

Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf des Deutschen Aufbau- und Resilienzplans (DARP)

A. Zusammenfassung

Das Deutsche Rote Kreuz führt in dieser Stellungnahme zum Deutschen Aufbau- und Resilienzplan Empfehlungen auf, die auf die verbesserte soziale Teilhabe vulnerabler Gruppen, sowie eine höhere Resilienz des Gesundheitssystems zielen. Es folgt zunächst eine Zusammenfassung der wichtigsten Maßnahmen hierfür:

Digitalisierung der Bildung

- Die **Ausweitung des Bildungsbegriffs** auf Bildungsangebote außerhalb des allgemeinbildenden Bereichs und die **Berücksichtigung von gemeinnützigen sozialen Einrichtungen** in der „digitalen Bildungsoffensive“

Stärkung der sozialen Teilhabe

- **Ausbau von gemeinnütziger Schuldner- und Insolvenzberatung** und ihrer finanziellen und personellen Ausstattung
- Investitionen in die **digitale Ausstattung der sozialen Einrichtungen und Angebote der Freien Wohlfahrtspflege**
- Ein Pilotprojekt zur **Einrichtung eines Fonds für Sprachmittlung**, aus dem Betroffene und Behörden auf Antrag die Kosten für eine qualifizierte Sprachmittlung im Rahmen von behördlichen Verfahren oder Arztbesuchen erstattet bekommen

Stärkung eines pandemieresilienten Gesundheitssystems

- Die **personelle Stärkung** des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe
- Etablierung von nutzerorientierten, **multiprofessionellen Versorgungswegen** für definierte, vulnerable Bevölkerungsgruppen mit hoher Relevanz für die Öffentliche Gesundheit
- **Erweiterung der Kompetenzen und Befugnisse der Pflegeberufe**, um die Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung von hoch exponierten Bevölkerungsgruppen zu erhöhen
- Durchführung von lebensweltorientierten **Trainingsangeboten** und **Schulungen** im lokalen Sozialraum, um die Bevölkerung in krisenfreien Zeiten auf den Ernstfall vorzubereiten
- Implementierung von speziellen Kompetenzen und Befugnissen für die Krisen- und Katastrophenbewältigung in die Curricula der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung
- Berücksichtigung von **Maßnahmen zur Krisen- und Katastrophenprävention** in der Berechnung der Personalschlüssel im Gesundheits- und Sozialwesen
- Schaffung einer ressortübergreifenden **AG „Krisenfeste Pflege“** auf Bundesebene, unter Beteiligung der relevanten Bundesministerien (BMG, BMI, BKA) und Pflegeorganisationen
- Schaffung einer krisenfesten Infrastruktur auf organisatorischer, logistischer und baulicher Ebene (Krisenpläne, Vorräte, Schutzausrüstungen, Notstrom etc.)
- **Schulung der (älteren) Bevölkerung in neuen Technologien**, um den krisenbedingten Ausfall von lebensqualitätsrelevanten Angeboten vorübergehend mittels digitaler Medien ausgleichen zu können

B. Einleitung

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) ist als Nationale Rotkreuz-Gesellschaft Teil der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbeziehung. Es ist die größte Hilfsorganisation Deutschlands und Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege. Die Arbeit des DRK wird von den Grundsätzen der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbeziehung Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität getragen.

Als Wohlfahrtsverband ist das DRK mit seinen Einrichtungen, Angeboten und Diensten in allen Feldern der Wohlfahrts- und Sozialarbeit sowohl mit ehrenamtlich als auch hauptamtlich Tätigen aktiv.

Wie keine andere soziale oder humanitäre Bewegung in Deutschland kann das DRK durch seine einzigartige Stellung eine Vielzahl vernetzter Hilfen, Beratungen und Leistungen anbieten – lokal, regional, national und international. Das Deutsche Rote Kreuz nimmt in seiner anwaltschaftlichen Funktion die Interessenvertretung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen („most vulnerable“) wahr.

Das Deutsche Rote Kreuz nimmt entsprechend seines Selbstverständnisses die Interessen derjenigen wahr, die der Hilfe und Unterstützung bedürfen, um soziale Benachteiligung, Not und menschenunwürdige Situationen zu beseitigen sowie auf die Verbesserung der individuellen, familiären und sozialen Lebensbedingungen hinzuwirken. Im Zeichen der Menschlichkeit setzt sich das Deutsche Rote Kreuz für das Leben, die Gesundheit, das Wohlergehen, den Schutz, das friedliche Zusammenleben und die Würde aller Menschen ein.

