion für Weiterbehandlungen wahrnehmen zu können. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt; da sind natürlich die Hochschulambulanzen besonders gefordert. Der Aufwand, der muss für dieses sehr spezielle Patientengut betrieben werden, ist nicht zu unterschätzen. Das ist ein sehr wichtiger Punkt und es gibt noch nicht an allen Standorten entsprechende Hochschulambulanzen. Deswegen ist es ein ganz wichtiger Aspekt, um dann weiterführend in die Breite gehen zu können. Vielen Dank.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Frau Prof. Behrends, Sie hatten empfohlen, Kinder und Jugendliche anzusprechen. Da würde mich mit Blick auf die Impfempfehlungen für junge Menschen interessieren, welche Gefahren einer Corona-Infektion für



Kinder und Jugendliche diskutiert werden. Welche Erkenntnisse haben Sie aus der Praxis? Haben Sie Kinder im Klinikalltag mit schweren Krankheitsverläufen schon betreut und können Sie etwas aus Ihrer Expertise zu Risiken für Kinder, die Vorerkrankungen haben, sagen? Welche kommen da in Betracht und vielleicht können Sie auch etwas über die Gefahren des PIMS (Pädiatrisches Inflammatorisches Multiorgan-Syndrom) sagen?

ESVe **Prof. Dr. Uta Behrends** (stellv. komm. Klinikdirektorin an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität und der München Klinik Schwabing): Zunächst ist es so, dass wir mit unserer Expertise über die chronische Fatigue tendenziell sehr kranke und verzweifelte Patienten anziehen. Die Anfragehäufigkeit nimmt dramatisch zu, auch bei Kindern und Jugendlichen. Wir hatten zunächst seit Jahresbeginn nur ganz wenige Anfragen. Im April/Mai und Juni haben sich die Anfragen verdoppelt, so dass es ein bis zwei pro Tag sind. Es ist deutlich weniger als in der internistischen Medizin, aber innerhalb der Pädiatrie doch eindrucksvoll. Einige von diesen Patienten haben das Vollbild von einem chronischen Fatigue-Syndrom, bei vielen anderen finden sich nur Teile dieses Symptomkomplexes wieder. Zum PIMS ist zu sagen, dass das überwiegend eine kürzere Vorlaufzeit von ungefähr vier Wochen nach der Infektion hat und sich mit ganz anderen Zeichen präsentiert, und zwar Akutfieber mit akutem schlechten Zustand für beide Krankheiten. Weder bei PIMS noch bei Long-COVID haben wir bisher klare Risikofaktoren identifizieren können, im Gegensatz zu dem akuten Covid. Das PIMS ist gut behandelbar und nur wenige Patienten haben signifikante Spätschäden am Herzen. Bei Long-COVID ist es anders. Wenn diese Patienten schlecht versorgt sind, kommen Spätschäden dazu, psychosoziale und soziale Isolierung, Stigmatisierung, schlechte Ausbildung, was im Kindes- und Jugendalter besonders große Auswirkungen hat. Ich möchte deshalb an dieser Stelle ein Plädoyer für diese Post-Covid-Zentren abgeben, weil das Strukturen sind, die wir für viele andere Patienten mit postviralem und chronischem Fatigue-Syndrom dringend brauchen, sowohl in der Pädiatrie als auch bei den erwachsenen Patienten und ergänzt durch Telemedizin, weil viele dieser Patienten nicht mobil sind. Das gilt für die Kin-

der genauso wie für die Erwachsenen. Die telemedizinischen Optionen werden im Rahmen der Pandemie wieder reduziert. Diese waren zwischen durch extrem hilfreich für solche belastungsintoleranten Patienten. Das würde ich sehr gerne aufrechterhalten wissen. Der letzte Punkt: Die psychosoziale Versorgung ist einfach nicht ausreichend zugänglich für die Patienten, weder für die Kinder noch für die Erwachsenen. Viele suchen lange und monate- und wochenlang nach einer psychotherapeutischen Unterstützung. Das wären meine Anliegen diesbezüglich.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Nochmal an Sie, Frau Prof. Behrends und anschließend an Frau Prof. Falk. Gibt es Erfahrungen aus anderen Ländern im Bereich der Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen bei der Behandlung von Long-COVID-Patienten, auf die man auch zurückgreifen könnte?

ESVe **Prof. Dr. Uta Behrends** (stellv. komm. Klinikdirektorin an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität und der München Klinik Schwabing): Letztlich ist die Erfahrung, dass es in der Pädiatrie ein nicht so häufiges Krankheitsbild ist. Allerdings kommen sehr schwere Formen bis hin zur ME/CFS vor, so dass wir in den USA enge Kontakte zu einer ME/CFS-Ambulanz haben. Die Strukturen der Versorgung für Betroffene mit Belastungsintoleranz und komplexem Fatigue-Syndrom sind weltweit schlecht; in der Pädiatrie genauso wie in der internistischen Medizin. In manchen Ländern ist die Aufmerksamkeit für dieses Krankheitsbild schon ausgeprägter, so dass die Patienten leichter an Spezialisten herangeführt werden können.

