

D Familie, Soziales, Gesundheit und Gesellschaft

I Kinder, Jugend und Familie

Familien sind und bleiben die soziale Mitte unserer Gesellschaft. Nach heutiger Definition ist Familie nicht nur „dort, wo Kinder leben“, sondern Familie ist eine Gemeinschaft mit starken Bindungen, in der mehrere Generationen füreinander sorgen. Die Lebensform Familie ist veränderungsfähig und bleibt vital. Nie zuvor haben in Familien so viele Altersgruppen (vier Generationen) zur gleichen Zeit miteinander gelebt, an unterschiedlichen Orten, aber dennoch in engem Kontakt und mit einem überwiegend sehr guten Verhältnis zwischen den Generationen.

Tatsache ist aber auch – so stellt der 7. Familienbericht fest –, dass heute die Generationenbeziehungen zunehmend außerhalb der Kernfamilie stattfinden und damit neue Netze und Strukturen notwendig werden, um die Vorteile der früheren Großfamilie auf moderne Sozialstrukturen übertragen zu können (vgl. BMFSFJ 2006g). In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf die Veränderungen im Lebenslauf wie auch auf die wachsende kulturelle Vielfalt verwiesen.

Familie bietet zuverlässige wechselseitige Unterstützung. Auch wenn Familie kleiner, bunter und mobiler wird, ist sie nach wie vor der Ort für das Lernen von Alltagskompetenzen und das Geben und Nehmen von Alltagssolidaritäten.

Der demografische Wandel stellt sowohl die Familien als auch die politisch Handelnden in Bund, Ländern und Kommunen vor große Herausforderungen. Der nachhaltige Geburtenrückgang, die Zunahme der Lebenserwartung und die Singularisierung wirken sich nicht nur auf die Fürsorgeleistungen in den Familien, sondern auch auf die Gesellschaft aus und unterstreichen die Notwendigkeit von neuen familienpolitischen Ansätzen.

1 Stellung der Familie in der Gesellschaft

1.1 Veränderungen familiärer Strukturen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels

1.1.1 Pluralisierung der Lebensformen

Die gesellschaftliche Entwicklung ist seit mehreren Jahrzehnten von einer Pluralisierung der Lebensformen gekennzeichnet: Während die traditionelle Normalfamilie, also die Ehe von Mann und Frau, die mit ihren gemeinsamen Kindern in einem Haushalt leben, zahlen- und anteilmäßig abnimmt, gewinnen andere familiäre und nicht-familiäre Lebensformen an Gewicht.

Einen Hinweis auf die Zunahme dieser Lebensformen liefert der Mikrozensus.¹³⁵ In Niedersachsen ist insbesondere der Anteil der Ehepaare mit Kindern in der Vergan-

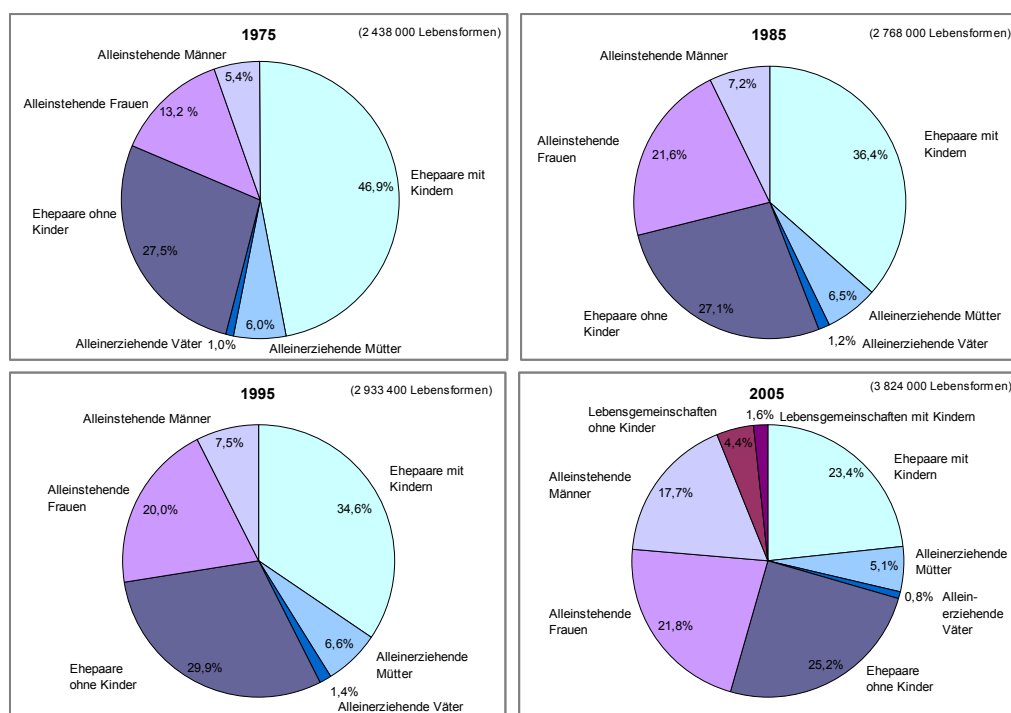
¹³⁵ Der Mikrozensus fragt nach der Zugehörigkeit zu vordefinierten Lebensformen. Grundlage für die Bestimmung einer Lebensform sind soziale Beziehungen zwischen den Mitgliedern eines Haushalts. Eine Lebensform kann aus einer oder mehreren Personen bestehen. Die privaten Lebensformen der Bevölkerung werden im Mikrozensus grundsätzlich entlang zweier „Achsen“ statistisch erfasst: erstens der Elternschaft und zweitens der Partnerschaft. Entsprechend dieser Systematik zählen zu den Lebensformen der Bevölkerung Paare mit ledigen Kindern und ohne ledige Kinder, alleinerziehende Elternteile mit Kindern sowie alleinstehende Personen ohne Partner und ohne ledige Kinder im Haushalt. Als

genheit stark zurückgegangen (vgl. Abbildung 157). Im Jahr 1975 waren Ehepaare mit Kindern mit 46,9 % noch die überwiegende Lebensform in Niedersachsen; 2005 machte ihr Anteil nur noch 23,4 % aus. In absoluten Zahlen ausgedrückt, verringerte sich die Gesamtzahl der Ehepaare mit Kindern in diesen 30 Jahren um 246 500. Im Jahr 2005 gab es in Niedersachsen noch 896 700 Ehepaare mit Kindern (vgl. Tabelle 32).

Statistisch gesehen wuchs in der Vergangenheit die Zahl derjenigen Ehepaare, die ohne Kinder zusammenleben. Im Jahr 2005 war ihr Anteil an allen Lebensformen mit 25,2 % sogar größer als der Anteil von Ehepaaren mit Kindern. Dabei handelt es sich allerdings um eine Momentaufnahme, da Ehen ohne Kinder nicht zeitlebens kinderlose Ehen bleiben müssen bzw. hierunter auch Ehepaare fallen, deren Kinder (zum Erhebungszeitpunkt) das Elternhaus bereits verlassen haben.

Auch unter Einbeziehung der weiteren Lebensformen mit Kindern (Lebensgemeinschaften mit Kindern¹³⁶, alleinerziehende Mütter und Väter) lässt sich feststellen, dass das Zusammenleben mit Kindern im Zeitverlauf deutlich abgenommen hat. Seit 1975 ist der Anteil der Lebensformen mit Kindern von 53,9 auf 30,9 % im Jahr 2005 gesunken. Die Anteile der Lebensformen ohne Kinder haben sich dementsprechend erhöht.

Abbildung 157: Lebensformen in Niedersachsen 1975, 1985, 1995 und 2005 (in %)



Datengrundlage: NLS – Mikrozensus 1975, 1985, 1995 und 2005. Eigene Darstellung.

Haushaltsbefragung konzentriert sich der Mikrozensus auf das Beziehungsgefüge der befragten Menschen in den „eigenen vier Wänden“, also auf einen gemeinsamen Haushalt. Eltern-Kind-Beziehungen, die über Haushaltsgrenzen hinweg bestehen, oder Partnerschaften mit getrennter Haushaltsführung, das sogenannte Living-apart-together, bleiben daher unberücksichtigt. Lebensformen am Nebenwohnsitz sowie die Bewohner in Gemeinschaftsunterkünften werden aus der Betrachtung ausgeblendet. Da Familien und Lebensgemeinschaften Untereinheiten von Haushalten darstellen, kann ein Haushalt mehrere Familien und Lebensgemeinschaften umfassen.

¹³⁶ Seit der Erhebung im Jahr 2005 werden Alleinerziehende, die mit einem Partner zusammenleben, der Kategorie „Lebensgemeinschaft“ zugeordnet; in der Zeit davor ist zwischen Alleinerziehenden mit oder ohne im Haushalt lebendem Partner nicht differenziert worden.

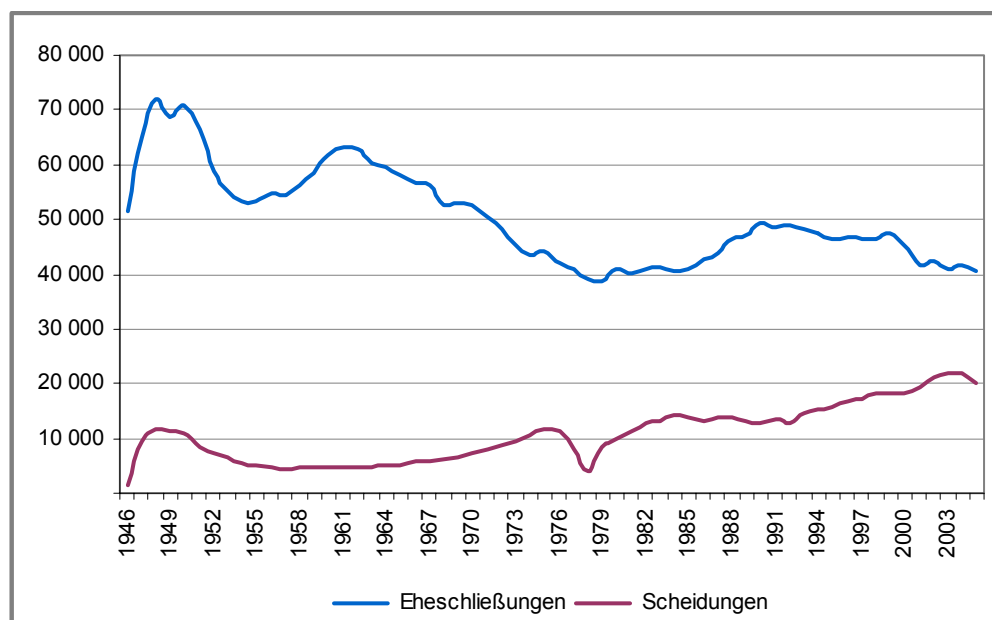
Tabelle 32: Lebensformen in Niedersachsen 1975, 1985, 1995 und 2005 (in 1 000)

	1975	1985	1995	2005
Lebensformen mit Kindern				
Ehepaare mit Kindern	1 143,2	1 007,1	1 013,7	896,7
Lebensgemeinschaften mit Kindern	-	-	-	63,0
Alleinerziehende Mütter	147,4	179,5	193,7	194,2
Alleinerziehende Väter	24,2	33,8	39,8	30,1
Insgesamt	1 314,8	1 220,4	1 247,2	1 184,0
Lebensformen ohne Kinder				
Ehepaare ohne Kinder	671,0	748,8	878,2	962,0
Lebensgemeinschaften ohne Kinder	-	-	-	167,2
Alleinstehende Frauen	321,6	598,8	587,9	834,1
Alleinstehende Männer	130,6	200,0	220,1	676,7
Insgesamt	1 123,2	1 547,6	1 686,2	2 640,0
Lebensformen insgesamt	2 438,0	2 768,0	2 933,4	3 824,0

Datengrundlage: NLS – Mikrozensus 1975, 1985, 1995 und 2005. Eigene Darstellung.

Zu dieser Ausdifferenzierung der Lebensformen haben eine rückläufige Zahl der Eheschließungen sowie eine zunehmende Zahl von Ehescheidungen beigetragen (vgl. Abbildung 158). Wurden etwa im Jahr 1965 noch über 58 100 Ehen geschlossen und lediglich 5 200 Ehen geschieden, waren es im Jahr 2005 rund 40 700 Eheschließungen und rund 20 200 Ehescheidungen. Bezogen auf 10 000 Einwohner wurden 2005 somit 51 Ehen geschlossen und 25 Ehen geschieden. Gleichzeitig nimmt auch der Anteil der Geschiedenen bei den Eheschließungen zu: Rund 25 % der Männer und Frauen, die 2005 geheiratet haben, waren bereits zuvor verheiratet gewesen.

Abbildung 158: Entwicklung der Eheschließungs- und Ehescheidungsanzahlen in Niedersachsen 1946 bis 2005



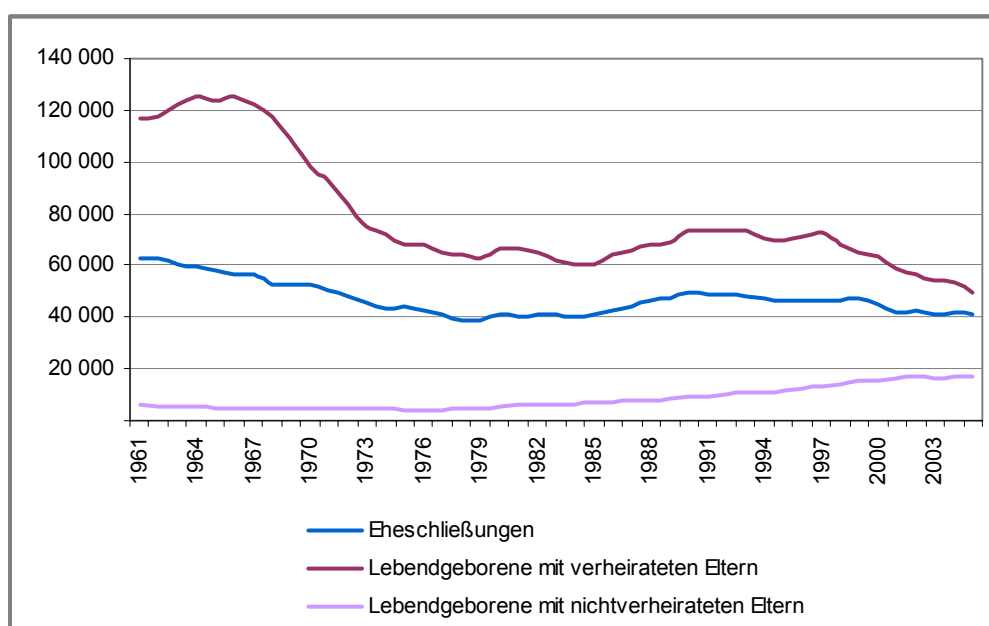
Quelle: NLS – Statistik der Eheschließungen und der Ehescheidungen. Überarbeitete Darstellung.

Mit der Abnahme der Zahl der Eheschließungen stieg zugleich das Heiratsalter. Im Jahr 1950 lag das durchschnittliche Erstheiratsalter von Frauen in Niedersachsen bei

etwa 25 Jahren. Seitdem hat es sich um rund fünf Jahre erhöht und lag 2005 bei 29,6 Jahren. Auch das Erstheiratsalter der niedersächsischen Männer ist in der Vergangenheit gestiegen und lag 2005 bei 32,6 Jahren. Gleichzeitig hat die Zahl der Zweit- und Drittehen zugenommen.

Bis vor etwa 15 Jahren war in Niedersachsen ein Zusammenhang zwischen Heirat und Geburt von Kindern erkennbar (vgl. Abbildung 159). Seither hat die Ehe in Bezug auf die Geburt von Kindern an Bedeutung verloren. Zwar werden auch heute noch 74 % aller Kinder in Ehen geboren, allerdings ist die Zahl der Kinder mit unverheirateten Eltern deutlich gestiegen. Lag der Anteil der Lebendgeborenen mit unverheirateten Eltern im Jahr 1965 lediglich bei 3,9 %, so stieg er bis zum Jahr 2005 auf 26,0 % an. Inzwischen sind bei 17 % der Eheschließungen bereits gemeinsame Kinder vorhanden.

Abbildung 159: Eheschließungen und Lebendgeborene in Niedersachsen 1961 bis 2005



Quelle: NLS – Statistik der Eheschließungen und der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Überarbeitete Darstellung.

Im Jahr 2005 waren in fast 60 % der Ehen, die geschieden wurden, minderjährige Kinder vorhanden. Der Anteil der Kinder, die von der Scheidung der Eltern betroffen sind, betrug bis zum Jahr 1998 weniger als 1 %. Seit dem Jahr 2003 sind jährlich annähernd 1,4 % der minderjährigen Kinder von der Scheidung der Eltern betroffen.

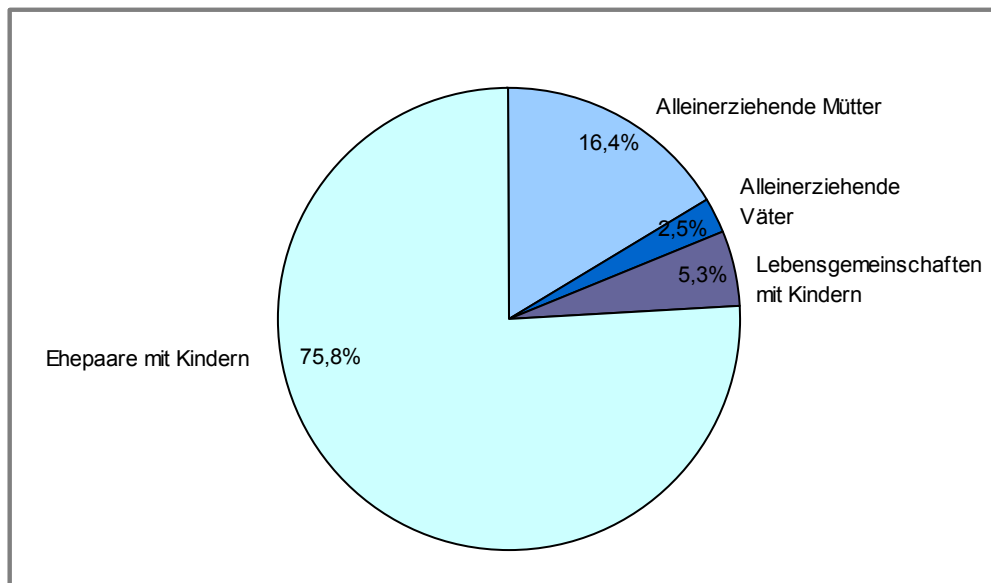
1.1.2 Kinder und Familie in der Gesellschaft

Kinder und Familien in Niedersachsen

In Niedersachsen gab es 2005 rund 1 184 000 Familien mit insgesamt 2 025 000 Kindern. In 73,7 % dieser Familien lebten minderjährige Kinder.

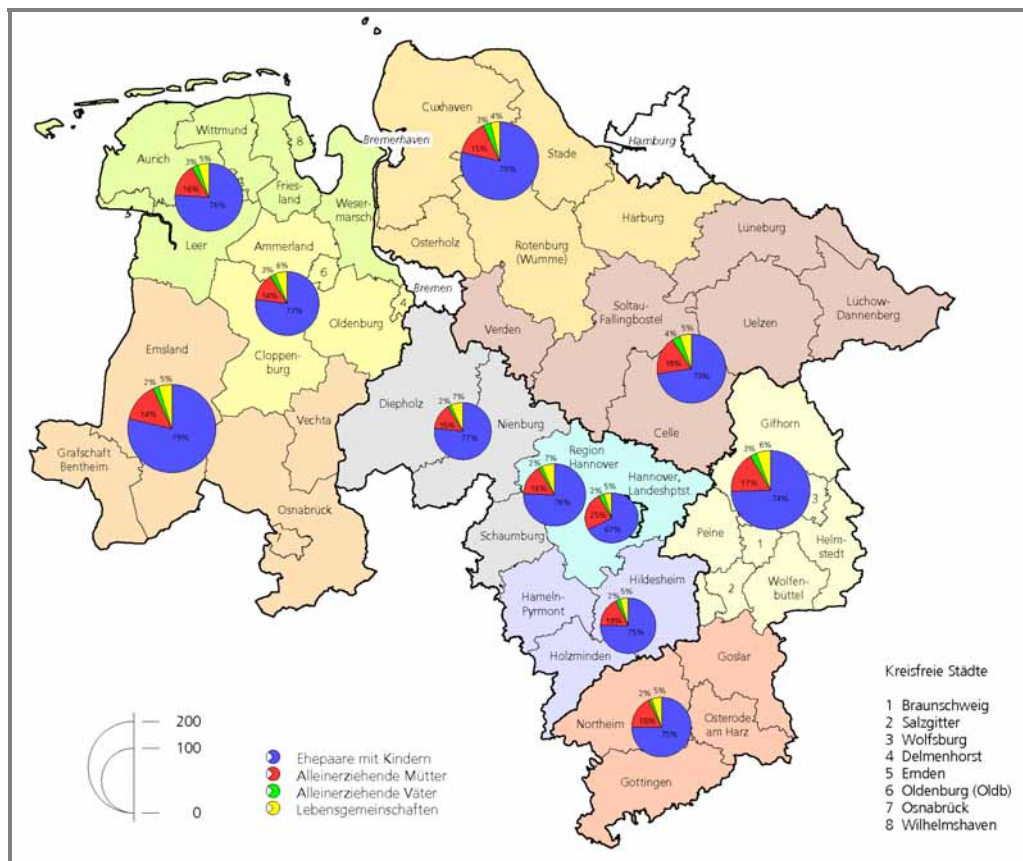
Die Mehrzahl der Familien (75,8 %) waren Ehepaare mit Kindern (vgl. Abbildung 160). 18,9 % der Familien waren Ein-Eltern-Familien (16,4 % alleinerziehende Mütter und 2,5 % alleinerziehende Väter). 5,3 % der Familien waren Lebensgemeinschaften.

Abbildung 160: Familien in Niedersachsen 2005 (nach Familienformen)



Quelle: NLS – Mikrozensus. Überarbeitete Darstellung.

Abbildung 161: Familienformen in den Regionen Niedersachsens 2005



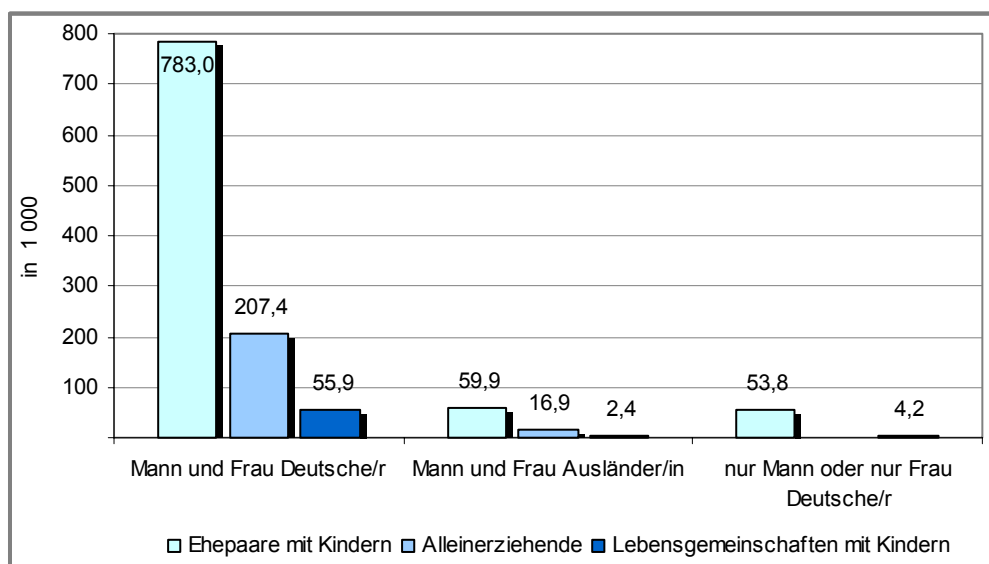
Quelle: NLS – Mikrozensus.

Diese Verteilung findet sich auch in den Regionen Niedersachsens wieder (vgl. Abbildung 161). In allen Regionen dominierte 2005 die Familienform „Ehepaare mit Kindern“. Allerdings illustriert das Beispiel der Landeshauptstadt Hannover, dass in Kernstädten der Anteil von Ehepaaren mit Kindern deutlich niedriger ist als in den

anderen dargestellten Regionen, die alle mehrere Landkreise umfassen. Während der Anteil in der Stadt Hannover 67 % betrug, waren die Anteile im Norden (Landkreise Cuxhaven, Harburg, Osterholz, Rotenburg/Wümme und Stade) sowie im Westen (Landkreise Emsland, Grafschaft Bentheim, Osnabrück, Vechta und die Stadt Osnabrück) mit 79 % weitaus höher. Ein Viertel der Familienformen in der Landeshauptstadt waren alleinerziehende Mütter; mit 14 % war diese Familienform in den westlichen Regionen weniger ausgeprägt. Die Form „alleinerziehende Väter“ besaß in allen Regionen einen Anteil zwischen 2 und 4 %. Den höchsten Anteil von Lebensgemeinschaften an allen Familien wies mit 7 % die Region Hannover auf.

In der Mehrzahl der Familien mit Kindern besaßen beide Partner – bei Ein-Eltern-Familien das entsprechende Elternteil – die deutsche Staatsangehörigkeit (88,4 %). In 6,7 % hatten beide Partner eine ausländische Staatsangehörigkeit. 4,9 % der Familien basierten auf einer Partnerschaft zwischen einem deutschen und einem ausländischen Staatsangehörigen. Die Ausprägungen der verschiedenen Familienformen können Abbildung 162 entnommen werden.

Abbildung 162: Familien in Niedersachsen 2005 (nach Staatsangehörigkeit und Familienformen)

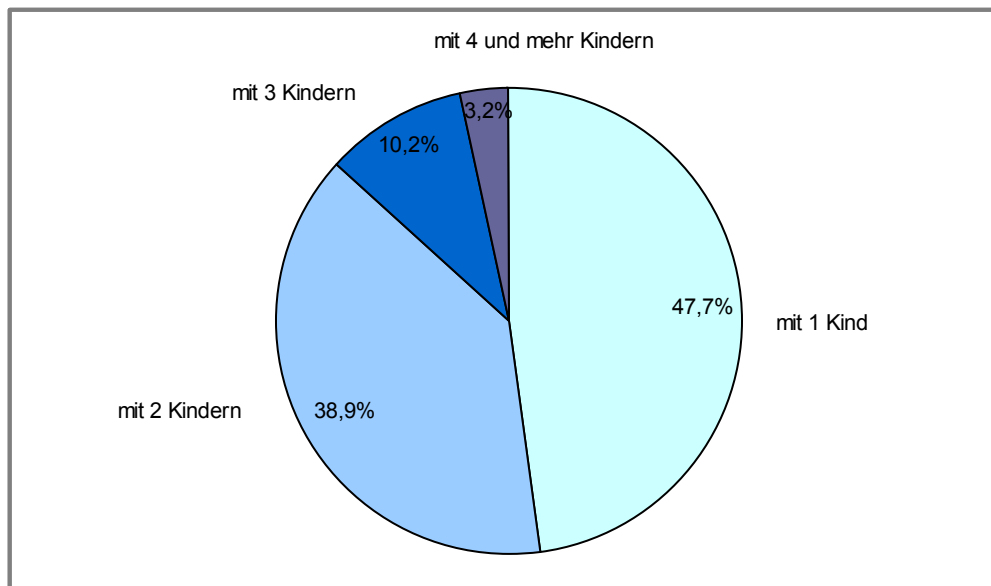


Datengrundlage: NLS – Mikrozensus. Eigene Darstellung.

Die wegen der fehlenden statistischen Grundlagen notwendige Differenzierung der familiären Vielfalt nach Staatsangehörigkeit wird der Realität nicht gerecht. Die Ergebnisse des Mikrozensus 2005 haben gezeigt, dass der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund gut doppelt so hoch ist wie der statistisch erfasste Ausländeranteil. Somit sind die Anteile von Familien mit Migrationshintergrund deutlich größer als hier dargestellt. Mittlerweile hat jedes vierte Kind einen Migrationshintergrund. Dabei bestehen erhebliche Unterschiede mit überdurchschnittlichen Anteilen in den Städten. Insgesamt werden die Anteile von Familien mit Migrationshintergrund weiter ansteigen.

Betrachtet man die Familien nach der Anzahl ihrer Kinder, so war knapp die Hälfte der Familien (47,7 %) Ein-Kind-Familien (vgl. Abbildung 163). Mit 38,9 % war die zweitgrößte Gruppe die der Zwei-Kinder-Familien. Familien mit drei Kindern hatten einen Anteil von 10,2 %. In 3,2 % der Familien lebten vier und mehr Kinder.

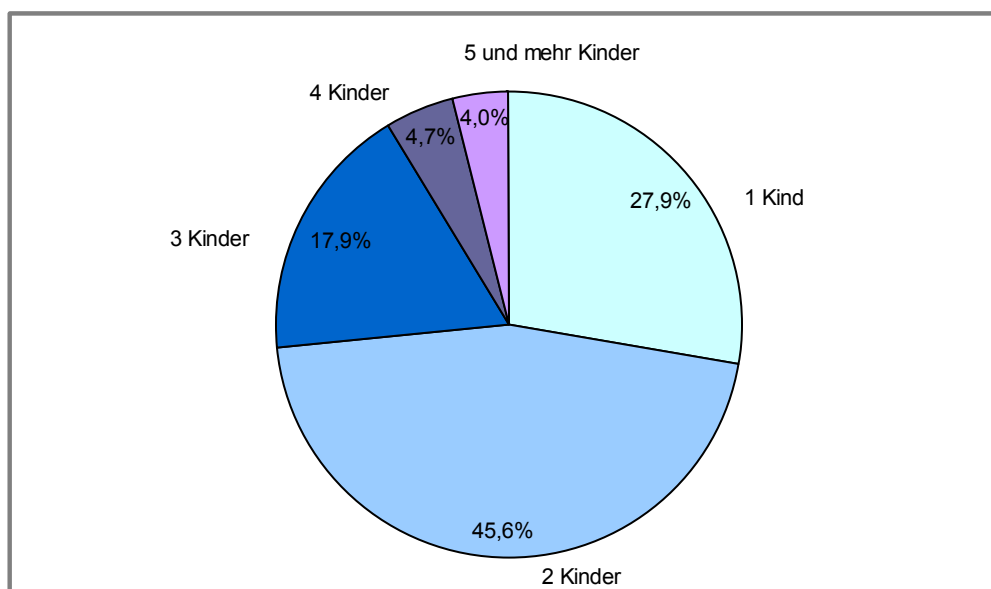
Abbildung 163: Familien in Niedersachsen 2005 (nach Anzahl der Kinder)



Quelle: NLS – Mikrozensus 2005. Überarbeitete Darstellung.

Damit wuchsen 27,9 % der Kinder in Familien ohne ein weiteres Kind auf (vgl. Abbildung 164). Die Mehrheit der Kinder lebte 2005 in Familien mit mehreren Kindern: bei 45,6 % der Kinder lebte ein weiteres Kind in der Familie, bei 17,9 % waren es zwei und bei 4,7 % drei Kinder. 4,0 % der Kinder wuchsen in Familien mit mindestens fünf Kindern auf.

Abbildung 164: Kinder mit oder ohne weitere Kinder im selben Haushalt in Niedersachsen 2005 (nach der Anzahl der Kinder)



Quelle: NLS – Mikrozensus 2005. Überarbeitete Darstellung.

Gesellschaftlicher Wert der Familie

Im Verlauf der Jahrhunderte haben sich mit der Differenzierung der Gesellschaft auch die Funktionen der Familie verändert. „Sie ist zu einem spezialisierten Subsystem der Gesellschaft geworden, dessen herausragendes Charakteristikum seine ‚Menschlich-

keit' ist - in keinem anderen gesellschaftlichen Bereich spielen Affektivität, Solidarität, ganzheitliche Personenwahrnehmung, Individualität usw. eine derartig große Rolle.“ (TEXTOR 1991).

Die Familie nimmt gegenüber ihren Familienmitgliedern und gegenüber der Gesellschaft zahlreiche Funktionen wahr. Dazu gehören u. a.

- die Reproduktionsfunktion: die Zeugung von Familien- und Gesellschaftsmitgliedern,
- die Sozialisationsfunktion: die Stimulation, Beeinflussung und Lenkung der Entwicklung der Kinder,
- die Haushaltsfunktion: das Auftreten der Familie als Produzent (Haushalts- und Familienarbeit) und als Konsument,
- die Hilfe-, Unterstützungs- und Versorgungsfunktion: die gegenseitige Sorge der Familienmitglieder z. B. im Krankheits- oder Pflegefall,
- die Freizeitfunktion: die Bedeutung der Familie als Ort der Erholung.

In den verschiedenen Phasen des Lebenslaufs der Familienmitglieder sind die Herstellungsleistungen der Familie unterschiedlich ausgeprägt. Sie verändern sich mit der wechselnden Zusammensetzung der Familie, dem Älterwerden der Kinder, den Veränderungen im Berufsleben und müssen daher immer wieder neu abgestimmt werden.

Da die Familie die Basis für das Funktionieren der Gesellschaft bildet, ist die Gesellschaft auch für die Familie verantwortlich und muss daher die Familie bei ihren Leistungen unterstützen.

Die Frage nach der Stellung der Familie in der Gesellschaft ist in enger Beziehung zu der Frage nach der Bedeutung der Familie für den Einzelnen oder die Einzelne zu sehen.

Einen Eindruck davon, wie Jugendliche heute die Familie beurteilen, liefert die Shell Jugendstudie 2006 (vgl. LANGNESS, LEVEN, HURRELMANN 2006: 50-56). Die Ergebnisse zeigen, dass die Familie nach wie vor einen sehr hohen Stellenwert für Jugendliche hat. 72 % der befragten Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren gaben an, dass man ihrer Meinung nach eine Familie braucht, um glücklich zu sein. Lediglich 17 % der Jugendlichen glauben, dass man alleine genauso glücklich leben kann. Mit 44 % stimmte ein Großteil der Aussage zu, dass man zum Glückseligkeit eigene Kinder braucht; ein Drittel war der Auffassung, dass man ohne Kinder genauso glücklich sein kann; 6 % meinten, ohne Kinder glücklicher leben zu können. Dennoch gehören für 62 % der Jugendlichen eigene Kinder zur Lebensplanung dazu; im Jahr 2002 waren es noch 67 %. Dabei zeigten sich nur 39 % positiv dem Heiraten gegenüber eingestellt; gleichwohl ist Treue für 81 % der Jugendlichen wichtig.

Auch in anderen Studien wird immer wieder betont, dass Kinder nicht mehr selbstverständlich zur Lebensplanung dazu gehören. Wenngleich Kinder Glück, Lebensfreude und Zufriedenheit bedeuten, ist festzustellen, dass Kinder „zu einem Wert unter vielen geworden [sind], der das Leben mit Sinn erfüllen kann.“ (HÖHN, ETTE, RUCKDESCHEL 2006: 28).

Ein wachsender Teil der Gesellschaft hat inzwischen keinen Kontakt mehr zu Kindern. Dies führt dazu, dass das Familienbild kaum noch durch eigene Erfahrungen, sondern vermehrt durch medial vermittelte Eindrücke („second hand“) bestimmt wird. Eine der großen Herausforderungen ist es also, „die Grundhaltung einer kinderentwöhnten Gesellschaft langsam zu verändern“ (ROBERT BOSCH STIFTUNG 2005: 31).

1.1.3 Familie im Lebensverlauf

In den letzten 40 Jahren haben sich die Lebensverläufe deutlich verändert. Dies hat auch entscheidende Auswirkungen auf die Familie.

Familiengründung

Zahlreiche Faktoren wirken auf das Ob und auf den Zeitpunkt der Familiengründung ein. In der Literatur werden vornehmlich folgende Voraussetzungen für die Entscheidung für ein Kind angeführt (vgl. u. a. KÖCHER 2005, HÖHN, ETTE, RUCKDESCHEL 2006; LBS-INITIATIVE „JUNGE ELTERN SCHAFT“ 2001):

- stabile Partnerschaft,
- positive Zukunftserwartung,
- gesicherte berufliche Situation / sicherer Arbeitsplatz,
- ausreichendes Familieneinkommen,
- abgeschlossene Berufsausbildung bei beiden Partnern,
- eigene positive Erfahrungen in der Herkunftsfamilie,
- Interesse, Kinder aufwachsen zu sehen,
- ein Leben mit Kindern im Alter.

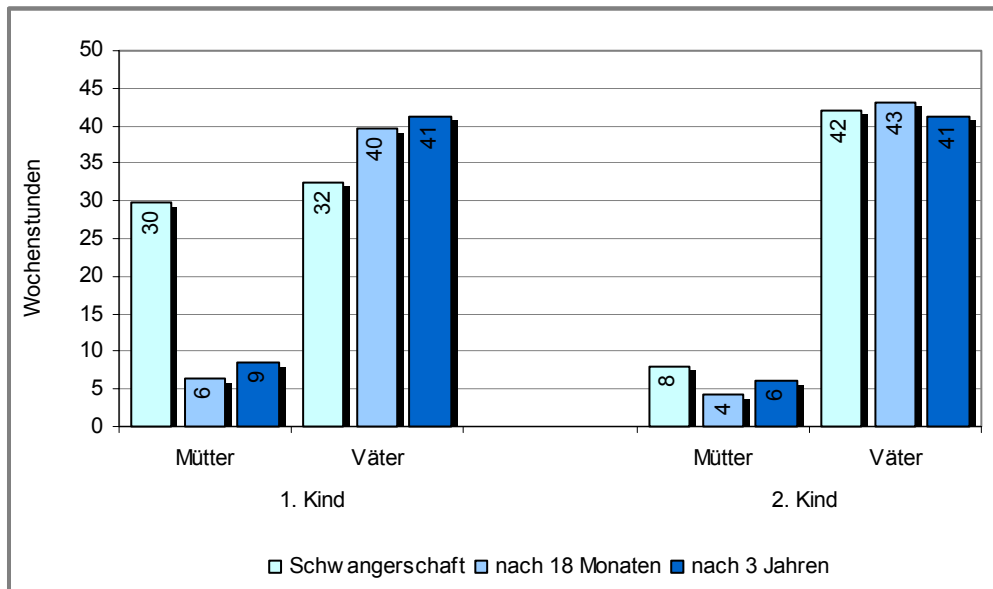
Die für die Familiengründung kritische Phase im Lebensverlauf ist die sogenannte Rush-Hour of Life (vgl. BMFSFJ 2006g: 33-34). Mit diesem Begriff wird die Altersphase gekennzeichnet, in der wichtige Entscheidungen des Lebens getroffen und realisiert werden müssen. Dabei überschneidet sich die Familiengründungsphase mit der Berufseintritts- und Entwicklungsphase. Beide Phasen sind durch sehr zeitintensive Prozesse geprägt: Der berufliche Einstieg ist häufig mit hohem Druck durch die Arbeitsmarktsituation, langen Arbeitszeiten bzw. Überstunden, einem hohen Maß an beruflicher Mobilität, beruflicher Weiterbildung etc. verbunden. Gleichzeitig nimmt der Aufbau einer stabilen Partnerschaft als Vorbedingung der Familiengründung ebenfalls viel Zeit in Anspruch.

In Deutschland lässt sich diese Rush-Hour of Life auf das Alter zwischen 27 und 34/35 Jahren eingrenzen. Dieses „Zeitfenster“ ist in Deutschland im Vergleich zu anderen hoch entwickelten Industriestaaten besonders kurz, was vor allem auf das deutsche Ausbildungssystem, insbesondere in den akademischen Berufen, zurückzuführen ist. Damit steht die Entscheidung für oder gegen eine Familiengründung im Spannungsverhältnis zur Erwerbsbeteiligung (vgl. SCHMITT 2007: 4).

