

Antrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Filiz Polat, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Christian Kühn (Tübingen), Corinna Rüffer, Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Luise Amtsberg, Lisa Badum, Katharina Dröge, Matthias Gastel, Anja Hajduk, Britta Haßelmann, Sven-Christian Kindler, Renate Künast, Sven Lehmann, Steffi Lemke, Dr. Irene Mihalic, Beate Müller-Gemmeke, Dr. Konstantin von Notz, Tabea Rößner, Stefan Schmidt, Gerhard Zickenheiner und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen sicherstellen – Rechte marginalisierter Gruppen in Zeiten der COVID-19-Pandemie nachhaltig stärken

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht. Dennoch sind zahlreiche Menschen in Deutschland auf Grund rechtlicher und praktischer Hürden von einer angemessenen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen oder haben nur einen sehr begrenzten Zugang. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Regierungen am 4. April aufgefordert, Menschen ohne Krankenversicherung den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Die derzeitige Pandemie verstärkt die Probleme und Ungleichbehandlung im Gesundheitssystem, gerade für besonders vulnerable Personengruppen. Schon zur Vermeidung der Weiterverbreitung von COVID-19 und zur Verhinderung einer erneuten Verschärfung der pandemischen Lage ist es dringend geboten, dass alle in Deutschland lebenden Menschen ärztliche Hilfe aufsuchen können. Gesundheitsversorgung muss – auch und vor allem in Corona-Zeiten – nach Ansicht der antragstellenden Fraktion für alle gewährleistet sein, unabhängig davon, welchen Aufenthaltsstatus sie haben oder ob sie derzeit über eine Krankenversicherung verfügen oder nicht. Grundsätzlich haben alle Menschen in Deutschland ein Anrecht auf Zugang zum Gesundheitssystem. Rechtlich und in der Praxis gibt es aber Einschränkungen und Umstände, die diesen Zugang für bestimmte Gruppen erschweren. Zu diesen Gruppen gehören insbesondere Menschen ohne Papiere, Menschen ohne Wohnsitz, Menschen ohne Krankenversicherungsschutz oder Menschen, die durch Beitragsschulden nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch haben, Menschen die

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

einen sozialversicherungsrechtlichen Anspruch haben, diesen aber aus strukturellen oder lebenslagebedingten Gründen nicht geltend machen können und bisher auf ehrenamtliches Engagement angewiesen sind, EU-Bürgerinnen und Bürger ohne Freizügigkeitsrecht sowie Menschen, die nur eingeschränkte Gesundheitsversorgung über Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten. Die Bundesregierung muss sich gemeinsam mit den Ländern dafür einsetzen, dass diese Gruppen einen erleichterten Zugang zum Gesundheitssystem erhalten u.a. ohne rechtliche Konsequenzen fürchten zu müssen. Die Kostenübernahme für Testungen und Behandlungen von COVID-19 müssen auch ohne Versicherungsschutz gewährleistet werden.

II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

1. die Kostenübernahme für die Testung und Behandlung von COVID-19 für alle Menschen ohne Krankenversicherung - bei Bedarf auch anonym - sowie eindeutige Informationen darüber an alle testenden und behandelnden Einrichtungen sowie an die Personengruppen sicherzustellen;
2. für alle EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die sich in Deutschland aufhalten, den Ausschluss aus dem Gesundheits- und Sozialleistungssystem zu beenden. Laufende Sozialleistungen für nicht erwerbstätige EU-Bürgerinnen und EU-Bürger dürfen nicht eingestellt werden, wenn der Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmer-Status bei Unionsbürgerinnen und -bürgern entfällt. Auch bei Neu- oder Erstbeantragungen müssen zumindest vorläufige Leistungen unbürokratisch und schnellstmöglich gewährt werden. Behördliche Übermittlungspflichten sind für die Dauer der Pandemie auszusetzen.
3. dafür Sorge zu tragen, dass alle in Deutschland lebenden Menschen – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus – Zugang zu Corona-Tests haben und ärztliche Hilfe aufsuchen können, ohne Gefahr zu laufen, dass ihre persönlichen Daten an Polizei oder Ausländerbehörden weitergegeben werden (z.B. durch temporäre Aussetzung der Mitteilungs- und Unterrichtungspflichten gemäß § 87 AufenthG). Um schnelle Hilfe sicherzustellen soll zudem, mit Unterstützung durch den Bund, ein anonymer Krankenschein eingeführt und dieser über Beratungsorganisationen unbürokratisch an Betroffene verteilt werden;
4. bundesweit allen Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz einen Anspruch auf die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung einzuräumen. Angehörige von Risikogruppen und Geflüchtete mit Behinderungen müssen alle notwendigen Unterstützungs- und Hilfsleistungen erhalten. Es muss eine umgehende Verteilung von Geflüchteten aus den Erstaufnahmeeinrichtungen in die Kommunen erfolgen, insbesondere Risikogruppen und schutzbedürftigen Geflüchtete müssen eilig dezentral untergebracht werden;
5. eine durch den Bund koordinierte Zusammenarbeit von Bund, Ländern, Kommunen und sozialen Trägern zu organisieren, um eine flächendeckende temporäre Einzelunterbringung von wohnungslosen Menschen in Hotels, Pensionen oder Jugendherbergen zu gewährleisten, sowie im Falle einer Infektion mit COVID-19 Quarantänräume zur Verfügung zu stellen und darauf hinzuwirken, dass Einrichtungen, wie die Wohnungs-

