

## Gesundheit ist ein Menschenrecht



„Ich will eine  
Behandlung, die  
zu mir passt,  
nicht zu meinem Geldbeutel!“

# MISSION ZUKUNFT.

## Digitalisierung 2018

### COMPAREX ROADSHOW FÜR DIE VERBÄNDE DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE

COMPAREX hat sich neben der Festschreibung eines einzigartig günstigen Konditionenmodells für Microsoft Online-Produkte und -Services in hohem Maße für die Schaffung der vertraglichen Grundlagen engagiert, damit die in den Rahmenverträgen inkludierten Microsoft Cloud-Technologien sinnvoll implementiert werden und den maximalen Mehrwert liefern können. Das COMPAREX Experten-Team berät Sie zu den Themen Lizenzierung, Beschaffungsmöglichkeiten, Implementierung und Einsatz von Microsoft Online Services in der Praxis und berücksichtigt dabei auch relevante Haftungs- oder Datenschutzfragen.

**Lassen Sie sich die zentralen Aspekte einer gelungenen Digitalisierung vorstellen – persönlich, offen, ehrlich.**

**Wir freuen uns, Sie zu einem unserer Roadshow-Termine begrüßen zu dürfen. Die Teilnahme ist für Sie kostenfrei.**

#### THEMEN:

- Rahmenverträge als Basis Ihrer Digitalisierung | Erste Schritte
- Neuer Microsoft Online-Vertrag – was passiert mit den klassischen Microsoft Lizenzen?
- Fachvorträge: Vorstellung + Nutzenanalyse aktueller Projekte
- Office 365 | Erfahrungen mit Office 365 im Projekteinsatz
- Das Projekt Microsoft Azure | Servicebetrieb auf Abruf
- Sicherheit im laufenden Betrieb von Services | Regionale Initiativen und Verbände berichten aus der Praxis

#### TERMINE:

- 06.03.2018 in Berlin**
- 07.03.2018 in Hamburg**
- 08.03.2018 in Köln**
- 13.03.2018 in Bad Homburg**
- 21.03.2018 in München**

### DIE NEUEN RAHMENVERTRÄGE: BASIS FÜR DIE DIGITALISIERUNG

Bereits heute sichert die Digitalisierung den Wohlfahrtsverbänden in Deutschland enorm viele Chancen: sichere Kommunikation, mobiles und gemeinschaftliches Arbeiten, attraktive Arbeitsplätze. Und die Vorteile reichen von garantierter Verfügbarkeit über moderne Konzepte für neue IT-Services bis hin zu weniger Kosten bei mehr Qualität.

Als autorisierter Vertragspartner unterstützt COMPAREX alle Einrichtungen der BAGFW beim Bezug von Microsoft Online-Produkten und -Services über vorverhandelte Rahmenverträge mit dem Lizenzgeber Microsoft. Sie profitieren vollumfänglich von einem vordefinierten und praxiserprobten Einstiegspfad bis hin zur optimalen Nutzung der Microsoft Cloud-Technologien und von lukrativen COMPAREX Sonderkonditionen.



**Melden Sie sich jetzt an: [www.comparex.de/RSKW](http://www.comparex.de/RSKW)**



**Ihr Ansprechpartner:**

**Alexander Ginzler, Key Account Manager**

phone: +49 341 2568 2195 | mobile: +49 162 2986273



**Editorial** 4  
**Thema**

**Gesundheit ist ein Menschenrecht!**  
 Gesundheit: Menschenrecht oder Privileg?  
 Menschenrecht! 5  
 Drei Fragen an Prof. Dr. Gerhard Trabert  
 zum Thema Armut und Gesundheit 7  
 Das Leben ohne gesetzliche Krankenversicherung  
 Gesundheitsrisiko... 8  
 Chronisch krank zu sein bedeutet oft, arm zu sein 10  
 Kurz vorgestellt: „Der Preis der Ungleichheit - Armut als  
 Gesundheitsrisiko“ vom Paritätischen Bremen 13  
 Drei Fragen an Heike Gronski  
 zum Projekt „Praxis Vielfalt“ der Deutschen AIDS-Hilfe 14  
 Heilmittel Sprache: Zum Umgang mit den sprachlichen  
 Problemen im Gesundheitswesen 15  
 „Gesund altern im Quartier.“ Ein Mobilisierungsprojekt  
 des Selbsthilfebüros Darmstadt 17  
 Kommentar: Eine für alle. Die Bürgerversicherung 18  
 Die Mondscheinkinder: Ein Leben im Schatten 19  
 Drei Fragen an Anne Jung von medico international 20  
 Zwei Jahre Präventionsgesetz:  
 Eine allererste Zwischenbilanz 21  
 Handicap International:  
 Für Menschen mit Behinderung weltweit 22  
 Das „Bremer Modell.“  
 Die Gesundheitskarte für Flüchtlinge 22

**Sozialpolitik**  
 Anforderungen an die Sozialpolitik  
 der kommenden Bundesregierung 23  
 Pro und Contra:  
 Smartphone und Tablet für die Kleinsten? 24  
 „Inhuman“: Der Paritätische kritisiert die Begrenzung  
 des Familiennachzugs 26  
 Hilfen für Kinder aus Suchtfamilien 27

**Verbandsrundschau**  
 Paritätischer Verbandstag 2018 28  
 Drei Fragen an Dr. Gabriele Schlimper  
 zum Projekt Gedenkort-t4.eu 30  
 Frisch veröffentlicht:  
 Neue Broschüren des Paritätischen 31  
 Frauen- und Mädchenrechte gehen uns alle an. 32  
 Mitgliedschaft, die sich lohnt und  
 aus den Landesverbänden 33  
 Termine, Termine, Termine und Buchtipp 34  
 Aufruf!, Bildnachweise und Impressum 35



Professor Dr. Rolf  
Rosenbrock,  
Vorsitzender des  
Paritätischen  
Gesamtverbands



## Liebe Leserinnen und Leser,

Im Rahmen unserer Jahreskampagne „Mensch, Du hast Recht!“ widmen wir uns in dieser Ausgabe unseres Verbandsmagazins dem Menschenrecht auf Gesundheit. Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte schreibt in Artikel 25 das Menschenrecht auf Gesundheit als einen Bestandteil des Menschenrechtes auf einen angemessenen Lebensstandard fest. Gemeint ist damit das Recht auf angemessene gesundheitliche Versorgung. Obwohl Deutschland hier im internationalen Vergleich nicht schlecht dasteht, ist auch bei uns der Zugang zu medizinisch-gesundheitlichen Versorgungsleistungen nicht frei von Benachteiligungen und Barrieren: SGB II-Leistungsbeziehende, die sich Medikamente nicht leisten können. Wohnungslose Menschen, die selten medizinisch versorgt werden. Oder Asylbewerber/-innen, deren ärztliche Versorgung nur im Notfall sichergestellt ist. Es ist die Aufgabe der Politik, das Recht aller Menschen auf gesundheitliche Versorgung zu achten, zu schützen und zu verwirklichen. Dazu braucht es ein solidarisches Gesundheitssystem, das jedem Menschen unabhängig von seinem Einkommen, ethnischer Herkunft, Religion, Geschlecht oder sexueller Orientierung einen diskriminierungsfreien und offenen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen und vollständigen Versorgung gewährt. Wenn man das Recht auf Gesundheit im umfassenden Sinn versteht, dann

ist die Lage in Deutschland erschreckend: Die amtlichen Statistiken belegen, dass die Lebensdauer ärmerer Menschen wesentlich geringer ist als die wohlhabender Personen in Deutschland. Männer aus dem untersten Einkommensechsten leben im Durchschnitt elf Jahre weniger als das oberste Fünftel, bei Frauen sind es acht Jahre. Im Durchschnitt erkranken Menschen im unteren Einkommensechsten zudem 3,5 Jahre früher an chronisch-degenerativen Erkrankungen wie Herzinfarkten, Skelett- oder Lungenerkrankungen. Damit haben arme Menschen in Deutschland im Vergleich zu finanzstarken Haushalten eine um insgesamt 14 Jahre reduzierte Lebenserwartung in guter Gesundheit. Der Einfluss des sozialen Status auf die Gesundheit ist also unbestritten.

Selbstverständlich hat auch das individuelle Gesundheitsverhalten einen Einfluss auf die Lebenserwartung. Aber auch das Gesundheitsverhalten wird stark durch die soziale Lage geprägt. Zudem: Weitaus stärkere Auswirkungen auf die Gesundheit eines Menschen haben seine Lebensverhältnisse. Menschen im unteren Einkommensbereich haben oftmals schlechtere Bildungschancen, kleinere Wohnungen umgeben von Verkehrslärm, gering entlohnte Arbeit, gesundheitlich belastendere Arbeit, schlechte Arbeitszeiten und weniger Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Das Recht auf Gesundheit zu gewährleisten, be-

deutet damit auch, gesundheitliche Chancengleichheit anzustreben. Dazu braucht es eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, die die Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit als Aufgabe aller Politikfelder betrachtet und so auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefordert wird. Dafür notwendig ist eine stärker geförderte inklusive Bildungspolitik, von der Kita bis zur Hochschule, die allen Kindern und Jugendlichen gleiche Bildungschancen ermöglicht. Es bedarf einer Arbeitsmarktpolitik, die auch Menschen mit geringeren Qualifikationen mitnimmt sowie einer Rentenpolitik, die Altersarmut wirksam verhindert. Die Wohnungspolitik muss dafür sorgen, dass allen Menschen bezahlbarer und würdiger Wohnraum zur Verfügung steht. Nicht zuletzt muss Steuerpolitik Einkommen und Vermögen gerechter verteilen. Das alles ist Gesundheitspolitik. Das vorliegende Heft zeigt die Aktivitäten des Paritätischen und seiner Mitglieder und informiert über politische Forderungen sowie konkrete Reformvorschläge, das Recht auf Gesundheit für alle Menschen in der Praxis umzusetzen.

Herzlich,  
Ihr

# Gesundheit: Menschenrecht oder Privileg? Menschenrecht!

In Artikel 12 des Sozialpakts der Vereinten Nationen – von der Bundesrepublik also mitgezeichnet – ist das Recht auf höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit sowie das Recht auf medizinische Versorgung für jeden Menschen festgeschrieben. Trotzdem ist auch in der Bundesrepublik Deutschland, in einem der reichsten Länder der Welt, der Gesundheitszustand noch immer vom Einkommen, Wohnort, Geschlecht und Bildungsstand abhängig. Der soziale Status entscheidet nach wie vor auch hier darüber, wie lange ein Mensch über die Lebensspanne gesund bleibt und wie hoch seine Lebenserwartung ist.

## Soziale Lage und Gesundheit

Es ist hinlänglich bekannt, dass die soziale Lage einen entscheidenden Einfluss auf den Gesundheitszustand hat. Menschen mit niedrigem Sozialstatus leben in Deutschland im Durchschnitt zehn Jahre kürzer als Menschen mit hohem Sozialstatus. Die Gründe dafür sind vielfältig: schlechtere Bildungs- und Berufschancen, schlechtere Arbeits- und Wohnbedingungen, schlechtere Gesundheitsversorgung, soziale Isolation und vieles mehr. Unter den aktuellen politischen Bedingungen ist eine Änderung nicht in Sicht, denn die Kluft zwischen Arm und Reich wird immer größer.

Jeder Mensch hat jedoch das gleiche Recht auf einen barrierefreien Zugang zu umfassender gesundheitlicher Versorgung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Dieses grundlegende Menschenrecht muss unabhängig von Alter, Geschlecht, Wohnort, Herkunft, Religion oder Einkommen garantiert werden. Dies ist eine der zentralen Forderungen des Paritätischen Gesamtverbandes.

Denn: Gesundheit ist nicht alles – aber ohne Gesundheit ist alles nichts.

Gesundheit ist zudem eine der zentralen Voraussetzungen für gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung. Dringend benötigt werden daher gesundheitsförderliche Lebensbedingungen für alle Menschen. Dafür ist ein sozialpolitisches Maßnahmenpaket notwendig, das die Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Wohnungs-, Umwelt-, Kinder- und Familienpolitik wirksam zusammenführt. Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention können einen Beitrag dazu leisten, die beschriebene sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern. Trotz Verabschiedung eines Präventionsgesetzes im Jahr 2015 bleiben die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention vornehmlich im Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Zudem sind sie in der Regel zeitlich befristet, dadurch wenig nachhaltig und vor allem nach wie vor massiv unterfinanziert. Notwendig ist der Einbezug von Bund und Ländern in die Finanzierung und die Schaffung von flächendeckenden und dauerhaften Angeboten, die in den Lebenswelten der Menschen ansetzen – also dort, wo gelebt, gelernt, gewohnt, gespielt und gearbeitet wird. Die Angebote müssen die Menschen erreichen und dazu beitragen, ihre Lebenskompetenzen zu erhöhen und darauf zielen, die Lebenswelt der Menschen zu verbessern.

## Aufweichung des Solidarprinzips

Auch bei der medizinischen Versorgung gibt es viel zu tun. Jahrzehntlang bildeten das Solidarprinzip und die paritätische Finanzierung eine feste Säule des gesetzlichen Krankenversicherungssystems. Der schrittweise Umbau des Sozialstaats im Zuge der Agenda 2010 hat jedoch auch vor dem



Gesundheitssystem nicht Halt gemacht. Mehrere Gesundheitsreformen der vergangenen Jahrzehnte haben zu einer Umverteilung von unten nach oben geführt. Dazu zählten: die Praxisgebühr, Eigenbeteiligungen, Zusatzbeiträge durch Abschaffung der paritätischen Finanzierung und Kürzungen medizinischer GKV-Leistungen. Die Praxisgebühr wurde 2013 zwar zum Glück für gescheitert erklärt und abgeschafft, geblieben sind dennoch eine Reihe finanzieller Mehrkosten, die allein die gesetzlich Versicherten zu tragen haben. Nicht nur für chronisch kranke und ältere Menschen sind die Eigenbeteiligungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Rezeptgebühren etc. eine enorme finanzielle Belastung. Aus unserer Sicht gehören all diese Zahlungen, Zusatzbeiträge und Eigenbeteiligungen (inkl. Brillen und Zahnersatz) abgeschafft.

Hinzu kommt, dass Zehntausende in Deutschland trotz bestehender Versicherungspflicht nicht krankenversichert sind. Offizielle Zahlen sprechen von 80.000 Menschen, die Dunkelziffer liegt um ein Vielfaches höher, da z.B. Wohnungs- und Obdachlose sowie Menschen ohne Papiere überhaupt nicht statistisch erfasst werden. Auf dem Weg zu einer gerechteren gesundheitlichen Versorgung ist die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung daher aus unserer Sicht ein entscheidender Schritt. Das duale System aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung gehört abge-

schafft, denn durch diese Trennung zahlen rund 11 Prozent der Bevölkerung nicht in das Versicherungssystem ein. Wohlhabende sollten aber den gleichen Anteil ihres Einkommens einzahlen wie arme Menschen und alle Einkommensarten gleichermaßen einbezogen werden. Die Abschaffung des dualen Krankenversicherungssystems kann zu einer grundlegend besseren gesundheitlichen Versorgung beitragen. Dazu zählen u.a.: gute medizinische Versorgung in Wohnortnähe, kürzere Wartezeiten für Arzttermine, Wegfall bestimmter Behandlungsprivilegien und eine bessere medizinische Versorgung für alle.

### Rückkehr zur paritätischen Finanzierung

Die Einführung einer Bürgerversicherung rückt bei der Fortsetzung der Großen Koalition erneut in weite Ferne.

Lediglich in einem, wichtigen Punkt, gibt es Anlass zur Hoffnung: Im Koalitionsvertrag von SPD und Union wurde die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung festgelegt. Damit entfallen künftig die ungerechten Zusatzbeiträge, die seit 2010 allein von den gesetzlich Krankenversicherten getragen werden mussten.

Zugangsgerechtigkeit und Solidarität sind die Kernelemente und die Basis eines Gesundheitssystems, das allen hier lebenden Menschen eine gute medizinische Versorgung zusichert. Für die Verwirklichung dieses Ziels werden wir uns auch künftig mit ganzer Kraft einsetzen.



Martina Huth,  
Referentin für Gesundheit,  
Prävention und Bevölkerungsschutz  
beim Paritätischen Gesamtverband

## Unsere Kampagne 2018

### MENSCH, DU HAST RECHT!

Der Paritätische Wohlfahrtsverband und seine Mitglieder treten täglich für die sozialen und individuellen Menschenrechte ein. Wir wissen durch unsere Arbeit, dass diese Grundrechte vielfach verletzt und missachtet werden. Wir wissen, dass wir um ihre Einhaltung und ihren Ausbau kämpfen müssen. Im 70. Jahr der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte setzen wir genau dort mit unserer Kampagne MENSCH, DU HAST RECHT! an: Als Träger der freien Wohlfahrtspflege machen unsere Mitglieder und wir uns stark für die Einhaltung der Menschenrechte. Geplant sind zahlreiche Veranstaltungen und Aktivitäten rund um die zentralen Themen Wohnen, Gesundheit, Bildung, Selbstbestimmung, Teilhabe und Schutz. Siehe auch die Seiten 28 und 29.

Alle Informationen sind abrufbar auf:  
[www.mensch-du-hast-recht.de](http://www.mensch-du-hast-recht.de)



## Drei Fragen an Prof. Dr. Gerhard Trabert zum Thema Armut und Gesundheit

Prof. Dr. Gerhard Trabert ist Gründer und erster Vorsitzender des Vereins „Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.“ Der 1997 gegründete Verein hat es sich zur Aufgabe gemacht, obdachlosen und sozial benachteiligten Menschen gesundheitlich zu helfen. Er ist außerdem Buchautor, Mitglied der Nationalen Armutskonferenz und Träger des Bundesverdienstkreuzes.

Sein Verein präsentiert sich unter [www.armut-gesundheit.de](http://www.armut-gesundheit.de)



### Herr Prof. Trabert, Sie behandeln Menschen, die durch das gesundheitliche Versorgungsnetz gefallen sind. Welche Menschen in Not suchen Ihre Hilfe?