C. Stellungnahme zu den Vorschlägen im Einzelnen

Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt die europäische Initiative eines Wiederaufbaufonds, der über Investitionen und Unterstützung von Reformen die EU-Mitgliedsstaaten bei der Erholung von der Covid-19-Pandemie unterstützen und deren Krisenfestigkeit stärken soll.

Die Zielsetzungen des EU-Aufbauinstrumentes liegen in (1) der Förderung des sozialen, wirtschaftlichen und territorialen Zusammenhalts, (2) der Stärkung der sozialen und wirtschaftlichen Resilienz und (3) der Abschwächung der sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie.¹

Deutschland erhält aus diesem Fonds 23,64 Mrd. Euro, mit denen bis zum Jahr 2026 wichtige Investitionen in den Bereichen Soziales und Gesundheit getätigt werden können. Der vorliegende Entwurf des Deutschen Aufbau- und Resilienzplans (DARP) führt die von der Bundesregierung geplanten Maßnahmen auf, die mit den europäischen Wiederaufbaumitteln finanziert werden sollen. Dabei fällt auf, dass ein Großteil der Vorhaben bereits als Posten im Bundeshaushalt bekannt waren. Damit wird das Investitionspotenzial, das sich aus den EU-Hilfen ergibt, nicht vollumfassend genutzt, um beispielweise die Digitalisierung weitreichend und vor allem inklusiv voranzutreiben.

Die von der Europäischen Kommission hervorgehobenen Prioritäten zur Stärkung der europäischen sozialen Grundsätze² werden kaum adressiert. So ist es bemerkenswert, dass über 3 Mrd. Euro für die

¹ European Commission, Guidance to Member States. Recovery and Resilience Plans, COM (2020) 205, S.3, abrufbar unter: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/3_en_document_travail_service_part1_v3_en_0.pdf

² European Commission, Guidance to Member States. Recovery and Resilience Plans, COM (2020) 205, S.5, abrufbar unter:

Digitalisierung von Industrie und Unternehmen vorgesehen sind, sozial gemeinnützige Akteure aber selbst bei der „digitalen Bildungsoffensive“ nicht berücksichtigt werden. Die EU-Mittel können und sollten noch effizienter genutzt werden, um vulnerable Gruppen, die von der Pandemie besonders getroffen werden, besser zu unterstützen und die soziale und gesundheitliche Infrastruktur resilienter zu machen.

Das Deutsche Rote Kreuz möchte mit dieser Kommentierung Möglichkeiten aufzeigen, wie das europäische Aufbauinstrument genutzt werden kann, um (1) die Teilhabe derjenigen Menschen zu sichern, die von der Pandemie und ihren Folgen am stärksten getroffen werden und (2) mit welchen Maßnahmen unser Gesundheitssystem resilienter und inklusiver werden kann.

1. Digitalisierung der Bildung

Investitionen in die Digitalisierung der Bildung sind überfällig – entsprechend ist es positiv zu werten, dass dies als eigener Schwerpunkt im DARP aufgeführt wird. Allerdings passen die beschriebenen Maßnahmen mit den Zielsetzungen nur schwer zusammen. Die lang angekündigte und mit dem Bundeshaushalt 2021 bereits finanzierte „digitale Bildungsoffensive“ soll digitale Infrastruktur sowie Lehr-, Lern- und Kommunikationsplattformen in den Schulen schaffen. Wie dies allein zu „gerechten Bildungschancen im Sinne einer verbesserten sozialen Teilhabe“ führen soll, erschließt sich nicht.

1.1. Eindimensionaler Bildungsbegriff schließt wichtige Bereiche aus

Die „digitale Bildungsoffensive“ beschränkt sich auf den formalen Bildungsbereich. Dieses eindimensionale Bildungsverständnis schließt viele wichtige Bildungsbereiche und damit gemeinnützige soziale Einrichtungen und Angebote bspw. im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit oder der Aus- und Weiterbildung aus. Als Bildungs- und Lernorte definiert der achte Nationale Bildungsbericht auch die frühkindliche Bildung, Familienbildung, non-formale Lernumgebungen außerhalb der Schulen, den Aus- und Weiterbildungsbereich, sowie die Erwachsenenbildung.³ Ebenso wie in allgemeinbildenden Schulen hat die Covid-19-Pandemie einen **eklatanten Mangel digitaler Infrastruktur** in diesen Arbeitsfeldern aufgezeigt. Nicht nur Lehrpersonal, sondern **auch sozialpädagogische Fachkräfte in Bildungseinrichtungen benötigen eine entsprechende Ausstattung** und Unterstützung zur Ausbildung digitaler Kompetenzen. Nur so können die sozialpädagogischen Kräfte die Beziehungsarbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien für neue Wege öffnen.