- losenhilfe und Suchthilfe mit der notwendigen Schutzausrüstung ausgestattet werden, um Untergebrachte sowie Personal bestmöglich vor einer Infektion mit COVID-19 zu schützen;
6. darauf hinzuwirken, dass Notunterkünfte und Drogenkonsumräume möglichst ganztägig öffnen, oder andere Angebote geschaffen werden, um weitere Aufenthaltsmöglichkeiten sowie Zugang zu Sanitäreinrichtungen während des Tages zu ermöglichen;
 7. Im Zusammenwirken mit den Ländern dafür Sorge zu tragen, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Drogenhilfe und aller ehrenamtlicher Organisationen, die den (anonymen) Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für die hier genannten Personengruppen ermöglichen, als systemrelevant einzustufen und regelmäßig zu überprüfen, ob durch die bislang beschlossenen finanziellen Hilfen der Fortbestand dieser Einrichtungen gesichert ist;
 8. ein laufendes Monitoring einzuführen, um überprüfen zu können, ob die Regelungen zum erleichterten Zugang zur Substitutionstherapie für Menschen mit einer Opioidabhängigkeit sowie die Ausweitung der Take-Home-Mitgabe durch substituierende Ärztinnen und Ärzten ausreichend sind oder bei Bedarf ausgeweitet werden müssen;
 9. zum Schutz vor dem Wohnungsverlust darauf hinzuwirken, dass Zwangsräumungen vorübergehend ausgesetzt werden sowie die behördliche Mietschuldenübernahme konsequent umgesetzt wird.

Berlin, den 26. Mai 2020

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Zu 1. Für Menschen ohne Krankenversicherung ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung massiv erschwert. Doch gerade in den Zeiten der COVID-19-Pandemie und dem Versuch der Eindämmung darf ein fehlender Krankenversicherungsschutz nicht dazu führen, dass Testungen und Behandlungen ausbleiben, weil Menschen sich aufgrund des fehlenden Versicherungsstatus nicht trauen oder sich gar schämen, Gesundheitseinrichtungen aufzusuchen. Trotz des sog. „Beitragsschuldengesetzes“ und weiterer Nachbesserungen gehen Schätzungen nach wie vor von mind. 80.000 Menschen in Deutschland aus, die ohne Krankenversicherungsschutz sind. Dazu kommen diejenigen Menschen, die zwar versichert sind, ihre Beitragsschulden jedoch nicht beglichen haben und nur einen sehr eingeschränkten Leistungsanspruch haben. Seit dem Versichertenentlastungsgesetz greift zudem die obligatorische Anschlussversicherung zum Erhalt des Versicherungsschutzes nach dem Ende einer Pflicht- oder Familienversicherung nicht mehr, wenn die Krankenkasse innerhalb eines halben Jahres weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln kann. Es ist durchaus möglich, dass gerade bei wohnungslosen Menschen der gewöhnliche Aufenthalt durch die Krankenkassen nicht feststellbar ist, obwohl sie sich in Deutschland aufhalten. Auch EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die zeitweise als SaisonarbeiterInnen tätig waren und, wenn sie sich nicht rechtzeitig bei den Behörden gemeldet haben aus der obligatorischen Anschlussversicherung fallen, sind von der Krankheitsversorgung ausgeschlossen. Für diese Personengruppen muss die Kostenübernahme für Testungen und Behandlungen sichergestellt werden.

