

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Pflege

22. Sitzung
5. Juni 2023

Beginn: 9.32 Uhr
Schluss: 12.20 Uhr
Vorsitz: Silke Gebel (GRÜNE)

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Beschlussprotokoll.

Punkt 1 der Tagesordnung

Aktuelle Viertelstunde

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 2 der Tagesordnung

Bericht aus der Senatsverwaltung

Siehe Inhaltsprotokoll.

Vorsitzende Silke Gebel: Wir kommen dann zu

Punkt 3 der Tagesordnung

- a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0155](#)
Situation und Unterstützungsbedarfe bei
Long COVID und Post-Vac
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)
GesPflg
- b) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0168](#)
Versorgung von Long-COVID-Patient*innen
sichern und ausbauen: Stand und politischer
Handlungsbedarf
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke)
GesPflg
- c) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0182](#)
Aktuelle Versorgungssituation bei Long-, Post-
COVID und Post-Vac-Syndrom.
Unterstützungsangebote für Menschen mit Long-,
Post-COVID/Post-Vac-Syndrom in Berlin
(auf Antrag der AfD-Fraktion)
GesPflg

Hierzu: Anhörung

Wir haben verschiedene Besprechungspunkte, die sich alle rund um das Thema „Situation und Unterstützungsbedarfe bei Long COVID und Post-Vac“ beziehungsweise um die Versorgungssituation von Long-Covid-Patientinnen und -patienten, den Stand und den politischen Handlungsbedarf in Berlin drehen.

Wir haben dazu großartige Anzuhörende gewinnen können, die ich jetzt gern kurz begrüßen würde; ich begrüße sie in alphabetischer Reihenfolge. Zunächst Frau Dr. Jördis Frommhold – Sie sind aus Mecklenburg-Vorpommern angereist und Geschäftsführerin der Institut Long Covid GmbH. Herzlich willkommen hier bei uns im Ausschuss! Dann begrüße ich Frau Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen aus Berlin. Sie sind Leiterin der Immundefekt-Ambulanz der Charité. Herzlich willkommen hier bei uns im Ausschuss! Herr Prof. Dr. Bernhard Schieffer aus Marburg hat sich digital zugeschaltet. Sie sind Direktor der Klinik für Kardiologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin der Universitätsklinik Marburg. Herzlich willkommen hier bei uns! Das digitale Zuschalten ist etwas, das wir nach Corona beibehalten haben, und ich finde es sehr toll, dass wir diese technische Möglichkeit haben, auch wenn es manchmal mit Aufwand verbunden ist. Deshalb noch einmal vielen Dank ans Ausschussbüro, dass das so toll geklappt hat! – Last, but not least: Herzlich willkommen bei uns im Ausschuss, Frau Dr. Beate Schmucker! Sie sind Ressortleiterin Medizin der BG-Kliniken, des Klinikverbunds der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH, und sitzen hier um die Ecke, wie ich eben im Aufzug erfahren habe. – Ich glaube, wir haben ein gutes Tableau, um das Thema heute zu beraten.

Ich gehe einfach einmal davon aus, dass wir die Anfertigung eines Wortprotokolls haben möchten. – Niemand widerspricht. Ich habe schon wahrgenommen, dass der Besprechungspunkt 3 a begründet wird, und habe den Finger von Frau König gesehen. – Dann erteile ich Frau König das Wort.

Bettina König (SPD): Vielen Dank! – Ich bin froh, dass wir heute hier über das wichtige Thema Long Covid sprechen können. Die Pandemie liegt weitestgehend hinter uns; trotzdem gibt es einen nicht unerheblichen Anteil an Menschen, die nicht mit dem Thema abschließen können, weil sie an Long Covid oder Post Covid oder an Post Vac leiden. Es sind weltweit wohl ungefähr 67 Millionen Menschen betroffen, in Deutschland 1 Million. Man muss leider feststellen, dass diese Menschen noch weitestgehend alleingelassen werden und dass es massive Probleme gibt.

Zum einen ist es schwierig, eine Behandlung zu finden. Die zeitnahe, umfassende und wohlnahe Versorgung ist unzureichend; das ist ein anderes Problem. Es gibt noch zu wenig Forschung, es wird zu wenig unterstützt. Ein weiteres Problem ist definitiv auch die soziale Absicherung; da möchte ich jetzt nur die Stichworte Anerkennung als Berufskrankheit, Erwerbsminderungsrente und Regelsystemfinanzierung nennen. Wir wollen, dass sich an dieser Situation zeitnah etwas ändert, damit die Betroffenen die Unterstützung erhalten, die sie brauchen, ohne gegen Windmühlen kämpfen zu müssen, denn sie sind ja schon durch die Erkrankung sehr stark belastet.

Wir wollen auch, dass der Senat im Land Berlin hier stärker tätig wird, um für eine Verbesserung zu sorgen. Das sind vor allem zwei Stränge, die angegangen werden müssen: Wir brauchen mehr Anlaufstellen für die Behandlung der Betroffenen, und der Strang der Forschung zu Long Covid muss weiter vorangetrieben werden. Hier müssen wir als Politik auch eine stärkere finanzielle Unterstützung geben. Als Drittes – das habe ich gerade nur kurz angesprochen – müssen die Sozialsysteme schneller greifen und besser reagieren, und zwar im Sinne der Betroffenen. Wir wollen, dass die Regelsysteme hier schneller auffangen und so funktionieren, wie sie eigentlich auch angedacht sind.

Es sind also viele Probleme anzugehen; deshalb sind wir froh, dass wir Sie heute als Experten hier haben und von Ihnen hören können, wo Sie Ansatzpunkte für uns sehen, zu unterstützen, die richtigen Dinge und Stellschrauben zu drehen und eben für eine Verbesserung für die Menschen zu sorgen. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank für die Begründung des Besprechungsbedarfs zu Punkt 3 a! – Jetzt habe ich eine Wortmeldung von Ihnen gesehen, Herr Zander, allerdings ist die Begründung für diesen Besprechungspunkt schon durch eine der anmeldenden Fraktionen erfolgt, und eigentlich macht das immer nur eine Fraktion. – [Lars Düsterhöft (SPD): Er kann ja ergänzen!] – Aber wenn Sie möchten, können Sie auch kurz ergänzen. – [Zuruf von Elke Breitenbach (LINKE)] – Ich würde jetzt einfach sagen: Wir machen das heute einmal so und klären im Nachgang, wie wir das in Zukunft handhaben. Wir haben ja heute Gäste, da würde ich ungern eine GO-Debatte machen. – Ergänzen Sie das einmal kurz, und wir klären das dann im Nachgang!

Christian Zander (CDU): Vielen Dank für die Nachsicht! – Dann würde ich das auch nur ganz kurz ergänzen: Wir wollen näher auf das Problem eingehen und von Ihnen Vorschläge

haben oder auch wissen, wie Sie den Bedarf einschätzen. Von denjenigen, die wissen, dass sie unter diesen gesundheitlichen Problemen leiden, hört man immer, dass es immens lange Wartezeiten gibt. – Wie ist der eigentliche Bedarf? Wie sehen die derzeit vorhandenen Strukturen aus, und was empfehlen Sie, wenn wir mit dem Problem zukünftig besser umgehen und eine Lösung finden wollen, wie die Strukturen künftig aussehen sollten?

Eines der Probleme ist ja auch die noch nicht überall vorhandene Sensibilisierung. Das heißt, es gibt unglaublich viele verschiedene Symptome, die man haben kann, wenn man unter Post Vac oder Long Covid leidet, und bei denen nicht immer erkannt wird, dass es sich darum handelt. Was ist denn hier noch nötig, damit das auch in der Regelstruktur, in der Regelversorgung bedarfsgerecht erkannt wird und dann auch eine bedarfsgerechte Behandlungsmöglichkeit vorgeschlagen werden kann?

Wir hatten uns im Vorfeld bemüht, aus möglichst vielen verschiedenen Richtungen Anzuhörende einzuladen. Das hatte auch meine Vorrednerin Frau König gesagt, dass wir auch daran interessiert waren, jemanden von den Krankenkassen hier zu haben. Hier war es uns leider nicht möglich, jemanden einzuladen und dafür zu gewinnen; das vielleicht noch als Erklärung vorausgeschickt. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank für die ergänzende Begründung für den Tagesordnungspunkt 3 a! – Dann würde ich jetzt zur Begründung für Tagesordnungspunkt 3 b kommen und dann Sie, Herrn Ubbelohde, im Anschluss für 3 c an die Reihe nehmen. – Für die Begründung des Tagesordnungspunkts 3 b hat sich Frau Pieroth gemeldet.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Wir wollen in erster Linie Sie hören. Ich freue mich sehr, dass Sie da sind. Wir hatten ja hier im Abgeordnetenhaus schon eine sehr interessante, von Frau König, Tobias Schulze und mir organisierte Veranstaltung, unter anderem auch mit Ihnen, Frau Dr. Scheibenbogen. Ich freue mich jetzt in erster Linie auf Ihren Bericht und auf die Bezüge zur Arbeitswelt, weil wir wirklich schauen müssen, wie wir mit Berufskrankheiten und so weiter umgehen. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Danke schön! – Ich frage jetzt der Vollständigkeit halber, ob es von der Linken auch eine ergänzende Begründung gibt. – [Tobias Schulze (LINKE): Ne, wir machen das nicht so wie die Koalition!] – Alles klar! – Dann Herr Ubbelohde!

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Guten Morgen an alle, an die Kolleginnen und Kollegen und an unsere Gäste. Schön, dass Sie da sind!

Es ist ein sehr wichtiger Punkt. Wir haben dieses Thema auf Bundesebene bereits vor gut einem Jahr thematisiert und auf Lösungen gedrängt, und wir haben diesen Besprechungspunkt ebenfalls angemeldet, weil es draußen eine zunehmende Anzahl sehr verzweifelter Menschen gibt. Diese Menschen sind deshalb so verzweifelt, weil sie nicht nur erheblich in ihrem Alltag eingeschränkt sind; ich weiß das aus dem eigenen Umfeld, ich weiß das aus meiner Praxis und den Praxen, die um meinen Praxisstandort herum von Patienten angesteuert werden, wenn sie überhaupt noch in Praxen kommen können. Es geht nicht nur darum, dass sie nicht mehr berufstätig sein können und das sehr vermissen, sondern auch darum, dass sie für alltägliche Dinge weder die Kraft noch – vor allen Dingen – die Zuversicht haben.

Deswegen ist es wichtig, dass wir hier gemeinsam – mit „gemeinsam“ meine ich nicht nur auf der politischen Ebene, sondern auch auf der medizinischen und der Versorgungsebene – ein Signal nach draußen senden, dass nicht nur die teilweise vorhandene Ignoranz und die nicht vorhandenen Fähigkeiten in Praxen gebrochen werden, bei denen diese Erkrankung oft auf Unverständnis stößt, sondern dass vor allem auch die Ignoranz auf politischer Ebene durchbrochen wird. Denn – das muss an dieser Stelle auch erlaubt sein zu unterstreichen – gerade die Fraktionen, die vor mir gesprochen haben, haben ein Stück weit auf Bundesebene, aber vor allem auch im Senat in den letzten Jahren dieses Thema nicht nur schleifen lassen, sondern sind im Bereich dessen, was notwendig ist, nämlich im Bereich der Forschung und im Bereich der Therapie, weitestgehend untätig geblieben. Das muss ein Ende haben.

Wichtig ist, heute auch zu klären, inwiefern es sich bei Long Covid und Post Vac, also bei der Behandlung schwerer Impfnebenwirkungen, um ein und dasselbe handelt. Handelt es sich bei den vielen Long-Covid-Fällen eigentlich um Fälle von Impfnebenwirkungen? Inwiefern spielen Labortests, die ja offensichtlich möglich sein sollen, jetzt inzwischen eine Rolle darin, das eine von dem anderen zu unterscheiden, falls es einen Unterschied gibt, denn wir wissen ja – ich erinnere auch an eine entsprechende Stellungnahme von Frau Dr. Frommhold –, dass die Fälle in etwa gleich viele sind? Da erwarte ich mir, auch mit Blick darauf, dass es sehr viele Menschen gibt, die aufgrund des Impfmanagements der letzten Jahre verunsichert sind, dass sie ein Stück weit Klarheit in dieser Debatte bekommen.

Die Behandlungskosten sollten ebenfalls – das wurde dankenswerterweise bereits angesprochen – ein Thema sein. Auch die Anerkennung als chronische Erkrankung, nicht nur für die berufliche Perspektive, ist sehr wichtig, und die Entschädigungszahlungen bei Impfschäden sind ungenügend. Hier sind natürlich die Fraktionen gefordert, die in der Regierung, im Senat sind, auch dazu beizutragen, dass die Bearbeitungsdauer, die Beantragungsdauer, deutlich verkürzt wird und die Menschen merken, dass ihre Sorgen und Nöte tatsächlich ankommen. Alles Weitere sollte dann, denke ich, in der folgenden Debatte kommen; da wird es auch entsprechende Vorschläge von der AfD-Fraktion geben, wie die Dinge aus unserer Sicht besser, zielgerichteter und verlässlicher laufen können. Ich freue mich auf die Debatte und bedanke mich für die Aufmerksamkeit!

Vorsitzende Silke Gebel: Dann haben wir die Begründungen für die Besprechungsbedarfe der Themen in der heutigen Anhörung einmal gehört, und ich würde zu den Anzuhörenden kommen. In alphabetischer Reihenfolge starten wir mit Ihren Statements und Einlassungen, und wir werden versuchen, uns an fünf Minuten pro Person zu orientieren. Dann gibt es die Möglichkeit zu einer Fragerunde durch die Abgeordneten; dann haben Sie noch einmal die Gelegenheit zu antworten, und dann werden wir das Ganze hier im Ausschuss in ein paar Wochen auswerten. So haben Sie das Prozedere auch einmal gehört. – Dann würde ich Frau Dr. Frommhold das Wort erteilen.

Dr. med. Jördis Frommhold (Institut Long Covid GmbH; Geschäftsführerin): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank, dass ich Ihnen aus meinem Alltag berichten darf.



 Institut
LongCovid

Genesen ist noch nicht gesund – Effizienz der multimodalen Therapie bei Post- und Long-Covid

Dr. Jördis Frommhold – Institut Long Covid
05.06.2023

In meinem Titel habe ich nur Post- und Long Covid genannt; wir betreuen aber auch Patienten mit anderen postinfektiösen Syndromen, mit Post Vac, und auch mit ME/CFS. Sie werden im Weiteren noch mitkriegen, dass das Institut Long Covid letztlich ein Modellprojekt ist.

Erfahrung in der Behandlung von Long Covid ist entscheidend



Seit April 2020 **über 6000** Patient:innen mit Spätfolgen einer Sars CoV 2 – Infektion betreut (Median Klinik Heiligendamm)

Seit Januar 2023 Institut Long Covid – transsektorale Patientenlotsenfunktion am Beispiel von Long Covid

Patientenbetreuung (analog und digital – deutschlandweit und im Ausland):

Januar 2023	103 Patient:innen	Im Vergleich Post Covid Ambulanz
Februar 2023	91 Patient:innen	Universität Greifswald seit Februar 2021 bis 2023
März 2023	104 Patient:innen	293 versorgte Patient:innen
April 2023	114 Patient:innen	

Aktuelle Wartezeit 3 Monate – äußerst effiziente Versorgung und Lotsenfunktion möglich

Inklusive psychologischer, sozial- und arbeitsmedizinischer Versorgung

Betreuung von Long Covid, Post Vac und ME/CFS – Patient:innen sowie Betroffene andere postinfektöser Syndrome

Ich habe die Erfahrung in der Behandlung von Covid-19-Spätfolgen bereits seit April 2020, seit dem Beginn der Pandemie, sammeln dürfen. Damals war ich Chefärztin der MEDIAN-Klinik in Heiligendamm. Wir haben mit dem Team in den letzten knapp drei Jahren insgesamt über 6 000 Patienten gesehen, von Anfang an. Im Moment ist es so, dass – gerade was die Versorgung, Therapie und Behandlung angeht, wo wir ja noch am Anfang stehen, wo man aber doch schon Symptomlinderung erreichen kann – das Ganze noch sehr erfahrungsabhängig ist. Wir brauchen natürlich weitere Forschung, wir brauchen auf allen Ebenen Forschung; mein Part ist aber, auf die Versorgungsebene zu schauen.

Weil wir auch feststellen mussten, dass die Patienten gerade im Bereich der stationären Reha häufig sehr lange warten, bis sie irgendwo ein Behandlungsangebot bekommen, war meine Intention, diesen Input und diesen Erfahrungsschatz, den ich dort sammeln durfte, schon möglichst früh an die Betroffenen zu bringen. Deswegen haben wir uns im Januar 2023 entschieden, das Institut Long Covid in Rostock zu gründen. Es ist ein deutschlandweit einzigartiges Modellprojekt. Wir befassen uns mit der transsektoralen Patientenlotsenfunktion am Beispiel von Long Covid. Es geht nicht darum, immer und immer wieder Untersuchungen und Diagnostik zu machen, sondern wir zielen eher darauf ab, den Betroffenen einen roten Faden zu geben und eine Hand zu reichen, um sich in diesem eher unübersichtlichen Sektor zurechtzufinden und vor allem auch das auszugleichen, was bei den niedergelassenen Kollegen – ohne das jetzt irgendwie wertend zu meinen – leider häufig noch nicht passiert. Die Patienten sind häufig alleingelassen, möglicherweise auch wegen nicht genügend Erfahrung.

Dass wir damit Erfolg haben, sieht man an den Zahlen aus den ersten Monaten: Wir haben im Schnitt um die 100 Patienten pro Monat mit Long Covid und Post-Covid, dann auch mit Post

Vac; da sind es insgesamt in den letzten vier Monaten 50 Patienten. Hier muss ich kurz auch noch die Aussage von eben korrigieren: Die Fälle sind bei uns nicht gleich viele, und es ist auch nicht so kommuniziert worden. Vielleicht habe ich das falsch herübergebracht. Aber: Bei uns kommen natürlich relativ viele Post-Vac-Patienten, weil wir darauf spezialisiert sind und diese Patienten auch mitbetreuen, aber dazu wird Herr Prof. Schieffer gleich sicherlich noch viel mehr sagen können. Deswegen ist die Sicht bei uns im Institut, glaube ich, ein wenig verschoben.

Im Vergleich dazu: Die Post-Covid-Ambulanz der Uni Greifswald – als Universitätsambulanz – hat von Februar 2021 bis 2023 auch knapp 300 Patienten versorgt. Man merkt also, dass wir mit dieser digitalen und Telemedizin nutzenden, transsektoralen Patientenlotsenfunktion durchaus effizient sind und den Patienten deutschlandweit eine Anlehnung geben können. Wir etablieren gerade eine Studie mit der Universität Rostock zur telemedizinischen Konsilbetreuung von Patienten durch Hausärzte, damit dieses Wissen auch in den niedergelassenen Bereich getragen wird.

Bei uns beträgt die Wartezeit derzeit drei Monate; das ist im Vergleich, denke ich, noch relativ kurz. Was wir von Anfang an integrieren, ist ein psychologischer, sozial- und arbeitsmedizinischer Ansatz. Das heißt, wir versuchen, den Patienten wirklich ganzheitlich zu betrachten, um eben auch der großen Sorge, die viele haben – Wie kann ich wieder zurück ins Arbeitsleben kommen? Wie kann so etwas überhaupt möglich sein? –, schon einmal vorwegzugreifen. Das entspannt und entlastet die Patienten ungemein. Wir führen zum Teil BEM-Gespräche mit Patienten und Arbeitgebern zusammen, um die Besonderheiten der Krankheitsbilder Long und Post Covid, Post Vac und ME/CFS zu erklären – wobei Frau Scheibenbogen das gleich noch näher ausführen wird. Das machen wir da, wo es möglich ist, um den Arbeitgebern auch viel Transparenz an die Hand zu geben.