1.2. Für bessere soziale Teilhabe braucht es die Sozialarbeit

Die Begrenzung der Vorhaben auf die formale Bildung schließt viele Bildungs- und Unterstützungsangebote aus, die sich an Kinder und Jugendliche richten, die zusätzliche Unterstützung brauchen. Im Rahmen des Europäischen Semesters attestiert die Europäische Kommission Deutschland seit vielen Jahren **mangelnde Chancengleichheit in der Bildung**. Der sozio-ökonomische Hintergrund

https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/3_en_document_travail_service_part1_v3_en_0.pdf

³ Vgl. Nationaler Bildungsbericht 2020, Bildungsorte und Lernwelten in Deutschland, S.XX, abrufbar unter:

<https://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2020/pdf-dateien-2020/bildungsbericht-2020-barrierefrei.pdf>

entscheidet noch immer maßgeblich über Bildungserfolge.⁴ Unterstützungsangebote der **Jugend- und Schulsozialarbeit können Benachteiligungen ausgleichen**. Auch in diesen chronisch unterfinanzierten Bildungsbereichen ist der **Bedarf an technischer Ausstattung und digitalen Kompetenzen enorm**. Solche Angebote sollten dringend mehr Berücksichtigung im DARP finden.

1.3. Förderung digitaler Kompetenzen

Auch bei Fortbildungen im Bereich digitale Bildung und zur Ausbildung digitaler Kompetenzen besteht ein enormer Bedarf außerhalb des formalen Bildungssektors. Die zusätzlichen EU-Mittel können für eine **umfassende Fortbildungsinitiative für Lehrkräfte, Sozialarbeitende und fachpädagogischem Personal** genutzt werden. Ohne eine Einbindung der sozialen Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege bei der „digitalen Bildungsoffensive“, ist eine Teilhabe aller an der Digitalisierung nur schwer umzusetzen.

1.4. Zugang zu digitalen Endgeräten für Benachteiligte

Für den Schwerpunkt „Digitalisierung der Bildung“ benennt der Entwurf eine Maßnahme, die konkret auf eine bessere soziale Teilhabe zielt. Von einem Sonderausstattungsprogramm für digitale Endgeräte sollen auch „bedürftige Schüler“ profitieren. Es ist bedauerlich, dass weder definiert wird was unter „bedürftig“ zu verstehen ist, noch aufgeführt wird wie hoch der Anteil an dieser Maßnahme ist, der konkret Kindern und Jugendlichen zu Gute kommt. Des weiteren ist es empfehlenswert den Begriff „**bedürftig**“ durch „**benachteiligt**“ zu ersetzen, um der Zielsetzung der sozialen Teilhabe gerecht zu werden. Die Zielsetzung der Maßnahme sollte sein, **allen sozio-ökonomisch benachteiligten Kindern und Jugendlichen ein Zugang zu digitalen Endgeräten zu ermöglichen** – das schließt auch Kinder und Jugendliche mit unsicheren Aufenthaltstatus ein.

Gleiche Bildungschancen und eine verbesserte soziale Teilhabe sind nur zu erreichen, wenn Bildungsstrukturen außerhalb des formalen Bildungssektors gestärkt und unterstützt werden. Entsprechend spricht sich das Deutsche Rote Kreuz für eine **Ausweitung des Bildungsbegriffs und eine Berücksichtigung von gemeinnützigen sozialen Einrichtungen in der „digitalen Bildungsoffensive“** aus. Da die Maßnahme bereits ohne die Mittel des EU-Wiederaufbaufonds geplant war, können die zusätzlichen Mittel eingesetzt werden, um eine **bessere soziale Teilhabe an der Digitalisierung** zu erreichen. Damit würde den europäischen Zielsetzungen des Hilfsinstruments Rechnung getragen.