Von Armut und Ungleichheit in Bezug auf die Gesundheitsversorgung sind in Deutschland viele Gruppen betroffen: Von Menschen mit einem regulären, gesetzlichen Sozialleistungsanspruch über Wohnungslose Menschen bis hin zu Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus und vielen weiteren.

Das Gesundheitssystem in Deutschland zeigt zunehmend Versorgungsdefizite und Lücken gegenüber verschiedenen Personengruppen auf. Dies hat strukturell bedingte gesundheitsgefährdende Auswirkungen. Die Morbidität und die Mortalität in bestimmten Bevölkerungsgruppen nehmen signifikant zu. So sterben arme Frauen acht Jahre und arme Männer elf Jahre früher als reiche Menschen in Deutschland.

### Sie gelten als Vater des „Mainzer Modells.“ Können Sie kurz erklären, was das ist?

Das sogenannte „Mainzer Modell“ versucht die zunehmenden Versorgungslücken in unserem Gesundheitssystem durch ein niedrigschwellig angelegtes und interdisziplinär ausgerichtetes medizinisches Versorgungsangebot zu schließen. Als Ergebnis der Analyse der Gesundheitssituation sozial benachteiligter und insbesondere wohnungsloser Menschen, stellt der lebensraumorientierte Ansatz den

Grundgedanken und methodischen Ansatz dar: „Kommt der meist wohnungslose Patient nicht zum Arzt, muss der Arzt zum Patienten gehen.“ Ein wesentlicher Baustein ist das sogenannte Arztmobil. Dies ist eine Form mobiler medizinischer Versorgungseinrichtung, umgangssprachlich „fahrendes Sprechzimmer“, um die Menschen in Sammelunterkünften, Teestuben und auf der Straße medizinisch versorgen zu können. Darüber hinaus haben wir 2014 eine Poliklinik für nicht krankenversicherte Menschen in Mainz aufgebaut. Inter- und multidisziplinär bieten hier Ärzte, Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Arzthelferinnen und Hebammen unterschiedliche Sprechstunden an.

### Was müsste Ihrer Meinung nach auf der politischen Ebene passieren, damit Ihre Arbeit überflüssig wird?

Innerhalb der Diskussion zur Gesundheitsversorgung von sozial benachteiligten Menschen in Deutschland sind drei Handlungsebenen bzw. Aktionsbereiche von entscheidender Bedeutung: Erstens ist eine von Respekt und Wertschätzung geprägte Diskussion zum Kontext Armut und Gesundheit einzufordern. Dies ist leider, gerade auch im Hinblick von Äußerungen politischer Entscheidungsträger, immer noch nicht der Fall. Armut als individuelles Versagen zu bezeichnen ist inhaltlich falsch und diffamierend sowie stigmatisierend.

Zweitens muss auf der praktischen Ebene schnell, kompetent, betroffenenzentriert agiert werden. Aufgrund

der Feststellung, dass das bestehende Gesundheitssystem zunehmend Menschen in besonderen Lebenslagen nicht erreicht, sind Überlegungen im Sinne einer Umstrukturierung der medizinischen Versorgung notwendig. Die klassische Komm-Struktur im ärztlichen Bereich, also der Patient, der zum Arzt kommt, ist durch eine Geh-Struktur, der Arzt geht zum Patienten, zu ergänzen. Ein niedrigschwelliges medizinisches Versorgungsangebot „vor Ort“, in sozialen Brennpunkten, Wohnungsloseneinrichtungen, Drogenberatungsstellen, Arbeitsämtern, Schulen, Kindergärten muss verstärkt und konsequent praktisch umgesetzt werden. Die Finanzierung muss staatlich gefördert werden.

Drittens sind die gesellschaftsstrukturellen Verursachungsmechanismen zu identifizieren und abzuschaffen. Entsprechend vorgegebene Rahmenbedingungen, in Gesetzestexten, Bestimmungen, Handlungsanweisungen usw., sind zu verändern. Beispiele sind die vollkommene Befreiung von Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen im Gesundheitssektor für Transferleistungsbezieher. Finanzierung von Sehhilfen als Regelleistung durch die Krankenkassen. Umstrukturierung des dualen Krankenversicherungssystems in Richtung einheitlicher Bürgerversicherung. Jeder Mensch hat ein Recht auf eine menschenrechtskonforme Gesundheitsversorgung.

Die Fragen stellte Philipp Meinert

# ... und raus bist Du!

## Das Leben ohne gesetzliche Krankenversicherung



In Deutschland leben rund 80.000 Menschen ohne jegliche Krankenversicherung. Was machen sie, wenn sie mal krank sind? Dann gehen sie zu Ärzten wie Jenny De la Torre in Berlin-Mitte.

Selbst in einem reichen Land wie Deutschland können viele Menschen ihre Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nur sporadisch zahlen, manche über Monate und sogar über Jahre hinweg. Auf die sich anhäufenden Schulden addiert sich zusätzlich pro Monat noch ein Prozent Säumniszuschlag. So können sich beispielsweise die Schulden eines freiwillig versicherten Selbständigen leicht von dreistelligen zu fünfstelligen Summen auftürmen. Die Beitragsrückstände von Selbstzahlern zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen deutlich, seitdem 2007 das Recht und die Pflicht zur Krankenversicherung in Kraft getreten sind. Allein von Januar 2011 bis Juli 2017 wuchsen die Beitragsrückstände in der GKV von 1,39 auf 7,045 Milliarden Euro.

Darüber hinaus leben in Deutschland offiziell rund 80.000 Menschen ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz. Experten gehen aber davon aus, dass diese Statistik nicht alle Personen einschließt, die tatsächlich keine Krankenversicherung haben. Wie hoch die Dunkelziffer ist, weiß jedoch keiner. Sicher ist allerdings, dass Betroffene – würden sie sich heute anmelden – alle Beiträge rückwirkend bis zum Beginn der Versicherungspflicht im Jahre 2007 nachzahlen müssten. Zwar gibt es für bedürftige Beitragszahler und Beitragsschuldner Ansprüche aus staatlichen Sicherungssystemen, aber die meis-

ten scheuen aus unterschiedlichsten Gründen den Gang zum Sozialamt oder eine Bedürftigkeitsprüfung. Ob Beitragsschuldner oder Nichtversicherter – für sie gibt es nur einen sehr eingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung.

### Bis zu 5000 Beratungen jährlich

„30.000, 26.431, 12.000 Euro, hier sind es 9.000 Euro“, liest Ärztin Jenny De la Torre im Gesundheitszentrum für Obdachlose in Berlin-Mitte vor. Es sind die Beitragsschulden von ihren Patienten bei gesetzlichen Krankenkassen. Schulden, die von Menschen eingefordert werden, die teils obdachlos oder wohnungslos sind, mittellos auf jeden Fall. Seit 2006 können diese Menschen zu Frau De la Torre kommen, wenn sie medizinische Versorgung benötigen und noch mehr: In dem zweistöckigen Backsteingebäude, das die Jenny De la Torre Stiftung erwerben konnte, gibt es zwei Behandlungsräume, eine Kleiderkammer, Frühstück und Mittagessen im großen Aufenthaltsraum. Die Arztpraxis hat unter der Woche täglich geöffnet, ebenso wie die Sozialberatung. Sprechstunden beim Augenarzt, Hautarzt, Orthopäden oder Zahnarzt sowie bei einer Psychologin ein- bis zweimal die Woche. Für die Patienten des Hauses werden Passbilder angefertigt. Alle diese Angebote sind kostenlos.

„Wir haben jährlich rund 800 bis 900 Neuzugänge“, erzählt De la Torre, „insgesamt werden hier bis zu 5.000

Beratungen im Jahr durchgeführt.“ Zum Thema Beitragsschulden können alle hier ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitenden einiges erzählen: „Nach der Wende, haben sich viele mit einer Ich-AG selbständig gemacht – und haben es nicht geschafft“, schildert Dr. Norbert Haßler. Sie blieben teils aus Unwissenheit privat versichert, anstatt sich freiwillig gesetzlich zu versichern und sind im Alter mit steigenden Beiträgen konfrontiert. „Gestern war ein schwer kranker Rentner bei mir, der 1.010 Euro Rente bezieht und davon 650 Euro Krankenkassenbeiträge stemmen müsste. Er lässt es sein.“

„Solange diese Menschen gesund bleiben, geht alles gut“, meint Jenny De la Torre, aber sie kennt genug andere Beispiele: „Ich habe einen 60 Jahre alten und herzkranken Patienten, der Erwerbsminderungsrente bekommt, von der er 190 Euro Krankenversicherungsbeitrag als gesetzlich freiwillig Versicherter zahlen muss. Erst hat er nur manchmal, dann gar nicht mehr bezahlt. Sein Allgemeinarzt behandelte ihn aus Mitleid kostenlos weiter, dann musste er ins Krankenhaus.“ Dort sind zwar Notfallbehandlungen abgesichert, aber wenn die lebensgefährdende Situation vorüber ist, werden nicht versicherte Patienten sich selbst überlassen. Einen Anspruch auf Versorgung bei niedergelassenen Ärzten haben sie nicht.



Theoretisch kann die Ersatzkasse von Erich Menz, 59 Jahre alt, 30.000 Euro einfordern. Es sind Beitragsschulden, die zwischen Ende 2014 und Ende 2017 aufgelaufen sind. Damals hatte er sich mit einem Schulkiosk in Wilhelmshaven selbstständig gemacht, aber der gelernte Betriebsfachwirt trank zu viel und war gesundheitlich angeschlagen. Das Geschwür im Zwölffingerdarm ignorierte er solange, bis er mit Blaulicht in die Klinik kam und elf Stunden notoperiert werden musste.

Danach ging nichts mehr: die Geschäfte liefen schlecht, die Krankenkassenbeiträge und die Miete konnte Erich Menz nicht mehr aufbringen und landete auf der Straße. „Von meinem letzten Geld habe ich eine Fahrkarte nach Berlin gekauft“, erzählt er und auch, wie er im Tiergarten lebte, auf Parkbänken schlief und mit Pfandflaschen sein Auskommen hatte. „Ich habe seit der OP keinen Tropfen Alkohol mehr getrunken und keine Zigarette geraucht“, sagt er stolz und

meint, er sei zwei Jahre lang gut über die Runden gekommen. Bis sein linkes Bein sich entzündete, vom Knie abwärts bis zu den Zehen. „Ein Kumpel hat die 112 gewählt, und im Krankenhaus haben sie mein Bein gerettet“, schildert Menz, „denn sie mussten mich auch ohne Krankenschutz behandeln.“

Aber eben nur so lange, wie sein Leben bedroht war. Der Sozialdienst der Klinik riet ihm, nach der Entlassung sich im Gesundheitszentrum versorgen zu lassen. „Er kam zwei Monate lang täglich zum Verbandswechsel“, weiß De la Torre noch genau. Seit letzter Woche ist Menz rückwirkend über das Jobcenter krankenversichert. Mit Unterstützung der Sozialarbeiterin Christiane Sawallek, die im Zentrum ehrenamtlich berät, „bekomme ich den Papierkram wieder in den Griff“. Erich Menz lächelt. Nun heißt es, die 30.000 Euro Schulden loszuwerden. Wie nur? Swallek hat Menz mit einem Rechtsanwalt vernetzt, der auf Sozialrecht spezialisiert ist. Er wird ihm hel-

fen, mit der Krankenkasse zu verhandeln und den Schuldenberg so zu reduzieren, dass Erich Menz ihn in Raten abtragen kann. Wenn es sein muss, die nächsten 30 Jahre. Denn so lange dürfen Krankenkassen immer wieder prüfen, ob bei einem Schuldner etwas zu holen ist. „Eine Bürgerversicherung würde unserem Gesundheitssystem gut stehen“, findet Jenny De la Torre.

Verena Mörath

#### Kontakt zur Stiftung:

Jenny De la Torre-Stiftung  
Pflugstraße 12  
10115 Berlin

Telefon 030 / 2888 4598 -0

[info@delatorre-stiftung.de](mailto:info@delatorre-stiftung.de)  
[www.delatorre-stiftung.de](http://www.delatorre-stiftung.de)

# Gesundheitsrisiko...

## Arbeitslosigkeit

Nach einschlägigen Untersuchungen sind Menschen umso gesünder, je sicherer sie in den Arbeitsmarkt integriert sind. Arbeitslosigkeit macht hingegen krank.

Männlichen Arbeitslosen geht es im Alter von 45 Jahren gesundheitlich so, wie Männern in sicheren Beschäftigungsverhältnissen bei Renteneintritt.

Arbeitslosigkeit ist Stress pur, der Krankheiten befördert. Denn mit der Arbeitslosigkeit gehen herbe materielle Verluste, Einschränkungen sozialer Kontakte und Handlungsmöglichkeiten sowie des gesellschaftlichen Ansehens einher. Das Selbstbewusstsein und Gefühl der Selbstwirksamkeit sind angegriffen. Insbesondere psychische Krankheiten, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Nervensystems nehmen bei Arbeitslosigkeit zu.

Im Hartz IV-System wird bei etwa einem Drittel der Leistungsberechtigten im Jahresverlauf eine psychiatrische Diagnose gestellt. Mehr als 40 Prozent der Leistungsberechtigten leiden nach eigener Einschätzung unter erheblichen, gesundheitlichen Einschränkungen.

Tina Hofmann ist Referentin für Arbeitsmarkt und Sozialpolitik

## Pflegebedürftigkeit

Mit einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft geht nicht zuletzt auch die Zunahme sowohl körperlich als auch psychisch pflege- oder betreuungsbedürftiger Menschen einher. Im Rahmen des normalen Alterungsprozesses nimmt die geistige Leistungsfähigkeit ab und mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko vieler Erkrankungen, wie z.B. Inkontinenz und Demenz. Erkrankungen, Mobilitätseinbußen oder Multimorbidität bedingen die Abhängigkeit von der Pflege und Hilfe anderer.

Grundsätzlich sind Mobilitätseinschränkungen mit einem erhöhten Risiko von Folgeerkrankungen und Pflegebedürftigkeit assoziiert, sie gehören gemeinsam mit kognitiven Einbußen zu den wichtigsten Gründen für das Eintreten von Pflegebedürftigkeit.

Des Weiteren steigt bei Auftreten dieser Faktoren das Risiko von Stürzen und Verletzungen. Besonders stark ausgeprägt sind die Veränderungen bei den Hochbetagten. In Deutschland leben heute sechsmal so viele über 80-Jährige wie vor 50 Jahren. Im Alter zwischen 70 und 75 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit, an Alzheimer (der häufigsten Form von Demenz) zu erkranken, bei 2 bis 3 Prozent. Danach steigt sie kontinuierlich an.

Bei den über 90-Jährigen ist nach aktuellen Schätzungen jeder Dritte an Alzheimer erkrankt. Das allgemeine Risiko



Wie wirken sich verschiedene Lebenssituationen auf die Gesundheit der Betroffenen aus? Die Expertinnen und Experten im Paritätischen Gesamtverband bringen es auf den Punkt.

pflegebedürftig zu werden liegt bei unter 75-Jährigen noch unter 2 Prozent. Es steigt auf über 14 Prozent bei den 75- bis 85-Jährigen an. Bei den 85- bis 90-Jährigen sind es fast 40 Prozent, bei Personen, die 90 Jahre oder älter sind, sind es deutlich über 65 Prozent. Die höhere Lebenserwartung verursacht mehr Pflegefälle bei Frauen.

Thorsten Mittag ist Referent für Altenhilfe und Pflege

## Altersarmut

Armut macht krank, physisch und psychisch. Das gilt auch und gerade für von Armut betroffene ältere Menschen. Gerade allein lebende ältere Menschen und Menschen im ländlichen Raum leiden unter eingeschränkten Versorgungsmöglichkeiten. Vorsorgeuntersuchungen sowie die ärztliche und fachärztliche Behandlung sind für sie schwerer zu erreichen. Armut führt dazu, dass Mobilitätseinschränkungen nicht durch Geld – etwa für Taxifahrten – kompensiert werden können. Viele gesundheitsfördernde Medikamente und Hilfsmittel sind mit erheblichen Zuzahlungen versehen oder müssen vollständig selbst bezahlt werden. Für ältere Menschen sind sie nicht selten unerschwinglich.



Das betrifft nicht nur die über eine Million Menschen in der Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, sondern auch viele ältere Menschen, die in „verdeckter“ Armut leben und nicht in den offiziellen Statistiken auftauchen. Nach Berechnungen des DIW haben Männer mit niedrigem Einkommen im Alter durchschnittlich eine um fünf Jahre geringere Lebenserwartung als wohlhabende Männer, bei Frauen beträgt die Differenz dreieinhalb Jahre.

Es ist – gerade für ein reiches Land – ein beschämender Befund: Wenn du arm bist, muss du früher sterben.

Dr. Joachim Rock ist Leiter der Abteilung Arbeit, Soziales und Europa

## Obdachlosigkeit

Ein Leben auf der Straße macht krank. Obdachlose Menschen haben ein erhöhtes Krankheitsrisiko und ein fünf-fach erhöhtes Risiko früher zu sterben. Internationale Studien belegen, dass sie vor allem unter Infektionskrankheiten, chronischen Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen und psychischen Störungen leiden. Die SEEWOLF-Studie untersuchte Häufigkeit, Art und Ausmaß psychischer und körperlicher Erkrankungen und ergab u.a., dass zwei Drittel der untersuchten Personen in Wohnungslosenhilfeeinrichtungen unter psychischen Krankheiten leiden. Aufgrund des frühzeitigen Alterungsprozesses erkranken sie zudem deutlich früher an geriatrischen Erkrankungen. Weil obdachlose Menschen selten ärztlich behandelt werden, werden ihre behandlungsbedürftigen akuten und chronischen Erkrankungen in der Regel nicht angemessen ver-



sorgt. Ein funktionierender Zugang zu regelhafter medizinischer Versorgung erfordert einfache und niedrigschwellige Behandlungsformen, die von den Betroffenen auch eingehalten werden können: Spezialisierte ärztliche Leitlinien wären sinnvoll.

