

Paritätische Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie und Empfehlungen für eine bessere Vorsorge

Abstract

Das vorliegende Papier bündelt die Erfahrungen des Paritätischen Gesamtverbandes aus der Corona-Pandemie und benennt Lehren für eine bessere Krisenvorsorge in sechs zentralen Arbeitsfeldern der Freien Wohlfahrtspflege: Kindheit und Jugend, Teilhabe/Pflege/Selbsthilfe, Wohnungsnotfallhilfe, Migration, Frauen sowie Suchthilfe. Querschnittlich zeigen sich vergleichbare Muster: vulnerable Gruppen wurden durch die Schutzmaßnahmen besonders belastet, Teilhabe- und Grundrechte gerieten gegenüber pauschalen Hygieneauflagen in den Hintergrund, und strukturelle Defizite in Finanzierung, Personalausstattung und Kriseninfrastruktur traten offen zutage. Zugleich entstanden tragfähige Impulse – insbesondere durch digitale und aufsuchende Formate, pragmatische lokale Lösungen und neue Vernetzungsstrukturen. Die Empfehlungen zielen auf diskriminierungsfreien Zugang zu Versorgung, verbindliche Beteiligung der Betroffenen, krisenfeste Finanzierung, eine Anerkennung als systemrelevante Strukturen, barrierefreie Kommunikation und die dauerhafte Verankerung bewährter digitaler wie analoger Angebote.

Die Corona-Pandemie hat Gesellschaft und Staat vor enorme Herausforderungen gestellt, nicht nur in gesundheitlicher Hinsicht, sondern auch mit Blick auf soziale, ökonomische und politische Faktoren.

Die vom Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“ hat im September 2025 ihre Arbeit aufgenommen und soll bis Juni 2027 einen umfassenden Abschlussbericht mit Empfehlungen zur Prävention und Bekämpfung zukünftiger Gesundheitskrisen vorlegen. Die Enquete-Kommission arbeitet interdisziplinär an der Frage, wie Risikobewertung, Früherkennung und Krisenbewältigung in künftigen Pandemien effektiver gestaltet werden können. Dabei sollen gemäß dem Arbeitsauftrag der Kommission die Erkenntnisse aus den Bereichen Gesundheitswesen, Wirtschaft, Bildung, Soziales, Politik, internationale Zusammenarbeit und öffentliche Kommunikation zusammengeführt werden, um gezielt strukturelle Verbesserungen anzustoßen.

Die Arbeitsfelder der Freien Wohlfahrt nahmen während der Pandemie eine zentrale Rolle ein. Das gilt sowohl für die Aufrechterhaltung sozialer Daseinsvorsorge durch ihre Dienstleistungen und Angebote unter schwierigsten Bedingungen als auch für die

Bereitstellung relevanter neuer Hilfs-, Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen bei der Bekämpfung der Pandemie.

Bereits bei der Einsetzung der Kommission, die aus 14 Abgeordneten des Deutschen Bundestages und 14 Sachverständigen besteht, wurden die vielfältigen Perspektiven der Freien Wohlfahrtspflege von der Kindertagesbetreuung über die Pflege und Eingliederungshilfe bis zur breiten Landschaft von Selbsthilfe-, Beratungs- und Unterstützungsangeboten bis auf wenige Ausnahmen jedoch nicht berücksichtigt. Damit setzt sich bedauerlicherweise eine problematische Ignoranz gegenüber weiten Teilen der unmittelbar von der Pandemie betroffenen Menschen und ihrer auf den Erfahrungen aus den betreffenden Jahren beruhenden Expertise fort. Die Aufarbeitung droht damit zu einer nicht hinreichend multiperspektivischen Auswertung zu werden, deren Nutzen für vergleichbare zukünftige Ereignisse empfindlich geschmälert würde.

Die nachfolgenden Erkenntnisse und Lehren aus der Pandemie sollen daher die Perspektive auf die Aufarbeitung erweitern und zudem relevante Aspekte einer künftigen sinnvollen Vorsorge für die Arbeitsfelder der Wohlfahrtspflege ergänzen.

1. Kindheit und Jugend

1.1. Herausforderungen

Die wesentlichen Herausforderungen und Probleme für Kinder und Jugendliche sind in Bezug auf die Coronapandemie hinlänglich bekannt.

Kinder und Jugendliche litten unter stark **eingeschränkten sozialen Kontakten**, reduzierten Förder- und Bildungsangeboten, fehlender Bewegung und wegbrechenden Alltagsstrukturen, was zu psychischen Belastungen, Entwicklungsrisiken, Unsicherheiten und Anpassungsschwierigkeiten führen konnte; die Folgen der Pandemie sind im Umgang mit Kindern und Jugendlichen bis heute ablesbar.

Zugleich erfolgte die **Digitalisierung** von Kindheit und Jugend rasant und ohne entsprechende Schutzangebote in Bezug auf Jugend im "Daueronlinemodus", uneingeschränkte Plattforminhalte und digitale Gewalt. Diese Auswirkungen sind bis heute anhaltend und prägen eine ganze "Pandemiegeneration" von Kindern und Jugendlichen. Kinder und Jugendliche wurden an keiner Stelle an den Entscheidungen im Zuge der Pandemiebewältigung beteiligt und mussten gleichzeitig die größten Einschränkungen hinnehmen.

Für benachteiligte Kinder und Jugendliche waren die Einschnitte durch die Pandemie stärker spürbar: beengte Wohnverhältnisse, fehlende technische Ausstattung, Mangel in Bezug auf ausgewogene Ernährung und Bewegungsangebote, fehlende soziale Auffangfunktionen durch Pädagog*innen oder außerschulische Freizeiteinrichtungen, noch stärkere Bildungsbenachteiligung durch fehlende Unterstützung in der Schule, in Bezug auf Schulabschlüsse und im Übergang Schule und Beruf.

Besondere Einschränkungen erlebten Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen; hier wurden insbesondere ihre Rechte auf Kontakt zu ihren Herkunftsfamilien unverhältnismäßig eingeschränkt; das pädagogische Personal sollte Körperkontakte vermeiden und permanent Maske tragen; infizierte Kinder und Jugendliche wurden tagelang in separaten Räumlichkeiten komplett isoliert und hatten kaum entwicklungsrelevante Kontakte zu Betreuer*innen und anderen Kindern und Jugendlichen. Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen, die auf Unterstützungsleistungen angewiesen sind (Assistenzen in Schule und Freizeit), wurden regelrecht exkludiert, da diese Angebote teilweise gar nicht mehr gewährleistet wurden. Barrierefreie digitale Angebote gab es de facto nicht.