Institut Long Covid





- Deutschlandweit einzigartig – Modellcharakter Made in MV
- Wissenschaftliche Kooperation mit zahlreichen Universitäten deutschlandweit und zum Teil im Ausland
- Schirmherrschaft des Institut Long Covid durch die Ministerpräsidentin MV
- Wirtschaftliche Förderung durch das Land Mecklenburg Vorpommern

Hier sehen Sie unsere Räumlichkeiten. Ich habe gerade eigentlich schon gesagt, dass wir viele wissenschaftliche Kooperationen mit zahlreichen Universitäten pflegen, zum Teil auch im Ausland.

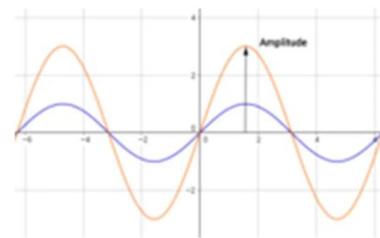


Ich denke, wir müssen jetzt gar nicht unbedingt auf das Krankheitsbild an sich und die verschiedenen Ausprägungen eingehen; ich möchte mit dieser Folie aber noch einmal hervorheben, dass es unterschiedliche Cluster und Phänotypen von Long-Covid-Patienten gibt; die sind nicht alle gleich. Es gibt Unterschiede, und auch, wenn wir immer wieder hören, dass es über 200 verschiedene Symptome gibt, die vermeintlich sehr diffus sind, merkt man schnell, wenn man sich viel mit diesen Patienten auseinandersetzt, dass man die verschiedenen Symptome durchaus verschiedenen Clustern zuordnen kann. Was aber wichtig ist, ist, dass die unterschiedlichen Cluster häufig unterschiedliche Ursachen haben, und entsprechend brauchen wir für unterschiedliche Ursachen auch andere und individualisierte multimodale Therapieansätze. Wir werden nicht ein Medikament oder eine Therapie für alle Long-Covid-Patienten etablieren können, sondern wir müssen individuell schauen, welche Phänotypen und welche Cluster vorherrschend sind.

Long Covid Fatigue



- Massive Erschöpfung bereits nach geringen Belastungen
- **Belastungsintoleranz mit Verstärkung vieler Symptome (PEM)** nach körperlichen aber auch kognitiven Tätigkeiten mit Latenzzeit
 - Reizüberempfindlichkeit und Schlafstörungen
 - POTS – posturales Tachykardiesyndrom
 - Bauchschmerzen oder andere gastrointestinale Symptome
 - **Gelenk- und/oder Muskelschmerzen**
 - Kognitive Einschränkungen – Brain Fog
 - Undulierender Krankheitsverlauf mit hoher Amplitude
 - Schwingungsfähigkeit ist gegeben (Abgrenzung Depression)
 - Schwerster Form der Long Covid Fatigue – ME/CFS
- Symptome sind nicht alle auf einmal da
- Entwickeln sich individuell typisch und kaskadenartig
- „Frühwarnsystem“

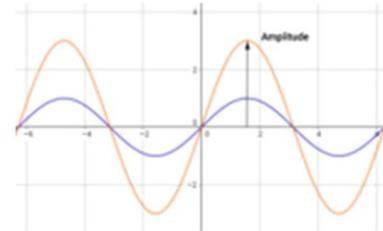


Am Beispiel der Fatigue ist es schon so, dass wir da sehr viele unterschiedliche Symptome haben. Der Symptomverlauf ist sehr schwankend. Wir müssen den Patienten beibringen, dass die Symptome mit Latenz auftreten und es nicht so ist, dass man auf eine heiße Herdplatte fasst und dann sofort die Hand weh tut, sondern dass es einfach mit Versatz kommen kann. Das ist vielen Patienten überhaupt gar nicht bewusst, und es gibt viele Strategien, die wir unseren Patienten sehr wohl beibringen können, wobei dieses Beibringen eben auch längerer Zeit bedarf. Es reicht nicht, einmal zu sagen: Du musst deine Fatigue im Blick behalten, mach mal Pacing! – Es braucht vielmehr eine Betreuung.

Möglichkeiten der Behandlung



- Oberstes Ziel: hohe Amplitude im Krankheitsverlauf abzusenken (orange - blau)
- Methode der Wahl ist Pacing!
- Mögliche Fallstricke
- Wie kann die Familie einbezogen werden?
- Problem der Latenz – Verstärkung der Beschwerden meist nicht direkt nach der Überlastung
- Schwierigkeit des Erkennens der neuen Leistungsgrenzen
- **Klassische psychosomatische Therapieansätze meist kontraproduktiv – Bremsen statt Aktivieren!!**
- **Selten Indikation für Psychopharmaka**



Unsere Patienten sind häufig sehr ehrgeizig, sehr leistungsstark, sehr engagiert. Es ist nicht so einfach, dann zu sagen: Mach mal einfach nur eine Pause! – Die brauchen wirklich Anhalt, ein Coaching, eine Art Verhaltenstherapie für den Umgang mit der Fatigue, und dann sehen wir durchaus, dass wir hier viel erreichen können, dass es aber auch zahlreiche Fallstricke gibt. Wir müssen die Familien mit einbeziehen. Das machen wir regelrecht: Entweder kommen die Patienten zu uns und werden mit den Familienangehörigen zusammen betreut, oder wir machen es per Videosprechstunde in ganz Deutschland, von Nord nach Süd, von Ost bis West und eben auch im Ausland. Das ist, denke ich, ein beispielhafter Einsatz der Telemedizin, bei der Expertise breit gefächert eingesetzt werden kann.

Die klassischen psychosomatischen Therapieansätze sind häufig kontraproduktiv. Bremsen statt aktivieren zieht bei unseren Patienten eigentlich eher, und da ist es wichtig, dass wir, wenn wir ambulant und zeitnah ein Konzept für diese Patienten brauchen, dieses Konzept multimodal, individualisiert, aber auch hybrid unter Nutzung von bereits existierenden Strukturen einsetzen.

Individualisierte multimodale hybride ambulante Therapie



1. **Physikalische Behandlungen wohnortnah oder unter Nutzung digitaler Möglichkeiten**
 - Atemtherapie, manuelle Therapie
 - Koordinationstraining
 - Zum Teil und an die Fatigue angepasste körperliches Training, gerne via gestaffelter Rehasport - Angebote
2. **Psychologische Betreuung**
 - Erlernen von Coping – Strategien bei Fatigue (Pacing) – Betreuung im Alltag wichtig!!!
 - Vereinfachtes Symptomdiagramm – Biofeedback
 - Vermeidung von hoher Amplitude im Krankheitsverlauf
 - Erkennen von Symptomen, die den Beginn einer Crash-Symptomatik voraus gehen
 - Krankheitsakzeptanz
 - Umgang mit möglichen Ängsten und depressiver Stimmungslage
3. **Medikamentöse – symptomorientierte Therapie (off label) unter Nutzung von Alternativ- und Phytotherapie**
4. **Ergotherapeutische Therapie auch digital via App**
5. **Abwägung weiterer diagnostischer Optionen auch in Hinblick auf möglicherweise sinnvolle experimentelle Therapieverfahren**
 - Patient:innen brauchen ärztlich-therapeutische Anleitung, damit auch experimentelle off label Therapieoptionen möglichst sinnvoll angewendet werden und nicht aus der Hilflosigkeit heraus der 3.Schritt vor dem 1. Schritt erfolgt

Patientencheckliste nach Clustern vereinfacht die Zusteuerung

Unser Konzept besteht aus verschiedenen Bausteinen aus dem Bereich der physikalischen Behandlung und der psychologischen Betreuung, wobei der Hauptpunkt auf dem Bereich Erlernen von Pacing und Fatigue-Coping-Strategien liegt und nicht darauf, klassische psychosomatische Therapie zu machen. Hinzu kommen eine medikamentös-symptomorientierte Therapie – die natürlich noch Off-Label ist, wo wir natürlich weitere Studien brauchen –, aber auch ergotherapeutische Therapien und das Abwägen weiterer diagnostischer und möglicherweise auch experimenteller Therapieverfahren. Es ist auffällig, dass sich Patienten in ihrer Hilflosigkeit natürlich an jeden Strohhalm klammern, der möglicherweise funktionieren könnte, und manchmal dann auch schon Schritt 3 vor Schritt 1 machen, weil ihnen niemand gesagt hat, was Schritt 1 ist. Wir versuchen, da Ruhe hineinzubringen, eine Kontinuität hineinzubringen und das Ganze zeitnah zu vermitteln.

www.institutlongcovid.de



- Patient:innen bekommen die **Inhalte** des individualisiert zugeschnittenen hybriden multimodalen Therapieplans empfohlen. **ZEITNAH**
- Die **zeitliche Planung** erfolgt durch die Betroffenen **selbst** – dabei soll gleichzeitig das Pacing im Alltag gelernt werden und das Konzept wird aufgrund seiner Flexibilität **für PEM anwendbar**.
NUTZUNG vorhandener Strukturen/Ressourcen - Telemedizin
- **PROBLEM: fehlende Zertifizierung, keine Qualitätskriterien für die Behandlung**
- Neue Art der hybriden Versorgung für chronisch Erkrankte am Beispiel von Long Covid – gilt auch für PostVac, ME/CFS, postinfektiöse Syndrome anderer Genese
- Betreuung von Erwachsenen und Jugendlichen möglich
- Betroffene brauchen: enge ärztliche Führung und Betreuung „Wir haben einen Plan!“ – auch wenn bisher nur symptomorientierte Behandlung möglich ist
- Hilflosigkeit vermeiden, Wiedereingliederung in den Alltag begleiten
- Kein „Verlegenheitsdiagnosen“ – Runterspielen der Symptomatik

Diese Inhalte werden praktisch individualisiert an die Patienten gebracht. Die zeitliche Planung müssen sie selber umsetzen, damit es flexibel ist und für die Belastungsintoleranz anwendbar. Wir nutzen vorhandene Strukturen und Ressourcen; das spart wiederum Ressourcen in anderen Bereichen. Die Telemedizin ist exzellent nutzbar, nicht nur für die Patientenlotsenfunktion, sondern auch für therapeutische Optionen.

Wir haben ein Problem, nämlich, dass es im Moment praktisch keine Zertifizierung und keine Qualitätskriterien für die Behandlung gibt. Das heißt, jeder kann sich auf seine Klinik den Button „Long-Covid-Behandlung“, „Post-Covid-Behandlung“ oder „Fatigue-Behandlung“ kleben, und was dann herauskommt, ist fraglich. Wir brauchen letztendlich eine neue Art der hybriden Versorgung am Beispiel von Long Covid. Wir betreuen Erwachsene und Jugendliche. Die Betroffenen brauchen eine enge ärztliche Führung und das Gefühl, dass wir einen Plan haben, auch wenn wir vielleicht nicht wirklich heilen können; aber dennoch müssen wir eine symptomorientierte Behandlung möglich machen. Diese Hilflosigkeit, die allgegenwärtig ist, muss dringend vermieden werden, und es braucht eine Option der Wiedereingliederung in den Alltag. Was ganz schlimm ist, sind diese Verlegenheitsdiagnosen. Nur weil ich vielleicht keinen auffälligen pathologischen Befund finde, heißt das nicht automatisch, dass die Patienten in jedem Fall psychosomatisch einzuordnen sind. Da muss wirklich noch mehr Aufklärung geleistet werden.

Fazit



- Long Covid - Post Vac - ME/CFS - postinfektiöse Syndrome sind keine Seltenheit
- Weitere Forschung – auf allen Ebenen - ist unerlässlich
- Bisher keine guten flächendeckenden ambulanten Therapieangebote
- Aber es gibt Wege für die Symptomlinderung und Umgang mit der Fatigue – Institut Long Covid kann Wege aufzeigen
- Diese Prinzipien sollten in den Alltag integriert werden
- Gesamtgesellschaftliches Umdenken ist notwendig
- Neue Versorgungsstrukturen müssen etabliert werden

Postinfektiöse Syndrome, Long Covid, Post Vac, ME/CFS sind keine Seltenheit. Wir brauchen weitere Forschung. Es gibt keine guten, flächendeckenden, ambulanten Therapieangebote, insbesondere für Kinder nicht, und insbesondere im Umgang mit Kindern und Jugendlichen in der Schule, die unter Fatigue-Symptomen leiden, nicht. Wir haben aber Möglichkeiten der Symptomlinderung und brauchen neue Versorgungsstrukturen, die transektoral arbeiten, die Telemedizin nutzen und hybrid sind, um diese Patienten in der Masse versorgen zu können. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Frau Dr. Scheibenbogen.

Prof. Dr. med. Carmen Scheibenbogen (Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Immunologie; Leiterin Immundefekt-Ambulanz): Vielen Dank! – Sehr geehrte Senatorin! Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Ich freue mich sehr, dass Sie sich heute mit diesem wichtigen Thema beschäftigen. Ich möchte auf drei Punkte eingehen: Zum einen möchte ich die Situation erklären und ergänzen, was Frau Frommhold teilweise schon ausgeführt hat. Dann werde ich über die Versorgung der Patienten in Berlin sprechen, und schließlich möchte ich darlegen, was für eine bessere Versorgung in Berlin notwendig ist.

Vorwegschicken möchte ich, dass wir es hier nicht mit einer neuen Erkrankung zu tun haben, sondern dass viele Infektionserkrankungen mit solchen postinfektiösen Folgeerkrankungen einhergehen, die jedoch bislang kaum beachtet wurden. Insbesondere die Erkrankung ME/CFS, die die am stärksten behindernde Folgeerkrankung von Infektionen ist, war auch vor der Pandemie schon häufig. Wir gehen von etwa 300 000 präpandemisch Erkrankten aus; das sind überwiegend chronisch und schwer erkrankte Menschen. An der Charité haben wir

bereits seit mehr als 30 Jahren eine Sprechstunde für dieses Krankheitsbild ME/CFS, die ich vor 15 Jahren übernommen habe, und wir haben inzwischen viele Tausend Betroffene gesehen und haben auch mehrere Forschungs- und Versorgungsprojekte angestoßen, aber das ist quasi ein Alleinstellungsmerkmal der Charité. In keinem anderen Bundesland gibt es eine solche Struktur, mit Ausnahme von München; die bieten das allerdings nur für Kinder und junge Erwachsene an.

Wir haben seit Sommer 2020 auch viele Menschen bei uns gesehen, die nach Covid anhaltende Symptome haben. Wir haben eine sogenannte Beobachtungsstudie aufgelegt, um das systematisch anzugehen, und wir haben inzwischen über 1 000 Betroffene mit Post Covid gesehen. Viele von ihnen leiden auch am Krankheitsbild ME/CFS. Wir haben im Sommer 2021 ein Post-Covid-Netzwerk an der Charité aufgebaut, mit unterschiedlich ausgerichteten Ambulanzen. Wir haben uns auch sehr früh mit den Niedergelassenen vernetzt, und auch die KV Berlin hat ein Long-Covid-Netzwerk aufgebaut. Wir sind auch mit den Brandenburgern bereits gut vernetzt; da wurde – auch mit angestoßen durch Frau Nonnemacher – das Netzwerk DiReNa aufgebaut.

Zur Situation: Wir wissen inzwischen, dass das Post-Covid-Syndrom – das sind die Menschen, die nach drei Monaten anhaltende Symptome haben, die sie relevant im Alltag einschränken – etwa 5 Prozent betrifft. Nicht alle sind chronisch krank; ein Teil heilt aus. Viele sind aber auch nach zwölf Monaten anhaltend krank. Wir wissen auch, dass wir es mit unterschiedlichen Krankheitsbildern zu tun haben. Es gibt ein breites Spektrum von Symptomen, und wir können bislang nur einen Teil diagnostisch einordnen, darunter ME/CFS und insbesondere Kreislauferkrankungen. Wir wissen, dass wir es mit unterschiedlichen Krankheitsmechanismen zu tun haben. Wir haben auch gelernt, dass die Impfung einen gewissen Schutz bietet, und wir wissen auch, dass wir infolge von Omikron weniger Erkrankungen haben, aber nichtsdestotrotz ist es ein großes Problem. Wir haben zum Beispiel Zahlen der KBV, die besagen, dass wir bereits 2022 eine Zunahme hatten; wir hatten dann ungefähr eine halbe Million Menschen, die mit dieser Diagnose G93.3, ME/CFS, erfasst wurden.

Kommen wir jetzt zur Versorgung in Berlin: Wir haben in unserem Post-Covid-Netzwerk an der Charité lange Wartezeiten. Wir haben bislang weder aus öffentlicher Hand noch von den Kassen eine zusätzliche Finanzierung für diese teilweise sehr komplexen Patienten. Wir haben in Berlin ansonsten kaum weitere Strukturen. Natürlich versorgen die Niedergelassenen einen großen Teil der Betroffenen, und es gibt auch viele Menschen, die nicht so krank sind, die also auch gut im niedergelassenen Bereich aufgehoben sind. Zur BG-Situation wird Frau Dr. Schmucker gleich etwas sagen. Wir haben am St.-Hedwig-Krankenhaus noch eine kleine Ambulanz für Post Covid in der Psychiatrie. Insbesondere die Versorgungslage der chronisch und schwer kranken Menschen ist schlecht, und das war sie auch schon vor der Pandemie.

Was ist jetzt notwendig? – Ich mache drei Punkte: Zum einen brauchen wir insbesondere eine bessere Versorgung der schwer und chronisch Erkrankten, die im niedergelassenen Bereich kaum geleistet werden kann. Wir brauchen dazu eine Unterstützung unserer Spezialambulanzen an der Charité. Das sind auch relativ umfangreiche Patienten, sowohl von der Diagnostik als auch von der Weiterbetreuung her. Die Schwerstkranken brauchen eine aufsuchende Versorgung, spezialärztliche Strukturen, die wir in anderen Bereichen haben, aber bislang leider nicht für diese Patienten, die oftmals nicht einmal eine Versorgungsstufe im Pflegegrad haben, den sie dringend benötigen würden.

Zweitens bräuchten wir dringend eine Unterstützung in der Koordination dieser Post-Covid-Strukturen – das machen wir momentan alles in Eigenleistung –, um gerade auch die Interaktion mit den Niedergelassenen und die Patientenpfade besser zu steuern. Momentan ist die Situation oft so, dass sich Patienten verzweifelt hierhin und dorthin wenden, lange Wartezeiten haben. Wir brauchen dringend auch Zahlen: Vor Kurzem kam wieder eine Anfrage vom Senat. Wir können gar keine vernünftigen Zahlen geben. Wer soll diese Zahlen auch erheben? Das heißt, wir bräuchten auch hier Unterstützung, und könnten das als Stadtstaat besonders gut machen, dass wir einmal schauen, wie viele Patienten wir überhaupt haben, wo diese Patienten hingehen und wie die Situation in den Rehakliniken und in den Praxen aussieht. Wir haben dafür verschiedene Konzepte, die ich gern in der weiteren Diskussion ausführen werde.

Der letzte, ganz wichtige Punkt: Wir brauchen natürlich auch Forschung, und diese Forschung muss sehr nah bei den Patienten sein. Das heißt, wir müssen das mit Therapiestudien kombinieren; da haben wir im letzten Jahr auch eine Förderung über Frau Stark-Watzinger vom BMBF bekommen für eine Anschubfinanzierung einer klinischen Studienplattform an der Charité. Die haben wir auch aufgebaut, aber die pharmazeutische Industrie hat uns da bislang nicht begleitet, und wir brauchen auch da dringend eine Fortsetzung der Anschubförderung, um das weiterverfolgen zu können. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Prof. Scheibenbogen! – Dann kommen wir jetzt zu unserem digital zugeschalteten Experten, Herrn Prof. Dr. Bernhard Schieffer. – Sie haben das Wort!

Prof. Dr. med. Bernhard Schieffer (Universitätsklinikum Marburg; Direktor der Klinik für Kardiologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin) [zugeschaltet]: Sehr geehrte Kolleginnen, Spectabilis im Berliner Senat! Liebe Grüße aus der hessischen Provinz hinter den sieben Bergen, bei den sieben Zwergen! Wir sind Grimm-Gegend, und manchmal ähnelt das, was wir mit Long Covid, Post Covid und Post Vac erleben, den grimmschen Märchen – was da so alles erzählt wird.