Gabriele Saueremann ist Referentin für Hilfen für junge Volljährige und die Gefährdetenhilfe



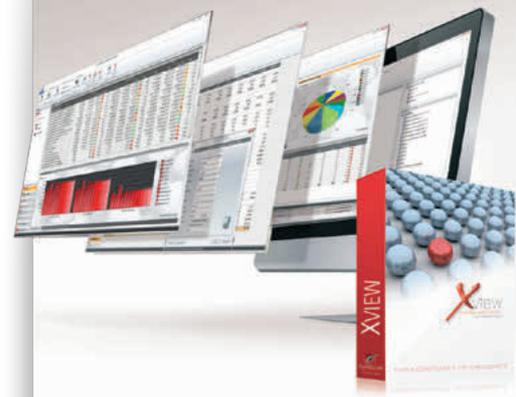
## Flucht

Der Anteil von Flüchtlingen an stationär Behandelten ist, gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil, höher als bei der Allgemeinbevölkerung. Das zeigt die besondere Vulnerabilität der Gruppe.

Neben dem eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung sind es strukturell-institutionelle Faktoren wie die fremdbestimmte Unterbringung, fehlende Familien-einheit, lange Asylverfahren oder Arbeits- und Beschäftigungsverbote sowie individuelle Faktoren wie fehlende soziale Bindungen, Verständigungsprobleme und Diskriminierung, die sich über einen längeren Zeitraum negativ auf den Gesundheitszustand vieler geflüchteter Menschen auswirken.

Der Paritätische setzt sich unter anderem für die flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte auch für Asylsuchende und deren eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistung ein. Zudem bedarf es einer Stärkung der Versorgungsmöglichkeiten für Geflüchtete mit Traumafolgestörungen.

Harald Löhlein ist Leiter der Abteilung Migration und Internationale Kooperation



## Controlling für soziale Einrichtungen

Zukunftsweisende Unternehmensplanung und Steuerung erfordern den Einsatz professioneller Software, die Sie permanent unterstützt und von zeitaufwändigen Routinearbeiten entlastet.

Mit **Xview** haben wir eine leistungsfähige und intuitiv bedienbare Business Intelligence Software **speziell für den Einsatz in sozialen Einrichtungen** entwickelt.

**Xview** bietet eine optimale Basis für Planung, Simulation, Steuerung und Analyse Ihrer Unternehmensdaten. Die Erstellung von Unternehmensplanungen, Forecasts, Kennzahlen, grafischen Analysen, Ampelanalysen, Dashboards oder einem automatisierten Berichtswesen sind schnell und intuitiv möglich.



... das rechnet sich für Sie!



Vereinbaren Sie Ihren Präsentationstermin!  
info@controlling-and-more.com

Sabrina Leh löst gerne Sudoku, sammelt Magneten aus aller Welt und liebt Kunst aus Mittel- und Lateinamerika. Ein großer Fan ist sie von Frida Kahlo.



## „Ich muss lange sparen, um mal ins Theater gehen zu können“

### Chronisch krank zu sein bedeutet oft, arm zu sein

Sabrina Leh ist 22 Jahre alt: Die Studentin der Viadrina in Frankfurt/Oder kehrt Anfang 2003 nach einem mehrmonatigen Auslandssemester in Nicaragua nach Berlin zurück. Sie spricht nun gut Spanisch, genau so, wie sie es sich gewünscht hat. Jetzt heißt es, das Studium zu beenden und eine erfolgreiche Karriere zu starten, so ihr Plan. „Mit Krebs habe ich nie gerechnet. Das kam für mich doch nicht in Frage“, erzählt die heute 36-Jährige Berlinerin. Aber es war ein bösartiger Hirntumor, der schlagartig ihr Leben veränderte.

Zwar konnte der Tumor operativ vollständig entfernt werden, aber dabei wurde das motorische Zentrum der jungen Frau verletzt. Seitdem ist Sabrina Lehs linke Körperhälfte gelähmt. „Zur Reha bin ich im Rollstuhl gefahren, aber dank meines Ehrgeizes konnte ich immerhin bald wieder aufstehen“, erinnert sich die ehemalige Leistungssportlerin der Leichtathletik und räumt ein, dass sie immer noch nicht ‚schön‘ gehe, „immerhin laufe ich und ich lebe!“ Aber die Spätfolgen der Krebserkrankung sind heftig: „Die Bestrahlungen haben meine Hypophyse zerstört, so dass ich mein Leben lang Hormone nehmen muss, seit der OP

bin ich auch Migränikerin.“ Schon mit 22 Jahren muss sie Erwerbsminderungsrente beantragen. Aber trotz ihrer Schwerbehinderung beendete Sabrina Leh erfolgreich ihr International Business-Studium. Leider kann sie bis heute nur in geringem Umfang erwerbstätig sein. „Ich bräuchte einen Job mit flexiblen Arbeitszeiten, der es mir erlaubt, auch an schlechten Tagen im Homeoffice zu arbeiten oder Ausfallzeiten an guten Tagen nachzuholen“, so ihre Vision einer an ihre Bedarfe angepasste Stelle. Bislang bleibt dies leider eine Fantasie.

„Tatsächlich finden über ein Drittel der Krebsüberlebenden nicht wieder zurück ins Arbeitsleben“, erzählt Rainer Göbel, ehrenamtliches Vorstandsmitglied der Deutschen Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V. (DLH) und Geschäftsführer des Selbsthilfevereins Leben nach dem Krebs! e.V. in Berlin. Hier engagiert sich auch Sabrina Leh seit drei Jahren ehrenamtlich und seit Mitte 2016 kann sie als Minijobberin arbeiten. Aber ihre Lage bleibt prekär: „Ich muss ewig sparen, um mal ins Theater gehen zu können“, schildert sie traurig. „Armut durch eine chronische Erkrankung resultiert häufig daraus, dass Patienten weniger erwirtschaften

können, ihnen jedoch durch die Erkrankung höhere Kosten entstehen“, bilanziert Rainer Göbel. Vor allem Selbstständige seien davon betroffen. „Aber auch Alleinerziehende mit Kindern im Haushalt, sehr junge Menschen und Menschen, die auf Hartz IV angewiesen sind, sind in so einer Situation besonders armutsgefährdet.“

Mike Wolff\* war selbstständig, als er mit 32 Jahren an Leukämie erkrankte. Neuneinhalb Jahre lang wurde er mit Chemotherapie behandelt. „Nun bin ich seit vielen Jahren stabil“, freut sich der Berliner, heute 50 Jahre alt. Vor seiner Erkrankung führte er eine gut laufende Firma in der IT-Branche. Er hatte eine Eigentumswohnung und Ersparnisse. Sein Glück im Unglück: Die Rücklagen ermöglichten es ihm, während der fast jahrzehntelangen Krebsbehandlung, weiterhin privat krankenversichert zu bleiben. „Mehr als 250 Euro monatliches Nettoeinkommen hatte ich aufgrund meiner eingeschränkten Leistungsfähigkeit nicht“, beschreibt er seine Situation damals. In dieser langen Zeit war Mike Wolff gezwungen, seine private Altersvorsorge aufzubrechen, eben weil er Eigenkapital hatte, stand ihm keine staatliche Grundsicherung zu. Seit anderthalb Jahren arbeitet Mike Wolff wieder in Teilzeit. Vollzeit packt er nicht mehr. „Ich zahle nun in die Rentenkasse ein. Zu spät. Meine Altersarmut ist vorprogrammiert“, denkt er.

„Ich lebe am Existenzminimum“, beschreibt Sabrina sehr sachlich ihre aktuelle Lage und bereut, dass sie keine Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen hat. „Aber wer denkt mit 20 Jahren daran, erwerbsunfähig zu werden?“ In die Zukunft schaut sie heute voller Sorge.

Einerseits haben sich die Heilungschancen vieler Krebsarten deutlich erhöht. Rund 80 Prozent der Menschen, die im Alter zwischen 15 bis 40 Jahren an Krebs erkranken, überleben. Andererseits sind Betroffene mit massiven Einschränkungen konfrontiert. Viele leiden an chronischer Erschöpfung, der sogenannten Fatigue, haben starke Kopfschmerzen und/oder Probleme, sich

lange zu konzentrieren. Manche haben mit einem Hörschaden oder Tinnitus aufgrund der Chemotherapie zu kämpfen, viele werden ihr Leben lang behandelt, um den Krebs und die Therapie-nachwirkungen zu kontrollieren. Es gibt keine typische Krebsbiografie. Jede und jeder chronische Kranke könnte wohl seine ganz persönliche Liste an körperlichen und/oder seelischen Einschränkungen schreiben. Ein geregeltes Einkommen aus einer Berufstätigkeit zu erwirtschaften, ist schwierig. „Finanzielle Sorgen sind leider noch ein Tabuthema, auch in den Selbsthilfegruppen schweigen viele über ihre Nöte“, berichtet Sylvia Brathuhn, Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs. „Betroffene haben schon das Gefühl, seelisch, körperlich, sozial und beruflich reduziert zu sein. Zuzugeben, auch finanziell zu schwächeln, ist mit großer Scham belegt.“

„Infolge einer chronischen Erkrankung sind einige Betroffene finanziell deutlich eingeschränkt, eine gesellschaftliche Teilhabe in vollem Umfang ist vielen nicht mehr möglich“, schildert Ursula Faubel, Geschäftsführerin der Deutschen Rheuma-Liga, und sagt, dass dies vor allem für junge Rheumakranke gilt, die auf eine Erwerbsminderungsrente angewiesen seien. Immerhin bringe die Chronikerregelung eine geringe Entlastung für Betroffene, die ein Leben lang auf Medikamente, Physio- und/oder Ergotherapie angewiesen seien: Hier ist festgelegt, dass Chroniker im Laufe eines Kalenderjahres nur mit Zuzahlungen in Höhe bis zu einem Prozent ihres Bruttojahresverdienstes belastet werden dürfen, andere Patienten bis zu zwei Prozent.

„Wir sind einen guten Weg gegangen in der Medizin, wir haben wunderbare Möglichkeiten geschaffen, Krebs zu

behandeln. Nun müssen wir mit gleicher Intensität wie in der Wissenschaft, unseren Blick auf den sozialen Aspekt chronischer Krankheiten richten“, wünscht sich Sylvia Brathuhn.

Eine solche Initiative gibt es schon: 2017 befragten das Institut für angewandte Forschung Berlin (IFAF), die Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH) und die Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin (HWR) Betroffene mit dem Ziel, Informationen über die beruflichen und finanziellen Folgen einer Krebserkrankung und über die Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Unterstützungsangeboten zu gewinnen. So können Empfehlungen abgeleitet werden, wie die ökonomische Situation Schwerkranker verbessert werden kann.

Verena Mörath

\*(Name von der Redaktion geändert)

## Kurz vorgestellt

# „Der Preis der Ungleichheit - Armut als Gesundheitsrisiko“ vom Paritätischen Bremen

Handlich und dennoch umfassend informiert der Paritätische Bremen in seinem kurz vor Weihnachten erschienenen Positionspapier „Der Preis der Ungleichheit - Armut als Gesundheitsrisiko.“

Auf kompakten 24 Seiten erwartet die Leserinnen und Leser eine trotzdem umfassende Einführung in das Thema. Zunächst nähert sich die Broschüre mit einer Übersicht dem aktuellen, wissenschaftlichen Stand der Forschung zum Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit.

So stelle Arbeit das größte Gesundheitsrisiko dar. Hervorgehoben werden die Studien des Robert Koch-Institutes (RKI), nach welchem bei der mittleren Lebenserwartung ab Geburt zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Einkommen etwa elf Jahre bei Männern und acht Jahre bei Frauen Differenz liegen.

Im anschließenden Kapitel arbeiten die Paritäter anhand von Bremen die

kommunalen Versäumnisse der Gesundheitspolitik auf, die sich in Teilen auch auf andere Regionen übertragen lassen und damit genau so für Nicht-Bremer interessant sind.

Nach der Kritik kommen die konstruktiven Empfehlungen an das Land. Aus Sicht des Paritätischen Bremen ist es dringend geboten, dass seit 2015 bestehende Präventionsgesetz breiter umzusetzen. Das hat das ausdrückliche Ziel, die Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern. Leider wird dies nach Ansicht der Autoren in Bremen nur inkonsequent umgesetzt. Sie schlagen die bessere Versorgung benachteiligter Stadtteile, eine bessere Vernetzung und die Schließung vorhandener Versorgungslücken statt einiger Leuchtturmprojekte vor.

Fazit: Verständliche Lektüre und nicht nur interessant, wenn man in Bremen wohnt.

Philipp Meinert



Das Positionspapier kann im pdf-Format heruntergeladen werden auf: [www.paritaet-bremen.de](http://www.paritaet-bremen.de)



## Drei Fragen an Heike Gronski zum Projekt „Praxis Vielfalt“

Heike Gronski ist Referentin zum Leben mit HIV und die Projektleiterin vom Projekt „Praxis Vielfalt“ bei der Deutschen AIDS-Hilfe. Dabei geht es darum Diskriminierung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans\* und Intersexuellen (LSBTI\*) sowie Menschen mit HIV im medizinischen Kontext abzubauen. Wie sie das erreichen möchte, hat sie uns kurz beantwortet.

### Frau Gronski, welchen Diskriminierungen sind Menschen mit HIV und LSBTI\* in Arztpraxen ausgesetzt? Haben sie praktische Beispiele?

2012 haben wir 1.147 Menschen mit HIV nach ihren Diskriminierungserfahrungen gefragt. 19 Prozent gaben an, dass ihnen in vorangegangenen 12 Monaten mindestens einmal eine Gesundheitsdienstleistung verweigert worden war.

60 Prozent der Diskriminierungsfälle, die hier gemeldet werden, kommen aus dem Gesundheitswesen. Oft bekommen Menschen mit HIV ausschließlich den letzten Termin des Tages, da die Praxen irrtümlich glauben, dass sie besondere Hygienemaßnahmen nach der Behandlung treffen müssen. Häufig sind auch gravierende Datenschutzverletzungen. Akten werden sichtbar gekennzeichnet oder die Diagnose HIV an Unbefugte weitergegeben.

Studien haben gezeigt, dass 37 Prozent der homosexuellen Männer nicht über ihre sexuelle Identität beim Arzt sprechen aus Scham, Angst vor schlechterer Behandlung oder weil sie negative Vorerfahrungen gemacht haben.

Noch schlechtere Erfahrungen haben Trans\* Personen gemacht. Studien zeigen, dass von ihnen 70 Prozent negative Erfahrungen im Gesundheitswesen gemacht haben. Es geht um falsche Zuschreibungen der Geschlechtsiden-

tität, mangelndes Fachwissen oder unangebrachte Neugierde.

### Sie haben deswegen das Projekt „Praxis Vielfalt“ ins Leben gerufen. Wie arbeitet das Projekt?

Mit dem Gütesiegel wollen wir positive Beispiele in der Versorgungslandschaft loben, bei denen die Ansprüche von LSBTI\*-Personen und Menschen mit HIV vielfältiger kultureller und sprachlicher Hintergründe Berücksichtigung finden. Wir wollen einen konkreten Beitrag zu einer diskriminierungsfreieren Versorgung für Menschen mit HIV und LSBTI\* leisten.

Bei der Projektentwicklung haben wir einen partizipativen Ansatz verfolgt. Eingebunden sind Menschen mit HIV, LSBTI\*, Ärzt/-innen und Fachorganisationen. Gemeinsam haben wir Qualitätsstandards entwickelt, die für eine diskriminierungsfreiere Versorgung stehen. Auf dieser Basis wurden Arbeitsmaterialien entwickelt: Checklisten, Anleitungen für Teamgespräche, Lernquizz, Kurzvideos mit Fallbeispielen, die zur Reflektion der eigenen Arbeit anregen, Webinare zu aktuellen Themen und eine Seminarveranstaltung, die die regionalen Partner durchführen. Wir stellen alle Materialien zur Verfügung und begleiten die Praxen durch den Prozess. Der Zeitaufwand beträgt ca. 12 Zeitstunden, der auf verschiedene Schultern und über einen Zeitraum von 3-4 Monaten verteilt werden kann.

Uns ist es wichtig, dass die Praxen den Erwerb des Siegels als eine Teamleistung begreifen und sich möglichst viele Kolleg/-innen daran beteiligen. Ziel

ist die gesamte Praxis als einen sicheren Ort für alle zu gestalten.

### Niemand lässt sich gern sagen, dass sie oder er diskriminiert. Wie ausgeschlossen sind die Ärzte ihrer Erfahrung nach?

Meist erfolgt die Diskriminierung aus Unwissenheit und Unsicherheit. Beides lässt sich beheben und das ist unser Ziel. Wir wollen den Praxen und Ambulanzen die Gelegenheit bieten sich zu informieren, ihr bisheriges Verhalten zu reflektieren um so Handlungssicherheit zu gewinnen.

Ganz bewusst zeigen wir nicht die Negativbeispiele, sondern loben die heraus, die es besser machen wollen.

Mit diesem Ansatz haben wir bisher gute Erfahrungen gemacht. Zum Beispiel wissen wir seit Jahren, dass es in Zahnarztpraxen zu Problemen im Umgang mit HIV-Patient/-innen kommt. Im vergangenen Jahr haben wir ein umfangreiches Informationspaket für Zahnarztpraxen in Kooperation mit der Bundeszahnärztekammer entwickelt, das an alle niedergelassenen Praxen verschickt wurde. Wir waren selbst überrascht wie groß das Interesse und die positive Resonanz war. Daher sind wir mit der „Praxis Vielfalt“ optimistisch. Im Mai gehen wir mit der Webseite online. Bis dahin durchlaufen wir die Pilotphase mit sechs Praxen bzw. Ambulanzen. Wir hatten keine Probleme Praxen für die Pilotphase zu finden. Außerdem hoffen wir, dass die AOK, die das Projekt zurzeit finanziert, uns auch bei der Bewerbung des Projekts unterstützt.

