



Ärzte der Welt e.V. · Landsberger Str. 428 · 81241 München

An den  
Ausschuss für Gesundheit des Deutschen  
Bundestages

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)265(3)**  
gel VB zur öffent. Anh am  
13.01.2021 - Zugang  
13.01.2021

Ärzte der Welt e.V.  
Médecins du Monde  
Doctors of the World

**Geschäftsstelle**  
Landsberger Str. 428  
81241 München

t. +49 (0) 89 452 30 81-0  
f. +49 (0) 89 452 30 81-22  
info@aerztederwelt.org  
www.aerztederwelt.org

Berlin, 7. Januar 2021

**Schriftliche Stellungnahme von Dr. Johanna Offe, Ärzte der Welt  
e.V.**

**Büro Berlin**  
Sophienstr. 1  
10178 Berlin

t. +49(0)3026557772

zu den Anträgen

- Antrag der Fraktion DIE LINKE: Gute Gesundheitsversorgung auch für Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden und Geflüchtete (BT-Drucksache 19/17543)
- Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen sicherstellen – Rechte marginalisierter Gruppen in Zeiten der Covid-19-Pandemie nachhaltig stärken (BT-Drucksache 19/19538)

**anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für  
Gesundheit des Deutschen Bundestages am 13. Januar 2021**



## 0. Vorbemerkung

Der Verein Ärzte der Welt begrüßt die durch die vorliegenden Anträge initiierte Debatte über den allgemeinen Zugang zu Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die beiden Anträge greifen ein seit Langem bestehendes Problem auf, das jedoch durch die Covid-19-Pandemie mehr Sichtbarkeit und Dringlichkeit erhalten hat: Hunderttausende Menschen haben in Deutschland keinen Zugang zu der von ihnen benötigten medizinischen Versorgung. Neben administrativen und praktischen Hürden verhindern auch bundesgesetzliche Barrieren den Zugang. Die in den Anträgen vorgeschlagenen Maßnahmen auf Bundesebene sind grundsätzlich zu begrüßen, sollten jedoch nicht auf den Zeitraum der Pandemie begrenzt werden.

Im Folgenden werden zunächst die internationalen Verpflichtungen Deutschlands der aktuellen Daten- und Problemlage gegenübergestellt, bevor im Einzelnen auf die vorgeschlagenen und aus unserer Sicht erforderlichen bundespolitischen Änderungen eingegangen wird.

## 1. Internationale Verpflichtungen

Deutschland hat sich in völkerrechtlich verbindlichen Abkommen verpflichtet, das Recht auf Zugang zu Gesundheitsversorgung diskriminierungsfrei für alle Menschen im Land zu verwirklichen. Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (kurz „Sozialpakt“) trat am 03.01.1976 völkerrechtlich in Kraft und enthält auch das „Recht auf Gesundheit“. In §12 heißt es:

„(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an. (2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen [...] zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“<sup>1</sup>

In den Allgemeinen Bemerkungen zum Recht auf Gesundheit weist der UN-Fachausschuss explizit darauf hin, dass diese Pflicht der unterzeichnenden Staaten sich nicht nur auf die Gesundheit der Staatsbürger\*innen, sondern auf die gesamte Bevölkerung bezieht.<sup>2</sup> In

<sup>1</sup> Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte: [https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Pakte\\_Konventionen/ICESCR/icescr\\_de.pdf](https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/ICESCR/icescr_de.pdf)

<sup>2</sup> CESCR: General Comment Nr. 14 “The ground of nationality should not bar access to Covenant rights, e.g., all children within a State, including those with an undocumented status, have a right to receive education and access to adequate food and affordable health care. The Covenant rights apply to everyone including non-nationals, such as refugees, asylum-seekers, stateless persons, migrant workers and victims of international trafficking, regardless of legal status and documentation.”



verschiedenen Prüfverfahren wurde Deutschland in den letzten Jahren aufgefordert, gesetzliche Barrieren im Zugang zu Gesundheitsversorgung, insbesondere für Migrant\*innen abzubauen.<sup>3</sup>

## 2. Praxiserfahrungen und Datenlage

Ärzte der Welt ist eine weltweit tätige humanitäre Hilfsorganisation. Der Verein bietet in Deutschland in Anlaufstellen und mobilen Einsätzen in München, Stuttgart, Hamburg und Berlin medizinische Grundversorgung durch ehrenamtliche Ärzt\*innen und individuelle Sozialberatung für Menschen mit keinem oder eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsversorgung an. Ziel ist es dabei, eine Möglichkeit zu finden, die Klient\*innen ins Regelsystem zu (re-)integrieren.<sup>4</sup>