Zu 2. Mit einer Gesetzesänderung 2016 wurde der Zugang zu Sozialleistungen für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger in Deutschland stark beschnitten. Die geänderte Gesetzeslage ist wesentlich mitverantwortlich für die

prekäre Situation von unzähligen Personen, die nun von der Versorgung abgeschnitten sind. EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die zu kurz oder bisher gar nicht gearbeitet haben und sich dennoch in Deutschland aufhalten, sind von Sozialleistungen weitestgehend ausgeschlossen, so dass folglich oftmals auch kein ausreichender Krankenversicherungsschutz besteht. Erst nach fünf Jahren in Deutschland erhalten sie ein Daueraufenthaltsrecht und demnach gleiche Leistungen wie Deutsche Staatsbürgerinnen und -bürger im jeweiligen Leistungssystem. Diese Personengruppe, gerade wenn sie von Obdachlosigkeit betroffen sind, unterliegen aufgrund ihrer extrem prekären Lebenssituation einem erhöhten Infektionsrisiko. Für sie muss deshalb das menschenwürdige Existenzminimum sichergestellt werden. Auch die Unterbringung in Wohnungsloseneinrichtungen wird oft an den Sozialleistungsanspruch geknüpft, so dass sie oft von Obdachlosigkeit bedroht sind. Für alle EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die sich in Deutschland aufhalten, muss der Ausschluss aus dem Gesundheits- und Sozialleistungssystem beendet werden. Zudem dürfen laufende Sozialleistungen für nicht erwerbstätige EU-Bürgerinnen und -bürger nicht eingestellt werden, wenn der Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer-Status bei Unionsbürgerinnen und -bürgern entfällt. Auch bei Neu- oder Erstbeantragungen müssen zumindest vorläufige Leistungen unbürokratisch und schnellstmöglich gewährt werden. So sollte bspw. die Erbringung von Überbrückungsleistungen nicht von der Erklärung eines „Ausreisewillens“ abhängig gemacht werden.

Zu 3. Allen Menschen in Deutschland muss eine anonyme und unbürokratische Behandlung ermöglicht werden. Mit dieser Forderung haben sich bereits am 13.04.2020 ein bundesweiter Verbund von Medibüros und Medinetzen u.a. an den Bundesgesundheitsminister Spahn gewendet (https://medibuero.de/wp-content/uploads/sites/10/2017/05/2020-04-13-Offener_Brief_Medibueros_CORONA.pdf). Menschen, die keinen Asylantrag gestellt haben, sondern aus unterschiedlichen Gründen in Deutschland ohne Aufenthaltsgenehmigung leben, können aus Sorge vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen häufig nicht ihr Recht auf Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen. Durch die Mitteilungs- und Unterrichtungspflichten sind öffentliche Stellen gemäß § 87 Aufenthaltsgesetz verpflichtet, Informationen über Menschen ohne Papiere an die Ausländerbehörden weiterzugeben. Auch die Weitergabe von Informationen zu von COVID-19-Betroffenen, in einigen Bundesländern durch die Gesundheitsämter an die Polizei, stellt ein zusätzliches Hemmnis dar. Das hält die Betroffenen häufig davon ab, ärztliche Hilfe aufzusuchen. Eine Ausnahme davon gilt bisher nur im eng umgrenzten Fall eines unabwiesbaren Notfalles in einem Krankenhaus, in welchem die Betroffenen durch den sogenannten verlängerten Geheimnisschutz vor der Weitergabe ihrer personenbezogenen Daten geschützt sind. Auf eine so eng umgrenzte, und im Zweifel auslegungsbedürftige, Ausnahme können wir jedoch nicht den wirksamen Schutz von Gesundheit und Leben der oder des Einzelnen sowie vor einer Verbreitung der Corona-Pandemie stützen. Um eine Verbreitung des Virus einzudämmen und Infektionswege zu reduzieren, ist es notwendig, dass diese Mitteilungs- und Unterrichtungspflichten ausgesetzt werden. In einigen Bundesländern haben sich zur akuten Versorgung von Menschen ohne Papiere „anonymisierte Krankenscheine“ etabliert. Auf diese positiven Erfahrungen könnte zur ersten Abhilfe aufgebaut werden. Der Bund muss zudem die dafür notwendigen Mittel bereitstellen. Darüber hinaus müssen auch für sie zumindest vorläufige Sozialleistungen unbürokratisch und schnellstmöglich gewährt werden. Gerade zu Zeiten der Pandemie soll sie nicht von dem „Ausreisewillen“ abhängig gemacht werden. Damit dieses Angebot Wirkung entfalten kann, muss es durch verstärkte Information und Aufklärung begleitet werden.