Rollenverteilung in Familien mit minderjährigen Kindern

Die Entscheidung für ein Kind verändert die Rollenverteilung in einer Partnerschaft immens. Gilt bei kinderlosen Paaren das Prinzip der egalitären Rollenverteilung, so nehmen mit der Elternschaft die Unterschiede zu (vgl. LBS-INITIATIVE „JUNGE ELTERN SCHAFT“ 2002). Das gilt insbesondere für die Erwerbsverläufe. Arbeiten in kinderlosen Partnerschaften beide ähnlich viele Wochenstunden, so ist für Frauen mit der Geburt eines Kindes oftmals ein Ausstieg aus dem Berufsleben verbunden (vgl. Abbildung 165). Die jungen Väter arbeiten hingegen mehr Stunden pro Woche als vor der Geburt des Kindes. Mit der Geburt eines zweiten Kindes verfestigt sich diese Aufteilung.

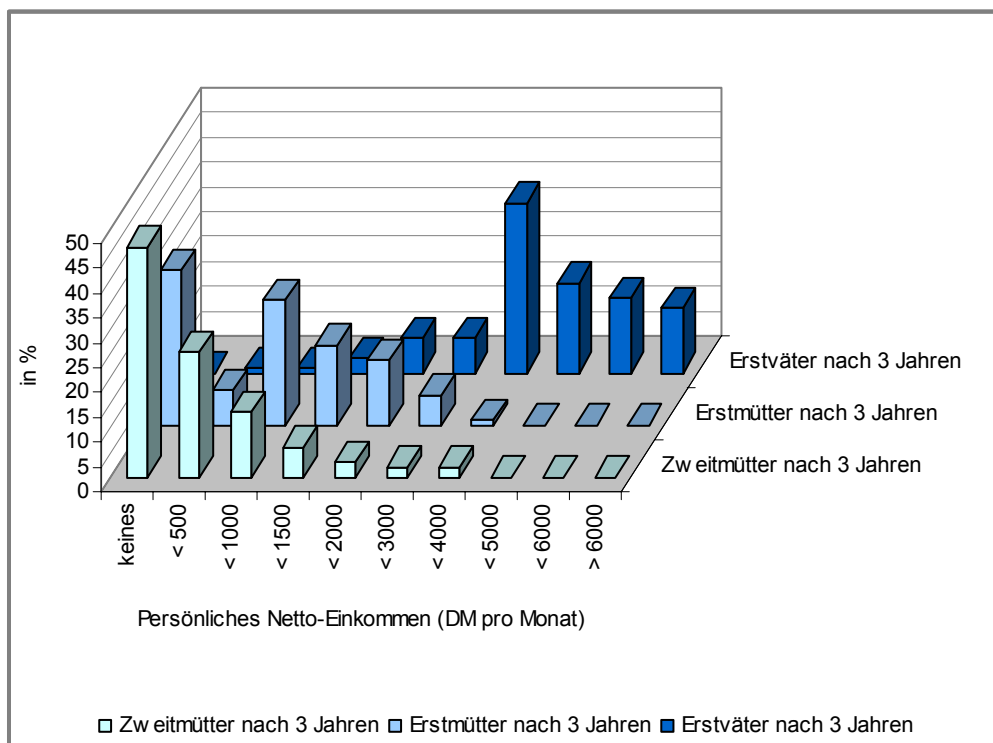
Abbildung 165: Berufstätigkeit von Frauen und Männern vor und nach der Geburt (in Wochenstunden)



Anmerkung: Ergebnisse der LBS-Studie unter der Leitung von Prof. Dr. Fthenakis. Die Gruppe der Teilnehmer bestand aus 175 Paaren, die zwischen Dezember 1995 und August 1996 ein Kind bekamen. Darunter waren 90 Paare, die ihr erstes Kind bekamen (Erstelterner). Die meisten Paare kamen aus den Raum München (45 %) und aus der Umgebung von Paderborn (28 %), die anderen Paare aus dem gesamten Bundesgebiet.

Quelle: LBS-Familien-Studie (2002). Überarbeitete Darstellung.

Abbildung 166: Umverteilung des Einkommens drei Jahre nach der Geburt



Anmerkung: Ergebnisse der LBS-Studie unter der Leitung von Prof. Dr. Fthenakis. Die Gruppe der Teilnehmer bestand aus 175 Paaren, die zwischen Dezember 1995 und August 1996 ein Kind bekamen. Darunter waren 90 Paare, die ihr erstes Kind bekamen (Erstelterner). Die meisten Paare kamen aus den Raum München (45 %) und aus der Umgebung von Paderborn (28 %), die anderen Paare aus dem gesamten Bundesgebiet.

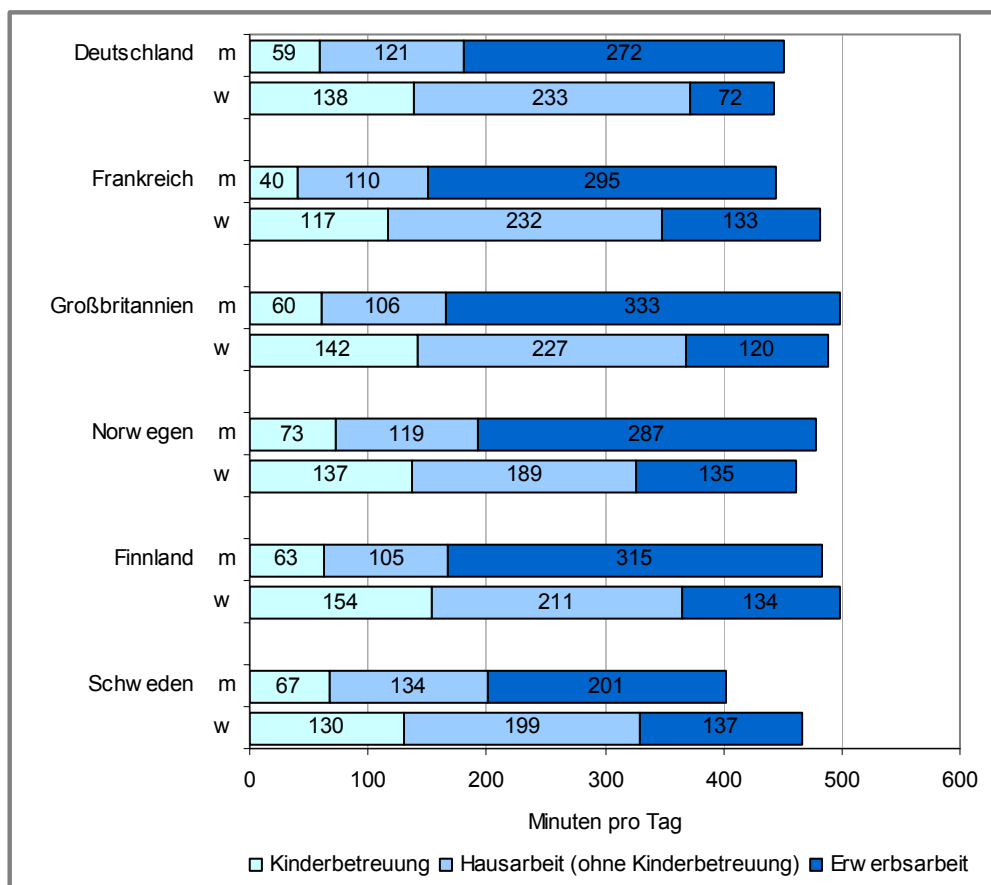
Quelle: LBS-Familien-Studie (2002). Überarbeitete Darstellung.

Damit wächst auch die ökonomische Abhängigkeit der Frau von ihrem Partner. Vor der Geburt haben beide Partner ein eigenes Einkommen. Während Männer drei Jahre nach der Geburt oftmals sogar deutlich mehr verdienen als vorher, haben Frauen ein weitaus geringeres persönliches Monatseinkommen (vgl. Abbildung 166). Dieses sinkt zudem mit dem zweiten Kind.

Gleichzeitig ist zu beobachten, dass Männer im Übergang zur Elternschaft ihre Beteiligung an der Hausarbeit verringern. Herrscht während der Schwangerschaft noch eine annähernd egalitäre Verteilung (Frauen 55 %, Männer 45 %), so fällt die Hausarbeit nach der Geburt zunehmend in den alleinigen Verantwortungsbereich der Frauen.¹³⁷

Dies ist allerdings kein rein deutsches Phänomen, sondern auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten (vgl. Abbildung 167). Selbst in den skandinavischen Ländern ist diese Rollenverteilung trotz aller Anstrengungen in der Gleichstellungspolitik zu erkennen.

Abbildung 167: Zeit, die Paare mit Kindern bis zu 6 Jahren für Kinderbetreuung, Hausarbeit bzw. Erwerbsarbeit aufbringen in ausgewählten europäischen Ländern (in Minuten pro Tag)



Anmerkung: Datengrundlage sind nationale Zeiterhebungen in den Jahren 1998 bis 2002, die von EUROSTAT (2004) veröffentlicht wurden.
 Quelle: BMFSFJ (2006g: 31). Überarbeitete Darstellung.

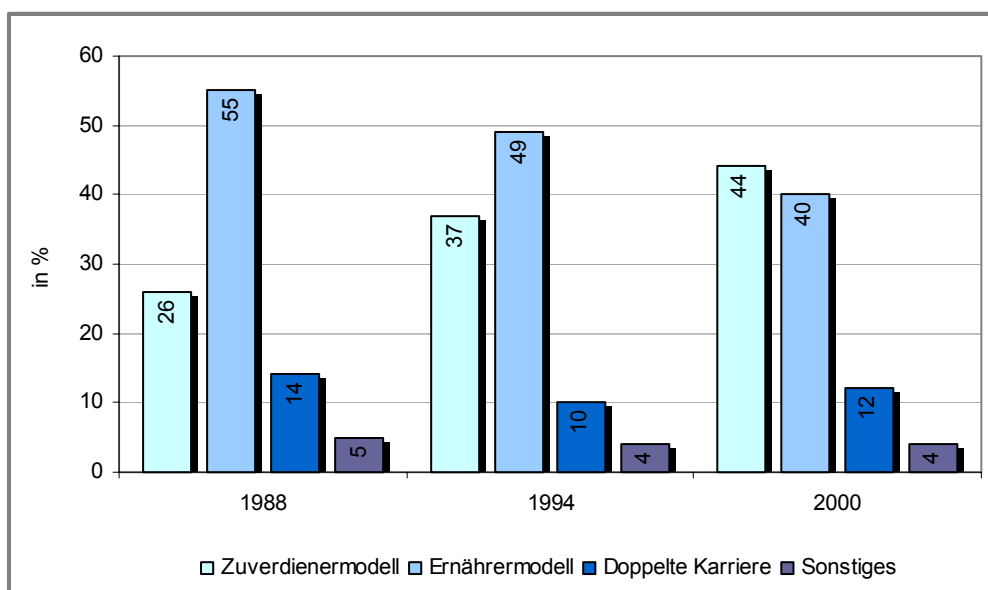
Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich nach der Geburt die traditionelle Rollenverteilung in der Familie etabliert: Während sich die Frau um die Familie und den Haus-

¹³⁷ Die Ursache für diese geschlechtsspezifische Aufteilung der Hausarbeit ist nicht ausschließlich in einer Verhaltensstarre der Männer, sondern gleichermaßen im Verhalten der Frauen zu suchen (vgl. DÖGE 2006: 17).

halt kümmert, sorgt der Mann durch seine Erwerbstätigkeit für das Familieneinkommen.¹³⁸ Dieses sogenannte „Ernährermodell“ war jahrzehntelang Leitmotiv in Westdeutschland. Heute verliert es aber in den Wunschvorstellungen der Bevölkerung immer stärker an Bedeutung (vgl. Abbildung 168). Viele praktizieren vielmehr das sogenannte „Zuverdienermodell“, in dem die Frauen durch eine Erwerbstätigkeit – häufig in Teilzeitarbeit – zum Familieneinkommen beitragen.

Im Unterschied zu früheren Generationen wollen insbesondere gut ausgebildete junge Mütter nur eine vorübergehende und nicht eine dauerhafte Berufsauszeit nach einer Geburt. Zudem müssen in vielen Familien aufgrund der prekären Arbeitsmarktverhältnisse beide Partner arbeiten, um die Familie ökonomisch abzusichern.

Abbildung 168: Präferenz für geschlechterspezifische Arbeitsteilungsmodelle in Deutschland 1988, 1994 und 2000 (in %)



Datengrundlage: DJI – Ergebnisse der Familiensurveys 1988, 1994 und 2000. Eigene Darstellung.

Andererseits haben sich die Vorstellungen über die Vaterschaft ebenfalls verändert. „Immer mehr Männer betrachten die ökonomisch und gesellschaftlich vorgegebene Rolle als Geldverdiener der Familie nur als einen, zudem untergeordneten Aspekt guter Vaterschaft.“ (BMFSFJ 2006g: XXX). Die Mehrheit der Männer (67 %) lässt sich dem Modell „Vater als Erzieher“ zuordnen, das sowohl auf die soziale Funktion der Vaterschaft als auch auf die instrumentelle Funktion, also die Teilnahme an der Entwicklung des Kindes, besonderen Wert legt. Nur 33 % der Männer entsprechen hingegen dem Konzept „Vater als Ernährer“, nach dem das „Brotverdienen“ und die Karriere als wichtigere Funktion der Vaterschaft gesehen werden (vgl. FTHENAKIS, MINSEL 2002: 96-97). Damit stehen sowohl die Mütter als auch die Väter vor der Aufgabe, die Familie mit der Berufstätigkeit zu vereinbaren.

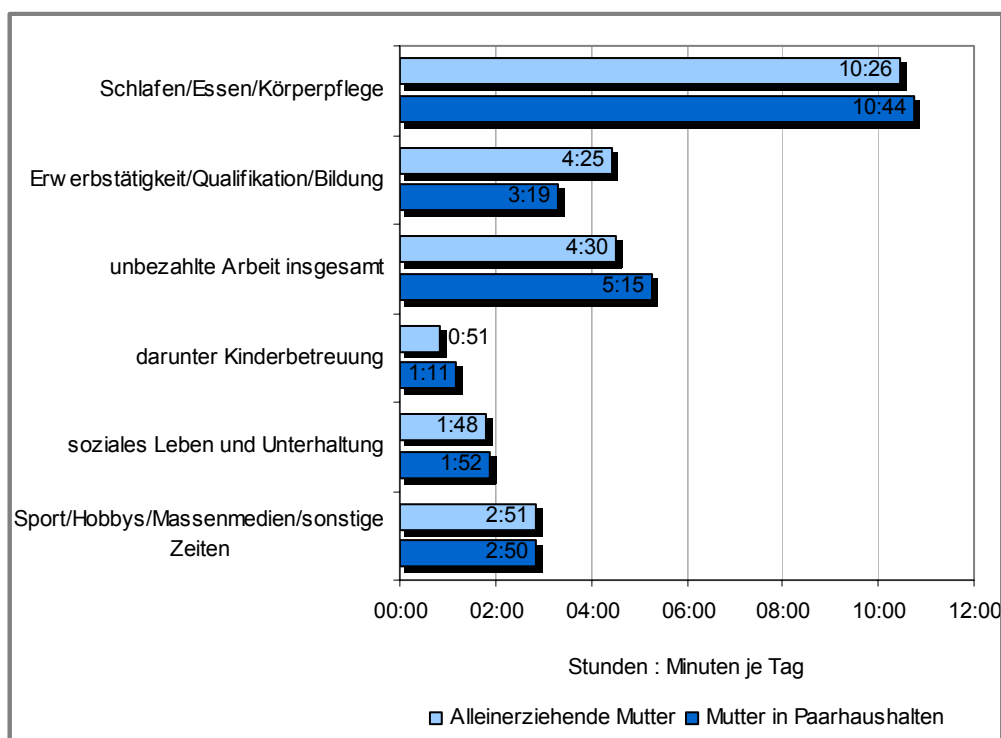
Während die Aufgaben in Zwei-Eltern-Familien auf beide Elternteile verteilt werden, fallen sie in Ein-Eltern-Familien zwangsläufig einem Erwachsenen zu. Alleinerziehende Mütter und Väter müssen sich sowohl um Kindererziehung und Haushalt als auch

¹³⁸ Weitere Ergebnisse der LBS-Familien-Studie weisen darauf hin, dass diese drei Faktoren (sinkende Erwerbsbeteiligung der jungen Mutter, ihre zunehmende monetäre Abhängigkeit und ihre höhere Belastung durch Hausarbeit) sich zudem negativ auf die Partnerschaftsqualität auswirken (vgl. LBS-INITIATIVE „JUNGE ELTERNCHAFT“ 2002). Dies betrifft sowohl die Kommunikation in der Partnerschaft als auch die Sexualität. Damit steigt die Unzufriedenheit in der Partnerschaft.

vielfach um das Familieneinkommen kümmern. Dies bedeutet eine hohe Mehrfachbelastung.

Vergleicht man etwa die Zeitverwendung von erwerbstätigen Müttern in einer Partnerschaft mit der von erwerbstätigen alleinerziehenden Müttern, so lassen sich deutliche Unterschiede feststellen (vgl. KAHLE 2004: 181). Alleinerziehende Frauen arbeiten mit täglich durchschnittlich fast 4½ Stunden länger als Mütter in Partnerschaften, die 3½ Stunden arbeiten. Dies wirkt sich vor allem auf den Haushalt und die Kinderbetreuung aus: Die erwerbstätigen Alleinerziehenden können hier weniger Zeit investieren als die erwerbstätigen Mütter in Partnerschaften. In Partnerschaften nimmt zudem auch der Partner Aufgaben im Haushalt und in der Kinderbetreuung wahr.

Abbildung 169: Zeitverwendung erwerbstätiger Frauen mit minderjährigen Kindern in Deutschland 2001/2002 (in Stunden : Minuten je Tag)



Anmerkung: Hausarbeit fällt unter die Kategorie „Unbezahlte Arbeit insgesamt“:
 Quelle: KAHLE (2004: 181) – Analyse der Zeitbudgeterhebung 2001/02. Überarbeitete Darstellung.

Die Arbeitsteilung in der Familie hat darüber hinaus einen entscheidenden Einfluss auf die Sozialisation und insbesondere die Entwicklung von Lebensmodellen der Kinder. Alltagsroutinen und Selbstverständlichkeiten werden von Kindern übernommen, ohne sie zu hinterfragen. Nach Ergebnissen der Shell Jugendstudie 2006 würden über 70 % der Jugendlichen ihre eigenen Kinder genau so oder ungefähr so erziehen, wie sie selbst erzogen wurden (vgl. LANGNESS, LEVEN, HURRELMANN 2006: 58).

Rahmenbedingungen von Familie

Familien brauchen Zeit, Geld und unterstützende Dienstleistungen bzw. Infrastrukturen, um ihre Leistungen flexibel und verlässlich zu realisieren.

Für die alltägliche Herstellungsleistung der Familien ist die mangelnde Zeitsouveränität ein zentrales Problem. Sie ist im Wesentlichen gekennzeichnet durch

- den Konflikt zwischen Elternschaft und Erwerbsleben (vgl. zur Flexibilisierung der Arbeitszeiten Kapitel D.I.1.3.3 in diesem Abschnitt),

- starre Zeitstrukturen von familiennahen Institutionen wie z. B. Kindertagesstätten und Schulen (vgl. zu der Kindertagesbetreuung Kapitel D.I.2.1 in diesem Abschnitt) und
- die ungleiche Zeitverteilung zwischen Müttern und Vätern (vgl. zur Rollenverteilung in der Familie Kapitel D.I.1.1.3 in diesem Abschnitt).

„Zeitprobleme ergeben sich für Familien nicht alleine aus einem unzureichenden quantitativen Zeitbudget, sondern ebenso aus einer unzureichenden Qualität von Zeit, d. h. aus Belastungen, die Zeitdruck und Verdichtung von Zeit, Parallelaktivitäten und Synchronisationsprobleme, Fremdbestimmtheit und mangelnde Zeitsouveränität u. a. m. umfassen.“ (BMFSFJ 2006g: 229). Diese empfundene Zeitnot ist individuell sehr unterschiedlich und hängt zudem von dem Alter der Kinder ab. Familien sehen sich aber mit der Notwendigkeit der ständigen Koordinierung zwischen Vater, Mutter, Großeltern und anderen Verwandten, Freunden und dem sozialen Umfeld konfrontiert.

Darüber hinaus wirken auch die veränderten Bedingungen der Arbeitswelt grundlegend auf die Familie ein. Die Forderung nach Flexibilität und Mobilität, aber auch der Trend zur Befristung von Arbeitsverhältnissen erhöhen die Anforderungen an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und beeinflussen die Rahmenbedingungen von Familien.

In Deutschland spielen Geldleistungen in der öffentlichen Unterstützung von Familien eine große Rolle. Als das zentrale Element der deutschen Familienpolitik gilt der duale Familienlasten- bzw. -leistungsausgleich. Mit Hilfe von Instrumenten wie dem Kindergeld bzw. dem Kinderfreibetrag, dem Ehegattensplitting oder der Anrechnung von Kindererziehungszeiten auf die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung sollen so bestimmte Belastungen der Eltern kompensiert (Familienlastenausgleich) bzw. die Leistungen der Familien für die Gesellschaft abgegolten werden (Familienleistungsausgleich) (vgl. BMFSFJ 2006g: 56-58).

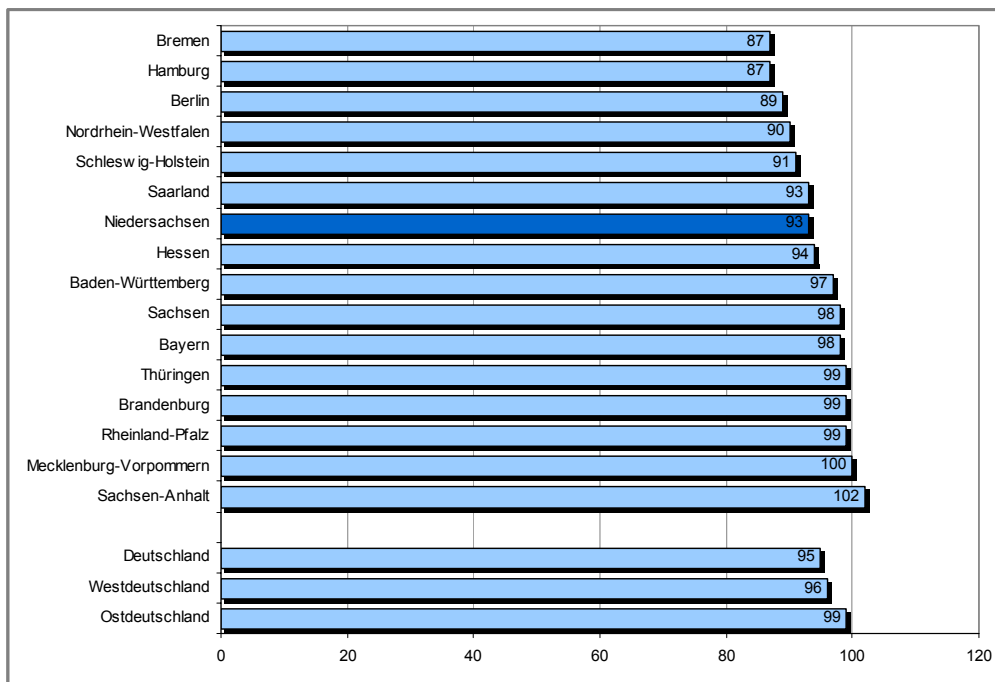
Im Vergleich zu den Geldleistungen ist die öffentliche Unterstützung durch Dienstleistungen gemessen am Bruttoinlandsprodukt deutlich geringer ausgeprägt. Insbesondere in der Rush-Hour of Life sind es aber gerade die Dienstleistungen, die die Familien entlasten.

Dennoch ist die materielle Sicherung von Familien sehr wichtig; denn die finanziellen Ressourcen entscheiden über die Teilnahme der Familie am gesellschaftlichen Leben und die Entwicklungsbedingungen der Kinder. Familien, die Fürsorgeleistungen in Erziehung und Pflege von Angehörigen erbringen, sind stärkeren finanziellen Belastungen ausgesetzt als diejenigen, die nicht diese Leistungen erbringen. Damit unterliegen Kinder und deren Familien in Deutschland einem erhöhten Armutsrisiko.

Betrachtet man die ökonomische Situation von Kindern, so zeigen sich deutliche Unterschiede in den einzelnen Bundesländern. In Niedersachsen lag das Pro-Kopf-Einkommen von Familien im Jahr 2003 unter dem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen der Gesamtbevölkerung (vgl. Abbildung 170, BMFSFJ 2006g: 182). Dies galt auch für die Stadtstaaten sowie für Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Hessen und das Saarland. Dagegen entsprach die Einkommenssituation in den ost- und süddeutschen Bundesländern eher dem Durchschnitt der Bevölkerung.

Einen weiteren Hinweis auf die ökonomische Situation von Kindern liefert die Analyse der Familien mit Niedrigeinkommen. Im Jahr 2003 lebten in Niedersachsen 9 % der Kinder in Familien, deren Einkommen weniger als 50 % des Durchschnittseinkommens der Gesamtbevölkerung betrug (vgl. Abbildung 171).

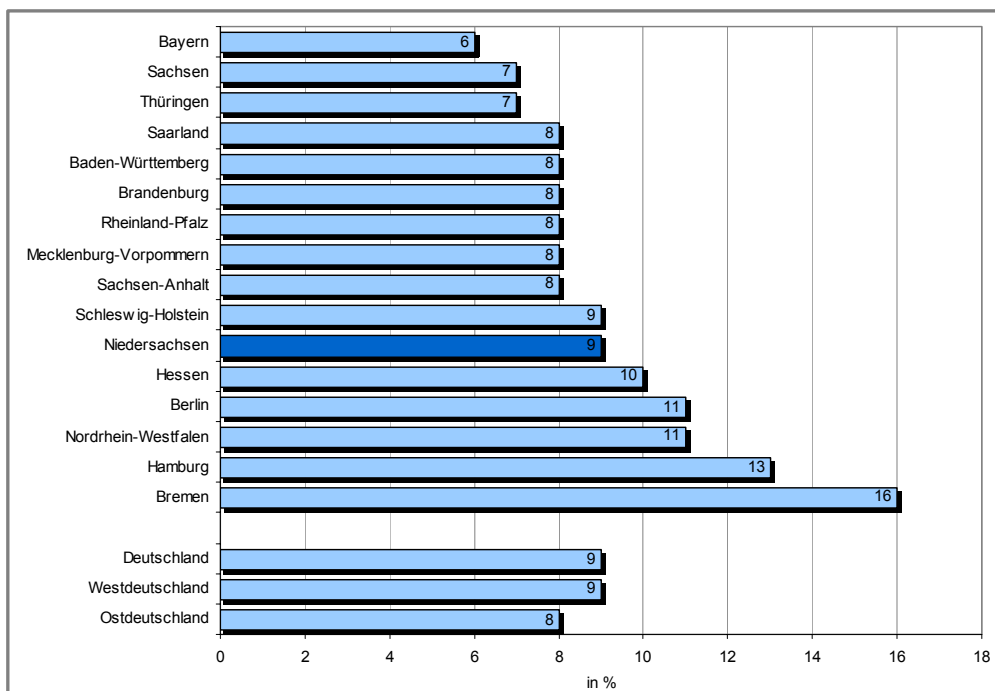
Abbildung 170: Wohlstandspositionen der Kinder in den Bundesländern 2003 (in %)



Anmerkungen: (1) Bezogen auf den Durchschnitt der jeweiligen räumlichen Einheit. (2) Relative Wohlstandspositionen beschreiben Einkommensunterschiede zwischen verschiedenen Lebensformen. Sie verdeutlichen die Abweichungen der durchschnittlichen Einkommen einzelner Lebensformen vom durchschnittlichen Einkommen aller Lebensformen. Dabei wird das durchschnittliche gewichtete Pro-Kopf-Einkommen der Lebensformen gleich 100 % gesetzt.

Quelle: BMFSFJ (2006g: 182). Überarbeitete Darstellung.

Abbildung 171: Kinder in Familien mit niedrigem Einkommen in den Bundesländern 2003 (in %)



Quelle: BMFSFJ (2006g: 183). Überarbeitete Darstellung.

Veränderungen des familiären Zusammenlebens

Die Veränderungen der familiären Lebensformen wirken sich auch auf die Art aus, wie Kinder und Jugendliche aufwachsen. Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen lebt zwar weiterhin mit seinen verheirateten Eltern als Familie zusammen. In der Vergangenheit hat jedoch der Anteil derjenigen zugenommen, die in alternativen Lebensformen groß werden: in nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften, in Stieffamilien oder in Ein-Eltern-Familien. Zudem erfahren Kinder heute häufiger als früher Diskontinuitäten in familiären Konstellationen (z. B. durch Trennung oder Scheidung). Ihr Aufwachsen ist damit durch unterschiedliche Lebensformen geprägt. „Die Anpassung an das Leben in neuen familiären Konstellationen erfordert von Kindern und Jugendlichen die Bewältigung von Veränderungen im Alltag sowie in den sozio-emotionalen Beziehungen. Dadurch entstehen einerseits Chancen für Entwicklungs- und Lernprozesse, andererseits können psychosoziale Belastungen aber auch zu Entwicklungs- und Lernverzögerungen führen“ (BMFSFJ 2006f: 54).

Veränderungen ergeben sich darüber hinaus aus dem Rückgang der Kinderzahl pro Frau. Dieser ist gleichbedeutend mit einem Rückgang der intragenerationellen Kontakte in der Familie. Bereits heute wachsen 27,9 % der Kinder in Niedersachsen ohne ein weiteres Kind im Haushalt auf (vgl. Abbildung 164 auf Seite 359). Vor diesem Hintergrund steigt die Bedeutung der Kindertagesstätten; denn diese bieten bereits vor dem Schuleintritt die Möglichkeit, Kontakte zu Gleichaltrigen zu knüpfen.

Dagegen hat sich die gemeinsame Lebenszeit von Familiengenerationen, besonders für erwachsene Kinder und ihre Eltern, aufgrund der Zunahme der Lebenserwartung erhöht. Erwachsene Familiengenerationen sind dabei durch vielfältige Hilfen miteinander verbunden, die eine große Bandbreite aufweisen (z. B. emotionaler Beistand, Enkelbetreuung, Haushaltshilfe, Pflegeleistungen). Eine besonders anspruchsvolle, sowohl psychisch als auch physisch belastende Hilfeleistung ist die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen (vgl. Kapitel D.IV.1.6.3 in diesem Abschnitt).

Wie stark diese Beziehung zwischen den Familiengenerationen ausgeprägt ist, hängt insbesondere von der Wohnentfernung ab. „Je weiter die Familienangehörigen voneinander entfernt leben, umso weniger besteht die Möglichkeit, den Alltag miteinander zu teilen.“ (BMFSFJ 2006g: 138). Dies hat sowohl Auswirkungen auf den Grad der gegenseitigen Unterstützung durch das familiäre Netzwerk als auch auf die emotionale Qualität der Beziehung.

Andererseits leben Jugendliche heute länger als je zuvor im Elternhaus. Nach Ergebnissen der Shell Jugendstudie wohnten 2006 noch 73 % der 18- bis 21-Jährigen bei ihren Eltern. Bei den 22- bis 25-Jährigen sind es 34 %. „Der relativ späte Auszug deutscher Jugendlicher aus dem Elternhaus ist insofern problematisch, als dass eine lange ökonomische und lokale Abhängigkeit der Jugendlichen von ihrer Herkunftsfamilie die Neugründung einer eigenen Familie verhindert oder verzögert.“ (LANGNESS, LEVEN, HURRELMANN 2006: 65). So fällt auf, dass Frauen in Deutschland durchschnittlich mit 21,5 Jahren das Elternhaus verlassen und sich damit im Durchschnitt der nordeuropäischen Länder befinden, Männer hingegen erst mit durchschnittlich 25 Jahren ausziehen.

1.2 Kindertagesbetreuung

1.2.1 Stand der außerfamiliären Kinderbetreuung

Kindertagesstätten

Am 01.10.2005 wurden in Niedersachsen 247 149 Kinder in 4 222 Kindertageseinrichtungen betreut. Unter Berücksichtigung von teilstationären Gruppen wie Sonderkindergärten und Tagesbildungsstätten mit Tagesstätten waren es 255 731 Kinder in

4 429 Einrichtungen. Über zwei Drittel der Einrichtungen wurde von freien und rund ein Drittel von kommunalen Trägern betrieben.

Seit dem Jahr 2002 ist ein Rückgang der Kinderzahl in den Einrichtungen feststellbar. So fiel ihre Gesamtzahl seither um 7 080 Kinder (- 2,7 %). Dagegen wurden in diesem Zeitraum weitere 106 Einrichtungen geschaffen (+ 2,5 %).

Zum 01.10.2005 besuchten 25 215 Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit Tageseinrichtungen. Ihr Anteil an allen betreuten Kindern lag bei 9,9 %. Die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen geht davon aus, dass insgesamt etwa 15 % der in den Tageseinrichtungen betreuten Kinder einen Migrationshintergrund haben. Insbesondere in den Kernstädten ist der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund hoch und wird sich zukünftig weiter erhöhen.

Kindergartengruppen stellten im Jahr 2005 mit 8 662 Gruppen (70,3 %) die überwiegende Mehrzahl der Gruppen dar (vgl. Tabelle 33). Insgesamt wurden sie von 189 469 Kindern (76,7 %) besucht. Eine besonders deutliche Zunahme ist bei den altersübergreifenden Gruppen erkennbar: gab es zum Stichtag im Jahr 2004 nur 199 Gruppen, waren es 2005 bereits 593 (+ 394 Gruppen). Die Anzahl der in diesen Gruppen betreuten Kinder ist von 2004 (3 897 Kinder) bis 2005 (11 766 Kinder) um 7 869 Kinder gestiegen.

Tabelle 33: Gruppen in Kindertagesstätten in Niedersachsen 01.10.2005

Art der Gruppe	Anzahl der Gruppen	Anzahl der Kinder
Krippengruppe	312	3 988
Kindergartengruppe	8 662	189 469
Kleine Kindergartengruppe	225	2 169
Integrative Gruppe	874	14 890
Hortgruppe	686	11 628
Kleine Kindertagesstätte	110	1 052
Altersübergreifende Gruppe	593	11 766
Sonstige Gruppe in Kindertagesstätten	267	3 314
Sonstige Tageseinrichtung (einschließlich Kinderspielkreis) für Kinder bis zum Schuleintritt	497	7 656
Sonstige Tageseinrichtung für Schulkinder	89	1 306
Insgesamt (ohne teilstationäre Einrichtungen)	12 315	247 147
Sonderkindergarten	701	5 066
Tagesbildungsstätte mit Tagesstätte	455	3 518
Insgesamt (einschließlich teilstationäre Einrichtungen)	13 471	255 731

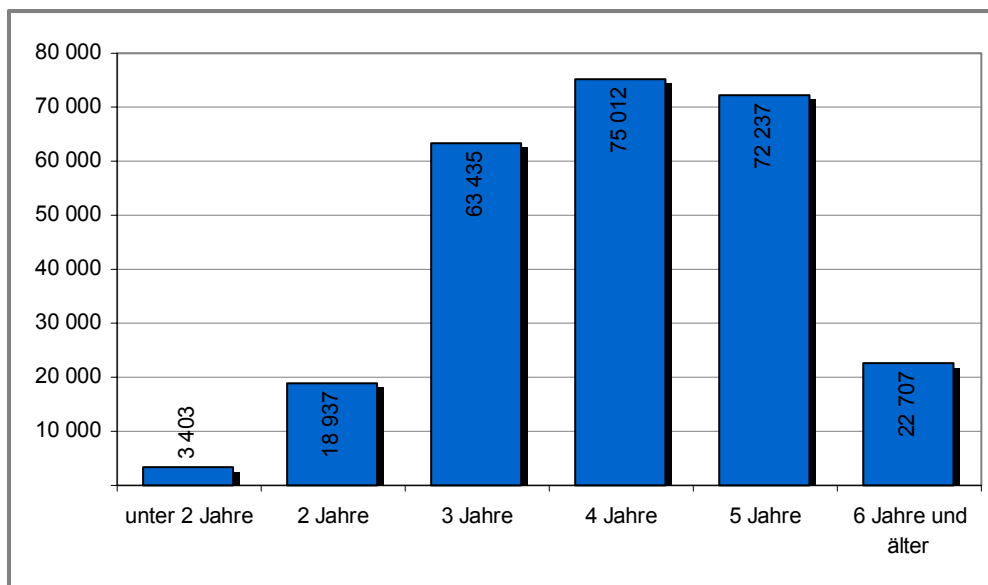
Quelle: MK – Tageseinrichtungen für Kinder in Niedersachsen. Überarbeitete Darstellung.

Mit 70,3 % beschränkte sich der Großteil der Gruppen (ohne teilstationäre Einrichtungen) auf die Vormittagsbetreuung. 15,6 % der Gruppen waren reine Nachmittagsgruppen. In 14,1 % der Gruppen wurden die Kinder ganztägig betreut. Während sich aber im Vergleich zu 2004 die Vormittagsgruppen um 15 Gruppen (- 0,2 %) und die Nachmittagsgruppen um 50 Gruppen (- 2,5 %) reduzierten, wurden 58 Ganztagsgruppen (+ 3,5 %) neu geschaffen.

Am 01.10.2005 wurden schwerpunktmäßig Kinder im Alter zwischen 3 und 5 Jahren in den Einrichtungen betreut (vgl. Abbildung 172). Insgesamt 82,2 % der betreuten Kinder gehörten dieser Altersgruppe an. Im Vergleich zum Jahr 2004 sank ihre Anzahl jedoch um 5 472 Kinder (- 4,7 %). Dagegen nahm die Zahl der Kinder im Alter unter 3

Jahren zwischen den Stichtagen 2004 und 2005 um 2 895 (+ 14,9 %) zu; insgesamt wurden 22 340 Kinder dieser Altersgruppe in den Einrichtungen betreut.

Abbildung 172: Anzahl der betreuten Kinder in Niedersachsen 01.10.2005 (nach Altersgruppen)



Quelle: MK – Tageseinrichtungen für Kinder in Niedersachsen. Überarbeitete Darstellung.