Im Jahr 2019 haben insgesamt 2.583 Personen in Deutschland die Angebote von Ärzten der Welt wahrgenommen. Im Rahmen der Projekte werden Daten erhoben und in Kooperation mit der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin am Klinikum der Universität München analysiert: Von den teilnehmenden Patient\*innen waren im Jahr 2019 11,1% Kinder unter 5 Jahren. 9,9% der Klient\*innen waren deutsche Staatsangehörige, 45,5% waren EU-Bürger\*innen und 44,6% Drittstaatler\*innen. 72,6% hatten keinen Versicherungsschutz, 21,6% nur Anspruch auf eingeschränkte Leistungen. 94,9 Prozent lebten unter der Armutsgrenze. Nur 12,4% lebten in einer eigenen/gemieteten Wohnung, entsprechend waren 87,6% wohnungslos. Fast ein Viertel (23,7%) war obdachlos. 43% der Patient\*innen litten unter chronischen Erkrankungen.<sup>5</sup>

Angesichts dieser Untersuchungsergebnisse ist davon auszugehen, dass die Befragungsergebnisse aus dem Mikrozensus 2019, nach denen in Deutschland 61.000 Menschen ohne Krankenversicherung leben, die Problemlage unterschätzen. Denn im

---

<http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUedPIF1vfPMJ2c7ey6PAz2qaojTzDJmCOy%2b9t%2bsAtGDNzdEqA6SuP2todLyou9M8h2mYFkSg5lc%2b4KWdLsPDZxuMYXyUj0d8>

<sup>3</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Concluding observations on the sixth periodic report of Germany

[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fDEU%2fCO%2f6&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fDEU%2fCO%2f6&Lang=en), Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Concluding observations on the combined seventh and eighth periodic reports of Germany

[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/DEU/CO/7-8&Lang=En](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/DEU/CO/7-8&Lang=En)

<sup>4</sup> Eine Übersicht über die Inlandsprojekte in Deutschland, die Klient\*innen und die politischen Forderungen findet sich hier: Ärzte der Welt e.V. (2020): Inlandsprojekte. Gesundheit ist ein Menschenrecht.

<https://www.aerztederwelt.org/file/28242/download?token=GcW5deRf>

<sup>5</sup> Bader, C., Offe, J. (2020): Wie in Deutschland das Menschenrecht auf Gesundheit verletzt wird. Ärzte der Welt Gesundheitsreport. München: Ärzte der Welt e. V.

<https://www.aerztederwelt.org/file/28236/download?token=JRkBXGXQ>



Mikrozensus werden nur Personen befragt, die gemeldet sind und in Privathaushalten leben. *Nur etwa 10% der Klient\*innen von Ärzte der Welt würde im Mikrozensus überhaupt auftauchen.*

### 3. Ausgeschlossene Bevölkerungsgruppen

Folgende Gruppen sind durch gesetzliche Bestimmungen teilweise oder ganz von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen:

- a) **Menschen, die im Asylverfahren sind oder mit einer Duldung in Deutschland leben** haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in den ersten 18 Monaten nur Anspruch auf die Kostenerstattung für reduzierte medizinische Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Geburt. Darüberhinausgehende Leistungen, zum Beispiel für die Behandlung mancher chronischer Krankheiten oder psychischer Erkrankungen müssen im Einzelfall in oft langwierigen Verfahren beantragt werden. Ihre Bewilligung wird in einigen Kommunen auch von der Bleibeperspektive der Antragstellenden abhängig gemacht. Die Einschränkungen können über die 18 Monate hinaus verlängert werden, wenn der Asylantrag als offensichtlich unbegründet eingeschätzt wird.

Das AsylBLG senkt die Leistungen unter das Niveau des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei ist der Leistungskatalog der GKV bereits so definiert, dass die Leistungen das „Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen. Eine Einschränkung bedeutet, dass Menschen nicht die Leistungen im Umfang des medizinisch Notwendigen erhalten.