ESVe **Prof. Dr. Christine Falk** (Präsidentin Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.): Dazu kann ergänzend gesagt werden, dass sich Länder wie Spanien oder Norwegen im Nature Medicine Paper vor allem mit der diagnostischen Seite beschäftigen, weil das eines der großen und wichtigen Themen ist, um die unterschiedliche Diagnostik besser zu definieren. Die USA ist hier federführend. Aus dieser diagnostischen Phase ergibt sich die Frage nach der therapeutischen Möglichkeit. Insofern



sind die anderen Länder auch bei den Erwachsenen in einer ähnlichen Findungsphase zur Wahrnehmung und hinsichtlich der Intensität des Problems. Wir müssen definieren, was es braucht, um die Versorgungsstrukturen zu verbessern. Ein ähnlicher Bedarf wird auch in anderen Ländern wahrgenommen, so dass die Unterversorgung dokumentiert wird. So geht es schrittweise von der Bedarfserhebung bis zu der Frage der Strukturierung voran, welche sicher länderunterschiedlich ist. Dadurch wird vor allem die therapeutische Seite verbessert. Auch die Publikationen zeigen es deutlich, dass sich alle auf die Diagnostik fokussieren. Danke sehr.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Eine ganz kurze Frage an Herrn Dr. Egger: Würden Sie es aus fachlicher Sicht für sinnvoll erachten, ein Long-COVID-Register einzuführen?

SV **Dr. Bernhard Egger** (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank für die Frage. Die Frage ist, was möchte man mit diesem Register genau erreichen? Soll das ein Register sein, was die Häufigkeit erfasst? Dafür ist es zu früh, dieses in Form eines Registers zu versuchen. Vielmehr sollten wir erstmal unsere Routinedaten bzw. unsere Sozialdaten nutzen. Ein flächendeckendes Register zur Erfassung von Verläufen und von Behandlungsoptionen zur Qualitätssicherung erscheint mir schlecht machbar, weil die dafür benötigten Parameter nicht vorliegen. Man muss dazu wissen und erheben, wie genau die Definition der Krankheit und wie der Behandlungsstandard ist. Ein flächendeckendes Register macht meines Erachtens im Moment wenig Sinn. Ich würde im Sinne von Forschungsnetzwerken dafür plädieren, im Rahmen der öffentlichen Forschungsförderung Netzwerke bestehend aus Hochschulambulanzen sowie im ambulanten Bereich zu fördern und dann dort eine strukturierte Datenerhebung in Form von Netzwerken und regionalen Zentrenbildungen zu etablieren. Vielen Dank.

Der Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Dr. Egger. Kurzer Zwischenstand: Wir haben jetzt noch für jede der Fraktionen eine Fragerunde vor uns und diese beginnt mit der SPD; Frau Stadler hat das Wort.

Abg. **Svenja Stadler** (SPD): Dankeschön, Herr Vorsitzender. Ich würde gerne nochmal bei den Kindern in Bezug auf Reha-Maßnahmen anschließen. Diese Frage geht an Frau Prof. Dr. Behrends. Können Sie mir Ihre Einschätzung geben? Wir haben in dieser Legislaturperiode viel für Kinder bezüglich der Reha-Maßnahmen auf den Weg gebracht. Inwieweit sind auch stationäre Reha-Angebote für die Altersgruppe bis 25 erforderlich? Können Sie dazu etwas ausführen und beschreiben, ob der zur Verfügung stehende Bedarf ausreicht oder ob Sie weiteren dringenden Deckungsbedarf sehen?

ESVe **Prof. Dr. Uta Behrends** (stellv. komm. Klinikdirektorin an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität und der München Klinik Schwabing): Für Kinder gibt es gute Reha-Angebote. Das Kritischste sind die Patienten mit einer Belastungsintoleranz. Es gibt hierzu keine Reha-Angebote und keine stationären Schmerztherapieangebote, die diese erhebliche Belastungsintoleranz – teilweise gepaart mit Reizüberempfindlichkeit und Lärm- und Lichtempfindlichkeit – ausreichend berücksichtigen. Das erfordert ein extrem individuell abgestimmtes Vorgehen, welches die Einrichtungen aus Personalkapazitätsgründen nicht leisten können. Wir haben für junge Menschen im letzten Jahr ein Pilotprojekt mit dem Zentrum für Schmerztherapie in Garmisch-Partenkirchen gestartet, wovon die ersten Post-Covid-CFS-Patienten in einem sehr individuellen Kontext profitiert haben. Das ist etwas, was wir gerne ausbauen würden.

Abg. **Svenja Stadler** (SPD): Ich würde den Kontext gerne nochmal breiter fassen: Das eine sind die Kinder und die Jugendlichen, daneben gibt es Befragungsstudien zur Nachverfolgung von Erkrankungsverläufen. Dazu richte ich die Frage an Herrn Prof. Brandenburg. Mich würde interessieren, wie viele Patienten bräuchten aufgrund Ihrer Ergebnisse eine Reha-Maßnahme. Bisher sind es bereits 3,2 Prozent gewesen, aber wie viele bräuchten diese noch? Gibt es dort einen Engpass? Oder können alle, die eine Reha brauchen, versorgt werden? Von der Wartezeit abgesehen, ist es auch eine Kapazität- und Finanzierungsfrage? Ihre Einschätzung würde mich interessieren.