2. **Stärkung der sozialen Teilhabe**

Die im Entwurf benannten Punkte zur Stärkung der sozialen Teilhabe greifen aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes nur vereinzelte Punkte auf, die mit Blick auf besonders vulnerable Personengruppen langfristige Wirkung entfalten. Es fehlen klare Investitionen und Investitionszusagen in die soziale Infrastruktur, die im Sinne der avisierten Resilienzstärkung der Gesellschaft eine verbesserte Prävention und Krisenreaktionsfähigkeit ermöglichen.

⁴ Europäische Kommission, Empfehlung für eine Empfehlung des Rates zum nationalen Reformprogramm 2019, Artikel 19, S.8, abrufbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52019DC0505&from=EN>

2.1. Bundesweiter Ausbau der Schuldner- und Insolvenzberatung

Bereits heute sind etwa 6,86 Mio. Menschen in Deutschland von Überschuldung betroffen.⁵ Diese Zahl wird durch die mittel- bis langfristigen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie weiter ansteigen und den gesellschaftlichen Zusammenhalt vor neue Herausforderungen stellen. Um privaten Haushalten effektiv bei der Überwindung ihrer Situationen zur Seite stehen zu können, braucht es dringend ein politisches Engagement zum Investment in den **Ausbau von gemeinnütziger Schuldner- und Insolvenzberatung** und ihrer **finanziellen und personellen Ausstattung**. Auch die **Zugänglichkeit für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen** sollte durch die Bereitstellung entsprechender Unterstützung bzw. **Schulungen der Schuldnerberatungsstellen** gewährleistet sein (z.B. leichte Sprache, Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen, Barrierefreiheit). Darüber hinaus sollten angesichts der in der Covid-19-Pandemie sichtbar gewordenen Fragilität von Haushaltseinkommen auch **Möglichkeiten der Beratung außerhalb des Sozialleistungsbezugs** ermöglicht werden, um die frühzeitige Verhinderung von Überschuldung zu ermöglichen und Armutsvermeidung zu fördern.

2.2. Digitalisierung der sozialen Angebote und Einrichtungen

Zur dauerhaften Sicherstellung des Versorgungsauftrags der Freien Wohlfahrtspflege müssen die sozialen Einrichtungen und Dienste sowohl für Pandemiezeiten als auch darüber hinaus in die Lage versetzt werden, **alternative Angebote** umsetzen um so ihre **Zielgruppen erreichen** zu können. Aus diesem Grund regt das DRK die Initiierung umfassender Investitionsprogramme an, um mit der angebotsübergreifenden **digitalen Ausstattung der sozialen Einrichtungen und Angebote der Freien Wohlfahrtspflege** einen dringend notwendigen und langfristig wirkenden Zukunftsimpuls zu setzen. Bei der Umsetzung von Investitionsvorhaben in die digitale Ausstattung müssen Fragen der **Zugänglichkeit und Barrierefreiheit** mitbedacht werden, um die Niedrigschwelligkeit des Leistungsangebots sicherzustellen.

Investitionen in die Digitalisierung **stärken** einerseits **die Resilienz der sozialen Einrichtungen** und tragen andererseits maßgeblich zur **Aufrechterhaltung ihrer Leistungsfähigkeit** bei der Verwirklichung und Förderung von sozialer Teilhabe von vulnerablen Personengruppen bei.

2.3. Verbesserte Teilhabe durch Sprachmittlung

Sprachliche Verständigung ist ein **bedeutender Faktor für das Gelingen von Teilhabe in der Einwanderungsgesellschaft**. Für viele in Deutschland lebende Eingewanderte stellen jedoch **Sprachbarrieren** eine Hürde bei der Wahrnehmung ihrer sozialen Rechte und Pflichten sowie ihrer gesellschaftlichen Teilhabe dar. Die Last zur Überbrückung der Sprachbarriere tragen im Moment weit überwiegend die Betroffenen selbst. Wenn sie sich diese Aufwendungen nicht leisten können, müssen sie auf unqualifizierte Übersetzung, häufig durch ihre eigenen Kinder, ausweichen – mit potenziell schwerwiegenden Konsequenzen.