*Ende 2019 gab es 385.307 Empfänger von Leistungen nach AsylBLG.<sup>6</sup>*

- b) **Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus** haben zwar dem Gesetz nach ebenfalls Anspruch auf eingeschränkte Leistungen nach AsylBLG (siehe unter a), faktisch haben sie jedoch keinen Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung. Denn wenn sie beim Sozialamt einen Krankenschein beantragen, sind dessen Mitarbeiter\*innen nach §87 des Aufenthaltsgesetzes verpflichtet, sie bei der Ausländerbehörde zu melden. Damit droht die Abschiebung. Diese Regelung ist europaweit einmalig. Lediglich bei einer Notfallversorgung im Krankenhaus ist die Übermittlungspflicht aufgehoben. Viele Menschen nehmen daher erst medizinische Hilfe in Anspruch, wenn die Krankheit schon weit fortgeschritten und zu einem Notfall geworden ist. Auch hier ist die Kostenerstattung für das Krankenhaus meist nicht möglich.<sup>7</sup> Die Übermittlungspflicht gilt selbst für schwangere Frauen, die somit *de*

<sup>6</sup> [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Asylbewerberleistungen/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Asylbewerberleistungen/_inhalt.html)

<sup>7</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit/Illegalität (2019): Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere: Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze. <https://medibuero.de/wp->



*facto* keinen Zugang zu Schwangerschaftsvorsorge haben. Ausschließlich die Entbindung kann im Krankenhaus als Notfallversorgung vorgenommen werden.

*Nach letzten Schätzungen lebten 2014 180.000-520.000 Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland.<sup>8</sup> Es ist davon auszugehen, dass die Zahl seither gestiegen ist.*

- c) Viele **erwerbslose Migrant\*innen aus EU-Mitgliedsstaaten**, die weniger als fünf Jahre in Deutschland gemeldet sind haben seit dem sogenannten Leistungsausschlussgesetz keinen Anspruch mehr auf Sozialleistungen. Dies umfasst auch die minimalen „Hilfen zur Gesundheit“ nach dem SGB XII. Sie können zudem oftmals keiner GKV beitreten (§5 Abs.11 Satz 2 SGB V). Stattdessen können sie einmal innerhalb von zwei Jahren für maximal einen Monat sogenannte Überbrückungsleistungen bekommen. Diese beinhalten auch eingeschränkte Gesundheitsleistungen bei akuten Krankheiten und Schmerzen. Nach Ablauf dieses einen Monats besteht – selbst in Notfällen! – keinerlei Anspruch auf die Erstattung von Kosten für Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte oder Medikamente.

*Es liegen keine Zahlen vor, wie viele Menschen insgesamt vom Leistungsausschlussgesetz betroffen sind. In vielen zivilgesellschaftlichen Anlaufstellen bilden EU-Bürger\*innen inzwischen die Mehrheit der Klient\*innen.*

d) **Menschen mit Beitragsschulden oder ohne Krankenversicherung**

Menschen ohne Krankenversicherung haben keinen Anspruch auf Kostenübernahme bei medizinischen Leistungen, dies gilt auch für nichtversicherte Kinder. Wenn Menschen zwar versichert, aber mit ihren Beitragszahlungen im Rückstand sind, besteht nur Anspruch auf einen reduzierten Umfang an Leistungen, bis die Schulden beglichen sind. Bei langen Nichtversicherungszeiten oder bei versäumter Zahlung häufen sich oft große Schuldensummen an, sodass Betroffene über einen langen Zeitraum nicht ausreichend versorgt werden.

Durch das Versichertenentlastungsgesetz sind Krankenkassen seit Anfang 2019 verpflichtet, Versicherungsverhältnisse von Mitgliedern zu beenden, die keine Beiträge zahlen, keine Leistungen in Anspruch nehmen und nicht erreichbar sind (SGB V, §323, §188, §191). Dies führt dazu, dass viele Menschen, die z.B. aufgrund

---

[content/uploads/sites/10/2017/05/BAG\\_Gesundheit\\_Illegalitaet\\_Arbeitspapier\\_Notfallhilfe\\_im\\_Krankenhaus\\_August\\_2019\\_Web.pdf](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/EMN/Studien/wp65-emn-irregulaere-migration-freiwillige-rueckkehr.pdf?jsessionid=63F003D3E9745790DECF171CD9A8CA8E.internet571?_blob=publicationFile&v=19)

<sup>8</sup> Grote, Janne (2015): Irreguläre Migration und freiwillige Rückkehr – Ansätze und Herausforderungen der Informationsvermittlung. Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN). Working Paper 65 des Forschungszentrums des Bundesamtes. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/EMN/Studien/wp65-emn-irregulaere-migration-freiwillige-rueckkehr.pdf?jsessionid=63F003D3E9745790DECF171CD9A8CA8E.internet571?\\_blob=publicationFile&v=19](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/EMN/Studien/wp65-emn-irregulaere-migration-freiwillige-rueckkehr.pdf?jsessionid=63F003D3E9745790DECF171CD9A8CA8E.internet571?_blob=publicationFile&v=19)



einer psychischen Erkrankung oder Wohnungslosigkeit nicht erreichbar sind, trotz der Versicherungspflicht ihr Versicherungsverhältnis verlieren.