Wir sind in Hessen einen anderen Weg gegangen, als Berlin das getan hat oder als Berlin bereit ist zu tun. Wir haben uns der bestehenden Strukturen bedient, die wir intersektoral für die Versorgung von schwer herzkranken Patienten und tumorkranken Patienten verwendet haben, nämlich Strukturen der sektorverzahnenden Versorgung, schon vor längerer Zeit unter Beteiligung der KVen, und haben das Ganze auf eine Digitalplattform gestellt. Das ist der Prozess, in dem wir im Moment sind, und wir versuchen, damit die hessischen Patienten zu erfassen und sie in irgendeiner Form, auch mit digitalen Medien – unter Beteiligung der 5-G-Straßen, die wir natürlich in einer sehr ländlich geprägten Region versuchen zu unterstützen –, zu erreichen.

Alles, was meine Vorrednerinnen gesagt haben, kann ich nur unterstützen, und es sollte hier jetzt nicht doppelt genannt werden. Wir haben diese Patienten; es gilt, die starke Invalidisierung in Richtung der ME/CFS-Erkrankungsentität, die wir, ausgelöst durch unterschiedliche Erkrankungsentitäten, schon seit vielen Jahrzehnten kennen, zu verhindern. Diese Patienten sind bisher nicht gebündelt worden. Es sind immer Einzelne gewesen, die einem einzelnen Arzt zugewiesen wurden, aber das Cluster dieser Patienten wurde systematisch bisher tatsächlich nur an der Charité erforscht. Wir haben diese Patienten mehr und mehr gesehen, und es

gilt, sie qualitativ hochwertig, mit hoher Lebensqualität zurück in den Berufsprozess zu bringen. Das ist unser hauptsächliches Ziel. Das gelingt in der Mehrzahl der Fälle durch verschiedenste Therapieansätze, es gelingt aber nicht in allen Fällen, und die gilt es systematisch zu untersuchen, zu erfassen und die entsprechende Diagnose zu stellen. Das Schlechteste, was wir im Moment machen können, ist, sie einfach in die Rente zu schicken; sie fehlen uns dann überall. Das ist auch das, was die Patienten umtreibt.

Gleichzeitig müssen wir diesen Wildwuchs an Therapieoptionen bündeln, der in Ermangelung einer Struktur entstanden ist, die zum Beispiel Patienten mit Herzinfarkt, Schlaganfall, Parkinson und vielen anderen Erkrankungen haben; in Ermangelung einer Struktur, die diese Patienten erfasst und klaren Schwerpunktzentren zuweist. Deshalb war mein Credo schon vor vielen Monaten das, was meine Kolleginnen auch gesagt haben: Wir brauchen ein digitales Zentrum, sei es auf Landesebene, sei es auf Bundesebene, das die Aktivitäten bezüglich der Versorgung von Post-Covid-Patienten bündelt und die klinischen, translationalen Studien und Initiativen ebenfalls steuert.

Was uns fehlt, ist natürlich auch Grundlagenforschung, denn wir stehen mit vielen Therapieoptionen – Frau Frommhold hat das sehr schön zusammengefasst – am Anfang. Da müssen die wissenschaftlichen Initiativen der einzelnen Universitäten, der einzelnen Institute gebündelt werden. Was im Moment auf keinen Fall hilft, ist dieses Abschieben in die psychosomatische Therapie; auch das haben wir schon gehört. Das führt eher zu einer Verschlechterung der Symptomatik dieser Patienten.

Letztendlich stehen wir am Anfang einer Welle, die uns sicherlich noch eine ganze Zeit lang beschäftigen wird. Ich sage meinen Mitarbeitern immer – und das möchte ich Ihnen aus Marburg mitgeben –: Mich wird die Pandemie nach der Pandemie, nämlich die Betreuung von Post-Covid-Patienten, wahrscheinlich noch meine ganze Karriere bis zu meinem Ruhestand verfolgen. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Schieffer! – Dann kommen wir zu unserer letzten Anzuhörenden, Frau Dr. Beate Schmucker. – Sie haben das Wort!

Dr. med. Beate Schmucker (BG-Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH; Ressortleiterin Medizin): Vielen Dank! – Sehr geehrte Frau Senatorin! Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielleicht ganz kurz zu mir und zu den BG-Kliniken: Wir sind ja eigentlich dafür bekannt, dass wir Unfallkliniken sind und uns mit der Versorgung von Verunfallten beschäftigen. Wir sind aber auch Teil der gesetzlichen Unfallversicherung, und da wurde sehr schnell klar, dass es viele Betroffene gibt, die aus dem Bereich des Gesundheitswesens kommen und die dann eben auch den Verdacht auf eine Berufskrankheit angezeigt haben. Zum weitgehenden Teil wurden die – gerade in den ersten Wellen – anerkannt.

Ich habe einmal Zahlen mitgebracht: Im Bereich der Berufskrankheiten sind mittlerweile – Stand Ende März – 517 000 Verdachtsanzeigen eingegangen. Davon sind 466 000 entschieden; anerkannt wurden 325 000. Das sind vor allem die aus dem Gesundheitswesen. Dazu kommen noch die Arbeitsunfälle, das sind also zum Beispiel Lehrer oder Beschäftigte der Gastwirtschaft, die Kontakt hatten. Da sind es weniger Meldungen – ungefähr 75 000 –, und davon sind etwas mehr als 25 000 anerkannt.

Da unsere Eigentümerin die gesetzliche Unfallversicherung ist, insbesondere die Berufsgenossenschaften und die Unfallkassen, haben wir uns früh auf den Weg gemacht, unser sogenanntes Post-Covid-Programm zu entwickeln. Wir haben geschaut, wie wir mit den Fähigkeiten, die wir in den BG-Kliniken haben, die Berufsgenossenschaften unterstützen können und damit natürlich auch die Patienten versorgen können. Da bieten sich Unfallkliniken vielleicht nicht in erster Linie an, aber wir haben sehr viele Schädel-Hirn-Verletzte, und gerade in diesem Zusammenhang sind immer wieder Beschwerden auch aus dem psychischen oder neurologischen Bereich, sodass insbesondere die Neurologen sehr früh die Führung bei uns übernommen und gesagt haben, wir müssen etwas machen.

Wir haben dann geschaut, was wir in den Kliniken haben und was wir noch können. Was wir auch gut können, ist Reha. Für die gesetzliche Unfallversicherung ist es ja so, dass die Reha sozusagen immer schon am Unfallort beginnt; jeder Fall ist also sozusagen Rehabilitation. Wir haben große Reha-Abteilungen mit vielen Therapeuten, Psychologen und so weiter, und wir haben uns einfach alle zusammengesetzt und uns gefragt, wie wir das System unterstützen können.

So haben wir also dieses Post-Covid-Programm entwickelt, das im Prinzip stufenweise aufgebaut ist: Es beginnt damit, dass sich der Unfallversicherungsträger, die Berufsgenossenschaften, an eine unserer Kliniken wenden und eine sogenannte Beratung anfordern kann. Erst mal haben wir also einen Fall und fragen uns, was wir mit dem Versicherten machen. Braucht er weitere Untersuchungen? Das haben die Vorredner schon geschildert: Oft sind die Versicherten oder die Patienten mehr oder weniger alleingelassen worden, hatten verschiedene Anlaufstellen, und das wurde erst einmal gebündelt. Der Unfallversicherungsträger hat uns also erst einmal die Akten vorgestellt, und dann wurde beraten, was man denn im nächsten Schritt machen könnte.

Im nächsten Schritt gibt es in den allermeisten Fällen die sogenannte Post-Covid-Sprechstunde: Es gibt eine interdisziplinäre Sprechstunde, in der die Patienten angemeldet werden. Die Wartezeiten sind bei uns im Moment ungefähr sieben Wochen im Schnitt. Das ist ein bisschen unterschiedlich; in Berlin sind es ungefähr sechs Wochen. Das Unfallkrankenhaus Berlin in Marzahn gehört dazu und versorgt einen Großteil der Patienten hier aus der Umgebung, immer im Kontext der gesetzlichen Unfallversicherung. In den Sprechstunden wird dann mit dem Versicherten zusammen entschieden, was man weiterhin tun kann. Da gibt es die Möglichkeit, erst einmal in eine gezielte Rehabilitation zu gehen, erst einmal abzuwarten und weitere Untersuchungen zu machen oder – bei besonders unklaren Fällen – den sogenannten Post-Covid-Check durchzuführen.

Der Post-Covid-Check ist ein stationäres Verfahren von bis zu zehn Tagen, in dem die Patienten, wenn Sie so wollen, von Kopf bis Fuß, also umfassend untersucht werden. Auch dann entscheidet sich wieder, wie es weitergeht.

Wir haben verschiedene Reha-Angebote für gesetzlich Unfallversicherte. Wir haben da am Anfang auch sehr experimentieren müssen, weil es bei uns normalerweise auch ein bisschen mehr an Therapie sein darf, damit der Patient schnellstmöglich wieder arbeitsfähig wird. Es hat sich aber herausgestellt – das haben Sie alle auch schon gesagt –, dass das nicht der richtige Weg war. Daraufhin haben wir die Konzepte umgestellt. Wir haben auch sehr davon profitiert, dass wir eine Rehaklinik in Bad Reichenhall haben, die sich sonst eher um berufsbedingt Lungenerkrankte kümmert. Dort hat man sich von Anfang an damit befasst, und so haben wir für das System der gesetzlichen Unfallversicherung eine – ich nenne es mal – Betreuungs- und Versorgungsstruktur für die Patientinnen und Patienten aufgebaut.

Im Moment werden die Fälle weniger: Wir sehen, dass der Großteil der Fälle mit Long Covid noch aus der zweiten Welle ist, also der Welle vor den Impfungen. Natürlich fallen auch danach noch Fälle auf, aber die sind irgendwie kürzer und müssen wohl nicht so intensiv betreut werden. Was uns jetzt beschäftigt, ist die Begutachtung: Nach, ich glaube, 78 Wochen gibt es bei der gesetzlichen Unfallversicherung eine Begutachtung, und es liegt in der Natur der Sache, dass es da schwierig ist. Das Nadelöhr bei uns, wenn man das einmal so offen aussprechen darf, ist: Für diese Testungen gibt es einen sehr großen Bedarf an Psychologen und Neuropsychologen, um sich umfassend ein Bild machen zu können. Insgesamt denke ich aber, dass wir durch diesen interdisziplinären Ansatz, also das Zusammenwirken der verschiedenen Disziplinen – von Therapeuten, verschiedenen Fachrichtungen, Rehamedizinern, Neurologen, Psychologen und natürlich auch Internisten, die eine große Rolle spielen – sicherlich helfen konnten.

Wir haben nebenbei auch Forschungsprojekte von den Berufsgenossenschaften bewilligt bekommen, unter anderem ein Post-Covid-Register. Dieses Register setzt sich aus den Patientinnen und Patienten zusammen, die in dem sogenannten Post-Covid-Check waren. Wir haben bis jetzt praktisch nur statistische Fälle; noch können wir zu Therapieansätzen nicht so viel sagen. – Das vielleicht erst einmal als Anfang.

Vorsitzende Silke Gebel: Auch hier vielen Dank! – Vielen Dank für die Eindrücke der Anzuhörenden! – Wir kommen jetzt zur Runde der Abgeordneten. Es haben sich schon einige gemeldet, und zwar Herr Schulze, Frau Khalatbari, Frau Pieroth, Herr Ubbelohde und Frau König. – Dann rufe ich Herrn Schulze auf!

Tobias Schulze (LINKE): Schönen Dank, Frau Vorsitzende! – Schönen Dank an Sie alle für Ihre Ausführungen! Ich will meine Fragen in drei Komplexe unterteilen.

Der erste Komplex ist die Frage nach den Dimensionen. Sie haben gesagt, es fehlen noch Zahlen. Es gibt ja Schätzungen. Ich hatte auch einmal eine Schriftliche Anfrage gestellt, da wurden für Berlin im Worst-Case-Szenario 75 000 Betroffene errechnet. Das wäre schon eine ganz schön hohe Zahl. Frau Dr. Frommhold hatte mit Zehntausenden auch einmal eine Zahl für Mecklenburg-Vorpommern herausgegeben. Das wären dann möglicherweise ein paar Hunderttausend bundesweit, vielleicht sogar Millionen. Vielleicht können Sie noch einmal sagen, inwieweit die Dimension so ist, dass man sagen kann, wir brauchen im Gesundheitssystem insgesamt noch einmal deutliche zusätzliche Kapazitäten, weil das ja auch eine komplexe Erkrankung ist, wie wir gerade gehört haben, und es möglicherweise auch die Abstimmung von sektorenübergreifenden Therapiesystemen zusätzliche Ressourcen braucht, die wir mit dem, was wir derzeit im System an Ressourcen haben, nicht stemmen können. Die Frage

ist, ob wir uns darauf auch in Berlin einstellen müssen. Das wäre also die erste Frage nach den Dimensionen.

Zu den Dimensionen gehört auch die Frage, wie das mit Kindern und Jugendlichen ist. Vielleicht können Sie da noch einmal sagen, wie da gerade die Versorgungssituation ist und wie viele das betrifft. Die ersten Zahlen deuteten ja darauf hin, dass Kinder und Jugendliche etwas weniger von Long Covid betroffen sind als Erwachsene. Sie sind aber natürlich dennoch mit Herausforderungen konfrontiert, wenn sie Long Covid haben, was zum Beispiel ihren Bildungsweg oder die ohnehin unter Druck stehenden Versorgungsstrukturen im klinischen, aber auch im niedergelassenen Bereich angeht. Da können wir auch in Berlin ein Lied davon singen, wie überlastet die sind. Vielleicht können Sie dazu auch etwas sagen, wie die spezielle Situation bei Kindern und Jugendlichen ist.

Dann hätte ich als zweiten Komplex zwei, drei Fragen zur Finanzierung. Frau Dr. Frommhold und Frau Prof. Scheibenbogen haben angesprochen, dass Telemedizin und digitale Angebote eine große Rolle spielen. Es ist ja gut, dass wir da in den Fortschritt kommen und dass wir sowohl für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und für die Beratung, aber auch für den Austausch mit Patientinnen und Patienten diese telemedizinischen Angebote nutzen. Wird das denn vernünftig finanziert? Ich höre bloß immer, dass gesagt wird, das ist alles on top, das machen wir quasi freiwillig, weil es gerade dran ist. – Wir haben jetzt leider niemanden von den Kassen hierher bekommen, aber eigentlich müssten wir da einmal in die Diskussion darüber gehen, wie das eigentlich in Zukunft weitergehen soll. Digitalisierung ist ja immer ein nachhaltig zu finanzierendes Projekt; da ist es nicht mit einmaligen Ausgaben getan, und die Arbeit, die dort hineingeht, muss natürlich auch refinanziert werden. Vielleicht können Sie noch einmal sagen, wie Sie sich das vorstellen. Man soll ja nie ohne Wünsche an die Politik in eine Anhörung gehen, und hier ist, glaube ich, der richtige Platz, um die Wünsche zu äußern.

Das Gleiche gilt im Prinzip für die transsektoralen Versorgungsstrukturen, die Sie angesprochen haben. Wir hatten das schon erwähnte Fachgespräch im letzten Juni. Da wurde relativ deutlich – das hatte Frau Prof. Scheibenbogen auch gesagt –, dass es mit der KV und mit den verschiedenen Playern und, ich denke, auch mit Ihnen von den Unfallkassen und den angeschlossenen Einrichtungen einen Austausch gibt. Bekommen Sie diesen Austausch und die intersektorale Versorgung aber auch finanziert? Sie müssen da ja viel kooperieren, vielleicht einzelne Fallkonferenzen machen – so stelle ich mir das vor–, müssen viel miteinander reden. Das kostet alles Zeit, und die Frage ist, ob das bezahlt wird und ob Sie das auf Dauer leisten können. Wenn auch Herr Prof. Schieffer gerade sagte, dass er noch bis zum Ende seiner Berufslaufbahn mit Long-Covid-Patientinnen und -patienten zu tun haben wird, dann muss es ja irgendwann einmal eine nachhaltige Finanzierung für so etwas geben.

Die dritte Frage in dem Komplex: Ich habe gesehen oder gelesen, dass in Mecklenburg-Vorpommern das Land diagnostische Verfahren finanziert, weil die Kassen es nicht tun. Wenn also jemand wegen Long Covid eine intensivere Herz- oder Hirndiagnostik braucht, dann finanzieren das nicht die Kassen, sondern das Land gibt Geld dazu, und nur deswegen bekommen die Patientinnen und Patienten das überhaupt. Da wäre die Frage: Können Sie vielleicht noch einmal erläutern, warum das so war? Und an Frau Prof. Scheibenbogen richtete ich die Frage, ob wir so etwas in Berlin auch brauchen, weil die Diagnostik eben nicht ausreichend im Kassenkatalog steht, was ein großes Problem wäre.

Der dritte Komplex – ganz kurz –: das Thema Forschung. Frau Prof. Scheibenbogen hat gesagt, dass das BMBF diese Plattform angestoßen hat, und die Pharmaindustrie sollte eigentlich mitfinanzieren, tut das aber nicht. – Müssen wir da als Land Berlin möglicherweise einspringen? Sollten wir uns überlegen, ob wir hier noch einmal einen speziellen Forschungstopf zur Gegenfinanzierung der vom Bund angeschobenen Forschungsprogramme, die sonst nicht laufen, wenn kein zusätzliches Geld reinfließt, einrichten sollten? Die Frage geht auch an den Senat. – Frau Prof. Scheibenbogen! Vielleicht können Sie dazu noch ein paar Punkte sagen, ob Ihnen so etwas helfen würde.

Der letzte Punkt im Bereich Forschung wäre die Frage, ob die Charité für das, was Sie da derzeit tun, ausreichend finanziert ist oder ob wir mit dem Charité-Vertrag, der ja derzeit neu verhandelt ist, auch das Thema Long Covid noch einmal zusätzlich adressieren sollten. – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Schulze! – Dann kommen wir zu Frau Khalatbari.

Sandra Khalatbari (CDU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank an die Anzuhörenden für die Ausführungen! Ich würde mich gerne kurz auf die Präsentation von Frau Dr. Frommhold beziehen und mich auf das Thema Betreuung von Kindern und Jugendlichen fokussieren, denn Herr Schulze hat mit seiner ersten Frage schon viele Bereiche in den Umlauf gebracht.

Als Vorsitzende des Ausschusses für Bildung, Jugend und Familie hier im Berliner Abgeordnetenhaus und als ehemalige Schulleiterin wäre es für mich natürlich sehr interessant zu wissen, welche Kooperationen es mit den niedergelassenen Kinderärzten oder den entsprechenden Kliniken gibt. Welche Kooperationen gibt es mit den Schulen beziehungsweise Ministerien oder der Senatsbildungsverwaltung? Wie sehen Sie den Einsatz der entsprechenden Avatare, die ja zum Teil schon im Einsatz sind, allerdings zum Teil auch im Gegensatz oder Widerspruch zur Datenschutz-Grundverordnung stehen? Denn viele Kinder, die daran oder darunter leiden, sind nicht mehr in der Lage, am Präsenzunterricht teilzunehmen. Jetzt haben wir natürlich in den letzten Jahren alle gelernt, das schulisch angeleitete Lernen zu Hause als Muss zu haben, aber es wäre natürlich gut und sinnvoll, wenn es dort auch entsprechend weitergehen würde und man die Kinder nicht aufgrund von Datenschutzhindernissen benachteiligt.