Die Fragen stellte Philipp Meinert

# Heilmittel Sprache



## Zum Umgang mit sprachlichen Problemen im Gesundheitswesen

Von Natalia Bugaj-Wolfram und Sergio Andrés Cortés Núñez  
Referent/-innen für Migrationssozialarbeit

**S**tellen Sie sich vor: Sie leben in einem Land, dessen Sprache Sie nur wenig oder erst seit kurzem beherrschen. Die vergangene Nacht konnten Sie nicht schlafen, weil Sie Schmerzen im unteren Bauchbereich hatten. Die Schmerzen sind seit dem Morgen stärker geworden und Sie befürchten, dass Sie in die Notaufnahme müssen. Während der Fahrt ins Krankenhaus machen Sie sich Gedanken darüber, wie „stechende Schmerzen“ oder „Nierensteine“ in der hiesigen Sprache heißen. Sie werden ins Krankenhaus aufgenommen und sitzen vor dem Arzt, der Sie untersucht und zu Ihnen befragt, die Sie noch nie zuvor gehört haben. Das Ganze klingt für Sie wie Klingonisch. Der Arzt merkt, dass Sie ihm nicht folgen können und fragt auf Englisch, welche Sprache Sie sprechen würden. Sie nennen ihm Ihre Muttersprache und sagen gleichzeitig, dass Englisch auch nicht gerade Ihre Stärke ist.

### Falsche Diagnosen und gravierende Behandlungsfehler drohen

Theoretisch kann diese Situation in der Notaufnahme eines deutschen Krankenhauses verschiedene Ausgänge haben. Lassen Sie uns einige Szenarien durchspielen:

**1** Aus der Not heraus wird nach einer Lösung gesucht. Der Arzt zückt sein Smartphone und versucht, sich mit Hilfe eines Online-Übersetzungsdienstes verständlich zu machen. Ein Mitarbeiter aus der Hauswirtschaft wird gerufen, um für Sie zu übersetzen. Sie rufen Ihre Nichte/Tochter oder jemand anderen aus Ihrer Familie oder Ihrem Bekanntenkreis an und nach einigen Stunden kommt jemand ins Krankenhaus, um Sie bei der Kommunikation mit dem Arzt zu unterstützen. Diese Art des Dolmetschens wird Ad-Hoc Übersetzung genannt,

dabei werden nicht-qualifizierte Personen/Dienste aus der Situation heraus zur Hilfe gerufen. In der Praxis birgt diese häufig angewandte Notlösung, aufgrund der teils fehlerhaften Übersetzungen, die Gefahr von falschen Diagnosen und gravierenden Behandlungsfehlern. Neben den möglichen negativen, vielleicht sogar lebensbedrohlichen Folgen für die erkrankte Person können diese nicht-qualifizierten Übersetzungen unnötige Kosten verursachen, beispielsweise als Ergebnis von falschen Behandlungen oder durch Schadensersatzansprüche.

**2** Aus Angst vor der Haftung bei möglichen Diagnose- oder Behandlungsfehlern verweigert der Arzt die Behandlung. Dies ist in der Praxis bei einer Akut-Versorgung sehr unwahrscheinlich, rein rechtlich aber möglich, da nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), die Aufklärung durch den behandelnden Arzt für den Patienten verständlich sein muss, damit die Einwilligung zur Behandlung rechtskräftig ist (§ 630e, Abs. 2 Nr. 3 BGB). Sie müssen also auf den nächsten Arzt warten oder mit den starken Schmerzen eine andere Notaufnahme aufsuchen.

Gesundheitstermine

**3** Es wird Ihnen von Seiten des Krankenhauspersonals keine Übersetzung angeboten und Sie können im Familien- und Bekanntenkreis auf niemanden zurückgreifen. Sie unterschreiben alles, was Ihnen vor die Nase gehalten wird, Hauptsache, Sie werden behandelt und die starken Schmerzen hören auf. Wie oft dies tatsächlich in den deutschen Krankenhäusern geschieht wird aus naheliegenden Gründen nicht erfasst. In einem uns bekannten Fall hat das Krankenhaus keine Übersetzungsmöglichkeiten und dem Patienten daher auch keine Hilfe angeboten. Der Patient lag drei Wochen hilflos im Krankenhaus und verfügte nur über unvollständige Informationen über seinen Gesundheitszustand.

**4** Es wird ein/-e qualifizierte/-r Sprachmittler/-in dazu gerufen, um bei der Diagnostik zu übersetzen. Diese Option ist sowohl für die Ärztin/den Arzt, als auch für den/die Patienten/Patientin, medizinisch und rechtlich gesehen, die sicherste Variante. Bedauerlicherweise gibt es sehr viele ungeklärte Fragen im Zusammenhang mit der Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erstens ist nicht umfassend geregelt, wer für die Kosten der Sprachmittlung aufkommen muss. Kliniken haben die Möglichkeit, diese Kosten über eine sogenannte Fallpauschale abzurechnen (§ 39 Abs. 1 SGB V). Im Fall von nichtstationären Leistungen sind die Patienten allerdings die alleinigen Kostenträger. Dies hat das Bundessozialgericht im Jahr 1995 mit einem Urteil bestätigt. Des Weiteren stellt sich die Frage, welche Qualifikationen der/die Sprachmittler/-in mitbringen muss, um ein adäquates, fachgerechtes Dolmetschen sicher zu stellen. Dabei ist zu beachten, dass die Leistung mit steigender Qualifikation teurer wird. Auch Haftungsfragen sind nicht endgültig geklärt.

In der Praxis werden verschiedene Modelle, wie eine Sprachmittlung garantiert werden kann, ausprobiert. Einige wenige Krankenhäuser haben Pools von eigenen Sprachmittler/-innen. Ver-

schiedene Einrichtungen gehen Kooperationen mit sozialen Trägern ein, darunter auch Migrantenorganisationen. Einige Kliniken organisieren Fortbildungen für ihre haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter und es gibt manchmal auch Vertiefungslehrgänge im Gesundheitswesen für professionelle Dolmetscher/-innen. Ebenso sind einige private Anbieter/-innen auf dem Markt, die Lösungen über Video- bzw. telefonische Übersetzung anbieten.



Anzumerken ist hier jedoch, dass all diese Lösungen noch immer ohne allgemein gültige und verbindliche Qualitätskriterien durchgeführt werden. Offen bleibt zudem die Frage, wer über das Einsetzen einer Sprachmittlung entscheidet: das medizinische Personal, der Patient/die Patientin oder eine dritte Instanz. Hier besteht noch viel Handlungsbedarf - nicht nur in der akuten Versorgung, sondern auch in der Vorsorge und Prävention. In der Psychotherapie, in der Reha und in der Behandlung von chronischen Krankheiten. Dabei geht es nicht nur um Menschen, die vor Kurzem in Deutschland eingereist sind und mittelfristig hier bleiben, sondern auch um solche Personen, die hier seit Jahren, teilweise seit Jahrzehnten leben. Letztendlich geht es um das Recht auf einen gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung.

20. März 2018 in Berlin ab 18.30 Uhr

Kundgebung: Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle!

Jeder hat ein Recht auf Gesundheitsversorgung. Trotzdem haben Hunderttausende in Deutschland keinen oder nur beschränkten Zugang zu medizinischer Hilfe. Dafür demonstriert ein breites Bündnis. Auch der Paritätische ruft mit auf.

Ort: Brandenburger Tor (Westseite) [gesundheit-ein-menschenrecht.de](http://gesundheit-ein-menschenrecht.de)

20. und 21. März 2018 in Berlin

Armut und Gesundheit Der Public Health-Kongress in Deutschland

Der Kongress ist die größte regelmäßig stattfindende Public Health-Veranstaltung in Deutschland. Mit seinen insgesamt 130 Veranstaltungen ist er so groß wie nie zuvor und bietet einen reichhaltigen Fundus an Veranstaltungen in den unterschiedlichsten Formaten: von der Podiumsdiskussion bis zur Fish-Bowl. Der Paritätische bietet Workshops an.

Ort: TU Berlin

[www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de)

24. April 2018 in Heidelberg von 10.00 bis 16.30 Uhr

1. Paritätischer Gesundheitskongress „Apfel. Zukunft. Achtsamkeit. Führung 4.0“

Eine Veranstaltung der Paritätischen Akademie Süd in Kooperation mit den Paritätischen Landesverbänden Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz/Saarland und der BGW.

Referenten u.a.: Prof. Dr. Karlheinz Sonntag von der Universität Heidelberg, Dr. Manfred Dangelmaier vom Fraunhofer IAO, Prof. Dr. Dietmar Bräunig von der Justus-Liebig-Universität Gießen und Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Paritätischer Gesamtverband.

Ort: Print Media Academy Kurfürstenanlage 60

69115 Heidelberg

[www.gesundheitskongress2018.de](http://www.gesundheitskongress2018.de)

# Wieder am Leben teilnehmen

## „Gesund altern im Quartier“ Ein Mobilisierungsprojekt des Selbsthilfebüros Darmstadt

„Es gibt viele Angebote für ältere Menschen, um die Beweglichkeit und Fitness zu erhalten. Sie setzen aber voraus, dass die Betroffenen einen Sportverein, eine Senioren-Einrichtung oder Selbsthilfegruppe besuchen“, sagt Susanne Peter, Diplom-Pflege- und Gesundheitswirtin, die zwei Jahre lang das Projekt „Gesund altern im Quartier“ koordinierte. „Wir wollen Menschen im Alter über 75 Jahren, die ihre Wohnung nicht mehr verlassen können, zu Hause individuelle Unterstützung zukommen lassen, damit sie zunächst einmal innerhalb ihrer Wohnung wieder mehr Lebensqualität haben. In einem zweiten Schritt können sie dann vielleicht auch externe Angebote nutzen.“

### Pflegebedürftigkeit vorbeugen

Ziel des Projekts „Gesund altern im Quartier – Selbsthilfe und Prävention“ ist es, Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden, hinauszuzögern oder in ihrem Umfang einzugrenzen. Nach der erfolgreichen Pilotphase im Stadtteil Bessungen, die im November 2017 endete, bemüht sich das Selbsthilfebüro Darmstadt des Paritätischen derzeit um eine finanzielle Förderung durch die Krankenkassen, damit das Angebot mit einem Kooperationspartner, der sich in der Stadtteilarbeit engagiert, verstetigt werden kann. Das Pilotprojekt hat das Selbsthilfebüro mit Unterstützung der Stadt Darmstadt, der Bürgerstiftung und der Max- und Käthe-Kämpf-Stiftung finanziert.

### „Ich gebe nicht auf!“

Karin W. zählt zu den ersten Teilnehmerinnen, die vom Projekt profitieren. Die leidenschaftliche Hobby-Filmemacherin hat sich stets bemüht, körperlich und geistig fit zu bleiben. Doch dann passierte etwas, das sie mächtig aus dem Konzept brachte. Nicht nur, dass ihr Mann an Alzheimer erkrankte

Oft ist es eine schleichende Entwicklung, manchmal kommt es plötzlich mit einem Schlaganfall oder einer schweren Krankheit: Ein bislang noch reger älterer Mensch kann seine Wohnung wegen eingeschränkter Beweglichkeit nicht mehr ohne Hilfe verlassen. Mit dem Projekt „Gesund altern im Quartier“ hat das Selbsthilfebüro des Paritätischen im hessischen Darmstadt zwei Jahre lang ein Konzept erprobt, das die Mobilität älterer Menschen wieder verbessern soll.

und sie ihn pflegen musste, was sie an den Rand ihrer Kräfte brachte. „Dann bin ich auch noch gestürzt und habe mir den Oberschenkel gebrochen“, erzählt die 83-Jährige. Zu all dem kam dann noch die Diagnose Parkinson. Dies alles führte dazu, dass die einst so aktive Darmstädterin die Wohnung nicht mehr verlassen kann. Vieles, das vorher im alltäglichen Leben selbstverständlich war, wurde unmöglich. „Aber ich gebe nicht auf!“, sagt Karin W.

In der Zeitung hatte sie schon vor ihrem Unfall gelesen, dass für ein Projekt zur Mobilisierung älterer Menschen Teilnehmerinnen und Teilnehmer gesucht werden und sich gemeldet. Projektkoordinatorin Susanne Peter besuchte sie in den nächsten fünf Monaten einmal wöchentlich für eine Stunde. Orientiert an einem Testbogen ermittelten beide Frauen zunächst, welche Einschränkungen Karin W. hatte und stellten dann Übungen zusammen, die sie täglich machen konnte, um wieder Kraft aufzubauen und beweglicher zu werden. Ein entsprechendes Konzept dafür hat Professor Dr. Josef Wiemeyer vom Institut für Sportwissenschaften der Technischen Universität Darmstadt mit einer Arbeitsgruppe entwickelt. Er sagt: „Wir betrachten den Menschen ganzheitlich in seinem konkreten Lebensumfeld, mit seinen individuellen Fähigkeiten und Einschränkungen bei Beweglichkeit und Bewegungssicherheit und bemühen uns, für jeden ein maßgeschneidertes Programm anzubieten.“ Die Sportwissenschaftler begleiteten als Projektpartner das Pilotprojekt

auch während der gesamten Laufzeit und passten das Mobilisierungskonzept immer wieder an die aktuellen Bedürfnisse der sechs teilnehmenden Seniorinnen und Senioren an.

### Sich wieder lebendiger fühlen

Im Mittelpunkt stehen ganz alltägliche Bewegungen: Aus eigener Kraft aus dem Bett oder Sessel aufstehen, sich duschen und anziehen, Wäsche waschen und aufhängen, Flaschen aufdrehen oder – wenn möglich – auch Treppen steigen und einkaufen gehen. Koordinationsübungen gehören ebenso zum Programm wie Muskelaufbau. „All das hilft den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, wieder sicherer und selbstständiger zu werden. Sie haben spürbare Erfolge, die sie ermutigen, weiterzumachen und sich wieder mehr zuzutrauen“, betont Susanne Peter. Zwei Teilnehmende konnten im Laufe des Projekts endlich wieder vor die Tür, andere berichteten: „Auch wenn ich nicht raus gehen kann, fühle ich mich wieder lebendiger“.

### Ehrenamtliche Unterstützung

Unterstützt wurde das Selbsthilfebüro von sechs ehrenamtlich engagierten Frauen, die für Hausbesuche und Übungen mit den älteren Menschen geschult wurden und auch Kontakte zu Selbsthilfegruppen oder Initiativen im Quartier vermitteln können. Zielgruppe für das Projekt sind auch künftig insbesondere ältere Menschen, die unter ökonomisch schlechten Bedingungen leben und keine oder zu wenig Unterstützung durch soziale Netze haben.

Ulrike Bauer



# Eine für alle: Die Bürgerversicherung

Ein Kommentar von Dr. Joachim Rock

## Kurz erklärt

### Was ist die Bürgerversicherung?

Faktisch herrscht in Deutschland eine Zwei-Klassen-Medizin. Wer es sich leisten kann, hat eine private Krankenversicherung und wird beim Arzt, vielleicht bei der Terminvergabe, bevorzugt behandelt. Das ist ungerecht.

Deshalb setzt sich der Paritätische für die Abschaffung der privaten Krankenversicherung und für die Einführung der Bürgerversicherung ein. Ziel einer sozialen Bürgerversicherung ist es, die Finanzierungslasten innerhalb des Krankenversicherungssystems gerecht zu verteilen. Der Paritätische tritt für eine qualitativ hochwertige, an den Interessen der Bürger/-innen orientierten Gesundheits- und Pflegeversorgung ein: Alle Einkommensarten zahlen einen bestimmten prozentualen Anteil ihres Einkommens in die Krankenversicherung ein und erhalten die gleiche Leistung. Das wäre rundum gerecht.

Dazu gehört auch, dass andere Ungerechtigkeiten im Versicherungssystem abgeschafft werden. Die Arbeitgeberbeiträge müssen wieder so hoch wie die der Arbeitnehmer sein und Zuzahlungen sind auf absolute Ausnahmen zu beschränken. (PME)

**D**as neue Jahr begann mit einer alten, aber aktuellen Streitfrage: mit dem Streit um die Bürgerversicherung. Es geht dabei um nichts weniger als die Frage, ob das Gesundheitswesen künftig solidarisch und gleich – und damit im Wortsinne paritätisch – organisiert werden soll, oder ob das bestehende Zweiklassensystem fortgeschrieben wird.

### Zweiklassensystem kaum noch zu rechtfertigen

Zuletzt stieg die Zahl der gesetzlich Versicherten deutlich: Etwa 8,8 Millionen Vollversicherten in der Privaten Krankenversicherung (PKV) standen etwa 72,7 Millionen Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gegenüber. Das waren 800.000 Menschen mehr als im Vorjahr und insgesamt so viele wie noch nie. Die GKV gewinnt Versicherte und das anachronistische Zweiklassensystem lässt sich weniger denn je rechtfertigen. Dass Menschen mit ähnlicher Tätigkeit nach ganz unterschiedlichen Kriterien versichert und zwischen den Systemen gleiche Leistungen ganz unterschiedlich honoriert werden, führt zu Ungerechtigkeiten und zu Fehlsteuerungen. Darunter leiden oft genug auch privat versicherte Menschen, etwa wenn ihnen medizinisch überflüssige, aber lukrative Untersuchungen aufgedrängt werden. Dass dabei ausgerechnet die Befürworter eines Zweiklassensystems mit „dem Wettbewerb“ argumentieren und gegen eine angebliche „Einheitsversicherung“ polemisieren, ist grob irreführend. In Deutschland können heute überhaupt nur etwa fünf Prozent der Menschen frei zwischen den Systemen wählen. Und auch innerhalb der PKV ist der Wettbewerb weitgehend ausgeschaltet, weil die Übertragbarkeit der Beitrags-

rückstellungen nicht gesichert ist. Ein Wettbewerb im Sinne der Versicherten erfordert vor allem gleiche Rahmenbedingungen. Das ist nur mit einer Bürgerversicherung zu erreichen, in der die 112 Krankenkassen mit den Versicherungen der PKV erstmals auf Augenhöhe miteinander konkurrieren könnten.