Die Träger im Bereich Kindertagesbetreuung, Kinder- und Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, der ambulanten und stationären Hilfen zur Erziehung u.a., aber auch Schulen standen während der Pandemie in Bezug auf fehlendes Personal, finanzielle Mehrbelastungen (technische Ausstattungen mit Hard- und Software, Hygieneausstattung, 24/7 Personalanforderungen etc.), fehlende Krisenpläne und fehlende Konzepte in Bezug auf Betreuung und Bildung mit eingeschränkter Erreichbarkeit, Erschöpfung des Personals massiv unter Druck.

Es fehlte an entsprechenden Fortbildungs- und Qualifizierungsangeboten für Fachkräfte im Umgang mit den Herausforderungen und Anforderungen der Pandemie (insbesondere Hygienemaßnahmen, medizinische Erkenntnisse oder digitale Fähigkeiten betreffend). In der Gesamtfolge kam es durch die Pandemie zu Entwicklungsrückständen bei Kindern und Jugendlichen, verstärkte Bildungsungleichheiten, anhaltend belastete Familien, erschöpfte Fachkräfte und vermehrte gesundheitliche Langzeitfolgen wie Long COVID und ME/CFS.

1.2. Positive Erfahrungen

Als positiv kann bewertet werden, dass die Pandemie die Möglichkeiten im Rahmen digitaler Angebote im Bildungsbereich vorangetrieben hat. Es gibt nun Erfahrungen und Konzepte für digitale Lern- und Bildungsangebote. Auch digitale Beratungsangebote sind massiv ausgebaut worden. Dies kommt Kindern und Jugendlichen bis heute z.B. in Form von Krisenchats, telefonischer Beratung und umfassenden Informationen im digitalen Raum zugute. In der sozialen Arbeit wurden kombinierte Konzepte von digitaler Erreichbarkeit und aufsuchenden Angeboten (z.B. walk and talk) entwickelt. In den Angebotsstrukturen wurden Hygienekonzepte und Kommunikationsketten erprobt und Erfahrungen gesammelt, die für zukünftige Situationen anwendbar sind.

1.3. Empfehlungen

Kinderrechte sind konsequent im Rahmen jeder Maßnahme abzuwägen und zu berücksichtigen

Kinderrechte, wie das Recht auf Bildung, aber auch Beteiligung, Spiel, die Begegnung mit Gleichaltrigen usw. dürfen nicht starren Hygienemaßnahmen zum Opfer fallen. Das Recht auf Bildung gilt uneingeschränkt für alle Kinder und Jugendlichen, egal ob sie eine Beeinträchtigung haben, arm sind oder in einer Flüchtlingsunterkunft leben müssen, egal ob wir uns in Pandemie-Zeiten befinden oder nicht. Es bedarf einer sehr genauen sowie im Einzelfall angepassten und keiner pauschalen Abwägung zwischen Gesundheitsschutz auf Grund einer Krisenlage und Einschränkungen von Teilhabe- und Bildungsrechten mit entsprechenden Langzeitauswirkungen auf die Situation und auch langfristige Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Junge Menschen beteiligen

Junge Menschen müssen auch in Ausnahmesituationen an sie betreffenden Entscheidungen einbezogen und altersgerecht unterstützt werden. Länder und Kommunen sind aufgefordert, diese Aspekte in ihren bildungsbezogenen Entscheidungen zu berücksichtigen. Strukturen und Elemente schulischer Mitbestimmung müssen auf der Ebene von Klassen, Jahrgängen, Schulen und schulübergreifend auch digital ermöglicht und gefördert werden. Kommunale Beteiligungsformen, wie Kinder- oder Jugendparlamente, müssen auch in Krisenzeiten in die Entscheidungen einbezogen und gehört werden. Eine dafür erforderliche technische Ausstattung sowie pädagogische und methodische Unterstützung müssen in den kommunalen Haushalten dauerhaft berücksichtigt werden.

Schulen und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe technisch, personell und finanziell bedarfsgerecht ausstatten

Schulen und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sind personell und finanziell bedarfsgerecht auszustatten, um regionale Disparitäten auszugleichen. Die Beschulung während der Corona-Pandemie hat gezeigt, wie stark die Qualität des Lernens von Kompetenzen der Lehrkräfte, technischer Ausstattung, räumlichen Gegebenheiten, sowohl zu Hause als auch am Schulstandort, Unterstützungsmöglichkeiten durch Eltern und/oder sozialpädagogischen Angeboten abhängig ist.

Schulen sind mit entsprechender Technik und Konzepte für digitales Lernen ausreichend auszustatten. Frei zugängliche Lernräume, insbesondere für Kinder und Jugendliche, die im häuslichen Umfeld wenig oder keinen ruhigen Platz zum Arbeiten haben, sollten an Schulen oder an entsprechender Stelle im Sozialraum vorgehalten werden und müssen so ausgestattet sein, dass sie den technischen Anforderungen für digitale oder hybride Lernformen gerecht werden.

Gesamtstrategie im Übergang Schule-Beruf entwickeln

Es ist notwendig, eine Gesamtstrategie im Übergang Schule-Beruf zu entwickeln, da die notwendige Unterstützung nur gemeinsam von Bund, Ländern und Kommunen bewältigt werden kann. Dazu ist es erforderlich, Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie zielgerichtet auszuwerten und neue Handlungskonzepte mindestens in den Rechtskreisen SGB II, III und VIII zu erarbeiten. Niedrigschwellige Unterstützung und aufsuchende Ansätze zur individuellen Förderung beim Übergang sind zu stärken. Gerade mit Blick auf junge Menschen in Risikolagen ist eine systemübergreifende verlässliche Zusammenarbeit aller Akteure im Sinne einer Chancengerechtigkeit bei Bildung und Ausbildung unabdingbar. In diesem Zusammenhang muss die Jugendsozialarbeit nach SGB VIII gestärkt werden.

2. Teilhabe, Gesundheit, Pflege und Selbsthilfe

Die Corona-Pandemie hat strukturelle Schwachstellen im deutschen Pflege-, Gesundheits- und Sozialwesen schonungslos offengelegt. Altbekannte Probleme wie Personalnot und Finanzierungslücken wurden durch die Krise noch sichtbarer, trotz der schnellen und positiv zu bewertenden Hilfen im Kontext des Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG). Gleichzeitig entstanden neue Herausforderungen, die den Alltag pflegebedürftiger Menschen, Menschen mit Behinderungen und anderer vulnerabler Gruppen erheblich beeinträchtigten. Der Paritätische Gesamtverband hat diese Entwicklungen systematisch beobachtet und daraus konkrete Forderungen für eine zukunftsfeste Pflege, die Wahrung selbstbestimmter Teilhabe und ein diskriminierungsfreies Gesundheitswesen abgeleitet.