⁵ Statistisches Bundesamt, Pressemeldung vom 13. November 2020, abrufbar unter:
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/11/PD20_454_52411.html

Es bedarf einer gesetzlichen Regelung, wie sie bereits vereinzelt für nationale Minderheiten in Deutschland, sowie Menschen mit einer Hör- oder Sprechbehinderung bestehen.⁶ Die Einführung eines gesetzlichen Anspruchs scheitert aktuell vor allem an den Kosten, die für Behörden entstehen würden. Es fehlen aktuell jedoch Erkenntnisse, wie hoch diese Kosten tatsächlich ausfallen.

Das DRK schlägt daher vor, im Rahmen des DARP **ein Pilotprojekt zur Einrichtung eines Fonds für Sprachmittlung durchzuführen**, aus dem Betroffene und Behörden auf Antrag die **Kosten für eine qualifizierte Sprachmittlung**, entweder in Präsenz oder aber in Form der Telefon- oder Videodolmetschung, **im Rahmen von behördlichen Verfahren oder Arztbesuchen erstattet bekommen**. Aus der Nutzung des Fonds können Rückschlüsse auf die tatsächlich zu erwartenden Kosten durch einen gesetzlichen Anspruch auf qualifizierte Sprachmittlung gezogen werden.

3. Stärkung eines pandemieresilienten Gesundheitssystem

Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt das Vorhaben über die Mittel aus dem europäischen Aufbauinstrument das Gesundheitssystem in Deutschland stärken zu wollen, um die Widerstandsfähigkeit gegenüber epidemischen Lagen von besonderer Tragweite, wie der aktuellen Covid-19-Pandemie, zu erhöhen. Gleichzeitig möchten wir in diesem Kontext anregen, ebenso dringend benötigte Verbesserungen in der **Zugänglichkeit, Steuerung, Bedarfsdeckung, Diversifizierung** und generellen **Effektivität** des deutschen Gesundheitswesens anzustoßen, die aus unserer Sicht in direktem Zusammenhang mit einer **Resilienzsteigerung** stehen.

Immer wieder wird das deutsche Gesundheitswesen als das beste Gesundheitssystem der Welt bezeichnet, was mit der universellen Krankenversicherung, den flächendeckenden Versorgungsstrukturen, sowie der freien Arztwahl begründet wird.⁷ Gleichzeitig ist die Primärversorgung durch die hohe Arztzentriertheit relativ monodisziplinär ausgerichtet. Dementsprechend ist die Angebotsvielfalt an Primärversorgungsdiensten wenig ausdifferenziert,⁸ sodass spezielle **Bedarfslagen vulnerabler Bevölkerungsgruppen nur unzureichend abgedeckt** sind und immer ein Gang zu einem Arzt erforderlich ist – selbst wenn es sich um nicht-pharmakologische Behandlungen und Therapien handelt, oder aber Pflegeleistungen und Hilfsmittel benötigt werden. Die OECD und die WHO bewerten die Effektivität des deutschen Gesundheitswesens sogar lediglich als durchschnittlich.⁹ Ebenso werden die speziellen Bedarfe von **Menschen mit Behinderungen** oder **psychischen Erkrankungen** von vielen

⁶ Vgl. BAGFW-Position, Sprachmittlung - Voraussetzung für die Inanspruchnahme sozialer und gesundheitlicher Leistungen, 2020, abrufbar unter: <https://www.bagfw.de/themen/migration-und-integration/detail/bagfw-position-sprachmittlung-voraussetzung-fuer-die-inanspruchnahme-sozialer-und-gesundheitlicher-leistungen>

⁷ SVR Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Berlin, 2012: Deutscher Bundestag, Drucksache, 17, 10323.

⁸ Freund, T.; Everett, C.; Griffiths, P.; Hudon, C.; Naccarella, L.; Laurant, M.: Skillmix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? International Journal of Nursing Studies 52 (3) 2015, S. 727–743.

⁹ Greß, S., Maas, S., & Wasem, J., Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem (No. 154) 2008, Arbeitspapier.

Leistungserbringern **nur unzureichend adressiert**, was sich sowohl in baulicher als auch in fachlicher Hinsicht zeigt.