Diesbezüglich würde mich natürlich – grundsätzlich zu allen Punkten – auch die Ländervernetzung interessieren. Ich habe selbst einen Post-Vac-Gipfel auf den Weg gebracht, habe da auch eine Ländervernetzung auf den Weg gebracht, auch mit Klaus Holetschek und Karl-Josef Laumann aus Bayern und Nordrhein-Westfalen. Für mich wäre einfach wichtig zu wissen, wie wir da weiter vorgehen können, denn diese sektorale Vernetzung, das haben wir ja gerade von allen gehört, ist unglaublich wichtig. Wie können wir letztendlich auch bundesweit die Strukturen weiter aufbauen, und zwar nicht erst in den nächsten Jahren, sondern wirklich schnell, zügig und ad hoc? Alles, was die Patienten nämlich nicht haben, ist Zeit.

In diesem Zusammenhang würde mich auch noch das BC007 als „Wundermittel“ interessieren. Es ist ja immer noch nicht im Einsatz, also zumindest in diesem Bereich nicht. Woran

hakt es? Warum geht es da nicht weiter? Welche Hürden müssen da genommen werden? Letztendlich geht es nämlich darum, dass alle Betroffenen, egal welchen Alters, egal in welchem Lebensabschnitt, schnelle Hilfe und Unterstützung brauchen, und deshalb sollten wir alle Expertise, die wir haben, länderübergreifend nutzen und bündeln. Wie können wir das wirklich möglichst schnell auf den Weg bringen? – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Khalatbari! – Dann kommen wir zu Frau Pieroth.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Ich habe fünf ganz kurze, ergänzende Punkte. Der erste bezieht sich auf meine Vorrednerin und Prof. Schieffer: Wäre für den Ausbau von Strukturen der sektorübergreifenden Versorgung das Landesgremium – frage ich mal alle – nach 90a SGB V zur sektorübergreifenden Versorgung der richtige Ort, das mal entsprechend einzubringen? An Herrn Schulze anknüpfend wäre die bessere Einbindung in die Long-Covid-Netzwerke der KV ja die andere Möglichkeit. Es würde mich interessieren, was Sie dazu sagen.

Dann zu Frau Prof. Scheibenbogen: Sie haben ja die bessere Versorgung der Schwerstkranken, die aufsuchende Versorgung angesprochen, die jetzt von den Niedergelassenen nicht geleistet werden kann. Sehen Sie diese Aufgaben nur an der Charité oder an weiteren aufzubauenden Ambulanzen und deren Vernetzung? – Frau Dr. Schmucker! Können Sie für diese knapp 87 000 Fälle, die die BGW bisher als Berufskrankheit anerkannt hat, noch einmal anhand von Zahlen darauf eingehen, was dann nach dieser Anerkennung passiert und wo tatsächlich die Engpässe sind? Ich habe hier nur sechs Wochen Wartezeit zum Ersttermin verstanden, wahrscheinlich am Unfallkrankenhaus. Wie viele sind das in Bezug auf Berlin? Wir sind ja hier ein Landesparlament. Wo sind die Engpässe?

Frau Dr. Frommhold! Herr Schulze hat auch das Institut in Rostock angesprochen. Das finde ich wirklich einen ganz spannenden Ansatz, dass im Zweifel eben das Land Berlin – ich meine, Sie erhalten ja sogar Anfragen aus dem deutschsprachigen Ausland – insbesondere unseren Leuchtturm Charité so ausstatten könnte, dass auch tatsächlich Projektmittel und weitere medizinische Fachkräfte finanziert werden könnten. Und dann könnten vielleicht alle noch einmal auf Post Vac eingehen, damit hier nicht immer irgendwelche Legenden entstehen. – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Pieroth! – Dann kommen wir zu Herrn Ubbelohde.

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank! – Es ist ja Gott sei Dank sehr deutlich geworden, dass die Patienten auch deswegen so verzweifelt und verunsichert sind, weil eben Unklarheit darüber besteht, was sie tatsächlich haben und welche Perspektive sie erwarten dürfen und an wen sie sich wenden können.

Was halten Sie von einer Hotline? Es hat ja beispielsweise auch in anderen Bundesländern, in Bayern, eine Coronavirus hotline gegeben, die Anfang des Jahres ausgelaufen ist. Es sollte also kein Problem sein, weder organisatorisch noch finanziell, eine solche Hotline auch hier bei uns einzurichten, gegebenenfalls auch ergänzend zu einer Koordinierungsstelle, die die Patienten lenkt, sodass sie vernünftig versorgt werden können.

Sie haben recht, Frau Frommhold: Diese Aufteilung von 50 zu 50 zwischen Long Covid und Post Vac bezog sich auf die erheblichen Long-Covid-Fälle, die, wie Sie es auch erwähnt haben, länger als ein Jahr unter ihren Symptomen und Erkrankungen leiden. Wie unterscheiden Sie das eine von dem anderen, sowohl von der Diagnostik – ich erinnere noch einmal an die Frage nach dem Labortest – als auch von der Therapie her? Wie hoch ist der Anteil der geimpften gegenüber den ungeimpften Patienten bei Ihnen in der Sprechstunde? Ich denke mal, dass Sie diesen Impfstatus gerade in der Coronazeit erhoben haben und dass das, vermute ich, auch relativ einfach digital zu dokumentieren ist.

Was die antiautoimmunologischen Präparate angeht – da wurde ja schon von dem Präparat BC007, einem Aptamer-Präparat, berichtet –, frage ich den Senat: Ist angedacht, die Zulassungsstudien bezüglich des Level 3 unterstützend zu finanzieren, sodass man möglichst schnell die ja doch verheißungsvollen Möglichkeiten, die dieses Präparat verspricht, in die Praxis entlassen kann?

Frau Dr. Schmucker danke ich zunächst einmal dafür, dass Sie sich zu dem Thema Post Vac geäußert haben. Wie viel Prozent der Patienten sind denn gänzlich, also zu 100 Prozent arbeitsunfähig? Oder andersherum gefragt: Gibt es denn überhaupt Patienten, die noch in Teilen berufstätig sein können, wenn sie unter Post Vac beziehungsweise Long Covid leiden? Sie sprachen von der Anerkennung als Berufserkrankung. Gibt es Berufe, auf die das hauptsächlich zutrifft? Sie sprachen ja von medizinischem Personal, bei dem das ja auch verständlich wäre, denn die haben in dieser Zeit hauptsächlich den Kopf hinhalten müssen, damit es in diesem Land weiterläuft.

Eine allgemeine Frage an alle: Inwiefern sind denn die zugesagten Finanzierungsmittel des Bundesgesundheitsministeriums unter Lauterbach in Höhe von, ich glaube, 100 Millionen Euro, wenn ich mich richtig erinnere, Ihrer Erkenntnis nach irgendwo eingegangen, und in welcher Weise werden die genutzt? – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Danke schön! – Dann kommen wir zu Frau König.

Bettina König (SPD): Vielen Dank für die vielen Informationen! Ich hätte zwei Fragen an alle. Es ist ja sehr deutlich geworden, dass der interdisziplinäre Ansatz sehr wichtig ist. Mich würde noch einmal interessieren, wie viele Anlaufstellen wir nach Ihrer Einschätzung insgesamt schaffen müssten, um alle Betroffenen schnell und zeitnah in solche interdisziplinären Behandlungen vermitteln zu können. Vielleicht auch noch einmal anders gefragt: Sind Sie der Meinung, dass es der niedergelassene Bereich jetzt nach und nach schafft aufzufangen, oder ist es nötig, diese Anlaufstellen in irgendeiner Form zu schaffen, in denen eine Vermittlung für die Betroffenen gebündelt wird?

Das Zweite, was mich auch bei allen noch interessieren würde: Die Menschen, die bei Ihnen letztendlich ankommen, zum Beispiel auch bei Frau Dr. Frommhold, was haben die vorher alles schon durchlaufen? Wie schnell und wie kommen sie zu Ihnen? Ich stelle mir vor, dass es wahrscheinlich nicht so läuft, dass einer anruft und sagt: Ich glaube, ich habe Long Covid oder Post Covid, und ich möchte gerne bei Ihnen in die Reha –, sondern dass da wahrscheinlich ein relativ langer Prozess vorgeschaltet ist.

Dann habe ich noch ein paar Einzelfragen an die Anzuhörenden: Frau Dr. Frommhold! Mich würde sehr interessieren, ob sie noch einmal etwas zum Thema Finanzierung sagen können, weil Sie eben Landesmittel bekommen, was wir in mehrerlei Hinsicht sehr interessant finden. Erstens finden wir es gut, dass in Mecklenburg-Vorpommern etwas gemacht wird. Zweitens ist es aber durchaus zu kritisieren, dass es eben keine Kassenleistungen sind oder es nicht als Kassenleistung abgerechnet werden kann. Bei Ihnen würde mich auch noch interessieren, wie lange die Leute im Durchschnitt bei Ihnen sind und ob Sie eine Kapazität haben, mit der Sie bisher nur Leute aus Mecklenburg-Vorpommern versorgen? – Sie schütteln direkt den Kopf, es kommen also Leute aus ganz Deutschland zu Ihnen.

Von Frau Dr. Scheibenbogen würde ich gerne wissen, ob Sie konkretisieren können, wie lang gerade die Wartezeiten sind, und ob Sie auch noch einmal auf die Kassen eingehen können und darauf, wie Sie die sehen, wie es eigentlich sein sollte. Sie waren ja bei unserem Fachgespräch vor einem Jahr dabei; da hatten wir ja viele Dinge mit ganz verschiedenen Anzuhörenden thematisiert und diskutiert. Zum Beispiel hatten wir, glaube ich, auch sehr viel über den Wissenstransfer, der notwendig ist, gesprochen, über Koordinierungsstellen, die notwendig sind, und über Weiterbildungen, die die KV für die niedergelassenen Ärzte eigentlich auf den Weg bringen wollte. – Ich weiß nicht, ob Sie das alles beurteilen können, aber ich frage jetzt trotzdem: Ist aus Ihrer Sicht in diesem einen Jahr etwas Maßgebliches passiert an all diesen Punkten, die wir ja eigentlich, wie gesagt, schon vor einem Jahr hier – zumindest in einem ähnlichen Rahmen – diskutiert haben?

Dann würde ich gerne auch den Senat fragen, wie er die Rolle der Kassen und die Frage, wie die Kassen bisher auftreten, bewertet. Ich weiß, Sie sind kein Aufsichtsgremium für die Krankenkassen, aber trotzdem haben Sie hier als Senat natürlich eine maßgebliche Position. Wie können Sie Ihre Position vielleicht nutzen, oder wie streben Sie an, Ihre Position zu nutzen, um auf die Kassen einzuwirken? Der zweite Punkt – Herr Schulze hat es auch schon gesagt – ist die Forschung. Obwohl ich weiß, dass es eher in den Wissenschaftsausschuss gehört, frage ich trotzdem, weil Sie ja für beides zuständig sind: Was können wir da aus Berliner Mitteln noch anschieben und auf den Weg bringen?

Frau Dr. Schmucker würde ich gerne noch fragen, wie lange die Leute bleiben, die zu Ihnen in die Reha kommen. Wie lange dauert so eine Reha? Und wie viele Menschen sind danach tatsächlich wieder berufsfähig? Wie ist also das Ergebnis Ihres doch sehr weitreichenden, interdisziplinären Ansatzes? Wie erfolgreich ist der quasi? Für mich klang es so, dass es ein Ansatz ist, von dem man sich wünschen würde, dass er allen betroffenen Menschen zur Verfügung steht und nicht nur denen, die das Glück – in Führungszeichen – haben, das als Berufskrankheit erworben zu haben. So würde ich mir das eigentlich vorstellen, dass alle Menschen, die hier in Deutschland betroffen sind, betreut werden. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau König! – Dann habe ich jetzt noch Herrn Zander auf der Redeliste, und dann würden wir noch einmal zu den Anzuhörenden kommen. – Herr Zander, bitte!

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! – Nach den ganzen Fragen nur kurz meine Fragen. Herr Prof. Dr. Schieffer! Sie haben gesagt, dass Sie in Hessen bestehende Strukturen nutzen. Daher ist meine Frage, wie es zu der Entscheidung kam, gerade diese bestehenden Strukturen zu nutzen. War das ein Vorschlag oder eine Initiative der Landesregierung, oder kam das eher

aus dem medizinischen Bereich? Was sind die Vorteile dieser Struktur, wenn Sie gerade das vergleichen, was wir in Berlin haben, wo ja Frau Prof. Dr. Scheibenbogen sagte, dass wir außer ihrer Ambulanz eigentlich kaum weitere Strukturen in Berlin haben? Würden Sie sagen, Frau Prof. Dr. Scheibenbogen, dass darüber nachzudenken wäre, auch diese Struktur, wie sie in Hessen ist, vielleicht auch in Berlin anzuwenden, oder sehen Sie da andere Ansatzpunkte?

Der zweite Punkt: Zu den Strukturen, die wir haben, kommen die Menschen ja nur, wenn sie wissen, worum es sich handelt. Was brauchen wir eigentlich noch an Verbesserungen in unserem System, damit die Leute nicht monatelang oder jahrelang von Arzt zu Arzt oder irgendwo anders umherirren, sondern zielgerichteter in diese Strukturen geleitet werden, und man eher erkennt, was die Diagnose ist und wie man den Menschen besser helfen kann. Das ist ja noch der vorgeschaltete Schritt, der auch die großen Probleme macht.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Zander! – Dann würden wir jetzt wieder zu den Anzuhörenden kommen, und zwar in umgekehrter Reihenfolge. Das heißt, wir fangen mit Frau Dr. Schmucker an. Im Anschluss an Ihre Wortbeiträge würde ich dem Senat das Wort geben, und dann gibt es noch einmal die Gelegenheit, darauf zu antworten. – Frau Schmucker!

Dr. med. Beate Schmucker (BG-Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH; Ressortleiterin Medizin): Ich würde erst einmal gerne die Fragen beantworten, die direkt an mich gestellt wurden, und zwar zunächst die Frage von Frau Pieroth zur Anerkennung als Berufskrankheit und zu dem, was dann passiert.

Wenn die Meldung oder Verdachtsanzeige eingegangen ist, folgt zunächst die Anerkennung, die ja zumindest bei Berufen des Gesundheitswesens eigentlich fast umfänglich erfolgt. Dann ist ja erst einmal die Frage: Hat der- oder diejenige Probleme? Die Anerkennungszahlen, die wir haben, bedeuten nicht, dass die Patienten irgendwelche Probleme haben. Wir sehen mittlerweile: Weniger als 5 Prozent der Fälle haben Post Covid oder Long Covid, auch nach einer ganzen Zeit. Am Anfang hatten wir geschätzt: so 10 bis 15 Prozent, es sind jetzt aber deutlich weniger. Wenn Sie sich jetzt infizieren, zum Beispiel in einem Krankenpflegeberuf, bekommen Sie die Infektion ja – wenn Sie es irgendwie nachweisen – anerkannt. Das heißt aber nicht, dass Sie irgendwelche Probleme haben müssen, um es als Berufskrankheit anerkannt zu bekommen.

Wenn Sie Probleme haben, sind Sie in der Regel nicht arbeitsfähig – das auch zu der Frage. Erst einmal sind die Versicherten dann arbeitsunfähig und werden dann natürlich, ich sage jetzt einmal, zum Problem für die Berufsgenossenschaften, die ja alles daransetzen, dass die Arbeitsfähigkeit möglichst schnell wieder aufgenommen werden kann. Dann beginnt sozusagen unser Programm. Normalerweise hat die Berufsgenossenschaft – und natürlich auch der Versicherte – Interesse daran, zu schauen, woran es liegt und wie wir unterstützen können.

Zu den Zahlen von Berlin: Dazu muss man sagen, dass im Unfallkrankenhaus von Berlin nicht nur Berliner sind. Das habe ich jetzt aber nicht in Zahlen, wie viele wirklich Berliner Bürgerinnen und Bürger sind. Es kommen da natürlich auch Versicherte aus Sachsen oder aus Thüringen oder auch aus anderen Bundesländern hin. Das Herzstück, dieser Post-Covid-Check, der ja bis zu zehn Tage geht, ist im Unfallkrankenhaus 300-mal durchgeführt worden.

Im Unfallkrankenhaus werden sehr viele Beratungen durchgeführt, auch telemedizinisch. Am Anfang war es in der Tat so, dass die Berufsgenossenschaften beraten worden sind; mittlerweile werden auch bereits bekannte Patientinnen und Patienten über Videosprechstunden oder telemedizinische Anwendungen hinsichtlich der Reha-Nachsorge und so weiter betreut. Wie gesagt, ich kann hier nur für gesetzlich Unfallversicherte mit Long Covid sprechen – oder auch mit Post Vac; da muss man aber sagen, dass es sehr wenige sind. Die kommen auch, aber da ist, glaube ich, immer noch ein bisschen unklar, welchen Status die jetzt genau haben. Dafür bin ich aber auch nicht so die Expertin.

Das passt dann vielleicht auch zur nächsten Frage von Herrn Ubbelohde zur Berufsunfähigkeit beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit und auch zur Frage von Frau König bezüglich der Dauer der Reha. Initial dauert sie im Schnitt sechs bis acht Wochen, kann man sagen. Danach sind die Versicherten in der Regel nicht arbeitsfähig. Es ist illusorisch zu glauben, dass die nach einer Reha wieder arbeiten gehen, aber sie haben zumindest Wege gezeigt bekommen, wie sie mit ihrer Erkrankung und mit ihren Beschwerden umgehen können. Danach folgen entweder ambulante Verfahren oder auch die Wiedereingliederung in den Beruf, und auch da weiß ich von den Expertinnen und Experten, dass das wesentlich länger dauert als nach einem Beinbruch oder irgendeiner anderen Erkrankung, die man sonst so in Unfallkrankenhäusern kennt. Es ist ein sehr langwieriger Verlauf, der auch immer wieder Rückschläge bringt. Man fängt also mit wenigen Stunden an, und die Versicherten müssen ganz eng betreut werden.

Ich denke, dass ich im Ersten jetzt schon einmal einige Fragen beantwortet habe. Nachher gerne mehr!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Schmucker! – Dann kommen wir jetzt zu Herrn Prof. Dr. Bernhard Schieffer.

Prof. Dr. med. Bernhard Schieffer (Universitätsklinikum Marburg; Direktor der Klinik für Kardiologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin) [zugeschaltet]: Vielen Dank! – Das war wirklich ein ganzer Satz an Fragen, die da kamen. Ich möchte die Hauptfrage aufgreifen, warum wir uns in Marburg auf unsere bestehenden, im Rahmen eines Innovationsfondsprojektes des GBA etablierten Strukturen gestützt haben. Erstens waren da die Kooperationen und vor allem auch die vertraglichen Bedingungen zwischen Sektoren, sprich KV und niedergelassene Fachärzte und Allgemeinmediziner, etabliert. Parallel dazu haben wir bereits eine Digitalplattform in Nutzung gehabt, bei der auch solche manchmal riesigen Hürden wie die Datenschutz-Grundverordnung bereits abgearbeitet waren.

Wir hatten auch eine App-basierte Versorgung der Patienten etabliert, sodass die Grundstrukturen vorgegeben waren, und dann haben wir uns nur entscheiden müssen, ob wir dahin wollen oder nicht. Das war dann eine Absprache zwischen den einzelnen Ambulanzen, die wir im Post-Covid-Zentrum hier in Marburg haben: Pneumologie, Psychiatrie, Neurologie und Kardiologie. Das Land hat sich dann entschieden – allerdings auch sehr verzögert –, über das Digitalministerium hier eine wissenschaftliche Förderung im Sinne eines Modellprojekts vorzunehmen, vor der wir im Moment stehen.

Wenn Sie mich dann fragen, ob Frau Prof. Scheibenbogen in Berlin genug Unterstützung hat, dann muss ich klar sagen, wenn ich mir das von außen anschau: Nein, hat sie nicht. Berlin ist mit seinen vielen Millionen Einwohnern etwas anderes als eine ländliche hessische Region, in der es eher darum geht, wie ich die Leistung, die ein Universitätsklinikum als Elfenbeinturm oder als Leuchtturm – wie auch immer Sie das nennen mögen – hat, in eine Fläche von vielen Hundert Quadratkilometern bringe. Dann ist das etwas ganz anderes, wenn Sie sagen, ich habe in meiner Metropolregion 7 Millionen Menschen, die ich irgendwie versorgen muss, und dafür habe ich eine einzige Spezialambulanz zur Verfügung. Da bitte ich den gesunden Menschenverstand einzusetzen und zu sagen: Das kann nicht reichen.