2.1. Herausforderungen

Einschränkungen von Teilhabe und Selbstbestimmung

Die pandemiebedingten Schutzmaßnahmen – Besuchs- und Kontaktverbote, Isolationspflichten, Schließung von Tages- und Kurzzeitpflegeangeboten – standen vielfach im direkten Widerspruch zu den Kernzielen einer menschenwürdigen Unterstützung und Pflege: dem Erhalt von Selbstständigkeit und selbstbestimmter gesellschaftlicher Teilhabe. Besonders in institutionellen Settings wie stationären Pflegeeinrichtungen und unterstützenden Wohnformen für Menschen mit Behinderungen war es kaum möglich, individuelle Selbstbestimmung mit kollektiven Infektionsschutzanforderungen in Einklang zu bringen. Auch die Selbsthilfe stand vor der erheblichen Herausforderung, trotz der geltenden Schutzmaßnahmen den Kontakt zu Selbsthilfeaktiven und Beratungs- wie Vernetzungsangebote aufrechtzuerhalten.

Auswirkungen für chronisch erkrankte Menschen

Die Einschränkungen und Kontaktvorgaben während der Pandemie haben die Situation für chronisch erkrankte Menschen nachhaltig verschlechtert. Insbesondere bei Menschen mit degenerativen Erkrankungen haben die Kontakteinschränkungen und die hieraus resultierenden fehlenden therapeutischen Angebote dazu geführt, dass sich der

Gesundheitszustand stark verschlechtert hat. Auch wurden viele Operationen und Behandlungen in Krankenhäuser und Rehakliniken verschoben, was teilweise zu sehr kritischen Situationen bei den Betroffenen führte.

Die Selbsthilfe während der Corona-Krise

Durch die Corona-Pandemie und die wiederholt ausgerufenen Lock-Down ist das Unterstützungsnetz in der Selbsthilfe von einem auf den anderen Tag weggefallen. Betroffene und ihre Angehörige hatten plötzlich keine Anlaufstellen mehr, die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme waren – und dies auch nicht in allen Fällen – nur auf das Telefon beschränkt. In der Zeit der Beschränkungen hatte dieser Zusammenbruch der gewohnten und notwendigen Hilfestrukturen insbesondere für jene Menschen fatale Auswirkungen, die sich – teilweise auch bedingt durch die Pandemie – in akuten psychischen Krisen befanden. Hier entstand eine konkrete Versorgungslücke.

Von den mittelfristigen Folgen der Krise waren jedoch auch Menschen mit chronischen Erkrankungen betroffen, wie z. B. Rheuma oder ALS. Für diese Menschen fiel während des Lock-Downs die Unterstützung wie Reha-Sport oder Krankengymnastik weg, was zu einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustands führte.

Bei den Organisationen, die diese Gesundheitsangebote vorhalten, führten die Maßnahmen teilweise zu existenziellen Krisen: Es gab keine gesetzliche Grundlage, die hier zu einem finanziellen Ausgleich der fehlenden Einnahmen verhalf, während die Fixkosten (Mieten, Nebenkosten, Personal, etc.) durch die Organisationen weiter finanziert werden mussten.

Diskriminierung im Gesundheitswesen: die Triage-Debatte

Die Pandemie machte eine lang bestehende, aber verdrängte Problemlage schlagartig sichtbar: Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sind im Gesundheitswesen strukturell benachteiligt – und dieser Schutz vor Diskriminierung war auch in der Krise nicht ausreichend gesichert. Als zu Beginn der Pandemie intensivmedizinische Ressourcen knapp zu werden drohten, fehlten rechtliche Regelungen, die eine Benachteiligung aufgrund einer Behinderung bei der Ressourcenzuteilung (Triage) hätten verhindern können. Das Bundesverfassungsgericht stellte im Dezember 2021 fest, dass der Gesetzgeber damit Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes verletzt hatte, und verpflichtete ihn zum unverzüglichen Handeln. Der Paritätische, dessen Forum chronisch kranker und behinderter Menschen als sachkundiger Dritter im Verfahren angehört wurde, betonte: Triage-Situationen sind für alle Beteiligten inhuman; zu ihnen darf es erst gar nicht kommen. Alle Maßnahmen zur Prävention und Ressourcensicherung müssen darauf ausgerichtet sein, eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern. Einer strukturellen Benachteiligung waren auch Pflegebedürftige ausgesetzt, in dem etwa bereits vor Ort "indirekte" Triagesituationen entstanden. Pflegeheimbewohner*innen wurden oft nicht mehr in Kliniken zur medizinischen Versorgung aufgenommen, wenn sie intensivpflichtig wurden. Berichtet wurde davon, dass bspw. die Mitnahme von betroffenen

Pflegebedürftigen durch Rettungskräfte “verweigert” oder vom zuständigen Hausarzt nicht befürwortet wurde. Gleichzeitig wurden keine Rahmenbedingungen geschaffen, um bspw. mit Beatmungsgeräten in Pflegeheimen Abhilfe zu schaffen, weil u.a. die Verfügbarkeit der Geräte nicht gegeben war oder aber die Kostenübernahme nicht geklärt werden konnte.

Unzureichende Kriseninfrastruktur und Rechtsunsicherheit

Pflegeeinrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe (EGH) waren in regionale Krisenstäbe häufig nicht eingebunden und erhielten keine systematische Unterstützung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Die Verfügbarkeit von Schutzgütern war lange Zeit nicht gesichert. Diese standen dann zunächst für die Pflege, nicht aber in gleichem Maße auch für Einrichtungen und Dienste der EGH zur Verfügung. Bürokratische Hürden bei der Kostenerstattung für Schutzmaterial kamen erschwerend hinzu. Widersprüche zwischen Bundesregelungen aus dem Infektionsschutzgesetz und dem Arbeits- sowie Ordnungsrecht der Länder erzeugten erhebliche Rechtsunsicherheit. Hinzu kamen unzureichende, nicht barrierefreie Krisenkommunikation, eine einseitige Fokussierung der Vorgaben auf die Pflege ohne eine hinreichende Differenzierung für Leistungsangebote der Eingliederungshilfe bzw. Menschen mit Behinderungen sowie eine übereilte und auf ungenügender Datenbasis geführte Debatte um eine einrichtungsbezogene Impfpflicht für Pflege- und Assistenzkräfte – die der Paritätische klar ablehnte, da sie die ohnehin hochbelasteten Fachkräfte in den Arbeitsfeldern der Pflege und Teilhabe diskreditierte statt anzuerkennen.

Belastung pflegender Angehöriger und fehlende Absicherung

Mit dem Wegfall von Kurz- und Tagespflegeangeboten übernahmen pflegende Angehörige in der Häuslichkeit zusätzliche Verantwortung – in einer Zeit extremer persönlicher, emotionaler und informativer Belastung. Eine fehlende bezahlte Pflegezeit, analog zu Elternzeit und Elterngeld, erwies sich als gravierendes strukturelles Versäumnis, das durch die Pandemie einmal mehr deutlich hervortrat.