Die Versorgungsquote gibt Auskunft darüber, wie viele Kinder ein Angebot der Tagesbetreuung tatsächlich wahrnehmen.¹³⁹ Für das Jahr 2005 ermittelte das MK folgende Versorgungsquoten:

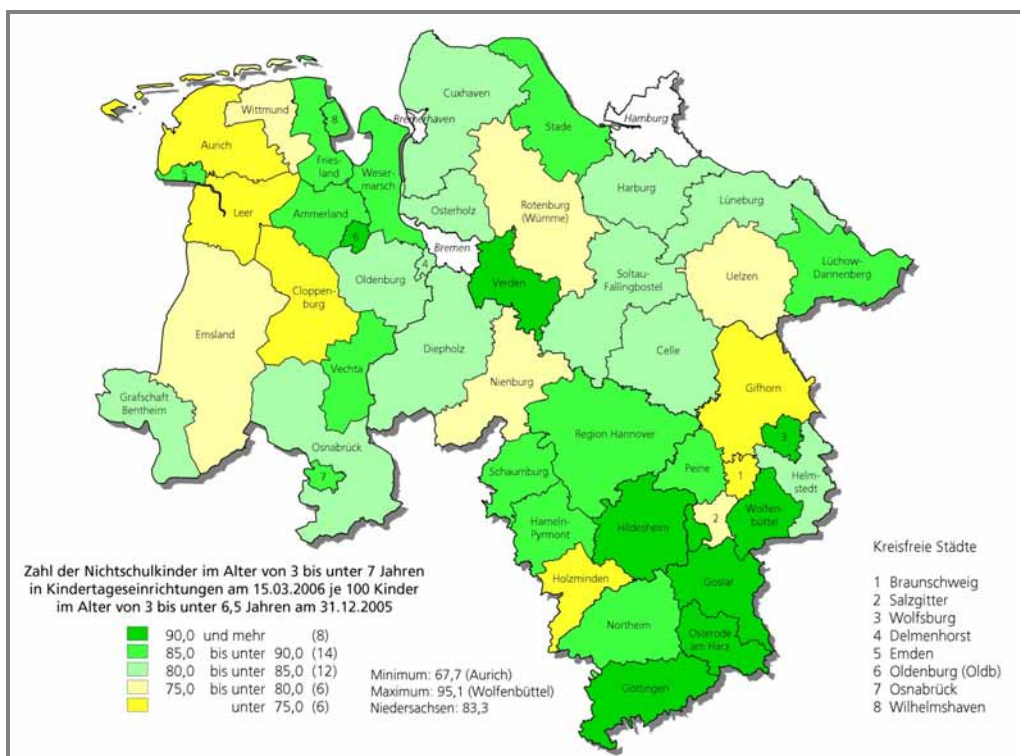
- Am 31.12.2005 lebten laut Bevölkerungsstatistik insgesamt 209 401 Kinder im Alter bis zu 3 Jahren in Niedersachsen. Insgesamt 19 475 Kinder im Alter bis zu 3 Jahren wurden am 01.10.2005 in Krippen, Kindergartengruppen, altersübergreifenden Gruppen und kleinen Kindertagesstätten betreut. Damit ergab sich eine Versorgungsquote von 9,3 %; im Vergleich zu 2004 ist das ein Anstieg um 1,4 Prozentpunkte.
- Zum Stichtag 01.10.2005 waren von den insgesamt 247 147 belegten Plätzen in Tageseinrichtungen für Kinder (ohne teilstationäre Einrichtungen) 226 911 auf den Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz anrechenbar. Für den Rechtsanspruch nicht zu berücksichtigende Plätze sind die belegten Plätze in Krippen, Horten, sonstigen Tageseinrichtungen für Schulkinder und sonstigen Gruppen in Kindertagesstätten. Zum 31.12.2005 waren in Niedersachsen 275 041 Kinder im Alter von 3 bis 6,5 Jahren gemeldet. Dementsprechend betrug die prozentuale Versorgung 82,5 %. Im Vergleich zum Vorjahr ist das eine Steigerung um 2,1 Prozentpunkte.
- Am 31.12.2005 lebten laut Statistik insgesamt 303 649 Kinder im Alter von 6,5 bis 10 Jahren in Niedersachsen. Insgesamt 16 416 Kinder dieser Altersstufe wurden am 01.10.2005 in Horten, Kindergartengruppen, altersübergreifenden Gruppen und sonstigen Tageseinrichtungen für Schulkinder betreut. Damit ergab sich eine Ver-

¹³⁹ Die Versorgungsquote sagt allerdings nichts darüber aus, ob es ein Überangebot an freien Betreuungsplätzen gibt oder ob die vorhandenen Betreuungsplätze nicht ausreichen, um die Nachfrage zu decken. Für diese Fragestellung ist die Platz-Kind-Relation geeigneter, die aus der Anzahl aller angebotenen Betreuungsplätze und der Zahl der Kinder, die in Niedersachsen leben, berechnet wird. Damit gibt die Platz-Kind-Relation Auskunft darüber, wie viele Kinder ein Angebot der Tagesbetreuung wahrnehmen können. Die letzte Erhebung der Platz-Kind-Relation erfolgte zum Stichtag 31.12.2002. Da die Kommunen in den letzten Jahren bereits vermehrt Anstrengungen zum Ausbau der Kinderbetreuung unternommen haben, ist davon auszugehen, dass die Platz-Kind-Relation die Wirklichkeit nicht mehr ausreichend abbildet. Daher wird an dieser Stelle auf diese Kennzahl verzichtet.

sorgungsquote von 5,4 %. Berechnet man die Versorgungsquote ohne Einbeziehung der sonstigen Tageseinrichtungen für Schulkinder, ergibt sich eine Quote von 4,9 %. Im Vergleich zu 2004 ist das ein Anstieg um 0,3 Prozentpunkte.

Die Betrachtung der Nichtschulkinder im Alter von 3 bis unter 7 Jahren in Tageseinrichtungen für Kinder in den Landkreisen und kreisfreien Städten bezogen auf je 100 Kinder der Altersgruppe 3 bis unter 6,5 Jahre zeigt, dass es große regionale Unterschiede gibt (vgl. Abbildung 173). Während im März 2006 im Landkreis Aurich der Anteil der Kinder in Tageseinrichtungen an allen Kindern der Altersgruppe 67,7 % betrug, besuchte im Landkreis Wolfenbüttel mit 95,1 % ein weitaus höherer Anteil der Kinder eine Tageseinrichtung.

Abbildung 173: Nichtschulkinder im Alter von 3 bis unter 7 Jahren in Tageseinrichtungen für Kinder in den Landkreisen und kreisfreien Städten im März 2006



Quelle: NLS

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Zielgrößen des Zwölften Kinder- und Jugendberichts in Niedersachsen noch nicht erreicht sind. Für einen annähernd bedarfsgerechten Ausbau der Kindertagesbetreuung wäre ein Versorgungsangebot von mindestens 20 % für unter 3-Jährige und von 75 % für 3- bis unter 4-Jährige erforderlich (vgl. BMFSFJ 2006f: 348).

Darüber hinaus wird immer wieder die zeitliche Ausgestaltung des Kinderbetreuungsangebotes kritisiert. Der Rechtsanspruch auf eine vierstündige Betreuung reicht oftmals nicht aus, um Eltern eine Teilhabe am Erwerbsleben zu ermöglichen. Bundesweite Analysen kommen zu folgenden Schwachstellen in Bezug auf die Öffnungszeiten der Betreuungseinrichtungen (vgl. u. a. DJI 2005, DIHK 2005, STÖBE-BLOSSEY 2004):

- eingeschränkte Öffnungszeiten,
- wenig Flexibilität in Ausnahmefällen und
- wenig flexible und individuelle Betreuungssysteme.

Insbesondere berufstätige Eltern brauchen gerade in Ausnahmefällen flexible Betreuungslösungen. Auch für die regelmäßige Betreuung bestehen nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten für die unter 3-Jährigen oder für Schulkinder. Weitere Defizite bestehen bei atypischen Arbeitszeiten wie früh am Morgen, am späten Nachmittag, über Nacht und am Wochenende.¹⁴⁰ Deshalb sind angepasste Betreuungsmodelle und Maßnahmen für die verschiedensten Betreuungssituationen (regelmäßig, Notfall, Ausnahmesituationen und Ferien) erforderlich, um Berufstätigkeit, Karriere und Familienleben gut miteinander vereinbaren zu können.

Dabei bieten die rechtlichen Vorschriften bereits jetzt die Möglichkeiten für ein flexibles Betreuungsangebot, wie z. B.:

- Einrichtung von Früh- und Spätdiensten, die bis zu einer gewissen Kinderzahl nur eine Fachkraft benötigen (§ 8 Abs. 1 KiTaG),
- Sicherstellung der Betreuung in den Ferien (§ 8 Abs. 3 KiTaG) oder
- die Einrichtung von kleinen Kindergartengruppen ohne das Erfordernis einer zweiten Fachkraft (§ 4 Abs. 4 KiTaG).

Zudem werden mit entsprechenden Erlassen die gesetzlichen Spielräume bzw. Auslegungsmöglichkeiten genutzt, um bei veränderten gesellschaftlichen Entwicklungen das Kinderbetreuungsangebot anpassen zu können, z. B. indem in besonderen Fällen die Erlaubnis erteilt wird, die Gruppengröße um ein Kind zu überschreiten.

Trotz bereits vorhandener Defizite besteht die Gefahr, dass in Regionen, die einen deutlichen Rückgang der Zahl der Kinder verzeichnen, Kindertageseinrichtungen geschlossen werden müssen, weil bei einem Rückgang der Elternbeiträge und einer Landesbeteiligung von 20 % an den Personalkosten die finanzielle Hauptlast bei der Kommunen liegt.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Wichtiger Bestandteil der umfangreichen Ausführungen zum Stand der außerfamiliären Kinderbetreuung wäre eine Bewertung der Situation in Niedersachsen im Vergleich zu anderen Bundesländern und dem europäischen Ausland gewesen, die leider von der Mehrheit nicht gewünscht war. So kommt z. B. der 7. Familienbericht der Bundesregierung zu dem Ergebnis, dass Deutschland gegenüber anderen europäischen Ländern erheblichen Nachholbedarf aufweist und Niedersachsen im Bundesvergleich bei Angeboten der außerfamiliären Kinderbetreuung einen der letzten Plätze einnimmt. In reinen Krippen werden in Niedersachsen nur knapp 2 % der unter dreijährigen Kinder betreut.

Anmerkung der Vertreterinnen und Vertreter der Fraktionen CDU und FDP:

Die Kinderbetreuung der unter 3-Jährigen ist in Niedersachsen hauptsächlich über Tagespflege und in altersübergreifenden Gruppen organisiert. Aktuell findet der Ausbau von Krippenplätzen statt, sodass die angegebene Zahl nur eine geringe Aussagekraft hat.

¹⁴⁰ Eine Telefonbefragung von Müttern mit Kindern unter 14 Jahren im Juli 2003 in NRW ergab, dass zahlreiche Frauen zumindest teilweise zu Zeiten arbeiten, die außerhalb der normalen Öffnungszeiten der Kindertageseinrichtungen liegen. 50 % der befragten Mütter arbeiteten immer oder teilweise am Samstag, 26 % auch am Sonntag. 33 % gaben an, abends zwischen 19.00 und 22.00 Uhr zu arbeiten, 16 % leisteten Nachtarbeit (vgl. STÖBE-BLOSSEY 2004: 2-3).

Tagespflege

Neben den institutionellen Angeboten nimmt die Tagespflege durch Tagesmütter eine ergänzende Funktion für die Kinderbetreuung ein. Sie ist ein auf den individuellen Bedarf ausgerichtetes und im privaten Raum angesiedeltes Betreuungsangebot.

Mit der Neufassung des § 43 SGB VIII vom 01.01.2005 wurde ein gesetzlicher Genehmigungsvorbehalt eingeführt. Demnach benötigt jede Person, die Kinder außerhalb deren Wohnung mehr als 15 Stunden in der Woche gegen Entgelt länger als drei Monate betreuen will, eine Erlaubnis. Diese Erlaubnis setzt persönliche Qualifikationen, Kenntnisse in der Kindertagespflege sowie geeignete Räumlichkeiten voraus und gestattet die Betreuung von bis zu fünf fremden Kindern. Der Umfang der erforderlichen Qualifikation ist rechtlich nicht geregelt. Empfehlungen unterschiedlicher Institutionen gehen von einem Schulungsumfang zwischen 80 und 160 Stunden aus.

Der Gesetzgeber betont mit der Novellierung des § 43 SGB VIII den Anspruch an die Qualität von Tagespflege. Das Land Niedersachsen fördert Qualifizierungsmaßnahmen von Tagespflegepersonen mit ESF-Mitteln nach dem Curriculum des Deutschen Jugendinstituts (DJI).

Die Durchführung der Qualifizierungen übernehmen verschiedene Akteure. So hat z. B. die Ländliche Erwachsenenbildung Niedersachsen e.V. (LEB) auf Grundlage des Curriculums des DJI einen Kurs entwickelt, der 160 Unterrichtsstunden umfasst. Darin enthalten sind die Lernfelder

- Schaffung einer beruflichen Identität,
- Anforderungsprofile,
- Rahmenbedingungen für die Kinderbetreuung,
- Betreuung aus Sicht des Kindes,
- Betreuung aus Sicht der Eltern,
- Recht und Finanzen,
- Bildung, Erziehung und Betreuung der Kinder,
- Förderung der Kreativität,
- Kinder in besonderen Lebenssituationen,
- Haushaltsmanagement, Sicherheit, Erste Hilfe am Kind und gesunde Ernährung.

Mit Bestehen einer Abschlussprüfung erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein Zertifikat, das sie als qualifizierte Kindertagespflegeperson ausweist. Dieser Nachweis ist bundesweit anerkannt. Gemeinsam mit den Tagesmüttervereinen werden darüber hinaus Aufbaukurse organisiert, die sich mit speziellen Fragestellungen beschäftigen. Damit wird eine regelmäßige Fortbildung ermöglicht.

1.2.2 Zunehmende Bedeutung der außerfamiliären Betreuungsangebote

Auch bei rückläufigen Kinderzahlen ist davon auszugehen, dass die Bedeutung der außerfamiliären Betreuungsangebote steigen wird. Dafür verantwortlich sind die veränderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen:

Zunächst ist auf den hohen Stellenwert der frühkindlichen Bildung hinzuweisen. Ein Besuch des Kindergartens verbessert die Entwicklungschancen von Kindern. Dies gilt im besonderen Maße für Kinder aus Familien, die diese nicht entsprechend fördern können (vgl. Kapitel D.I.1.2.3 in diesem Abschnitt und Kapitel C.II).

Der Kindergarten ist ferner eine wichtige Institution, um die Toleranz in der Gesellschaft zu fördern. Hier lernen Kinder, dass es verschiedene Familienformen gibt, und kommen in Kontakt mit verschiedenen Kulturen. Dies ist insbesondere vor dem Hin-

tergrund der Ausdifferenzierung der Lebensformen und der zunehmenden Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund bedeutend.

Darüber hinaus schafft die außerfamiliäre Betreuung die Möglichkeit, Familie und Beruf zu vereinbaren. Die Frauenerwerbstätigkeit ist in der Vergangenheit zwar bereits stark gestiegen, aber insbesondere in der Familienphase ziehen sich Frauen häufig vom Arbeitsmarkt zurück oder gehen einer Teilzeittätigkeit nach (vgl. Kapitel A.II.1.3.4). Vor dem Hintergrund des Rückgangs der Zahl der Erwerbspersonen ist es wichtig, das Potenzial der Frauen zu nutzen, zumal Frauen heute besser ausgebildet sind als je zuvor.

Zudem wollen insbesondere höher qualifizierte Frauen ihre Berufstätigkeit auch nach der Familiengründung weiter ausüben. Andererseits müssen aber vor allem in sozial schwächeren Familien häufig beide Elternteile erwerbstätig sein, um das Familieneinkommen zu sichern. Hinzu kommt ein steigender Anteil von Familien mit nur einem Elternteil, die besonders auf Betreuungsangebote angewiesen sind, um einer Berufstätigkeit nachgehen zu können.

Des Weiteren erschweren die gesellschaftlichen Veränderungen eine Kinderbetreuung durch Familienangehörige. So führt die Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit dazu, dass auch Großmütter berufstätig sind und daher die Enkelbetreuung nicht übernehmen können. Zudem wohnen Verwandte vielfach nicht mehr am selben Ort, so dass ein familiäres Netzwerk nicht greifen kann.

1.2.3 Ökonomischer Nutzen des Ausbaus von Kinderbetreuungseinrichtungen

Ein Ausbau der Tagesbetreuung von Kindern ist aus unterschiedlichen ökonomischen Gründen sinnvoll. Neben den Vorteilen auf der individuellen Ebene der Bürgerinnen und Bürger liefern vor allem die volkswirtschaftlichen Nutzeneffekte wichtige Argumente für einen Ausbau der Kinderbetreuungseinrichtungen. Diese sollen hier dargestellt werden (vgl. Tabelle 34 und im Folgenden SPIEB 2004; dort finden sich Hinweise auf entsprechende Studien).

Tabelle 34: Volkswirtschaftliche Nutzeneffekte einer Betreuung in Kindertageseinrichtungen

Primäre Nutzenverursacher	Kurz- bis mittelfristiger Nutzen	Langfristiger Nutzen
Kinder	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsparungen im Sonderschulbereich und durch weniger Schuljahrswiederholungen ▪ Einsparungen bei der Jugendhilfe ▪ Einsparungen im Bereich der Migrantenintegration 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsparungen im Bereich der Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe, Arbeitsmarktintegration und Kriminalitätsbekämpfung ▪ zusätzliche Produktivität, höhere Erwerbseinkommen und dadurch zusätzliches Steuer- und Beitragsaufkommen der Sozialversicherungen
Eltern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zusätzliches Steueraufkommen ▪ zusätzliches Beitragsaufkommen der Sozialversicherungen ▪ Einsparungen bei Ausgaben für sozialhilfebeziehende Eltern ▪ zusätzliches Mehrwertsteueraufkommen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kontinuierliche Erwerbsarbeit, die ein erhöhtes steuer- und sozialabgabenpflichtiges Erwerbseinkommen zur Folge hat, was wiederum ein zusätzliches Steueraufkommen und Beitragsaufkommen der Sozialversicherungen bedingt ▪ Einsparungen bei der aktiven Arbeitsmarktpolitik
Angestellte in Kindertageseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zusätzliche Beschäftigung im Bereich sozialer Dienstleistungen, was ein zusätzliches Steueraufkommen und Beitragsaufkommen der Sozialversicherungen zur Folge hat 	

Quelle: SPIEB 2004

Nutzen aus der Perspektive der Kinder

Zahlreiche Studien deuten darauf hin, dass eine frühkindliche Bildung die Lebens- und Bildungsbiografie eines Kindes entscheidend prägt (vgl. Kapitel C.II.1). So wurde nachgewiesen, dass frühkindliche Bildung positive Effekte auf die Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten hat. Diese können folglich dazu führen, dass sich der Erfolg der Kinder in der Schule erhöht und so weniger öffentliche Mittel für den Sonderschulbereich oder für Schuljahrs wiederholungen aufgebracht werden müssen. Zudem trägt eine gute Kinderbetreuungsqualität dazu bei, dass weniger Maßnahmen im Jugendhilfebereich notwendig werden. Insbesondere erhöht eine professionelle Betreuung von Kindern mit Migrationshintergrund in Betreuungseinrichtungen die Integration und steigert ihren Schulerfolg deutlich.

Langfristig ist davon auszugehen, dass die Ausgaben in den Bereichen Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe und Arbeitsmarktintegration zurückgehen, da mit besserer frühkindlicher Bildung die Gefahr der späteren Fürsorgeabhängigkeit abnimmt. Frühkindliche Bildung sichert darüber hinaus eine bessere Eingliederung in den Arbeitsmarkt und damit langfristig zusätzliche Steuereinnahmen der öffentlichen Haushalte sowie zusätzliche Beitragsaufkommen der Sozialversicherungsträger.

Nutzen aus der Perspektive der Eltern

Auf der Seite der Eltern verbessert der Ausbau von Kindertagesstätten die Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sodass häufiger beide Elternteile erwerbstätig werden können. Damit steigt kurz- bis mittelfristig das Steuer- und Beitragsaufkommen, während zugleich Ausgaben im Sozialhilfebereich eingespart werden können, da z. B. alleinerziehende Elternteile, die auf staatliche Unterstützung angewiesen waren, verbessert einer Erwerbsarbeit nachgehen können.

Eine DIW-Studie hat diese volkswirtschaftlichen Nutzeneffekte näher untersucht (vgl. SPIEB 2002, BMFSFJ 2005a):

1. Potenzielle Einnahmefeffekte über die Realisierung von Erwerbswünschen von arbeitslosen Müttern und Müttern in der Stillen Reserve

Auswertungen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) aus dem Jahr 2000 ergeben, dass deutschlandweit bis zu 1,6 Mio. Mütter mit Kindern zwischen 2 und 12 Jahren einer Erwerbstätigkeit nachgehen wollen (Tabelle 35).¹⁴¹

Tabelle 35: Schätzung der Anzahl von Müttern mit Kindern zwischen 2 und 12 Jahren mit Erwerbswunsch in Westdeutschland

Arbeitslose	bis zu 121 000
Stille Reserve I	bis zu 273 000
Stille Reserve II	bis zu 1 200 000
Insgesamt	bis zu 1 600 000

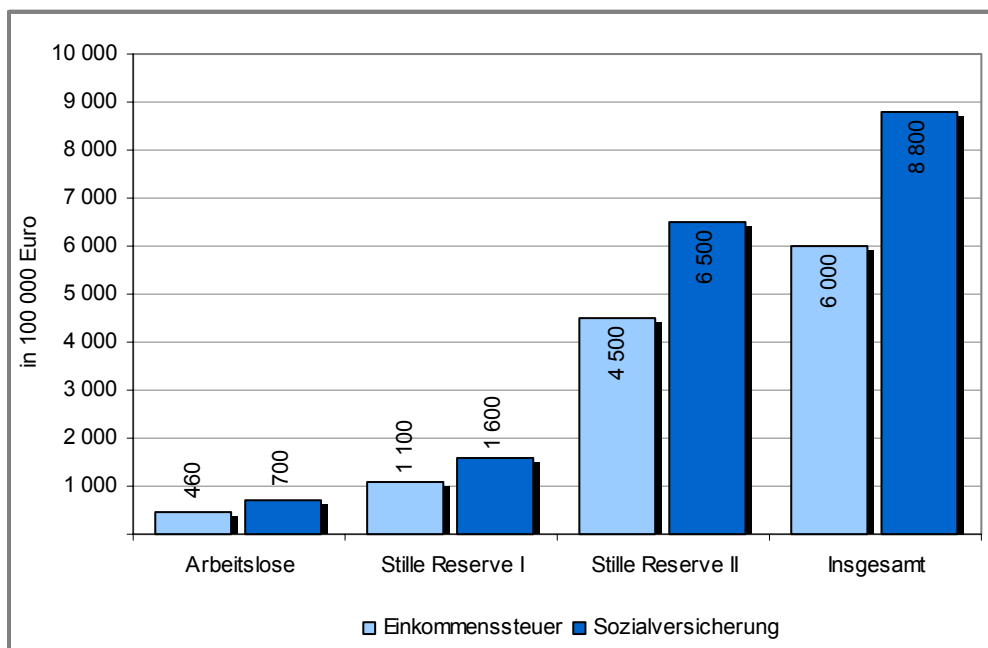
Anmerkung: Stille Reserve I: Erwerbswunsch innerhalb der nächsten zwei Jahre; Stille Reserve II Erwerbswunsch innerhalb der nächsten zwei bis fünf Jahre
Quelle: DIW (Berlin) - Berechnungen auf Grundlage des SOEP 2000. Überarbeitete Darstellung.

¹⁴¹ Die Berechnungen des DIW (Berlin) basieren auf dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) des Jahres 2000. Diese Stichprobe enthält u. a. Informationen über die Erwerbs- und Familienbiografien, Erwerbsbeteiligung und Erwerbswünsche. Auf Grundlage des SOEP konnte für alle nicht-erwerbstätigen Mütter mit Erwerbswunsch ein potenzielles Bruttojahreseinkommen geschätzt werden, das die Wünsche nach Voll- und Teilzeitarbeit, Ausbildung, Berufserfahrung und Betriebszugehörigkeit berücksichtigt. Aufbauend auf den geschätzten Löhnen wurden unter Berücksichtigung der Beitragssätze für Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung des Jahres 2000 die Mehreinnahmen für die öffentlichen Haushalte und die Sozialversicherungsträger berechnet. Dabei werden lediglich die zusätzlichen Einnahmefeffekte durch einen Ausbau in den westdeutschen Bundesländern in die Ergebnisse einbezogen, da die Versorgungsquote mit Kinderbetreuungsplätzen in Ostdeutschland bereits sehr hoch ist.

Berücksichtigt man lediglich die arbeitslosen Mütter sowie die Mütter, die innerhalb der nächsten zwei Jahre ihren Erwerbswunsch realisieren wollen (Stille Reserve I), bleibt ein Potenzial von bis zu 394 000 erwerbwilligen Müttern. Angesichts des demografisch bedingten Rückgangs des Erwerbspersonenpotenzials werden diese Potenziale benötigt (vgl. Kapitel A.II.1.3).

Unter den Annahmen, dass erstens der Ausbau zu einem bedarfsgerechten Kindertagesstättenangebot führt, dass zweitens die Mütter bei einer bedarfsgerechten Kinderbetreuung in der Lage sind, ihren Erwerbswunsch auf dem Arbeitsmarkt zu realisieren, und dass drittens durch den Ausbau der Kindertagesstätten nur abhängige Beschäftigung entsteht und keine anderen Arbeitnehmer verdrängt werden, ergeben sich für Deutschland jährliche Mehreinnahmen von etwa 0,46 Mrd. Euro für die Einkommenssteuer und 0,7 Mrd. Euro für die Sozialversicherungen, wenn alle arbeitslosen Mütter erwerbstätig werden (vgl. Abbildung 174).¹⁴² Wenn zudem alle Mütter der Stillen Reserve I erwerbstätig werden würden, könnten zusätzliche jährliche Einnahmen von 1,1 Mrd. (Einkommenssteuer) bzw. 1,6 Mrd. Euro (Sozialversicherung) erwirtschaftet werden. Die Gruppe der Mütter, die innerhalb der nächsten zwei bis fünf Jahre einer Erwerbstätigkeit nachgehen wollen (Stille Reserve II), könnte darüber hinaus jährliche Mehreinnahmen von 4,5 Mrd. Euro für die Einkommenssteuer und 6,5 Mrd. Euro für die Sozialversicherung erzielen. Wenn alle Mütter mit Erwerbswunsch arbeiten würden, könnte pro Jahr insgesamt mit zusätzlichen Einkommenssteuereinnahmen von bis zu 6 Mrd. Euro und zusätzlichen Sozialversicherungseinnahmen von 8,8 Mrd. Euro gerechnet werden.

Abbildung 174: Mehreinnahmen über die Erwerbstätigkeit der Mütter mit nicht ganzzeitig betreutem Kind in Westdeutschland



Quelle: Berechnungen des DIW (Berlin). Überarbeitete Darstellung.

Besonders hohe Chancen, ihre Erwerbswünsche zu realisieren, haben Akademikerinnen. Die potenziellen Mehreinnahmen, die sich allein aus der Erwerbstätigkeit von Akademikerinnen mit bisher nicht ganzzeitig betreutem Kind ergeben würden, belaufen sich auf 1,1 Mrd. Euro für die Einkommenssteuer und 1,4 Mrd. Euro für die Sozialver-

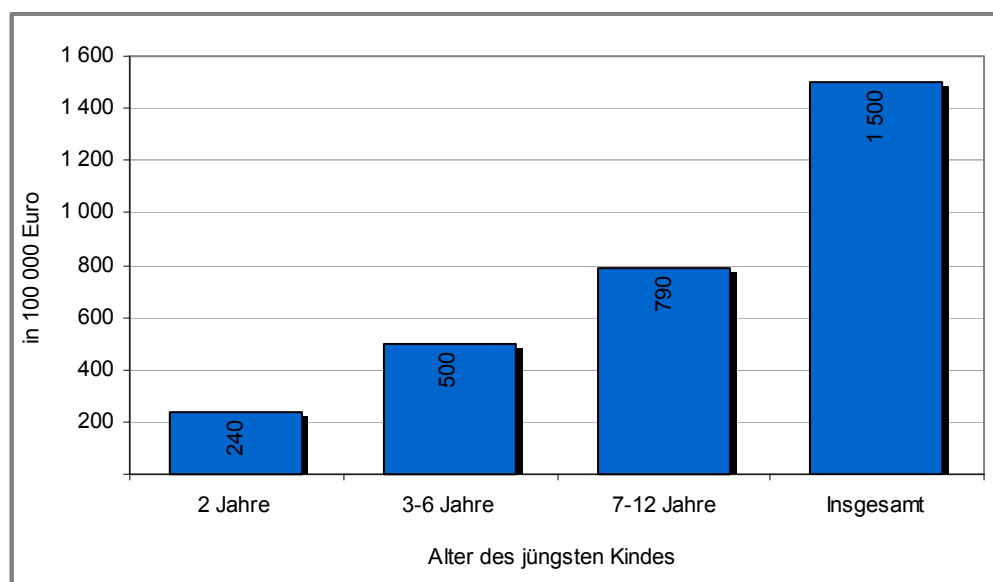
¹⁴² Berücksichtigt werden nur diejenigen Mütter, deren Kinder bisher noch nicht ganztags betreut werden und die daher von einem Ausbau der Kindertageseinrichtungen profitieren könnten.

sicherung. Zudem ist zu beobachten, dass es im Bereich der hoch Qualifizierten kaum Verdrängungseffekte gibt. Vielmehr hängt die Schaffung von weiteren zusätzlichen Arbeitsplätzen stark von Akademikerstellen ab.

2. Potenzielle Einspareffekte in der Sozialhilfe über die Erwerbstätigkeit alleinerziehender Mütter

Auf Grundlage einer Stichprobe der Sozialhilfestatistik aus dem Jahre 1997 konnten die Einsparmöglichkeiten in der Sozialhilfe berechnet werden, wenn alleinerziehende Mütter, die Sozialhilfe beziehen, einer Erwerbstätigkeit nachgehen könnten. Insgesamt bezogen 1997 in Deutschland 244 000 alleinerziehende Mütter mit Kindern unter 13 Jahren Sozialhilfe. Damit ergibt sich ein Einsparpotenzial von rund 1,5 Mrd. Euro (vgl. Abbildung 175). Unterschieden nach dem Alter des jüngsten Kindes entfielen auf die Gruppe der Mütter mit Kindern im Krippenalter (2 Jahre) rund 240 Mio. Euro, auf die mit Kindern im Kindergartenalter (3 bis 6 Jahre) rund 500 Mio. Euro und auf die mit einem jüngsten Kind im Hortalter rund 790 Mio. Euro.

Abbildung 175: Mögliche Einsparungen bei Sozialhilfe beziehenden Müttern in Westdeutschland



Quelle: Berechnungen des DIW (Berlin). Überarbeitete Darstellung.

Schränkt man die Gruppe auf die Mütter mit einem Schulabschluss ein, da diese mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Erwerbstätigkeit finden könnten, dann ergeben sich Einsparungen im Bereich der Sozialhilfe von rund 580 Mio. Euro.

3. Weitere kurz- und langfristige Nutzeneffekte

Eine Steigerung des Familieneinkommens kann darüber hinaus kurz- und mittelfristig zu höheren Konsumausgaben und damit zu Mehreinnahmen bei der Mehrwertsteuer führen. Langfristig wird die Ermöglichung einer kontinuierlichen Erwerbsarbeit der Eltern zudem die Ausgaben der aktiven Arbeitsmarktpolitik senken wie z. B. für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nach längeren Erwerbspausen. Eine kontinuierliche Erwerbstätigkeit ist zudem die Voraussetzung dafür, dass bestimmte Lohnniveaus erreicht werden können; auch dies wird zum Anstieg des Steueraufkommens und der Sozialversicherungsbeiträge beitragen.

Nutzen aus der Perspektive des Betreuungspersonals

Ein Ausbau der Kinderbetreuung würde zudem Arbeitsplätze schaffen. Auf Grundlage der SOEP-Daten konnte die Anzahl der Kinder errechnet werden, die einen Betreu-

ungsbedarf hätten, wenn ihre Mütter erwerbstätig wären. Darauf aufbauend lässt sich der Personalbedarf abschätzen. Diese Berechnung geht davon aus, dass die Mütter ihre Kinder in Kinderbetreuungsstätten betreuen lassen und dass eine ausreichende Anzahl von Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt verfügbar ist.

Wenn alle Kinder derjenigen Mütter, die einen Erwerbwunsch haben, betreut werden sollten, müssten bis zu 430 000 Vollzeitstellen für Fachkräfte in Krippen, Kindergärten und Horten geschaffen werden.

Diese zusätzlich geschaffenen Stellen würden das Einkommensteuervolumen um rund 1,2 Mrd. Euro und die Sozialversicherungseinnahmen um rund 4,4 Mrd. Euro erhöhen.¹⁴³

Fazit: Der ökonomische Nutzen ist höher als die Kosten

Im Vorangegangenen ist verdeutlicht worden, dass der volkswirtschaftliche Nutzen eines Ausbaus der Kinderbetreuung sehr hoch ist. Auch wenn aufgrund der unterschiedlichen Kosten der einzelnen Kindertageseinrichtungen keine direkte Gegenüberstellung der Gesamtkosten auf Bundesebene möglich ist, so ist doch davon auszugehen, dass der Nutzen die Kosten übersteigt.¹⁴⁴ Voraussetzung dafür ist allerdings, dass mit dem Ausbau ein bedarfsgerechtes und qualitativ hochwertiges Angebot erzielt wird. „Denn erst dann, wenn die Betreuungsangebote bedarfsgerecht sind, können Eltern Familie und Beruf vereinbaren, und nur dann, wenn die Betreuungsangebote qualitativ gut sind, treten die genannten Nutzeneffekte bei den Kindern auf.“ (SPIEB 2004: 133).

Hemmend wirkt sich allerdings das Missverhältnis von Aufgaben- und Ausgabenzuständigkeit einerseits sowie Finanzmittelverteilung andererseits aus. Denn die Kommunen, die für die Finanzierung der Kindertageseinrichtungen zuständig sind, profitieren weder direkt von Gebührenmehreinnahmen, die den Trägern der Einrichtungen zukommen, noch fließen ihnen die Steuermehreinnahmen zu, die zum größten Teil Gemeinschaftssteuern sind, sich also an Bund, Länder und Gemeinden richten. Weiterer Gewinner sind die Sozialversicherungsträger. „Die Kommunen als Träger der Kindertageseinrichtungen fühlen sich finanziell überfordert, das Betreuungsangebot in den Einrichtungen zu erweitern, da ihre Kosten weder durch die Gebühren noch durch die Steuermehreinnahmen gedeckt werden. Bei angespannter Finanzlage der Kommunen wird diese Problematik besonders deutlich sichtbar.“ (VESPER 2005: 42).

Nach § 24 a SGB VIII (Tagesbetreuungsausbaugesetz) müssen die Kommunen bis 2010 die Betreuung für unter 3-Jährige bedarfsgerecht ausbauen.¹⁴⁵ Der Bund geht davon aus, dass somit bis 2010 mindestens 230 000 Plätze zusätzlich geschaffen werden. Jüngste Bestrebungen der Bundesregierung zielen auf einen weiteren, 750 000 Plätze umfassenden Ausbau bis 2013.

1.3 Kinder- und familienfreundliche Arbeitswelt

Die Möglichkeiten, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren, werden von verschiedenen Determinanten beeinflusst. Im Wesentlichen sind es die Arbeitsbedingungen bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern sowie das Vorhandensein von familienunterstützenden Angeboten in der Betreuung und Versorgung der Kinder. Hinzu tritt noch die gesellschaftliche Akzeptanz von außerfamiliärer Kinderbetreuung: „In

¹⁴³ Zugrunde gelegt wurde eine Eingruppierung in BAT V c.

¹⁴⁴ Die vorliegenden Kosten-Nutzen-Analysen für Kindertageseinrichtungen, die hauptsächlich aus dem angloamerikanischen Raum kommen, zeigen, dass der Nutzen die Kosten übersteigt.

¹⁴⁵ Aus kommunalpolitischer Sicht gestaltet sich die Ermittlung des Bedarfs an Kinderbetreuungsplätzen äußerst schwierig. Die Elternbefragungen bringen häufig einen wesentlich höheren Bedarf zum Ausdruck, als hinterher tatsächlich nachgefragt wird, da die Inanspruchnahme von Kinderbetreuungsplätzen auch von anderen Faktoren abhängt (z. B. ob ein Arbeitsplatz gefunden wird).

Deutschland dagegen kollidieren berufliche Ambitionen von Frauen noch immer mit den gesellschaftlich vermittelten und verinnerlichten Ansprüchen nach individueller Kinderbetreuung durch die Mutter. Die Meinung, dass sich eine Berufstätigkeit der Mutter negativ auf deren Kinder auswirke, hat in Deutschland eine lange Tradition und fand in Westdeutschland noch bei einer Befragung im Jahr 1996 die höchste Zustimmung aller europäischen Länder.“ (KRÖHNERT, KLINGHOLZ 2005: 284).

Während die Situation der Kindertagesbetreuung bereits im Kapitel D.I.1.2 in diesem Abschnitt thematisiert wurde, werden im Folgenden vor allem die Aspekte der Vereinbarkeit von Familie und Beruf angesprochen, die im Verantwortungsbereich der Unternehmen liegen.

1.3.1 Vorteile von familienbewusster Personalpolitik aus Sicht der Unternehmen

Aus Sicht der Unternehmen gibt es viele Argumente, die für die Etablierung einer familienbewussten Personalpolitik sprechen (vgl. BMFSFJ 2006a: 6-7):

Arbeitskräftepotenzial

Angesichts der Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Arbeitsmarkt werden es sich viele Unternehmen nicht mehr leisten können, auf das Arbeits- und Kreativitätspotenzial gut ausgebildeter und motivierter Frauen und Männer mit familiären Verpflichtungen zu verzichten. Folgende Kennzahlen weisen darauf hin, dass insbesondere das Potenzial der Frauen bisher vielfach ungenutzt bleibt:

- Die Erwerbsbeteiligung unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern deutlich. Im Jahr 2005 standen in Niedersachsen 79,6 % der Männer zwischen 15 und 64 Jahren dem Arbeitsmarkt zur Verfügung, aber nur 64,1 % der Frauen (vgl. Kapitel A.II.1.1.3).
- Die Erwerbstätigenquote von Frauen im erwerbsfähigen Alter lag 2005 bei 57,7 %. Von allen abhängig beschäftigten Frauen arbeiteten 49,9 % in Teilzeit (vgl. Kapitel A.II.1.3.4).
- Jüngere Frauen weisen durchschnittlich höhere (schulische) Qualifikationen auf als ihre männlichen Altersgenossen (vgl. Kapitel A.I.1.3.4).
- Frauen, die vor der Geburt ihrer Kinder berufstätig sind, kehren nur selten in eine Vollzeitstätigkeit zurück: Laut einer Umfrage waren im Jahr 2000 in Westdeutschland lediglich 13 % der Frauen drei Jahre nach der Geburt ihres Kindes vollzeiterwerbstätig. 46 % der Frauen arbeiteten Teilzeit. 16 % der Frauen mussten sich trotz Wiederbeschäftigungsgarantie nach der Elternzeit arbeitslos melden. Jede vierte Frau hatte sich vollständig aus der Arbeitswelt zurückgezogen (vgl. ENGELBRECH, JUNGKUNST 2001: 2).
- Dabei würden 59 % der westdeutschen Frauen mit Kindern bis zu drei Jahren wieder arbeiten gehen, wenn die Rahmenbedingungen denn stimmen würden (z. B. Arbeitszeitregelung oder Kinderbetreuung) (vgl. BMFSFJ 2006a: 6).

Einsparpotenzial und Qualitätssteigerung

Durch Familienfreundlichkeit können Unternehmen Kosten senken – weil sie den Aufwand für Überbrückung, Wiedereingliederung oder Wiederbeschaffung von Personal und familiär bedingte Fehlzeiten reduzieren (vgl. BMFSFJ 2003):

- Zur Überbrückung der Elternzeit werden entweder neue Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter – häufig befristet – eingestellt, was Kosten für die Stellenbesetzung und für die Einarbeitung verursacht, oder die Arbeit umverteilt, sodass es zu Mehrarbeit kommt. Eine schnelle Rückkehr aus der Elternzeit senkt die Überbrückungskosten.
- Durch Qualifizierung, Einarbeitung und Minderleistung entstehen Wiedereingliederungskosten, die von der Einkommensklasse abhängig sind und mit der Dauer der

Abwesenheit steigen. Deshalb gilt es, eine schnelle Rückkehr aus der Elternzeit zu fördern.

- Kehrt eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter nach der Elternzeit nicht an den Arbeitsplatz zurück, kann der Ersatz bei hoch qualifizierten Beschäftigten bis zu 40 000 Euro kosten. Gute Betreuung und geeignete Arbeitszeitmodelle können das abfedern.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Kindern sind durch die Aufgaben im Beruf und in der Familie doppelt belastet. Dies kann dazu führen, dass sie sich häufiger als andere Mitarbeiter krank melden, weil sie entweder selbst krankheitsanfälliger sind oder weil sie im Fall der Krankheit der Kinder keine Betreuung haben. Eine verlässliche Kinderbetreuung reduziert dagegen die Fehlzeiten eines berufstätigen Elternteils.

Zudem wirken sich familienfreundliche Maßnahmen positiv auf die Arbeitsergebnisse aus. Nach einer Umfrage unter Betrieben, die im Prozess „audit berufundfamilie“ familienfreundliche Maßnahmen eingeführt haben, verzeichnen 86 % dieser Unternehmen eine steigende Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter, und 68 % können eine Steigerung der Arbeitsqualität feststellen.

Unternehmen, die einen schnellen Wiedereinstieg ermöglichen, sichern sich nach familiär bedingter Auszeit der Beschäftigten deren Wissen, Erfahrungen und Kontakte.