Des Weiteren kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland eine eher untergeordnete Rolle zu, während Public Health Dienste im internationalen Zusammenhang auf deutlich weitreichendere, multiprofessionelle Angebote zurückgreifen können. Es braucht daher dringend eine **Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes** in Deutschland,¹⁰ sowie eine **konkrete Angebots- und Fachkräftestrategie**.¹¹ Gerade der Pflegeprofession kommt in vielen Ländern dieser Erde eine tragende Rolle bei den Öffentlichen Gesundheitsdiensten zu. Was der Sachverständigenrat (SVR) Gesundheit bereits 2007, mit seiner Empfehlung für eine **stärkere Einbeziehung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe** in die Versorgung,¹² bekräftigte.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Erfahrungen aus der Covid-19-Pandemie, sieht das Deutsche Rote Kreuz daher folgenden Handlungs- und Investitionsbedarf, um die Resilienz des Gesundheitssystems zu erhöhen:

- Eine **personelle Stärkung** des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere durch **nicht-ärztliche Gesundheitsberufe**, wie die Pflegeprofession, im Sinne von niedrigschwelligen, wohnortnahen und lebensweltbezogenen Public Health Diensten, wie z.B. Community Health Nurses.
- Eine deutlich **vielfältigere Angebotsstruktur** der Öffentlichen Gesundheitsdienste; sodass aus Gesundheitsämtern Community Health Centers, und aus Verwaltungen, zielgruppenorientierte, und mitunter auch aufsuchende, Gesundheitsdienste werden. Insbesondere auch um besonders exponierte Gruppen zu erreichen, wie z.B. **wohnungslose Personen** oder Menschen in der **aufenthaltsrechtlichen Illegalität**.
- Die Etablierung von nutzerorientierten, **multiprofessionellen Versorgungswegen** für definierte, vulnerable Bevölkerungsgruppen mit hoher Relevanz für die Öffentliche Gesundheit, wie z.B. Menschen mit chronisch-degenerativen Erkrankungen, Menschen mit Behinderungen bzw. pflegebedürftige Menschen in komplexen, multimorbiden Lagen, wie auch ältere und hochaltrige Menschen mit einem Frailty Syndrom, oder Personen mit schweren, psychischen Erkrankungen. Wozu ebenfalls ein sektorenübergreifendes (digitales) Care und Case Management gehört, welches alle an der lokalen Versorgung beteiligten Akteure koordiniert.

¹⁰ Dragano, N., Gerhardus, A., Kurth, B. M., Kurth, T., Razum, O., Stang, A., ... & Zeeb, H., Public Health: Setting Goals, Establishing Structures and Improving Health for All. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 78(11), 2016, S. 686-688.

¹¹ Hommes, F., Alpers, K., Reime, B., & Rexroth, U., Durch attraktive Karrierewege Public Health in Deutschland nachhaltig stärken–Kernforderungen an eine Public-Health-Strategie für Deutschland im Bereich Human Resources. Das Gesundheitswesen, 82(04), 2020, S. 303-305.

¹² SVR Gesundheit, Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Band II: Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung. Primärprävention in vulnerablen Gruppen., Baden-Baden 2008.