Zu 4. In den ersten 18 Monaten nach Ankunft in Deutschland, aber in bestimmten Fällen auch darüber hinaus, haben Geflüchtete nur einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen und der Anspruch ist in der Regel auf die Behandlung akuter Erkrankungen und akuter Schmerzzustände beschränkt (§§ 4 AsylbLG). Leistungen die zur Sicherung der Gesundheit darüber hinaus „unerlässlich“ sind, müssen im Einzelfall beantragt werden (§ 6 AsylbLG). In viele Fällen bestehen für Geflüchtete, deren Asylantrag abgelehnt wurde, noch mehr Ausschlüsse aus der Gesundheitsversorgung (§ 1 Absatz 1 Nummer 5 i. V. m. §§ 1a und 4 AsylbLG), so dass sie rein auf die Notfallversorgung verwiesen werden. Da eine geplante medizinische Versorgung nach dem AsylbLG von dem Leistungsberechtigten in manchen Bundesländern nach wie vor vorher bei der zuständigen Leistungsbehörde beantragt werden muss, ist in vielen Fällen eine ausreichende Gesundheitsversorgung nicht gewährleistet. Aus Infektionsschutzgründen stellt sich auch die zwangsweise Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften (insbesondere in Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) und sogenannten „Ankerzentren“) als besonders problematisch dar. Zwar gelten auch für EAE und Gemeinschaftsunterkünfte die strengen Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes, die geltenden Hygienepläne und Kontrollen können aber nur bedingt das Risiko minimieren. Wenn sich Menschen weiterhin Mehrbettzimmer und Sanitäreinrichtungen teilen oder in Großkantinen essen müssen, können die strikten Kontakt- und Abstandsgebote nicht wirken. Daher ist dringend eine Entzerrung der Situation aus den EAE notwendig, durch eine möglichst schnelle Verteilung in die kommunale Unterbringung. Diese sollte nach Möglichkeit in Form von eigenen Wohnungen oder anderen den RKI-Richtlinien zum Infektionsschutz gerecht werdenden

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Unterbringungsmöglichkeiten, unter gleichzeitiger Gewährleistung von sozialpädagogischer Betreuung, erfolgen. Allerdings wurde dies, zuletzt durch das „Zweite Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht“ (Geordnete-Rückkehr-Gesetz), mit seinen verbindlichen Regelungen zur Verlängerung der Verpflichtung, in der EAE zu wohnen, erschwert. Auch bei Quarantäne- und Absonderungsanordnungen ist auf eine angemessene Unterbringung mit angemessenem Zugang zu Gesundheitsversorgung zu achten. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Geflüchteten aus den Risikogruppen sowie Menschen mit Behinderung. Es fehlen hier spezifische Hilfs- und Informationsangebote. Dazu gehören auch barrierefreie Unterkünfte und Beratungsangebote. Die Einschränkung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung aus migrationspolitischen Gründen muss beendet werden.