*Die Zahl der Menschen mit Beitragsschulden ist bisher nicht veröffentlicht<sup>9</sup>. Gesetzliche Krankenversicherungen verzeichneten jedoch 2019 einen Höchststand an Beitragsrückständen von mehr als 10 Milliarden Euro.*

Der Ausschluss all dieser Bevölkerungsgruppen von der regulären Gesundheitsversorgung ist eine Menschenrechtsverletzung und bedeutet für jede\*n Einzelne\*n erhebliches individuelles Leid. Zudem ist davon auszugehen, dass der fehlende Zugang zu präventiver und primär-ambulanter Versorgung und die häufigere Inanspruchnahme der Notfallversorgung insgesamt zu höheren Kosten führt.<sup>10</sup> Nicht zuletzt ist es auch aus bevölkerungsmedizinischer Sicht problematisch, wenn Menschen vom Zugang zu Impfungen und Behandlung von übertragbaren Krankheiten ausgeschlossen sind.

#### 4. Veränderungen durch Covid-19

Die Covid-19-Epidemie hat die Lage für Nicht-Versicherte erheblich verschlechtert:

- sie haben häufig keine Möglichkeit, sich effektiv vor Covid-19 zu schützen (Gemeinschaftsunterkünfte, wechselnde Wohnorte, kein Zugang zu Schutzmaterialien), obwohl sie durch unbehandelte Vorerkrankungen häufiger vorbelastet sind,
- sie können sich häufig nicht testen lassen, weil die Kostenübernahme ungeklärt ist und sie oftmals keine Kontaktadresse angeben können
- Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus haben derzeit keinen Zugang zu Impfung
- im Falle einer Erkrankung ist die Kostenübernahme für die Behandlung ungeklärt.

<sup>9</sup> In der Antwort auf eine Kleine Anfrage der Linken im Bundestag schrieb die Bundesregierung im Oktober 2018: "Um die Datengrundlagen im Bereich der Beitragsschulden der freiwilligen Mitglieder der GKV deutlich zu verbessern, hat das Bundesministerium für Gesundheit mit Erlass vom 27. August 2018 für die Beitragsschulden dieser Personengruppe eine neue Statistik (KB 9) eingeführt. Ab Mitte des Jahres 2019 werden die Krankenkassen daher im vierteljährlichen Turnus in deutlich differenzierterem Umfang Daten über die Beitragsschulden vorlegen." <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/047/1904754.pdf> Bisher ist diese Statistik nicht öffentlich einsehbar.

<sup>10</sup>Für Asylsuchende konnte nachgewiesen werden, dass eine Senkung der Leistungsansprüche im AsylBLG zu erhöhten Kosten führt, weil z.B. präventive Maßnahmen nicht wahrgenommen werden. In einer quasi-experimentellen Studie zu den Kosten der Gesundheitsversorgung im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes kommt der Autor Kayvan Bozorgmehr zum Schluss: „*The cost of excluding AS&R [asylum seekers and refugees] from health care appears ultimately higher than granting regular access to care.*“ Bozorgmehr, Kayvan, and Oliver Razum. "Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013." *PloS one* 10.7 (2015): e0131483 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483>



- Viele Personen sind erheblich durch die Corona-bedingten Restriktionen betroffen: sie verlieren ihre (informellen) Einnahmequellen (im Gastronomie- und Reinigungsbereich, vom Betteln/Flaschensammeln) und haben weniger Zugang zu Hilfsangeboten (Anlaufstellen sind geschlossen, Heimreisen z.T. nicht möglich).

Zudem zeigt sich in der Covid-19-Epidemie in aller Deutlichkeit, dass zivilgesellschaftliche Strukturen die medizinische Versorgung dieser Bevölkerungsgruppen nicht sicherstellen können. Oft sind Ehrenamtliche selbst Angehörige einer Risikogruppe und die Anlaufstellen sind nicht für eine Behandlung unter Pandemiebedingungen ausgerichtet. Auch wenn deutschlandweit Freiwillige unbezahlt die Aufgabe übernehmen, Menschen ohne Krankenversicherung die medizinische Versorgung zukommen zu lassen, die sie benötigen: Eine solche Versorgung ist nicht ausreichend und sollte nicht die Regel sein. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist eine genuin staatliche Aufgabe. Die dauerhafte Aufhebung der gesetzlichen Barrieren ist ein wichtiger erster Schritt.