SV Prof. Dr. Stephan Brandenburg (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)): Vielen Dank, dass Sie auf unsere Studie Bezug nehmen. Wir haben darin ausgeführt, dass ein gewisser Prozentsatz eine Reha-Maßnahme erhalten hat. Ich kann Ihnen heute leider noch nicht sagen, wie viele eine Reha-Maßnahme brauchen. Die Erkenntnisse aus dem Austausch mit den Versicherten sind der Wunsch der diagnostischen Abklärung, gepaart mit dem nach einer guten, mehr oder minder speziell zugeschnittenen Reha. Das kann man nicht verallgemeinern, ob das Sinn macht. Aber es wird von unserer Seite auch gewährt. Ihre Frage nach dem Engpass: Bisher sehen wir diesen nicht. Wir begrenzen uns nicht auf die eigenen Kliniken, sondern haben eine gute Zusammenarbeit mit den hier schon angesprochenen Trägern. Bisher haben wir keine Probleme an dieser Stelle und würden uns immer strukturell bemühen, zum Beispiel im Zusammenspiel mit der Deutschen Rentenversicherung, die Möglichkeiten einer zügigen Reha auch zu gewähren. Aber was ganz wichtig ist, vorher einen Rahmen zu bilden, um dann für die Reha-Klinik eine interdisziplinäre Diagnostik zu haben, damit die Reha-Klinik weiß, wo liegen die Schwerpunkte, um die wir uns kümmern. Auch geht es darum, welche Reha-Klinik sollten wir überhaupt auswählen. Wir haben in Bad Reichenhall im Zusammenspiel zwischen unserer eigenen Klinik und der DAV (Durchgangsarzt-Verfahren)-Klinik frühe Erfahrungen in dieser Richtung gemacht. Diese zeigen, dass es ein ganz enges Wechselspiel zwischen der diagnostischen Betrachtung im Vorfeld der nachfolgenden Reha-Maßnahme geben muss. Gerne werden wir weiter berichten, sobald wir wissen, wie hoch die Anteile derer sind, die hier einen Bedarf haben. Ich möchte in dem Zusammenhang bezüglich unserer Zuständigkeit für die Pflegekräfte ausführen, wie wichtig und nachhaltig für diesen Beruf ist, den gesundheitlichen Zustand zu stabilisieren. Dazu gehört die Reha-Maßnahme. Nur kurzfristig darauf zu achten, um welchen Preis auch immer die Arbeitsunfähigkeit zu beenden ist, würde irgendwann zurückschlagen. In diese Falle dürfen wir nicht laufen. Wir sprechen deshalb die Versicherten an und geben ihnen die Möglichkeit, sich an uns zu wenden, auch wenn sie nicht arbeitsunfähig sind. Wir weiten den Blickwinkel, wenn sie noch Probleme haben, in die Richtung einer

Reha-Maßnahme zu gehen, auch wenn sie das für sich selber im Vorhinein vielleicht gar nicht so gesehen haben. Schönen Dank.

Abg. **Svenja Stadler** (SPD): Ich würde gerne bei Herrn Prof. Brandenburg bleiben. Sie sprachen die Nachsorge an. Können Sie sagen, in welchem Bereich Sie sich wünschen, besser unterstützt zu werden? Wie würde für Sie eine optimale Nachsorge aussehen?

SV Prof. Dr. Stephan Brandenburg (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)): Dankeschön für die Frage. Die Nachsorge hängt von der Ansprache der Patienten oder Versicherten selber ab. Man muss sie auch selbst ein Stück dahingehend sensibilisieren, dass sie sich im Zweifel nochmal an den Hausarzt oder auch an die eigene Berufsgenossenschaft wenden. Zum Thema wünschen: Wir wünschen uns gemeinsam mit der Ärzteschaft ein noch breiteres Wissen im Bereich Allgemeinmedizin und bei der fachärztlichen Behandlung. Zudem ein Wissen, worauf geachtet werden muss, um den Weg näher zu klären. Ich bin der Meinung, dass bei unklaren Zuständen seitens der Versicherten ein interdisziplinäres diagnostisches Setting her muss. Ein Wandern von einem Arzt zum anderen ist suboptimal. Besser ist es zu sagen, „an dieser Stelle bemühen wir uns um eine umfassende Aufklärung“ und der Versicherte wird mit seiner persönlichen Problematik gut behandelt. Dankeschön.

Abg. **Ulrich Oehme** (AfD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Egger und an Frau Prof. Behrends. Wie wir gerade gehört haben, bekommen Covid und Long-COVID sehr viel Aufmerksamkeit von Ärzten und Forschern. US-Mediziner betonen, dass möglicherweise genau diese immense Aufmerksamkeit zu einer medizinischen Latrogenese, also einer behandlungsbedingten Symptomatik führen könnte. Wie schätzen Sie diese Befürchtung ein?