Zu 5. Nach Schätzung der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) waren im Jahr 2018 in Deutschland 678.000 Menschen wohnungslos. Davon leben ca. 41.000 Menschen im Laufe eines Jahres ohne jede Unterkunft auf der Straße, in den Städten sogar bis zu 50 Prozent. 17 Prozent aller Wohnungslosen kommen aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (ca. 40.000 Menschen). Die Anzahl der wohnungslosen anerkannten Geflüchteten wird von der BAG W sogar auf ca. 441.000 Menschen geschätzt. Hier gibt es grundsätzlich die gleichen Probleme, wie bei anderen Menschen ohne Krankenversicherung. Allerdings kommt erschwerend hinzu, dass sie in der Regel von den üblichen Hilfesystemen, wie der Sozialhilfe, gar nicht erreicht werden können, so dass für sie die Quasi-Krankenversicherung in der Praxis keine echte Option wäre. Zudem haben viele Menschen ohne Wohnsitz Abhängigkeitserkrankungen. Von der Corona-Krise sind Menschen auf der Straße daher noch einmal stärker betroffen, als die Gesamtbevölkerung. Die Versorgung von Menschen in Wohnungsnot ist derzeit in weiten Teilen zum Erliegen gekommen. Während viele schon nicht ausreichend durch Informationen erreicht werden, schrecken diejenigen mit Krankheitssymptomen davor zurück, sich untersuchen und behandeln lassen, weil sie nicht krankenversichert sind oder ausländerrechtliche Konsequenzen fürchten. Eine häusliche Quarantäne, wie sie derzeit von allen mit COVID-19-Symptomen verlangt wird, ist für Menschen in Wohnungsnot nahezu unmöglich. In vielen Kommunen gibt es laut einer Umfrage der BAG Wohnungslosenhilfe zufolge bisher noch zu wenige Vorkehrungen, um für wohnungslose Menschen Quarantänemöglichkeiten vorzuhalten. Die Ausweitung von Unterbringungsmöglichkeiten hat zwar teilweise begonnen, so meldete beispielsweise Berlin die kurzfristige Einrichtung von zwei Standorten zur Überlebenssicherung sowie die Einrichtung einer ersten Quarantäne-Station (<https://www.morgenpost.de/berlin/article229114567/Erste-Quarantaene-Station-fuer-Obdachlose-eroeffnet.htm>) und Hamburg hat die Standorte des Winternotprogramms nun bis Ende Juli geöffnet (<https://www.foerdernundwohnen.de/unterkuenfte/uebernachtung/notprogramm/>), eine flächendeckende Ausweitung der Unterbringungsmöglichkeiten gibt es aber, wie die systematische Umfrage der BAG Wohnungslosenhilfe zeigt (https://www.bagw.de/media/doc/DOK_20_R%C3%BCckmeldungen_28_April.pdf), nicht.

Durch die Bereitstellung von Hotels, Pensionen oder Jugendherbergen soll hier schnelle Abhilfe geschaffen werden sowie die Belegungsdichte in den Unterkünften reduziert werden. Bestenfalls sollte es einen Anspruch auf Einzelunterbringung geben, sowie – im Falle einer Infektion mit COVID-19 – die Bereitstellung von Quarantänerräumen. Viele Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und der Drogenhilfe mussten mit Beginn der Krise schließen, weil sich viele der dort ehrenamtlich Tätigen in häusliche Quarantäne begeben mussten oder zu einer Risikogruppe zählen. Zudem fehlt häufig Schutzausrüstung, wie Masken oder Desinfektionsmittel. Es ist deshalb unbedingt erforderlich, dass Einrichtungen mit der notwendigen Schutzausrüstung ausgestattet werden.