Arbeitgeberimage und gesellschaftliche Verantwortung

Zukünftig wird die Konkurrenz um qualifiziertes Personal noch stärker. Bereits heute können sich Arbeitgeber mit familienfreundlichen Strukturen besser in diesem Wettbewerb durchsetzen. Die Umfrage des „audits berufundfamilie“ bestätigt diese These: 89 % dieser Betriebe geben an, dass sie für sich Vorteile beim Wettbewerb um qualifiziertes Personal erkennen.

Mit einem Engagement für die Verbesserung der Vereinbarkeit wird ein Unternehmen zudem seiner gesellschaftlichen Verantwortung gerecht, indem es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – unabhängig von Alter, Geschlecht und Herkunft – die Möglichkeit zur Selbstverwirklichung und Sinnerfüllung gibt. Mit familienfreundlichen Strukturen kann der Unternehmer dazu beitragen, dass Frauen und Männer gleichermaßen sowohl am Familien- als auch am Arbeitsleben partizipieren können.

Vor allem Väter nimmt der Beruf häufig so stark in Anspruch, dass sie ihren Wunsch nach mehr Zeit für die Familie nicht realisieren können. Ein Drittel der Väter arbeitet 45 Stunden in der Woche oder mehr. Gleichzeitig geben 41 % der Väter an, dass ihr Beruf ihnen zu wenig Zeit für die Familie lässt (vgl. BMFSFJ 2005b: 7). 74 % der Männer zwischen 16 und 44 Jahren erwarten berufliche Nachteile, wenn sie in Elternzeit gehen (vgl. BMFSFJ 2006e: 6).

Nutzung der Familienkompetenzen

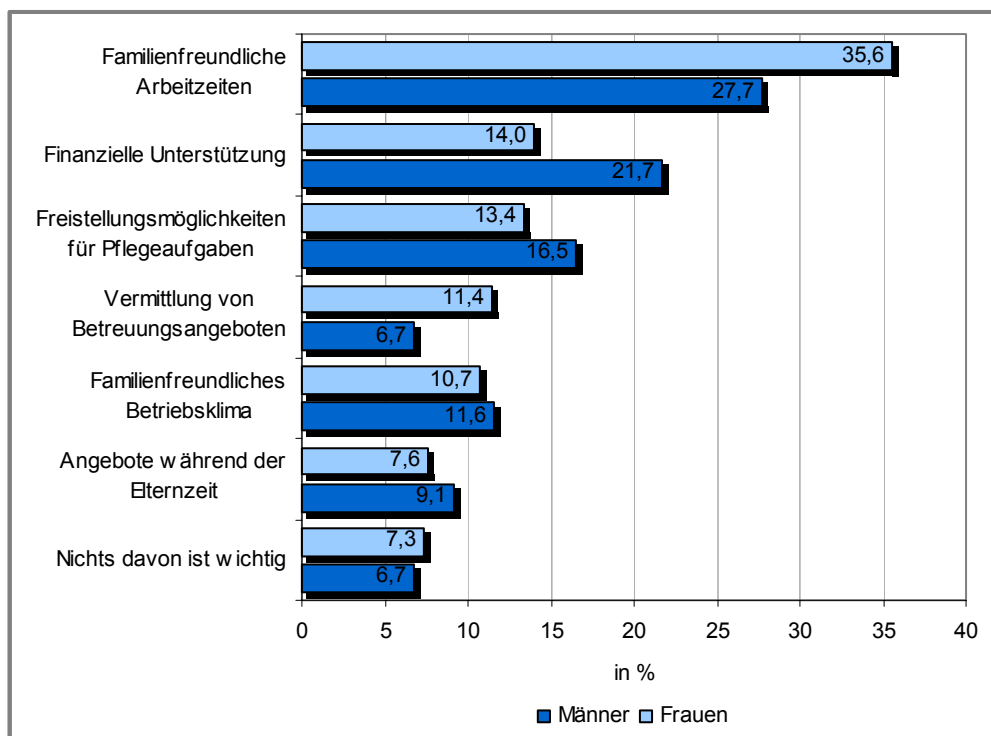
In der Familienphase erwerben Männer und Frauen Kompetenzen, die sie auch in das Arbeitsleben mit einbringen. Die Unternehmen profitieren somit von den in familiären Zusammenhängen erworbenen Kompetenzen. Dazu gehören z. B. Organisationsfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein, Zeitmanagement, Entscheidungs- und Kommunikationskompetenzen. In diesem Sinne kann Familienarbeit als „informelles Lernfeld für Kompetenzentwicklung und die Weiterentwicklung von Kompetenzen“ (BMFSFJ 2006g: 136) angesehen werden.

1.3.2 Erwartungen an einen familienfreundlichen Betrieb

Ende 2003 wurden 2 000 abhängig beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Kinder und/oder regelmäßige Pflegeaufgaben haben, nach ihren Erwartungen an einen familienfreundlichen Betrieb und nach ihren eigenen Erfahrungen be-

fragt (vgl. BMFSFJ 2006b). Dabei sah die Mehrzahl der Befragten den größten Handlungsbedarf im Bereich „Familienfreundliche Arbeitszeiten“. Für Frauen scheinen familienfreundliche Arbeitszeiten noch wichtiger zu sein als für Männer (vgl. Abbildung 176).

Abbildung 176: Bereiche mit dem größten Handlungsbedarf aus Sicht der Beschäftigten mit Kindern oder Pflegeaufgaben in Deutschland 2003 (nach Geschlecht, Einfachnennungen)



Quelle: Arbeitnehmer(innen)befragung „Familienfreundlicher Betrieb“. Veröffentlicht in BMFSFJ (2006b: 8). Überarbeitete Darstellung.

1.3.3 Bestandsanalyse: Familienfreundlichkeit der deutschen Wirtschaft

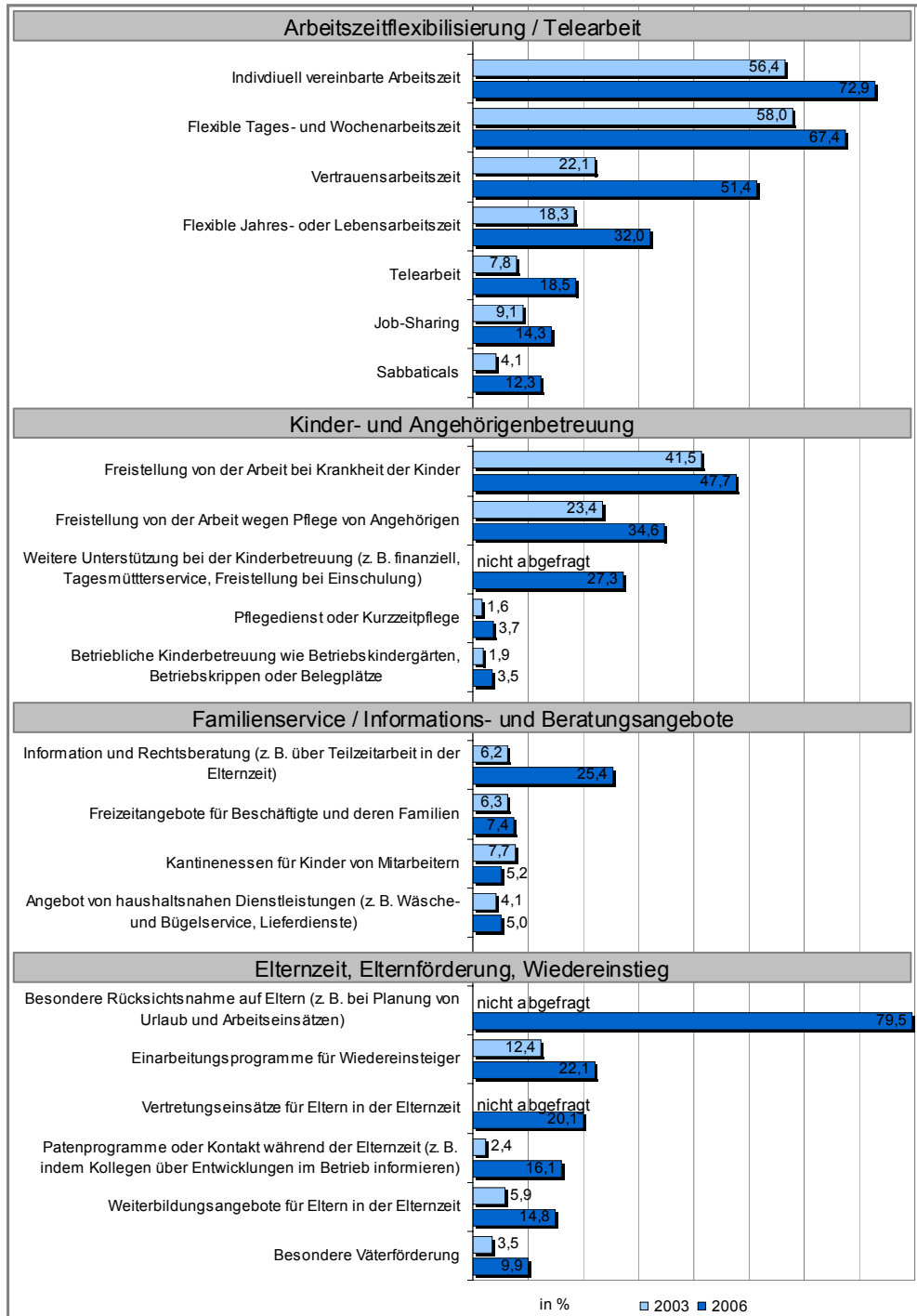
Die Familienfreundlichkeit der deutschen Wirtschaft ist erstmalig 2003 mit dem „Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit“ gemessen worden. Befragt wurden Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer sowie Personalverantwortliche zu den betriebsinternen Handlungsfeldern. Im Jahr 2006 wurde diese Befragung wiederholt. Dabei zeigt sich,

- dass die Unternehmen der Familienfreundlichkeit eine deutlich höhere Bedeutung für das eigene Unternehmen zugestehen (2003: 46,5 % vs. 2006: 71,7 %) und
- dass die Unternehmen inzwischen zahlreiche familienfreundliche Maßnahmen eingeführt haben. 95,2 % der befragten Unternehmen bieten mindestens eine der 22 abgefragten Maßnahmen an (2003: 80,4 %), 23,4 % der Unternehmen sogar sieben bis neun Maßnahmen.

Die zentrale Maßnahme zur Familienfreundlichkeit ist die Arbeitszeitflexibilisierung (vgl. Abbildung 177): 72,9 % der Unternehmen boten 2006 individuell vereinbarte Arbeitszeiten an; ein Zuwachs von 16,5 Prozentpunkten im Vergleich zum Jahr 2003. Auch bei den anderen Formen der flexiblen Arbeitszeit und des flexiblen Arbeitsortes ist ein deutlicher Ausbau des Angebotes zu erkennen: Mehr als verdoppelt haben sich die Maßnahmen „Vertrauensarbeitszeit“ und „Telearbeit“; das Angebot von Sabbaticals hat sich verdreifacht. Diese Erhöhung entspricht dem Wunsch der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach mehr Arbeitszeitflexibilisierung (vgl. Kapitel D.I.1.3.2 in die-

sem Abschnitt). Gleichzeitig ist jedoch zu beachten, dass vermutlich nicht jedes flexible Arbeitszeitmodell der Unternehmen dazu geeignet ist, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf aus Sicht des Beschäftigten zu verbessern. Flexible Arbeitszeiten sind oftmals aus Produktionsgesichtspunkten eingeführt worden, ohne dass zunächst analysiert worden wäre, welche Flexibilität Familien benötigen.

Abbildung 177: Unterstützende Maßnahmen der Unternehmen in Deutschland 2003 und 2006



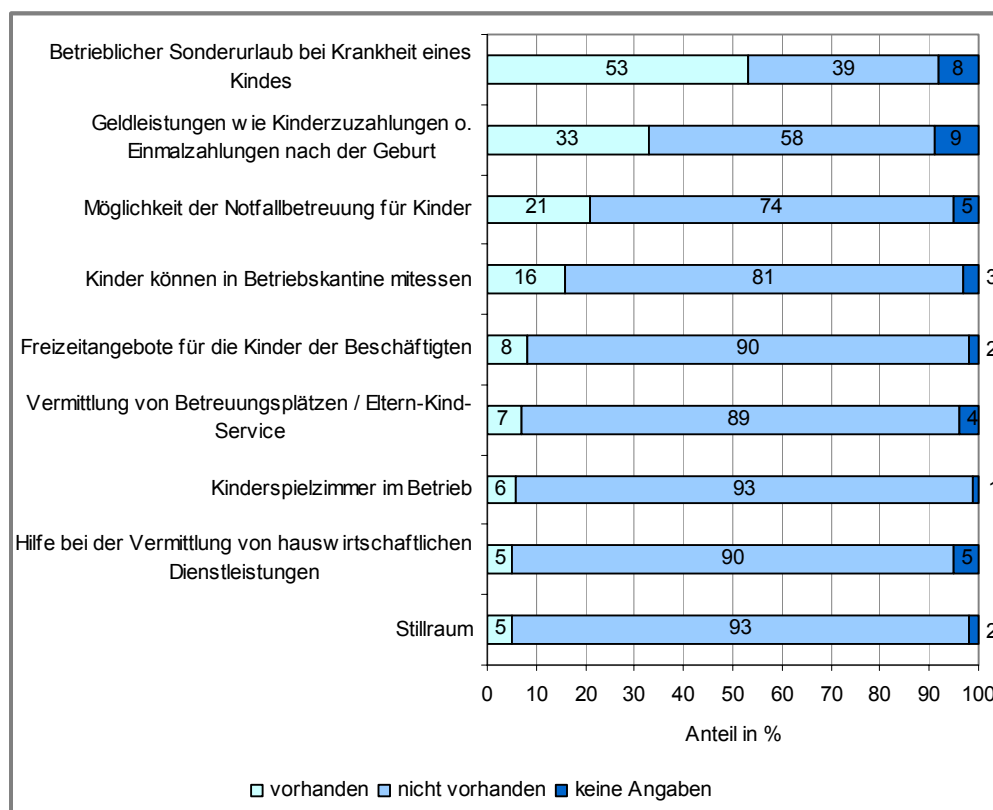
Anmerkungen: Im Jahr 2003 wurden 878 Geschäftsführerinnen, Geschäftsführer und Personalverantwortliche schriftlich befragt. Im Jahr 2006 wurden 1 128 Personen der Zielgruppe telefonisch interviewt. Quelle: IW Köln. Veröffentlicht in BMFSFJ (2006c). Überarbeitete Darstellung.

Wichtige Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist die bedarfsgerechte Kinder- bzw. Angehörigenbetreuung. In 3,5 % der Unternehmen gab es 2006 betriebliche Kindergärten, Krippen oder Belegplätze. 27,3 % der Unternehmen unterstützten ihre Mitarbeiter bei der Kinderbetreuung, indem sie sich z. B. finanziell an den Kosten beteiligten. In fast der Hälfte der Unternehmen konnten die Beschäftigten ihre Arbeit im Krankheitsfall des Kindes auch über den gesetzlichen Anspruch hinaus unterbrechen. 34,6 % der Unternehmen ermöglichten eine solche Unterbrechung zudem Mitarbeitern, die Angehörige pflegen.

Im Handlungsfeld „Familienservice, Informations- und Beratungsangebote“ stellten nur wenige Unternehmen Maßnahmen zu Verfügung. Am häufigsten wurden 2006 Informations- und Beratungsangebote über das Thema Elternzeit angeboten. Die Vermittlung von haushaltsnahen Dienstleistungen gaben lediglich 5,0 % der Unternehmen an, die Möglichkeit des Kantinenessens für Mitarbeiterkinder räumten 5,2 % der Unternehmen ein.

Die Mehrzahl der Unternehmen (79,5 %) gab an, die besonderen Bedürfnisse der Eltern bei der Urlaubs- oder Einsatzplanung zu berücksichtigen. Im Vergleich zu 2003 ist auch eine Zunahme der Kontaktpflege zu Beschäftigten in Elternzeit zu beobachten. Die Zahl der Unternehmen, die Väter durch Ermunterung zu Elternzeit oder Teilzeit besonders fördert, hat sich von 3,5 auf 9,9 % erhöht.

Abbildung 178: Vorhandene betriebliche Sozialleistungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Kindern in Deutschland 2003



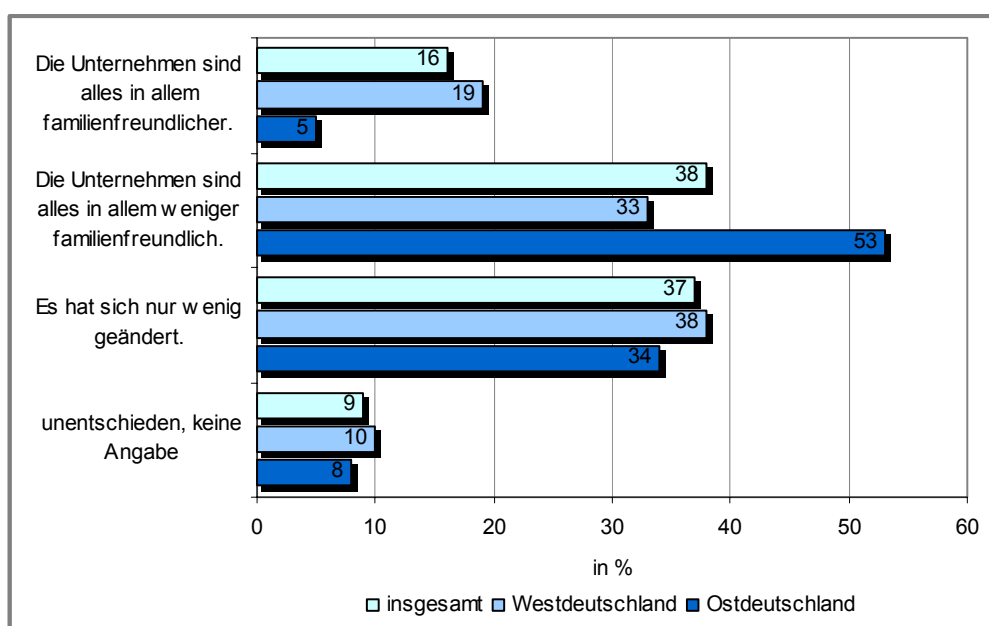
Anmerkung: Befragt wurden 2 000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Kinder betreuen und erziehen und/oder einen Pflegebedürftigen versorgen.
 Quelle: Arbeitnehmer(innen)befragung „Familienfreundlicher Betrieb“. Veröffentlicht in BMFSFJ (2006b: 25). Überarbeitete Darstellung.

Stellt man die Ende 2003 durchgeführte Befragung der abhängig beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (vgl. BMFSFJ 2006b) diesen Ergebnissen gegenüber, bestätigt sich das Bild, dass Unternehmen den bei ihnen beschäftigten Eltern

nur selten auch betriebliche Sozialleistungen zur Verfügung stellen (vgl. Abbildung 178). Am häufigsten wurde angegeben, dass der Betrieb bei Krankheit des Kindes die Möglichkeit des Sonderurlaubs einräumt (53 %).¹⁴⁶ Ein Drittel der Befragten hat vom Betrieb Geldleistungen erhalten. Alle anderen Leistungen sind wesentlich geringer verbreitet. Insbesondere bei den Freizeitangeboten und dem Angebot von haushaltsnahen Dienstleistungen korrespondieren die Werte mit der Unternehmensumfrage.

Der Ausbau der Familienfreundlichkeit in den Unternehmen in Deutschland wird von der Bevölkerung kaum wahrgenommen. In einer Befragung im Dezember 2005 gaben nur 16 % der befragten 16- bis 44-Jährigen an, dass in ihrer Wahrnehmung die Unternehmen familienfreundlicher geworden sind (vgl. Abbildung 179). Dagegen sahen 38 % eine Verschlechterung bei der Familienfreundlichkeit in den deutschen Unternehmen. 37 % konnten in den letzten Jahren keine Veränderungen erkennen. 37 % konnten in den letzten Jahren keine Veränderungen erkennen.

Abbildung 179: Bewertung der Verbesserung der Familienfreundlichkeit in den Unternehmen in Deutschland im Dezember 2005



Anmerkung: Befragt wurden 916 Personen zwischen 16 und 44 Jahren.
Datengrundlage: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 7982. Veröffentlicht in BMFSFJ (2006e: 17). Eigene Darstellung.

1.4 Herausforderungen für Kinder- und Jugendhilfe

Die Herausforderungen für die Jugendhilfe in Niedersachsen ergeben sich nicht aus dem Rückgang der Anzahl der Kinder und Jugendlichen, sondern aus der veränderten sozialen Zusammensetzung der Zielgruppe. In ihrer Expertise für den Landschaftsverband Westfalen-Lippe geht die Gesellschaft für Beratung sozialer Innovation und Informationstechnologie (GEBIT) davon aus, dass vor allem folgende Entwicklungen die Jugendhilfe in Zukunft herausfordern werden (vgl. GEBIT 2004: 30):

- ein steigender Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund,
- ein steigender Anteil von Kindern und Jugendlichen aus bildungsfernen Familien und

¹⁴⁶ Die Autoren weisen allerdings darauf hin, dass dieses Ergebnis wahrscheinlich zu hoch ist, da nicht immer sichergestellt werden konnte, dass die befragten Personen zwischen dem gesetzlichen Anspruch und darüber hinausgehenden betrieblichen bzw. tariflichen Regelungen unterscheiden konnten. Nach dem Gesetz haben Mütter und Väter Anspruch auf maximal zehn Tage pro Kind (mit Krankengeldbezug).

- ein steigender Anteil von Kindern und Jugendlichen aus Ein-Eltern-Familien.

Damit werden zukünftig mehr Kinder und Jugendliche dem Risiko ausgesetzt sein, in wirtschaftlich prekären Lebenskonstellationen aufzuwachsen. Diese Tendenzen können vermutlich auf Niedersachsen übertragen werden.

Eine Befragung des DJI zeigt, dass sich der Großteil der freien und privat-gewerblichen Träger auf die Veränderungen des demografischen Wandels vorbereitet (vgl. DJI 2006). Neben der demografischen Entwicklung führen auch andere Faktoren zu einer Änderung des Bedarfs. So kommt es etwa aufgrund der zunehmenden Erziehungsunsicherheit bei Eltern zu einem erhöhten Bedarf an Angeboten, die sich direkt an Eltern richten (Elternarbeit, Elternförderung, Elternbildung).¹⁴⁷

Laut der DJI-Umfrage gehen viele Träger davon aus, in Zukunft Angebote aus finanziellen Gründen reduzieren zu müssen. Dabei besteht die Gefahr, dass es in bestimmten Regionen in Deutschland zu einer starken Ausdünnung der Infrastruktur kommt, sodass die Versorgungsqualität für die Familien nicht mehr ausreichen wird.

Die einzelnen Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe müssen auf diese Herausforderungen reagieren.¹⁴⁸

1.4.1 Jugendarbeit

Zu einem wesentlichen Teil wird Jugendarbeit von der ehrenamtlichen Arbeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen getragen. Mit über 50 000 ausgestellten Ausweisen für Jugendleiterinnen und Jugendleiter (Juleica) ist Niedersachsen bundesweit mit deutlichem Abstand führend. Das ehrenamtliche Engagement im Jugendalter ist die Basis für weiteres Engagement im Erwachsenenalter (vgl. Kapitel D.V.2.2.1 in diesem Abschnitt).

Die zukünftigen Herausforderungen für die Jugendarbeit ergeben sich aus der veränderten Sozialstruktur ihrer Zielgruppe und aus den Veränderungen der Kinder- und Jugendphase selbst.

Regional können Angebote der Jugendarbeit durch niedrige Geburtenraten und hohe Abwanderung gefährdet sein. Die überwiegend ehrenamtlich getragene Arbeit der Jugendverbände und Jugendgruppen ist auf einen Mix von Altersgruppen und auf eine gewisse Kontinuität angewiesen, um die vielfältigen Aufgaben in der Jugendarbeit zu bewältigen. Gerade in ländlichen Regionen ohne weiterführendes Bildungsangebot ist die Abwanderung und damit der Kompetenzverlust in der Jugendarbeit hoch. Das hat zur Folge, dass immer weniger Jugendliche bereit sind oder über die entsprechenden Erfahrungen aus Basisaktivitäten verfügen, um sich in übergreifenden Gremien (Kreisverbände, Regionalverbände, Jugendringe) zu engagieren.

Die Jugendarbeit ist ein wichtiges Instrument, um den Auswirkungen des demografischen Wandels zu begegnen; denn Jugendarbeit bietet die Möglichkeit

- *des Erlernens von freiwilliger Betätigung zum Wohle anderer.* Der Erwerb von sozialen Kompetenzen ist insbesondere vor dem Hintergrund der Veränderungen der gesellschaftlichen Strukturen von großer Bedeutung; denn er ist die Grundlage, um den gesellschaftlichen Zusammenhalt gewährleisten zu können.
- *des informellen Lernens.* Bildung, eine der zentralen Antworten auf die Herausforderungen des demografischen Wandels, findet nicht nur formell in Institutionen wie der Schule statt, sondern auch informell. Gerade in der Jugendarbeit ist der Anteil von informellem und non-formalem Lernen sehr hoch. Hier werden Kompetenzen

¹⁴⁷ Nach Einschätzungen von Prof. Klaus Hurrelmann (Universität Bielefeld) ist rund ein Drittel der Eltern mit den Erziehungsaufgaben überfordert (vgl. HURRELMANN 2006).

¹⁴⁸ Die Kindertagesbetreuung ist bereits im Kapitel D.I.1.2 umfassend behandelt worden.

vermittelt, die auch in der Arbeitswelt nachgefragt werden (z. B. Teamfähigkeit, Organisationsfähigkeit).

- *der Partizipation*. In der älter werdenden Gesellschaft darf es nicht zu einem Gegeneinander der Generationen kommen, sondern es muss vielmehr ein gleichberechtigtes Neben- und Miteinander geben. Wesentliche Voraussetzung für die Berücksichtigung der Interessen ist die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen auf allen Ebenen der Gesellschaft.

1.4.2 Jugendsozialarbeit

Wie im Abschnitt „A – Wirtschaft und Arbeitsmarkt“ festgestellt, wird es zukünftig immer wichtiger werden, die Erwerbsbeteiligung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu erhöhen, um einen Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials zu vermeiden (vgl. Kapitel A.II.1.3). Zudem ist eine erfolgreiche berufliche Ausbildung und eine sich daran anschließende Beschäftigung der zentrale Schlüssel für gesellschaftliche Teilhabe und für viele Menschen ein wichtiger Orientierungs- und Identifikationspunkt. Aufgrund der Lage auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt ist aber eine große Zahl junger Menschen mit prekären Beschäftigungsverhältnissen konfrontiert oder ganz von beruflichen Integrationsmöglichkeiten ausgeschlossen. Das betrifft insbesondere, aber nicht nur, Jugendliche mit individuellen Beeinträchtigungen und/oder sozialen Benachteiligungen. Diese Jugendlichen werden auch zukünftig auf eine verlässliche und nachhaltige Förderung vor allem im Rahmen der Jugendsozialarbeit angewiesen sein, die an der Schnittstelle von Jugendhilfe, Schule und Arbeitsmarkt agiert.

1.4.3 Familienbildung

Die Familienbildung zielt auf die Stärkung der Erziehungsverantwortung und der Erziehungskompetenz von Eltern und ist damit ein wichtiges Element bei der Unterstützung von Familien. Erziehung ist zwar vorrangig die Aufgabe der Familie, aber „Eltern stoßen im Umgang mit ihren Kindern häufig an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Nicht wenige sind verunsichert, manchen fehlt es selbst an Orientierung, an Leitbildern und Zielen, an Wissen und auch an eigener Bildung, die sie ihren Kindern weitervermitteln können oder die sie in die Lage versetzen, die richtigen Beratungs- und Bildungsangebote auszuwählen. Andere vermissen die gleichberechtigte Auseinandersetzung über die Erziehung ihrer Kinder und die aktive Beteiligung in Institutionen.“ (BMFSFJ 2006f: 7). Die Familienbildung will Eltern durch Informationen und Bildungsangebote, die auf ihre Bedürfnisse eingehen, unterstützen.

Familienbildung muss dabei auch den gesellschaftlichen Veränderungen Rechnung tragen. Daher müssen Angebote geschaffen werden, die auf

- die Zunahme des Anteils von bildungsfernen Schichten,
 - die sich verändernden gesellschaftlichen Vorstellungen von Partnerschaftlichkeit und Geschlechtergerechtigkeit,
 - den zunehmenden Wunsch der Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- reagieren.

1.4.4 Hilfen zur Erziehung

Hilfen zur Erziehung sind zu gewähren, „wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). Zu den Maßnahmen der erzieherischen Hilfe gehören beratende (Erziehungsberatung), ambulante (aufsuchende), teilstationäre (Tagesgruppen) und stationäre (Heimerziehung) Leistungen. Zuständig für die Hilfen zur Erziehung sind die Kommunen, die für die Aufgabenerfüllung häufig auf freie Träger zurückgreifen.

Die Gruppe der Leistungsempfänger ist ausgesprochen heterogen. In den überwiegenden Fällen handelt es sich insbesondere bei der Inanspruchnahme von intensiveren Leistungen um Familien aus einem sozioökonomisch schwachen Spektrum.

Der Bedarf an erzieherischen Hilfen hat sich in der Vergangenheit nicht einheitlich entwickelt. Er ist einerseits abhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung in den jeweiligen Regionen und der Bevölkerungszusammensetzung, andererseits spielt aber auch die jugendhilfespezifische Angebotsstruktur in der Region eine Rolle. Insgesamt gesehen ist der Bedarf an Hilfen zur Erziehung seit den 1990er-Jahren gewachsen, insbesondere im Bereich der ambulanten Erziehungshilfen und in der Erziehungsberatung. Seit 2002 sind geringere Steigerungsraten zu beobachten, bei der Heimerziehung ist sogar ein leichter Rückgang in den letzten Jahren eingetreten. Gleichzeitig berichten Praktiker von zunehmend komplexeren Biographien und Problemlagen, die ein umfangreiches Handeln und differenzierte fachliche Kenntnisse erfordern. Die Kommunen stehen vor gravierenden finanziellen Problemen, die auch eine Auswirkung auf die Kinder- und Jugendhilfe haben. Nach Einschätzung der Vertreter des Landesjugendhilfeausschusses „besteht eine hohe Gefahr, dass der rechtliche Leistungsanspruch auf Hilfen zur Erziehung aus finanziellen Gründen auf ein Maß unterhalb des notwendigsten pädagogischen Maß gedrückt wird.“

Eine Prognose über den zukünftigen Bedarf an Hilfen zur Erziehung ist äußerst schwierig. Neben der Bevölkerungsentwicklung ist vor allem die Entwicklung der Sozialstruktur entscheidend, insbesondere im Hinblick auf Faktoren wie Bildung und Erziehungskompetenz. Auch zukünftig ist von einer regionalen Differenzierung auszugehen.

Die Entwicklung der Inanspruchnahme erzieherischer Hilfen ist abhängig von einem komplexen Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren. Hierzu gehören sozialstrukturelle Bedingungen und Entwicklungen, unter denen sich Erziehung in der Familie vollzieht, politisch-fiskalische Einflussnahmen, unter denen die Jugendämter ihre Aufgaben erledigen, oder auch die demografische Entwicklung. Wie sehr diese äußeren Bedingungsfaktoren die Tätigkeit der Jugendämter beeinflussen, zeigt die breite Debatte um den Kinderschutz nach den gravierenden Fällen von Kindesvernachlässigungen oder Tötungen, die nach einer ersten Einschätzung zu einem signifikanten Anstieg der Fremdunterbringungen in Pflegefamilien oder Heimen geführt haben. Auf Grund des individuellen Rechtsanspruchs auf Hilfe ist die Steuerungsfähigkeit der Kommunen im Bereich der Hilfen zur Erziehung begrenzt. Ein Ansatz, diese Steuerungsfähigkeit zu erhöhen, wird mit der Einführung der Integrierten Berichterstattung in Niedersachsen verfolgt (vgl. Kapitel D.1.2.2.2 in diesem Abschnitt).

Hinsichtlich der Veränderungen durch die demografische Entwicklung ist zu berücksichtigen, dass neben den unterschiedlichen Faktoren der Bedarfsbeeinflussung auch eine altersgruppenspezifische Analyse heranzuziehen ist (vgl. im Folgenden AKJ^{STAT} 2004). Bei den erzieherischen Hilfen in Niedersachsen beginnen fast 75 % der Hilfen im Alter von über 12 Jahren, insbesondere im Alter von 15 bis unter 18 Jahren. Da diese Altersgruppe in den nächsten Jahren noch leicht zunehmen wird, ist alleine vor dem Hintergrund dieser Bedingungsfaktoren in den nächsten Jahren noch mit einem Anstieg der Hilfen nach §§ 27 ff. SGB VIII zu rechnen. Ein signifikanter Rückgang ist erst zum Ende dieses Jahrzehnts zu erwarten. Bezogen auf die einzelnen Hilfearten ist beispielhaft für das Jahr 2012 damit zu rechnen, dass die Sozialpädagogische Familienhilfe um ca. 15 % zurückgeht, die Vollzeitpflege um ca. 12 %, während die Heimerziehung nur mit einem Rückgang um ca. 5 % konfrontiert wird. Diese für den Landesdurchschnitt berechneten Zahlen berücksichtigen ausschließlich die statistische Basis und nicht die oben erwähnten sozialstrukturellen Faktoren oder etwaige Gesetzesänderungen.

2 Kinder, Jugend und Familie – Handlungsoptionen

2.1 Verbesserte Rahmenbedingungen für Kinder und Familien in der Gesellschaft

Familien sind trotz aller gesellschaftlichen Veränderungen weiterhin die primäre Sozialisationsinstanz. Sie sind verantwortlich und prägend für soziale und emotionale Kompetenz, Identität, Selbstwertgefühl und Bildungschancen. Die Familie ist und bleibt die Keimzelle der Gesellschaft.

Eine wesentliche Herausforderung des demografischen Wandels besteht darin, die Familie als die wichtigste Sozialisierungsagentur der Gesellschaft in ihrer Reproduktionsfunktion, ihrer Versorgungs- und Unterstützungsfunktion sowie in ihrer Kompetenz für Erziehung und Qualifizierung zu stärken.

Aktuell sind die Rahmenbedingungen für viele Erwachsene nicht förderlich, sich für Kinder zu entscheiden. Die Zukunftsfähigkeit der Gesellschaft und der Familien hängt aber von guten Rahmenbedingungen für das Aufwachsen und Heranwachsen der jungen Generation ab. Diese zu schaffen und Eltern, aber auch alle anderen beteiligten Akteure und Institutionen so zu unterstützen, dass für Kinder und Jugendliche optimale Lebens- und Zukunftschancen gewährleistet sind, ist ein wichtiges Ziel. Wichtigste Grundvoraussetzungen sind ein langfristiger Arbeitsplatz und daraus resultierend ein gesichertes Einkommen.

Familie ist aber nicht nur dort, wo Kinder aufwachsen, sondern sie ist auch eine soziale Institution, die als Teil eines leistungsfähigen sozialen Netzwerkes wichtige Aufgaben der Verständigung zwischen den Generationen, der gegenseitigen Hilfe und Selbsthilfe ihrer Mitglieder übernimmt. Die Förderung der Familie ist somit in vielerlei Hinsicht ein wichtiger Beitrag zur Gestaltung des demografischen Wandels.

2.1.1 Stärkung und neue Ansätze der Familienpolitik

Das Land sollte die Rahmenbedingungen ausbauen, um (jungen) Menschen die Entscheidung für Kinder und Familie zu erleichtern. Eine moderne Familienpolitik kann aber nur in Kombination mit unterstützender Bildungs-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik wirken. Darüber hinaus ist darauf hinzuwirken, dass Familien das notwendige familienfreundliche Klima in der Gesellschaft vorfinden.

Eltern sollten zudem bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben unterstützt werden. Dabei sollten Geld- und Dienstleistungen sich stärker am Lebenslauf orientieren. Insbesondere die Unterstützung in der Familiengründungs- und -aufbauphase sowie die Unterstützung von Alleinerziehenden sollten Schwerpunkte der Familienpolitik bilden. Beispielsweise müssen geeignete Bedingungen geschaffen werden, um kindbedingte Armut zu vermeiden. Weiterhin sollte darüber nachgedacht werden, wie junge Menschen dabei unterstützt werden können, ökonomisch schneller unabhängig von ihren Eltern zu werden, damit sie selbst eine eigene Familie gründen können. Darüber hinaus nimmt auch die Zahl der Menschen zu, die gerade in schwierigen Lebenslagen einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben, da sie nicht über ausreichende Kompetenzen zur Bewältigung ihres Alltags und ihres Erziehungsauftrages verfügen.

Eine nachhaltige Familienpolitik sollte den Grundsatz der Gleichberechtigung der Geschlechter stärken. Das Leitprinzip der gleichen Teilhabe von Frauen und Männern, insbesondere im Hinblick auf die Teilhabe am Familien- und Erwerbsleben, sollte in den verschiedenen Bildungseinrichtungen (Kindergärten, allgemein- und berufsbildende Schulen, Hochschulen, Erwachsenenbildungsstätten) vermittelt werden. Gender Mainstreaming muss als Querschnittsaufgabe in allen Politikfeldern anerkannt und

angewandt werden. In diesem Rahmen bedarf es auch der geschlechtsspezifischen Betrachtung, um eventuelle Probleme feststellen zu können.

Familienpolitik sollte darüber hinaus so flexibel gestaltet werden, dass sie Familien mit unterschiedlichen Lebensentwürfen gerecht wird. Wichtig ist, dass sie den Menschen eine echte Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Lebensmodellen bietet.

Ein weiteres wichtiges Thema einer nachhaltigen Familienpolitik sollte die Verbesserung der Zeioptionen sein. Hierzu sollten Möglichkeiten geprüft werden, wie der Familienalltag entlastet werden kann, um mehr gemeinsame Zeit zu haben. Neben der Kindertagesbetreuung (vgl. Kapitel D.1.2.1.3 in diesem Abschnitt) und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (vgl. Kapitel D.1.2.3 in diesem Abschnitt) müssen auch andere öffentliche Infrastrukturen familienfreundlicher gestaltet werden. Beispielsweise könnten Familien durch flexiblere Öffnungszeiten von Büchereien (Wochenende) unterstützt werden oder durch eine bessere Abstimmung der Fahrpläne des ÖPNV und der Schulzeiten. Eine Verbesserung der Zeioptionen kann zudem mit einer Flexibilisierung der Ausbildungszeiten gefördert werden, da dadurch die Rush-Hour of Life entzerrt werden kann (vgl. Kapitel C.V.1.2.1).

Familienpolitik sollte zudem eine generationenübergreifende Perspektive verfolgen. Der Familienbegriff ist nicht auf die Eltern mit minderjährigen Kindern begrenzt, sondern umfasst auch die Beziehung zwischen erwachsenen Söhnen und Töchtern und ihren Eltern. Daher sollten die Rahmenbedingungen so geschaffen sein, dass es den Familien möglich ist, Generationensolidarität zu leben und Fürsorge für andere als Teil der eigenen Lebensperspektive zu interpretieren.

Die bereits eingeführte Familienverträglichkeitsprüfung muss bei allen Gesetzentwürfen konsequent angewendet werden. Neue Erkenntnisse in der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik insbesondere im Kontext der demografischen Entwicklungen sollten dazu führen, dass bestehende Richtlinien überprüft werden.

Neben der Familienperspektive müssen zudem auch die kinder- und jugendbezogenen Perspektiven gestärkt werden. Die wirtschaftliche und soziale Leistungsfähigkeit der Gesellschaft wird in Zukunft wesentlich davon abhängen, dass möglichst viele ihrer Mitglieder über schulische, berufliche und soziale Qualifikationen und Kompetenzen verfügen. Dazu ist z. B. die Koordination zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Bildungsbereich zu verbessern. Unter anderem müssen Antworten auf die Fragen gefunden werden, wie die Chancen für Jugendliche insgesamt verbessert und insbesondere wie sie für ein Leben in einer alternden Umgebung fit gemacht werden können.