SV Dr. Bernhard Egger (GKV-Spitzenverband): Ich kann dazu keine qualifizierte Aussage machen, weil dazu letztendlich nur die in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung tätigen Ärzte auf Basis ihrer Eindrücke diese Symptomatik



bewerten könnten. Was man ausschließen kann ist, dass das ein Phänomen ist, was es zugespitzt gesagt in der Realität gar nicht gibt. Das haben Sie nicht gefragt. Ihre Frage kann man eindeutig verneinen. Welche Dimension und auch welche epidemiologische Bedeutung das Phänomen auf Dauer haben wird, auch mit den entsprechenden Wirkungen auf die Versorgungsbedarfe und die Kosten, kann man im Moment noch nicht abschließend bewerten. Auch nicht, wie sich das entwickeln wird. Da müssten wir abwarten, was die zu dem Thema laufenden, entsprechenden Forschungsprojekte ergeben und was die entsprechenden Daten aus der Versorgungsrealität uns sagen werden. Vielen Dank.

ESVe **Prof. Dr. Uta Behrends** (stellv. Komm. Klinikdirektorin an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität und der München Klinik Schwabing): Ich kann das nur bestätigen und vor allen Dingen nochmal eine große Warnung aussprechen, dass Aufklärung immer das Beste ist. Die Sorge davor, dass der eine oder der andere etwas falsch versteht, darf uns nicht davon abhalten, zu so einem Krankheitsbild aufzuklären und dazu zu lernen und zwar mit allen Mitteln, die uns zur Verfügung stehen. Es gab in der Geschichte genügend Krankheiten, die wir nicht gut verstanden haben. Nur Aufklärung bringt uns weiter.

Abg. **Ulrich Oehme** (AfD): Ich habe nochmal eine Nachfrage zu Frau Prof. Behrends. Sie hatten ange-regt, dass man Post-Covid-Zentren schnellstmög-lich errichten sollte. Wir haben in dem Bereich sehr viele Fachrichtungen, die daran beteiligt sind. Welche konkreten und schnell umsetzbaren Maß-nahmen sehen Sie dazu?

ESVe **Prof. Dr. Uta Behrends** (stellv. Komm. Klinikdirektorin an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität und der München Klinik Schwabing): Ich sehe bei uns innerhalb der Universität, dass die Vernetzung der Neurologen mit den Kardiologen und auch vor allen Dingen mit den altersübergreifend ermittelnden Internisten, um die Transition zu gewährleisten, unter Einbin-dung der psychorientierten Fächer etwas ist, was

mit Geld noch ausgebaut werden muss. Wir brau-chen zusätzliche Ressourcen, um Fallkonferenzen interdisziplinär zu etablieren. Wir brauchen ebenso zusätzliche Ressourcen, um voneinander zu lernen. Ich denke, dass der Ausbau von solchen Zentren das eine ist, um die Zentren zu entlasten und zur Fokussierung auf die komplizierten Fälle beizutra-gen. Das andere ist die Unterstützung in der Praxis. Damit die Zentren gut arbeiten können, muss der niedergelassene Arzt eine ausreichende Versor-gungspauschale haben. Ich weiß, dass zum Beispiel die Chronikerpauschale eine mehrmalige Versor-gung über mehrere Quartale erfordert. Hier ist es nötig, dass der Patient, der die Krankheit seit drei Monaten hat, sofort ausreichend versorgt werden kann und der Arzt dafür bezahlt wird, damit er den Patient annimmt und herausfindet, ob er das Zent-rum braucht oder nicht.

Abg. **Ulrich Oehme** (AfD): Die nächste Frage richte ich an Frau Wüst. Covid-19 kann als Folge der be-ruflichen Tätigkeit als Arbeitsunfall anerkannt wer-den. Sie fordern in Ihrer Stellungnahme, dass die Unfallversicherung vorübergehend zur Leistung verpflichtet werden soll, wenn der Zusammenhang zwischen Covid-19 und Long-COVID nicht auszuschließen ist. Unser Eindruck ist, dass bei der der-zeitigen Datenlage ein Zusammenhang aller mögli-chen Symptome nie ganz auszuschließen ist. Soll dann die Unfallversicherung immer zahlen? Bitte stellen Sie uns das konkret vor.

ESVe **Karin Wüst** (Leiterin Beratungsstelle Berufs-krankheiten Berlin): Vielen Dank. Die Unfallversi-cherung soll nach unserer Einschätzung auch die Erkrankungen wie die Folgeerkrankung Long-CO-VID entschädigen. Nicht immer nur dann, wenn es nicht auszuschließen ist, dass Long-COVID eine Ur-sache in der Erkrankung Covid hat. Dann sollte diese die Folgeerkrankung anerkennen und nicht ablehnen und die Leistungen gewähren. Das ist un-ser Vorschlag und unsere Bitte. Eine Ablehnung zu bekommen, ist weder den Pflegerinnen und Pfl-e-gern noch den Verkäuferinnen und Verkäufern zu-mutbar, weil wir noch so viel forschen müssen und noch so viel lernen. Es wird aber abgelehnt, weil es nicht 100-prozentig feststellbar ist. Immer, wenn es wahrscheinlich ist, dass Long-COVID eine Ursache in Covid hat, sollten auch die Folgebehandlungen



wie Reha-Maßnahmen und alles, was damit zusammenhängt, von der Unfallversicherung übernommen werden. Dafür treten wir ein.