Zu 6. Während der Corona-Krise muss der Kontakt zu anderen Menschen grundsätzlich möglichst gering gehalten werden, um eine Infektion bzw. eine Ansteckung mit COVID-19 zu vermeiden. Das gilt für Schutzsuchende und Helferinnen und Helfer gleichermaßen. Es braucht zusätzliche Schutzräume, um sich selbst und damit auch alle besser zu schützen. Um möglichst viel Schutzraum zu generieren, sollten daher Notunterkünfte ganztätig öffnen oder andere Angebote geschaffen werden, um weitere Aufenthaltsmöglichkeiten bereitzustellen. Der Zugang zu Sanitäranlagen während des Tages ist derzeit besonders wichtig, deshalb ist es dringend geboten, dass Schutzsuchende die Möglichkeit haben, notwendige Hygienemaßnahmen vorzunehmen. Drogenabhängige sind dabei mehrfach belastet. Die unsichere und beängstigende Situation kann den Suchtdruck, das Craving, verstärken. Aufenthaltsmöglichkeiten und Tätigkeiten wie Flaschensammeln, das Verkaufen von Straßenzeitungen oder betteln, brechen, stärker noch als reguläre berufliche Tätigkeiten, weg. Es liegen keine gesicherten Kenntnisse darüber vor, wie sich die Pandemie bzw. die Maßnahmen zu ihrer Eindämmung auf den illegalen Drogenmarkt auswirken. Es ist nicht auszuschließen, dass Abhängige bei geringerem Angebot auf zunehmend gestreckte und verunreinigte Substanzen zurückgreifen müssen. Mehr denn je benötigen Betroffene Zugänge zu schadensminimierenden Angeboten wie Drogenkonsumräumen, wo im Notfall Hilfe geleistet werden kann.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu 7. Das Wort "systemrelevant" bestimmt im aktuellen Zusammenhang, welche Berufe als grundsätzlich unverzichtbar für das Gemeinwesen gelten. Es werden also Personengruppen definiert, die beruflich in sogenannten „Kritischen Infrastrukturen“ tätig sind. Die Liste der systemrelevanten Berufe und Berufsgruppen wird von den Bundesländern geführt und kann variieren. Die Zuordnung zur den „systemrelevanten“ Berufen ist derzeit u.a. entscheidend für die vorrangige Versorgung mit Schutzausrüstung oder für die Zurverfügungstellung einer Möglichkeit der „Kindernotbetreuung“. Bislang sind nur in wenigen Bundesländern und Kommunen die Hilfen der Wohnungslosenhilfe als „systemrelevant“ der „kritischen Infrastruktur“ zugeordnet. Für diese Einrichtungen braucht es jedoch schnellstmöglich eine flächendeckende Kategorisierung als systemrelevant. Die Finanzierung der Einrichtungen, die sich um die Versorgung der besonders schutzbedürftigen Menschen kümmern, wie die Wohnungslosenhilfe oder die Drogenhilfe, muss zudem sichergestellt werden und es muss fortlaufend, im Einklang mit den jeweils beschlossenen Lockerungen oder Verschärfungen der Schutzmaßnahmen gegen die Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus, beurteilt werden, ob die im Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) getroffenen Maßnahmen ausreichend sind, um den Bestand zu sichern. Denn in der Krise sind viele Menschen auf diese Hilfe angewiesen und Suchtproblematiken verstärken sich unter den Bedingungen der Pandemie einerseits in Bezug auf illegale Drogen, aber auch im Bereich legaler Substanzen, wie z. B. Alkohol. Die kommunale Drogenhilfe bietet Informationen, Unterstützung und schadensminimierende Angebote. Obwohl der Bedarf nach Hilfe und Beratung zunimmt, wird das Angebot knapper, u. a. weil es nicht vollständig im persönlichen Kontakt stattfinden kann. Für die Wohnungslosenhilfe entstehen erheblich Mehrkosten für krisenbedingte Mehraufwendungen, die für die basale Versorgung von obdachlosen Menschen, zum Beispiel durch Mahlzeiten, Kleidung, Hygieneartikel etc., benötigt werden. Bund, Länder und Kommunen sollten sich nicht gegenseitig die Verantwortung zuschieben, sondern in der Krise zusammenstehen und die vulnerablen Gruppe der abhängigen und suchtgefährdeten Menschen sowie ihrer Angehörigen sicherstellen.

Zu 8. Der Substitutionstherapie kommt eine herausgehobene Stellung bei der Versorgung opioidabhängiger Menschen zu. Es ist nicht auszuschließen, dass die Zahl der Substitutionspatientinnen und -patienten mit einer Reduzierung des illegalen Drogenmarkts zunimmt, weil die Betroffenen auf Ersatzstoffe bzw. die Originalstoffsubstitution mit Diamorphin umsteigen. Mit der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung wurden Erleichterungen zur Vergabe von Substitutionsmitteln geschaffen. Es ist notwendig, Kontakte bspw. durch eine längere Take-Home-Verordnung zu reduzieren und gleichzeitig die für eine Substitutionstherapie unerlässlichen persönlichen Kontakte zu ermöglichen u. a. durch die Versorgung einer höheren Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Ärztin und Arzt. Ob die aktuellen Maßnahmen ausreichen - beispielsweise wenn eine Substitutionspraxis aufgrund von COVID-19-Fällen vorübergehend vollständig geschlossen werden muss - und ob sie sich über die Krisenzeit hinaus als sinnvoll erweisen, wird zu evaluieren sein.

Zu 9. Der Schutz der Menschen und ihr Recht auf Wohnen muss während der Corona-Pandemie oberstes Gebot sein. Niemand darf aufgrund der Corona-Krise seine Wohnung verlieren. Spätestens jetzt wird klar, wie elementar die Wohnfrage wirklich ist. Denn in der Krise sind die Bürgerinnen und Bürger noch mehr als sonst auf ihre Wohnung als Schutz- und Rückzugraum angewiesen. Sie ist für viele von uns angesichts von individuellen Quarantäneerfordernissen und der historisch beispiellosen Schließung von Arbeitsstätten, Schulen oder Kitas der einzig verbliebene Aufenthaltsort. Wohnungsverlust muss verhindert werden. Dazu gehören die vorübergehende Aussetzung von Zwangsräumungen und die konsequente behördliche Mietschuldenübernahme.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.