Zu der Frage, die ich immer wieder gestellt bekomme, wie viele Post-Vac-Patienten wir haben, kann ich sagen: Das bewegt sich im Promillebereich. Wir haben uns dieser Patienten aus historischen Gründen angenommen. Nachdem wir die Coronapatienten von den Intensivstationen entlassen und sie nachbeobachtet haben, haben wir gesehen, dass plötzlich Patienten auftauchen, die nach damaligem Kenntnisstand niemals Kontakt mit Corona hatten, aber eine tatsächlich sehr hohe Überlappung in den Symptomen zeigten, die wir auch nachverfolgt haben. Wir sehen auch, was eben schon berichtet wurde: Die haben einen sehr langsamen Rekonvaleszenzprozess.

Von den vielen Tausend Patienten, die wir im letzten Jahr gesehen haben, haben wir die ersten Tausend im Moment über zwölf Monate nachverfolgt und können da relativ sicher sagen, dass sich die Post-Vac-Patienten mehr oder weniger alle wieder erholen, dass bestimmte Begleitmorbiditäten, Begleiterkrankungen dafür sorgen, dass es hier zu einem verzögerten Rekonvaleszenzprozess kommt. Es gilt, den Mediziner in Form von Weiterbildungen beizubringen, worauf man da zu achten hat – das ist etwas, was wir im Rahmen unseres Projekts tatsächlich implementiert haben –, dass die Weiterbildung über Webinare, auch der individuelle Austausch einzelner Befunde, extrem wichtig ist.

Was man nicht vergessen sollte, ist, dass Forschung, und zwar Grundlagenforschung, im Moment integraler Bestandteil der Therapieentwicklung von Post-Covid-Therapien ist. Dazu zählt unter anderem BC007. Ich persönlich kenne BC007 in der Kardiologie jetzt schon seit vielen Jahren. Es ist Anfang der 2000er-Jahre als Hypertonie-Medikament ja auch schon einmal in der Diskussion gewesen. Wir können BC007 nicht abschätzen, aber ein Medikament heutzutage über die Hürden von Phase I, Phase II und Phase III zu bringen, dauert tatsächlich viele Jahre, und den Prozess abzukürzen, heißt, der Patientensicherheit nicht adäquat Rechnung zu tragen. Deshalb wäre ich da im Moment etwas zurückhaltend.

Wir haben möglicherweise ja auch mit sogenannten Refurbished Medications – also Medikamenten, die wir jetzt schon im Einsatz haben und deren Wirkungs- und Sicherheitsprofil wir kennen – sehr viel in der Hand. Ich kann – so, wie Frau Prof. Scheibenbogen das schon ge-

macht hat – nur noch einmal die Pharmaindustrie dazu aufrufen, sich an der Grundlagenforschung bezüglich der Entwicklung spezieller Therapeutika zu beteiligen. Für mich ist es nicht ganz verständlich, warum das nicht so intensiv geschieht, wie es im Moment notwendig sein müsste. Wir haben vor vielen Jahrzehnten ähnliche Dinge erlebt, als die HIV-Infektion die Welt überflutet hat, und da hat es auch sehr lange gedauert, bis die Pharmaindustrie das für sich erkannt hat. Mir erschließt sich das nicht immer, warum das jetzt hier der Fall ist.

Das waren, glaube ich, die Fragen, die an mich gestellt wurden. – Ich würde dann wieder an unsere Vorsitzende abgeben, vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Schieffer! – Dann kommen wir zu Frau Prof. Dr. Scheibenbogen.

Prof. Dr. med. Carmen Scheibenbogen (Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Immunologie; Leiterin Immundefekt-Ambulanz): Vielen Dank! – Es waren einige Fragen. Ich versuche, das mal strukturiert in vier Themenblöcken zu beantworten.

Die erste große Frage betraf die Versorgungsstruktur in Berlin und die Finanzierung. Dazu ist zu sagen, dass wir schon Ende 2020 begonnen haben, das in den bestehenden Versorgungsstrukturen aufzubauen. Das Post-Covid-Netz der Charité, das wir gegründet haben, besteht aus elf Spezialambulanzen mit unterschiedlichen Ausrichtungen. Ein Schwerpunkt ist sicher die Neurologie, aber wir haben genauso die Pädiatrie, die Kardiologie und auch die Psychosomatik dabei. Die Interaktion mit den Niedergelassenen war uns von Anfang an auch sehr wichtig, und die besteht auch fort, genauso wie die Zusammenarbeit mit Brandenburg.

Die aktuelle Situation ist so, dass viele Patienten zunächst im niedergelassenen Bereich versorgt werden und auch dort bleiben. Die gute Nachricht ist, dass Post Covid bei vielen in den ersten Monaten ausheilt. Wir an der Charité sehen die Patienten nur dann, wenn sie schwer krank sind und die Erkrankung chronifiziert, das heißt, meistens erst an Monat sechs. Das sind sehr viele Betroffene. Wir haben teilweise sehr lange Wartezeiten, gerade für die Spezialambulanzen, die die Patienten mit ME/CFS sehen. Da muss ich sagen: Genaue Zahlen habe ich noch nicht einmal da.

An der Stelle können wir dann zur Finanzierung kommen: Wir haben für die Post-Covid-Versorgung bislang keine Finanzierung vom Land Berlin bekommen und machen das quasi alles in den bestehenden Strukturen und on top zu der Versorgung, die wir vorher natürlich auch schon in Spezialambulanzen angeboten haben. Speziell für ME/CFS haben wir seit 2018 eine Stiftung, die uns für die Versorgung und für die Forschung mit 0,5 Millionen Euro im Jahr unterstützt, sonst wäre das in der Form auch gar nicht möglich gewesen. Trotzdem ist die Versorgungslage sehr schlecht, und natürlich ist auf der anderen Seite auch die Situation für die Mitarbeiter der Ambulanzen schwierig. Sie können sich vorstellen, was uns an Anfragen und auch an großer Unzufriedenheit erreicht, wenn wir schwer kranken Menschen müssen, dass sie ein halbes Jahr auf einen Termin bei uns warten müssen. Das ist momentan auch für mein Team extrem schwierig.

Wir haben eine Zeit lang auch eine telefonische Beratung angeboten; die haben wir inzwischen eingestellt. Hinzu kommt, dass uns der Datenschutz die Auflage macht, dass wir gar nicht per E-Mail mit unseren Patienten medizinische Inhalte kommunizieren dürfen. Allein

schon ein Termin bei uns ist eine Information, die wir per E-Mail nicht mehr kommunizieren dürfen. Das heißt, wir sind wieder dabei, das Ganze auszudrucken, einzutüten und auf dem Postweg zu verschicken, was natürlich noch einmal zusätzliche Ressourcen bindet. – Das zur Versorgungsstruktur.

Wir sind auch schon seit einiger Zeit mit den Kassen in Verhandlungen. Sie wissen ja, dass die Finanzierung der Hochschulambulanzen über Sondertarife geht. Wir haben dringend versucht, hier einen zusätzlichen Tarif auszuhandeln. Das wurde wiederholt abgelehnt. Wir sind also bislang mit etwa 150 Euro pro Patient ausgestattet. Das reicht natürlich bei Weitem nicht, um die notwendige Diagnostik und interdisziplinäre Versorgung abzudecken. Ein Teil wird über Forschungsstrukturen geschultert. Wie auch Herr Schieffer hatten wir bereits eine Förderung vom Innovationsfonds für eine intersektorale Versorgung von schwerstkranken ME/CFS-Patienten, die aber noch nicht so krank sind, sodass wenigstens noch eine Aussicht auf eine Teilberufsfähigkeit besteht. Hier haben wir ein Rehakonzept, in das wir auch einen Teil der Post-Covid-Patienten hineingeben können.

Dann die ganze Interaktion, sei es mit Brandenburg, jetzt mit Fortbildung: Das ist bislang natürlich auch nicht finanziert.

Der nächste Punkt betrifft die Schwerstkranken. Da ist letztendlich das größte Versorgungsdefizit, denn die Niedergelassenen können das bei Weitem nicht auffangen. Die allermeisten Niedergelassenen sind auch gar nicht mehr in der Lage, Hausbesuche zu machen, weil ihnen schlichtweg die Zeit und das Personal fehlen. Wir haben natürlich Modelle, wie man solche Patienten versorgen könnte, zum Beispiel aus der Onkologie. Ich selbst bin Hämato-Onkologin; da haben wir ja diese spezialärztliche, aufsuchende Versorgung, aber dazu brauchen Sie eine onkologische Diagnose. Deswegen sind diese Strukturen für diese Patienten momentan nicht existent, und das ist auch nichts Neues. Wir hatten auch schon vor der Pandemie eine Vielzahl von ME/CFS-Patienten, die teilweise ohne Hausarzt zu Hause liegen. Im schlimmsten Fall bekommen die noch nicht einmal eine Pflegestufe anerkannt, weil sie eine psychiatrisch-psychosomatische oder Somatisierungsdiagnose F bekommen haben und dann auch keinen Pflegegrad bekommen.

Dann zum dritten Punkt; das war die Frage nach unserer klinischen Studienplattform, der Entwicklung von Medikamenten und BC007. Das möchte ich zusammenfassend beantworten. Wir brauchen jetzt etwas, was sehr schnell bei den Betroffenen ankommt. Wir können ja jetzt nicht fünf Jahre lang weiter Forschung machen, und deswegen sind wir an der Charité angetreten und haben gesagt: Wir kombinieren Forschung mit klinischen Studien, und wir können auf Medikamente zurückgreifen, die bereits zugelassen sind. Das ist das sogenannte Repurposing, das Prof. Schieffer auch angesprochen hat. Wir haben nämlich Krankheitsmechanismen, die wir bei vielen anderen Erkrankungen auch haben, das heißt, wir haben anhaltende Entzündungen, Autoantikörper, Durchblutungsstörungen, teilweise Virusreste; es ist also sehr komplex. Wir können jetzt natürlich Medikamente prüfen, die schon zugelassen sind. Das würde die Zulassung für diese Indikationen sehr abkürzen.

Wir haben eine Förderung, um die ersten Medikamente zu prüfen; das ist angelaufen. Wir kombinieren das mit einer begleitenden Biomarkerforschung und Diagnostikforschung, um gleichzeitig mehr über die Krankheitsbilder zu lernen, aber auch um Marker dafür zu entwickeln, welche Therapie bei welchen Patienten wirksam ist. Es wird nämlich nicht so sein, dass

wir ein Medikament für alle haben werden. Sie können sich andere komplexe Erkrankungen anschauen – ich nenne gern die Multiple Sklerose, eine Erkrankung, die in ihrer Schwere und präpandemischen Häufigkeit vergleichbar ist. Inzwischen ist die Multiple Sklerose wahrscheinlich deutlich seltener. Da haben wir heute 16 zugelassene Medikamente. Und wenn man sich das über die Jahrzehnte anschaut, wurden da – ich kann gar keine genauen Zahlen sagen – bestimmt 50 bis 100 Medikamente in klinischen Prüfungen getestet. Das war früher aber auch viel einfacher möglich; heute haben wir eine extreme Überregulierung.

Der Aufwand, klinische Studien zu machen, ist für uns an der Charité – obwohl wir da eine ganz gute Infrastruktur haben – enorm. Die einzige Firma, die bislang mit uns zusammenarbeitet, ist Bayer. Da haben wir aber auch nur eine partielle Unterstützung. Wir haben allein für die Vorbereitung der Studie mit einem zugelassenen Medikament, dem Vericiguat, fast eineinhalb Jahre gebraucht. Wir können also erst jetzt, im Juni 2023, mit dieser Studie beginnen. Wir hätten gern schon Ende 2021 damit begonnen. Wir hatten dieses Konzept eigentlich sehr früh.

Noch ein Wort zu BC007: BC007 ist eine interessante Substanz. Sie neutralisiert bestimmte Autoantikörper. Es gibt auch schon Daten aus einer Phase-I-Studie, und es gibt diese drei berühmten Heilversuche aus Erlangen. Ich muss sagen, dass da leider ein bisschen unkritisch und unseriös kommuniziert worden ist, was dazu geführt hat, dass die Patienten mitgenommen haben, dass es hier schon eine wirksame Therapie gibt, die nicht zugelassen wird. Dann kam es schnell auch zu Verschwörungstheorien. Diese Substanz muss genauso geprüft werden wie jede andere Substanz. Es gibt bis heute keine klaren Daten darüber, ob sie wirksam für die meisten Patienten mit Long Covid und ME/CFS ist; ich denke, eher nicht. Ich denke eher, dass diese Autoantikörpertherapieansätze nur bei einem kleinen Teil der Betroffenen wirksam sind. Es ist aber eine interessante Substanz, und die Studie läuft jetzt auch. Die Firma hat eine Finanzierung für die Phase-II-Studie bekommen, und wenn die positiv ist, dann wird es sicher auch eine Finanzierung für die Phase-III-Studie geben. Das wird aber sicher länger dauern als Ansätze, die wir mit bereits zugelassenen Medikamenten verfolgen.

Der Stand ist jetzt folgendermaßen: Wir hatten gedacht, dass das Interesse doch groß sein müsste, mit uns an der Charité verschiedene Studien zu machen, wenn wir ein schönes Konzept entwickeln und aufbauen und dann mit der pharmazeutischen Industrie sprechen. Das ist nicht der Fall. Das heißt, wir stehen jetzt da und haben eine Finanzierung bis Ende 2023. Wir brauchen also eine Verstetigung, die wahrscheinlich wieder aus der öffentlichen Hand kommen muss. Oder – ich habe es schon mehrfach vorgeschlagen – lassen Sie uns uns endlich zusammensetzen mit der pharmazeutischen Industrie und die fragen, warum die keine Studien bei Post Covid machen und was sie bräuchten, um doch Studien zu machen, damit wir die wenigstens teilweise mit einbinden können. Das würde uns ja sehr helfen, selbst am Ende, um das Medikament zum Beispiel zur Zulassung zu bringen.

Ich will nur ein Beispiel nennen: Wir haben zum Beispiel dieses Medikament, das wir von Bayer bekommen; das haben wir in einer großen Kiste bekommen. Jetzt müssen wir das selber verpacken und wieder labeln, wie es so schön heißt, und dann hat das LAGeSo gesagt, dass unsere Apotheke das nicht darf. Dann mussten wir wieder auf die Suche nach jemandem gehen, der das kann. Allein solche Dinge kosten uns sechs Monate Arbeit. Da müssen wieder Verträge geschlossen werden. – Ich brauche das, glaube ich, gar nicht auszuführen; Sie können sich das gut vorstellen.

Der letzte Punkte ist die Weiterbildung. Das ist das, was am besten funktioniert, denn das kostet ja auch am wenigsten. Sowohl die KV als auch wir an der Charité haben Weiterbildungsprogramme, und wir machen das auch eng abgestimmt. Wir hatten an der Charité am 12. Mai eine internationale ME/CFS-Tagung, bei der es auch sehr viel um Post Covid ging. Das hat auch eine Stiftung unterstützt.

Dann gab es noch die Frage nach Herrn Lauterbachs 100 Millionen Euro für Versorgungszentren. Ich denke, das wäre eine sehr sinnvolle Sache, dass man solche Versorgungszentren anstößt, gerade für die Schwerstbetroffenen mit Erkrankungen wie ME/CFS, zu denen es eben kaum Wissen gibt. Mein Wissensstand ist, dass das Geld erst vom Bundestag genehmigt werden muss; es ist also noch nicht da. Es ist noch nicht gesichert. Ich weiß, dass Herr Lauterbach auch eine Hotline anbieten will, und er hat auch eine große Informationsseite vorbereitet. Da habe ich auch mit unterstützt. Ich denke, das ist natürlich schon sinnvoll, aber für eine Hotline brauchen Sie dann natürlich auch Angebote, wenn Sie die Patienten irgendwo hinschicken müssen. Das fehlt bislang.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir zum Abschluss noch einmal zu Frau Dr. Jördis Frommhold.

Dr. med. Jördis Frommhold (Institut Long Covid GmbH; Geschäftsführerin): Vielen Dank! – Ich möchte mich in allen Punkten meinen Vorrednern anschließen und würde jetzt nicht noch einmal alles wiederholen wollen. Ich würde mich primär auf die Fragen konzentrieren, die an mich in Richtung der Struktur, Finanzierung und Besonderheit des Instituts, aber auch zur Finanzierung beziehungsweise zu den KVen und zum Bereich Kinder und Jugendliche gestellt wurden.

Vielleicht muss man vorab noch einmal ein bisschen das Konstrukt darstellen. Frau König hat gefragt, wie lange die Patienten bei uns sind. Das Ganze läuft ja so ab, dass wir die Patienten ambulant sehen und ambulant betreuen. Sie sind also nicht in einer stationären Einrichtung, und das ist praktisch der Clou dahinter, dass man möglichst frühzeitig unter Nutzung von Ressourcen vor Ort arbeitet. Deswegen geht auch eine deutschlandweite Betreuung. Ich kann also jemandem im Süden oder im Norden Deutschlands genauso diese Expertise vermitteln, welche Module für ihn oder für sie jeweils relevant in der Therapie wären.

Dabei muss man, glaube ich, auch noch einmal hervorheben, dass wir natürlich – wie Frau Scheibenbogen und Herr Schieffer das gesagt haben – an der Weiterentwicklung medikamentöser Optionen absolut interessiert; das ist unerlässlich. Aber: Wir haben auch andere Möglichkeiten, die wir durchaus einsetzen können. Man muss auch diese Überlegung korrigieren, die häufig auch die Patienten haben, dass sie nur ein Medikament oder eine Blutwäsche oder ein Verfahren brauchen, und dann ist die Sache erledigt. Das trifft es so eben nicht. Da geht es – nicht nur in unserem Konstrukt – auch nicht nur um die Schwersterkrankten, sondern auch um die, die vielleicht durchaus unter ihrer Fatigue leiden, sich aber mitunter aufgrund existenzieller Nöte und Sorgen zur Arbeit schleppen, dann immer wieder arbeitsunfähig sind, bei denen also eine Art Pingpongspiel auf und ab geht. Die müssen wir ja auch irgendwie mitnehmen, denn auf lange Sicht wird es so nicht funktionieren.

Die Struktur des Instituts ist, dass wir wie eine Spinne im Netz die erhobenen Befunde sortieren, dass wir einen Anhalt geben, welches modulare System wir ambulant und ad hoc nutzen. Die Patienten können also praktisch sofort damit loslegen. Wir nutzen digitale therapeutische Möglichkeiten, und das ist eben wichtig – wenn wir uns auch vor Augen halten müssen, dass wir nicht alle Patienten in die stationäre Reha bekommen und vielleicht auch nicht unbedingt bekommen müssen –, dass man da schon frühzeitig Behandlungsangebote schafft und das Ganze telemedizinisch abdeckt; dadurch kann ich die Expertise natürlich möglichst breit verteilen und auch Wissen weitergeben.

Wichtig ist, dass wir das praktisch nicht über die Krankenkassen finanziert kriegen und im GBA auch noch kein solcher Versorgungsansatz angekommen ist, weil es einfach eine komplett neue Art der Versorgung ist. Wir kennen das bisher so nicht, und man kann sich vielleicht daran orientieren, dass ich ein halbes Jahr gebraucht habe, um einen Haftpflichtversicherer für das Institut zu bekommen, weil sich niemand vorstellen konnte, was denn da abläuft. Da liegt genau das Problem: Es gibt bisher noch keine Strukturen, auch innerhalb der KV nicht, die jetzt dafür zuständig sind oder die das abdecken würden.