### Vorschläge liegen lange auf dem Tisch

Eine solche Bürgerversicherung, wie sie der Paritätische seit langem fordert, wäre für alle Versicherten in doppelter Hinsicht günstiger. Bislang können sich gerade besonders einkommensstarke und häufig auch überdurchschnittlich gesunde Menschen dem Solidarsystem entziehen. In einer Bürgerversicherung dagegen würde die Finanzierungsverantwortung auf breitere Schultern verteilt, so dass die Beiträge für alle deutlich gesenkt und zusätzliche Leistungen finanziert werden könnten. Gleichzeitig könnten die Ausgaben insgesamt reduziert werden, denn die PKV zahlt heute für die gleiche Leistung durchschnittlich 2,6 mal so viel wie die GKV. In unserem Nachbarland Österreich ist ein Modell der Bürgerversicherung verwirklicht: Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen dort je zur Hälfte einen Beitrag von zusammengenommen nur rund acht Prozent des Lohnes. Mit den Vorschlägen des Paritätischen liegt ein Konzept für ein gleichzeitig wettbewerblicheres, leistungsstärkeres, gerechteres und günstigeres System auf dem Tisch. Jetzt ist die Politik gefordert.

Dr. Joachim Rock ist  
Leiter der Abteilung  
„Arbeit, Soziales und Europa“  
beim Paritätischen Gesamtverband  
Twitter: @JoachimRock

# Die Mondscheinkinder: Ein Leben im Schatten



**A**ls Linus\* fünf Jahre alt war, bemerkte seine Hautärztin untypische Sommersprossen auf der Haut des kleinen Jungen. Die Ärztin konsultierte einen Kollegen, verschickte eine Hautprobe und bald hatten Linus und seine Familie die beunruhigende Gewissheit: Das Kind leidet an Xeroderma Pigmentosum, kurz XP – einer seltene Hautkrankheit, die in Deutschland nicht einmal hundert Menschen betrifft.

Vereinfacht gesagt handelt es sich bei XP um eine extreme Form von UV-Unverträglichkeit. Die Ursachen sind genetisch. Den Betroffenen fehlt ein Enzym, welches die Hautzellen nach UV-Einstrahlung repariert. Die dadurch entstehenden Schädigungen der Haut summieren sich. Tumore können sich bilden. Das Hautkrebsrisiko ist dadurch um ein tausendfaches höher als bei einem Durchschnittsmenschen. Umgangssprachlich werden betroffene Kinder auch „Mondscheinkinder“ genannt. Die Bezeichnung geht noch auf die frühere Medizin zurück, als den Betroffenen von Ärzten geraten wurden, sie sollen doch nachts leben.

## Die Diagnose stellt das Leben der Familie auf den Kopf

„Ich war zunächst einmal überfordert. Das, was ich von der Krankheit wusste, war sehr massiv“ erklärt Frau Behrendt\*, Linus' Mutter, ihre erste Reaktion nach der Diagnose. Sie informierte sich im Internet über XP und stieß sowohl auf zahlreiche Geschichten potentiell dramatischer Krankheitsverläufe als auch auf die Homepage der Selbsthilfegruppe „XP-Freu(n)de – Mondscheinkinder“. Dort finden sie und andere Betroffene Unterstützung. Diese ist für Familien mit Kindern, die an XP leiden, auch dringend geboten. Es gilt: Je weniger UV-Licht sie ausgesetzt sind, desto besser. Die Krankheit schreitet bei UV-Kontakt immer weiter fort.

Bei Behrendts daheim kleben spezielle Folien auf den Fenstern, die handelsüblichen Sonnencremes mit Lichtschutzfaktor 50+ sind nicht für den mehrmaligen Gebrauch jeden Tag gemacht und auch Linus' Kleidung ist eine sonnen-schützende Spezialanfertigung mit UV-Schutz. Selbst handelsübliche Glühbirnen wie Halogen oder Energiesparlampen können für die Mondscheinkinder zum Problem werden.



Extras werden benötigt, die ins Geld gehen können. Frau Behrendt hat dahingehend Glück. Durch die Arbeit ihres Vereins erhalten sie und die anderen Mitglieder Informationen, wo und wie sie günstig oder umsonst und unkompliziert an notwendige Produkte kommen können. Mit ihrer Krankenkasse hat die Familie keine Probleme. Zumindest nicht mehr. Am Anfang musste die Familie kämpfen. Frau Behrendt erzählt: „Wenn man einfach so bei einer Krankenkasse anfragt, würden diese das als Kosmetika einstufen.“ Da hätte sich aber bereits einiges getan. Von den betroffenen Eltern, die sie kenne, können inzwischen alle auf Kulanzentscheidungen ihrer Kasse hoffen.

## Krankenkassen zahlen nicht automatisch

Das Problem ist dennoch, dass die Leistungen der Krankenkassen für XP-Betroffene immer noch freiwillig sind.

Jede Leistung muss nach wie vor beantragt und begründet werden. Dann ist es immer noch unklar, ob sie genehmigt wird. Besonders für Eltern, die gerade erst von der Diagnose ihres Kindes erfahren haben, oft sehr zermürbend. „Im Zweifelsfall ist die Übernahme der Kosten davon abhängig, welcher Sachbearbeiter vor einem sitzt“, erzählt Frau Behrendt. Auch einer ihrer Anträge wurde kurz nach der Diagnose ihres Sohnes abgelehnt. Erst, als sie sich externe Hilfe suchte, gab die Krankenkasse nach.

Bereits im Jahr 2013 bat der Paritätische den damaligen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr die Kasse zu veranlassen, ihre Bewilligungspraxis zu überprüfen, auch mit Verweis darauf, dass der GKV-Spitzenverband sich ebenfalls dafür ausspräche. Der Minister antwortete, er habe „den Eindruck, dass bei den Kassen die Sensibilität für diese Thematik erkennbar zugenommen hat.“ Bis heute überlässt die Politik es den Krankenkassen, wie sie mit XP-Patienten umgeht.

So blieb das Thema in der Hand der Betroffenen. In den letzten Jahren ist durch ihre kontinuierliche Lobbyarbeit sowie durch Prof. Dr. Mark Berneburg, einer der wenigen XP-Spezialisten in Deutschland, einiges in Bewegung gekommen. Trotzdem sind die Eltern der Mondscheinkinder immer noch der Willkür ihrer Krankenkasse ausgesetzt. Was passieren müsste? Frau Behrendt: „Im Prinzip sehr einfach! Die notwendigen Sachen müssen standardisiert übernommen werden! Punkt.“

Philipp Meinert

\*Namen geändert

**Betroffene und Interessierte können die „XP-Freu(n)de - Mondscheinkinder erreichen unter [www.xeroderm pigmentosum.de](http://www.xeroderm pigmentosum.de)**



## Drei Fragen an Anne Jung von medico international

Die internationale Hilfsorganisation medico leistet seit 50 Jahren eine wichtige Arbeit schwerpunktmäßig im globalen Süden. Dabei setzt sie sich auch für ein Höchstmaß an Gesundheit vor Ort ein. Dazu haben wir Anne Jung, Referentin für Campaigning im Bereich Gesundheit, befragt.

### Frau Jung, was macht medico international konkret im Bereich Gesundheit?

Medico international unterstützt als sozialmedizinische Hilfs- und Menschenrechtsorganisation seit 50 Jahren Partnerinnen und Partner aus aller Welt dabei, für das Recht auf den Zugang zu Gesundheit zu kämpfen. Und zwar für Gesundheit in einem umfassenden Sinn, was weit über den Zugang zu Medikamenten hinausgeht. Das Recht auf menschenwürdige Wohnverhältnisse ist dabei genau so wichtig wie Arbeitsverhältnisse, die nicht krank machen und Löhne, die zum Leben reichen.

So verstanden gründet sich Gesundheit auf soziale Gerechtigkeit und zivilgesellschaftliche Teilhabe. Und genau diese Teilhabe wird ständig unterlaufen. Kriege, die Migrationspolitik, Freihandelsabkommen, unzureichende Maßnahmen gegen Klimawandel sowohl auf globaler, nationaler als auch lokaler Ebene: All dies führt zu einem extremen Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit zwischen und innerhalb von Ländern.

Gerade leisten Ärzte, die wir unterstützen, Nothilfe für die Opfer des türkischen Angriffs im Kanton Afrin in Nordsyrien. In Sierra Leone streiten unsere Partner/-innen für die gerechte Verteilung des gesellschaftlichen

Reichtums, wie den Einkünften aus dem Diamantenhandel. Insgesamt fördern wir über 50 Projekte in aller Welt.

### medico international arbeitet auch in globalen Netzwerken. Worum geht es da?

Der Austausch von Wissen in verschiedenen Kooperationen und Netzwerken ist ein wichtiges Element der Arbeit von medico. Wir sind seit Jahrzehnten Teil der internationalen Gesundheitsbewegung People's Health Movement, die sich weltweit für die Umstrukturierung des Gesundheitswesens von der Spitze zur Basis einsetzt und dabei einen partizipativen Ansatz verfolgt.

Der Geneva Global Health Hub warnt vor dem unzulässigen Einfluss von Lobbyisten und privatwirtschaftlichen Akteuren wie der Gates Stiftung auf die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die sich regelrecht im Würgegriff dieser Akteure befindet.

Und die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit verfolgt als übergreifende Initiative von Gewerkschaften, Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, entwicklungs- und migrationspolitischen Organisationen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie sozialen Bewegungen das Ziel, die gesellschaftlichen Bedingungen für Gesundheit stärker in den Mittelpunkt der nationalen und internationalen Gesundheitsdebatte zu rücken. Wir machen Konferenzen zum Beispiel zu der Verschränkung von Sicherheitsdebatten mit Gesundheit, der Umgang mit Ebola ist hierfür ein Beispiel.

### Dieses Jahr wird medico 50 Jahre alt, wozu wir herzlich gratulieren! Wie haben sich vor dem Hintergrund dieser langen Geschichte mit der Zeit die gesundheitspolitischen Herausforderungen geändert?

Armut macht krank. Krankheit macht arm. Das hat sich – leider – nicht verändert. Nur haben sich die globalen Verhältnisse verschoben. Diese Ungleichheit lässt sich nicht mehr entlang geografischer Linien, sondern anhand soziopolitischer Faktoren festmachen. Das heißt: Arme sterben in Deutschland durchschnittlich sehr viel früher als Reiche, der Unterschied beträgt teilweise bis zu elf Jahre. Zugleich ist der Zugang zu Fachärzten in Kenias Hauptstadt Nairobi leichter möglich als in einigen Gebieten in Deutschland – solange man die Kosten privat zahlen kann. Wir können an vielen Punkten Verbesserungen in der Versorgungslage feststellen, beispielsweise durch die Verstärkung. Andererseits werden diese Erfolge wieder in Frage gestellt, weil ernährungsbedingte Krankheiten in Folge von Verstärkung und einer aggressiven Freihandelspolitik zunehmen. Gleichzeitig wächst auch die Vernetzung von Menschen, die sich dieser Verwertungslogik entgegen stellen. Das macht Hoffnung und lässt uns optimistisch auf die nächsten Jahre blicken.

Die Fragen stellten Christian Weßling und Philipp Meinert

Weitere Informationen unter: [www.medico.de](http://www.medico.de)

# Zwei Jahre Präventionsgesetz. Eine allererste Zwischenbilanz



## Eine Analyse von Rolf Rosenbrock

**A**rme Menschen sterben in Deutschland im Durchschnitt rund zehn Jahre früher als Wohlhabende und verbringen von ihrer kürzeren Lebenszeit auch noch drei Jahre mehr mit chronischer Krankheit. Kein ernstzunehmender Mensch kann annehmen, dass diese Ungerechtigkeit allein mit Primärprävention und Gesundheitsförderung bewältigt werden könnte.

Dennoch war es ein Erfolg, dass mit dem Präventionsgesetz 2015 (v. a. im § 20 SGB) nach Jahrzehnte währenden Anläufen festgeschrieben wurde, dass dem Gesetzesauftrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen nun auch ein entsprechendes Instrumentarium vorgeschrieben wurde. Künftig liegt der Schwerpunkt der von der GKV finanzierten und organisierten Primärprävention auf partizipativ gestalteten Veränderungen von Lebenswelten (KiTa, Schule, Betrieb, Nachbarschaft, Altenheim, Freizeiteinrichtung etc.) – Verhältnisprävention mit Verhaltenswirkungen. Dafür sollen ab 2016 60 Prozent der insgesamt ca. 500 Mio. Euro pro Jahr ausgegeben werden.

Jetzt kommt es darauf an, dass dieses Geld auch wirklich zielgerichtet und fachgerecht eingesetzt wird. Insgesamt sind die Kassen im ersten Jahr den Ausgabenzielen ziemlich nahe gekommen: gegenüber 2014 ein Plus von 116 Prozent auf 147 Mio. Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung, die Ausgaben für die anderen Lebenswelten haben sich fast verdreifacht auf 116 Mio. Euro.

Alles palletti also? Nicht ganz. Aus zahlreichen Praxisberichten (eine systematische Begleitevaluation findet lei-

der nicht statt) zeichnen sich vier Problembereiche ab, die von der GKV wie von den Trägern der Lebenswelten als ernste Herausforderungen angenommen werden sollten.

**1** Partizipation in den Lebenswelten bleibt allzu oft formal, von einer wirklichen Entscheidungsbeteiligung der Nutzerinnen und Nutzer der Lebenswelt kann sehr häufig keine Rede sein. Damit bliebe aber der zentrale Gesetzesauftrag der Stärkung von Gesundheits-Ressourcen unerfüllt, gerade bei sozial benachteiligten Menschen können dann auch kaum Wirkungen erzielt werden. Oft werden Lebenswelten immer noch als Einflugschneise oder Ablageort klassischer Gesundheitsbotschaften missverstanden, 36% der Aufwendungen für die Lebenswelten (sogar 46 Prozent in den Betrieben) fließen in dort angesiedelte Verhaltensprävention.

**2** Die Anzahl der mit der Prävention erreichten Lebenswelten und Betriebe ist beeindruckend: allein 21.034 KiTas und Grundschulen sowie 13.132 Betriebe. Selbst wenn in allen diesen Institutionen partizipativ und verhältnisändernd interveniert worden wäre (Zweifel s.o.), die Potenziale der Primärprävention wären damit nur ansatzweise ausgeschöpft, mehr als 100.000 KiTas und allgemeinbildende Schulen, Tausende von kommunalen, sozialen Brennpunkten, Hunderttausende von Betrieben etc. etc. blieben außen vor.

**3** Das Gesetz schreibt vor, dass Kassen in der Prävention kassenübergreifend zusammenarbeiten sollen. Trotz löblicher Ausnahmen wie z.B. das kassenarten-übergreifend geförderte Projekt, Bewusst - Gesund - Aktiv: Gesundheitsförderung für Migrant/-innen im Quartier' beim Paritätischen Gesamtverband ist die

überwiegende Praxis der Kassen eine andere. Im Kern konkurrieren sie dabei um Chancen der Mitgliederwerbung und nicht um die besten gesundheitlichen Ergebnisse. Dieser Fehlreiz wird dort besonders deutlich, wo Kooperation geboten wäre, aber nicht stattfindet, wenn es etwa um die Koordination der Prävention für KiTas in einem großen Stadtgebiet geht. Ein Viertel der geförderten KiTas liegt in Gebieten ‚mit besonderem Entwicklungsbedarf‘ – auch hier scheint noch Luft nach oben.

**4** Die Kassen sollen nicht nur untereinander kooperieren, sondern auch mit anderen Akteuren wie der „Bundesagentur für Arbeit“ oder Kommunalverwaltungen und natürlich v.a. mit den Trägern der Lebenswelten, die ja oft genug Paritätische Mitgliedsorganisationen sind. Solche Prozesse dauern lange, für eine abschließende Bewertung ist die Zeit noch nicht reif.

Es ist noch ein weiter Weg, bis alle diese Akteure traditionelle Vorstellungen von Prävention als Gesundheitserziehung und Verhaltenstraining überwunden und sich ein gemeinsames Verständnis von partizipativ gestalteten Lebenswelt-Projekten erarbeitet haben. Voraussetzung dafür ist nicht nur ein gemeinsames fachliches Verständnis, sondern auch eine Haltung der Kooperation auf gleicher Augenhöhe. Nur wenn sich GKV und die anderen großen Akteure als gleichberechtigte Partner der Zivilgesellschaft und der Träger der Lebenswelten verstehen und verhalten, kann ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Lebens- und Gesundheitschancen geleistet werden.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock ist der Vorsitzende des Paritätischen Gesamtverbands

Zahlen aus: Präventionsbericht 2017, hrsg. vom MDS und GKV-Spitzenverband

# Handicap International

## Für Menschen mit Behinderung weltweit

Unter den Schutzsuchenden, die nach Deutschland kommen, befinden sich auch Flüchtlinge mit angeborenen oder durch Verletzungen in Kriegs- und Krisengebieten erworbenen Behinderungen sowie chronischen Erkrankungen. Nach der 2015 verabschiedeten Verschärfung des Asylrechts sind Abschiebungen trotz Behinderung oder chronischer Erkrankung, wenn diese schon im Herkunftsland bestand, rechtlich möglich und die medizinische Versorgung nur im Notfall zulässig. Viele Menschen mit Behinderung sind jedoch auf eine regelmäßige medizinische Versorgung oder spezielle Behandlungen wie regelmäßige Physiotherapien angewiesen, auch wenn sie nicht als Notfall eingestuft werden. Dabei sehen sich speziell Flüchtlinge mit Behinderung auch in Deutschland vielen Barrieren gegenüber.