2.2. Positive Erfahrungen

Digitalisierung als Chance für Teilhabe und Vernetzung

Die Pandemie hat den Wert digitaler Angebote für soziale Kontaktpflege, Beratung und Teilhabe eindrücklich belegt. Videotelefonie, digitale Gruppenangebote und Online-Beratungsformate ermöglichten es vulnerablen Menschen, soziale Bindungen auch unter Isolationsbedingungen aufrechtzuerhalten. Barrierefreie digitale Angebote – etwa barrierefreie Websites, Apps und Online-Sprechstunden – erwiesen sich als Schlüssel zu gleichberechtigter Partizipation für Menschen mit Behinderungen und unterstützten soziale Vernetzung auch in der Krise. Ebenso verbesserte sich die Erreichbarkeit von Unterstützungsangeboten für vulnerable Gruppen durch digitale Kanäle. Dies unterstreicht den dringenden Bedarf an einem umfassenden, nachhaltig finanzierten

Digitalisierungsprogramm für Pflege und EGH – das barrierefreie Zugänglichkeit als Standard begreift. Das aus dieser Erkenntnis entstandene und von der Aktion Mensch Stiftung geförderte Modellprojekt [„Digitale Teilhabe stärken: Modellprojekt für barrierefreie Apps in der Selbsthilfe“](#) des Paritätischen Gesamtverbandes hat hier bereits gute Beispiele entwickelt.

Gesellschaftliche Sichtbarkeit von Mitarbeitenden in CARE-Berufen

Das außerordentliche Engagement von Pflegekräften, die sich und ihre Familien täglich dem Infektionsrisiko aussetzen, erfuhr zumindest vorübergehend öffentliche Aufmerksamkeit und stärkte den politischen Druck für bessere Arbeitsbedingungen und höhere Löhne. Die Pandemie hat den gesamtgesellschaftlichen Wert professioneller Pflege und flächendeckender Betreuungsangebote nachhaltig ins Bewusstsein gerückt. Selbsthilfestrukturen und bürgerschaftliches Engagement zeigten sich als unverzichtbare ergänzende Ressource – auch wenn sie unter Pandemiebedingungen erheblich unter Druck gerieten.

Vernetzung und verfassungsrechtliche Klärung als Fortschritt

Dort, wo Pflegeeinrichtungen und EGH-Leistungserbringer eng mit kommunalen Strukturen vernetzt waren, gelang die Krisenbewältigung deutlich besser. Der Verfassungsgerichtsbeschluss zur Triage markierte trotz des zugrundeliegenden Versäumnisses auch einen wichtigen Fortschritt: Er hat die Frage des Diskriminierungsschutzes für Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen klar auf die politische Agenda gesetzt und verbindlichen Handlungsbedarf festgestellt. Nach einem erneuten Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Triage besteht dieser Handlungsbedarf nun auf Länderebene weiterhin.

2.3. Empfehlungen für Teilhabe, Pflege und Selbsthilfe

Aus den Erfahrungen der Pandemie leitet der Paritätische Gesamtverband folgende zentrale Handlungsempfehlungen für die Bereiche Pflege, Teilhabe und Selbsthilfe ab:

Triage-Situationen konsequent verhindern und diskriminierungsfreie Triage gesetzlich verankern

Alle gesetzgeberischen Maßnahmen müssen darauf ausgerichtet sein, eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern – durch Ressourcenoptimierung, Kapazitätsaufbau in der Intensivpflege und konsequenten Schutz vulnerabler Gruppen. Sollte eine Triage-Situation dennoch eintreten, darf allein die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit als Entscheidungskriterium gelten. Behinderung, Vorerkrankung, Pflegebedürftigkeit, Alter, Geschlecht oder vermutete Lebensqualität dürfen keine Rolle spielen. Entscheidungen sind interdisziplinär zu treffen, zu dokumentieren und zu evaluieren. Randomisierte Verfahren dürfen nicht ausgeschlossen werden.

Partizipation von Selbstvertreter*innen und Selbstvertretungsverbänden sicherstellen

Alle Regelungen zu Krisensituationen – von Triage-Kriterien bis zu Schutzmaßnahmen – müssen unter verbindlicher Beteiligung von Menschen mit Behinderungen und Selbstvertretungsorganisationen erarbeitet und regelmäßig evaluiert werden.

Strukturelle Krisenresilienz aufbauen

Pflegeeinrichtungen und EGH-Träger müssen verbindlich in regionale Krisenstäbe eingebunden, mit ausreichend Schutzgütern versorgt und durch den ÖGD kontinuierlich begleitet werden. Rechtswidersprüche zwischen Bundes- und Landesrecht sind zu beseitigen. Konzepte für die partizipative Umsetzung von Aufklärungs- und Schutzmaßnahmen müssen entwickelt und verstetigt werden.

Barrierefreie Krisenkommunikation garantieren und digitale Barrierefreiheit als Standard etablieren

Informationen in Krisenzeiten müssen in Gebärdensprache, Leichter Sprache, mehrsprachig und in barrierefreien digitalen Formaten vorliegen. Auch bauliche Barrierefreiheit in medizinischen Einrichtungen ist sicherzustellen. Barrierefreie digitale Angebote – Websites, Apps, Online-Sprechstunden – müssen zur Selbstverständlichkeit werden, damit Menschen mit Behinderungen auch in Krisenzeiten gleichberechtigt an Beratungs- und Versorgungsangeboten teilhaben können.

Diskriminierungssensible Ausbildung im Gesundheitswesen stärken

Die menschenrechtliche Perspektive und die Begegnung mit Menschen mit Behinderungen auf Augenhöhe müssen systematisch in Aus- und Weiterbildung von Medizin- und Pflegepersonal verankert werden.

Pflegende Angehörige absichern und Selbsthilfe stärken

Eine bezahlte Familienpflegezeit nach dem Vorbild der Elternzeit muss umgesetzt werden. Die Selbsthilfe braucht dauerhaft gestärkte Strukturen und digitale Infrastruktur, um auch in Krisenzeiten erreichbar zu bleiben. Unabhängig von Alter und chronischer Erkrankung hat sich während Krisenzeiten immer wieder gezeigt, dass Menschen mit ihren Anliegen das Unterstützungssystem der Selbsthilfe deutlich stärker aufsuchen und nutzen als zu krisenfreien Zeiten. Angebote der Selbsthilfe und ihre Verbände sollten deshalb stärker als systemrelevant anerkannt und entsprechend in Krisenfällen unterstützt werden, da sie für viele Betroffene erste niedrigschwellige Anlaufstellen bieten, die andere Hilfesysteme entlasten.