Wir sind in Mecklenburg-Vorpommern gerade dabei zu schauen, ob es mögliche Sonderbedarfsregelungen gibt, was man da regulieren kann. Aber genau deswegen ist es ja ein Modellprojekt, weil solche Pfade eben neu generiert werden müssen. Deswegen gibt es auch die Förderung des Landes für das Institut. Ich denke, letztendlich ist es auch ein Weg in die Zukunft, den wir da beschreiben, denn dieses Prinzip gilt nicht nur für Long-Covid-Patienten, Post-Vac-Patienten oder für andere postinfektiöse Syndrome. Man muss sich auch klar vor Augen halten, dass es gerade in Flächenländern nicht ohne die Telemedizin gehen wird. Wir werden solche Ressourcen, die wir vor Ort haben, weiter nutzen. Deswegen ist das praktisch das Modellprojekt, und deswegen rührt da auch die Förderung her. Es ist praktisch unsere Aufgabe, dieses Konzept jetzt in einer Kassenleistung abzubilden.

Wir haben schon konkrete Vorstellungen, wie das funktionieren kann. Im Moment ist es so, dass die Kosten zum Teil von Kostenträgern übernommen werden, von den gesetzlichen Krankenkassen eher sehr sporadisch, sehr selten und nur auf Anfrage. Die Patienten kommen aber in ihrer höchsten Not zu uns, was traurig ist, weil man sich einen anderen Weg natürlich viel besser vorstellen könnte. Wir haben schon Kooperationen mit dem Hausärzterverband in Mecklenburg-Vorpommern angestrebt, auch mit den Kinder- und Jugendmedizinern, und haben eine Checkliste für Patienten und eine korrespondierende Arztcheckliste entwickelt, die die niedergelassenen Kollegen in ihre Praxen kriegen. Danach kann man sehr einfach rekrutieren, welche Patienten von der Betreuung her für eine Behandlung im Institut geeignet wären, und sie dann dementsprechend zuweisen, mit mehreren Sitzungen und mehreren Terminen. Dazu gibt es ein ganz handfestes Konzept, das ad hoc umsetzbar wäre. Es ist nur so, dass die Krankenkassen den Bedarf dafür im Moment offensichtlich noch nicht sehen, und das ist sehr schade, weil viele Patienten so lange Zeit vor sich hinvegetieren und nur aus der Not heraus kommen.

Wir machen es dann so, dass wir Empfehlungen schreiben oder Epikrisen formulieren, mit einem ambulanten Therapieplan, der aus diesen verschiedenen Blöcken besteht und an das Krankheitsbild angepasst ist. Das wiederum ist dann der Auftrag an die Hausärzte, diese Verordnungen und diese Empfehlungen mit den Patienten zusammen umzusetzen, um die Kosten

möglichst in das bestehende System einzugliedern. Es klappt auch eigentlich gut, es sei denn, der eine oder andere möchte die Empfehlungen nicht so umsetzen; das ist dann natürlich schade. Das ist aber der Stand, der im Moment da ist, und es ist letztendlich Pionierarbeit im Gesundheitswesen. Die Fördergelder vom Bund sind noch nicht zu uns durchgedrungen, das muss man so sagen.

Kinder und Jugendliche sind zum Glück deutlich weniger betroffen. Auch mit Zahlen ist es immer so eine Sache; das hat Frau Scheibenbogen schon angedeutet. Die Kinder- und Jugendärzte gehen von einem Betroffenenanteil im niedrigen einstelligen Prozentbereich aus, vielleicht sogar noch weniger. Letztendlich stellen wir aber fest, dass es gerade bei den Jugendlichen keine Aufklärung im Bereich der Schulen gibt. Ich habe immer wieder Eltern oder die Jugendlichen da, die schon sehr genau wissen, wie sie mit ihrer Fatigue umgehen können und wie das funktioniert. Die sind sehr aufgeschlossen, haben eine gute Krankheitsakzeptanz und sind eigentlich gut zu führen. Das Problem ist, dass sie immer wieder von den Schulen gesagt bekommen: Dann machst du das Schuljahr halt noch einmal! – Oder: Dann muss man halt mal Nachhilfe nehmen! – Das bringt diesen Patienten aber überhaupt nichts, weil allein die Geräuschkulisse im Klassenzimmer die Krankheit manchmal verschlimmert.

Ich denke, dass Avatare tatsächlich eine gute Möglichkeit wären. Ich weiß nicht, wie es in Berlin aussieht; wir haben zwar auch Patienten aus Berlin, ich wüsste jetzt aber keinen Jugendlichen. Nach dem, was ich so mitkriege, werden Avatare in Deutschland so gut wie nie oder nur sehr selten eingesetzt. Anders ist es in Österreich. Da haben wir Patienten, bei denen das sehr gut läuft. Ich glaube aber, es hakt daran, dass dieser Transfer in die Schulen noch überhaupt nicht vonstattengegangen ist. Das ist sehr traurig für die Kinder und Jugendlichen, weil sie tatsächlich durchaus nicht kognitiv eingeschränkt sind, sondern sie könnten ihre Schulleistung bringen. Sie müssen auch nicht immer nur mit dem Avatar arbeiten, sondern es muss an ihren Krankheitsstatus angepasst werden. Da braucht es Aufklärung, auch wenn es weniger Kinder und Jugendliche sind, die betroffen sind. Dennoch muss so etwas funktionieren. Die Betroffenen sind dadurch wirklich stark eingeschränkt, das muss man so sagen.

Im Bereich BC007 würde ich meinen Vorrednerinnen beipflichten. Wichtig ist wieder dieser Punkt, dass es nicht ein Wundermittel geben wird, mit dem alles gelöst wird. Wir müssen diese verschiedenen Strukturen, diese multimodalen Therapieansätze im Auge behalten, und dann bekommt man die Patienten auch wieder ins Berufsleben integriert, vielleicht nicht die Schwerstkranken, nicht die Schwerstbetroffenen, es gibt aber einige, die wir durchaus reintegriert bekommen. Da ist es auch wichtig, nicht zu denken, dass man nach einer stationären Reha gleich mit der stufenweisen Wiedereingliederung anfangen kann, wie das früher auch war, und nach Schema F vorgehen kann. Wir müssen vielmehr tatsächlich individuelle Wiedereingliederungsschemata bauen.

Ich erinnere mich an einen Patienten im Großraum Frankfurt, der seit 2020 betroffen ist und seitdem mit seiner Long-Covid-Symptomatik zu kämpfen hat. Er ist aber die ganze Zeit arbeitsfähig. Warum? – Weil er komplett im Homeoffice arbeitet und seine Arbeit von morgens um 7 Uhr bis abends um 23 Uhr, sieben Tage pro Woche, umstrukturiert. Für ihn ist das okay. Jetzt ging es aber darum, dass die Homeofficemöglichkeit wegfällt, und dann ist dieser Patient arbeitsunfähig. Das muss man halt individuell regeln, und es ist wichtig, dass man diesen Punkt im Auge behält.

Zu den Post-Vac-Patienten: Wie der Impfstatus bei uns im Institut genau ist, muss ich Ihnen nachreichen. Die Zahlen habe ich hier jetzt nicht aufgeschlüsselt, aber würde mich dementsprechend anschließen. – Das mit der Hotline finde ich per se eine gute Sache, man muss aber, wie gesagt, Angebote haben. Man darf auch nicht vergessen, dass viele Patienten sehr zeitaufwendig sind. Viele haben Ärztemarathons hinter sich, sind häufig nicht gesehen worden, haben sich mitunter verschlechtert in manchen Rehamaßnahmen. Da ist es eben nicht damit getan, sich mit diesen Patienten fünf Minuten am Telefon zu unterhalten, sondern wir brauchen 40 bis 50 Minuten im Erstgespräch, um dafür überhaupt ein Gespür zu bekommen und diese Menschen vor allem auch abzuholen. Auch das wird natürlich nicht dementsprechend vergütet; das Konstrukt, wie es im Moment bei uns im Institut läuft, funktioniert nur, weil es über Fördermittel generiert ist. Das muss man so sagen.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank auch dafür! – Dann würde ich einmal der Senatorin das Wort für Einlassungen geben. – Frau Senatorin, bitte!

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Auch von meiner Seite erst einmal herzlichen Dank für die hochinteressanten Ausführungen! Wir sind in diesem Themenfeld ja alle Lernende und zum Teil Forschende. Was wir sehen, ist natürlich der große Leidensdruck, insbesondere der schwer betroffenen Patientinnen und Patienten, insbesondere derer, die bei schweren Verläufen in kürzester Zeit in eine Arbeitsunfähigkeit oder eine schwere Pflegebedürftigkeit geworfen worden sind. Was das mit ihnen und auch mit den Familien und ihrem gesamten sozialen Umfeld macht, ist, glaube ich, zum Teil ein großes Drama. Insofern gilt unsere Anteilnahme all diesen betroffenen Menschen.

Ich glaube, es sind in diesem Zusammenhang wenige strukturelle Herausforderungen unseres Gesundheitswesens nicht angesprochen worden – ob das die sektorübergreifende Versorgung ist, die Medikamentenzulassung, die klinischen Studien, Überregulierung, das System der Kassen, der Abrechnungssysteme oder viele andere Themen. – In Berlin haben wir, das wollte ich noch einmal betonen, zwei Ambulanzen an leistungsfähigen Häusern, nämlich an der Charité und am Unfallkrankenhaus Berlin in Marzahn. Wir haben auch ein Netzwerk von 70 beteiligten Haus- und Facharztpraxen in der Abstimmung mit der Charité.

Was wir an dieser Stelle aber auch sehen – und da sind wir eigentlich schon ein Stück weit in dem Thema, das uns heute noch beschäftigen wird, der Krankenhausreform –, ist, dass viele Leistungen, die gerade die Universitätsmedizin, gerade die Charité im Zusammenhang mit der Pandemie, aber jetzt auch mit Post Covid erbringt, in der Krankenhausfinanzierung, gerade in der Universitätsmedizin, nicht vernünftig abgebildet sind. Da geht es insbesondere um die Frage der Netzwerkstrukturen, des Aufbaus von Netzwerken, von Lotsenfunktionen, aber natürlich auch um die Tatsache, dass dort immer die allerschwersten Fälle im System landen. Hier müssen wir zu einem System kommen, das diese Funktionen, gerade von Häusern wie der Charité, auch anerkennt und diese über den Einzelfall hinausgehenden Leistungen im System finanziert. Das ist aber, wie gesagt, ein Teil, der schon ausgreift in den nächsten Tagesordnungspunkt.

Zu den Fragen, was Berlin tun kann: Selbstverständlich müssen wir weiterhin den Dialog mit den Kassen und allen Beteiligten führen, jenseits der Frage, ob wir als Land Berlin die direkte Zuständigkeit haben oder nicht, und all diese Fragen weiterhin auch im Bund, mit den Länderkolleginnen und -kollegen und dem Bundesministerium besprechen, allerdings auch angesichts der Herausforderungen im Haushalt, auch des Bundes, denn wir wissen, dass auch das Bundesgesundheitsministerium größere Einsparbeträge zu erbringen hat, die in Bezug auf das Thema, das wir hier bewegen, sicherlich sehr schwierig werden. Auch das ist natürlich etwas, zu dem wir mit dem Bund in der Debatte stehen.

Vielleicht darf Herr Rothenpieler fachlich noch ergänzen, weil er natürlich derjenige ist, der in allen Details schon länger drinsteckt. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Rothenpieler!

Dirk Rothenpieler (SenWGP): Vielen Dank! – Sehr geehrte Abgeordnete! Hinsichtlich der Vergütung hat die Senatorin schon den richtigen Hinweis auf die Reformen auf der Bundesebene hingewiesen. Wir kommen im nächsten Tagesordnungspunkt dazu, weil Vergütungsfragen tatsächlich in bundesrechtlicher Kompetenz stehen.

Was mir eigentlich noch wichtig ist: Aus den Darlegungen der Sachverständigen ist meines Erachtens deutlich geworden, dass als Schlüssel für eine befriedigende Versorgung der Patienten ein vielfältiger Ansatz der Behandlung und Betreuung erforderlich ist. Ich habe den Eindruck, dass die Leistungen nicht ausschließlich die Krankenkassen betreffen, sondern dass auch andere Kostenträger hier tatsächlich in die Pflicht zu nehmen sind; beim Unfallkrankenhaus ist es schon dargelegt worden. Meines Erachtens sind es hier auch Probleme der Rehabilitation und der Eingliederungshilfe, sodass meines Erachtens gewisse Module oder Angebote durch die Rentenversicherungsträger zu übernehmen sind. Ich glaube, das ist die anspruchsvolle Herausforderung, dass wir die Frage nicht nur intersektoral angehen müssen, sondern auch sozialgesetzbuchübergreifend. Das miteinander zu kombinieren und zu vernetzen, ist in der Tat eine anspruchsvolle Lotsenfunktion. Über diese Finanzierung und Problematik kann man tatsächlich nachdenken.

Natürlich ist es klar, dass solche komplexen Fälle nachvollziehbar in den Universitätskliniken landen werden, weil dort die besondere Kompetenz vorhanden ist. Insofern ist das vom Land auch begrüßenswert. Das spielt eine große Rolle bei der bundesweiten Krankenhausreform. Dabei ist die Frage, ob sich solche Navigationsleistungen dann über Vorhaltepauschalen und Vorhaltevergütungen, die eingeführt werden sollen, abdecken lassen. Aber dazu ist noch vieles in Verhandlungen und in der Kalkulation, sodass heute noch keine abschließende Stellungnahme erfolgen kann. – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank an den Senat! – Ich habe jetzt noch zwei Menschen, die sich gemeldet haben. – Jetzt haben sich drei Leute gemeldet. Ich würde mit dem Blick auf die Uhr sagen, Sie können noch mal eine kurze Frage stellen. Ich würde kurz vorstellen, wer sich gemeldet hat, und dann würde ich die Anzuhörenden punktuell, wenn sie angesprochen sind, drannehmen. Aber ich glaube, wir haben nicht noch einmal Zeit für eine komplette Runde. Es haben sich Herr Hansel, Herr Schulze und Herr Ubbelohde gemeldet.

Frank-Christian Hansel (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Ganz kurz noch mal zum Post-Vac-Syndrom: Frau Kollegin – sie ist jetzt gerade nicht da – hat gemeint, man soll der Legendenbildung entgegenwirken. Das finde ich auch. Es gab diese schöne Veranstaltung in der Urania am 18. April, wo Sie auch zugegen waren, mit dem Bundesminister Lauterbach. Da ist das Thema Impfschäden erst aufgrund der Zuschauerfragen und Fragen von digital zugeschalteten Teilnehmern angesprochen worden. Es gibt also eine gewisse Hemmung oder Zurückhaltung zu der Sache. Insofern würde ich hier noch mal darum bitten, uns zu erzählen, wie Sie das Phänomen qualitativ und quantitativ einschätzen. Haben wir da ein Problem? Wie sehen Sie das? – Das ist noch mal ganz wichtig, um hier auch Aufklärungsarbeit zu leisten, damit dieses Thema nicht verdrängt wird. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Schulze!

Tobias Schulze (LINKE): Ich wollte nur noch mal eine Detailfrage zu der Förderung in Mecklenburg-Vorpommern stellen. Da sind die Uni Rostock und die Uni Greifswald und Ihr Institut, glaube ich; das können Sie gleich noch mal darstellen. Werden die Förderungen als pauschale Fördermittel ausgereicht, und Sie können die auch für die Diagnostik einsetzen, oder gibt es einen Zusammenhang zwischen den tatsächlichen Fällen und der Finanzierung durch das Land? – Das wäre meine Frage.

An Frau Prof. Scheibenbogen: Würde Ihnen so etwas auch helfen, wenn das Land zusätzlich bestimmte Leistungen als Fördermittel ausreicht? – Denn Sie sagten, Sie sind eigentlich mit allem, was Sie tun, dramatisch unterfinanziert. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Dann noch Herr Ubbelohde!

Carsten Ubbelohde (AfD): Ich frage unsere Gesundheitssenatorin, inwiefern die im Koalitionsvertrag auf die Fahnen geschriebenen Förderungen von Forschungs- und Beratungsstellen, konkret – Zitat –: „wohnortnahe, niederschwellige, interdisziplinär angelegte Anlaufstellen“ schon auf den Weg gebracht sind. Wie weit steht es dabei zeitlich, personell, räumlich und finanziell? – Finanziell wird es sicher auf die Beratungen am Ende des Jahres ankommen, aber die anderen Punkte sollten ja zumindest anlaufen.

Vorsitzende Silke Gebel: Gut. – Es sind jetzt hier einige Menschen konkret angesprochen worden. Ich würde mit Frau Scheibenbogen anfangen. Dann gibt es Fragen zur Finanzierung. Das hat sich an Frau Frommhold und Frau Scheibenbogen gerichtet. Zum Thema Post Vac hat eben auch Herr Schieffer einiges gesagt. Deswegen würde ich der Frau Senatorin dazu noch einmal das Wort erteilen. – Frau Scheibenbogen!

Prof. Dr. med. Carmen Scheibenbogen (Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Immunologie; Leiterin Immundefekt-Ambulanz): Vielen Dank! – Ja, das ist momentan genau das große Problem. Wir bräuchten dringend – und das umgehend, nicht erst, wenn das mit der Krankenhausfinanzierung geklärt ist – weitere Unterstützung, um einigermaßen adäquat helfen zu können. Ich denke, diese schwerstkranken Patienten, die zu Hause liegen, die von den Hausärzten nicht weiter eingeordnet werden können, brauchen dringend zumindest mal einen Termin, damit man eine vernünftige Diagnose hat und ein Therapiekonzept anbieten kann. Wir haben ja schon Therapieoptionen. Die sind zwar nicht heilend, aber

trotzdem kann man natürlich zumindest eine Symptombehandlung zur Linderung zumindest anbieten. Auch da sind die Niedergelassenen oft nicht gut eingedacht.

Was bräuchten wir? – Zum einen bräuchten wir für die Spezialsprechstunden, die so stark nachgefragt sind und wo die Niedergelassenen nicht wirklich kompetent sind – das betrifft insbesondere das Krankheitsbild ME/CFS –, eine Zusatzfinanzierung, sowohl ärztlicherseits als auch von organisatorischer Seite. Was wir dringend bräuchten, ist eine Koordinationsstelle für das Post-Covid-Netzwerk, natürlich in Interaktion mit den Niedergelassenen und mit Brandenburg. Das machen wir momentan alles nebenbei. Entsprechend schlecht ist das momentan ausgestattet. Wenn Sie auf unsere Homepage schauen, ist die oft nicht aktuell. Wir können keine Zahlen bieten. Wir bräuchten dringend auch bessere Strukturen für die Versorgungspfade, damit die Patienten gut geleitet werden, um Doppel- und Dreifachanmeldungen zu vermeiden. Dazu sind wir bereits seit einiger Zeit zusammen mit Brandenburg mit einem Anbieter in der Vorbereitung. Es gibt bereits digitale Programme, an die sich die Patienten wenden können und wo über eine digitale Anamnese geschaut wird, wohin der Patient gehen sollte. Kann der Patient im ambulanten Bereich bleiben? Geht es eher in die Reha? Welche Abklärung braucht er bei Fachärzten? Wann muss er wirklich in die Universität?

Das würde uns, glaube ich, viel Arbeit ersparen und den Patienten eine Möglichkeit an die Hand geben. In diesem digitalen Tool bekommen die Patienten dann auch eine Anamnese ausgedruckt, die sehr strukturiert und gut ist, wo die wichtigsten Aspekte für den niedergelassenen Bereich schon drinstehen. Da steht schon drin: Verdacht besteht auf dieses oder jenes, und das musst du so und so weiter abklären. – Eine Anschubfinanzierung wäre dafür extrem hilfreich, damit wir damit weitermachen können. Darum bitte ich schon seit 2021. Ich habe die Senatsgesundheitsverwaltung mehrfach gebeten, uns zu unterstützen. Wir haben in Berlin bislang nichts bekommen. Ich weiß, dass fast alle anderen Bundesländer inzwischen eine Förderung für die Versorgung haben, teilweise auch für die Forschung und klinische Studien. Deswegen denke ich, dass wirklich dringend etwas passieren muss, nicht für uns, sondern für die vielen Betroffenen in Berlin.