2.1.2 Stärkung der Teilhabe von Kindern und Jugendlichen

Die Folgen des demografischen Wandels, insbesondere die älter werdende Gesellschaft, dürfen nicht dazu führen, dass Kinder und Jugendliche zu einer Randgruppe werden oder sich als solche wahrnehmen. Daher sind „die Entwicklung und Umsetzung erweiterter Formen der Partizipation von Kindern und Jugendlichen sowie verstärkte Anstrengungen zur Förderung der politischen Bildung junger Menschen“ (JUGENDMINISTERKONFERENZ 2006: 2) von großer Bedeutung.

Dazu müssen geeignete Beteiligungsinstrumente eingesetzt werden, die echte Mitbestimmungsmöglichkeiten für die Gruppe der jungen Menschen bieten. In diesem Zusammenhang haben sich Ansätze bewährt, die junge Menschen als Experten in eigener Sache beteiligen. Um die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen zu stärken, sind folgende Maßnahmen möglich:

- konsequente Beteiligung an der Jugendhilfeplanung,
- Erhalt der Jugendhilfeausschüsse auf der kommunalen Ebene und Weiterentwicklung ihrer Mitwirkungsqualitäten,

- gleichwertige Mitbestimmungselemente auf der Landesebene,
- Absenkung des Wahlalters bei Landtagswahlen,
- Anwenden der Beteiligungsvorschriften der niedersächsischen Gemeindeordnung,
- weitere Entwicklung von kreativen, undogmatischen, jugendgerechten Beteiligungsforen mit entsprechender Ressourcenverfügung,
- Ausbau der politischen Bildung in den Schulen und in der außerschulischen Jugendbildung.

2.1.3 Ausbau der Kindertagesbetreuung und anderer familienfreundlicher Infrastrukturen

Alle Kinder sollen - unabhängig von ihrer Herkunft - „von Anfang an“ gute Entwicklungs- und Bildungschancen erhalten. Im Sinne des Zwölften Kinder- und Jugendberichts müssen alle Kinder kulturelle, instrumentelle, soziale und personale Kompetenzen erwerben können, um den Herausforderungen der Zukunft gewachsen zu sein und an der demokratischen Gestaltung des bestehenden Gemeinwesens verantwortlich mitwirken zu können (vgl. BMFSFJ 2006f: 350). Allerdings können positive Bildungseffekte nicht allein durch einen quantitativen Ausbau von Betreuungsangeboten erreicht werden, sondern dazu bedarf es einer hohen Qualität der Lernorte (zu den qualitativen Aspekten vgl. Kapitel C.II.2.2).

Quantitativ sind die Kommunen durch das Tagesbetreuungsausbaugesetz verpflichtet, bis zum Jahr 2010 die Betreuungsangebote für unter 3-Jährige auf eine Versorgungsquote von 20 % zu erhöhen. Ab 2013 soll ein Rechtsanspruch auf einen Krippenplatz eingeführt werden. Dabei geht der Bund von einer Betreuungsquote von 35 % der unter 3-Jährigen aus.

Zudem müssen die Betreuungsplätze im Hortbereich ausgebaut werden. Bei einer bedarfsgerechten Ausgestaltung der Kinderbetreuung im Krippen- und Kindergartenalter darf es beim Übergang in die Grundschule nicht zu einer Verringerung der garantierten Betreuungszeit kommen. Eltern stehen hier durch die Konzentration des Unterrichts auf den Vormittag und die Schulferien vor neuen Herausforderungen bei der Organisation der Kinderbetreuung.

Die notwendige Angebotsausweitung zur Kindertagesbetreuung bezieht sich nicht nur auf die Erhöhung der Platzzahlen, sondern auch auf die Verlängerung der Betreuungszeiten, die vielfach noch auf den Vormittag beschränkt sind. Ganztagsbetreuungsplätze sind bislang dagegen noch die Ausnahme. Die Regelbetreuung sollte mindestens sechs Stunden umfassen, damit eine Berufstätigkeit der Mutter oder des Vaters überhaupt möglich wird. Zudem sollte eine Vergrößerung des Angebotes an Ganztagsbetreuungsangeboten angestrebt werden.

Ein Ausbau der institutionellen Kinderbetreuung bedeutet hauptsächlich für die kommunalen Haushalte höhere Ausgaben.¹⁴⁹ Von dem aufgezeigten ökonomischen Nutzen profitieren aber vor allem die Haushalte der Länder, des Bundes und der Sozialversicherungsträger. Der Anreiz für einen verstärkten Ausbau der Kinderbetreuung in den Kommunen lässt sich nur dann erhöhen, wenn die Kommunen selbst die ökonomischen Vorteile deutlich zu spüren bekommen. Hier muss über ein entsprechendes Ausgleichsverfahren nachgedacht werden.

Darüber hinaus empfiehlt das DIW eine stärkere Berücksichtigung der Kindererziehung und -betreuung im kommunalen Finanzausgleich. „Durch eine entsprechende Ausgestaltung von Nebenansätzen im Finanzausgleich könnte dieses Ziel unterstützt werden: Je mehr Kinder in einer Gemeinde leben und je besser die Kinderbetreu-

¹⁴⁹ Auch für das Land Niedersachsen werden sich die Ausgaben erhöhen, da es nach § 16 KiTaG 20 % der Personalkosten von Kindertageseinrichtungen übernimmt.

ungsmöglichkeiten sind, umso mehr Geld würde zur Verfügung gestellt.“ (VESPER 2005: 48).

Neben der institutionellen Kindertagesbetreuung sollte auch die Kindertagespflege quantitativ und qualitativ ausgebaut werden. Dabei sind organisierte Strukturen vorzuziehen; denn damit ist für die Tagesmütter und Tagesväter einerseits eine Absicherung, für die Eltern andererseits eine Verlässlichkeit der Betreuung verbunden. Das zur Unterstützung dieses Ausbaus 2004 initiierte Projekt „Tagespflegebüro Niedersachsen“, das als überregionale Stelle Serviceleistungen für Fachkräfte aus dem Bereich der Tagespflege anbietet, scheint ein wichtiger Baustein dazu zu sein. Weitere Handlungsfelder sind z. B. die Vernetzung der Tagespflege mit den Kindertageseinrichtungen sowie die Herstellung von Transparenz hinsichtlich von Angebot und Qualität von Kindertagespflege.

Mit einem Förderprogramm wird das Land die Kommunen beim quantitativen und qualitativen Ausbau der Tagespflege und bei der Sicherstellung bedarfsgerechter, flexibler Betreuungsangebote als Ergänzung zum Kindertagesstättenangebot unterstützen. Ein Schwerpunkt liegt bei der Qualifizierung von Tagespflegepersonen. Dieses Angebot ist eine Ergänzung zum unbestritten notwendigen Ausbau der Kindertagesstätten.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Wie angemerkt, macht das Land Niedersachsen keinen Unterschied zwischen Tagespflege und Angeboten der Kinderbetreuung in Einrichtungen. Tagespflegeplätze werden in der Statistik Letzteren zugeschlagen. Tagespflege ist zwar unbestritten wichtig, wird aber einseitig gefördert und damit dem vorhandenen Bedarf und der Nachfrage angesichts der derzeit schlechten Angebotssituation in Einrichtungen nicht gerecht. Hinzu kommt, dass Standards für Tagespflege zwar bundesweit vorhanden sind, in Niedersachsen aber nicht verbindlich gelten.

Neben der Kindertagesbetreuung sind auch andere Infrastrukturen wichtig für Familien. Das Land sollte die Kommunen bei der Schaffung, dem Ausbau und dem Erhalt von familienfreundlichen Infrastrukturen unterstützen. Zu den für Familien besonders wichtigen Infrastrukturen gehören neben den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung

- Grund- und weiterführende Schulen,
- ein familienfreundliches Wohnen und ein familienfreundliches Wohnumfeld,
- eine familienfreundliche Verkehrsplanung,
- Erholungs- und Freizeitmöglichkeiten.

Mit der Förderung von Familien- und Kinderservicebüros über das Programm „Familien mit Zukunft“ unterstützt das Land die Kommunen beim Ausbau familienfreundlicher Infrastrukturen. Die Familien- und Kinderservicebüros sind Anlaufpunkte in allen Fragen der Kinderbetreuung, sie bündeln und vernetzen das Betreuungsangebot und können darüber hinaus Wegweiser zu Beratungs- oder Familienbildungsangeboten sein. Als niedrigschwelliges Angebot sind sie auch für Familien ansprechbar, die Unterstützung und Beratung in Erziehungsfragen benötigen.

2.1.4 Förderung des intergenerationellen und intragenerationellen Zusammenlebens

Jede Generation sollte die Möglichkeit erhalten, auch über ihre Altersgenossen hinaus Beziehungen zu knüpfen. Intergenerationelle Kontakte bestehen hauptsächlich zwischen Familienmitgliedern. Zukünftig werden diese Möglichkeiten aber weiter zurückgehen, da zum einen die steigende Zahl von kinderlosen Menschen und die geringere Zahl von Kindern in der Familie zu kleineren familialen Netzwerken führen und zum

anderen Familienmitglieder aufgrund der steigenden beruflichen Mobilität häufig nicht an einem Ort leben können.

Daher gilt es, außerhalb der Familie generationenübergreifende Begegnungsmöglichkeiten zu schaffen und zu fördern (vgl. Kapitel D.II.2.3 in diesem Abschnitt).

Darüber hinaus wird es vor dem Hintergrund der Zunahme des Aufwachsens in sogenannten „Bohnenstangenfamilien“ – also in Familien, die zwar mehrere Generationen umfassen, aber in denen es keine Geschwister gibt, keine Onkel und Tanten und damit auch keine Cousins und Cousinen – immer bedeutender, Möglichkeiten des intra-generationellen Austauschs zu schaffen. Dies erfordert zum einen jugendpolitische Reaktionen (vgl. FÜLBIER, MÜNCHMEIER 2001: 203), zum anderen sind aber insbesondere ältere Menschen auf Begegnungsstätten angewiesen.

2.2 Maßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe

2.2.1 Rolle des Landes in der Kinder- und Jugendhilfe

Die Zukunft unserer Gesellschaft hängt davon ab, inwieweit es gelingt, die Zukunftschancen der jungen Generation zu verbessern. Dieses Ziel kann nur mit Investitionen zugunsten der jungen Generation erreicht werden. Daher sollte das Land die Kommunen in der Kinder- und Jugendhilfe unterstützen, indem folgende Aspekte sichergestellt werden:

- *Einheitliche Standards:* Das Land sollte die Entwicklung von umfassenden Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendhilfe unterstützen. Dabei ist die moderne Struktur der Vereinbarung von Leistungen und Entgelten mit freien Trägern zu berücksichtigen.
- *Beratung:* Um die landesweite Verbreitung von fachlich garantierten Standards abzusichern, benötigen die örtlichen Jugendämter Beratung in allen Fragen der Kinder- und Jugendhilfe. Kommunen sind dabei zu unterstützen, ihre Organisation und Konzepte im Hinblick auf die sich verändernden Lebenswelten junger Menschen anzupassen.
- *Kontrolle:* Das Land hat auch die Aufgabe der Kontrolle, um auf notwendige Maßnahmen hinzuweisen. Kinder- und Jugendhilfe unterliegt permanenten Veränderungsprozessen. Öffentliche Träger der Jugendhilfe haben diese wahrzunehmen und mit ihren Mitteln zu intervenieren.

Kinderrechte sollten in die Landesverfassung aufgenommen werden.

Falls es zukünftig zu einer Reduktion der Angebote kommen sollte, müssen sowohl Trägerpluralität in der Jugendhilfe als auch wohnortnahe Angebote gesichert werden.

2.2.2 Weiterentwicklung der Jugendhilfeplanung

Die Jugendhilfeplanung ist die Grundlage für die Anpassung der Jugendhilfe an den gesellschaftlichen Wandel. Da die Geschwindigkeit der Veränderungen von Lebenslagen junger Menschen und die damit zusammenhängenden Herausforderungen für die Jugendhilfe zunehmen werden, steigt die Bedeutung der Jugendhilfeplanung an (vgl. BMFSFJ 2002: 121-122). Dabei kann eine landesweite Jugendhilfeplanung in Form einer kontinuierlichen Erhebung und Auswertung von Daten zu den Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und Familien eine wertvolle Unterstützung für eine angemessene quantitative und qualitative Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe und ihrer institutionellen und personellen Rahmenbedingungen darstellen. Auf der Basis regionaler Prognosen der Bevölkerungsentwicklung sind Planungen vorzunehmen, die auf die Interessen aller Generationen eingehen und auf einen gerechten Ausgleich zwischen den Generationen abzielen.

Mit der Entwicklung und Einführung der Integrierten Berichterstattung in Niedersachsen (IBN) unterstützt das Land die Kommunen bei der Installation eines dauerhaften

Beobachtungs- und Berichtswesens. Für die Landesebene bietet die IBN eine Grundlage der Steuerung, um Förderschwerpunkte festzulegen und für den gezielten Einsatz von Finanzmitteln.

2.2.3 Jugendarbeit

Jugendarbeit muss trotz zurückgehender Anzahl der Kinder und Jugendlichen weiterhin vom Land Niedersachsen gefördert werden. Sie ist – insbesondere im Hinblick auf den Erwerb von sozialen Kompetenzen – wichtiger Bestandteil der außerschulischen Bildung. Deshalb ist auch unter schwierigen finanziellen Bedingungen der strukturelle Rahmen für ein Engagement von Jugendlichen in der Jugendarbeit zu gewährleisten. Dazu gehören:

- ein positives Klima für Ehrenamt und eine Anerkennungskultur ehrenamtlicher Arbeit,
- offene Jugendeinrichtungen (z. B. Jugendfreizeitstätten, Jugendhäuser) und
- die Beibehaltung der landesweiten Förderung der Jugend(verbands)arbeit, die auch die Förderung hauptamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Unterstützung der Ehrenamtlichkeit einschließt.

Insbesondere in Regionen mit einem geringen Anteil von Kindern und Jugendlichen muss ein breites, öffentlich gefördertes Freizeit- und Bildungsangebot für junge Menschen erhalten bleiben. Das vorhandene Angebot muss eng vernetzt und ausreichend abgestimmt werden, um eine optimale Nutzung der Ressourcen zu gewährleisten. Daraus resultierend können bedarfsgerecht zusätzliche Mittel bereitgestellt werden.

Aber auch inhaltlich muss die Jugendarbeit auf die Herausforderungen des demografischen und sozialen Wandels reagieren:

- Die Jugendarbeit und insbesondere die Jugendverbandsarbeit muss weiterhin dafür Sorge tragen, dass die Belange der Kinder und Jugendlichen Beachtung finden. Unter dem Aspekt der Generationengerechtigkeit müssen die Perspektiven und Ressourcen für die junge Generation gesichert werden, auch wenn sie zahlenmäßig kleiner wird. Dies ist für den gesellschaftlichen Zusammenhalt eine wesentliche Voraussetzung.
- Eine der zukünftig bedeutenden Aufgaben der Jugendarbeit ist es, „Gelegenheiten und soziale Räume für (von Erwachsenen nicht kontrollierte) Gleichaltrigenerfahrungen anzubieten und zu stabilisieren.“ (FÜLBIER, MÜNCHMEIER 2001: 203-204).
- Jugendarbeit als Raum des informellen und non-formalen Lernens muss sich auch gezielt an sozial benachteiligte Jugendliche sowie an Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund richten. Während in der offenen Kinder- und Jugendarbeit oftmals ein hoher Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu finden ist, ist diese Zielgruppe in der Jugendverbandsarbeit deutlich unterrepräsentiert (vgl. auch BMFSFJ 2006f: 246). Hier sollten gemeinsam mit den Jugendverbänden Konzepte für die interkulturelle Öffnung der Verbände entwickelt werden.
- Flankierend zur außerschulischen Jugendbildung ist die Kooperation zwischen (Ganztags-)Schulen und der Jugendarbeit auszubauen und auch infrastrukturell zu unterfüttern. Insbesondere müssen Konzepte entwickelt werden, wie Jugendarbeit in der Schule funktionieren kann, ohne den Anspruch an die Freiwilligkeit der Teilnahme zu verlieren oder zum „Pausenfüller“ am Nachmittag degradiert zu werden.

2.2.4 Jugendsozialarbeit

Angesichts der wachsenden Anforderungen, die der Arbeitsmarkt an die zukünftigen Arbeitskräfte stellt, und angesichts der Probleme benachteiligter Gruppen im Bildungssystem ist die Integration von benachteiligten Jugendlichen in die Arbeitswelt ein besonders wichtiges Aufgabenfeld. Aufgrund dieser Herausforderungen muss die Jugendsozialarbeit in Niedersachsen langfristig erhalten bleiben und weiterentwickelt

werden. Eine gezielte und ganzheitliche Förderung benachteiligter Gruppen setzt dabei eine verstärkte Kooperation zwischen Schule und Jugendhilfe voraus (vgl. GEBIT 2004: 31).

Junge Menschen müssen beim Einstieg ins Berufsleben die notwendige Unterstützung bekommen. Dazu gehören Bildung und Qualifizierung, Förderung von Ausbildung und Arbeit sowie Angebote der Jugendberufshilfe. Diese Instrumente müssen ergänzt werden. Dazu sind eine Reihe von Angeboten und Maßnahmen denkbar, zu denen auch öffentlich geförderte Beschäftigungsmöglichkeiten zählen können, die das Ziel der Integration in den ersten Arbeitsmarkt verfolgen.

2.2.5 Familienbildung

Die niedersächsischen Familienbildungsstätten müssen als Einrichtungen der präventiven Kinder- und Jugendhilfe auf die sich ändernden gesellschaftlichen Strukturen reagieren. Das Land sollte die Entwicklung entsprechender Familienbildungsangebote anregen und fördern.

Eine besondere Aufgabe für die Familienbildungsträger wird zukünftig darin bestehen, die Familienbildung stärker für Familien mit Migrationshintergrund und sozial schwache Familien zu öffnen. Da diese Gruppen häufig nicht mit seminarorientierten Angeboten erreicht werden konnten, müssen niedrigschwellige Ansätze weiterentwickelt werden. Niedrigschwelligkeit bedeutet, dass diese Angebote sich inhaltlich stärker an den Lebenswelten dieser Familien orientieren, keine oder nur geringe Teilnehmerbeiträge erheben und die Teilnahme ohne besondere Vorkenntnisse möglich ist.

Darüber hinaus müssen die Angebote die veränderten gesellschaftlichen Werte, die das Familienleben entscheidend beeinflussen, aufgreifen. Dazu gehören z. B. die Themen Partnerschaftlichkeit und Geschlechtergerechtigkeit im Allgemeinen, Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Besonderen. Hier müssen auch geschlechtsspezifische Konzepte erarbeitet werden. So sollten Männer dabei unterstützt werden, sich vom traditionellen Verständnis von Männlichkeit zu verabschieden, neue Denkräume zu öffnen und die eigene Rolle im Beruf und in der Familie zu reflektieren. Die Bedeutung der Vaterrolle sollte in den Veranstaltungen der Familienbildung betont werden.

Eine Vernetzung der Familienbildungseinrichtungen mit unterschiedlichen Kooperationspartnern wie Jugendamt, Beratungsstellen und Arbeitsgemeinschaften findet bereits statt. Zur Optimierung der Angebotsstruktur sollten die Vernetzung und Zusammenarbeit noch ausgebaut werden. Dieser Ausbau ist auch insofern sehr wichtig, da mit den vorhandenen 25 Familienbildungsstätten keine flächendeckende Versorgung in Niedersachsen möglich ist. Zielvorstellung könnte sein, Angebote wie z. B. Familien- und Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung an Familienzentren, Mehrgenerationenhäuser oder Familienbildungsstätten anzubinden und damit Synergieeffekte zu schaffen, zugleich aber auch den Zugang zu erleichtern.

2.2.6 Hilfen zur Erziehung und frühe Prävention

Die Gewährung von Hilfen zur Erziehung darf nicht davon abhängen, ob die Kommunen entsprechende Leistungen finanzieren können, sondern muss sich am bestehenden Bedarf orientieren. Die Einschränkung von Hilfen zur Erziehung aus finanziellen Gründen hätte nicht nur gravierende Auswirkungen auf die soziale Struktur innerhalb der Kommunen, sondern auch ethische Folgen, die das Land Niedersachsen nicht hinnehmen darf. Darüber hinaus besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Klientel der Erziehungshilfe langfristig von öffentlichen Mitteln abhängig ist, wenn sie nicht frühzeitig gefördert wird. Junge Menschen mit einer komplizierten Biographie haben es erheblich schwerer als ihre Altersgenossen, in ein normales Ausbildungs-

und Beschäftigungsverhältnis zu gelangen. Niedersachsen muss dementsprechend dafür Sorge tragen, dass die Kommunen eine bedarfsgerechte Jugendhilfe betreiben, um den Anteil der später sozial abhängigen erwachsenen Personen möglichst gering zu halten.

Ein Erfolg versprechendes Projekt der frühen Prävention ist die aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter durch Familienhebammen. Das in den Jahren 2002 bis 2006 durchgeführte Modellprojekt „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Familienhebammen“ verdeutlichte den erfolgreichen Ansatz, Kindeswohlgefährdung in einem frühen Stadium – bereits ab der Schwangerschaft – entgegenzuwirken. Aufgrund der positiven Evaluationsergebnisse dieses Modellprojektes wird darauf hingewirkt, diese Hilfeform nach dem Auslaufen der Modellphase flächendeckend in Niedersachsen zu verankern. Daher hat das Land schon im Jahr 2006 die Ausbildung von ca. 100 freiberuflichen Hebammen zu „Familienhebammen“ gefördert. Der Einsatz dieser Familienhebammen wird durch die örtlichen Träger der Jugendhilfe finanziert. Zur Unterstützung dieser Aktivitäten wird eine Koordinierungsstelle für zunächst drei Jahre vom Land gefördert. Als Kooperationspartner für dieses Projekt steht die Stiftung „Eine Chance für Kinder“ zur Verfügung. Sie führt ein Qualitätsmanagement durch und bildet bei Bedarf weitere Familienhebammen aus.

Ein weiterer Ansatzpunkt ist der Ausbau der Kindertageseinrichtungen zu Zentren für Familien. Mit dieser Weiterentwicklung könnte in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren ein niedrigschwelliges Angebot geschaffen werden, um auf den wachsenden Bedarf der Eltern an Beratung und Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Bildungs- und Erziehungsaufgaben zu reagieren. Das Land sollte den Ausbau, die Bündelung und Vernetzung niedrigschwelliger Angebote für Familien zur Stärkung der Erziehungskompetenz weiterhin fördern. Hierbei kommen sowohl Kindertagesstätten wie auch Familien- und Kinderservicebüros oder andere geeignete Institutionen wie Familienbildungsstätten in Betracht.

Bei allen Ansätzen ist es wichtig, dass die Familien umfassend in den Blick genommen werden. Eine besondere Rolle sollten dabei auch die Stärkung der Paarbeziehung und die Unterstützung der Eltern in ihrer Erziehungs- und Bildungskompetenz haben; denn stabile Familienstrukturen und intensive emotionale Zuwendung sind für Kinder sehr wichtig. Da die innerfamiliäre Interaktion und Kommunikation für die Entwicklungs- und Bildungsprozesse der frühen Kindheit große Bedeutung haben, können Bildungsprozesse für Eltern – konzipiert etwa als Elternbegegnung und selbstverständlicher Erfahrungsaustausch – durchaus eine stabilisierende Wirkung entfalten.

2.3 Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

2.3.1 Modellprojekte und Förderung von familienfreundlichen Unternehmen

Modellprojekte des Landes, die auf die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zielen, sollten weitergeführt werden, als Beispiele guter Praxis dienen und bedarfsgerecht ausgebaut werden. Zu nennen ist hier insbesondere das FIFA-Programm (Förderung der Integration von Frauen in den Arbeitsmarkt), das mit Projekten wie „Manage the Difference“ für die Voraussetzungen einer familienfreundlichen Arbeitswelt sensibilisiert. Die 15 Koordinierungsstellen zur beruflichen und betrieblichen Förderung von Frauen beraten und qualifizieren nicht nur Frauen, sondern unterstützen auch niedersachsenweit bereits über 750 klein- und mittelständische Unternehmen bei der Einführung und Weiterentwicklung einer familienorientierten Unternehmenskultur.

Insgesamt erscheint es aber notwendig, die Erkenntnisse der verschiedenen Programme und Projekte von Bund, Land und Kommunen sowie der Wirtschaft und der Bürger im Handlungsfeld „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ auszuwerten und zu

koordinieren. Auf dieser Basis können Maßnahmen für das ganze Land initiiert werden bzw. Modellprojekte entwickelt werden, die sich auf noch bestehende Erkenntnisdefizite richten. Gleichzeitig würde ein solches Vorgehen eine Vergeudung von Personal- und Finanzressourcen verhindern helfen. Die Auswertung und Verbreitung von Best-Practice-Beispielen unterstützt insbesondere kleine und mittlere Unternehmen.

Das Land sollte Bestrebungen von Arbeitgebern, Familienförderung als eigene Pflichtaufgabe zu betrachten, fördern und unterstützen. Die Offensive des MS, gemeinsam mit den Unternehmerverbänden Niedersachsen e. V. auf Veranstaltungen für eine familienfreundliche Arbeitswelt zu werben, sollte in diesem Sinne weitergeführt werden.

Anerkannte Zertifizierungen für familienfreundliche Unternehmen sind zu stärken. Zudem ist über eine Fortführung der finanzielle Unterstützung von kleinen und mittelständischen Unternehmen, die am „audit berufundfamilie“ teilnehmen wollen, nachzudenken. Weiterhin sollte überlegt werden, ob die Finanz- und Steuerpolitik weitere Anreize schaffen kann, damit sich Unternehmen weiter und stärker im Feld der Vereinbarkeit von Familie und Beruf engagieren.

Gleichzeitig kann ein ordnungspolitischer Rahmen, der sowohl für kommunale oder freie Trägern als auch für privatwirtschaftliche Anbieter gleiche Ausgangsmöglichkeiten schafft, einen Wettbewerb um Qualität und Wirksamkeit im Bereich der Kinderbetreuung fördern. Noch gibt es kaum Unternehmen, die die Vermittlung von Kinderbetreuung oder die Kinderbetreuung an sich als Dienstleistung anbieten (vgl. das Beispiel KinderHut im Kapitel D.1.2.3.4 in diesem Abschnitt). Da es aber einen zunehmenden Bedarf an Kinderbetreuungsangeboten gibt, könnten hier auch private Anbieter im Wettbewerb bestehen, insbesondere wenn sie ihre Dienstleistungen auf die Wünsche der Eltern ausrichten. Hierdurch können zudem neue Arbeitsplätze entstehen.

2.3.2 Unternehmerische Maßnahmen familienbewusster Personalpolitik

Unternehmen sind heute mehr denn je gefordert, familienbewusste Personalpolitik zu betreiben. Aber auch das Land Niedersachsen und die Kommunen sind als Arbeitgeber für die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf verantwortlich und müssen auf diese Weise ihrer Vorbildfunktion gerecht werden.

Es gibt zahlreiche Ansatzpunkte für Maßnahmen, mit denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Fürsorgeaufgaben für Kinder oder pflegebedürftige Angehörige unterstützt werden können. Viele der Maßnahmen sind kostenneutral umsetzbar; wichtig ist lediglich, dass in den Unternehmen die Initiative ergriffen wird.

Eine Möglichkeit, die familienfreundliche Personalpolitik eines Unternehmens auszubauen und zu verbessern, stellt das Instrument „audit berufundfamilie“ dar (www.beruf-und-familie.de). Entwickelt auf Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung, begutachtet es in den Unternehmen nicht nur bereits umgesetzte Projekte hinsichtlich ihrer Passgenauigkeit und Wirksamkeit, sondern zeigt auch unternehmensindividuelle Entwicklungsmöglichkeiten auf. Deshalb spricht es sowohl Unternehmen und Institutionen an, die bereits familienfreundliche Maßnahmen initiiert haben, als auch diejenigen, die erst damit beginnen und hierfür Hilfe in Anspruch nehmen möchten.

Im Folgenden werden Handlungsfelder aufgezeigt, in denen familienunterstützende Maßnahmen initiiert werden können (vgl. BMFSFJ 2006a). Von großer Bedeutung ist dabei die firmeninterne Kommunikation und Information; denn insbesondere in Großunternehmen wissen die Beschäftigten vielfach nicht, welche familienunterstützenden Angebote es im Unternehmen gibt.

Familienfreundliche Arbeitszeitmodelle

Flexible Arbeitszeitmodelle sind zentrale Instrumente, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern. Insbesondere hier sehen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einen großen Handlungsbedarf (vgl. Kapitel D.I.1.3.2 in diesem Abschnitt). Dabei geht es nicht nur um die Einführung der Gleitzeit und der Möglichkeit, Überstunden abzufeiern. Darüber hinaus sind Maßnahmen gefragt, die sich speziell an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Fürsorgeaufgaben richten. Als Beispiele sind zu nennen:

- Die Möglichkeit der Anpassung des Arbeitsvolumens an die Lebenslage (vgl. als Beispiel die Arbeitszeitflexibilisierung des Versandhauses Deerberg, Kapitel D.I.2.3.4 in diesem Abschnitt).
- Die Möglichkeit, gezielt Überstunden für die Überbrückung der Sommerferien anzusammeln.
- Einführung der lebensphasenorientierten Arbeitszeit, also einer langfristigen, flexiblen Arbeitszeitvereinbarung, in der die schwankenden familiären Belastungen der Beschäftigten (Kinderbetreuung, Pflege) berücksichtigt werden. Freistellung, Teilzeit- oder Vollzeitarbeit werden im Rahmen des Arbeitsvertrages vereinbart.
- Rücksichtnahme bei der Urlaubsplanung.
- Mit der Einführung von Kinderbonuszeiten kann das Unternehmen zeigen, wie ernst die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für das Unternehmen ist. Den Beschäftigten mit Kindern können z. B. Arbeitsstunden gutgeschrieben werden, sodass sie bei gleich bleibendem Lohn monatlich weniger Arbeitszeit leisten müssen und mehr Zeit für die Familie haben. Denkbar ist auch, dass Beschäftigte mit Kindern einen Bonus in Form von zusätzlicher Freizeit (z. B. zusätzliche Urlaubstage pro Kind) erhalten.

Familienfreundlicher Arbeitsort

Mit einer flexiblen Gestaltung des Arbeitsortes und mit einer familienbewussten Arbeitsorganisation erhalten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Möglichkeit, Familie und Beruf besser miteinander zu vereinbaren. Das Arbeiten von Zuhause bietet z. B. Beschäftigten in Elternzeit die Chance eines frühen Wiedereinstiegs in das Berufsleben. Die Instrumente „Telearbeit“ oder „Home Office“ entlasten aber auch alle anderen Beschäftigten mit Fürsorgeaufgaben. In „Betreuungsnotfällen“ können die Beschäftigten durch das Unternehmen unterstützt werden, indem die Möglichkeit eingeräumt wird, im Krankheitsfall des Kindes Zuhause an einem Laptop zu arbeiten.

Betrieblich unterstützte Kinderbetreuung

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird erst möglich, wenn die Betreuung der Kinder während der Arbeitszeit gesichert ist. Dazu muss ein Unternehmen nicht notwendigerweise einen eigenen Betriebskindergarten einrichten. Das Unternehmen kann seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch durch andere Maßnahmen bei der Kinderbetreuung unterstützen:

- Unterstützung bei der Suche nach Kinderbetreuungsplätzen: Durch die Zusammenarbeit mit den Trägern von Kinderbetreuungseinrichtungen oder Tagesmuttervereinen können die Beschäftigten von der Suche nach geeigneten Betreuungsangeboten entlastet werden.
- Belegplätze für Regel-, Notfall- und Ferienbetreuung: Durch die Anmietung von Belegplätzen in Kinderbetreuungseinrichtungen kann den Beschäftigten zeitnah ein Kinderbetreuungsangebot unterbreitet werden. Insbesondere für Zeiten, in denen die „normale“ Betreuung nicht funktioniert (Erkrankung der Tagesmutter, Urlaubszeit im Kindergarten, Schulferien), kann so die Betreuung gesichert werden.

- Einrichtung eines Eltern-Kind-Arbeitszimmers: Mit der Einrichtung eines Eltern-Kind-Zimmers im Unternehmen können Eltern ihre Kinder selbst am Arbeitsplatz betreuen, wenn die „normale“ Betreuung nicht funktioniert.
- Ferienbetreuung organisieren: Die Unternehmen können entweder Angebote von professionellen Anbietern von Ferienprogrammen vermitteln oder selbst Angebote organisieren (vgl. als Beispiel die Ferienbetreuung des Hessischen Rundfunks, Kapitel D.I.2.3.4 in diesem Abschnitt).
- Beteiligung an den Kinderbetreuungskosten: Unternehmen können sich generell oder auch in Ausnahmefällen, wie z. B. bei Mehrarbeit, Dienstreisen oder Fortbildungen, an den Kinderbetreuungskosten beteiligen.

Förderung des beruflichen Wiedereinstiegs

In der Elternzeit ist es sowohl für das Unternehmen als auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wichtig, Kontakt zu halten. Ein gutes Verhältnis zum Unternehmen und entsprechende Rahmenbedingungen fördern zudem einen früheren Wiedereinstieg in das Berufsleben.

- Die Einbindung in das Informationsnetz des Unternehmens erleichtert den Wiedereinstieg in den Berufsalltag.
- Fort- und Weiterbildung während der Elternzeit halten das Wissen auf dem aktuellen Stand und fördern den Kontakt zum Unternehmen.

Geldwerte Leistungen und Zuschüsse

Geldwerte Leistungen und Zuschüsse gehören bereits in vielen Unternehmen zu den familienunterstützenden Maßnahmen. Zu nennen sind z. B.

- Geburtsbeihilfen,
- Zuschüsse zum Familienurlaub,
- Berücksichtigung der Elternzeit bei betrieblichen Altersbezügen und Sozialleistungen und
- Kinderbetreuungszuschüsse.

Familienbewusstsein in der Mitarbeiterführung

Die Führungskräfte im Unternehmen sollten in ihrer Funktion familienbewusst agieren. Dazu gehört, dass sie beispielsweise Besprechungen in den Kernzeiten und nicht in die Abendstunden legen. Darüber hinaus sollten sie selbst als Vorbild eine Balance zwischen Familie und Beruf suchen. Das Unternehmen kann ein solches Verständnis fördern, indem es die Führungskräfte auch nach dem Kriterium „Unterstützt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ beurteilt und dieses Kriterium direkt an variable Gehaltsbestandteile koppelt.

Das Bewusstsein für die Familienaufgaben der Mitarbeiter sollte sich dabei sowohl auf die Mitarbeiterinnen als auch auf die Mitarbeiter mit Fürsorgeaufgaben erstrecken. Oftmals wird bisher „die Arbeitszeitreduzierung von Männern, damit auch Vätern, ... im Betrieb als unpassend empfunden; familiäre Verpflichtungen werden nicht als legitimer Grund anerkannt.“ (BMFSFJ 2006g: 235). Hier besteht ein dringender Gestaltungsbedarf.

Servicedienstleistungen für Familien

Eine weitere Möglichkeit, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu entlasten, bietet sich im Bereich der familien- und haushaltsnahen Dienstleistungen an. Um den Beschäftigten möglichst viel freie Zeit mit ihrer Familie zu ermöglichen, kann das Unternehmen mit Dienstleistern kooperieren. Dieses Angebot ist für den Arbeitgeber kostenneutral, während die Mitarbeiter zeitlich entlastet werden.

2.3.3 Familienbezogene und haushaltsnahe Dienstleistungen

Eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie kann nur gelingen, wenn Familien Unterstützung bei der Bewältigung ihrer alltäglichen Familienaufgaben erfahren (vgl. BMFSFJ 2006d). Neben der institutionellen Kinderbetreuung sind hier insbesondere familienbezogene und haushaltsnahe Dienstleistungen zu nennen. Durch die Förderung dieser Dienstleistungen sollen die Familien, deren Alltag häufig von Zeitknappheit und spezifischen Belastungen geprägt ist, entlastet werden.

Eine befristete Förderung der familienbezogenen Dienstleistungen ist wichtig, damit sich der Markt zunächst überhaupt entwickeln kann (vgl. SCHUPP, SPIEB, WAGNER 2006: 51-52). Nur so ist es möglich, in Konkurrenz zur Schwarzarbeit zu treten, die die Nachfrage in diesem Bereich bislang hauptsächlich befriedigt. Eine Hilfe von Land und Kommunen könnte beispielsweise eine Anschubfinanzierung in Form von subventionierter Beschäftigung, speziellen Gründerdarlehen oder speziellen Steuervergünstigungsanreizen sein.¹⁵⁰

Dabei bedarf es aufgrund der Vielfalt der familienbezogenen Dienstleistungen auch einer differenzierten Förderung (vgl. SCHUPP, SPIEB, WAGNER 2006: 48). Diese sollte so ausgerichtet sein, dass flexible, auf die familiäre Situation zugeschnittene Dienstleistungsangebote entstehen können. Vor allem familienunterstützende Humandienstleistungen wie die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen müssen zudem bestimmten Qualifikationen genügen. Die Qualität sollte daher durch die Einführung von Kontrollen gesichert werden.

2.3.4 Praxisbeispiele zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf

In der Praxis gibt es bereits zahlreiche Beispiele, die auf eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zielen. Die im Folgenden aufgeführten Lösungen sollen zur Anregung dienen.

Vermittlung von individuellen Betreuungslösungen als ein Angebot für Arbeitgeber (Familienservice Weser-Ems e.V.)

Mit der Gründung des Familienservices Weser-Ems¹⁵¹ im Jahr 1997 wurde die Idee der Familienservicebüros, die seit 1991 bundesweit in Großstädten entstanden, auf den ländlichen Raum übertragen. Der Landkreis Leer als Initiator wollte so einen neuen Weg in der Frauenförderung beschreiten, der zugleich unter der Prämisse des gleichberechtigten Miteinanders von Wirtschafts- und Familienpolitik steht.

Träger des Vereins ist nicht allein der Landkreis Leer, sondern von Anfang an wurde bewusst ein größerer regionaler Einzugsbereich gewählt. Zu den 22 Vereinsmitgliedern gehören viele Nachbarkommunen des Landkreises Leer, sodass der Familienservice im gesamten Weser-Ems-Raum agieren kann.¹⁵² Aber auch größere Arbeitgeber konnten als Mitglieder gewonnen werden, wie z. B. die EWE AG in Oldenburg. Seit 2001 bis Ende 2007 unterstützt das Land den Familienservice in Ausnahme zu den geltenden Richtlinien mit einer halben Personalstelle, die bei der Koordinierungsstelle Frauen und Beruf in Leer angesiedelt ist. Bis 2004 erhielt er außerdem eine Förderung des Landkreises Leer.

¹⁵⁰ Die Bemühungen, private Haushalte als Arbeitgeber zu stärken, waren – gemessen an den Erwartungen – bislang nicht sehr erfolgreich. Insbesondere die niedrigeren Schwarzmarktpreise verhindern eine erfolgreiche Marktentwicklung im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen. Zukünftig kann aber von einer steigenden Nachfrage ausgegangen werden (zunehmende Frauenerwerbstätigkeit, steigender Anteil von Pflegebedürftigen etc.) (vgl. SCHUPP, SPIEB, WAGNER 2006: 51-52).

¹⁵¹ Weitere Informationen unter www.kinderbetreuung.com.

¹⁵² Gemeinde Moormerland, Gemeinde Ostrhauderfehn, Gemeinde Rhaderfehn, Gemeinde Uplengen, Gemeinde Westoverledingen, Landkreis Aurich, Landkreis Emsland, Landkreis Leer, Landkreis Oldenburg, Samtgemeinde Bunde, Samtgemeinde Hesel, Stadt Leer, Stadt Emden, Stadt Oldenburg

Schwerpunkt des Familienservices ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die insbesondere durch die Vermittlung von qualifizierter Kinder- und Seniorenbetreuung verfolgt wird. Dahinter steht der Gedanke, dass erst wenn eine hochwertige Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen gesichert ist, Eltern (bzw. pflegende Angehörige) sich auf ihre eigene Berufstätigkeit konzentrieren können. Davon profitieren nicht zuletzt die Unternehmen.