## 5. Notwendige bundespolitische Maßnahmen

Grundsätzlich begrüßen wir die in den Anträgen vorgeschlagenen Maßnahmen. Die Begrenzung der genannten Maßnahmen auf den Zeitraum der Pandemie in Antrag 19/19538 ist angesichts der seit langem bestehenden und über die Pandemie hinaus fortdauernden Unterversorgung dieser Personengruppen jedoch bei den meisten Maßnahmen nicht sinnvoll.

Die folgenden, in den Anträgen genannten Maßnahmen auf bundesgesetzlicher Ebene sind durch Corona drängender geworden, aber nicht auf den Zeitraum der Epidemie zu begrenzen:

- Erhöhung des Leistungsanspruchs im Asylbewerberleistungsgesetz auf das Niveau des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (Antrag 19/17543 II.3; Antrag 19/19538, II. 4). Dies ist in SGB V bereits so definiert, dass die Leistungen das „Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen. Notwendig ist auch eine systematische Identifizierung von besonders Schutzbedürftigen und Risikogruppen in Erstaufnahmeeinrichtungen und die zügige Unterbringung in geeigneten Unterkünften (Antrag 19/19538, II. 4).
- Abschaffung der Pflicht, dass Mitarbeiter\*innen der Sozialbehörden Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus bei der Ausländerbehörde melden müssen (Antrag 19/17543, II. 5; Antrag 19/19538, II.3). Die Übermittlungspflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz wurde für Einrichtungen im Bildungssektor bereits abgeschafft. Zur Gewährleistung des Rechts auf Zugang zu Gesundheitsversorgung ist dies für alle nicht sicherheitsrelevanten Bereiche umzusetzen.



- Gewährleistung einer Gesundheitsversorgung für alle hier lebenden EU-Bürger\*innen, unter anderem durch die Aufhebung der Einschränkungen im „Gesetz zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und in der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch“ (Antrag 19/17543, II.8.; Antrag 19/19538, II.2).
- Regelung zum Erlass von Beitragsschulden gegenüber Krankenkassen und Krankenversicherungen bei mittellosen Personen (Antrag 19/17543, II.9). Wiedereinführung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V, damit auch Menschen mit Beitragsrückständen die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung nicht verlieren.

Bundesweite, sicher finanzierte, niedrighschwellige und gut miteinander vernetzte Clearingstellen, die Menschen dazu beraten, wie sie einen Krankenversicherungsschutz und medizinische Leistungen bekommen können, sind auch nach Umsetzung der gesetzlichen Änderungen notwendig (19/17543 II.4.). Auch ein Härtefallfonds (Antrag 19/17543, II.1.) wird selbst mit den gesetzlichen Änderungen notwendig bleiben, da Kostenträger in einigen Fällen nicht oder nicht schnell genug ermittelt werden können. Auch das in Thüringen und Berlin erfolgreiche Modell des anonymisierten Krankenscheins kann notwendig bleiben (Antrag 19/17543/II.2) – grundsätzlich ist aber davon auszugehen, dass er bei der Abschaffung der Übermittlungspflicht nach §87 Aufenthaltsgesetz im Gesundheitswesen obsolet wird, weil das Sozialamt als Kostenträger nicht mehr zur Übermittlung der Daten verpflichtet wäre.

Wir begrüßen zudem die Forderung, einen ausreichenden Zugang zu Dolmetscherdiensten und die Übernahme der daraus entstehenden Kosten sicherzustellen (Antrag 19/17543, II.6).

## 6. Pandemie-spezifische Sofortmaßnahmen

Maßnahmen zur Bereitstellung von sicheren Aufenthalts- und Quarantäneräumen für Wohnungslose und zur Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit aller haupt- und ehrenamtlichen Hilfsangebote (Antrag 19/19538, Punkt II.5., II.6, II.7.) sollten sofort umgesetzt, zusätzlich aber auch in alle Pläne für zukünftige Epidemien aufgenommen werden.

Über die in den Anträgen enthaltenen Forderungen hinaus muss sichergestellt werden, dass neben der Kostenübernahme auch die praktischen Strukturen geschaffen werden, damit die genannten Gruppen kostenlos und auf Wunsch auch anonym gegen Covid-19 geimpft werden können.