Der Vorsitzende: Vielen Dank, dann sind die sechs Minuten um. Das Fragerecht wechselt an die CDU/CSU-Fraktion. Da ist die Fraktion so freundlich, den Vorsitzenden als Mitglied dieser Fraktion zu bevollmächtigen, Fragen zu stellen. Meine erste Frage geht an Frau Prof. Behrends. Ich würde gerne von Ihnen hören, wie Sie die Häufigkeiten eingeteilt sehen. Wir hatten eine Debatte um die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. Manche Eltern tendieren dazu, zu sagen, meine Kinder sollen auf jeden Fall geimpft werden und beziehen sich auf die Risiken aus Long-COVID. Wie schätzen Sie das ein? Würden Sie sagen, wir bleiben im Augenblick doch besser bei den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission oder ist Ihre Empfehlung anderslautend?

ESVe **Prof. Dr. Uta Behrends** (stellv. komm. Klinikdirektorin an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität und der München Klinik Schwabing): Ich würde mich im Augenblick der Ständigen Impfkommission uneingeschränkt anschließen und seit der Empfehlung der Ständigen Impfkommission hat sich nichts Wesentliches daran geändert. Wir haben im Kinder- und Jugendbereich noch nicht ausreichend Zahlen, um das Phänomen beurteilen zu können. Die Zahlen schwanken von 30 Prozent noch mit Symptomen nach einigen Monaten bis hin zu eher 4 Prozent bei anderen Befragungen. Wie soll im Moment eine Impfung von Kindern bei ungenügender Sicherheitsdatenlage gerechtfertigt werden? Zudem sind da die unzureichenden Impfstoffmengen. Das mag sich alles bald ändern, aber wir brauchen erstmal noch bei den Kindern zuverlässigere Evidenzen.

Der Vorsitzende: Dann würde ich eine zweite Frage an die Vertreter der Sozialkassen richten, also GKV-Spitzenverband und den Gesundheitsdienst und die Wohlfahrtspflege (DGUV) sowie die Deutsche Rentenversicherung Bund. Macht es einen Unterschied, an wen ich mich als Versicherter wende, wenn ich sage, ich habe das Gefühl, ich brauche

eine Rehabilitation? Wir haben im Rehabilitationsrecht einen Anspruch des Versicherten geschaffen, dass er eine Beratung und eine Empfehlung bekommt und dass dann „in der Kulissee“ geklärt wird, wer anschließend die Kosten trägt. Wird es aller Orten so praktiziert oder gibt es einen Unterschied?

SV **Dr. Bernhard Egger** (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank, Herr Henke. Der primäre Ansprechpartner ist der Hausarzt, wenn ein entsprechender Reha-Bedarf gesehen wird. Und letztendlich wird der Hausarzt die entsprechenden Schritte in die Wege leiten, die dem Versicherten, dem Patienten eine klare Orientierung der Zuständigkeit bieten. Vielen Dank.

SV **Prof. Dr. Stephan Brandenburg** (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)): Wir haben folgende Situation: Nach dem Bundesteilhabegesetz besteht ein Reha-Bedarf, aber was passiert bei einem System wie bei der gesetzlichen Unfallversicherung, bei der die Kausalität eine Rolle spielt und die Kausalität nicht zügig geklärt werden kann? Dann wird der Versicherte an den Träger übergeleitet, der ohne Prüfung der Kausalität die Leistung vornimmt. Aber gerade bei den Covid-Erkrankungen ist unser ganzes Bestreben in einem sehr schnellen Prozess darauf gerichtet, dort, wo das möglich ist, die Kausalitätsfrage zu klären, so dass es dieser Schleife nicht bedarf. Das findet auch in der Praxis statt, sonst wären die Anerkennungszahlen in Höhe von 60 000, die wir mittlerweile haben, gar nicht möglich. Das geschieht in sehr schneller Zeit und dann bleibt der Versicherte bei uns. Was die Reha angeht sehe ich es so, dass die qualitativen Unterschiede nicht bestehen. Die Reha-Maßnahmen werden miteinander abgestimmt. Hier stehen wir Seite an Seite für eine optimale Rehabilitation.

SVe **Dr. Susanne Weinbrenner** (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)): Ich darf mich da anschließen; nach dem Bundesteilhabegesetz hat der erste angegangene Träger zu prüfen, ob es einen größeren umfassenden Rehabilitationsbedarf gibt und weitere Träger einbezogen werden müssen. Ansonsten hat dieser Träger dann zu entscheiden, wo die ganzen Folgeleistungen zu koordinieren



sind. Wir haben da eine gute Zusammenarbeit. Es ist auch in Zeiten von Covid mit keinem Problem behaftet. Mir ist da nichts bekannt; das ist mittlerweile sehr gut eingespielt. Danke.