Pflegewissenschaftliche Grundlagen fördern

Belastbare Studien zu krisenfester Versorgung und Prävention müssen gezielt gefördert werden, um evidenzbasierte Empfehlungen für künftige Krisensituationen zu entwickeln.

3. Wohnungsnotfallhilfe

3.1. Herausforderungen

Die Corona-Pandemie hat die strukturellen Defizite in der Wohnungsnotfallhilfe deutlich offengelegt, dies hat die BAG W als Fachverband der Wohnungslosenhilfe vielfach deutlich gemacht. Bei den künftigen Ausführungen berufen wir uns vor allem auf die dort gesammelte Expertise.

Besonders problematisch waren Sammelunterkünfte mit hoher Belegungsdichte, die weder Infektionsschutz noch menschenwürdige Unterbringung gewährleisten konnten.

Quarantäne- und Isolationsmöglichkeiten fehlten vielerorts. Gleichzeitig hatten wohnungslose Menschen oft keinen gesicherten Zugang zu medizinischer Versorgung, Tests oder Impfungen, obwohl sie zur Hochrisikogruppe zählen.

Niedrigschwellige Angebote wie Tagesaufenthalte oder Beratungsstellen mussten zeitweise schließen oder ihr Angebot stark einschränken. Dadurch brachen wichtige Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen weg. Digitale Informations- und Beratungsangebote waren für viele Betroffene mangels technischer Ausstattung oder Zugangs nicht erreichbar.

Zudem zeigte sich die prekäre Finanzlage vieler Träger: Zusätzliche Ausgaben für Schutzmaterialien, Räumlichkeiten oder Personal waren nicht ausreichend abgesichert.

Wohnungslosigkeit wurde überwiegend als ordnungsrechtliches Problem behandelt, präventive Ansätze und die besondere Lebensrealität obdachloser Menschen fanden in politischen Maßnahmen und öffentlicher Kommunikation zu wenig Berücksichtigung

3.2. Positive Erfahrungen

Gleichzeitig hat die Pandemie gezeigt, dass schnelle und pragmatische Lösungen möglich sind. In vielen Kommunen wurden kurzfristig Einzel- oder Zweibettunterkünfte geschaffen und die Belegungsdichte reduziert. Teilweise wurden Notunterkünfte oder neue Tagestreffs (z.B. im Hofbräuhaus in Berlin) rund um die Uhr geöffnet. Mobile medizinische Angebote, aufsuchende Sozialarbeit und digitale Beratungsformate (Hotlines, Online-Beratung) wurden ausgebaut.

Die priorisierte Impfung wohnungsloser Menschen und Mitarbeitender in Einrichtungen sowie die Kooperation mit Gesundheitsämtern haben gezeigt, dass gezielte Schutzmaßnahmen umsetzbar sind. Zudem wurde deutlich: Die eigene Wohnung bietet den besten Schutz in Krisenzeiten – Prävention ist wirksamer und kostengünstiger als reines Krisenmanagement.

3.3. Wichtigste Empfehlungen im Bereich der Wohnungsnotfallhilfe für die Zukunft

Für zukünftige Krisen braucht es eine **krisensichere und menschenwürdige Wohnungsnotfallhilfe**. Dazu gehören dauerhaft reduzierte Belegungsdichten, verbindliche Hygiene- und Quarantänekonzepte sowie eine gesicherte Finanzierung von Mehrausgaben in Krisenzeiten.

Der **gleichberechtigte Zugang zu medizinischer Versorgung** muss strukturell abgesichert werden, etwa durch mobile und niedrighschwellige Angebote (bspw. auch die Bereitstellung von öffentlichen Waschgelegenheiten, Toiletten und Desinfektionsspendern). Notunterkünfte und Tagesaufenthalte sollten grundsätzlich so ausgestattet sein, dass eine 24/7-Öffnung möglich ist. Digitale Angebote sind auszubauen, zugleich müssen analoge Informationswege erhalten bleiben und gedruckte Informationsmaterialien in leicht verständlicher Sprache an Orten wie Tagesaufenthalte zur Verfügung gestellt werden. Langfristig ist ein **nationaler Aktionsplan gegen Wohnungslosigkeit** erforderlich, verbunden mit dem Ausbau sozial geförderten Wohnraums und wirksamen Präventionsstrukturen. Räumungen dürfen nicht ohne Unterbringungsgarantie erfolgen. Fachverbände und die Selbstvertretung wohnungsloser Menschen sind systematisch in politische Entscheidungsprozesse einzubeziehen.

4. Migration

4.1. Wesentliche Herausforderungen

Migrant*innen, insbesondere Geflüchtete, traf die Pandemie und die in ihrer Folge verhängten Maßnahmen besonders hart. Durch die **Grenzschließungen** wurde der Zugang zum Recht auf Asyl erheblich erschwert, der Familiennachzug und die (Wieder-)Einreise nach Deutschland für sonstige Migrant*innen (auch mit gesichertem Aufenthaltsstatus) war zeitweise unmöglich.

Die Form der **Unterbringung** brachte erhebliche Probleme mit sich: In Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete war aufgrund der engen Verhältnisse und Mehrbettzimmer häufig kein ausreichender Infektionsschutz möglich, im Fall von einzelnen Erkrankungen unterlagen oft ganze Einrichtungen der Quarantäne. Ausgangsbeschränkungen trafen die Menschen aufgrund der beengten Verhältnisse besonders hart und führten zu Spannungen sowie massiven psychischen Belastungen/Erkrankungen – bei aufgrund von erlebten Traumata ohnehin besonders vulnerablen Personen.

Der meist nicht ausreichende Zugang zu Internet und Endgeräten führte dazu, dass der **Zugang zu Bildung (Homeschooling, Sprachkursen etc.), gesellschaftlicher Teilhabe und Arbeitsmarkt** für diese Personengruppe in besonderem Maße eingeschränkt wurde.

Der Verlust von Arbeitsplätzen führte zur Angst vor dem Verlust des Aufenthaltstitels, da hierfür i.d.R. die Sicherung des Lebensunterhalts gewährleistet sein muss.

Der **Zugang zu Behörden, aber auch zu Beratungsangeboten** war erschwert, zeitweise nur digital oder gar nicht möglich, was für Personen mit geringen Sprachkenntnissen und psychischen Belastungen besonders gravierende Folgen hatte. Aufenthaltstitel konnten zeitweise nicht beantragt oder verlängert, Asylanträge nicht gestellt werden und der Zugang zu Leistungsbehörden war ebenfalls schwierig. Aufgrund fehlenden Zugangs zu Beratungsangeboten konnten Rechtsmittelfristen teilweise nicht eingehalten werden.