- Eine **Erweiterung der Kompetenzen und Befugnisse der Pflegeberufe**, um die Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung von hoch exponierten Bevölkerungsgruppen, wie chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen zu erhöhen. Worunter wir Direktzugang, pflegenaher Heilkunde, Zuweisungen, Verschreibungen, Verordnungen und die Leistungsbeantragung verstehen.
- Die **Mandatierung der Pflegeprofession** für den praktischen und koordinierenden Einsatz in **Krisen- und Katastrophensituationen**, durch speziell dafür ausgebildete **Disaster Nurses**, sowie eine verbindliche Verankerung dieser Pflegerollen in den Krisen- und Katastrophenplänen.
- Die Durchführung von lebensweltorientierten **Trainingsangeboten** und **Schulungen** im lokalen Sozialraum, um die Bevölkerung in krisenfreien Zeiten auf den Ernstfall vorzubereiten; beispielsweise in Kindergärten, Schulen, am Arbeitsplatz, oder an Volkshochschulen. Wozu auch die Befähigung der Bevölkerung durch einen: „*Erste-Hilfe-Kurs in Pflegetätigkeiten*“ gehört, damit die An- und Zugehörigen von pflegebedürftigen Menschen den krisenbedingten Ausfall von formellen Pflegeangeboten vorübergehend kompensieren können.
- Die verbindliche Implementierung von speziellen Kompetenzen **und Befugnissen für die Krisen- und Katastrophenbewältigung** in die Curricula der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung, sowie des Medizinstudiums.
- Die Berücksichtigung von **Maßnahmen zur Krisen- und Katastrophenprävention** in der Berechnung der **Personalschlüssel im Gesundheits- und Sozialwesen**, insbesondere im Rahmen der Entwicklungsprozesse für die Personalbemessungsinstrumente nach § 113c SGB XI.
- Stärkung der Krisenfestigkeit der medizinisch-pflegerischen Infrastruktur durch eine ressortübergreifende **AG „Krisenfeste Pflege“** auf Bundesebene, unter Beteiligung der relevanten Bundesministerien (BMG, BMI, BKA) und Pflegeorganisationen.
- Die Schaffung einer **krisenfesten Infrastruktur** auf organisatorischer, logistischer und baulicher Ebene (Krisenpläne, Vorräte, Schutzausrüstungen, Notstrom etc.).
- Zur Entlastung des in einer Pandemielage stark beanspruchten Gesundheitssystems bedarf es einer Stärkung der Laienhilfe durch zusätzlichen Kompetenzerwerb in besonderen Teilbereichen der Selbst- und Nachbarschaftshilfe im Sinne von resilienten Basisfähigkeiten im sozialraumorientierten Ansatz. Hierzu bedarf es einer **jährlichen Grundfinanzierung bei den Hilfsorganisationen** (nach dem Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetzes, ZSKG) für die flächendeckende, dauerhafte und damit belastbare Ausbildung der Bevölkerung zur Erreichung einer Basisbefähigung z.B. in der Betreuung von vulnerablen Personen, oder in der Wahrnehmung einer Lotsenfunktion im Gesundheitswesen für vulnerable Menschen z.B. bei Impfungen.
- Nach §24 Nr. 2 des ZSKG fördert der Bund die **Ausbildung der Bevölkerung durch die Hilfsorganisationen zu Pflegehilfskräften**. Zu dieser gesetzlichen Regelung nach dem ZSKG sind allerdings bisher keine Haushaltsmittel im Bundeshaushalt hinterlegt, so dass in diesem Bereich bisher keine flächendeckenden und strukturell belastbaren ehrenamtlichen Ergänzungsstrukturen zur alltäglichen Gesundheitsversorgung entstehen konnten. Die Pandemielage hat deutlich werden lassen, dass ein erheblicher personeller Zusatzbedarf in diesem Bereich in der Krise entsteht. Der Bund sollte die entsprechenden Finanzmittel zur Verfügung stellen, so dass eine flächendeckende und in der Krise verfügbare ehrenamtliche personelle Ergänzungsressource bei den Hilfsorganisationen entstehen kann.
- Die **Schulung der (älteren) Bevölkerung in neuen Technologien**, um den krisenbedingten Ausfall von lebensqualitätsrelevanten Angeboten und Aktivitäten vorübergehend mittels digitaler

Medien ausgleichen zu können. Dies umfasst insbesondere Konzepte der **Gesundheitsförderung und Prävention** für alle Gesundheitsdimensionen (physische, psychische und kognitive Funktionen), um individuelle Ressourcen in Krisenzeiten zu stärken und damit die persönliche, funktionale Resilienz zu erhöhen.

- Die besonderen Bedarfe von **Menschen mit Behinderungen** oder **psychischen Erkrankungen** sind zielgerichtet zu adressieren, wozu neben **baulichen Veränderungen** für eine barrierefreie Zugänglichkeit, auch die **Schulung des Gesundheitspersonals** gehört. Insbesondere in den Bereichen der Kommunikation, Selbstbestimmung, Ressourcenorientierung, sowie der adäquaten Unterstützung analog der Bedürfnisse des Menschen mit Behinderungen.
- Und schlussendlich gilt, dass alle Menschen, die in Deutschland leben, schnellen und **uneingeschränkten Zugang** zum Gesundheitssystem haben müssen. Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) schränkt die Gesundheitsleistungen für Asylsuchende und Geduldete ein auf Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, Schutzimpfungen und Leistungen für Schwangere und Wöchnerinnen ein. Der Katalog der medizinisch notwendigen Leistungen der Krankenkassen auch im Rahmen des AsylbLG Anwendung finden.

Berlin, den 22.02.2021

Kontaktinformationen:

Deutsches Rotes Kreuz – Generalsekretariat

Bereich Jugend und Wohlfahrtspflege

Kathleen Wabrowetz, Referentin für Wohlfahrt in Europa und international

Email: k.wabrowetz@drk.de

Tel.: 030 85404 191