Daher wendet sich der Verein direkt an die regionalen Unternehmen und bietet ihnen gegen eine Vermittlungsgebühr von 205 Euro individuelle Betreuungslösungen für ihre Mitarbeiter an. Diese Zahlung ist für die Unternehmen eine zusätzliche Lohnleistung mit dem Ziel, ihre Beschäftigten langfristig zu binden. Darüber hinaus zahlen einige Unternehmen einen Zuschuss für die laufenden Betreuungskosten; diese können sie steuerlich absetzen.

Voraussetzung dafür, dass Firmen die Vermittlungsleistung in Anspruch nehmen, ist der Nachweis von Qualitätsstandards. 2001 hat der Familienservice als erstes Unternehmen dieser Art in Deutschland das Zertifikat für die Vermittlung dieser Dienstleistungen erworben. Mit regelmäßigen Prüfungen werden die Qualitätsstandards in der Vermittlung kontrolliert.

Bisher konnten über 90 regionale Arbeitgeber von dem Konzept überzeugt werden. Insbesondere Dienstleistungsunternehmen kaufen die Dienstleistung des Familienservices für ihre Mitarbeiter ein. Aber auch viele Handwerksunternehmen zählen zu den Kunden; denn in Kleinunternehmen fällt ein Ausfall oder die Kündigung eines Mitarbeiters stark ins Gewicht.

Das Dienstleistungsangebot umfasst die Vermittlung von

- Kinderbetreuung
 - Tagesmütter, die ganztägig oder stundenweise Kinder im eigenen Haushalt betreuen.
 - Kinderfrauen, die ganz- oder halbtags, stundenweise, einmalig oder längerfristig für Kinder jeden Alters, vom Baby bis zum Schulkind, die Betreuung übernehmen. Die Kinderfrau kommt in das Haus/die Wohnung und betreut dort die Kinder.
 - Notmütter stehen in Notfällen (Erkrankung der Tagesmutter / des Kindes) sofort zur Verfügung und betreuen die Kinder und den Haushalt.
 - Babysittern und Au Pairs
- Seniorenbetreuung
- Haushaltshilfen
- Integrationsbetreuung: Integrationshelferinnen betreuen Kinder mit Behinderungen, die Regelschulen besuchen.

Zurzeit konzentriert sich die Nachfrage auf die Vermittlung von Kinderbetreuung, während die Vermittlung von Seniorenbetreuung und Haushaltshilfen noch nicht stark nachgefragt wird. Das Dienstleistungsangebot setzt die kontinuierliche Aus- und Fortbildung der vermittelten Personen voraus, die der Familienservice durch einen festen Stamm von Dozentinnen und Dozenten anbietet. Die Qualifizierungen bauen z. B. auf den Masterplänen des Deutschen Jugendinstitutes (DJI) und des Deutschen Tagesmüttervereines auf.

Organisation von Kindertagespflege im Franchise-System (Familienservice Weser-Ems)

Zurzeit erarbeitet der Landkreis Leer ein neues Konzept, um Kindertagespflege besser zu organisieren. Dabei orientiert man sich an einem Modellprojekt aus dem niederländischen Groningen. Dort sind in mittlerweile 25 sogenannten „Thuis Huis“ Tagesmütter als selbstständige Unternehmerinnen tätig.

In den Thuis-Häusern gilt ein fester Satz von 5,31 Euro je Betreuungsstunde und Kind. Damit wird verhindert, dass Tagesmütter in die Schwarzarbeit ausweichen. Gleichzeitig können die Tagesmütter auf diese Weise ihr Monatsgehalt kalkulieren.

Die Betreuungskosten teilen sich Unternehmen, Gemeinde und Eltern. Während der Arbeitgeber immer 0,89 Euro übernimmt, sind die Elternbeiträge einkommensabhängig. Der Restbetrag wird von der Gemeinde übernommen. Nach Berechnungen des Landkreises Leer sind die Betreuungskosten bei einer 25-stündigen Betreuung je Woche für Eltern, die im mittleren Einkommensbereich liegen, innerhalb eines Jahres günstiger, als wenn sie ihr Kind in einem Kindergarten, der ebenfalls einkommensabhängige Beiträge erhebt, betreuen lassen würden.

Der Landkreis Leer will diese Idee auf Ostfriesland übertragen. Dabei soll schwerpunktmäßig die Betreuung von unter 3-Jährigen gesichert werden. Insbesondere die durch das Franchise-System ermöglichte Standardisierung der Qualität von Tagespflege sowie die Verlässlichkeit der Betreuung, da jederzeit für eine Ersatzbetreuung gesorgt werden kann, bewertet der Landkreis als innovativ.

Kindergarten mit zeitlicher und altersstruktureller Flexibilität unter Einbeziehung der Wirtschaft („Kindergarten für Betriebe e. V.“, Buxtehude)

Die flexiblen Betreuungszeiten der Kindertagesstätte ermöglichen es, auf die speziellen Bedürfnisse von Eltern und Firmen einzugehen. Dabei umfasst das Angebot, das in der Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005 als Modellprojekt des Landes Niedersachsen erprobt wurde, etwa Öffnungszeiten, die sich nach dem Bedarf richten. Ein Halbtagsplatz ist nicht gleichbedeutend mit einer Betreuung zwischen 8 und 12 Uhr, sondern die 20 Stunden Betreuungszeit können flexibel auf die Woche aufgeteilt werden. Zudem besteht die Möglichkeit des Platz-Sharings. Da alle Altersgruppen unter einem Dach betreut werden, entfällt ein Wechsel in eine andere Kindertagesstätte wegen Erreichens einer Altersstufe. Der Verein bietet einen Bring- und Abholdienst zur und von der Schule an.

Das Konzept bezieht die regionale Wirtschaft in die Finanzierung mit ein. Unternehmen können beim Verein Belegrechte anmieten, um so z. B. besser auf verschiedenen hohen Arbeitsanfällen reagieren zu können und damit etwas für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu tun. Dazu schließt das Unternehmen mit dem Verein einen Vertrag über die Höchstzahl der gewünschten Belegplätze. Ein Geldbetrag wird aber erst fällig, wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter des Unternehmens diesen Belegplatz in Anspruch nimmt. In diesem Fall wird ein Zusatzvertrag abgeschlossen, in dem sich der Betrieb verpflichtet, die Belegmiete bis zum Eintritt ins Schulalter oder auf freiwilliger Basis bis zum 14. Lebensjahr zu bezahlen.¹⁵³ Die Eltern zahlen einen einkommensabhängigen Elternbeitrag. Scheiden die Eltern aus dem Betrieb aus, braucht der Betrieb die Belegplatzmiete nicht weiter zu zahlen.

Die Einrichtung erhält von der Kommune einen Zuschuss zu den Betriebskosten und vom Land einen Zuschuss von 20 % zu den Personalkosten. Die einmaligen Umbau- und Investitionskosten wurden von den kooperierenden Unternehmen übernommen.

¹⁵³ Der monatliche Beitrag für die Betriebe beträgt zurzeit für einen Ganztagsplatz 205 Euro, für einen 2/3-Platz 155 Euro, für einen 1/2 Platz 105 Euro und für einen Teilzeitplatz 55 Euro.

Gründung einer Familiengenossenschaft durch Betriebe für die Vermittlung von Tagesmüttern (Metropolregion Rhein-Neckar)

Die Familiengenossenschaft in der Metropolregion Rhein-Neckar im Drei-Länder-Eck Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Hessen setzt auf sozialversicherungspflichtige Anstellung von Tagesmüttern, Qualifikation und Weiterbildung.

Fünf Unternehmen haben sich im September 2006 mit einer finanziellen Einlage zu einer länderübergreifenden Genossenschaft zusammengeschlossen. Diese stellt als Koordinierungsstelle geschulte Tagesmütter an, sodass die Betriebe auf fest angestellte Tagesmütter zurückgreifen können. Auch andere Unternehmen können Genossenschaftsanteile erwerben, um so ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben, das Angebot der Familiengenossenschaft in Anspruch zu nehmen. Aber auch Privatpersonen können die Betreuung nachfragen.

Anlass für die Gründung der Genossenschaft war neben der Qualitätssicherung der Betreuung der Bedarf an einer möglichst wohnortungebundenen Betreuung. Bisher vermittelten die Jugendämter Tagesmütter nur an Bewohnerinnen und Bewohner der eigenen Stadt. Gleichzeitig wird ein Kontakt zwischen Unternehmen und Tagesmüttern hergestellt. Für die Tagesmütter bietet die Genossenschaft Sicherheit; denn sie regelt Betreuungssätze und im Krankheitsfall auch Vertretungen.

Familienfreundliche Arbeitszeitflexibilisierung (Versandhaus Deerberg, Hanstedt)

Das Versandhaus Deerberg in Hanstedt in der Lüneburger Heide versteht die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als selbstverständlichen Teil der Unternehmensphilosophie. Wichtigstes Instrument des Unternehmens ist ein Jahresstundenmodell, in dem jeder Mitarbeiter festlegen kann, wie viele Stunden er in welchem Zeitraum arbeitet: z. B. vormittags, weil die Schwiegereltern als Betreuungspersonen ausgefallen sind, oder nachmittags, weil dann die Ehefrau, eine Lehrerin, aus der Schule zurück ist. Daneben gibt es eine Liste, in die jeder Mitarbeiter feste Termine im Folgemonat einträgt. Daraus entstehen Monat für Monat neue Dienstpläne. Eine Mühe, von der auch der Arbeitgeber profitiert: Einerseits braucht der Versandhandel flexible Arbeitskräfte, etwa wenn zu Jahresbeginn die neuen Kataloge versandt werden und die Zahl der Bestellungen ansteigt. Andererseits brauchen die Mitarbeiter Flexibilität, um pflegebedürftige Eltern oder kranke Kinder zu versorgen oder die Schulferien zu überbrücken. Ein weiterer Nutzen: Seit der Einführung des Stundenkontos hat sich der Krankenstand von 6 auf 1,9 % reduziert.

Betriebliche Kinderferienbetreuung (Hessischer Rundfunk)

Der Hessische Rundfunk organisiert mit Hilfe von pensionierten Beschäftigten eine Kinderbetreuung in der Ferienzeit. Die ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unternehmen mit den Kindern gemeinsame Ausflüge, spielen oder handwerken gemeinsam. Aus der ursprünglichen Idee der 14-tägigen Ferienbetreuung ist inzwischen ein generationenübergreifendes Netzwerk entstanden, in dem die Eltern und Kinder den „Leihgroßeltern“ im Gegenzug bei der Gartenarbeit, beim Einkaufen oder schweren Transporten helfen. Die Organisation dieses Netzwerkes übernimmt eine Mitarbeiterin in Elternzeit ehrenamtlich. Diesem Beispiel will jetzt auch die Region Hannover mit ihren großen Tochterunternehmen wie der üstra und der Sparkasse folgen.

Flexibler Kinderbetreuungsservice durch ein privates Dienstleistungsunternehmen (KinderHut GmbH, Essen)

Die 1995 gegründete KinderHut GmbH ist ein privater Dienstleister, der Unternehmen und Eltern bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch individuelle Lösungen unterstützt.

Die erste Zielgruppe von KinderHut sind Unternehmen, die im Rahmen einer längerfristig angelegten Personalpolitik und -entwicklung in die Vereinbarkeit von Familie und Beruf investieren wollen. Dazu erarbeitet der Dienstleister ein passgenaues Konzept für die Betreuung von Mitarbeiterkindern. Dies können individuell flexible Formen der Kinderbetreuung, der Aufbau eines unternehmenseigenen Kindergartens oder die Anmietung von Plätzen in einer überbetrieblichen Einrichtung (Pool-Lösung) sein.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Unternehmens, der zweiten Zielgruppe, bietet KinderHut ein umfangreiches Beratungs- und Betreuungspaket im Unternehmen. Dieses enthält Beratungen in rechtlichen Fragen zu Steuern, Elternzeit, Teilzeitarbeit während der Elternzeit und Finanzierung der Betreuungskosten. KinderHut stellt eine bedarfsgerechte Betreuung der Kinder zur Verfügung. Für die individuelle Tages- oder Notfallbetreuung kann KinderHut auf einen Personalpool von qualifizierten Kräften zurückgreifen. Durch die unternehmensnahe Betreuung können sich die Eltern konzentriert und stressfrei ihrer beruflichen Aufgabe widmen. Dazu gehört auch, dass die Eltern auf diese Unterstützung zu außergewöhnlichen Arbeitszeiten zurückgreifen können.

Die dritte Zielgruppe sind Eltern, die nicht von einem Unternehmen unterstützt werden. Auch diese können auf den Beratungs- und Vermittlungsservice von KinderHut zurückgreifen.

KinderHut konzentriert sich in der Betreuung insbesondere auf die Altersgruppe von 6 Monaten bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres, also auf die Betreuung vor dem Übergang in einen Regelkindergarten. Dazu ist es aus Sicht des Dienstleisters notwendig, die Erzieherinnen und Erzieher, die für KinderHut arbeiten, für diese Altersgruppe besonders zu qualifizieren. Darüber hinaus umfasst das Angebot auch eine stunden-, tage- oder wochenweise Betreuung in Betreuungsnotfällen für Kinder bis zum Alter von 12 Jahren.

II Ältere Menschen in der Gesellschaft

Als „ältere Menschen“ werden in diesem Abschnitt alle Personen verstanden, die das 65. Lebensjahr überschritten haben. Insgesamt ist sowohl die absolute Zahl der Personen als auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung in Niedersachsen in der jüngeren Vergangenheit deutlich gestiegen und wird dies allen Prognosen nach auch weiterhin tun (vgl. Kapitel „Demografische Entwicklung“ I.1.5 und I.2.4).

Diese Veränderungen ergeben einen Handlungsbedarf in zahlreichen Politikfeldern und Gesellschaftsbereichen, worauf im Rahmen dieses Berichts an unterschiedlichen Stellen eingegangen wird:

- Die Notwendigkeit, den Arbeitsmarkt in stärkerem Maße für ältere Arbeitnehmer zu öffnen, und die wirtschaftlichen Potenziale, die sich aus einer steigenden Nachfrage nach altengerechten Produkten ergeben, werden im Abschnitt A „Arbeitsmarkt und Wirtschaft“ dargelegt.
- Da sowohl für die Bewältigung der steigenden Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt als auch zur Sicherung einer eigenständigen Lebensführung im Alter kontinuierliche Lern- und Qualifizierungsprozesse notwendig sind, die auch Lernen und Bildung im Alter einschließen, wird die Notwendigkeit des lebenslangen Lernens im Kapitel C.I.2 thematisiert.
- Auf die besonderen Anforderungen, die sich für den Wohnungsmarkt und die Ausstattung mit Infrastrukturen und Mobilitätsangeboten ergeben, wird im Abschnitt B „Landes-, Regional- und Siedlungsentwicklung, Daseinsvorsorge und Verkehr“ eingegangen.
- Der Erhalt der Gesundheit und die Sicherung einer angemessenen Pflege im Alter stellen die Gesellschaft vor große Herausforderungen. Gründe und Maßnahmen in diesem Bereich werden im Kapitel D.IV dieses Abschnitts dargestellt.
- Eine gute Möglichkeit, die steigenden Anforderungen an die Gesellschaft zu bewältigen und gleichzeitig neue soziale Netze zu knüpfen, ist der Ausbau des bürgerschaftlichen Engagements. Ältere Menschen weisen hierbei aufgrund der nach dem Berufsleben verfügbaren Freizeit und ihrer überwiegend guten geistigen und körperlichen Verfassung besondere Potenziale auf. Gleichzeitig bietet ein verstärktes bürgerschaftliches Engagement älterer Menschen einen geeigneten Rahmen, um ihre gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern. Dies wird im Kapitel D.V dieses Abschnitts näher ausgeführt.

Im vorliegenden Kapitel wird vornehmlich auf das Ansehen und die Stellung älterer Menschen in der Gesellschaft eingegangen, wobei vor allem die Veränderung des bisher von Defiziten geprägten Altersbilds sowie die Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen im Mittelpunkt der Betrachtung steht.

1 Stellung älterer Menschen in der Gesellschaft

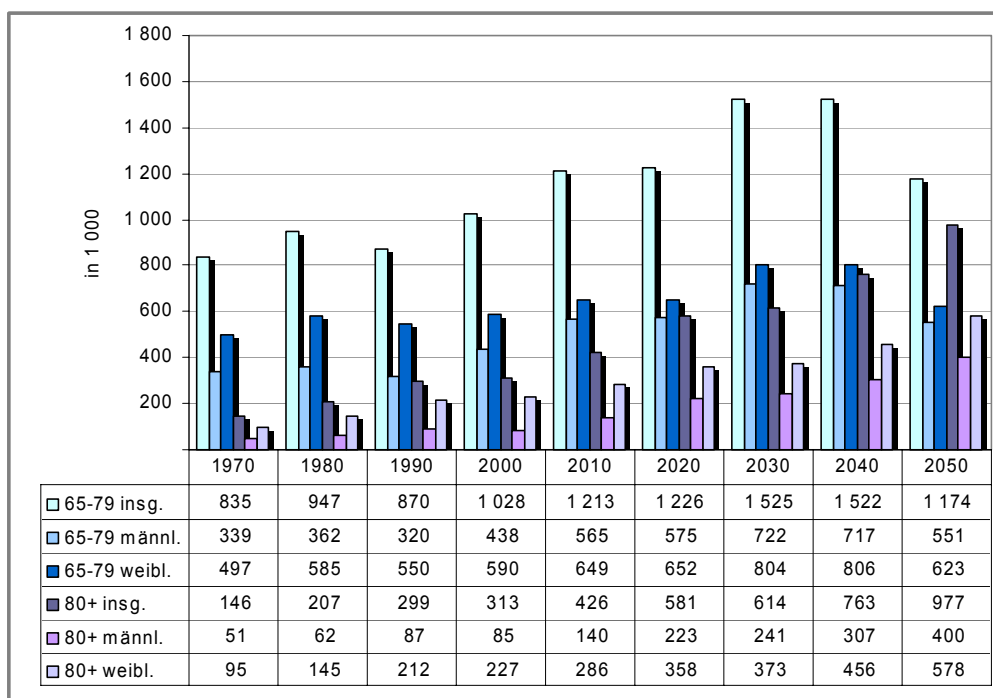
1.1 Steigende Anzahl älterer Menschen in Niedersachsen

Seit 1970 ist die Zahl der älteren Personen in Niedersachsen kontinuierlich gestiegen. Nach der Variante 1 W 1 der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des StBA (vgl. Kapitel „Demografische Entwicklung“ I.2) wird sich diese Entwicklung bis etwa in das Jahr 2037 auch weiterhin fortsetzen, bevor bis zum Ende des Betrachtungszeitraumes im Jahr 2050 ein Rückgang der Personenzahl in dieser Altersgruppe einsetzt (vgl. Abbildung 180).

In der folgenden Betrachtung werden die älteren Menschen in Niedersachsen zwischen der Gruppe der 65- bis 79-Jährigen, die aus unterschiedlichen Gründen eine entsprechend große Aktivität aufweist, und der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren,

die durch einen zunehmenden Bedarf an Unterstützung und Pflege gekennzeichnet ist, unterschieden.

Abbildung 180: Entwicklung der Anzahl der 65-Jährigen und Älteren 1970 bis 2050 (nach Altersgruppen und Geschlecht)

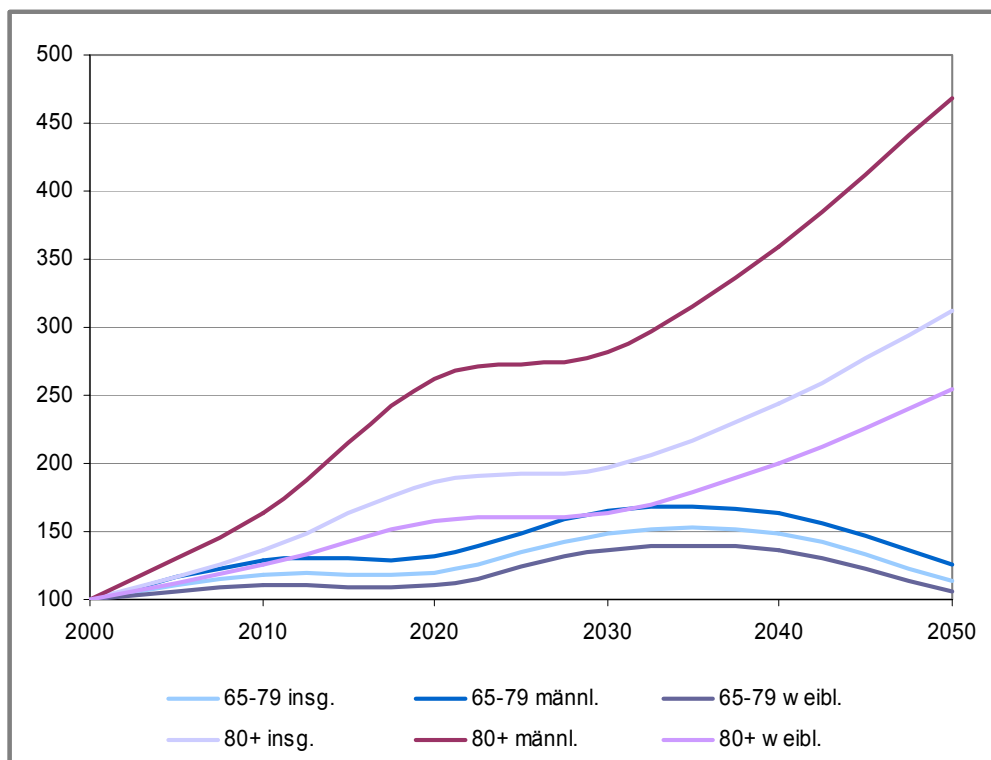


Anmerkung: Bis 2000 tatsächliche Entwicklung, ab 2010 Prognosewerte.
 Datengrundlage: NLS – Bevölkerungsfortschreibung; StBA – Variante 1 W 1 der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Eigene Darstellung.

Die Anzahl der Personen in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen ist in Niedersachsen von etwa 835 000 im Jahr 1970 auf gut 1 028 000 im Jahr 2000 gestiegen. Diese Entwicklung wird nach der Vorausberechnung bis Mitte der 2030er-Jahre hinein anhalten. Nach einem Höchststand von über 1 500 000 Personen wird dann bis 2050 von einem Rückgang auf 1 174 000 Personen in dieser Altersgruppe ausgegangen. Auffällig ist, dass sich das Verhältnis zwischen Männern und Frauen in dieser Altersgruppe angleichen wird, da sich der Effekt der kriegsbedingten Sterbefälle bei den Männern (Gefallene des Zweiten Weltkrieges) vermindert. Lag der Anteil der Männer im Jahr 2000 lediglich bei 42,5 %, so werden es 2050 voraussichtlich fast 47 % sein. Mit einer Zunahme der Gesamtpersonenzahl innerhalb dieser Gruppe von gut 14 % ist der Zuwachs, bezogen auf den Zeitraum von 2000 bis 2050, allerdings vergleichsweise moderat (vgl. Abbildung 181).

Für die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren wird dagegen im Zeitraum von 2000 bis 2050 mehr als eine Verdreifachung ihrer Anzahl vorausberechnet. Ihr Zuwachs liegt damit nicht nur relativ deutlich über dem Wachstum der Gruppe der 60- bis 79-Jährigen, sondern ist mit einem Plus von 664 000 Personen in der Zeit von 2000 bis 2050 auch absolut betrachtet viereinhalb mal so groß. War diese Gruppe 2000 noch mit rund 313 000 Personen besetzt, so wird für 2050 von 977 000 Personen ausgegangen, die das 80. Lebensjahr vollendet haben. Zwar werden in dieser Altersgruppe die Frauen mit einem Anteil von etwa 59 % auch 2050 weitaus stärker vertreten sein als die Männer, jedoch verschiebt sich im betrachteten Zeitraum auch hier das Geschlechterverhältnis zugunsten der Männer, die 2000 in der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren lediglich mit einem Anteil von 27 % vertreten waren und bis 2050 voraussichtlich einen Anteil von 41 % erreichen werden.

Abbildung 181: Relative Veränderung der Anzahl der 65-Jährigen und Älteren 2000 bis 2050 (nach Altersgruppen und Geschlecht, 2000 = 100)



Anmerkung: Bis 2000 tatsächliche Entwicklung, ab 2010 Prognosewerte.

Datengrundlage: NLS – Bevölkerungsfortschreibung; StBA – Variante 1 W 1 der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Eigene Darstellung.

Knapp 33 % der niedersächsischen Bevölkerung werden nach dieser Vorausberechnung im Jahr 2050 über 65 Jahre sein. Damit würde jede und jeder dritte Bewohner Niedersachsens dieser Altersgruppe angehören.

1.2 Altersbild in der Gesellschaft

Das heute in der Gesellschaft vorherrschende Altersbild entspricht bei Weitem nicht der tatsächlichen Rolle, die ältere Menschen in der und für die Gesellschaft spielen.

Szenarien von einer „drohenden Überalterung“, einer „nicht mehr tragbaren Altenlast“ oder einer „absehbaren Rentnerschwemme“ verstellen das Bild auf die ältere Generation, deren möglicher Nutzen für die Gesellschaft daher vielfach verkannt wird und deren Potenziale oft nicht genutzt werden.

Vielmehr ist die öffentliche Meinung überwiegend noch vom Defizitmodell geprägt, wonach geistige und körperliche Fähigkeiten im Alter nachlassen und gesundheitliche und soziale Fürsorgeaspekte und damit die Frage nach der Sicherung der Sozialsysteme in den Mittelpunkt einer Seniorenpolitik rücken.

Auch der Begriff des Ruhestands ist in diesem Zusammenhang zu hinterfragen, da er mangelnde Aktivität und nur einen geringen Nutzen der „Ruheständler“ für die Gesellschaft impliziert.

Die Realität entspricht keineswegs diesen negativen Altersstereotypen: Nie zuvor in der Geschichte Deutschlands war eine Generation älterer Menschen so gesund, so gut ausgebildet, so reich an Kompetenzen und Interessen, finanziell so gut abgesichert und gegenüber dem Alter so positiv eingestellt, wie es heute der Fall ist.

Alterung ist kein Prozess, der mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben einsetzt, sondern erstreckt sich über die gesamte Lebensspanne. Das kalendarische Alter ist dabei nur ein Faktor unter vielen, die sich auf die Leistungskraft und soziale Kompetenz älterer Menschen auswirken. Weitere wichtige Faktoren sind Bildung, geistige Flexibilität, Gesundheit und soziales Umfeld. Diese müssen sich im gesamten Lebenszyklus entwickeln und können nicht im Alter vollständig neu erworben werden.

Die klassische Dreiteilung des Lebens in die Phasen des Lernens, des Arbeitens und des Ruhestands hat sich daher überlebt. Die meisten Menschen sind auch nach ihrem Ausscheiden aus dem Berufsleben bereit und in der Lage, Verantwortung gegenüber ihrer Familie und der Gesellschaft zu übernehmen. Beispiele hierfür liegen etwa im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements, der Bildung von Brückenfunktionen zu den nachfolgenden Generationen, der Betreuung von Enkelkindern oder auch der finanziellen Hilfe für die eigenen Kinder (vgl. MS 2006a: 15; BAGSO 2006: 21).

Da die Lebenswege der Menschen unterschiedlich sind, ist auch die Gruppe der älteren Menschen in sich sehr heterogen. Ältere Menschen sind in ganz unterschiedlichem Maße leistungsfähig, engagiert und unterstützungsbedürftig. Daher scheint jede generalisierende Aussage über „die Alten“ unangemessen und verstärkt eher die pauschalisierende und teilweise auch diskriminierende Einstellung gegenüber der älteren Generation.

Dringend geboten ist eine Veränderung des Altersbildes der Gesellschaft, das die positiven Aspekte des Alters sowie die Potenziale und Leistungen älterer Menschen hervorhebt. Die Älteren übernehmen neue Aufgaben und damit neue Rollen in der Arbeitswelt und der Familie. Schon heute engagieren sich 40 % der 55- bis 64-Jährigen und 32 % der 65- bis 74-Jährigen ehrenamtlich. Zwangsläufig nimmt diese Rate mit zunehmendem Alter ab; bei den über 75-Jährigen sind es jedoch immerhin noch 19 % aller Menschen, die sich ehrenamtlich engagieren (vgl. BMFSFJ 2005c: 211). Dies zeigt, dass viele ältere Menschen ein Engagement wollen und ihre Erfahrungen aktiv einbringen möchten, weil dies Bestandteil eines erfüllten Lebens ist und das Selbstwertgefühl stärkt.

Ein neues Altersbild ist die Voraussetzung dafür, den noch immer vorherrschenden Tendenzen der „Altersdiskriminierung“ in unserer Gesellschaft entgegenzuwirken. Das Problem der Altersdiskriminierung tritt dabei in unterschiedlichen Formen in Erscheinung: Auf dem Arbeitsmarkt haben es ältere Menschen bei gleicher Qualifikation und zumeist größerer Erfahrung deutlich schwerer als Jüngere. Genauso ist es bei der Vergabe von Krediten oder dem Abschluss von Versicherungen. (vgl. MS 2006a: 38).

1.3 Gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen

Die aktive Teilhabe älterer Menschen in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens ist notwendig für ein Miteinander der Generationen. Voraussetzungen hierfür liegen vor allem in der Sicherung einer eigenständigen Lebensführung im Alter durch eine Absicherung des Alterseinkommens und der Möglichkeit, sich an politischen und gesellschaftlichen Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozessen zu beteiligen.

Der intergenerative Dialog muss deshalb gefördert und teilweise bestehende Tendenzen der Altersdiskriminierung müssen abgebaut werden. Diese Anforderungen beziehen sich gerade auch auf die zukünftig weiter steigende Anzahl von älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die nach einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ganz überwiegend in Deutschland verbleiben.

1.3.1 Eigenständigkeit im Alter

Seniorenpolitik wurde und wird vielfach auf tatsächliche oder vermeintliche Schutz- und Versorgungsbedürfnisse älterer Menschen konzentriert. Im Mittelpunkt steht dabei das Schaffen einer altengerechten barrierefreien Umwelt.

Durch allein auf Fürsorge ausgerichtete Maßnahmen wird allerdings die Eigenständigkeit älterer Menschen nicht ausreichend unterstützt. Die überwiegende Mehrzahl der Menschen wünscht sich jedoch auch im Alter eine möglichst eigenständige Lebensführung und eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Die Voraussetzungen, um die Eigenständigkeit auch im Alter sicherzustellen, liegen im Wesentlichen in folgenden Bereichen:

Gesundheit und geistige Vitalität im Alter

Körperliche und geistige Gesundheit stellen eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt der Selbstständigkeit im Alter dar. Hierbei spielen vor allem eine gesunde Lebensführung in der gesamten Lebensspanne, körperliche und geistige Aktivität auch im Alter sowie Rehabilitationsmaßnahmen nach akuten Krankheiten und Krankenhausaufenthalten eine große Rolle.

Zwar sind ältere Menschen heute im Durchschnitt geistig und körperlich gesünder als alle Seniorengenerationen zuvor, dennoch gibt es eine Reihe von altersbedingten Krankheitserscheinungen insbesondere bei Hochaltrigen, die zu einer Behinderung im Alter führen können und die die Eigenständigkeit der betroffenen Personen objektiv einschränken. Dabei können körperliche Gebrechen durch entsprechende Maßnahmen und Gestaltung von Rahmenbedingungen vielfach kompensiert und so die Eigenständigkeit weitgehend erhalten werden. Das Vorliegen z. B. einer Demenzerkrankung führt dagegen vielfach zu einem Verlust von Eigenständigkeit (vgl. Kapitel D.IV in diesem Abschnitt).

Notwendige Infrastrukturen und Versorgungsangebote

Eine eigenständige Lebensführung im Alter setzt geeignete wohnungsnaher Dienstleistungs-, Versorgungs- und Freizeitangebote voraus. Hierzu zählen neben Einkaufsmöglichkeiten insbesondere haushaltsbezogene Dienstleistungen, Mobilitätsangebote und eine umfassende medizinische Versorgung.

Die aktuellen Tendenzen zur Ausdünnung entsprechender Strukturen in weiten Teilen des ländlichen Raumes wirken sich in hohem Maße einschränkend auf die Selbstständigkeit insbesondere allein lebender älterer Menschen in diesen Gebieten aus. Sind entsprechende Angebote im eigenen Aktionsradius nicht mehr vorhanden, steigt die Abhängigkeit von sozialen Unterstützungsstrukturen oder die Notwendigkeit zum Umzug in die Städte.

Versorgungsstrukturen, die gezielte Angebote für die Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund bereit halten, sind in Niedersachsen bisher die Ausnahme und allenfalls in einigen größeren Städten zu finden. Gerade dieser Personenkreis wird allerdings stark anwachsen, da die überwiegende Zahl der Migranten auch nach ihrem Erwerbsleben in Deutschland verbleibt. Ein steigender Bedarf besteht daher insbesondere auch bei der Vernetzung von Migrationsarbeit und Altenhilfe sowie dem Ausbau kultursensibler Altenpflege (vgl. BAGSO 2006: 64 f.).

Soziale Versorgungssysteme

Die sozialen Versorgungssysteme für ältere Menschen sind vornehmlich am Fürsorgegedanken ausgerichtet und folgen weniger dem Ziel „Erhalt der eigenständigen Lebensführung“. Die Gründe hierfür liegen einerseits in der nach wie vor verbesserungswürdigen Finanzierung ambulant erbrachter Leistungen im häuslichen Umfeld, die vielen älteren Menschen mit Hilfebedarf ein selbstständiges Leben im Alter außerhalb stationärer Einrichtungen unrealisierbar erschienen ließ. Sie liegen andererseits an der unzureichenden Koordination und individuellen Anpassung der vorhandenen Angebote. Ein weiteres offenes Problem stellt nach wie vor auch die Finanzierung vorpflegerischer Leistungen dar.

Insbesondere werden die bestehenden Rehabilitationsmöglichkeiten, die zum Erhalt oder zur Wiedererlangung der Eigenständigkeit im Alter beitragen können, nur unzureichend genutzt. Neben der Tatsache, dass entsprechende Angebote nicht flächendeckend vorhanden sind, mag hierbei auch eine Rolle spielen, dass viele Hausärzte aufgrund mangelnder geriatrischer Ausbildung ein negatives Altersbild haben und die Möglichkeiten einer Rehabilitation nicht erkennen. Ferner liegen Rehabilitationsmaßnahmen in der finanziellen Zuständigkeit der Gesundheitskassen, die bei ausbleibender Rehabilitation notwendigen Pflegemaßnahmen jedoch in der Zuständigkeit der Pflegekassen. Mögliche Rehabilitationsmaßnahmen, über die die Krankenkassen im Einzelfall entscheiden, unterbleiben daher vielfach, wodurch Kosten auf das System der Pflegekassen verlagert werden. Erst die am 01.04.2007 erfolgte gesetzliche Einführung von geriatrischen Rehabilitationsleistungen als Pflichtleistungen wird hier Abhilfe schaffen.

Die Notwendigkeit, in ein Pflegeheim zu ziehen, kann durch eine Kombination unterschiedlicher Unterstützungsangebote vermieden oder aufgeschoben werden. Zwar sind entsprechende Angebote zumindest in den Städten bereits vielfältig vorhanden oder im Aufbau begriffen; jedoch ist es für die Betroffenen zumeist schwer, sich einen Überblick über das lokale Angebot zu schaffen, da trägerübergreifende Beratungsmöglichkeiten nicht immer gegeben und die Angebote unterschiedlicher Dienstleister oft nicht aufeinander abgestimmt sind. Der Weg in eine Altenpflegeeinrichtung erscheint dann häufig nahe liegender, wodurch die Chance auf einen Erhalt der eigenständigen Lebensführung vergeben wird (zum Themenfeld „Pflege“ vgl. Kapitel D.IV.1.6 in diesem Abschnitt).

1.3.2 Mitbestimmung und Interessenvertretung

Ältere Menschen stellen einen stetig wachsenden Anteil an der Gesellschaft. Sie verfügen über ein großes Potenzial an Erfahrungswissen und Leistungskraft.

Ältere Menschen sind bereit und fähig, Verantwortung in politischen und gesellschaftlichen Prozessen zu übernehmen. Dies bezieht sich nicht allein auf Handlungsbereiche, von denen sie direkt betroffen sind, sondern auf das gesamte Spektrum politischen und gesellschaftlichen Handelns.

Auf kommunaler Ebene gibt es hierzu in vielen Städten Seniorenbeiräte, die die seniorenpolitische Entwicklung vor Ort in allen Angelegenheiten begleiten und die – eine Akzeptanz ihrer Rolle vorausgesetzt – vielerorts zu einem wichtigen Partner für die Lokalpolitik geworden sind.

Innerhalb parlamentarischer Strukturen und auch im Bereich vieler Verbände und Organisationen werden die Leistungspotenziale älterer Menschen heute jedoch vielfach verkannt mit der Folge, dass sie dort nicht entsprechend ihrem Anteil an der Bevölkerung vertreten sind. Gerade hier wäre jedoch auch eine proportionale Beteiligung älterer Menschen – auch mit Migrationshintergrund – notwendig, da viele gesellschaftliche Fragestellungen – wie beispielsweise eine ausgewogene Verteilung von Rechten und Pflichten zwischen den Generationen – nur generationsübergreifend gelöst werden können (vgl. BAGSO 2006: 90 ff.).

1.3.3 Miteinander der Generationen

Alle Generationen sind wichtige Bestandteile der Gesellschaft. Jede Generation profitiert dabei von den Leistungen der anderen, die sie zum Teil bereits erbracht hat, aktuell erbringt oder zukünftig noch erbringen wird. Um diesen gegenseitigen Nutzen weiter zu entwickeln, ist ein intensiver Austausch der Generationen notwendig:

- In der Berufswelt können durch die Kombination aus der Dynamik und einer eher vorhandenen Risikobereitschaft jüngerer Menschen und dem Erfahrungswissen

älterer Kollegen respektive der unterstützenden Beratung durch Senioren neue innovative Produkte und Lösungen entwickelt werden.

- Im privaten und gesellschaftlichen Leben können durch eine gegenseitige Hilfe der Generationen soziale Netze geknüpft und ausgebaut werden. Ältere Menschen können dabei Erfahrungen weitergeben und Betreuungsleistungen übernehmen. Jüngere Menschen können die Älteren in Fragen moderner Technik oder auch der praktischen Haushaltsführung unterstützen.

Ein generationsübergreifendes Leben und Handeln ist bisher jedoch noch längst nicht in allen Gesellschaftsbereichen selbstverständlich. Wesentliche Ursache hierfür ist das oben dargestellte vorherrschende Altersbild in der Gesellschaft, welches die bestehenden Rollenbilder der „aktiv Berufstätigen“ und der „Ruheständler“ verfestigt und insbesondere die Selbstwahrnehmung älterer Menschen als aktiver und der Gemeinschaft dienlicher Teil der Gesellschaft erschwert. Neben dem Altersbild sind der Trend zur Singularisierung sowie Egoismen der jeweiligen Generationen weitere Ursachen für ein generationengetrenntes Leben.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Es ist eine verkürzte Darstellung, wenn der „Mangel“ an generationsübergreifendem Leben und Handeln ausschließlich einem „negativen“ Altersbild und dem Egoismus der Generationen zugeschrieben wird. So erschweren sicherlich auch die wachsenden Mobilitätsanforderungen des Arbeitsmarktes sowie wachsende Verteilungskonflikte in einer immer stärker leistungsorientierten und an monetären Werten orientierten Gesellschaft Möglichkeiten für ein generationsübergreifendes Leben.

2 Mehr Teilhabe älterer Menschen in der Gesellschaft – Handlungsoptionen

Ältere Menschen stellen keine homogene Gruppe dar, sondern unterscheiden sich hinsichtlich materieller Ressourcen, ihrer Gesundheit, sozialem Umfeld, Bildung und Interessen. Alle politischen Strategien und Maßnahmen zur Stärkung der Position der älteren Generation in unserer Gesellschaft sollten diese Heterogenität berücksichtigen und sich nicht allein auf generalisierende Aussagen stützen.