4.2. Positive Erfahrungen

Beratungsstellen, aber auch sonstige Unterstützungsangebote für Geflüchtete und sonstige Migrant*innen reagierten oft schnell und unbürokratisch, um zumindest ein Mindestmaß an Unterstützung zu ermöglichen. So wurde auf telefonische Beratung umgestellt, wo digitale Angebote (noch) nicht zur Verfügung standen und psychosoziale und -therapeutische Angebote etwa für traumatisierte Geflüchtete wurden in Notfällen auch persönlich, z.B. im Freien angeboten. In Gemeinschaftsunterkünften wurde priorisiert geimpft. Manche Behörden passten ihre Praxis an, so stellte das BAMF zeitweise nur positive Asyl-Bescheide zu und das Land Berlin hat mit einer Allgemeinverfügung geregelt, dass ein Aufenthaltstitel nicht erlischt, wenn Leistungen nach SGB II, XII oder dem AsylbLG bezogen wurden.

4.3. Empfehlungen für die Migrationsarbeit

Für die Zukunft muss sichergestellt werden, dass der **Zugang zum Recht auf Asyl** auch im Fall von Grenzschließungen möglich bleibt.

Im Kontext Unterbringung zeigt sich in Krisenzeiten besonders, dass die Unterbringung von Menschen in Massenunterkünften keine gute Lösung darstellt und nur erfolgen sollte, wenn dies unvermeidbar ist. Die Aufnahme der aus der Ukraine Geflüchteten hat gezeigt, dass oft eine **dezentrale Unterbringung** in Wohnungen oder Hostels möglich und vorzuzugswürdig ist. Zumindest vulnerable Personen und Familien sollten stets in Unterkünften mit eigenen Wohneinheiten und eigenen Koch- und Sanitärbereichen untergebracht werden. Darüber hinaus braucht es gesetzlich geregelte Standards.

Der **flächendeckende Zugang zu Internet und Endgeräten** muss in allen Unterbringungsformen sichergestellt und digitale Kompetenzen bei allen Beteiligten gefördert werden. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der Zugang zur Regelschule für geflüchtete Kinder spätestens nach 3 Monaten und der Zugang zu Integrationskursen für alle Zugewanderten von Anfang an sichergestellt wird.

Die **Erreichbarkeit von Behörden** muss für alle Zielgruppen sichergestellt werden. Hierzu gehören niedrigschwellige Online-Behördendienstleistungen (mehrsprachig, barrierefrei und mit Smartphones nutzbar). Da nicht alle Personen digitale Formate nutzen können,

bedarf es der Sicherstellung persönlicher und telefonischer Kontaktformen unter stärkerer Einbeziehung auch telefonischer Dolmetscher*innenleistungen. Darüber hinaus sollte in Krisenzeiten von der Zustellung negativer Entscheidungen abgesehen werden, Fristen großzügig verlängert und Verlängerungen von Aufenthaltstiteln oder Sozialleistungen von Amts wegen erfolgen.

Darüber hinaus braucht es **diskriminierungsfreien Zugang zu medizinischer Versorgung sowie Sozialleistungen**, z.B. durch Aufhebung des Asylbewerberleistungsgesetzes. Solange dieses existiert, muss die besondere Situation von Menschen im AsylbLG stets mitbedacht werden.

5. Frauen

5.1. Herausforderungen

Zugang zum Schwangerschaftsabbruch:

Das Recht auf Zugang zum Schwangerschaftsabbruch war während der Pandemie noch weiter eingeschränkt als ohnehin.

Verweigerung von selbstgewählten Begleitpersonen bei Geburten:

Die wegen der Corona-Pandemie geltenden Einschränkungen im Bereich der geburtshilflichen Versorgung wirkten sich negativ auf die körperliche und emotionale Gesundheit von Gebärenden aus. Ein Beispiel ist das komplette oder teilweise Verbot einer selbst gewählten Begleitperson für die Geburt. werdende Väter, Co-Mütter und Elternteile mit nicht-binärer Geschlechteridentität wurden von einer entscheidenden Phase des Eltern-werdens ausgeschlossen. Gebärende erhielten nicht die Unterstützung, die sie benötigten und waren unnötigem Stress ausgesetzt. Daraus resultierte das Risiko negativer Auswirkungen auf den Geburtsverlauf. Auch die World Health Organization (WHO) bestätigt, dass zu einer sicheren und positiven Erfahrung bei der Geburt die Anwesenheit einer selbst gewählten Begleitperson gehört.

Auswirkungen auf Opfer von häuslicher und sexualisierter Gewalt:

Die seit langem bestehende prekäre Finanzierungssituation des Gewaltschutzsystems wurde in der Corona-Krise erneut auf eine extreme Belastungsprobe gestellt. Erschwerend kommt hinzu, dass die Finanzierung des Gewaltschutzsystems in den Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt war; es gab noch immer keine bundeseinheitliche Regelung. Länder und Kommunen reagierten daher auch in der Krise unterschiedlich und unterstützen das Gewaltschutzsystem nicht nach einem bundeseinheitlichen Standard. Hinzu kam: Die besonderen Bedarfe geflüchteter Frauen und anderer vulnerablen Minderheiten wurden in der Krise noch weniger angemessen als ohnehin berücksichtigt. Auch Frauenberatungsstellen standen vor erheblichen Problemen. Sie verzeichneten seit Beginn der Krise ein erhöhtes Beratungsaufkommen und mussten gleichzeitig versuchen, zunehmend von Präsenz- auf Telefon- und Onlineberatung umzustellen. Hier wirkte sich

nun aus, dass die Infrastruktur des Hilfesystems schon immer nicht den tatsächlichen Problemen entsprach. Dadurch fehlte es in den meisten Beratungsstellen an Mitarbeiter*innen, die zudem einer entsprechenden Schulung bedürfen. Einige wenige Bundesländer richteten während der Pandemie Sonderfonds und Unterstützungsleistungen für das Gewaltschutzsystem ein, allerdings war dies nicht flächendeckend der Fall. Auch das BMFSFJ hat den Einrichtungen des Gewaltschutzsystems Mittel zur besseren technischen Ausstattung für Telefon- und Onlineberatung bzw. für den Zugang zu telefonischen Dolmetsch-Diensten zur Verfügung gestellt.

Mit dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz SodEG fielen Frauenhäuser und Fachberatungsstellen, die in einem Rechtsverhältnis zu Leistungsträgern des SGB stehen, unter das Sozialschutz-Hilfspaket des Bundes. Das bedeutete jedoch im Umkehrschluss, dass Einrichtungen, die zwar in einem Rechtsverhältnis zu kommunalen Kostenträgern stehen, deren Leistungen aber nicht den Sozialgesetzbüchern zugeordnet werden, sondern als freiwillige Leistungen durch Zuwendungen finanziert werden, keine unterstützende (Teil-)Refinanzierung auf Grundlage des SodEG erhielten. Dies hätte mit Blick auf die Systemrelevanz der Gewaltschutzeinrichtungen dringend anders geregelt werden müssen.