Der Vorsitzende: Dann hätte ich noch eine Frage an Frau Prof. Falk. Beteiligen sich niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte an den Netzwerken zur Forschung oder ist da noch ein Desiderat vorhanden? Ich habe das Gefühl, es sind unendlich viele Fragen nicht beantwortet und man kann gar nicht vertreten, irgendeinen Patienten ohne Forschung zu behandeln.

ESVe **Prof. Dr. Christine Falk** (Präsidentin Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.): Das kann man genau so sagen und das ist in der Tat so, dass das noch unzureichend ausgebildet ist. Da ist noch auf jeden Fall Luft nach oben. Wir kennen das aus der Onkologie, dort sind zum Beispiel die Spitzenzentren der onkologischen Forschung von der Krebshilfe gefördert in CCC (Comprehensive Cancer Center) organisiert und explizit im Outreach-Netzwerk mit den Niedergelassenen verknüpft. Das ist eine Struktur, an der man sich sehr gut orientieren kann, weil man den Mehrwert begreift. Man sieht, dass die Versorgung flächendeckend gewährleistet sein muss und es nicht passieren sollte und bitte nicht darf. Desto näher an einem Zentrum, desto besser die Versorgung. Die CCC sind ein sehr gutes Vorbild, weil ein integraler Bestandteil jeder CCC-Begutachtung der Outreach ist und die Einbeziehung der Niedergelassenen. Das können wir in diesem Bereich auf jeden Fall als eine ganz notwendige Maßnahme mit einbeziehen. Vielen Dank.

Der Vorsitzende: Herzlichen Dank, dann ist das Fragerecht bei der CDU/CSU aufgebraucht. Wir gehen zur FDP-Fraktion und Herr Houben hat für seine Fragen fünf Minuten.

Abg. **Reinhard Houben** (FDP): Ich möchte die erste Frage wieder an Herrn Fenercioglu stellen. Herr Dr. Egger ist bereits zu einem Long-COVID-Register befragt worden. Die Antwort war vielschichtig, deswegen die Frage auch an Sie: Wie bewerten Sie ein solches Register?

SV **Nurettin Fenercioglu** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Vielen Dank Herr Vorsitzender, vielen Dank Herr Houben. Ich kann im Grunde genommen auch in die gleiche Kerbe schlagen. Ich denke ebenfalls, dass zunächst einmal geklärt sein müsste, was mit diesem Register bezweckt werden soll. Das ist immer schwierig mit den Registern. Ich denke zum Beispiel an die jahrelangen Vorarbeiten für das Implantate-Register. Viele datenschutzrechtliche Fragen spielen dabei eine Rolle. Im Grunde genommen ist unklar, welchen Nutzen ein solches Register bei einem solchen multifaktoriellen Geschehen darstellen soll. Da wäre ich auch eher zurückhaltend.

Abg. **Reinhard Houben** (FDP): Dann möchte ich den Ball zurückspielen an Frau Prof. Dr. Falk. Inwieweit würde Ihnen denn ein Register helfen im Rahmen der Forschung?

ESVe **Prof. Dr. Christine Falk** (Präsidentin Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.): Wenn man weiß, welchen Aufwand so ein Register darstellt, was wir auch in der Krebsforschung und an den Krebsregistern sehen, dann ist zwar ein Mehrwert vorhanden, aber in dieser momentanen Situation würde ich den Bedenken bzw. den vorsichtigen Kommentaren zustimmen, solange es nicht sehr gut definiert ist, was in das Register rein soll. Das kennen wir aus der Krebsforschung, wie schwierig das zu definieren ist. Im Moment ist nicht klar zu beantworten, wie groß der Mehrwert in Anbetracht der Zeit sein könnte und der Notwendigkeit, jetzt zu handeln. Perspektivisch würde ich sagen, kann man das sicher offenlassen. Herr Egger hatte das gesagt und auch andere, dass im Moment die Frage eher zurückhaltend beantwortet werden kann und dem würde ich mich anschließen. Vielen Dank.

Abg. **Reinhard Houben** (FDP): Dann möchte ich nachhaken. Welchen Zeithorizont sehen Sie denn, um so ein Thema anzugehen? Ich brauche nicht eine Angabe in Monaten, sondern eher in Jahren oder sollen wir es ganz lassen?

ESVe **Prof. Dr. Christine Falk** (Präsidentin Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.): Die Frage nach den Zeithorizonten sind – das haben wir aus



der Pandemie gelernt – wann kann man klare Aussagen treffen, was muss man jetzt angehen und wann ist Handlungsbedarf gegeben? Das gehört zu den schwierigsten Dingen überhaupt, insofern wird es ganz essenziell sein, wie wir den Herbst und den Winter gestalten. Wir sollten möglichst keine neue Welle bekommen. Denn dann können wir die Strukturen, die wir aufbauen müssen, besser einschätzen, und zwar auf der Basis der Zahlen, die sich entwickeln und der Daten, die Frau Uta Behrends gerade genannt hat und die wir noch brauchen werden, um Berechnungen über betroffene Personen, Kinder und Erwachsene zu haben. Deswegen kann ich Ihnen keine Antwort darauf geben, was ein Zeithorizont wäre. Ich würde die Frage als offen stehen lassen und würde auch von der Forschungsseite argumentieren, dass sie im Moment nicht beantwortet werden kann. Wir werden im Verlauf des Herbsts und des Winters sehen, wie gut wir uns aufgestellt haben und das nochmal neu bewerten. Im Moment können wir meines Erachtens nach keine Entscheidung treffen. Das wäre der Versuch einer konkreten Antwort, ohne es genau sagen zu können. Danke sehr.