2.1 Werben für ein neues Altersbild

Ziel muss es sein, das noch vorherrschende Altersbild in der Gesellschaft an die Realitäten und die vorhandenen Potenziale älterer Menschen anzupassen und weg vom reinen Fürsorgedenken auf eine stärkere Integration von Senioren in allen Lebensbereichen hin auszurichten.

Für die politischen Institutionen auf allen Ebenen bedeutet dies, dass sich Seniorenpolitik nicht länger allein auf die Sicherung der Daseinsvorsorge sowie die Pflege und Unterstützung älterer Menschen konzentrieren sollte. Sie ist vielmehr als Querschnittsaufgabe in allen gesellschaftlichen Politikbereichen aufzufassen und sollte sich vor allem auf die Förderung von Selbstständigkeit und damit auf die Normalität des Lebens im Alter beziehen (vgl. MS 2006a: 47 ff.).

Land und Kommunen, aber auch Wirtschaft und Verbände sowie andere Institutionen sollten dabei ihre Zusammenarbeit verstärken. Während das Land in eigener Zuständigkeit für die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen verantwortlich ist und neue Handlungsansätze in Modellvorhaben erproben kann, muss eine Seniorenpolitik auf der kommunalen Ebene diese Vorgaben mit Leben füllen und durch geeignete Strate-

gien und Projekte eine Teilhabe älterer Menschen in allen Lebensbereichen zur Normalität werden lassen.

Eine große Verantwortung kommt in diesem Zusammenhang auch den Medien zu. Die Verbreitung negativer Altersstereotype sollte künftig vermieden werden, um das Selbstbewusstsein der älteren Generation zu stärken und ihre Bereitschaft für eine aktive Teilhabe an der Gesellschaft zu erhöhen.

2.2 Verbesserung von Interessenvertretung und Mitbestimmung

Seniorenpolitik sollte zukünftig nicht länger als Politik „für“, sondern vor allem „mit“ älteren Menschen aufgefasst werden. Die stärkere Einbeziehung der älteren Generationen auf allen Ebenen politischer und auch gesellschaftlicher Entscheidungsprozesse ist dringend geboten, da die anstehenden Aufgaben nur durch eine gemeinsame Anstrengung der Generationen bewältigt werden können.

Dies betrifft nicht nur die Fragen der Verteilung von Rechten und Pflichten zwischen den Generationen, sondern auch alle anderen politischen und gesellschaftlichen Handlungsfelder, von denen die zahlenmäßig wachsende Generation älterer Menschen ebenso betroffen ist wie alle Jüngeren.

Zwei sich ergänzende Wege sind dabei möglich. Zum einen kann die Arbeit der Interessenvertretungen (Seniorenverbände und Beiräte) durch eine stärkere Berücksichtigung in den politischen Entscheidungsstrukturen gestärkt werden; zum anderen können ältere Menschen in höherem Maße als bisher ermutigt werden, länger in den politischen Gremien mitzuwirken.

- Vorrangiges Ziel muss die angemessene Beteiligung älterer Menschen in den politischen Entscheidungsgremien wie dem Landesparlament, den kommunalen Parlamenten oder den Parteien sein, da reine Interessenvertretungen nur beratenden Charakter haben können. Für den Zusammenhalt einer demokratischen Gesellschaft ist es wichtig, dass die Entscheidungen in den zentralen politischen Institutionen des Gemeinwesens von den Generationen gemeinsam gefällt werden.
- Bereits heute sind auf allen politischen Ebenen zahlreiche Seniorenverbände aktiv, die für die Rechte älterer Menschen in allen gesellschaftlichen Belangen werben. Entsprechende Aktivitäten sollten von Landesseite gezielt gefördert werden.

Die Notwendigkeit für eine verstärkte Mitwirkung älterer Menschen besteht jedoch nicht nur im politischen Raum oder bei übergeordneten gesellschaftlichen Fragestellungen, sondern überall da, wo ältere Menschen betroffen sind. Dies gilt beispielsweise bei allen Formen der Bürgerbeteiligung im Rahmen von Quartiersentwicklungsprozessen oder auch für die Interessenvertretung durch Bewohnerbeiräte in den Pflegeeinrichtungen.

2.3 Ausbau des Generationendialogs

Die Stärkung des Austausches zwischen den Generationen ist eine wichtige Grundlage zur Festigung der sozialen Gefüge in der Gesellschaft, die von einem Rückgang traditioneller familiärer Strukturen geprägt ist. Wesentliche Elemente sind dabei ein gegenseitiges Lernen, eine gegenseitige Unterstützung in beruflichen und Alltagsfragen sowie die Freude an gemeinsamer Geselligkeit und Freizeit.

Da dieser Austausch insbesondere zwischen der älteren und jüngeren Generationen außerhalb familiärer Strukturen in der Vergangenheit tendenziell rückläufig gewesen ist, müssen neue Formen gefunden und gefördert werden, die den Generationendialog wieder beleben.

Hierzu gibt es in Niedersachsen bereits eine Reihe guter Beispiele, die sich zumeist auch für die Übertragung auf andere Landesteile oder eine Ausweitung vom Modellprojekt zum normalen Alltag in der Gesellschaft eignen (vgl. MS 2006a: 87 ff.):

- Seit 2003 sind in Niedersachsen mit Förderung des Landes gut 30 „Mehrgenerationenhäuser“ aufgebaut worden. Diese Häuser stellen Tagestreffpunkte dar, in denen Begegnung, Kommunikation und gemeinsame Aktivitäten aller Generationen stattfinden. Ihr Ziel ist es, die überwiegend getrennt voneinander lebenden Generationen wieder zusammenzuführen und das freiwillige Engagement von Bürgerinnen und Bürgern zu fördern (vgl. MS 2006b: 2).
- Mit der Einrichtung der „Niedersächsischen Landesagentur für Generationendialog“ wurde eine Informations-, Beratungs- und Vernetzungsstelle geschaffen. Ihr Ziel ist die Förderung intergenerativer Ansätze zum freiwilligen Engagement sowie die Verbreitung vorbildhafter Modellprojekte durch eine landesweite Transparenz über bestehende Aktivitäten (vgl. MS 2006a: 87).
- Unter Einbeziehung zahlreicher Partner aus Wirtschaft und Gesellschaft wurde die „Landesinitiative Niedersachsen generationengerechter Alltag“ ins Leben gerufen. Ihr Ziel ist die Vermittlung eines neuen und differenzierten Bildes des Alters und des Alterns in der Gesellschaft (vgl. MS 2006a: 88).
- Mit den Projekten „Freiwilliges Jahr für Seniorinnen und Senioren“ in der Landeshauptstadt Hannover und dem Landkreis Osnabrück sowie der Ausbildung von „Engagement-Lotsen für Ehrenamtliche Niedersachsen“ wird das ehrenamtliche Engagement älterer Menschen gefördert, wodurch die Möglichkeiten für eine intergenerative Zusammenarbeit in sozialen Bereichen verbessert werden.
- Durch die Initiative „Soziales/diakonisches Lernen in der Schule – Das Soziale lernen“ des Diakonischen Werkes der ev.-luth. Landeskirche Hannover sollen Jugendliche frühzeitig mit sozialen Fragen und Themen in Berührung kommen. Hierbei wird ihnen im Rahmen eines Schulpraktikums die Möglichkeit geboten, in einer sozialen/diakonischen Einrichtung mitzuarbeiten. Während dieses Praktikums arbeiten die Schülerinnen und Schüler mit älteren Menschen oder Menschen mit Behinderungen zusammen, wodurch Vorurteile und Berührungsängste abgebaut werden.

Aber auch auf der Bundesebene gibt es bereits entsprechende Initiativen. So wurde beispielsweise das Bundesprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen (EFI)“ ins Leben gerufen, durch welches ältere Menschen zu „Senior-Trainerinnen und -Trainern“ ausgebildet werden, um ihre Fähigkeiten und Kompetenzen im Rahmen ehrenamtlicher Arbeit an jüngere Generationen weitergeben zu können. Ein anderes Beispiel ist die Kampagne „Gut tun tut gut“ des Sozialverbandes Deutschland, deren Aufgabe die Vermittlung ehrenamtlicher Unterstützung über eine Kontaktbörse im Internet ist und die auch vom Sozialverband Niedersachsen mitgetragen wird. Weitere Initiativen, die bundesweit für eine gegenseitige Unterstützung der Generationen eintreten, sind u. a. der „Senior Experten Service“ (SES) oder der Verein „Alt hilft Jung“. Beide Institutionen beraten junge Unternehmer bei Existenzgründung und Betriebsführung durch „Wirtschaftssenioren“ oder „Senior-Experten“.

Aufgabe muss es sein, diese und weitere Ansätze, die geeignet sind, das Miteinander der Generationen zu fördern, weiterhin zu unterstützen und für sie in allen Landesteilen zu werben. Dabei müssen auch Rahmenbedingungen geschaffen werden, die geeignet sind, freiwillige Leistungen zwischen den Generationen zu fördern. Ein intensiver Austausch zwischen den Generationen ist eine wichtige Voraussetzung für eine lebendige Gesellschaft, an deren Gestaltung sich alle Generationen aktiv beteiligen müssen und die allen Menschen eine gerechte Teilhabe auch in der Zukunft ermöglicht. Dabei ist auch die Wirtschaft gefordert, einen stärkeren Beitrag zu leisten.

2.4 Schaffung neuer Angebote für ältere Menschen

Ältere Menschen bilden eine wachsende Nachfragergruppe für Medien und Freizeitaktivitäten. Allerdings wird diese Zielgruppe bei der Gestaltung von Angeboten vielfach noch unzureichend berücksichtigt. Die Bedürfnisse älterer Menschen unterscheiden sich zwar nicht grundsätzlich von denen der jüngeren Generationen, weisen je-

doch einige Besonderheiten auf, die bei der Angebotsgestaltung berücksichtigt werden sollten:

- Der Aspekt der Barrierefreiheit spielt insbesondere für ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen eine wesentliche Rolle. Eine ungehinderte Nutzung von öffentlichen Einrichtungen und Freizeitangeboten, die sich auch an die Zielgruppe älterer Menschen richten, sollte daher ohne fremde Hilfe möglich sein. Barrierefreiheit bezieht sich dabei nicht auf das Angebot selbst, sondern schließt auch den Aspekt der Erreichbarkeit für alle Personen mit ein.
- Ältere Menschen bevorzugen in der Regel Angebote, die nicht allein auf ihre Altersgruppe zugeschnitten sind, sondern die Interessen unterschiedlicher Altersgruppen ansprechen und so zu einem Austausch der Generationen beitragen.
- Da die heutige Senioren generation ihr Leben überwiegend noch ohne moderne Technologien verbracht hat, bestehen für sie Anwendungsschwierigkeiten, die durch eine geeignete Aufbereitung der Angebote und Unterstützung bei ihrer Nutzung überwunden werden müssen.

Die kulturelle Teilhabe älterer Menschen ist ein wichtiger Faktor der sozialen Integration. Eine Förderung dieser Teilhabe bezieht sich sowohl auf den staatlichen Kulturbetrieb als auch auf private Anbieter, die ihre Angebote verstärkt auch an den Interessen und Bedürfnissen der älteren Generation ausrichten und ältere Menschen gezielter ansprechen sollten (vgl. MS 2006a: 40; BAGSO 2006: 71 ff.).

Vergleichbares gilt auch für sportliche Angebote. Auch in diesem Feld der Freizeitgestaltung sollten Angebote, die gezielt ältere Menschen ansprechen, ausgebaut werden, wobei hier – je nach Sportart – sowohl intragenerative als auch intergenerative Angebote vorstellbar und notwendig sind.

Die modernen Kommunikationstechnologien und hierbei insbesondere das Internet sind bereits heute zu einem wichtigen Element der Freizeitplanung, der Informationsgewinnung und des sozialen Austauschs geworden. Obwohl die Nutzerzahlen dieses Mediums auch unter den älteren Menschen kontinuierlich steigen, bestehen für einen Großteil der älteren Generation noch Zugangsschwierigkeiten. Hier sollten spezielle Angebote geschaffen werden, die den Erwerb entsprechender Kompetenzen durch ältere Menschen fördern können (vgl. MS 2006a: 42).

Auf die Förderung des Auf- und Ausbaus von altengerechten Freizeitangeboten durch die öffentliche Hand, Sozialverbände und Initiativen sollte auch in Zukunft nicht verzichtet werden, da ältere Menschen nicht ausschließlich auf kommerzielle Freizeitangebote verwiesen werden wollen.

III Menschen mit Behinderungen

Menschen mit Behinderungen haben das Recht auf eine gleichberechtigte Teilhabe in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens. Gesellschaftliches Ziel ist es daher, diese Teilhabe durch die Gestaltung geeigneter Rahmenbedingungen zu ermöglichen.

Mit der Verabschiedung des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) wurde im Jahr 2001 erstmals eine einheitliche Definition des Behindertenbegriffes eingeführt. Nach § 2 SGB IX gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Menschen sind schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 % festgestellt wird.

Die amtliche Feststellung der Behinderung trifft in der Regel die Versorgungsverwaltung auf Antrag. Bemessungsgrundlage sind dabei die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit (AHP)“, die von einem Beirat beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) erstellt und laufend aktualisiert werden.

Die Gruppe der Menschen mit Behinderung ist dennoch heterogen: Sie umfasst neben den von Geburt an behinderten Menschen diejenigen, die im Kindes- oder Erwachsenenalter aufgrund von Unfällen oder Krankheiten von einer Behinderung betroffen sind. Des Weiteren führen auch berufliche Belastungen oder im fortgeschrittenen Alter häufiger auftretende Erkrankungen zu einer Behinderung. Auch der verbesserte Zugang zu sozialen Leistungen bedingt vor allem bei der letzten Gruppe erst einen Antrag auf Anerkennung als schwerbehinderter Mensch.

Entsprechend dieser Heterogenität der Gruppe der Menschen mit Behindertenausweis ergeben sich unterschiedliche Leistungen. So spielen die Leistung der Pflegeversicherung, die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, die Hilfe zur Pflege sowie Rehabilitationsmaßnahmen der verschiedenen Träger – oft auch in Kombinationen – eine wichtige Rolle für Menschen mit Behinderung.

Nicht zu vergessen ist, dass nicht alle Menschen mit Behinderung einen Antrag auf einen Behindertenausweis stellen und somit auch nicht statistisch erfasst werden, daher ist diese Gruppe schwer zu beziffern. Nach Schätzungen beträgt ihr Bevölkerungsanteil rund 20 %. Die folgenden Ausführungen beschränken sich jedoch auf die statistisch erfassten Menschen mit Behinderungen.

1 Herausforderungen des demografischen Wandels für die Lebenswelten von Menschen mit Behinderungen und ihre Teilhabe in der Gesellschaft

Zwischen Behinderung und Alter gibt es eine enge Korrelation. Mit zunehmendem Lebensalter ist ein deutlicher Anstieg des Anteils von Menschen mit Behinderungen feststellbar. Dem wirken der medizinische Fortschritt und die bessere Gesundheit entgegen.

Aufgrund der Euthanasieverbrechen der NS-Zeit gibt es derzeit in Deutschland nur verhältnismäßig wenig Menschen mit geistigen Behinderungen über 60 Jahre. Ihre Anzahl wird sich in den kommenden 10 bis 20 Jahren deutlich erhöhen. Niedersachsen wird – wie die Bundesrepublik insgesamt – erstmals erleben, dass Menschen mit geistigen Behinderungen in größerer Zahl aus dem Erwerbsleben bzw. den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) ausscheiden. Für die Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen für Menschen mit Behinderungen bedeutet dies, dass zum einen der somatische Pflegebedarf der dann älteren geistig behinderten Menschen –

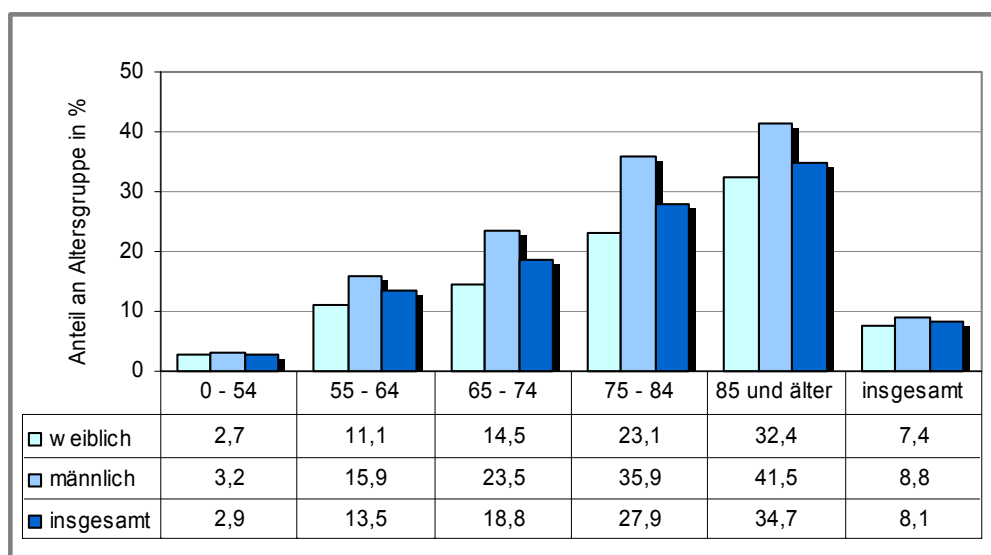
analog zur nicht-behinderten Bevölkerung – ansteigen wird, und zum anderen neue Formen tagesstrukturierender Maßnahmen entwickelt werden müssen.

1.1 Entwicklung der Anzahl und der Altersstruktur von Menschen mit Behinderungen

Entwicklung von 1989 bis 2005

Im Jahr 2005 hatten 8,1 % der Menschen in Niedersachsen eine schwere Behinderung, dabei lag der Anteil bei den Männern mit 8,8 % über dem der Frauen von 7,4 % (vgl. Abbildung 182). Insgesamt ist ein stetiger Anstieg der Quote von Menschen mit schweren Behinderungen mit steigendem Lebensalter zu erkennen. Im Alter bis zu 54 Jahren liegt diese noch bei unter 3 % und steigt in der Gruppe der 85-Jährigen und Älteren auf über ein Drittel der zu dieser Altersgruppe Gehörenden.

Abbildung 182: Anteile schwerbehinderter Menschen in Niedersachsen 2005 (in % an jeweiliger Altersgruppe, nach Geschlecht)



Datengrundlage: NLS – Schwerbehindertenstatistik 2005. Eigene Darstellung.

Die Anzahl der als schwerbehindert anerkannten Menschen in Niedersachsen ist von 1989 bis 2001 kontinuierlich von insgesamt ca. 596 000 auf knapp 677 000 gestiegen (vgl. Abbildung 183). Nach einem – nur statistisch bedingten – Rückgang im Jahr 2003 wurden im Jahr 2005 wiederum insgesamt knapp 649 000 Menschen mit schweren Behinderungen erfasst.¹⁵⁴ Der Anteil männlicher schwerbehinderter Menschen lag dabei mit gut 53 % über dem Anteil weiblicher Menschen mit schwerer Behinderung.

Dabei ist die statistische Entwicklung der Zahl von Menschen mit anerkannten Behinderungen auch von Gesetzesänderungen abhängig. So führte beispielsweise die Reduzierung der Zuzahlungspflicht für Medikamente von chronisch erkrankten Personen mit einer Behinderung von 60 % und mehr dazu, dass eine große Anzahl leichter behinderter Personen einen Antrag auf Neueinstufung gestellt hat.

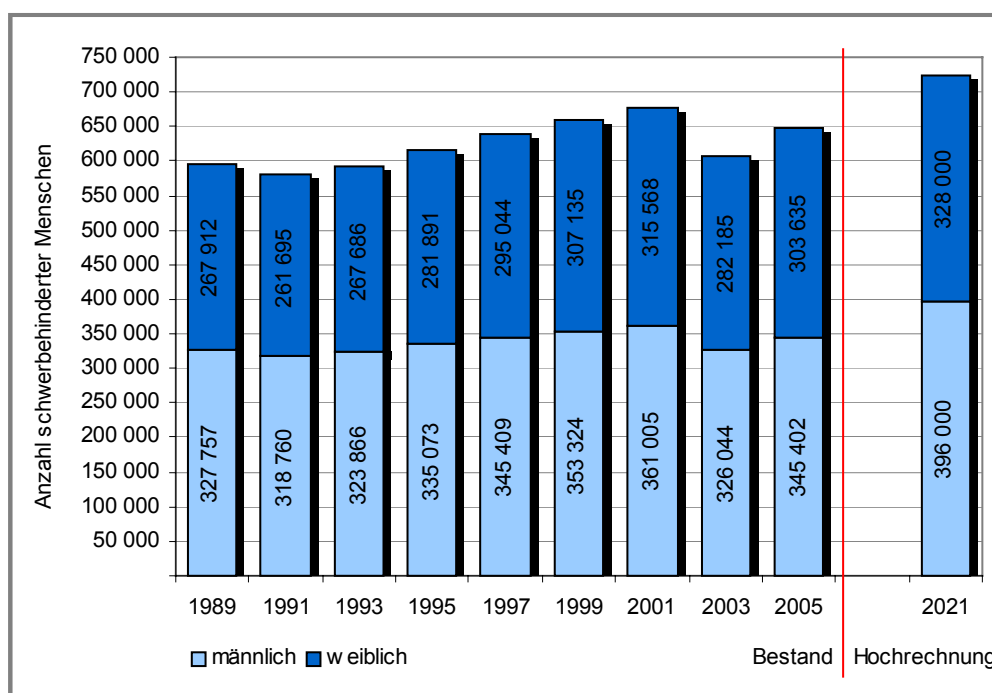
Auch medizinische Fortschritte wirken sich auf die Entwicklung der Anzahl von Menschen mit Behinderungen aus. Insbesondere konnte die Überlebenschance von Früh-

¹⁵⁴ Der relativ hohe Rückgang der Anzahl schwerbehinderter Menschen zwischen 2001 und 2003 erklärt sich daraus, dass 2001 aufgrund von Softwareumstellungen im Landesamt für Soziales kein Melderegisterabgleich der von den Versorgungsämtern gemeldeten Daten stattgefunden hat. Dieser wurde erst 2003 wieder durchgeführt. Die Daten für 2001 sind daher wahrscheinlich höher als die tatsächliche Anzahl schwerbehinderter Menschen.

geborenen in der Vergangenheit deutlich gesteigert werden. Allerdings ist die Gefahr von schweren und Mehrfachbehinderungen bei extrem früh Geborenen besonders hoch, wodurch sich die Zahl von schwerbehinderten Kindern letztlich erhöht.

Schon heute kann eine Reihe von Behinderungsformen immer besser pränatal diagnostiziert werden. Teilweise können die Einschränkungen bereits vor der Geburt behandelt und somit schwere Behinderungen vermieden werden. Die pränatale Diagnostik und Behandlung wurde verbessert, sodass die Geburten von Menschen mit Behinderungen rückläufig sind; gleichzeitig stiegen aber auch die Überlebenschancen schwer mehrfach behinderter Kinder.

Abbildung 183: Entwicklung der Anzahl schwerbehinderter Menschen in Niedersachsen 1989 bis 2005, Hochrechnung 2021 (nach Geschlecht)



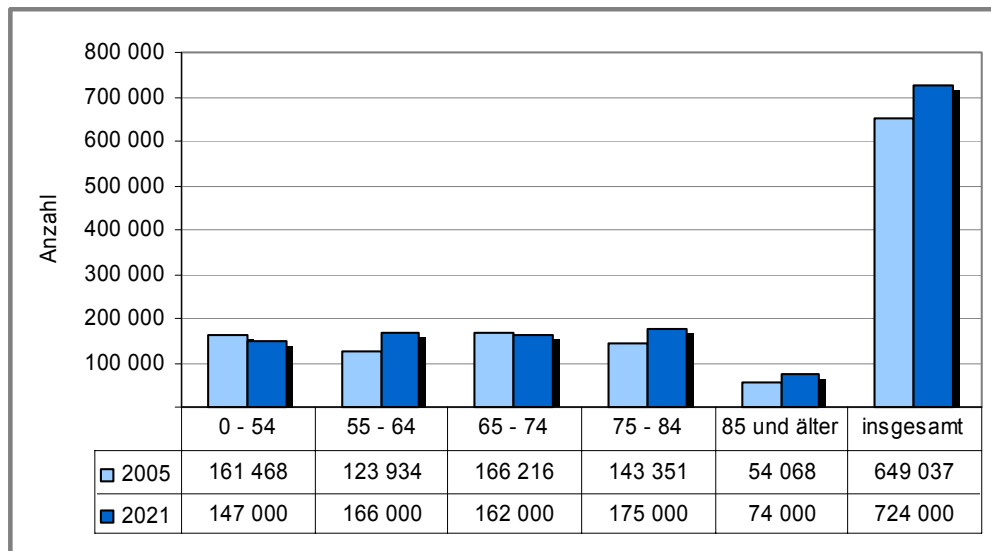
Datengrundlage: NLS – Schwerbehindertenstatistik 2005; Hochrechnung 2021 (gerundet). Eigene Darstellung.

Hochrechnung 2021

Basierend auf den letzten vorliegenden Bestandszahlen aus dem Jahr 2005 sowie den Ergebnissen der regionalen Bevölkerungsvorausberechnung hat das NLS eine Hochrechnung zur Anzahl schwerbehinderter Menschen für das Jahr 2021 durchgeführt. Zugrunde gelegt wurden dabei die Anteile schwerbehinderter Menschen nach Geschlecht an ihrer jeweiligen Altersgruppe im Jahr 2005. Diese Hochrechnung stellt eine Status-quo-Fortschreibung dar, bei der keine eventuellen Änderungen der Rechtslage (Definition von Behinderung) oder Fortschritte in der medizinischen Versorgung (höhere Lebenserwartung behinderter Menschen) berücksichtigt werden konnten. Auch der in der Einführung zu diesem Abschnitt beschriebene Effekt, dass der heutige Anteil von Geburt an geistig behinderter Menschen über 60 Jahre aufgrund der Euthanasieverbrechen während der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft relativ gering ist, wurde nicht in die Hochrechnung einbezogen. Die Daten der Hochrechnung stellen daher eher eine Beschreibung möglicher Untergrenzen als eine exakte Prognose dar.

Die Anzahl schwerbehinderter Menschen wird nach der Hochrechnung bis 2021 auf ca. 724 000 Personen ansteigen. Das Geschlechterverhältnis wird sich dabei weiter in Richtung schwerbehinderter Männer verschieben. Ihr Anteil an allen schwerbehinderten Personen wird 2021 voraussichtlich bei knapp 55 % liegen (vgl. Abbildung 183).

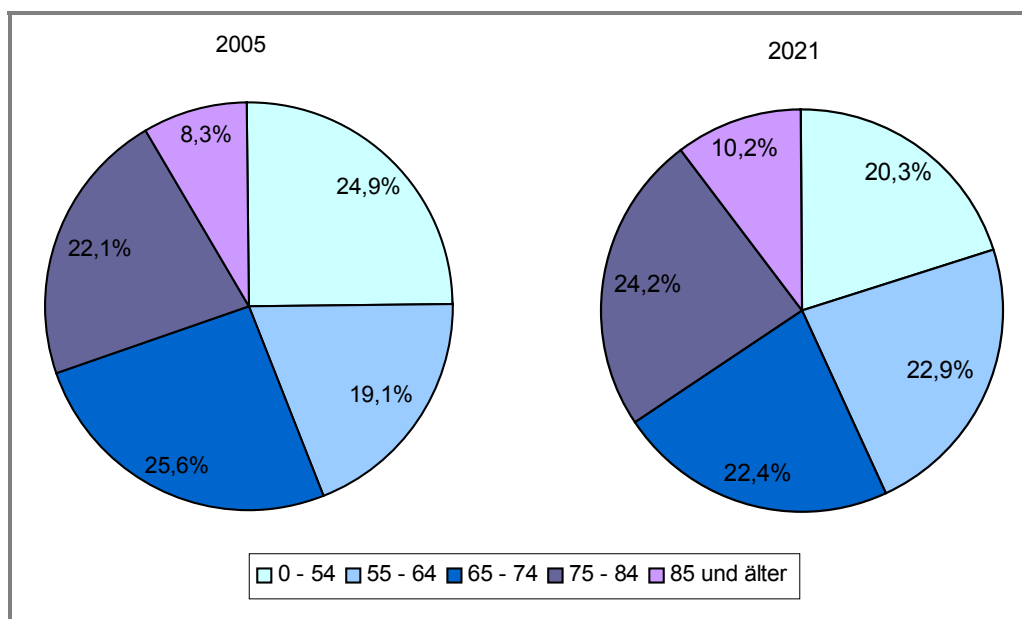
Abbildung 184: Anzahl schwerbehinderter Menschen in Niedersachsen 2005 und 2021 insgesamt



Datengrundlage: NLS – Schwerbehindertenstatistik 2005; Hochrechnung 2021 (gerundet). Eigene Darstellung.

Die vorausberechnete Zunahme der Anzahl schwerbehinderter Personen erfolgt ausschließlich in den höheren Altersgruppen. In der Gruppe der 0- bis 54-Jährigen wird dagegen ein Rückgang der Personenzahl erwartet. Der größte relative Anstieg wird für die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen (+ 34 %) und in der Gruppe der über 84-Jährigen (+ 36 %) erwartet (vgl. Abbildung 184).

Abbildung 185: Anteile der Altersgruppen an der Gesamtzahl der schwerbehinderten Menschen in Niedersachsen 2005 und 2021



Datengrundlage: NLS – Schwerbehindertenstatistik 2005; Hochrechnung 2021. Eigene Darstellung.

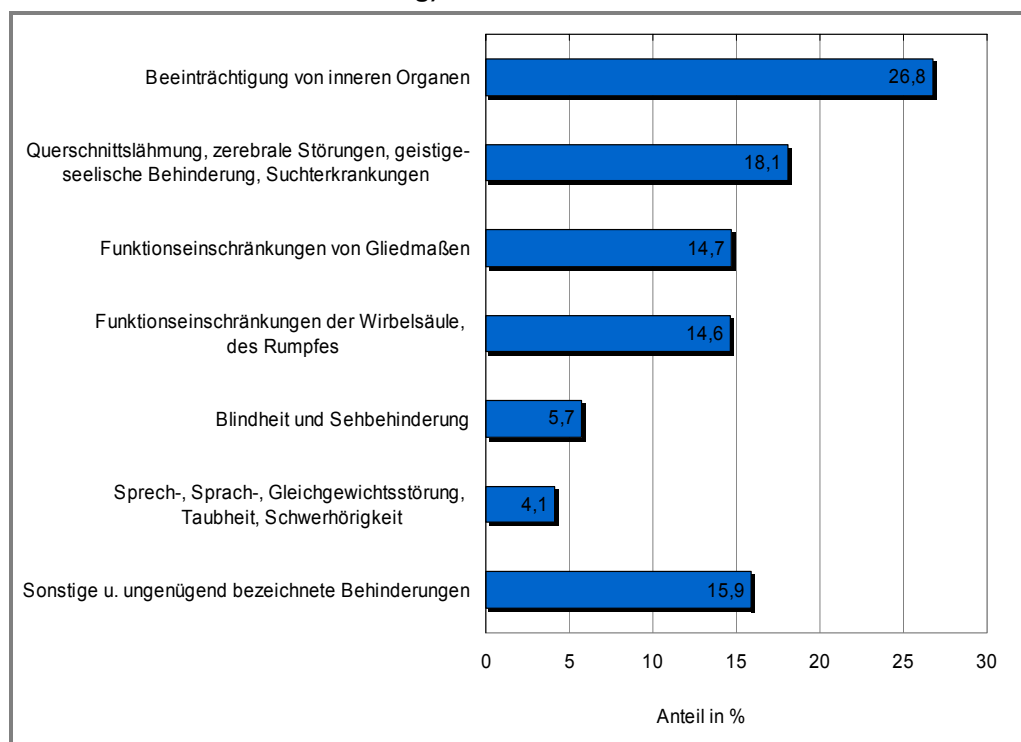
Das Durchschnittsalter der schwerbehinderten Personen in Niedersachsen wird sich – analog zur Gesamtbevölkerung – demnach zukünftig erhöhen. Deutlich wird dies auch im Vergleich der Anteile der Altersgruppen zur Gesamtsumme aller schwerbehinderten Personen in den Jahren 2005 und 2021 (vgl. Abbildung 185). Mit Ausnahme der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen steigt nach der Vorausberechnung des NLS der prozentuale Anteil aller höheren Altersgruppen, während der Anteil der schwerbehinderten Personen bis zum Alter von 54 Jahren um nahezu 5 % zurückgeht.

Art der Behinderungen 2005

Den größten Anteil schwerer Behinderungen machten 2005 mit knapp 27 % Beeinträchtigungen von inneren Organen aus, gefolgt von Querschnittslähmung, geistig-seelischer Behinderung und Suchterkrankungen (vgl. Abbildung 186).

Behinderungen der Sinnesorgane, der Sprechfähigkeit oder des Gleichgewichts lagen dagegen zusammengefasst nur bei jedem 10. Menschen mit einem Behindertenausweis vor. Bei fast 16 % aller schwerbehinderten Personen lagen sonstige Behinderungen vor oder konnte die Art der Behinderung nicht näher bezeichnet werden.

Abbildung 186: Schwerbehinderte Menschen in Niedersachsen 2005 (nach Art der Behinderung)



Anmerkung: Die Zusammenfassung der Behinderungsarten zu Gruppen wurde aus der Schwerbehindertenstatistik übernommen. Eine weitere Differenzierung insbesondere der Gruppe „Querschnittslähmung, geistig-seelische Behinderung, Suchterkrankungen“ war dabei nicht möglich. Datengrundlage: NLS – Schwerbehindertenstatistik 2005. Eigene Darstellung.

Darüber hinaus liegt die Wahrscheinlichkeit für demenzielle Erkrankung bei Menschen mit Downsyndrom bereits im Alter zwischen 50 und 60 Jahren bei 42 % und bei den über 60-Jährigen bei 56 %. Demenzfördernde Faktoren sind dabei eine geringe Schulbildung, ein geringer Interessenradius, wenig Freizeitaktivitäten und eine reduzierte körperliche Aktivität.

Hinzu kommt, dass Demenz bei geistig behinderten Menschen oft nicht oder erst spät erkannt wird, da die kognitiven Fähigkeiten dieser Menschen ohnehin eingeschränkt sind oder im stark strukturierten Heimalltag weniger auffallen.

1.2 Ausbildung und Arbeitswelt von Menschen mit Behinderungen

Gerade Menschen, die von Geburt an behindert sind, benötigen eine Frühförderung sowie ihren Potenzialen angemessene Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten, um Eigenständigkeit und Selbstbewusstsein zu erlangen und um ihre Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe und damit ihre Lebensqualität zu verbessern.

Eine besondere Herausforderung besteht dabei darin, auch integrative Formen der Bildung und Beschäftigung zu schaffen, die der vielfach noch bestehenden Ausgrenzung betroffener Menschen aus der Gesellschaft entgegenwirken können.

Ein wichtiger Baustein hierzu ist der § 4 des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG), demzufolge Schülerinnen und Schüler, die einer sonderpädagogischen Förderung bedürfen, an allen Schulen mit anderen Schülerinnen und Schülern erzogen und unterrichtet werden sollen, wenn auf diese Weise dem individuellen Förderbedarf der Schülerinnen und Schüler entsprochen werden kann und soweit es die organisatorischen, personellen und sächlichen Gegebenheiten erlauben.

Ebenso von Bedeutung ist die darauf aufbauende Rahmenplanung „Lernen unter einem Dach“, welche 1998 vom MK zur Fortführung der schulischen Integration behinderter Kinder entwickelt worden ist (vgl. MK 1998). Kernstück dieser Rahmenplanung ist die Forderung nach der Erstellung „Regionaler Integrationskonzepte“. In ihnen soll ausgewiesen werden, wie und in welcher Form Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf in einer Region gefördert werden können und wie die dafür vorhandenen sonderpädagogischen Förderangebote um- und ausgebaut werden sollen.

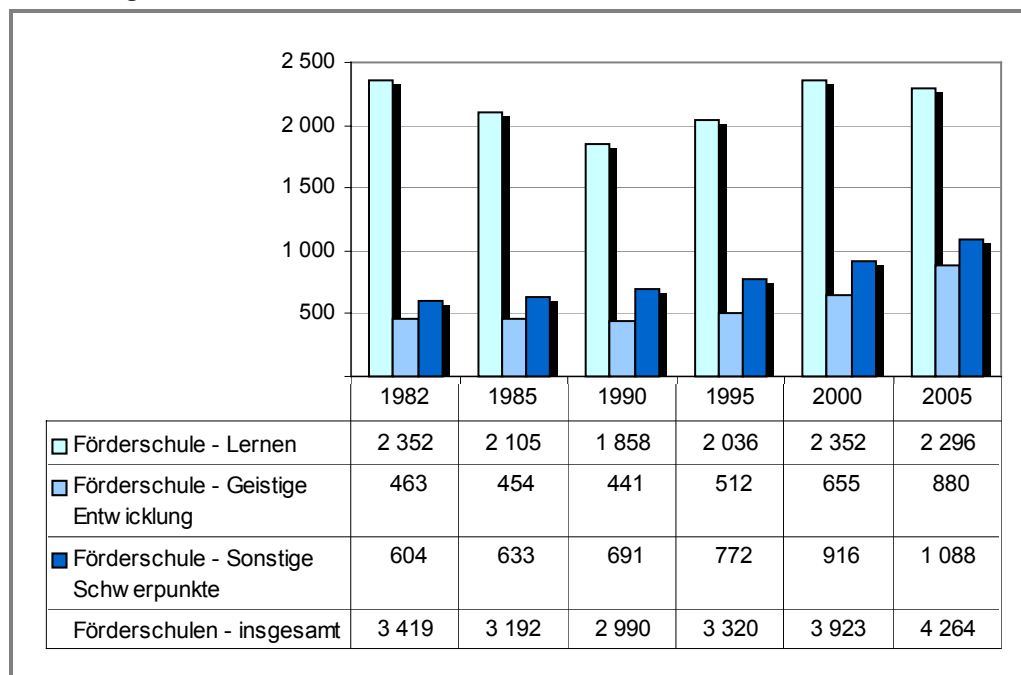
Eine Fortführung der Integrationsbemühungen ist jedoch auch im Arbeitsleben notwendig. Insbesondere für Menschen mit geistigen Behinderungen sind die Möglichkeiten hierzu jedoch eher gering, da es für sie bisher zu einer Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen kaum eine Alternative gibt.

1.2.1 Das Förderschulsystem in Niedersachsen

Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen, Beeinträchtigungen oder Benachteiligungen gibt es in allen Schulformen. Voraussetzung für eine sonderpädagogische Förderung ist das Vorliegen eines sonderpädagogischen Förderbedarfs. Ein sonderpädagogischer Förderbedarf wird auf der Grundlage der Verordnung zur Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs ermittelt und festgestellt. Mit der Feststellung ist die Zuweisung von Ressourcen und Platzierungen verbunden. Sonderpädagogischer Förderbedarf besteht bei einem Kind oder Jugendlichen in der Regel über einen längeren Zeitraum oder dauerhaft.

Sonderpädagogische Förderung kann in allen allgemeinbildenden Schulen erfolgen. Sie muss aber immer mit zusätzlicher Unterstützung durch Förderschullehrkräfte geleistet werden. Lehrkräfte von Förderschulen können im Rahmen verschiedener Organisationsformen in der allgemeinen Schule tätig werden: Mobile Dienste, Sonderpädagogische Grundversorgung, Integrationsklassen, Förderklassen mit dem Schwerpunkt Sprache und Kooperationsklassen. In diesen Formen wird gemeinsamer Unterricht von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen mit anderen Kindern und Jugendlichen durchgeführt.

Schülerinnen und Schüler, die einen sonderpädagogischen Förderbedarf haben, besuchen Förderschulen, wenn sie die entsprechende Förderung nicht in einer allgemeinbildenden Schule erhalten können.

Abbildung 187: Förderschulklassen in Niedersachsen 1982 bis 2005

Anmerkung: einschließlich Förderschulklassen an allgemeinbildenden Schulen (z. B. Grund- und Hauptschulen)

Datengrundlage NLS – Schulstatistik. Eigene Darstellung.