Hier setzt das Projekt ComIn in München an: Basierend auf den seit Langem bestehenden weltweiten Aktivitäten von Handicap International unterstützt das Projekt täglich Migrant/-innen und Flüchtlinge mit Behinderung dabei, ihren Alltag zu meistern. Handicap International (HI) ist eine unabhängige und unparteiische Organisation für internationale Solidarität, die seit 35 Jahren in rund 60 Ländern aktiv ist. Ein Schwerpunkt ist die Versorgung der Überlebenden von gewaltsamen Konflikten und Naturkatastrophen, die oft mit Amputationen und psychischen Traumata leben müssen. HI hat die internationale Kampagne für das Verbot von Landminen mit gegründet, die 1997 den Friedensnobelpreis erhalten hat. Derzeit engagiert sich HI auch in einer internationalen Kampagne gegen den Einsatz von Explosivwaffen in Wohngebieten.



Ein Kernanliegen von HI ist die volle Teilhabe von Menschen mit Behinderung an der Gesellschaft. Zusammen mit anderen hat Handicap International deshalb die Charta über die Inklusion von Menschen mit Behinderung in die humanitäre Hilfe entwickelt. Ziel ist, dass diese von einer Vielzahl an Staaten und Organisationen angenommen und umgesetzt wird.

Huberta von Roedern  
Leiterin Öffentlichkeitsarbeit bei  
Handicap International e.V.  
[www.handicap-international.de](http://www.handicap-international.de)

## Das „Bremer Modell“

### Die Gesundheitskarte für Flüchtlinge

Stellen sie sich vor, Sie müssen zum Arzt, aber dürfen nicht. Beziehungsweise sie dürfen schon, aber erst nach behördlicher Genehmigung und eine Krankenkassenkarte haben sie auch nicht. Unvorstellbar für die meisten von uns, für die meisten Flüchtlinge immer noch Alltag.

Denn nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben Flüchtlinge nur bei akuten Problemen und Schmerzen oder bei Schwangerschaft Anspruch auf umfassende Behandlung. Alles andere muss umfassend von den Sozial- und Asylbehörden geprüft und genehmigt werden. Das ist nicht nur ein unverhältnismäßiger, bürokratischer Aufwand und führt zu immensen Verzögerungen einer notwendigen Behandlung, sondern ist auch unvereinbar mit der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte,

die jedem das Recht auf Gesundheit zugesteht. Die Lösung des Problems liegt eigentlich auf der Hand: Flüchtlinge brauchen eine Gesundheitskarte. Das weiß man im Bundesland Bremen schon lange, denn dort gibt es bereits seit 2005 eine Gesundheitskarte für Flüchtlinge.

Bereitgestellt wird diese von der AOK, und schon seit zehn Jahren Flüchtlinge mitversichert. Pro Flüchtling erhält sie zehn Euro Aufwandsentschädigung für Verwaltungskosten. Die Verwaltung an eine Krankenkasse abzugeben, ist nur folgerichtig: Im Gegensatz zu den Sozialbehörden hat die Krankenkasse das nötige Know-How der Verwaltung. Die eventuellen Gesundheitskosten trägt weiterhin der Staat. Dahingehend ändert sich nichts. Das ist auch noch günstiger. In Hamburg, wo das Bremer Modell 2012 über-

nommen wurde, wurden jährlich 1,6 Millionen Euro Verwaltungskosten eingespart. Die Behandlungskosten hingegen sind nicht gestiegen. Wie auch? Behandelt werden müssen die Flüchtlinge ja so oder so, egal ob sie einfach zum Arzt gehen können oder ein unnötig aufwändiges Genehmigungsverfahren vorgeschaltet wurde.

Das Bremer Modell hat Schule gemacht. Inzwischen werden Gesundheitskarten unter anderem in Berlin, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Brandenburg und Thüringen eingeführt. Die bundesweite Einführung wäre der nächste Schritt wäre eigentlich eine bundesweite Einführung. Diese wurde zuletzt 2015 im Bundestag gefordert, aber von der Bundesregierung abgelehnt.

Philipp Meinert

## Anforderungen an die Sozialpolitik der kommenden Bundesregierung

### Mehr Mut zu einer offensiven Sozialpolitik

Welche Parteien die zukünftige Regierung bilden, stand zum Redaktionsschluss des Verbandsmagazins noch nicht fest. Angesichts des ausgehandelten Vertrags zwischen Union und SPD deutete jedoch vieles auf eine Fortsetzung der Großen Koalition hin. Die Parteien streben, so formuliert es der Titel des Koalitionsvertrages vom 7. Februar 2018, einen neuen Aufbruch, eine neue Dynamik und einen neuen Zusammenhalt an. Nach einer Auswertung der wichtigsten sozialpolitischen Inhalte des Vertrages muss leider festgehalten werden: Pläne für eine offensive Sozialpolitik sind nicht wirklich zu erkennen. Im Detail finden sich zwar viele richtige Ansätze, die großen sozialen Aufgaben werden jedoch nicht oder nur sehr unzureichend angegangen. Zudem bleibt die Finanzierung an vielen Stellen unklar. Dabei ist der Verzicht auf zusätzliche Steuereinnahmen, etwa durch eine stärkere Besteuerung sehr hoher Einkommen und hoher Vermögen, das grundlegende Manko dieses Koalitionsvertrages.

Die geplante Abschaffung des Solidaritätszuschlags wird die finanziellen Spielräume und politischen Gestaltungsmöglichkeiten weiter verringern. Kleine und mittlere Einkommen werden dagegen von der Abschaffung kaum profitieren. Dringend notwendige sozialpolitische Maßnahmen – von höheren Leistungen der Grundsicherung bis hin zu familienpolitischen Leistungsverbesserungen – sind ohne zusätzliche Steuermittel nicht realisierbar.

Das Gleiche gilt für den dringend notwendigen Ausbau kommunaler und sozialer Infrastruktur, worunter auch die Förderung sozialer gemeinnütziger Dienstleistungen und Angebote fällt.

### Für eine Sozialpolitik, die Schutz und Sicherheit bietet

Sozialpolitik ist eine Politik gegen die Ungerechtigkeiten der Welt und gegen die Schicksalsschläge des Lebens. Sie soll denjenigen Schutz und Sicherheit bieten, die aus unterschiedlichsten Gründen nicht vollständig für sich alleine sorgen können und Unterstützung benötigen. Leider konnte die deutsche Sozialpolitik der vergangenen zwei Jahrzehnte dieses Versprechen häufig genug nicht einlösen. Sozialstaatlicher Rückbau hat das Vertrauen in die Institutionen des Sozialstaats deutlich angekratzt und ein Gefühl der Unsicherheit verstärkt. Eine auskömmliche Rente im Alter? Ungewiss. Qualitativ hochwertige und menschenwürdige Pflege? Durch fehlendes Personal gefährdet. Ein stabiles und würdiges Sicherheitsnetz bei Krankheit und Arbeitslosigkeit? In Frage gestellt. Sinkende Kinderarmut in Zeiten wirtschaftlicher Prosperität? Nicht zu erkennen.

Diese Probleme rufen nach einer offensiven Sozialpolitik, die sich der Individualisierung von sozialen Risiken entgegenstellt. Es wäre eine Politik, die Ungewissheiten verringert und Ängste mindert. Es wäre eine Wohnungspolitik, die sich für deutlich mehr sozialen Mietwohnraum einsetzt und den gemeinnützigen Wohnungssektor stärkt. Es wäre eine Bildungspolitik, die das

Missverhältnis von bildungs- und arbeitspolitischen Aufgaben auf der einen Seite und Ausgaben auf der anderen Seite in Einklang bringt, um Kindern aus armen Familien eine echte Chance des sozialen Aufstiegs zu bieten. Es wäre eine Asyl- und Integrationspolitik, die denjenigen Menschen, die vor Hunger oder Krieg in dieses Land geflüchtet sind, menschenwürdigen Schutz, faire individuelle Verfahren und Aussicht auf Teilhabe bietet.

Für all diese Aufgaben braucht es politischen Mut, gute fachliche Ideen – und finanzielle Ressourcen. Wir erwarten von einer neuen Bundesregierung, dass sie den nötigen Mut und die Entschlossenheit aufbringt, ausreichende finanzielle Mittel für die sozialen Aufgaben bereitzustellen. Nur so können die regionalen und sozialen Spaltungen überwunden werden.

Dr. Jonas Pieper



Dr. Jonas Pieper ist Referent für übergreifende Fachfragen beim Paritätischen Gesamtverband

# Pro und Contra Smartphone und Tablet für die Kleinsten?



Das Smartphone haben wir immer dabei, das Tablet immer häufiger. Für uns Erwachsene gehören diese Accessoires zum Alltag und zum Beruf dazu. Wir haben uns daran gewöhnt.

Aber was für uns normal ist, muss es noch lange nicht für unsere Kinder sein. Sollte man sie früh, vielleicht schon in Kita und Kindergarten, an die digitalen Geräte heranzuführen oder lieber warten?

Wir haben zwei Experten aus der Mitgliedschaft mit unterschiedlichen Meinungen gefragt.

## „Digitale Medien in der KiTa? Unbedingt!“

Ein Tablet in den Händen eines Kita-Kindes sorgt noch oft für einen Aufschrei. Bildungsarbeit in Kitas ist seit jeher sehr gut ohne diesen modernen Schnickschnack ausgekommen und die Kinder entwickelten sich gut in diesem analogen Setting. Die soziale Wirklichkeit um die Institution Kita herum sieht aber schon lange anders aus: Hier sind digitale Medien in der LebensWELT von Kindern bereits LebensREALITÄT.

Was soll Kita nun also tun? Die Augen verschließen und weiterhin nur Schere und Klebstoff bemühen? Oder etwas wagen, um die Türen für den Geist der Zeit zu öffnen? Ist es nicht Bildungsauftrag der Kita Medienkompetenz und Medienrezeptionsverhalten von Kindern früh und sinnvoll als eine Entwicklungsaufgabe zu verstehen? Liegt nicht gerade hier eine Chance, Kindern einen verantwortungsvollen Umgang und Einsatz digitaler Medien zu ermöglichen?



Es gibt ein Prinzip, dem immer gefolgt werden muss: Medien sind Werkzeug für die Pädagogik – ebenso wie Schere und Klebstoff. Digitale Medien erweitern das Repertoire. Damit der Griff zu digitalen Werkzeugen gelingt und pädagogisch wertvoll ist, müssen Fachkräfte zunächst Kenntnis über Vorhandensein und technische Funktionsweisen haben. Von ihrer Kompetenz ist abhängig, ob sich die pädagogischen Prozesse durch den Einsatz digitaler Medien erweitern. Den Bildungsthemen der Kinder folgend können spielerisch innovative Einsatzmöglichkeiten erprobt werden. Digitale Sprachwände können z.B. im Kontext von Sprachbildung und Literacy genutzt werden, eine Endoskopkamera das Forschen im Freien bereichern und ein Stop-Motion-Film den Bau eines Wolkenkratzers im Konstruktionsbereich abbildbar machen.

Ziel von Kita-Pädagogik muss es sein, dass Kinder zu selbstbewussten Akteurinnen und Akteuren werden. Kinder erlernen die bewusste und verantwortungsvolle Nutzung von digitalen Medien in der Kita dann, wenn sie selbst Medien als Werkzeuge in ihre

Selbstbildungsprozesse integrieren. Auf diesem Weg entwickeln sie Fähigkeiten zur souveränen Mediennutzung und letztlich Medienresilienz, die sie fit macht für die zunehmende Digitalisierung und für ein eigenverantwortliches analoges und digitales Leben.

Jule Marx  
Leiterin Abteilung Pädagogik und  
Qualitätsentwicklung bei der Fröbel-Gruppe

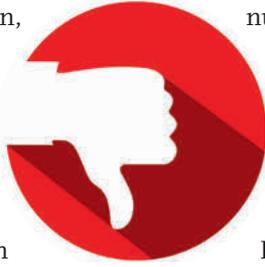
## „Kinder brauchen Smartphone und Tablets nicht!“

Selbstverständlich müssen alle Menschen jetzt, aber noch viel mehr in der Zukunft, in einer Welt, in der alle Lebensbereiche „elektronisch durchdrungen“ sind, eine Beziehung zur Digitalisierung ihrer Lebensumstände finden. Somit ist die Vorbereitung auf die Teilhabe an dieser Welt und Gesellschaft selbstverständliche Aufgabe von Erziehung und Bildung.

Die scheinbar einzig logische Antwort in dieser Hinsicht, bereits im Leben der kleinen Kinder elektronische

Medien hier und heute besonders die „mobilen“ Geräte wie Tablet oder Smartphone zum Handlungs- und Lerngegenstand zu machen, ist kontraproduktiv und gerichtet zum Schaden der Kinder.

Konsum elektronischer Medien attackiert den Willen des Konsumenten. Ein schlichter Beleg hierfür ist, dass die Erinnerungsfähigkeit dem medial Erlebten gegenüber eindeutig schwächer ist als dem sinnlich real Erlebten. Es geht bei dieser Problematik nicht um den Inhalt des medial Dargestellten, sondern um den „energetischen Bereich“, der im Kern zu Handlungsansätzen führt. Die mediale Manipulation des Willens ist Ausgangspunkt



für das, was gegebenenfalls zur Sucht führt. Kinder im Vorschulalter ergreifen ihr Leben nicht von der Planungs- und Vorstellungsseite her; für sie ist der „motorische Mitvollzug“ (Alfred Nitschke), wie später nie mehr, der Schlüssel zur Welt, zu den Mitmenschen und letztlich zu sich selbst. Dies ist ein vom Willen bestimmter Vorgang. Pflege und Erziehung des Willens sind die herausragenden Aufgaben der Erziehung und Bildung in den ersten Lebensjahren. Dafür brauchen die Kinder wahrhaftige und echte Eindrücke und Lebensumstände. Die Begegnung mit der virtuellen und elektronisch erzeugten Welt ist da ein erheblicher Störfaktor.

Teilhabe an der digitalen Medienwelt verlangt immer mehr, einen starken und gesunden Willen ausgebildet zu haben. Er ist gewissermaßen Bedingung für die gesunde Teilhabe an der modernen und zukünftigen Gesellschaft.

Smartphone und Tablet lassen in Erweiterung des „Spielraums“ früherer medialer Erscheinungsformen das virtuelle Erlebnis überall zu: im geschobenen Kinderwagen, auf der Rückbank im Auto usw. Umso dringender der Appell:

Smartphones und Tablets gehören nicht in das Leben der Kleinsten!

Dr. Wolfgang Saßmannshausen  
Für die Waldorfkinderknoten-Bewegung  
weltweit als Aus- und Fortbilder, wie auch  
in der Beratung tätig.

## Apropos...



# „Inhuman“

## Der Paritätische kritisiert die Begrenzung des Familiennachzugs



Die scheidende Bundesregierung hat aus Sicht des Paritätischen auf den letzten Metern beim Thema Familiennachzug für Geflüchtete keine sonderlich gute Figur abgegeben. Am Donnerstag, den 1. Februar 2018 stimmte der Bundestag mit den Stimmen der CDU/CSU- und der SPD-Fraktion dafür, den Zuzug von Familienangehörigen für Flüchtlinge mit subsidiärem, also eingeschränktem Schutzstatus, weiter auszusetzen. Ab dem 1. August soll – nach den aktuellen Plänen von Union und SPD – danach zwar monatlich wieder einem Kontingent von bis zu 1.000 Personen die Einreise ermöglicht werden, noch ist aber unklar, nach welchen Kriterien die Personen ausgesucht werden sollen. Ohne eine entsprechende Gesetzesinitiative wäre die befristete Einschränkung Mitte März diesen Jahres regulär ausgelaufen und der Familiennachzug auch für Flüchtlinge mit subsidiärem Schutzstatus wieder möglich gewesen.

Der Paritätische hatte an die Abgeordneten des Deutschen Bundestags vorab eindringlich appelliert, einer Verlängerung der ursprünglich befristeten Aussetzung des Familiennachzugs nicht zuzustimmen. „Es gibt ein Gesetz, das regelt, dass diese unsägliche Beschränkung des Familiennachzugs am 16. März ein Ende hat. Und daran sollten sich nun auch alle halten“, so Ulrich Schneider, Hauptgeschäftsführer des Paritätischen Gesamtverbands. Viele Familien warten seit mittlerweile über zwei Jahren darauf, ihre Angehörigen wiederzusehen und haben auf die Verlässlichkeit des deutschen Rechts ver-

traut. Die Aufhebung der Beschränkungen beim Familiennachzug sei letztlich auch ein Gebot humanitärer Verantwortung, mahnt der Verband.

Die Aussetzung des Rechtes auf Familiennachzug für subsidiär Geschützte stelle eine erhebliche Belastung der Betroffenen dar und behindere ihre Integration. Subsidiär Geschützte befinden sich in der gleichen Lebenssituation wie anerkannte Flüchtlinge. Ob und wann ihre Rückkehr möglich sein wird, ist häufig nicht absehbar. Aus guten Gründen hatte man daher ursprünglich den subsidiär Geschützten die nahezu gleichen Rechte auf Familiennachzug eingeräumt wie anerkannten Flüchtlingen. Dass dieser Rechtsanspruch auf Familienzusammenführung nun – zeitlich unbefristet – abgeschafft wurde, sei ein Skandal, kritisiert der Paritätische in seiner fachlichen Einschätzung der Koalitionsvereinbarung von Union und SPD.