Abg. **Reinhard Houben** (FDP): Was habe ich denn noch an Zeit?

Der Vorsitzende: Eine Minute.

Abg. **Reinhard Houben** (FDP): Meine Damen und Herren, da die Tagesordnung des Bundestages morgen früh um 7:30 Uhr beginnt, schenke ich uns allen eine Minute.

Der Vorsitzende: Vielen herzlichen Dank. Dann machen wir weiter mit der Fraktion DIE LINKE. und da hat Herr Müller vier Minuten zur Verfügung.

Abg. **Norbert Müller** (DIE LINKE.): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Ich will es nicht in die Länge ziehen und hätte noch ein oder zwei Fragen an Frau Wüst. Sie haben in Ihrer Stellungnahme und mündlich darauf hingewiesen, dass es eine Vielzahl von Gründen für eine Ablehnung gibt, wenn Berufskrankheiten nicht in Frage kommen, Arbeits-

unfälle wiederum aber auch nicht festgestellt werden können, weil die Indexperson nicht zu ermitteln ist. Zudem haben wir Berufsgruppen, die an sich ein Risiko darstellen, zum Beispiel in Großraumbüros oder Busfahrerinnen und Busfahrer, wie auch im Einzelhandel. Bei den Gründen für die Nichtgewährung von Leistungen führen sie unter anderem auf, dass die Umsetzung der Schutzmaßnahmen fehlt und die ausreichenden Gefährdungsbeurteilungen nicht vorgenommen werden. Können Sie das ausführen?

ESVe **Karin Wüst** (Leiterin Beratungsstelle Berufskrankheiten Berlin): Wir beraten viele an Covid-19-Erkrankte, auch im Verfahren, wie auch nicht nur an Covid-19-Erkrankte. Dabei stellen wir immer wieder fest, dass das so wichtige Instrument der Gefährdungsbeurteilung für den gesamten Arbeitsschutz in den seltensten Fällen Bestandteil ist. Bei der Bewertung handelt es sich um eine Berufskrankheit oder nicht um eine Berufskrankheit. Das hat häufig die Ursache, dass die Arbeitgeber die Gefährdungsbeurteilungen nicht erstellt haben, dass sie nicht vorliegen. Also fehlt dieses Beweismittel. Ohne Beweise kommt es nicht zu einer Anerkennung im Verfahren und wird dann zu Lasten der Versicherten ausgelegt. Meine oder unsere Erfahrung ist, dass das ein Baustein ist, aufgrund dessen es in einigen Fällen nicht zu einer Anerkennung sowohl bei Berufskrankheiten als auch beim Arbeitsunfall kommt. Diese Beweismittel werden nicht gemacht. Eine andere Ursache, warum es nicht zur Anerkennung kommt oder warum das Verfahren nicht eröffnet wird, ist, dass viele Arbeitgeber trotz Verpflichtung eine Erkrankung nicht melden. Das ist auch aus unserer Sicht schlimm. Wir sind uns sicher, dass viele Erkrankungen am Arbeitsplatz der Berufsgenossenschaft und auch der Unfallversicherung nicht gemeldet werden, jedenfalls nicht von den Arbeitgebern und nicht von den Ärzten. Vielen Dank.

Abg. **Norbert Müller** (DIE LINKE.): Sie haben in Ihrer Stellungnahme auch ausgeführt, dass Unfallversicherungen regelmäßig den Zusammenhang zwischen der Infektion und dem Long-COVID-Syndrom nicht anerkennen würden, weil die bisher diagnostizierten über 50 Symptome aus Sicht der



Unfallversicherung zu unspezifisch seien. Wie kann das sein und welche Forderungen würden sich daraus ableiten?

ESVe **Karin Wüst** (Leiterin Beratungsstelle Berufskrankheiten Berlin): Wir haben in der Beratungsstelle einige Fälle von Covid-19-Erkrankten auch aus den Gesundheitsbereich. Diese haben eine Anerkennung als Berufskrankheit bekommen und sind dann wieder berufstätig gewesen. Sie haben einige Wochen gearbeitet und haben gemerkt, dass sie noch nicht so fit sind. Es gab bei ihnen neue Erkrankungserscheinungen. Dann haben sie sich erneut an die Berufsgenossenschaft gewendet und dann wurde dort entschieden, „nein, nein, was du jetzt hast, hat nicht die Ursache in Covid, sondern es liegt eine andere Ursache zugrunde.“ Dann wurde keine Reha-Maßnahme mehr bewilligt; es wurde dann nicht mehr als Folge der ursprünglich anerkannten Berufskrankheit gesehen. Ich würde begrüßen, dass diese Forderung nicht in kleinem Kreis entschieden wird, sondern dass dort ein Zentrum sowie verschiedene Gruppen darüber entscheiden. Das würden wir sehr begrüßen, denn für die Erkrankten bzw. die Versicherten ist das brutal. Sie waren vorher fit und kriegen dann gesagt, „was du jetzt an Leiden hast, hat nichts mit Covid zu tun, sondern das hast du dir sonst woher geholt.“ Die Entscheidung einer möglichen Verbindung auf Ambulanzen-Zentren zu übertragen, das würden wir sehr begrüßen. Vielen Dank.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an Herrn Prof. Brandenburg. Wir haben schon einen Pflegenotstand vor Corona gehabt. Nach Hochrechnung der BARMER hat sich jede vierzigste Altenpflegekraft mit Covid-19 infiziert. Daher meine Frage: Welche Konsequenzen befürchten Sie mittel- und langfristig in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit dieser Personengruppe, insbesondere in der Altenpflege?