Vorsitzende Silke Gebel: Frau Frommhold!

Dr. med. Jördis Frommhold (Institut Long Covid GmbH; Geschäftsführerin): Vielleicht kann ich ganz konkret darauf antworten. Es ist so, dass wir die Förderung aus dem MV-Schutzfonds bekommen haben. Ich muss aber für mich sprechen. Das Institut hat eine eigene Anschubfinanzierung. Die beiden Universitäten haben zusammen ihre Projekte. Das heißt, ich kann natürlich nicht darüber urteilen, wofür sie die Gelder nehmen. Bei uns im Institut liegt der Fokus nicht auf der Diagnostik – die machen wir nicht –, sondern es geht um diese Versorgungsleistungen. Dafür haben wir die Anschubfinanzierung bekommen.

Vorsitzende Silke Gebel: Dann Herr Schieffer!

Prof. Dr. med. Bernhard Schieffer (Universitätsklinikum Marburg; Direktor der Klinik für Kardiologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin) [zugeschaltet]: Ich glaube, die Frage ging in Richtung des sogenannten Post-Vac-Syndroms, das heißt, es ging um Nebenwirkungen durch die Impfung. Dazu möchte ich noch mal der Sagen- oder Fabelbildung deutlich entgegenreten. Wir wissen seit der Einführung der Impfstoffe, seit den Zulassungsstudien, seit allen Post-Marketing-Studien, dass weltweit – es ist nicht nur ein deutsches Prob-

lem, so, wie es häufig kommuniziert wird – Komplikationen mit der Impfung auftreten, angefangen von Zerebralthrombosen, über Myokarditiden – ein sehr dramatisches Problem, womit wir uns auf täglicher Basis beschäftigen – bis hin zu neurokognitiven Störungen. Das ist alles bekannt, da ist jetzt nichts Neues und nichts Besonderes. Es wäre vielleicht sinnvoll gewesen, eine andere Kommunikationsstrategie vorzunehmen. Aber zum damaligen Zeitpunkt war das, was bei den Impfnebenwirkungen absehbar ist, in einem so niedrigen Bereich – das hat sich auch über alle Studien hinweg bestätigt –, dass wir im niedrigen Promillebereich sind. Aber es gibt diese Nebenwirkungen. Sie sind da.

Bei der Menge an Impfdosen, die wir verimpft haben – über 190 Millionen –, ist es nicht erstaunlich, dass wir nach Adam Riese eine entsprechende Anzahl an Patienten haben, um die wir uns jetzt zu kümmern haben. Welche sozialmedizinischen Folgen das für uns alle hat, für unsere Gesellschaft und unsere Sozialsysteme, das ist, glaube ich, Aufgabe der Politik, damit offen umzugehen. Da haben wir eine Stabübergabe gehabt, mehrfach, bei verschiedensten Veranstaltungen. Das muss man einfach offen und ehrlich angehen.

Was die Versorgungsstrukturen betrifft, kann ich tatsächlich nur meine beiden Kolleginnen vor Ort noch mal in ihrem Credo unterstützen, dass wir alle für die Regionalversorgung unserer Patienten eine Unterstützung brauchen. Dass es sicherlich Bundeshoheiten gibt, was die Abrechnungen betrifft, dass es Bundeshoheiten gibt, was die Grundlagenforschung in Bezug auf Post Covid in allen Facetten betrifft, und dass es dazu schwerpunktmäßige Programme geben muss, wo die eine oder andere Institution die Federführung übernimmt, das ist sicherlich der Fall. Aber Berlin mit seinen Millionen an Einwohnern kann mit nur zwei Anlaufstellen nicht zufrieden sein, wovon eine hemmungslos überlastet ist, so, wie es jetzt mehrfach beschrieben wurde. Ich kann Ihnen allen nur sehr viel Mut zusprechen, dass Sie sich dazu entscheiden, hier für den politischen Weg der unpräventösen, unaufgeregten Unterstützung für die Versorgung dieser Patienten, die sonst keinerlei Auffangmöglichkeit haben, die finanzielle Unterstützung zu genehmigen. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank auch an Sie, Herr Schieffer! – Das waren jetzt die Fragen, die an die Anzuhörenden gingen. – Frau Schmucker! Haben Sie noch eine Frage gehört, die Sie zu beantworten hätten? – Das hätte ich jetzt auch nicht gedacht. Dann können wir das im Einvernehmen so festhalten. – Dann erteile ich jetzt noch einmal Frau Czyborra als Senatorin das Wort; an Sie wurde auch das Wort gerichtet.

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP): Vielen herzlichen Dank, Frau Vorsitzende! – Wir sind jetzt einen guten Monat im Amt und haben den Koalitionsvertrag, der für dreieinhalb Jahre geplant war, noch nicht vollständig umsetzen können. Darüber hinaus sind wir in der Haushaltsaufstellung. Insofern setzen wir uns für die hier in Rede stehenden Beträge und Belange ein und werden sehen, wie unser Landshaushalt, der anschließend auch im Parlament beraten wird, dann diesen Bedarfen gerecht werden kann.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank für die Wortbeiträge, die zum Teil längere Anreise, Ihre Zeit und dass Sie uns heute mit Ihrem Expertinnen- und Expertenwissen zur Verfügung standen! – [Beifall] –

Ich würde den Tagesordnungspunkt der Besprechung dann insofern als abgeschlossen erklären. Die Besprechung als solches wird noch einmal aufgerufen, wenn das Wortprotokoll vor-

liegt und wir zu einer detaillierteren Auswertung der Ausführungen kommen. Es gab ein paar Arbeitsaufträge an den Ausschuss, die sich daraus ergeben haben. – Vielen Dank und einen wunderschönen guten Tag weiter!

Wir kommen zu

Punkt 4 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Aktueller Stand der Krankenhausreform
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der
SPD)

[0153](#)
GesPflieg

Ich frage in Richtung CDU- und SPD-Fraktion, die diesen Tagesordnungspunkt angemeldet haben, ob eine Begründung erfolgen soll. – Okay, das ist nicht der Fall. Dann kommen wir direkt zur Stellungnahme des Senats.

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende! – Ich möchte kurz darauf eingehen, wo wir eigentlich im Verfahren stehen. Es hat eine Experten- und Expertinnenkommission gegeben, die sich ein Modell für ein leistungsfähiges, hoch qualitatives Krankenhaussystem in Deutschland zum Ziel gesetzt und dafür Vorschläge entwickelt hat. Wir sind jetzt immer noch in einem Stadium vor der Erstellung eines Referentenentwurfs, also Bund und Länder diskutieren Eckpunkte.

Es hat eine länderoffene Facharbeitsgruppe zur Krankenhausreform schon siebzehnmals getagt, zuletzt am 30. Mai. Wir hatten Anfang April eine Amtschefkonferenz, die sich mit den Eckpunkten beschäftigt und dort auch eine einstimmige Stellungnahme der Länder verabschiedet hat. Wir befinden uns in enger Abstimmung zwischen dem Bundesminister für Gesundheit und den Länderministern und -ministerinnen bei der Erstellung dieser Eckpunkte. Es ist in der Presse immer mal wieder zu lesen gewesen, dass es da durchaus unterschiedliche Positionen gibt, auch zwischen Bund und Ländern. Ich bitte um Verständnis dafür, dass ich hier aus zum Teil vertraulichen Beratungen nicht en détail berichten kann. Etliches ist aus vertraulichen Runden durchaus an die Presse gegangen. Ich kann dazu nur sagen: Etliches davon stimmt so nicht und ist auch dementiert worden.

Die Debatte dreht sich um die Frage, inwieweit das Finanzierungssystem, das der Bund verändern will, es wurde bereits der Stichwort Vorhaltepauschalen erwähnt, das das bisherige DRG-System ersetzen soll, inwieweit das massive Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder hat. Diese Krankenhausplanung ist natürlich Aufgabe der Länder und soll es auch bleiben. Das ist zumindest die einheitliche Position aller Länder. Nichtsdestotrotz geht es nicht nur um die Fragen, wie bestmögliche Qualität und eine gute und planbare Finanzierungsgrundlage für die Krankenhäuser sichergestellt werden können und wie man zu einer Struktur kommen kann, die den jeweiligen Bedarfen gerecht wird. Wir haben hier extrem unterschiedliche Ausgangslagen zwischen Metropolen wie Berlin, Flächenländern, Räumen mit sehr geringer Bevölkerungsdichte oder einer älteren Bevölkerung mit anderen Bedarfen als eine Metropole, wie Berlin sie hat. Wir sind insofern tatsächlich in einem Prozess der Annäherung zwischen Bund und Ländern, der darauf hinausläuft, dass es keine Finanzierung nach den viel diskutierten Leveln geben gibt, sondern eine, die sich an Leistungsgruppen orientiert. Das ist etwas, was auch gerade in Nordrhein-Westfalen sehr minutiös ausgearbeitet wird und was als Grundlage für eine Leistungsgruppenstruktur für die Abrechnung der Leistungen genommen werden soll.

Wir werden Anfang Juli eine Gesundheitsminister- und -ministerinnenkonferenz haben. Bis dahin laufen noch Modellierungsverfahren, die berechnen sollen, welche Auswirkungen angedachte Systeme auf die Krankenhausstruktur der Länder haben, die dann auch mit den Ländern einzeln besprochen werden sollen. Diesen Modellierungen liegt der Anspruch zugrunde, tatsächlich aufgrund der Daten Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie eine wirklich qualitativ hochwertige Versorgung für alle Menschen in den Ländern gewährleistet werden kann und auf welcher finanziellen Grundlage das zu erfolgen hat.

Es wird dann über den Sommer, das ist der momentane Zeitplan, ein Referentenentwurf erstellt werden, bei dem die Länder durchaus schon eingebunden sein sollen, um dann zu einem Gesetzentwurf und einer Beschlussfassung möglichst zeitnah zu kommen.

In der Debatte befindet sich noch die Frage des Umsetzungszeitraums, den die Länder benötigen, um diese Leistungsgruppen tatsächlich zu definieren und den Häusern zuzuweisen. Was klar ist, ist, dass unsere Krankenhausplanung, die ja bis 2025 läuft, dann entsprechend angepasst werden muss. Anpassen müssen wir sie ohnehin an steigende Bevölkerungszahlen und neue Herausforderungen. Insofern ist klar, dass das erfolgen muss. Allerdings befindet sich noch in der Debatte, welche Umstellungszeiträume der Finanzierungssysteme mit diesen Krankenhausplanungen der Länder ins Auge gefasst werden, damit das auch leistbar ist. – Vielleicht so viel zunächst von mir.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Frau Senatorin! – Ich habe jetzt mehrere Wortmeldungen. Zunächst erteile ich Herrn Ubbelohde das Wort.

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank! – Frau Dr. Czyborra! Es ist ja von einem Durchbruch in dem Bund-Länder-Treff die Rede. Vielleicht, um Fehlinformationen seitens einiger Pressevertreter oder auch Legendenbildung, wie es so gern genannt wird, vorzubeugen, wollen Sie uns vielleicht weitergehend verraten, wo da der Durchbruch erzielt worden ist und wo der Bund, also Kollege Lauterbach, bei den Ländervertretern abgeblitzt ist. Es könnte ja sein, dass es sich um die Finanzierungs- und Leistungsgruppen handelt.

Ist es nach wie vor so, dass ein Teil der Krankenhausleistungen gerade im Level I der Grundversorgung weiter über die Vorhaltepauschalen erfolgen soll und dass das DRG-System, das durchaus in der Kritik steht, auch von unserer Seite, der AfD, sind wir eher sehr kritisch, was diese DRG-Leistungsgruppen anbelangt, oder die Abrechnung über das DRG-System, dass das dahin gehend ein bisschen aufgeweicht werden soll? Zum Zweiten: Wie wären denn nach heutigem Kenntnisstand die Auswirkungen auf Berlin, was die Anzahl der Krankenhäuser anbelangt? Gibt es da bereits in Ihrem Haus, nicht durch Sie persönlich, Sie sind erst, wie Sie unterstreichen, seit einigen Wochen im Amt, aber seitens Ihres Hauses bereits Überlegungen, welche Krankenhäuser es wie betreffen könnte? Teilen Sie die Vermutung, dass nur gut die Hälfte der Krankenhäuser überleben wird?

Letzter Punkt: Laut Krankenhausfinanzierungsgesetz gibt es ja Verpflichtungen des Senats zur Finanzierung der städtischen Krankenhäuser. In der Vergangenheit wurde dieser Verpflichtung nicht immer vollständig, sondern nur ungenügend nachgekommen, sodass einzelne Krankenhäuser zulasten des Personalbudgets Finanzierungen vornehmen mussten, was dann die Mitarbeiter der Krankenhäuser sehr schmerzlich zu spüren bekamen. Wie sieht es damit aus, wie sind da Ihre Pläne für die Zukunft? Wann ist mit einer vollständigen Zahlung dieser

Gelder zur Unterstützung der Infrastrukturmaßnahmen, baulichen Maßnahmen, in den Krankenhäusern zu rechnen?

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Schulze!

Tobias Schulze (LINKE): Ich bin gerade noch konsterniert von dem Beitrag eben, in dem so viele Fehler waren. – Danke, Frau Senatorin! Das ist, glaube ich, eine spannende Debatte, die wir führen: Wie sieht die Zukunft unseres Gesundheitswesens aus? – Was, glaube ich, der Webfehler dieser Reform ist, ist zum einen, dass der ambulante niedergelassene Bereich nicht mitgedacht wird. Wenn wir darüber reden, dass Krankenhausreform dazu führt, dass wir weniger, aber größere und intern besser differenzierte Häuser haben, aber im Kern auch einen Bettenabbau haben werden, davon gehen zumindest alle aus, die daran beteiligt sind, dann steht die Frage im Raum: Wo werden die Leute eigentlich behandelt, die jetzt in unseren Krankenhäusern sind und dann möglicherweise ambulant behandelt werden sollen. Ein Teil kann vielleicht in diese Level-I-Häuser gehen, wie auch immer sie dann strukturiert werden, aber ein anderer Teil muss sich irgendwo in niedergelassenen, ambulanten Strukturen wiederfinden. Das fehlt komplett in der Reform. Vielleicht können Sie etwas dazu sagen, wie das für Berlin aussieht. Wir sind hier durchaus unter Druck bei den niedergelassenen Strukturen, denn da gibt es durchaus einen Mangel.

Der zweite Teil, der schwierig wird, ist die Frage, wer eigentlich die Investitionskosten übernimmt. Wenn man, wie das Vorbild Dänemark es uns gezeigt hat, sagt: Wir brauchen eigentlich größere Häuser mit den entsprechenden hoch qualitativen Angeboten und deswegen schließen wir kleinere Häuser oder fassen sie zusammen. –, dann ist das auch in Berlin mit Milliardeninvestitionen verbunden. Nun wissen wir aus den Debatten, dass das immer hin und her geschoben wurde. Das BMG hat gesagt: Der Bund aber nicht. –, die Ländern sind aber am Anschlag mit ihrer Investitionsfinanzierung bzw. wir haben schon in Berlin das Problem, dass unser Geld nicht ausreicht, um den Sanierungstau abzubauen. Vielleicht können Sie sagen, wie der Stand gerade ist. Wenn wir keine Investitionsmittel zusätzlicher Art haben, dann werden wir da auch nicht weiterkommen.

Der letzte Punkt zu den DRGs: Wenn, wie angedacht, jetzt 60 Prozent über Vorhaltepauschalen finanziert werden sollen, wo auch noch die Frage ist, wie die sich eigentlich errechnen, sind die auch nach Fallzahlen errechnet, was aus meiner Sicht ein Fehlanreiz wäre, und 40 Prozent weiterhin über Fallpauschalen, dann haben wir – wir kennen das aus dem Hochschulbereich – vermutlich den Effekt, dass die Krankenhauscontroller die kompletten Häuser nach diesen 40 Prozent strukturieren. Wir haben also gerade keine Entökonomisierung, weil zum Schluss ein betriebswirtschaftlich denkender Mensch immer versucht, 100 Prozent der Kosten einzuspielen. Muss er ja auch. Er muss ja seine Kosten reinbekommen. Das heißt, er wird weiter wie bisher versuchen, große Fallzahlen zu generieren, um den Laden rentabel zu betreiben. Also, die These: 60-40-Aufteilung führt nicht zur Entökonomisierung, sondern setzt sie eigentlich fort. Wir müssten eigentlich darüber reden, wenn, dann eine 100-Prozent-Vollkostenfinanzierung hinzubekommen, damit wir dann wirklich den Anreiz, immer mehr Fälle zu generieren, aus den Häusern herausbekommen. Vielleicht können Sie dazu sagen, wie diesbezüglich der Stand in der Bund-Länder-Gruppe ist. – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Zander!

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! – Dann knüpfe ich da an. Viele sagen, wenn immer noch 40 Prozent übrig bleiben, die über die Mengen gesteuert werden, dann verzichtet man nicht einfach auf die 40 Prozent, sondern dann muss man das auch immer noch voll bekommen. Wer vorher ein Defizit hatte, der wird auch weiterhin ein Defizit haben, sodass man nicht einfach den Eindruck entstehen lassen sollte, dass die wirtschaftliche Lage von Krankenhäusern und Kliniken in Deutschland allein etwas mit der Struktur oder der Anzahl zu tun hat, sondern es bedingt, dass neben der Strukturreform ja auch die Finanzierungsreform kommt, die dringend notwendig ist. Vielleicht ist das wenigstens ein erster Zwischenschritt, um überhaupt mal einen Schritt zu machen, diese Mischfinanzierung, bis es dann zu einer anderen Reform kommt. Die Finanzierungsreform ist notwendig, und man muss natürlich auch ehrlich sagen: Viele wirtschaftliche Schwierigkeiten resultieren daraus, dass alle Bundesländer den Krankenhäusern nicht die Investitionszuschüsse haben zukommen lassen, die sie eigentlich brauchen. Dadurch ist natürlich auch ein enormes Milliardendelta entstanden.

Ich finde es gut, dass man sich mehr an NRW orientiert, dass die Bedeutung der Diskussion um die Level zurückzugehen scheint. Ich halte es für einzelne Träger, für einzelne Krankenhausstandorte für gefährlich, wenn sie mit so einem Level bezeichnet werden, so ein Label bekommen, und dass dann auch negative Auswirkungen auf das Personal hat, das sie rekrutieren können, was sie noch haben, was abwandern könnte. Da hoffe ich, dass das noch weiter zurückgeht. Uns ist auch die Trägerpluralität sehr wichtig, dass die weiter erhalten bleibt. Wir haben einen guten Mix, auch aus freigemeinnützigen, privaten und öffentlichen Krankenhäusern. Wichtig ist, dass durch die Vorgaben, wo es immer noch die Bestrebungen gibt, dass sie möglichst bundeseinheitlich sind, immer noch gewährleistet ist, dass die Länder den Spielraum behalten, der ihnen auch zusteht.

Die Diskussion ist aber noch nicht beendet. Sie haben gesagt, wo wir gerade stehen. Es laufen ja auch immer noch öffentlich geführte Diskussionen, bei denen die Meinungen noch weit auseinander liegen. Zum Beispiel die Position der Krankenkassen, die ganz offen sagen, wie viele Krankenhäuser verzichtbar sind, und dann natürlich die Krankenhausgesellschaft, die dagegenhält. Richtig ist auch die Anmerkung: Wenn wir weniger Betten, weniger Standorte haben, müssen die Patienten ja irgendwo versorgt werden. Der ambulante Bereich ist, wie Herr Schulze zu Recht sagte, angespannt, und wenn wir irgendwo bestehende Krankenhausstrukturen abbauen, dann müssen sie teilweise auch wieder woanders aufgebaut werden. Das bedarf einer Menge Milliarden Euro. Hier sind 40 Milliarden bis 50 Milliarden Euro immer wieder in der Diskussion gewesen. Da muss man aufpassen, was man mit dieser Reform am Ende anstrengt. Deshalb bin ich gespannt und werde die künftige Diskussion weiter aufmerksam verfolgen.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Jetzt steht hier „Gebel“ auf der Redeliste.