„Die festgelegte Zahl von bis zu 1.000 Menschen pro Monat, die zu ihren Familienangehörigen nachziehen dürfen, ist willkürlich und moralisch fragwürdig. Im Klartext heißt diese Obergrenze, dass Zehntausenden von Menschen der Familiennachzug verweigert wird“, so Ulrich Schneider, „Familien gehören zusammen, ganz egal wo sie herkommen. Der Schutz der Familien-einheit ist Menschenrecht!“ Die bestehende Härtefallregelung ist aus Sicht des Paritätischen und anderer Expertenorganisationen völlig unzureichend, da sie nur für ganz wenige Ausnahmen gilt und an der Lebensrealität der

Betroffenen vorbei geht. Mit seiner Kritik ist der Paritätische nicht alleine. Der Deutsche Kinderschutzbund verwies darauf, dass die Regelung Geist und Inhalt der UN-Kinderrechtskonvention, der Charta der Grundrechte der Europäischen Union und Artikel 6 des Deutschen Grundgesetzes widerspreche. „Menschenrechte sind nicht nur eine Schönwetterangelegenheit“, mahnte DKSB-Präsident Heinz Hilgers. „Gerade in schwierigen Zeiten und bei besonders Schutzbedürftigen müssen sie eingehalten werden.“ Für Kinder sei der Familienzusammenhalt während des Krieges, auf der Flucht und nach ihrer Ankunft in einem anderen Land das Wichtigste, so der DKSB. Eine gewaltsame Trennung über einen langen Zeitraum führe oft zu gravierenden Bindungs- und Beziehungsstörungen, die irreparable Entwicklungsverzögerungen und Traumatisierungen verursachen können. Das Deutsche Kinderhilfswerk sprach von einer „menschenrechtlichen Katastrophe“, PRO ASYL von einer „bitteren Enttäuschung“. „Dieses Gesetz führt zum Einstieg in den Ausstieg aus dem Grundrecht, als Familie zusammen zu leben. Aus einem Grundrecht darf kein Gnadenrecht werden“, mahnte Günter Burkhardt, Geschäftsführer von PRO ASYL.

Gwendolyn Stilling

Abonnieren sie auch unseren Newsletter unter:  
[der-paritaetische.de/newsletter](http://der-paritaetische.de/newsletter)

## Hilfen für Kinder aus Suchtfamilien

Drei bis vier Millionen Kinder in Deutschland sind von einer psychischen Erkrankung oder einer Suchterkrankung ihrer Eltern betroffen und haben ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, selbst psychisch krank zu werden. Etwa 15 Prozent sind unter drei Jahre alt, so die Schätzung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Die betroffenen Kinder haben spezielle erzieherische Förder- und Unterstützungsbedarfe und doch sind sie bis heute weitestgehend aus dem bestehenden Hilfesystem ausgeschlossen. Bereits 2009 wurde im 13. Kinder- und Jugendbericht auf den Handlungsbedarf hingewiesen. Im Juni 2017 schließlich hat der Bundestag einstimmig einen fraktionsübergreifenden Antrag beschlossen, um eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe einzusetzen. Unter Beteiligung der zuständigen Bundesministerien, wesentlicher Fachverbände

und weiterer Sachverständiger sollen Schnittstellen und Regelungslücken zwischen Sozialleistungssystemen identifiziert und Vorschläge für Hilfen für betroffene Familien erarbeitet werden. Bis zum 1. Juli 2018 sollten konkrete Ergebnisse vorliegen.

Durch Bundestagswahlkampf und die Schwierigkeiten bei der Regierungsbildung kam es zu Verzögerungen. In einem Schreiben an die geschäftsführende Bundesfamilienministerin Katarina Barley hat der Paritätische Gesamtverband im Dezember die zügige Einsetzung der Arbeitsgruppe angemahnt. Die geschäftsführende Familienministerin reagierte prompt und sagte zu, sich für eine schnellstmögliche Einberufung einzusetzen. Nach aktuellen Informationen soll die Arbeitsgruppe, mit nunmehr fast einem Jahr Verzögerung,

im April endlich ihre Arbeit aufnehmen.

Im Februar lenkte die Paritätische Mitgliedsorganisation NACOA e.V. zusammen mit weiteren Partnern im Rahmen einer bundesweiten Aktionswoche unter Schirmherrschaft von Schauspielerin Katrin Sass den Blick noch einmal eindringlich auf die Situation der Kinder aus Suchtfamilien. Ziel müsse es sein, ein flächendeckendes, regelfinanziertes Hilfesystem für die Betroffenen zu schaffen. Hierfür sei vor allem die Schaffung von Finanzierungsmöglichkeiten ausschlaggebend. „Daran muss sich die Große Koalition messen lassen, wenn sie die Situation von Kindern aus Suchtfamilien nachhaltig verbessern will“, so NACOA-Sprecher Henning Mielke.

Gwendolyn Stilling

## Verbandsvorsitzender beim Bundespräsidenten



Am 09. Januar war unser Verbandsvorsitzender Prof. Dr. Rolf Rosenbrock beim Neujahrsempfang des Bundespräsidenten Frank-Walter Steinmeier. In einem kurzen Gespräch dankte Rosenbrock dem Bundespräsidenten für seine deutlichen und guten Worte zur Bedeutung und zu den Potenzialen der Zivilgesellschaft für den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Bundespräsident Steinmeier versicherte ihm, dass dies für ihn auch weiterhin ein wichtiges und großes Thema bleiben werde. Zum Abschluss entstand noch ein gemeinsames Foto von Elke Büdenbender, Prof. Dr. Rosenbrock und Bundespräsident Steinmeier.



Bei der zentralen verbandlichen Veranstaltung zur Paritätischen Jahreskampagne dreht sich alles um die Durchsetzung, den Schutz und die Wahrung insbesondere auch sozialer Menschenrechte.

**A**m 10. Dezember 2018 feiert die Verabschiedung der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte 70. Jahrestag.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband und seine Mitglieder nehmen dies zum Anlass, den gemeinsamen Kampf um die Durchsetzung, den Schutz und die Wahrung insbesondere auch sozialer Menschenrechte zum gemeinsamen Schwerpunktthema in diesem Jahr zu machen. Im Rahmen der Kampagne „Mensch, du hast Recht!“ sind über das Jahr zahlreiche Veranstaltungen und Aktivitäten rund um die zentralen Themen Wohnen, Gesundheit, Bildung, Selbstbestimmung, Teilhabe und Schutz geplant.

Der Paritätische Verbandstag am 19. und 20. April 2018, im Anschluss an die Mitgliederversammlung des Gesamtverbands in Potsdam, ist die zentrale gemeinsame verbandliche Veranstaltung zur Kampagne auf Bundesebene.

Neben Fachvorträgen und Denkanstößen aus der Praxis wollen wir in insgesamt über 20 themenspezifischen Workshops Fragen des Schutzes und der Gefährdung der Menschenrechte in Deutschland diskutieren.

Das Themenspektrum ist dabei vielfältig wie der Verband: Es geht um Frauenrechte und die Menschenrechtssituation intergeschlechtlicher Menschen, um das Recht auf Diskriminierungsschutz und das Recht auf Selbstbestimmung in Abhängigkeitsverhältnissen, um das Recht auf Teilhabe an Erwerbsarbeit für Langzeitarbeitslose und das Recht auf politische Partizipation von benachteiligten Gruppen. Es wird Workshops zum Thema „Teilhabe und Digitalisierung“, „Menschenrechten in der Psychiatrie“ und „Barrierefreie Kommunikation“ geben, verschiedene Angebote zum Recht auf Wohnen und auf Gesundheit. Ein weiterer Fokus wird auf dem Recht auf Asyl und Schutz vor Verfolgung liegen sowie auf der Frage nach der Umsetzung sozialer Rechte in Abhängigkeit von Aufenthaltsstatus bzw. Staatsangehörigkeit.

Mitgliedsorganisationen und Bündnispartner werden konkrete Projekte, eigene Kampagnen und Materialien ihrer menschenrechtsorientierten Arbeit vorstellen. Es wird umfassend Raum für Vernetzung und Austausch geben.

Die Veranstaltung ist offen für alle Interessierten.

## Auf einen Blick

### Wann?

Donnerstag, 19. April 2018  
12 bis 19.00 Uhr  
anschließend:  
Paritätischer Abend

Freitag, 20. April 2018  
9 bis 15 Uhr

### Wo?

Kongresshotel  
Potsdam am Templiner See  
Am Luftschiffhafen 1  
14471 Potsdam

[www.kongresshotel-potsdam.de](http://www.kongresshotel-potsdam.de)

### Kosten

Die Teilnahme kostet 90,00 Euro.

Für Vertreter/-innen Paritätischer Mitgliedsorganisationen ist die Teilnahme kostenfrei.

### Für Rückfragen...

...zu Anmeldung und organisatorischen Fragen zum Verbandstag:  
Jennifer Puls  
Tel. 030/24636-338  
[verbandstag@paritaet.org](mailto:verbandstag@paritaet.org)

...zur Paritätischen Jahreskampagne „Mensch, Du hast Recht!“: Christian Weßling  
Tel. 030/24636-346  
[zivilgesellschaft@paritaet.org](mailto:zivilgesellschaft@paritaet.org)

Infos und Anmeldung unter:  
[www.der-paritaetische.de/veranstaltungen/](http://www.der-paritaetische.de/veranstaltungen/)

**Jetzt  
anmelden!**

# Veranstaltungsprogramm

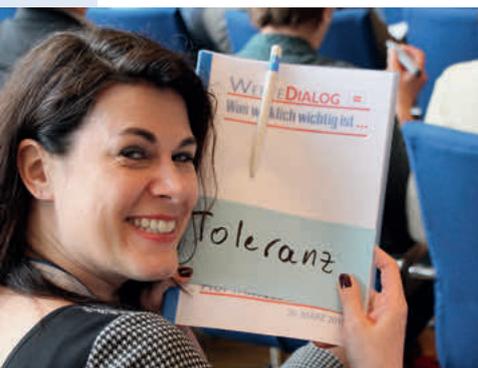
Donnerstag, 19. April 2018

- ab 12.00 Uhr** Anreise und Registrierung/ Willkommens-Imbiss  
**12.45 Uhr** Mitgliederversammlung des Paritätischen Gesamtverbands (öffentlich)
- 14.00 Uhr** Eröffnung durch Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorsitzender des Paritätischen Gesamtverbands  
 Vortrag: „Mein Zugang zum Recht! Menschenrechte haben und durchsetzen.“ von Prof. Dr. Beate Rudolf, Direktorin des Deutschen Instituts für Menschenrechte  
 Preisverleihung „Dialog und Toleranz“
- 15.15 Uhr** Workshops (inkl. Snack) Übersicht auf [der-paritaetische.de](http://der-paritaetische.de)  
**16.45 Uhr** Mensch, Du hast Recht! – Die Kampagne  
 anschließend „Positionen, Partner, Denkanstöße – ein Menschenrechts-Rundgang.“  
 Organisationen stellen konkrete Aktivitäten, Kampagnen, Positionen, Materialien bzw. Erfahrungen zum Thema Menschenrechtsschutz in Kurzpräsentationen vor. Die Teilnehmenden besuchen in Gruppen bei einem Rundgang verschiedene thematische Stationen.
- 19.00 Uhr** Paritätischer Abend

Freitag, 20. April 2018

- 9.00 Uhr** Warmup: Impulse aus Tag 1  
**9.30 Uhr** Vortrag: „Soziale Arbeit: Eine Menschenrechtsprofession“ von Prof. Dr. Nivedita Prasad, Alice Salomon Hochschule Berlin
- 10.15 Uhr** Workshops  
**12.00 Uhr** Mittagsimbiss  
**13.00 Uhr** Kurzzusammenfassung: Impulse aus den Workshops  
 Ideenschmiede: Welche politischen Forderungen stellen wir? Wie werden wir aktiv?  
 Zusammenfassung und Ausblick durch Dr. Ulrich Schneider, Hauptgeschäftsführer des Paritätischen Gesamtverbands
- 15.00 Uhr** Ende der Veranstaltung

Stand: 15. Februar 2018. Änderungen vorbehalten.



# Historische Orte und Biografien

## Drei Fragen an Dr. Gabriele Schlimper zum Projekt Gedenkort-t4.eu

Dr. Gabriele Schlimper ist Geschäftsführerin des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin. Sie erklärt uns im Interview, was es mit [www.gedenkort-t4.eu](http://www.gedenkort-t4.eu) auf sich hat.

### Frau Dr. Schlimper, Ihr Landesverband beteiligt sich am virtuellen Gedenk- und Informationsort Gedenkort-t4.eu. Wie engagiert sich der Paritätische Berlin bei diesem Projekt?

Der Paritätische Wohlfahrtsverband Berlin hat das Projekt im Jahr 2010 gestartet und unterstützt es seither organisatorisch und finanziell. Hintergrund ist die Beteiligung des Paritätischen Berlin am „Runden Tisch Tiergartenstraße 4“, der die Entstehung des Denkmals an der Tiergartenstraße 4 begleitet und gefördert hat. Nach dem Beschluss des Deutschen Bundestages zur Schaffung eines Denkmals für die ermordeten Juden Europas im Jahr 1999 gab es eine breite zivilgesellschaftliche Initiative, auch der vergessenen Opfergruppe der „Euthanasie“-Verbrechen würdig zu gedenken. Der „Runde Tisch“ brachte dann 2008 das „Denkmal der Grauen Busse“ an den Ort der Täter. Das war der Startpunkt für unser Projekt.

Der Paritätische Berlin hat sowohl Eigenmittel zur Verfügung gestellt als auch Drittmittel der Lotto-Stiftung Berlin und der Stiftung „Erinnerung Verantwortung und Zukunft“ erworben. Damit konnten wir unter anderem im Jahr 2016 im Rahmen von gedenkort-t4.eu den bundesweiten Theaterwettbewerb zu Biografien von Opfern „andersartig gedenken on stage“ durchführen.

### Wen hoffen Sie ganz konkret zu erreichen?

Gedenkort-T4.eu richtet sich an alle, die sich für die NS-„Euthanasie“-Verbrechen interessieren. Wir wissen, dass die Webseite als ein Rechercheinstrument u.a. von Schulen, Journalisten, im universitären Kontext und von Stolpersteininitiativen geschätzt wird. Nicht zuletzt finden wir großes Interesse bei Organisationen und Initiativen im sozialen und gesundheitlichen Bereich. Der Paritätische Berlin will einen Beitrag dazu leisten, dass die Erinnerung an die Opfer der NS-„Euthanasie“-Verbrechen nicht verblasst. Dabei sind wir auf Partner angewiesen, denn unser Auftrag ist die Arbeit im Land Berlin.

Wir verstehen gedenkort-t4.eu als ein partizipatives Projekt und arbeiten mit Angehörigen von Opfern und Gedenkinitiativen in Deutschland und europaweit daran, die Seite laufend zu erweitern und zu verbessern. Das Konzept, die Nutzer der Seite und insbesondere Angehörige sowie Erinnerungsinitiativen einzubinden, geht voll auf. So haben sich in der kurzen Zeit seit dem Relaunch bereits Dutzende Kontakte zu Menschen ergeben, die mit ihren Recherche-Ergebnissen zur Erweiterung der Seite beitragen wollen.

**Auf der Webseite sind trotz der kurzen Laufzeit des Relaunches schon fast 100 Biografien aufgeführt. Gab**



### es eine, die Sie besonders bewegt hat und wenn ja: Warum?

Mich hat die von Gerda Engelbracht erarbeitete Lebensgeschichte des Bremer Hermann Jelken besonders berührt. Jelken war Arbeiter und wurde als schizophren diagnostiziert, was zu seiner Zwangssterilisation und Deportation in die Tötungsanstalt Hadamar führte. Von dort gelang ihm die Flucht, nach der er allerdings gefasst und in der Anstalt Meseritz-Obrawalde getötet wurde. Die Biographie zeigt auf der einen Seite den rastlosen Verfolgungs- und Vernichtungswillen des nationalsozialistischen Staates. Andererseits stellt sie heraus, dass die verfolgten Menschen versuchten, ihr Leben so gut es ging zu leben, und dabei eine große Widerstandskraft entwickelten. Jelken scheute sich nicht, in einem Schriftwechsel mit der Anstalt in Hadamar auf seine ihm entzogenen Rechte hinzuweisen und Gerechtigkeit einzufordern. Man fragt sich, was gewesen wäre, wenn mehr Deutsche dem NS-Staat in einer ähnlichen Weise die Stirn geboten hätten wie Hermann Jelken.

Die Fragen stellte Philipp Meinert

# Frisch veröffentlicht

## Neue Broschüren des Paritätischen

Der Paritätische Wohlfahrtsverband veröffentlicht regelmäßig unterschiedlichste Publikationen. Eine Auswahl möchten wir hier vorstellen. Alle hier aufgeführten Broschüren und weitere können im pdf-Format unter [www.der-paritaetische.de/publikationen/](http://www.der-paritaetische.de/publikationen/) heruntergeladen werden. Bestellmöglichkeiten gedruckter Broschüren finden sich soweit möglich im Text.



### Rechte für Alle Frauen

Suana/kargah e.V. hat in gemeinsamer Herausgeberschaft mit dem Paritätischen Gesamtverband im Rahmen des Projekts „Empowermentarbeit mit geflüchteten Frauen“ (gefördert von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration) das Booklet „Rechte für ALLE Frauen“ erstellt, das bildhaft über grundlegende Rechte informiert und die Selbstbestimmung von Frauen stärken möchte. **Die Broschüre gibt es in deutscher Sprache und jeweils zweisprachig (arabisch-deutsch, englisch-deutsch, farsi-deutsch, französisch-deutsch, kurdisch-deutsch, türkisch-deutsch).**

Das Booklet richtet sich an Neuzugewanderte mit und ohne Fluchthintergrund. Es informiert über die grundlegenden Rechte und Freiheiten von Frauen und thematisiert die Gleichberechtigung von Mann und Frau (und anderen Geschlechtern und Identitäten) sowie die Gleichstellung aller Frauen, unabhängig von Herkunft, Religion, Kultur und sexueller Orientierung. Ebenfalls werden die freie Entscheidung der gelebten Vielfalt von Lebensentwürfen und die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben betont.

Gedruckte Fassungen können unter [frauenbooklet@kargah.de](mailto:frauenbooklet@kargah.de) bestellt werden, so lange der Vorrat reicht.