SV **Prof. Dr. Stephan Brandenburg** (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)): Die Einschätzung der BARMER-Ersatzkasse halte ich für durchaus realistisch. Sie sprechen an, dass es in Folge von Covid-Erkrankungen zu weiteren Arbeitsunfähigkeiten kommt oder kommen kann. Wir wissen, dass das für den Beruf der Pflege, nicht nur

für die einzelnen Beschäftigten, sondern auch für uns alle ein Problem ist, weil es ein wichtiges Versorgungssystem ist. Es muss alles darauf gerichtet werden, nachhaltig die Gesundheit zu stabilisieren. Die geschilderten Ablehnungen von Leistungen kann ich für unser Haus so nicht stehen lassen. Hier besteht eine andere Politik durch die Führung der Versicherten. Sie fragen, was erwarten wir für ein Ausmaß von Ausfällen? Das kann ich derzeit nicht exakt sagen. Wir haben zum Beispiel im Zuge von Auswertungen gesehen, dass wir in einigen Regionen bei der Befragung der Versicherten einen Umfang von etwa sechs Prozent Arbeitsunfähigkeiten haben. Das sind überwiegend diejenigen, bei denen die Erkrankung vorbei ist. Wir erstellen eine Auswertung für länger dauernde Arbeitsunfähigkeiten. Ich kann Ihnen sagen, die haben wir auch. Wir sind alle gut beraten, diesen Versicherten nachhaltig zu helfen, ihre Tätigkeit wieder aufzunehmen. Pfllegetätigkeit ist körperlich anstrengend. Bei Beeinträchtigungen etwa des Atmungsvermögens bei dieser Art von Berufstätigkeit ist das eine ungünstige Konstellation. Daher müssen wir alle Anstrengungen auf das Reha-Geschehen legen. Aber wenn Sie mich fragen, wird es auch weitere Ausfälle geben. Diese werden statistisch gesehen eine gewisse Relevanz in Folge von abgelaufenen, aber eben nicht vollständig zur Restitution geführten Covid-Erkrankungen bei Pflegekräften haben.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann stelle ich eine Frage an Frau Dr. Weinbrenner: Wir hatten gerade in der Anfangsphase bei Pflegekräften sehr viel Sorgen, auch zum Beispiel was die Angst anging, eigene Angehörige zu infizieren. Wir haben einige Angebote erhöht, die im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung und im Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gemacht werden. Gibt es ähnliche Angebote auch von Seiten der Rentenversicherung?

SVe **Dr. Susanne Weinbrenner** (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)): Selbstverständlich hat auch die Rentenversicherung entsprechende Angebote für pflegende Angehörige. Sie haben den Aspekt der psychischen Belastung angesprochen, das heißt in diesen Fällen wäre dann eine psychosomatische Rehabilitation die geeignete Maßnahme. Diese kann selbstverständlich beantragt werden. Viele der Pflegenden sind bei uns



versichert und von daher haben sie natürlich auch einen entsprechenden Anspruch auf eine Leistung.

Der **Vorsitzende**: Dann bedanke ich mich für diese Antwort und bei Ihnen für die Frage, Frau Schulz-Asche. Das waren die letzte Frage und Antwort in dieser öffentlichen Anhörung. Meine sehr verehrten Sachverständigen, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir sind am Ende der heutigen Sitzung angekommen. Ich bedanke mich bei allen, die gefragt haben, für die interessanten Fragen und bei allen, die geantwortet haben, für die Klugheit der Antworten und wünsche Ihnen für den weiteren Verlauf des Tages alles Gute. Sollten Menschen interessiert sein, uns regelmäßig anzuhören: Die nächste öffentliche Anhörung unseres Gremiums findet am 1. Juli 2021 statt. Da haben wir als Thema Lernen und Lehren während der Pandemie und befassen uns mit Kita, Schule und Universität. Wer das Angebot annehmen will, kann auch diese öffentliche Anhörung im Parlamentsfernsehen live verfolgen; das wäre dann allerdings ein Vormittagstermin um 10:30 Uhr. Für die weitere Zukunft alles Gute, bleiben Sie gesund. Die Sitzung ist geschlossen.

Schluss der Sitzung: 17:23 Uhr

gez.
Rudolf Henke, MdB
Vorsitzender