Auswirkungen auf Prostituierte/Sexarbeiter*innen:

Durch Corona-Verordnungen und die damit verbundene Schließung von Prostitutionsstätten sowie den Wegfall der Möglichkeiten für Prostituierte/Sexarbeiter*innen, ihre Dienste anzubieten, kam es zu einem plötzlichen Einnahmestopp für Personen in der Prostitution/Sexarbeit. Viele waren unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht oder betroffen, einige wohnten in den geschlossenen Bordellen. Daher waren viele Frauen in äußerst prekären Lagen und darauf angewiesen, schnell wieder zu arbeiten. Sie taten dies illegal in Wohnungen oder auf der Straße. All das verstärkte die Vulnerabilität der Betroffenen. Zudem fielen aufgrund der Corona-Verordnungen wichtige Angebote wie aufsuchende Arbeit von Beratungsstellen oder Angebote in den Beratungs- und Anlaufstellen weg. Häufig war Beratung nur sehr eingeschränkt oder telefonisch möglich.

5.2. Empfehlungen:

Zugang zum Schwangerschaftsabbruch sicherstellen:

Der Schwangerschaftsabbruch muss als essenzielle und dringende Gesundheitsversorgung behandelt werden, damit ein rechtzeitiger Zugang möglich ist. Dazu ist auch eine gesetzliche Regelung vonnöten, die die digitale Schwangerschaftskonfliktberatung rechtssicher ausgestaltet, um auch im Krisenfall zugänglich zu sein. Es muss ein bundesweit einheitliches Formular für die Beantragung der Kostenübernahme beim Schwangerschaftsabbruch geben. Es sollte auch online und darüber hinaus, z.B. durch Auslagen in medizinischen Praxen und Apotheken, verfügbar sein.

Es müssen kostenlose telemedizinische Konsultationen (ggf. unter Zuhilfenahme von Dolmetscher*innen) rund um das Thema Schwangerschaftsabbruch ermöglicht werden. Es

muss flächendeckend eine ausreichende Anzahl von Ärzt*innen und Kliniken gewährleistet werden, die bereit und in der Lage sind, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Die Informationen, wo Frauen diese Ärzt*innen und Kliniken finden, müssen leicht zugänglich sein.

Geburtssituation sicher gestalten:

Die gebärende Person und ihre selbst gewählte Begleitperson müssen als untrennbare Einheit und grundlegend für eine sichere Geburt anerkannt werden. Gebärenden-zentrierte Hygienekonzepte können das Risiko der Virusverbreitung minimieren.

Pandemieverordnungen müssen Ausnahmen für die Versorgung vor, während und nach der Geburt enthalten. Bereits bestehende Gebärenden-zentrierte Hygienekonzepte, die sich bewährt haben, müssen als Best-Practices diskutiert werden.

Gewaltschutz breit aufstellen:

Die prekäre und uneinheitliche Finanzierungssituation des Gewaltschutzsystems muss grundsätzlich beendet werden. Es braucht hierfür langfristig – auch ganz unabhängig von Corona – bundesweit einheitliche Finanzierungsgrundlagen. Mittlerweile gibt es mit dem Gewalthilfegesetz ein entsprechendes Bundesgesetz. Die Landesausführungsgesetze des Gewalthilfegesetzes müssen hier grundlegend und zeitnah Abhilfe schaffen.

Mit Blick auf künftige Krisensituationen bedarf es jetzt einer nachhaltigen und nicht nur kurzfristigen Unterstützung bei der digitalen Infrastruktur der Einrichtungen und entsprechender Schulungen. Mittelfristig müssen verbindliche Regelungen für pandemiebedingte Mehrkosten geschaffen werden. Perspektivisch muss der Ausbau der Frauenhäuser mit Appartementeinheiten (Zimmer, Küchenzeile, Sanitärbereich je Frau und ihre Kinder) finanziell unterstützt werden. Dabei müssen besondere Bedarfe – beispielsweise von beeinträchtigten oder älteren Frauen – besonders berücksichtigt werden. Ein niedrigschwelliger Zugang ist für alle Frauen erforderlich. Der Bereich Gewaltschutz darf nicht krisenbedingten Sparmaßnahmen zum Opfer fallen.

Zugang zu Sozialleistungen für Prostituierten/ Sexarbeiter*innen:

Prostituierten/ Sexarbeiter*innen aus EU-Ländern sollte schnellstmöglich ein **Zugang zu Sozialleistungen** ermöglicht werden, wenn Einschränkungen durch eine vergleichbare Krisensituation bestehen. Die Senkung der Voraussetzungen für den Zugang von EU-Bürger*innen zu Sozialleistungen ist angesichts des totalen Einnahmestopps essenziell. Zur Überbrückung bis zur Gewährung der Sozialleistungen müssen für EU-Bürger*innen **Nothilfefonds** bereitgestellt werden. Diese müssen auch für Drittstaatsangehörige ohne Recht auf Sozialleistungen zugänglich sein. Sie sollen Wohnungslosigkeit/Obdachlosigkeit und Hunger, aber auch eine steigende finanzielle Abhängigkeit von Bordellbetreiber*innen, Zuhälter*innen oder Dritten verhindern. Sowohl Bundesländer als auch Kommunen müssen aktiv werden, um auf die Notlage der Sexarbeiter*innen/Prostituierten im Kontext von Krisensituationen zu reagieren.

Verordnete **Beschränkungen für Tätigkeiten müssen auf ihre Verhältnismäßigkeit und Zulässigkeit überprüft werden.** Das gilt auch für den Bereich der Sexarbeit/Prostitution. Hier existieren bereits Vorschläge für an Pandemien angepasste Hygienekonzepte, die umgesetzt werden können. Bußgelder für Ordnungswidrigkeiten (wie Tätigkeit im Sperrbezirk, Tätigkeit ohne Anmeldung, Verstöße gegen Corona-Verordnungen) können Prostituierte und Sexarbeiter*innen in große finanzielle Probleme stürzen und ihre Abhängigkeiten von Dritten noch verstärken. Angesichts der existenziellen Nöte der Prostituierten und fehlender Alternativen empfehlen wir einen **Verzicht auf Bußgelder und die Möglichkeit der Erzwingungshaft.**

6. Suchthilfe

Nicht zuletzt aufgrund der komplexen Zugänge zum Klientel ergaben sich folgende Herausforderungen: Als niedrigschwellige Angebote wegbrachen und persönliche Kontakte kaum noch möglich waren, fehlten genau jene Strukturen, auf die suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen täglich angewiesen sind. Gleichzeitig entstanden unter Druck neue Arbeitsweisen, die das Feld nachhaltig verändert haben. Die folgenden Punkte bündeln die zentralen Erfahrungen aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes.