### Integration durch Engagement –



### Wie Helfer/-innen ihr Engagement für Geflüchtete erleben und welchen Beitrag zur gesellschaftlichen Partizipation sie leisten können

Zum Download stehen zwei Publikationen zur Verfügung:

1. Zentrale Erkenntnisse, Paritätische Positionen und Praxistipps aus der Studie „Ehrenamt mit Geflüchteten“
2. Die Studie „Ehrenamt mit Geflüchteten: ein Praxisforschungsprojekt über die Ressourcen, Erwartungen und Erfahrungen von ehrenamtlichen Helfer/-innen in pädagogischen Settings“, Abschlussbericht.

### Zur Integration der Eingliederungshilfen für junge Menschen ins SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe

Aus Sicht der Kinder- und Jugendhilfe im Paritätischen sollen zentrale Pro-

blemfelder und Konfliktpunkte der Integration beleuchtet und zur Diskussion gestellt werden.

Diese Broschüre soll zu einem fachlichen Austausch beitragen. Sie wurde im Paritätischen Arbeitskreis Jugendhilfe bearbeitet und soll einen Beitrag zu einem konstruktiven Dialog aller beteiligten Akteure für eine inklusive Ausgestaltung des SGB VIII leisten.

### Aktualisierte Handreichung für die Betreuung und Unterstützung von LSBTTI\*-Flüchtlingen

Die bundesweite Ausgabe der „Handreichung für die Betreuung und Unterstützung von LSBTTI\*-Flüchtlingen“ gibt in übersichtlicher Form eine Einführung in das Thema, wichtige Handlungsempfehlungen und nennt mit LSBTTI\*-Thematik befasste Beratungsstellen in Deutschland. Zudem werden grundlegende Informationen zu Asylrechtsfragen gegeben.



Gefördert wurde die Erstellung der Publikation durch die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

Herausgeber: Arbeiter-Samariter-Bund NRW e.V., Lesben und Schwulenverband Deutschland (LSVD), Paritätischer Gesamtverband e.V., mit Unterstützung der Hirschfeld-Eddy-Stiftung

Redaktion: Frank Hoyer, Solveig Velte, Klaus Jetz, René Mertens



Antidiskriminierung und Gleichstellung sind zentrale Themen der Paritätischen Menschenrechtskampagne. Im Fokus stehen hierbei auch Frauen- und Mädchenrechte. Nicht ohne Grund: 2018 ist für die Frauenrechtsbewegung in Deutschland ein ganz besonderes Jahr.

**A**nfang Februar 2018 trat die Istanbul-Konvention zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt in Kraft, im November wird das Frauenwahlrecht hundert Jahre alt und die Wiener Menschenrechtskonferenz jährt sich im Juni zum 25. Mal. Letztere gilt als Meilenstein in der Entwicklung des Menschenrechtsschutzes auf universeller Ebene: Erstmals wurde in aller Deutlichkeit formuliert, dass die Menschenrechte von Frauen und minderjährigen Mädchen ein unveräußerlicher, integraler und untrennbarer Bestandteil der allgemeinen Menschenrechte sind.

Anlässe gibt es in diesem Jahr also genug, um sich in der Paritätischen Arbeit mit Frauen- und Mädchenrechten auseinanderzusetzen und diese als Querschnittsthema zu verstehen. Denn hierbei geht es nicht nur um Gewaltschutz, sondern vor allem auch um die Selbstbestimmung und Gleich-

berechtigung von Frauen und Mädchen im Hinblick auf Bildung, Beruf und familiäre Strukturen. Zentrales Handlungsfeld ist die Soziale Arbeit. Hierzu gehören beispielsweise Frauenhäuser und Frauenberatungsstellen, Projekte der Migrations- und Flüchtlingssozialarbeit, Schwangerschaftsberatungsstellen und Mädchenprojekte. Dort überall müssen Frauen- und Mädchenrechte im Arbeitsalltag mit Blick auf die Vielfalt in unserer Gesellschaft gelebt und verstanden werden. Sprich: Die Lebenswirklichkeit in Deutschland muss der Stärkung von Mädchen und Frauen gerecht werden.

Wenn es um Frauen- und Mädchenrechte geht, geht es um nicht weniger als das Miteinander in der Gesellschaft, um gegenseitigen Respekt und um Anerkennung. Ganz egal ob es sich dabei um Fragen wie Gewaltschutz, die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf oder Chancengleichheit dreht: Die Verwirklichung von Frauen- und

Mädchenrechten geht alle an und ist ein entscheidender Gradmesser für Akzeptanz und Toleranz in Deutschland. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie wir hierzulande gemeinsam unseren Alltag gestalten wollen – trotz etwaiger Unterschiede beim Alter, der Weltanschauung, der Religion, der Herkunft oder der sexuellen Orientierung.

Mit seiner Positionierung „Diskriminierungsschutz in Deutschland stärken“ hat der Paritätische Gesamtverband bereits im vergangenen Jahr einen wichtigen Grundstein hierfür gelegt. Denn Frauen- und Mädchenrechte können nur dann nachhaltig umgesetzt werden, wenn auch andere diskriminierungssensible Themen angepackt werden. Der Paritätische Gesamtverband nimmt deshalb auch den Internationalen Frauentag (8. März), den Weltmädchentag (11. Oktober) und den Internationalen Tag für die Beseitigung von Gewalt gegen Frauen (25. November) zum Anlass, um im Rahmen der Menschenrechtskampagne ein deutliches Zeichen für Frauen- und Mädchenrechte zu setzen.

Katrin Frank

## Mitgliedschaft, die sich lohnt

160 Rahmenvertragspartner bieten den Mitgliedern des Paritätischen günstige Konditionen und eine einfache Abwicklung beim Einkauf.

Die **BS-Concepts GmbH** ist als führendes Microsoft Partnerunternehmen für die ERP-Lösung Dynamics NAV (ehemals Navision) bekannt. Bereits seit 20 Jahren bietet BS-Concepts eine persönliche und zielgerichtete Betreuung – auch bei vielen sozialen Einrichtungen. Sie erhalten eine leistungsstarke Lösung mit umfassenden Funktionen wie Finanzwesen, Kostenrechnung, Controlling, Lohn & Gehalt und Warenwirtschaft. Durch den Rahmenvertrag erhalten **Mitglieder 10 % Rabatt** auf alle Softwarelizenzen und Dienstleistungen.

\*

**orgavision** ist die führende QM-Software in der Sozialwirtschaft – mit ihr verankern Sie Qualität und Strukturen in Ihrer Organisation. Sie erstellen Organigramme oder hinterlegen Stellenbeschreibungen für Verantwortliche, dokumentieren Abläufe und Verfahren und beschreiben unterschiedliche Funktionsbereiche. Ihre Dokumentenlenkung erfolgt automatisiert und normgerecht. orgavision bietet Mitgliedern vergünstigte Preise sowie bei Vertragsabschluss jährlich 7 Stunden Beratungsleistung inklusive.



Der neue Microsoft Enterprise Agreement Vertrag bietet Einrichtungen der Wohlfahrt besonders attraktive zusätzliche Optionen, um **Microsoft Online-Dienste** wie **Office 365** und **Azure** sowie Softwareprodukte zu lizenzieren. Diese sind auch in der Microsoft Cloud Deutschland erhältlich. Die Lösung ist ab 100 Anwendern bzw. Geräten möglich und mit bis zu 75 % Rabatt auf die günstigste Preisstaffel. Weitere Informationen finden Sie bei unseren Exklusivpartnern: Logiway, Cancom und Comparex.

Weitere Informationen finden Sie im Bereich „Service“ auf der Homepage des Paritätischen Gesamtverbandes: [der-paritaetische.de/service/einkaufsvorteile-rahmenvertraege](http://der-paritaetische.de/service/einkaufsvorteile-rahmenvertraege) Die Zugangsdaten erhalten Mitglieder von ihrem Paritätischen Landesverband bzw. überregionale Mitgliedsorganisationen vom Gesamtverband. Für Rückfragen stehen Karsten Härle und Rebecca Neuparth unter [einkauf@paritaet.org](mailto:einkauf@paritaet.org) gerne zur Verfügung.

## Aus den Landesverbänden

**Bruno Pfeifle** ist neuer Aufsichtsratsvorsitzender des Paritätischen Baden-Württemberg. Der Diplom-Verwaltungswirt war von 1991 bis 2016 Leiter des Jugendamtes der Landeshauptstadt Stuttgart und ist Mitglied im Vorstand der SOS Kinderdörfer. Bruno Pfeifle folgt Dr. Günther Petry, der sein Amt 2016 niedergelegt hatte.



Anzeige

Evangelische Hochschule  
Darmstadt  
University of Applied Sciences  
[eh-darmstadt.de](http://eh-darmstadt.de)

**Inklusion und Integration auf der Systemebene verankern – Innovativer Weiterbildungs-Master in Darmstadt**

Inklusion und Integration sind aktuell viel diskutierte Begriffe. Gesellschaftliche Exklusionsrisiken wie Migration, Behinderung, Armut, Gender, sexuelle Orientierung, Sprache, Alter und weltanschauliche Überzeugungen erfordern die Bearbeitung dieser Risiken.

Der Studiengang „Systementwicklung Inklusion“ an der Evangelischen Hochschule Darmstadt hat das Ziel, Gestaltungs- und Steuerungskompetenzen von inklusiven Veränderungsprozessen auf der Systemebene zu vermitteln.

Zielgruppe sind Professionelle aus unterschiedlichen Bereichen, z.B. Diensten und Einrichtungen des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesens, der öffentlichen Verwaltung, Verbänden, Politik u.v.m. Der fünfsemestrige Master berechtigt zur Promotion und eröffnet den Zugang zum höheren Dienst. Die 63 Präsenztage sind in Blockform organisiert. Das Studium beginnt im Oktober 2018.

Interessiert? Gerne beraten wir Sie!

Prof. Dr. Anne-Dore Stein (Studiengangsleiterin) und Laura Wallner M.A.,  
Telefon 06151 8798-542, [systementwicklung-inklusion@eh-darmstadt.de](mailto:systementwicklung-inklusion@eh-darmstadt.de),  
[www.eh-darmstadt.de/systementwicklung-inklusion](http://www.eh-darmstadt.de/systementwicklung-inklusion)



# Termine, Termine, Termine...



## Die nächsten Paritätischen Veranstaltungen

**20. März 2018**

**Qualität in der Kita: Träger, Bund, Länder – und ein Gesetz? Über notwendige Rahmenbedingungen für gute Praxis in den Kindertageseinrichtungen**

Von 10.00 bis 16.00 Uhr

Dietrich Bonhoeffer Haus,  
Ziegelstraße 30  
10117 Berlin

Anmeldungen unter:  
[kifa@paritaet.org](mailto:kifa@paritaet.org)

**28. März 2018**

**Paritätischer Workshop „Etwas Soziales Unternehmen“ – Der Beitrag der Sozialunternehmen zur Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit“**

Von 10.30 bis 16.40 Uhr

Konferenzzentrum  
Centre Monbijou  
Oranienburger Str. 13-14  
10178 Berlin

Anmeldungen unter:  
[arbeitsmarkt@paritaet.org](mailto:arbeitsmarkt@paritaet.org)

**5. Mai 2018**

**Aktionstag „Inklusion von Anfang an“**

Eine dezentrale, bundesweite Aktion soll an die Situation von Menschen mit Behinderung erinnern. Weitere Infos unter:  
[aktion-mensch.de/aktionstag-5-mai](http://aktion-mensch.de/aktionstag-5-mai)

**29. Mai 2018**

**Fachtag „Datenschutz in der Selbsthilfe“**

Von 10.30 bis 16.45 Uhr

Dietrich Bonhoeffer Haus,  
Ziegelstraße 30  
10117 Berlin

Teilnahmegebühr 30 Euro

Anmeldungen auf  
[der-paritaetische.de](http://der-paritaetische.de) möglich.

**5. bis 6. Juni 2018**

**Fachtagung: „Schulabsentismus verhindern! Strategien und Konzepte.“**

in Berlin. Veranstaltungsort wird noch bekannt gegeben.

Informationen erhalten Sie bei:  
Juliane Meinhold  
E-Mail: [jja-schule@paritaet.org](mailto:jja-schule@paritaet.org)  
Tel: 030 24636-436

Weitere Informationen zu den hier aufgeführten und weiteren Veranstaltungen erhalten Sie auf [www.der-paritaetische.de](http://www.der-paritaetische.de) unter „Veranstaltungen“.

### Buch Tipp!

„Gesellschaftliche Spaltungen“: Das war das Thema des Jahreskongresses der renommierten Neuen Gesellschaft für Psychologie, die damit mal wieder völlig auf der Höhe der Zeit war. Es ging um Erfahrungen von Ungleichheit und Ungerechtigkeit in einer immer reicher werdenden Gesellschaft. Es ging um das subjektive Erleben von Spaltungsprozessen, aber ebenso um die politische Analyse. Aktuelle Erscheinungen, wie ein neues Erstarken des Rechtsradikalismus in Deutschland wurden ebenso unter die wissenschaftliche Lupe genommen wie die Projektion von Ängsten und Unsicherheiten auf zu uns geflüchtete Menschen. Aus all dem erwuchs nun ein Tagungsband mit 27 Beiträgen - u.a. von Klaus-Jürgen Bruder, Christoph Butterwege, Ulrich Schneider oder Gerd Bosbach – der sich getrost ein erfreulich neben dem Mainstream liegendes Handbuch der gesellschaftlichen Spaltungen nennen dürfte.

**Klaus-Jürgen Bruder, Christoph Bialluch, Jürgen Günther (Hg.): Gesellschaftliche Spaltungen. Zur Wahrnehmung von Ungleichheit und Ungerechtigkeit in Politik und Gesellschaft**  
Psychosozial-Verlag Gießen 2018.  
EUR 29,90



Macht  
mit!



Sogar gerahmt haben die Kolleginnen und Kollegen vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Rheinland-Pfalz/Saarland unsere Plakate von der Menschenrechtskampagne 2018.

Dort zieren sie nun den frisch gestrichenen Flur ihrer Geschäftsstelle und tragen sicherlich zur Verbesserung des Arbeitsklimas bei. Wir in Berlin hoffen auf zahlreiche Nachahmer. Vor allem hoffen wir auf Nachahmer, die die Verwendung unserer Plakate dokumentieren und uns mailen an [redaktion@paritaet.org](mailto:redaktion@paritaet.org), damit wir Eure Fotos in unsere Facebook-Galerie stellen können.

Und wer die Plakate noch nicht hat, aber gerne haben möchte: einfach eine E-Mail an [zivilgesellschaft@paritaet.org](mailto:zivilgesellschaft@paritaet.org) schreiben.

## Bildnachweise

Seite 5: Potoroyalty/FreePik.com,  
Seite 7: © Armut und Gesundheit in Deutschland e.V./Fotograf: Andreas Reeg  
Seite 9 (& S.1): Verena Mörath  
Seiten 10 & 11: Azchael/flickr/ CC BY 2.0, Josh Appel/Unsplash, pixabay.com, michael\_swan/flickr.com/CC BY-ND 2.0, Alvin Decena von Pexels  
Seite 12 (& S.1): Verena Mörath  
Seite 15: Created by Nensuria - FreePik.com  
Seite 16: Icon made by Icon Pond from [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com)  
Seite 17: Foto: Fabrizio Verrecchia/Unsplash  
Seite 19: Bruno Scramgnon/pexels.com/CC0 Lizenz, Claudia Gschwend/unsplash.com  
Seite 22: © L. Veuve / HI  
Seite 23: clareich/pixabay/CC0 Creative Commons  
Seiten 24: NadineDoerle/pixabay und kreativkolors /FreePik  
Seite 26: Igor Ovsyannykov/Unsplash  
Seite 27: Bundesregierung / Steffen Kugler  
Seite 30: Holger Groß  
Seite 32 (& S. 1): Nate Pischner  
Seite 33: tunedin - Fotolia.com

Alle hier nicht aufgeführten Bilder sind entweder privat zur Verfügung gestellt oder die Bildrechte liegen beim Paritätischen Gesamtverband.

## Impressum

DER PARITÄTISCHE

Magazin des PARITÄTISCHEN  
ISSN-1866-1718  
Telefon: 030/24636-0 · Fax: -110  
Internet: [www.der-paritaetische.de](http://www.der-paritaetische.de)  
Facebook: [www.facebook.com/paritaet/](http://www.facebook.com/paritaet/)  
Twitter: @Paritaet  
E-Mail: [redaktion@paritaet.org](mailto:redaktion@paritaet.org)  
Verantwortlich: Dr. Ulrich Schneider

Redaktion:  
Gwendolyn Stilling (Leitung),  
Tel.: 030/24636-305  
Philipp Meinert,  
Tel. 030/24636-339

Verantwortlich für die Landesseiten:  
Brandenburg: Andreas Kaczynski,

Tel.: 0331/28497-0  
Bremen: Anke Teebken, Tel.: 0421/79199-0  
Hessen: Dr. Yasmin Alinaghi,  
Tel.: 069/95526220  
Mecklenburg-Vorpommern:  
Christina Hömke, Tel.: 0385/59221-0

Für Berichte, die mit dem Namen des Verfassers/der Verfasserin gekennzeichnet sind, trägt diese/r die Verantwortung. Nachdruck nur mit Erlaubnis der Redaktion.  
Redaktionsschluss: 6 Wochen vor Erscheinen.

Erscheinungsweise: 6 x pro Jahr

Anschrift von Herausgeber, Redaktion, und Vertrieb:  
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
– Gesamtverband e. V.,

Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin

Anzeigenverwaltung:  
MD Medien Dienste GmbH  
Baumweg 19, 60316 Frankfurt am Main

Druck: Henrich Druck + Medien GmbH,  
Schwanheimer Straße 110,  
60528 Frankfurt am Main



# ZEIG WAS DU DRAUF HAST!



**Wohlfahrtsmarken helfen.**

[www.wohlfahrtsmarken.paritaet.org](http://www.wohlfahrtsmarken.paritaet.org)