Silke Gebel (GRÜNE): Ich spreche jetzt für die Fraktion. – Ich hatte ein bisschen die Hoffnung, dass eine Lehre aus der Coronazeit eine größere gesundheitspolitische Reform ist. Jetzt gibt es den kleinen Sprung in der Krankenhausreform, und wer weiß, wie der andere in der Pflgereform ausschaut. Aber immerhin bewegt sich ein bisschen etwas in Deutschland. Ich finde, das ist erst einmal ganz gut.

Wenn man sich Berlin – das ist eine Frage – und die Anzahl der Betten im bundesweiten Vergleich anschaut, dann stehen wir nicht wie Bayern da. Deswegen hat es mich gewundert als es

diese Debatte nach dem Motto gab: Alle Krankenhäuser werden schließen –, denn wenn man sich die Zahlen in Bezug auf die Bevölkerung ansieht und damit den Anspruch einer Grundversorgung definiert, dann, glaube ich, wird man in Berlin Umstrukturierungen vornehmen müssen, aber nicht unbedingt Schließungen. Wenn man jedoch nach Brandenburg guckt, da wird es vielleicht zu Schließungen kommen, auch, weil sie dort schon jetzt massive Personalprobleme haben. Wenn man dann noch den grundsätzlichen demografischen Wandel hinzunimmt, dann müssten wir eigentlich Berlin und Brandenburg zusammen denken. Ich fände es interessant zu erfahren, wie Sie das machen, weil es nicht strukturiert ist, aber wie Sie quasi Berlin und Brandenburg unter dem Rubrum Krankenhausreform zusammen denken. Wie begleiten Sie diesen Umstrukturierungsprozess, der bei den Häusern stattfinden muss, politisch? Wenn man sagt, Trägervielfalt sei wichtig, aber auch sagt, Charité und Vivantes als Hauptgrundversorger müssen eine vernünftige Finanzierung erhalten, was dadurch, dass sie strukturell eher benachteiligt werden, schwierig ist, deswegen muss sich dort auch etwas ändern, wie wollen Sie dann eine bestimmte Grundversorgung schaffen? Es gibt Beispiele, da fehlt einem Krankenhaus eine Leistung, damit es zum Schwerpunktversorger wird, und das andere, was 500 Meter weiter weg ist, was niemals zu diesem Maximalversorger werden wird, sitzt da aber drauf. Da muss man in den Dialog eintreten. Das fände ich interessant.

Wenn man sich dann noch anschaut, dass die Koalition sich vorgenommen hat, wie ich gelesen habe, dass es grundsätzlich mehr Geld für die Krankenhausfinanzierung gibt – morgen findet der Parlamentarische Abend der Berliner Krankenhausgesellschaft statt –, das ist bei der aktuellen Krankenhausfinanzierung sehr schwer zu steuern, aber wenn Sie jetzt schon wissen, dass Sie in ein oder zwei Jahren eine andere Krankenhausstruktur haben, aber jetzt gleichzeitig die Pauschalen den Krankenhäusern geben und die in Bereiche und Stationen investieren, die es vielleicht in zwei Jahren dort gar nicht mehr gibt, dann fände ich es klug, das zusammenzulegen. Es würde mich interessieren, wie Sie das machen und steuern, damit es einen positiven Effekt für die Bevölkerung hat.

Vorsitzende Silke Gebel: Jetzt hat sich noch Herr Hansel gemeldet – bitte!

Frank-Christian Hansel (AfD): Vielen Dank Frau Vorsitzende! Ich rege an, dass wir zu diesem Tagesordnungspunkt auch ein Wortprotokoll anfertigen lassen.

Vorsitzende Silke Gebel: Eine Beantragung im Nachhinein ist eher unüblich, wird mir zugehört. Das heißt, es muss das Einvernehmen hergestellt werden. Widerspricht jemand? – Das ist nicht der Fall. Dann machen wir das jetzt. Ich bitte aber trotzdem darum, dass beim nächsten Mal ein Wortprotokoll im Vorhinein beantragt wird. Das ist ansonsten schwierig für die Menschen, die das umsetzen müssen. – Dann kommen wir jetzt zum Senat.

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielleicht eine Vorbemerkung: Ziel einer Reform kann ja nicht sein, dass sich gar nichts ändert, sondern das Ziel einer Reform ist, dass man am Ende mit besseren, leistungsfähigeren, qualitativ höherwertigen Versorgungsstrukturen herauskommt als man sie vorher hatte. Vielleicht dazu auch: Es ist eine Finanzierungs- und keine Strukturreform, weil tatsächlich zwar durch die Finanzierung bestimmte Impulse gegeben werden, aber die Krankenhausplanung bleibt bei den Ländern. Da sind wir auch einheitlich relativ hart.

Vorhaltepauschalen sind Bestandteil der Verabredung, ganz klar. Dass 50 Prozent der Berliner Häuser geschossen werden müssten, ist wirklich – darf ich das hier sagen? – grober Unfug. Das kann man mit Sicherheit sagen. Denn es ist völlig richtig, was Silke Gebel sagt: Wir haben im Vergleich der Bundesländer in Berlin keine so hohe Überversorgung mit Betten, dass man jetzt sagen könnte, da muss abgebaut werden. Wir haben eine gute Krankenhausplanung, die auch noch nicht sehr alt ist, die mit Brandenburg in einem guten Prozess erarbeitet worden ist. Wir haben natürlich auch Herausforderungen aufgrund von Bevölkerungswachstum, aber Bettenabbau ist nicht unser Thema. Selbstverständlich wäre es volkswirtschaftlicher Unfug, funktionierende Strukturen irgendwo abzureißen und 5 Kilometer weiter neu aufzubauen, weil man die Zahl der Häuser reduzieren will. Das ist nicht das Thema einer Metropole. Diese Abstandskriterien, die da ursprünglich einmal in irgendwelchen Planungen standen, 30 Kilometer Abstand zwischen den Häusern, ist in einem Metropolenraum nicht angemessen, und die sind auch raus. Darum geht es absolut nicht. Selbstverständlich ist zumindest von meiner Seite das Bekenntnis zur Trägerpluralität vorhanden. Wir haben in Berlin einen Mix aus einem hohen Anteil öffentlicher Häuser, freigemeinnützigen und wenigen börsennotierten Unternehmen. Insofern ist auch das ein guter Mix, mit dem wir weiterhin vernünftig arbeiten wollen.

Bei den Investitionen, es wurde gesagt, wir hätten nicht 100 Prozent gezahlt, lautet die Frage, was sind eigentlich 100 Prozent. Heute waren wieder in der Presse Pauschalen, die völlig unberücksichtigt lassen, wie durchsaniert eigentlich ein Bestand in den Ländern ist. Dass hier aber sämtliche Länder unterhalb dessen geblieben sind, was nötig wäre, das ist völlig klar. Wir bemühen uns als Land Berlin seit Jahren darum, besser zu werden und das im Rahmen unserer haushälterischen Möglichkeiten auch zu erreichen.

Tobias Schulze hat darauf hingewiesen, dass das Problem der Ambulantisierung – Sie sprachen von einem Webfehler der Reform – ein Webfehler sei. Ich würde es nicht als „Webfehler“ bezeichnen, aber es ist klar, dass durch die zwei Sektoren und durch die starke Versäulung des Systems, das haben wir auch in der Anhörung gehört, diese Verzahnung, dieses Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung, eine Baustelle ist, die in weiteren Reformschritten durchdekliniert werden muss, damit wir diese Versorgung, das, was im Rahmen der Reform jetzt unter Level I i firmiert, wie man es auch immer nennt, das sollen ja nicht Häuser sein, die eine schlechte Qualität bieten, sondern Häuser, die für ihre Aufgaben auch eine exzellente Qualität anbieten, dafür brauchen wir weitere Schritte, die diese Ambulantisierung und die Verzahnung der Sektoren möglich machen.

Ich möchte gern die Vorsitzende um Erlaubnis bitten, dass Helge Franz, der Referatsleiter, der für die Krankenhausfinanzierung zuständig ist und sich in den Details besser auskennt als das bei mir nach nur wenigen Wochen der Fall ist, ergänzen darf.

Vorsitzende Silke Gebel: Gerne!

Helge Franz (SenWGP): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende! – Jetzt muss ich mich kurz sammeln, um zu schauen, was meine Senatorin bereits gesagt hat und was noch gesagt werden sollte. Ich fange mit den Fakten an, auf die ich mich zurückziehe, das Papier vom 6. Dezember 2022, weil ich dann nicht Gefahr laufe, Interna aus den Sitzungen auszuplaudern.

Die Exegese des Reformpapiers konnte jeder vornehmen, jeder konnte hineinschauen, was dort steht. Es ist grob in drei verschiedene Blöcke geteilt. Wir haben Versorgungsstufen, Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierungen. Das sind alles Punkte, die Sie in irgendeiner Form hier schon angesprochen haben und die ich jetzt noch einmal kurz zusammenfassend beleuchte, vor allen Dingen im Hinblick auf Berlin.

Ich fange einmal nicht klassisch an, wie das der Bund immer wollte, bei den Versorgungsstufen, sondern ich fange beim Kernbereich an, das sind die Leistungsgruppen. Die Leistungsgruppen sind das, was wir eigentlich „Versorgungsauftrag“ nennen. Das bringt uns schon in erste Schwierigkeiten, denn der Versorgungsauftrag ist eigentlich ureigenste Aufgabe des jeweiligen Landes, das ist Kern jeder Krankenhausplanung. Das ist nichts anderes als das, was wir jetzt auch machen, nur eben nicht mehr nach Fachgebieten der Weiterbildungsordnung, sondern nach Einteilung in Leistungsgruppen. Das ist ein bisschen verkleinert, ein bisschen spezieller und auch ein bisschen trennschärfer und auch ganz spannend von der Idee her, aber es ist erst einmal ein Planungsinstrument. Dieses Instrument wird aber an Rang 2 erst genommen, hinter den Versorgungsstufen.

Jetzt komme ich zum nächsten Problem: Wenn ich das Planungsinstrument Leistungsgruppen habe, dann muss ich die Einzelleistungen auch auf der Ebene der Leistungsgruppen definieren und evaluieren. Das heißt, sämtliche Fragen zur Qualität, zur Abgrenzung, spielen sich auf der Ebene der Leistungsgruppen ab. Deswegen haben wir relativ früh gesagt: Wenn wir die Qualität über die Leistungsgruppen steuern können, wenn wir durch Abgrenzung der Leistungsgruppen durch Zuordnung verschiedener Leistungsgruppen, immer in diesem Gedankenkonstrukt gedacht, uns vorstellen, was passiert, dann passieren Dinge wie, dass es Leistungsgruppen gibt, die andere Leistungsgruppen bedingen und es gibt Leistungsgruppen, die werden für einige Versorgungen nicht benötigt, und damit kann man auch steuern. Wofür sind dann eigentlich die Versorgungsstufen? – Diese Frage kann mir bis heute niemand beantworten, aber sie stehen im Konzept. Deswegen haben wir auch umgekehrt angefangen. Jetzt sind wir da drin. Die Länder haben sich eindeutig positioniert. Versorgungsstufen braucht es nicht, weil das über die Leistungsgruppen vernünftig abzubilden ist. Das ist der wesentliche Aspekt, mit dem ich anfangen wollte. Deswegen ist das Thema Level für die Länder im Grunde eindeutig nicht notwendig. Wir schauen immer noch ein bisschen, warum der Bund daran festhält. Aber das ist die Exegese des Anfangspapiers. Ich will nicht die interne Diskussion mit dem Bund wiedergeben. Die 17 Runden waren schon relativ heftig.

Vorhaltevergütung leitet sich davon unmittelbar ab. Ich habe gehört: Ja, aber wir haben ja immer noch 40 Prozent der Fälle, müssen also noch über Fälle abgebildet werden. – Das ist korrekt. Das Problem bei der Situation ist: Wenn Sie 100 Prozent über Vorhaltung abbilden, ist der Anreiz, den Patienten zu behandeln, nicht mehr vorhanden. Das ist der wesentliche Aspekt. Wenn das Haus dafür 100 Prozent Vorhaltung bekommt, dass es keinen Patienten behandelt, dann kann es durchaus lukrativer sein, den Patienten nicht zu behandeln als ihn zu behandeln. Wir müssen aber sicherstellen, dass die Patienten behandelt werden. Deswegen kann nicht die komplette Vergütung im Rahmen einer Vorhaltevergütung stattfinden. Ob das jetzt 70, 80, 20 oder 50 Prozent sind, ist erst einmal ziemlich egal. Prof. Lauterbach hat öffentlich gesagt, am Liebsten seien ihm 60 Prozent. Das muss man sich genau anschauen, was dann das Sinnvollste ist. Aber das ist der wesentliche Aspekt. Wir brauchen auf jeden Fall noch einen Teil der Vergütung im Rahmen einer – ja, da sind wir momentan im System immer

noch bei den Fallpauschalen. Das heißt, wir sind eigentlich immer noch im Fallpauschalensystem.

Wer sich das Papier genau anschaut, sieht, je weiter man liest, umso unschärfer werden einige Punkte. Man hat sich am Anfang sehr viele Gedanken darüber gemacht, wie das Ganze in der Grundstruktur aussehen soll, wie das Ganze ausfinanziert werden soll, ist nicht ganz so eindeutig geregelt und bringt uns jetzt im Laufe der weiteren Gespräche einfach in Schwierigkeiten, weil wir gucken müssen, wie es läuft. Trotzdem kommen wir nach anfänglichen Schwierigkeiten und sperrigen Verhandlungsführungen langsam in vernünftige Situationen, um auch Dinge vernünftig zu diskutieren.

Wir sind drittschlechtestes Land, könnte man sagen, es ist aber ein Vorteil für uns, bei der Frage, wie viel Krankenhausbetten pro Einwohner vorhanden sind. Das ist super, weil dadurch die Belegungsquoten in den Häusern besonders hoch waren. Das heißt, unsere Flurbereinigung in den Neunzigerjahren hat hier funktioniert. Deswegen sind wir momentan auch überhaupt nicht in der Lage, hinzugehen und zu sagen: Dann machen wir eben noch mal von unseren 60 Krankenhäusern, oder 50 Krankenhäusern bei 61 Standorten, die Hälfte zu. Das geht nicht. Wir brauchen die Betten. Wir sind übrigens das einzige Land, das in seinem Krankenhausplan schon seit zehn Jahren, seit dem Krankenhausplan 2010, 2016, ich bin nicht ganz sicher, vielleicht auch erst seit 2016, unseren Häusern 5 Prozent Abzug bei der Bedarfsermittlung aufgrund von Ambulantisierungspotenzialen aufzwingt. Da knurrt die Krankenhausgesellschaft immer ein bisschen, aber wir haben es immer akzeptiert. Das heißt, wir haben sogar einen Faktor für Ambulantisierung schon drin, das hat bisher kein anderes Land. Das wird sicherlich nicht ausreichen und es gibt bestimmt noch mehr Ambulantisierungspotenzial. Da muss man tatsächlich gucken, wie Tobias Schulze es gesagt hat, wo das dann geschieht. Ich glaube, dass das ein Stück weit in Krankenhäusern passieren muss, aber dafür haben wir parallel die vierte Empfehlung der Regierungskommission zur Notfallversorgung, die, Stand heute, wenn man beide Papiere nebeneinanderlegt, noch nicht miteinander kompatibel sind. Da müssen wir immer ganz genau gucken, wie es am Ende hinten rauskommt. Aber Fakt ist, wir sollen jetzt bis zum Sommer Eckpunkte erstellen.

Dann müssen wir uns auf drei Dinge einigen: Wir müssen uns darauf einigen, wie die Leistungsgruppen erstellt werden sollen und wie sie auszusehen haben und – Untereinigung a – wie viele es dann davon gibt. Wir müssen uns darauf einigen, ob es Versorgungstufen gibt oder nicht. Da ist jetzt langsam aufgrund von Presseveröffentlichungen durch den Bund einiges erkennbar. Schließlich müssen wir über die Vorhaltevergütung, die Art und Weise, übereinkommen. Dazu, kann ich Ihnen sagen, gibt es noch überhaupt kein Beratungs- oder Verhandlungsergebnis, weil es da noch keine abschließende Entscheidung gibt, wie das Ganze laufen soll. – Jetzt habe ich sicherlich etwas vergessen, aber es gibt bestimmt Nachfragen. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Sie haben nichts zu meinen Fragen hinsichtlich der Abstimmung mit Brandenburg gesagt. – Es hat sich Herr Ubbelohde gemeldet – bitte!

Carsten Ubbelohde (AfD): Erst einmal vielen Dank der Gesundheitssenatorin für die klaren Worte. Ich begrüße das und finde es gut, dass Sie hier Zahlen, die u. a. vor einigen Wochen in der „Wirtschaftswoche“ kursierten, bei denen es um kranke Häuser ging, richtiggestellt und Ihre eigenen Ansichten unterstrichen haben.

Was die Krankenhausfinanzierung anbelangt, wäre es durchaus sinnvoll, eine von uns als AfD-Fraktion eingebrachte Initiative von Individualbudgets anzudenken, die den Case-Mix oder bisherige Schwerpunkte des Krankenhauses, Leistungsfähigkeit, Vorhalteleistungen, bisherige Behandlungsschwerpunkte, berücksichtigt, um eine Alternative aufzuzeigen. Ich fände es schön, wenn wir dieses Thema in naher Zukunft auf dem Fuß behalten, um zu gucken, wie sich das entwickelt. Das Thema Krankenhäuser in dieser Stadt ist wichtig, nicht nur, weil da sehr viele Menschen arbeiten und sich engagieren und durchaus auch ein Stück weit verunsichert sind aufgrund der Zahlen, die, wie in diesem Fall, auch mal falsch sein können. Insofern freue ich mich über die Richtigstellung – und bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

Vorsitzende Silke Gebel: Frau Pieroth!

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Vielen Dank, Herr Franz, Herr Rothenpieler, Frau Senatorin! – Ich rege an, dass wir diese Reform in einem Bundesland, das in einem Flächenland liegt und beide Länder keinen gemeinsamen Krankenhausplan haben, wirklich dafür nutzen – [Zuruf] – Nein, wir haben keinen wirklichen gemeinsamen Krankenhausplan. Das wird in zwei Regionen gerechnet. –, die Bemühungen, die auch in Brandenburg schon lange stattfinden, im ganz engen Austausch zu nutzen. Gerade die Kriterien, die für einen Ballungsraum leider fast gleich sind wie für ein Flächenland, dann entsprechend anzupassen. Das also wirklich von Anfang an sehr im Auge zu haben.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Jetzt habe ich keine weiteren Wortmeldungen von Abgeordneten. Deshalb erteile ich jetzt dem Senat das Wort. – Frau Czyborra!

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP): Wer mich eine Weile kennt, weiß, dass mir die gute Zusammenarbeit zwischen Berlin und Brandenburg ein großes Anliegen ist, in jeglicher Hinsicht und natürlich auch ganz besonders im Gesundheitswesen. Wir sind da auch im Kontakt, der noch weiter intensiviert werden wird. Aber es gibt hier durchaus ein gemeinsames Verständnis und Vorgehen mit der Kollegin Ursula Nonnemacher. Wir werden das weiter verfolgen.

Vorsitzende Silke Gebel: Okay! Ich habe keine weiteren Wortmeldungen. Die Besprechung wäre damit eigentlich abgeschlossen, aber das Thema wird uns weiter begleiten. Deshalb frage ich, wie wir damit weiter verfahren wollen. – [Zuruf: Vertagen!] – Ich habe den Antrag auf Vertagung gehört. Wer stimmt dem Antrag auf Vertagung zu? – Das sind die CDU, die SPD, die Grünen und Die Linke. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Die AfD enthält sich. Damit wird der Besprechungspunkt vertagt. – Vielen Dank!

Punkt 5 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.