6.1. Herausforderungen

Zusammenbruch der Selbsthilfestrukturen

Für die Suchtselbsthilfe war es schwierig bis unmöglich, Meetings in Präsenz durchzuführen und Räume zu erhalten. Viele Selbsthilfegruppen haben sich in der Folge aufgelöst, weil technische Mittel fehlten, digitale Formate nicht für alle geeignet waren und Medienkompetenz nicht ausreichend vorhanden war. Der direkte Kontakt zwischen Betroffenen brach weg. Für Angehörige von abhängigkeiterkrankten Menschen – etwa während stationärer Aufenthalte – war auch der persönliche Kontakt zu den Erkrankten kaum aufrechtzuerhalten. Die Folge: Isolation, rasche Überforderung und ein erhöhtes Rückfallrisiko.

Versorgungsengpässe in Beratung, Reha und Entzug

Reha-Übergänge wurden durch zusätzliche Vorbedingungen, Transportauflagen und veränderte Aufnahmelogistiken erheblich komplizierter; Therapiebeginne verschoben sich, und frühzeitige Therapieabbrüche nahmen zu. Entgiftungsplätze in Kliniken wurden anderweitig genutzt und nach der Pandemie nicht wieder in vollem Umfang aufgebaut. In Substitutionsprogrammen führten blockierte Neuaufnahmen – etwa durch Gesundheitsämter als verordnende Stellen – zu Versorgungslücken. Niedrigschwellige Angebote wie Teestuben und offene Beratungsbereiche mussten stark eingeschränkt werden, was besonders die vulnerabelsten Gruppen der offenen Drogenszene traf. In besonderen Wohnformen (CMA-Wohnheime) führten Aufnahmestopps dazu, dass Teilhabe- und Stabilisierungslogiken konterkariert wurden.

Einrichtungsbezogene Impfpflicht und bürokratische Belastung

Die einrichtungsbezogene Impfpflicht hat die Einrichtungen der Suchthilfe vor große Herausforderungen gestellt: Mitarbeitende gingen verloren, und die Belastung stieg ausgerechnet gegen Ende der Pandemie nochmals an. Parallel dazu banden langwierige bürokratische Verhandlungen – etwa mit der Deutschen Rentenversicherung Bund über Zuschläge für Hygienemittel – erhebliche Ressourcen. Weil offiziell nicht als 'Kritische Infrastruktur' eingestuft, wurden Einrichtungen der Suchthilfe bei der Beschaffung von Masken und Schutzmitteln nicht im gleichen Maße bevorzugt behandelt wie Einrichtungen anderer Bereiche.

6.2. Positive Erfahrungen in der Suchthilfe und tragfähige Lösungen

Digitalisierung als Türöffner

Der Wechsel von der face-to-face-Beratung zur digital gestützten Behandlung gelang in Beratung und ambulanter Rehabilitation vergleichsweise unbürokratisch und erwies sich als erfolgreich. Besonders bemerkenswert: Durch digitale und alternative Angebotsformate wurden neue Zielgruppen in der Selbsthilfe erreicht – darunter mehr berufstätige Menschen und jüngere Personen, die klassische Präsenzangebote bislang nicht genutzt hatten. Erste Online-Gruppen und Videogruppen wurden erprobt und als wertvolle dauerhafte Option bewertet. Dass diese Formate nach der Pandemie vielerorts wieder zurückgenommen wurden, obwohl sie sich bewährt hatten, ist aus Sicht des Paritätischen ein verpasster Entwicklungsschritt.

Pragmatische Anpassungen in der Versorgung

Lockerungen bei der Vergabe von Substitutionsmitteln – etwa verlängerte Vergabeintervalle – zeigten, dass pragmatische Regeländerungen schnell möglich sind und die Versorgung sichern können. Klare interne Kommunikationswege, Priorisierungslisten für den Krisenfall und Team-Kohorten-Modelle ermöglichten es vielen Einrichtungen, betriebsfähig zu bleiben. Niedrigschwellige Impfangebote wurden unkompliziert umgesetzt. Wo lokale Handlungsspielräume genutzt und Absprachen mit Gesundheitsämtern gefunden wurden, gelang die Krisenbewältigung deutlich besser.

6.3. Empfehlungen für die Suchthilfe

Aus den Erfahrungen der Pandemie leitet der Paritätische für den Bereich Sucht- und Suchtselbsthilfe folgende Handlungsempfehlungen ab:

Erprobte digitale Formate dauerhaft ermöglichen: Erfolgreiche digitale und hybride Angebote aus der Pandemiezeit müssen als ergänzende Regelangebote anerkannt und refinanzierungsfähig gestaltet werden – sie dürfen nach einer Krise nicht einfach wegfallen.

Verbindliches Stufensystem für Schutzmaßnahmen einführen: Ein abgestuftes Rahmenkonzept für pandemische Situationen sollte mindestens den Gesundheitsstatus und individuelle Risikomerkmale der Klientel, die konkreten Gegebenheiten der Einrichtung bzw. des Settings sowie regionale Rahmenbedingungen berücksichtigen – und dabei Präsenzangebote so lange wie möglich unter Auflagen aufrechterhalten.

Bessere Vernetzung aller relevanten Akteure: Suchthilfen, Suchtselbsthilfen, Jugendhilfen und andere Systempartner müssen untereinander digital auf kurzen Wegen kommunizieren und kooperieren können – nicht nur in Krisenzeiten, sondern strukturell verankert.

Standardisierten Informationsleitfaden für Mitarbeitende entwickeln: Ein verbindlicher Leitfaden für die regelmäßige, strukturierte Kommunikation mit Mitarbeitenden in Krisenlagen würde Unsicherheiten reduzieren und den Steuerungsaufwand für Leitungen erheblich senken.

Mehr Handlungsspielraum für lokale Gesundheitsämter: Regionale Handlungsspielräume für Gesundheitsämter müssen gestärkt werden, damit passgenaue, differenzierte Lösungen vor Ort schnell umgesetzt werden können.

Versorgungsinfrastruktur krisenfest gestalten: Entgiftungskapazitäten und Reha-Zugänge dürfen in Krisenlagen nicht dauerhaft wegfallen. Mechanismen zur raschen Wiederherstellung müssen vorgedacht und rechtlich verankert werden.

Berlin, 12.06.2026

gez. Dr. Joachim Rock

Hauptgeschäftsführer

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Kontakt: gesundheit@paritaet.org