Insgesamt gab es im Jahr 2005 landesweit 4 264 Förderschulklassen (vgl. Abbildung 187). Mehr als die Hälfte dieser Klassen waren Förderklassen mit dem Schwerpunkt Lernen. Diese Schulform richtet sich an Kinder, die in ihrer Lernentwicklung umfangreich und andauernd beeinträchtigt sind. Aufgrund der besonderen Förderung ist innerhalb dieser Förderklassen für Schüler mit weniger starken Beeinträchtigungen der Hauptschulabschluss erreichbar, oder sie können bei gutem Erfolg der Förderung auch wieder ins reguläre Schulsystem zurückwechseln, um dort ihren Schulabschluss zu machen.

Seit 1993 gilt auch für alle behinderten Menschen die allgemeine Schulpflicht von zwölf Jahren (NSchG). Für geistig behinderte Kinder und Jugendliche ist daher der Besuch einer Förderschule mit dem Schwerpunkt „Geistige Entwicklung“ verpflichtend.

Förderschulen unterscheiden sich nach der Art ihrer Förderschwerpunkte, nach dem Angebot an Bildungsgängen und nach deren Dauer.

Förderschulen können geführt werden als:

- Förderschule mit dem Schwerpunkt Emotionale und Soziale Entwicklung,
- Förderschule mit dem Schwerpunkt Geistige Entwicklung,
- Förderschule mit dem Schwerpunkt Hören (Schwerhörige, Gehörlose),
- Förderschule mit dem Schwerpunkt Körperliche und Motorische Entwicklung,
- Förderschule mit dem Schwerpunkt Lernen,
- Förderschule mit dem Schwerpunkt Sehen (Sehbehinderte, Blinde),
- Förderschule mit dem Schwerpunkt Sprache,
- Förderschule mit dem Schwerpunkt Hören/Sehen (Taubblinde).

Schülerinnen und Schüler mit einem spezifischen sonderpädagogischen Förderbedarf werden in der Förderschule mit dem entsprechenden Schwerpunkt unterrichtet und erzogen.

Wichtiges Ziel der sonderpädagogischen Förderung in Förderschulen ist die Vorbereitung der Schülerinnen und Schüler auf einen Übergang in die allgemeine Schule oder in das Berufsleben. Die Förderschulen haben die Aufgabe, diese Übergänge anzustreben und zu begleiten.

An Förderschulen können Abschlüsse der allgemeinbildenden Schulen erworben werden.

Zusammengenommen betrug die Zahl der Förderschulklassen mit sonstigen Schwerpunkten im Jahr 2005 landesweit 1 088. Seit 1982 hat sich ihre Anzahl damit um gut 400 Schulen erhöht.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Die starke Zunahme an Förderschulen bei nahezu gleichbleibender Zahl von Jugendlichen mit Behinderungen geht auf eine verstärkte Abschulung von Kindern aus dem allgemeinbildenden Schulsystem zurück. Dies zeigt, dass der gesellschaftliche und gesetzliche Anspruch einer möglichst integrativen Beschulung von Kindern mit und ohne Behinderungen in Niedersachsen nicht erfüllt wird. Ursachen sind die fehlende frühzeitige Förderung von Kindern, ihre zu frühe Aufteilung in einem gegliederten Schulsystem und die mangelhafte Ausstattung von allgemeinbildenden Schulen, die Voraussetzung für eine integrative Beschulung sind. Ziel muss die Integration von Kindern mit und ohne Behinderungen sein.

1.2.2 Ausbildung und Umschulung

Grundsätzlich steht zwar allen Abgängern der Förderschulen der Weg in den allgemeinen Ausbildungsmarkt offen, allerdings sind die Hürden dabei insbesondere für Jugendliche mit Behinderungen aufgrund der angespannten Situation auf dem Ausbildungsmarkt relativ groß. Abgänger von Förderschulen wechseln daher zumeist in spezielle berufliche Bildungsmaßnahmen, die in der Verantwortung der Bundesagentur für Arbeit liegen und von Berufsbildungswerken durchgeführt werden.

Derzeit ist allerdings die Belegung in den Berufsbildungswerken mit behinderten Menschen rückläufig, was in der restriktiven Praxis der Arbeitsagenturen begründet liegt. Problematisch ist dabei, dass den Menschen mit Behinderungen als Alternative vielfach nur die Werkstatt für behinderte Menschen oder die Arbeitslosigkeit bleibt. Zukunftsweisend sind auch die Erfahrungen mit den vom MK durchgeführten Modellprojekten zu neuen zweijährigen praxisorientierten Ausbildungsgängen, die fortgesetzt werden sollten.

Neben Einschränkungen, die von Geburt an vorliegen, wird eine Vielzahl von Behinderungen erst im Laufe des Lebens erworben, nicht selten ist dabei die Berufsausübung die Ursache für die eintretende Behinderung. Primäres Ziel in diesen Fällen ist es, diese Menschen durch entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen und ggf. notwendige Maßnahmen zur Anpassung des Arbeitsplatzes in ihrem Beruf zu halten. Ist dies aufgrund der Schwere der Behinderung oder des Anforderungsprofils des Arbeitsplatzes nicht möglich, werden Umschulungsmaßnahmen erforderlich. Diese liegen in der Verantwortung der Bundesagentur für Arbeit, der Rentenversicherungsträger und der Berufsgenossenschaften. Durchgeführt werden die Maßnahmen in der Regel durch die beruflichen Bildungsträger oder spezielle Berufsförderwerke. Derzeit gibt es in Niedersachsen drei Berufsförderwerke, die insgesamt 1 500 Plätze vorhalten.

1.2.3 Arbeitswelt

Rund 202 000 Menschen zwischen 15 und 60 Jahren waren 2006 in Niedersachsen schwerbehindert:

- Ca. 150 000 Personen aus dieser Gruppe sind in regulären Beschäftigungsverhältnissen tätig. Die Mehrzahl dieser Gruppe ist körperlich behindert und bedarf insbesondere der Unterstützung und ggf. der Anpassung des Arbeitsplatzes, um ihren Verbleib im regulären Arbeitsmarkt zu sichern.
- Zwischen 3 000 und 4 000 Personen sind so schwer behindert, dass für sie eine Teilnahme am Erwerbsleben – auch in Werkstätten für behinderte Menschen – nicht möglich ist. Sie erhalten Eingliederungshilfe für tagesstrukturierende Maßnahmen.
- Ca. 19 000 schwerbehinderte Personen waren 2006 arbeitslos oder arbeitssuchend.
- Ca. 25 000 schwerbehinderte Personen waren in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) aktiv.

Grundlage für die Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen ist die Einschätzung, dass eine Person aufgrund von Behinderungen nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelbar ist. Letztlich ist diese Einschätzung auch vom Arbeitsmarkt selbst abhängig. Da die Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt tendenziell steigen und das Angebot an Arbeitsplätzen für gering Qualifizierte abnimmt, wird sich die Gruppe zukünftig noch vergrößern.

Menschen, die aufgrund einer Behinderung nicht im regulären Arbeitsmarkt erwerbstätig sein können, haben einen Rechtsanspruch auf Beschäftigung in einer WfbM oder auf tagesstrukturierende Angebote. Daher ist bis etwa 2018 auch mit einem Anstieg des Bedarfs an Werkstattplätzen auf dann etwa 26 000 Plätze zu rechnen, bevor der Bedarf ab etwa 2023 bis 2030 voraussichtlich wieder auf ca. 24 000 sinken wird.

WfbM und tagesstrukturierende Maßnahmen werden als „besonderer Arbeitsmarkt“ gesehen. Überwiegend werden die WfbM von geistig behinderten Menschen besucht, allerdings ist der Anteil von Menschen mit seelischen Behinderungen in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen und liegt heute bei rund 10 %.

Der gesetzliche Auftrag der WfbM umfasst neben dem Angebot einer sinnvollen, tagesfüllenden Beschäftigung auch die Eingliederung behinderter Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Diese Aufgabe ist allerdings aufgrund der derzeitigen Lage auf dem Arbeitsmarkt bundesweit mit großen Problemen behaftet. Außerdem gibt es Menschen mit Formen von Behinderungen, die sich in den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht eingliedern lassen.

1.2.4 Ausstieg aus dem Berufsleben

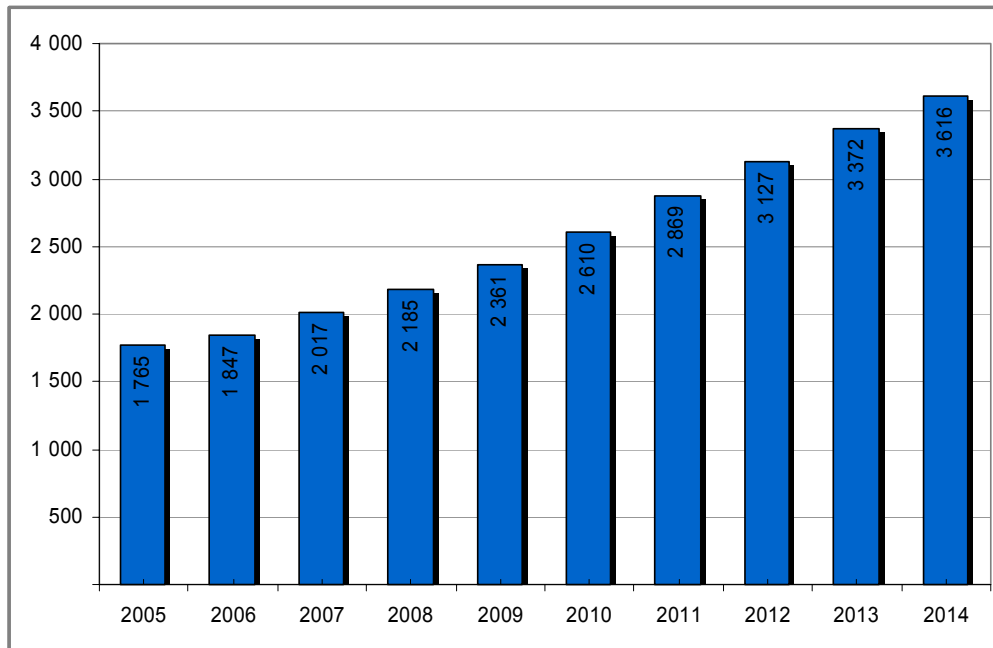
Die Beschäftigung in den WfbM endet ebenso wie Beschäftigungsverhältnisse auf dem regulären Arbeitsmarkt durchschnittlich mit 63 Jahren (vgl. Kapitel A.II.1.3.3). Nach Einschätzung des MS wird sich die Zahl der Menschen mit geistigen Behinderungen, die das Alter von 60 Jahren überschritten haben von 2005 bis 2014 in etwa verdoppeln, sodass für das Jahr 2014 eine Anzahl von gut 3 600 Personen dieser Gruppe in Niedersachsen erwartet werden (vgl. Abbildung 188).

Dabei trifft Menschen mit geistigen Behinderungen der Ausstieg aus dem Berufsleben weit schwerer als nicht behinderte Menschen, da für sie die bisherige Strukturierung ihres Alltages entfällt und die Zahl möglicher sinnvoller Beschäftigungsalternativen begrenzt ist:

- sie besitzen oft keine Familien und insbesondere zumeist keine eigenen Kinder, zu denen der Kontakt intensiviert werden könnte,
- ihnen fehlt vielfach die Lese- und Schreibfähigkeit, die eine wichtige Grundlage für zahlreiche Freizeitaktivitäten darstellt,
- sie haben meist kein eigenes Haus oder keinen eigenen Garten, welche Möglichkeiten für Aktivitäten im Alter bilden könnten,

- sie sind wenig in Vereinen engagiert und haben nur eingeschränkte Möglichkeiten, sich ehrenamtlich zu engagieren,
- alleiniges Reisen ist für die meisten geistig behinderten Menschen nicht möglich.

Abbildung 188: Menschen mit geistiger Behinderung über 60 Jahre in Niedersachsen 2005 bis 2014



Quelle: Landesamt für Soziales, Jugend und Familie – Jährliche Erhebung. Eigene Darstellung

Die WfbM ist für viele Menschen mit geistiger Behinderung neben der Familie oft das einzige soziale Umfeld, welches sie nach einem Ausscheiden zumeist nur schwer anderweitig wieder aufbauen können.

Für viele Menschen mit geistigen Behinderungen, die während ihres Arbeitslebens noch in der Familie gewohnt haben, kommt zu dem Ausscheiden aus der WfbM häufig noch der Wechsel in ein Wohnheim hinzu. Ursache hierfür ist, dass der Betreuungsbedarf mit dem Ausscheiden aus der WfbM allein in der Familie gedeckt werden müsste, vielfach aber nicht geleistet werden kann: Eltern geistig behinderter Menschen sind – sofern sie noch leben – dann selbst in einem Alter, in dem sie die alleinige Betreuung zumeist nicht mehr leisten können, und Geschwister – sofern welche vorhanden sind – stehen oft noch im Berufsleben und können daher ebenso wenig den Wegfall der Betreuungszeiten einer WfbM kompensieren.

Weniger schwer wiegt der Ausstieg aus dem Berufsleben für die Behinderten, die schon vorher in einer stationären Einrichtung gelebt haben und diese auch im Rentenalter nicht verlassen müssen. Für sie bleibt zumindest das soziale Umfeld des Wohnheims erhalten. Allerdings bedeutet das Ausscheiden aus dem Berufsleben auch für den Alltag in Wohnheimen weitreichende Umstellungen, da neue Angebotsformen der Tagesstrukturierung notwendig werden und neue Anreize erforderlich sind.

Insgesamt besteht derzeit ein großer Bedarf an tagesstrukturierenden Angeboten innerhalb und außerhalb stationärer Einrichtungen, um den jetzt ins Rentenalter kommenden geistig behinderten Menschen eine sinnvolle Nutzung ihrer neu gewonnenen Freizeit zu ermöglichen. Da vielerorts entsprechende Angebote erst aufgebaut werden müssen, entstehen dabei auch für die Eingliederungshilfe neue finanzielle Anforderungen.

1.3 Leben und Wohnen von Menschen mit Behinderungen

Die meisten Menschen mit Behinderung in Niedersachsen leben – allein oder in ihren Familien – in privaten Haushalten. Ein weitaus kleinerer Anteil lebt in stationären Einrichtungen oder in betreuten Wohnformen. Generell geeignete Wohnformen für Menschen mit Behinderungen gibt es nicht, da aufgrund der unterschiedlichen Formen und Intensitäten von Behinderungen sehr unterschiedliche Ansprüche an die Wohnung, das Wohnumfeld und eine Unterstützung bei der Lebensführung bestehen.

Das Wohnraumförderprogramm 2007¹⁵⁵ für Niedersachsen beinhaltet u. a. auch die Förderung von Wohnraum für Menschen mit Behinderungen als einen Schwerpunkt. Dabei wird die Schaffung von Wohnraum in Wohngruppen mit Fördermitteln erleichtert.

1.3.1 Barrierefreiheit

Insbesondere körperlich und an den Sinnesorganen behinderte Menschen benötigen eine barrierefreie Gestaltung ihrer Wohnung sowie ihres Wohnumfeldes. Nach § 4 des Bundesgesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen gelten als barrierefrei solche bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen, die für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.

1.3.2 Wohnen in der Familie

Die ganz überwiegende Zahl geistig behinderter Kinder und Jugendlicher und mehr als die Hälfte aller geistig behinderten Erwachsenen wohnt im Elternhaus. Bei allen anderen Behinderungsgruppen ist der Anteil derer, die allein oder im Kreis der Familie ein eigenständiges Leben führen, sogar noch größer.

Die Betreuung und Pflege behinderter Angehöriger ist für die Familien eine große Aufgabe, die insbesondere die Eltern geistig behinderter Kinder oft bis ins hohe Alter hinein meistern. Dabei können die Familien oder auch allein lebende schwerbehinderte Personen auf ein breites Netz an unterstützenden Dienstleistungen und Institutionen zurückgreifen:

- Die regionalen Angebote an Frühförderung, sonderpädagogischer Betreuung in Kindergärten und Schulen sowie therapeutischer und medizinischer Versorgung werden derzeit in den meisten Landesteilen ausgebaut.
- Landesweit unterstützen 28 „Familientlastende Dienste“ die Angehörigen behinderter Familienangehöriger bei Pflege und Betreuung. Ihre Aufgabe ist es, Familien mit behinderten Personen zeitweise zu entlasten, um den Pflegenden die Wahrnehmung eigener Interessen und die Erfüllung besonderer Anforderungen ihrer Erwerbstätigkeit zu ermöglichen oder sie in Krankheitssituationen zu unterstützen. 2004 wurden niedersachsenweit entsprechende Dienste von knapp 3 000 Familien in Anspruch genommen.
- Leben schwerbehinderte Personen in der eigenen Wohnung, und kann die Pflege und Betreuung nicht durch Angehörige oder Freunde geleistet werden, so können als eine Form der ambulanten Eingliederungshilfe auch die Dienste der „Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung“ (ISB) in Anspruch genommen werden. Neben somatischer Pflege umfassen die Leistungen in diesem Rahmen auch Hilfen im Haushalt sowie Einkäufe und Besorgungen. Die Aufgaben im Rahmen der ISB werden überwiegend von Zivildienstleistenden erfüllt. Im Jahr 2004 gab es in Niedersachsen 414 Zivildienststellen für die Betreuung Erwachsener und 165 Zivil-

¹⁵⁵ = Erlass des MS vom 01.03.2007

dienststellen für die Betreuung schwerstbehinderter Kinder. Allerdings war im gleichen Jahr weniger als ein Viertel dieser Stellen belegt (vgl. MS 2005: 383).

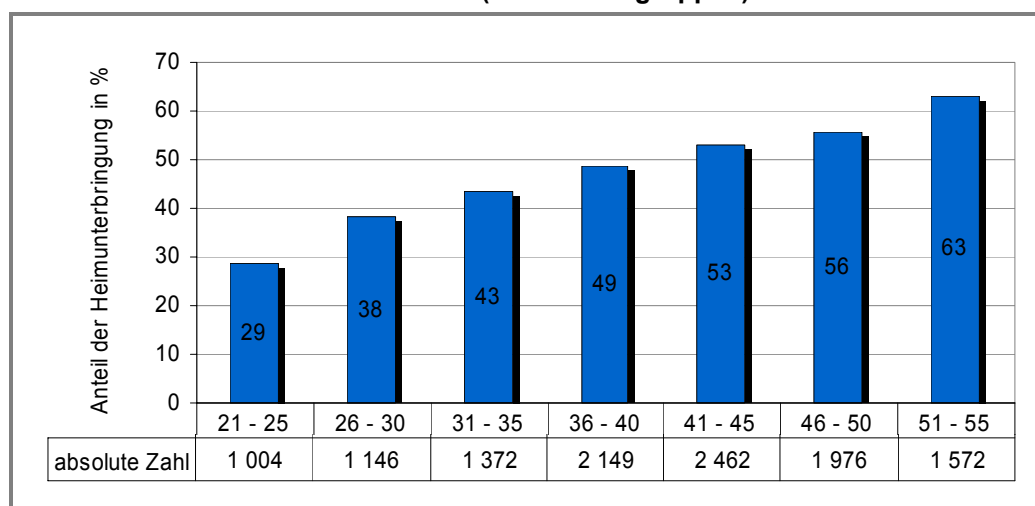
Die Betreuung behinderter Angehöriger oder auch das eigenständige Leben als schwerbehinderter Mensch bleibt – trotz dieser möglichen Unterstützungen – eine große Herausforderung. Ursachen hierfür liegen darin, dass sich zum einen barrierefreie Standards noch längst nicht in allen Bereichen des öffentlichen Lebens durchgesetzt haben, wodurch mobilitätseingeschränkte Personen immer wieder an Grenzen geraten, und zum anderen die dargestellten Angebote längst nicht flächendeckend im Land vorhanden sind, sondern sich im Wesentlichen auf die Ballungsräume und die größeren Städte konzentrieren.

1.3.3 Stationäre Wohnformen

Insbesondere Menschen mit geistigen Behinderungen leben zu einem relativ großen Teil in stationären Wohnformen. Insgesamt wurden 2006 rund 14 000 Menschen mit geistiger Behinderung in Wohnheimen betreut, dabei steigt die Betreuungsquote mit zunehmenden Alter. Bis einschließlich des 40. Lebensjahres lebte im Jahr 2006 weniger als die Hälfte geistig behinderter Menschen, die einen Platz in einer WfbM oder einer Langzeiteinrichtung belegten, in einem Wohnheim, bis zum Alter von 50 Jahren stieg diese Quote auf 56 % und lag im Alter von 51 bis 65 Jahren bei 63 % (vgl. Abbildung 189).

Derzeit gibt es rund 14 300 Plätze in Wohnheimen für behinderte Menschen. Für 12 100 Plätze ist das Land als überörtlicher Sozialträger verantwortlich. Auf Grundlage einer Vorausberechnung des MS wird bis 2030 ein zunehmender Platzbedarf auf dann 22 500 erwartet. Ausgehend von einer durchschnittlichen Lebenserwartung geistig behinderter Menschen von 75 Jahren würde sich dabei insbesondere die Zahl der über 60-jährigen Menschen mit einer geistigen Behinderung in den stationären Einrichtungen verfünffachen und von derzeit 2 200 auf rund 12 600 im Jahr 2030 ansteigen.

Abbildung 189: Stationäre Betreuung geistig behinderter Menschen in Niedersachsen 2006 (nach Altersgruppen)



Anmerkung: Die angegebenen Quoten beziehen sich auf die Plätze in WfbM und Langzeiteinrichtungen, durch die zusammengenommen der ganz überwiegende Teil der Menschen mit geistigen Behinderungen abgebildet wird.

Datengrundlage: MS – Statistik zu Menschen mit Behinderungen. Eigene Darstellung.

Da für die Personengruppe der ab 60-Jährigen die Kommunen als Sozialhilfeträger verantwortlich sind, würden auf dieser Grundlage die Fallzahlen in Zuständigkeit des

Landes bis 2030 auf etwa 9 500 Personen zurückgehen und bei den Kommunen entsprechend ansteigen.

Insgesamt ergäbe sich auf Grundlage dieser Vorausberechnung ein Bedarf von gut 300 jährlich neu zu schaffenden Wohnplätzen. Ob allerdings der steigende Bedarf tatsächlich allein über Plätze in stationären Einrichtungen gedeckt werden muss, hängt von politischen Entscheidungen und den persönlichen Wohnbedürfnissen der Menschen mit Behinderungen ab.

Der absehbare Anstieg der Anzahl von geistig behinderten Menschen im Rentenalter in den Wohnheimen wird Auswirkungen auf den Heimaltag haben. Unter der im Sinne der Bewohner wünschenswerten Voraussetzung, dass die dann älteren geistig behinderten Menschen in den Einrichtungen verbleiben können, müssen zum einen die Kapazitäten im Bereich der Altenpflege ausgebaut werden und zum anderen neue Formen für tagesstrukturierende Angebote in den Einrichtungen geschaffen werden.

1.3.4 Betreutes Wohnen

Die jetzt heranwachsende Generation erwachsener Menschen mit Behinderungen bevorzugt überwiegend ein eigenständiges Wohnen oder ein Leben in ambulant betreuten Wohnformen gegenüber dem Wohnen in stationären Einrichtungen. Dabei haben die Menschen mit Behinderungen einen Anspruch auf Selbständigkeit und Teilhabe in der Gesellschaft. Mit dem Instrument des „persönlichen Budgets“ wird ihnen dieser Weg zukünftig auch wesentlich häufiger offenstehen.

Etwa 3 000 Menschen mit seelischer Behinderung und ca. 1 000 Menschen mit geistiger Behinderung werden in Niedersachsen außerhalb stationärer Einrichtungen ambulant betreut. Diese Menschen leben entweder in eigenen (Miet-)Wohnungen oder vielfach auch in speziellen Wohngemeinschaften. Die Betreuung richtet sich dabei auf alle praktischen Fragen der Lebens- und Haushaltsführung und ist zumeist an eine stationäre Einrichtung oder eine andere soziale Institution gekoppelt.

Die ambulante Betreuung geistig und seelisch behinderter Menschen hat in den letzten fünf bis zehn Jahren an Bedeutung gewonnen. Es ist daher wahrscheinlich, dass auch zukünftig ein großer Teil des steigenden Wohnbedarfs behinderter Menschen im Bereich der ambulanten Wohnformen entstehen wird. Hierfür sprechen neben der Tatsache, dass ambulante Betreuung zumindest in Fällen mit geringem Pflegebedarf in der Regel finanziell günstiger erbracht werden kann, vor allem die Wünsche der Betroffenen selber.

1.4 Auswirkungen auf die Eingliederungshilfe

Die Bruttoausgaben der Sozialhilfeträger für Eingliederungshilfe¹⁵⁶ haben sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen sind weitere Kostensteigerungen zu erwarten.

Rund 11,5 Mrd. Euro wurden im Jahr 2004 deutschlandweit für die Eingliederungshilfe verwendet. Mit rund 9,1 Mrd. Euro floss der überwiegende Teil dieser Mittel als Sachleistungen in die Einrichtungen der Behindertenhilfe. Rund die Hälfte wurde für Heimkosten verwendet und etwa 3,5 Mrd. Euro für Leistungen der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).

Die Fallzahlen von Menschen mit Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe entwickeln sich regional und aus Perspektive der verschiedenen Sozialhilfeträger sehr

¹⁵⁶ Unter dem Begriff „Eingliederungshilfe“ werden die sozialen Leistungen für Menschen mit Behinderungen zusammengefasst. Grundlage bilden für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche der § 35 a SGB VIII und für Menschen mit seelischen, körperlichen und geistigen Behinderungen die §§ 53 ff. SGB XII. Zum Vergleich: Im Jahr 1963 betragen die Ausgaben für entsprechende Leistungen insgesamt lediglich umgerechnet 46 Mio. Euro.

unterschiedlich. Aufgrund der engen Korrelation von Behinderung und Alter weisen vor allem die Landesteile mit einem hohen Anteil alter Menschen auch einen hohen Anteil von Menschen mit Behinderungen auf. Dies betrifft vor allem den Küstenraum, den Harz und den Landkreis Lüchow-Dannenberg. Insgesamt sind die Kommunen in besonderem Maße vom Anstieg der Leistungen der Eingliederungshilfe betroffen, da sie als Sozialhilfeträger für alle Hilfeempfänger zuständig sind, die das 60. Lebensjahr überschritten haben, während das Land als überörtlicher Sozialhilfeträger für alle jüngeren Altersgruppen verantwortlich ist.

Angesichts der - auch mittelfristig weiterhin zu erwartenden - stetig steigenden Ausgaben in der Eingliederungshilfe und vor dem Hintergrund der Debatte um die Stärkung der Kompetenzen von Ländern und Kommunen sowie dem Paradigmenwechsel weg vom reinen Fürsorgedenken für Menschen mit Behinderungen hin zu einer Stärkung von Selbstverantwortung und Teilhabe sind in Niedersachsen Ansätze zur Weiterentwicklung der inhaltlichen und finanziellen Strukturen in der Eingliederungshilfe realisiert worden, die es weiter auszubauen gilt.

- Im Jahre 2001 wurde das quotale System in der Finanzierung der Sozialhilfe eingeführt. Die örtlichen Träger der Sozialhilfe – Landkreise, kreisfreie Städte sowie die Region Hannover – einerseits sowie das Land als überörtlicher Träger der Sozialhilfe andererseits tragen den insgesamt entstehenden Sozialhilfeaufwand in gemeinsamer Finanzverantwortung. Das quotale System wurde eingeführt, um mit vergleichsweise geringem Verwaltungsaufwand sparsam und wirtschaftlich Hilfen sachgerechter erbringen zu können und mehr Bürgernähe zu erreichen. Bei jeder Entscheidung über Sozialhilfe sind der örtliche und der überörtliche Träger über die Quote „finanziell beteiligt“.
- Mit dem quotalen System ist darüber hinaus das Ziel verbunden, die Kooperation zwischen den kommunalen Körperschaften und dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe gerade im Bereich der Eingliederungshilfe zu stärken und neue Wege zur Fortentwicklung der Leistungen zu gehen. Aufgabe eines paritätisch mit Kommunal- und Landesvertreterinnen und -vertretern besetzten Gemeinsamen Ausschusses nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 Nds. AG SGB XII ist es u. a., den Trägern der Sozialhilfe auch Empfehlungen zur fachlichen Weiterentwicklung der Leistungen der Sozialhilfe zu geben.

Für den Bereich der Eingliederungshilfe in teilstationären und stationären Einrichtungen hat das Land als dafür zuständiger überörtlicher Träger der Sozialhilfe rahmenvertragliche Regelungen mit Verbänden der Leistungsanbieter getroffen, die im Wesentlichen die Zielsetzungen verfolgen

- für vergleichbare Leistungen der Einrichtungsträger Vergütungen in vergleichbarer Höhe zu vereinbaren,
- eine größere Leistungsgerechtigkeit zu erzielen,
- einen zielgenauen Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel zu erreichen sowie
- eine finanzielle Überforderung der Einrichtungsträger einerseits und der Kostenträger andererseits zu vermeiden.

Wichtige Aufgabe in diesem Reformprozess ist es, die gewonnenen Spielräume auf kommunaler und Landesebene verantwortungsbewusst zu nutzen, um gravierende Unterschiede in Preis und Qualität der Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu vermeiden.

Eine wesentliche Neuerung besteht in der Einführung des „persönlichen Budgets“, welches es nach SGB IX behinderten Menschen (und anderen hilfebedürftigen Personengruppen) ermöglicht, Geld- statt Sachleistungen in Anspruch zu nehmen, um so selber entscheiden zu können, welche Hilfeformen und welche Dienstleister in Anspruch genommen werden sollen.

Der Modellversuch zum persönlichen Budget fand in Niedersachsen in den Jahren 2004 und 2005 statt. Er sah allerdings kein trägerübergreifendes Budget, sondern ausschließlich Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für ambulante Hilfen vor. Noch ist die Gewährung in das Ermessen der Sozialhilfeträger gestellt. Erst ab 2008 wird ein genereller Rechtsanspruch bestehen.

Das „persönliche Budget“ wird nicht mehr – wie die Eingliederungshilfe bisher – platzbezogen, sondern personenbezogen gezahlt. Hilfebedürftige Menschen können selbst oder mit Hilfe ihrer gesetzlichen Vertreter die für sie individuell am besten geeigneten Unterstützungsangebote einkaufen und somit den Leistungsanbietern gegenüber als Kunde auftreten, der für sein Geld auch eine angemessene Leistung erwarten kann.

Das „persönliche Budget“ richtet sich insbesondere an Menschen mit Behinderungen, die außerhalb von stationären Einrichtungen leben. Ebenfalls ist es möglich, dass Personen aus stationären Einrichtungen unter Zuhilfenahme des „persönlichen Budgets“ den Schritt in die Eigenständigkeit wagen. Dabei „soll die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten.“ (§ 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX).

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Zur Vervollständig der Ausführungen zum persönlichen Budget muss an dieser Stelle aber auch darauf verwiesen werden, dass die Nachfrage nach dem persönlichen Budget in Niedersachsen bisher sehr gering ist, weil wichtige Rahmenbedingungen bisher einer größeren Nutzung entgegenstehen. Dies sind:

- *Die Grundsätze „ambulante Versorgung darf nicht teurer sein als stationäre Versorgung“ und „das persönliche Budget darf die Kosten einer stationären Versorgung nicht übersteigen“ führen dazu, dass Menschen mit besonders hohem Pflegebedarf das persönliche Budget nicht in Anspruch nehmen können, weil eine angemessene individuelle Bedarfsdeckung ambulant kaum zu den finanziellen Konditionen der stationären Pflege geleistet werden kann.*
- *Mangelnde Informationen auf Betroffenenseite führen dazu, dass Unsicherheiten bestehen, ob ihnen das persönliche Budget Vorteile bringt und ob bei Unzufriedenheit wieder in das System der Sachleistungen zurückgewechselt werden kann.*
- *Die Bewilligung liegt im Ermessen der Sozialhilfeträger, die aufgrund bestehender Unsicherheiten sehr restriktiv entscheiden.*
- *Anbieter von Sachleistungen befürchten, das persönliche Budget könnte die eigene Finanzierung langfristig gefährden, was dazu führt, dass sie der Einführung des persönlichen Budgets teilweise wenig aufgeschlossen gegenüber stehen.*

Diejenigen, die trotz dieser Hürden das „persönliche Budget“ in Anspruch genommen haben, sind dagegen überwiegend zufrieden. Vorteile werden insbesondere darin gesehen, dass das „persönliche Budget“ gute Möglichkeiten für individuelle und kreative Lösungen bietet und somit eine echte Alternative zum tendenziell pauschalisierenden Sachleistungssystem darstellt. Darüber hinaus müssen sich die Anbieter durch dieses Instrument in stärkerem Maße einem Wettbewerb stellen und ihre Leistungen bedarfs- und marktgerecht anpassen, was zu einer Qualitätssteigerung des Angebotes führen kann und sich somit vorteilhaft für die Leistungsnehmer auswirkt.

2 Neue Formen der Integration, Teilhabe und Versorgung von Menschen mit Behinderungen – Handlungsoptionen

Der Weg, der in der Politik für Menschen mit Behinderungen bereits vor einer Reihe von Jahren eingeschlagen wurde und der dem Normalisierungsprinzip folgend vorrangig auf eine Stärkung ihrer Selbstständigkeit und Teilhabe in allen Bereichen der Gesellschaft zielt, sollte konsequent weiterverfolgt werden. Wesentliche Elemente sind dabei die Individualisierung der Hilfeplanung, die durch die Einführung des „persönlichen Budgets“ deutlich erleichtert wird, und damit verbunden die Abkehr der Eingliederungshilfe von pauschalen stationären Versorgungsangeboten hin zu vielfältigen und flexiblen Angebotsstrukturen, aus denen für die betroffenen Personen die notwendige individuelle Unterstützung zusammengestellt werden kann. Wesentliche Elemente sind zunächst die Gestaltung eines barrierefreien Lebens, das eine umfassende gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht.

Wichtige Schritte auf dem Weg zur Integration behinderter Menschen sind umfassende Lern- und Beschäftigungsangebote, die über den Besuch von Förderschulen und die Arbeit in WfbM hinausgehen und den betroffenen Personen in allen Phasen ihres Lebens ein Höchstmaß an selbstbestimmter und eigenständiger Lebensführung ermöglichen.

Einen Rahmen für zukünftige Integration, Teilhabe und Versorgung von Menschen mit Behinderungen soll ein Gleichstellungsgesetz für Niedersachsen bieten, welches mit Blick auf das Benachteiligungsverbot des Artikels 3 des Grundgesetzes und auf der Grundlage der entsprechenden Bundesgesetze Menschen mit Behinderungen nicht länger als Objekte staatlicher Fürsorge, sondern stärker als Bürgerinnen und Bürger mit eigenständigen Rechten und Pflichten betrachtet.

In diesem Zusammenhang ist es notwendig, die Diskussion nicht nur unter Kostenaspekten zu führen, sondern die Chancen zu beschreiben, die die Verwirklichung des Rechts auf gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen birgt. Ziel ist das gemeinsame Leben und Erleben von Menschen mit und ohne Behinderungen.

2.1 Verbesserung von Bildungs- und Lernangeboten für Menschen mit Behinderungen

Lernen und Bildung stellen gerade auch für Menschen mit Behinderungen die wesentliche Grundlage einer möglichst selbstbestimmten Lebensführung dar. Dabei sind geistig behinderte ebenso wie alle anderen Menschen auf eine kontinuierliche Förderung und damit auf ein lebenslanges Lernen angewiesen, um ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten zu entwickeln und zu erhalten.

Entscheidend für Menschen mit Einschränkungen ist dabei ein sehr früher Beginn der Förderung, dadurch kann es teilweise gelingen, drohende Behinderungen zu vermeiden, abzumildern oder aber zumindest ein höheres Maß an Eigenständigkeit zu erreichen. Deshalb sollten das System der Frühförderung in Niedersachsen weiter ausgebaut und teilweise noch bestehende Zugangshemmnisse abgebaut werden.

Da gerade geistige Behinderungen im frühen Kindesalter nicht immer offensichtlich sind, sollten die Erzieherinnen und Erzieher in Krippen, Kindergärten und Horten besser in der Entwicklungsdiagnostik geschult werden, um bestehende Einschränkungen frühzeitig erkennen und gezielt behandeln zu können.

Derzeit wird der überwiegende Teil geistig behinderter Kinder und Jugendlicher in speziellen Förderkindergärten und Förderschulen betreut. Integrative Angebote sind dagegen die Ausnahme. Daher sollten integrative Angebote bedarfsgerecht durch das

Regionale Integrationskonzept¹⁵⁷ ausgebaut werden. Wobei in jedem Einzelfall geprüft werden muss, ob eine sinnvolle Förderung besser in einer Regel- oder Fördereinrichtung vorgenommen werden kann.

Soweit möglich kann dabei ein Teil der Angebote gemeinsam wahrgenommen werden, während andere Angebote, in denen eine speziellere Förderung notwendig ist, innerhalb der jeweiligen Gruppe erfolgt. Der Vorteil einer solchen Lösung besteht darin, dass Menschen mit Behinderungen in den Alltag ganz normaler Einrichtungen integriert sind und sie gleichzeitig eine ihnen angemessene individuelle Förderung erhalten können. Bei insgesamt rückläufigen Schülerzahlen dürften die Räumlichkeiten für kooperative Angebote zur Verfügung stehen. Ziel ist eine möglichst normale Lebensführung behinderter Menschen, um die gesellschaftliche Integration zu verbessern.

2.2 Ausbau der Integration in der Arbeitswelt

Soweit möglich müssen Menschen mit Behinderungen die Gelegenheit erhalten, eine Ausbildung im regulären Ausbildungsmarkt zu absolvieren. Hierzu ist insbesondere eine Beratung von Schülerinnen und Schülern der Förderschulen durch die Integrationsfachdienste und Arbeitsagenturen notwendig. Nur wenn der Weg in den allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund der vorliegenden Behinderung objektiv nicht beschritten werden kann, sollte auf Angebote des Berufsbildungswerks und der WfbM zurückgegriffen werden.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Gerade weil der überwiegende Teil von Kindern mit Behinderungen in speziellen Einrichtungen betreut wird, kann der Anspruch einer gemeinsamen und integrativen Betreuung und Beschulung nicht erreicht werden. Die Integration wird auch nicht dadurch verbessert, dass regionale sonderpädagogische Einrichtungen stärker gebündelt und „Integrationskonzept“ genannt werden. Erforderlich ist vielmehr eine sehr viel bessere und frühzeitigere Förderung von Kindern mit Behinderungen in Einrichtungen, in denen sowohl die Potenziale von Kindern ohne Behinderungen als auch die von Kindern mit Behinderungen individuell und nebeneinander gefördert werden. Nur so können die Grundlagen für eine gelingende Inklusion von Menschen mit und ohne Behinderungen geschaffen werden.

In den WfbM können durch unterschiedliche Maßnahmen und Lernangebote auch Möglichkeiten geschaffen werden, in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu wechseln. Hierzu zählen:

- Vermittlung behinderter Menschen durch Integrationsfachdienste, die im Auftrag der Rehabilitationsträger und Agenturen für Arbeit auf Grundlage des SGB IX (§§ 102 und 109 ff.) agieren und hierfür Mittel aus der Ausgleichsabgabe erhalten.
- Kooperationen mit Firmen des regulären Arbeitsmarktes, in denen Mitarbeiter der WfbM in Form von Praktika zeitlich befristet in den regulären Arbeitsmarkt wechseln, können die Durchlässigkeit zwischen Arbeitsmärkten erhöhen und die Chancen der Mitarbeiter in den WfbM, eine Anstellung im allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden, erhöhen.
- Aufbau von Integrationsfirmen oder Integrationsgruppen innerhalb größerer Betriebe, die jeweils zur Hälfte mit behinderten und nicht behinderten Menschen besetzt sind. Entsprechende Firmen oder Projekte erhalten in Niedersachsen derzeit eine

¹⁵⁷ Regionale Integrationskonzepte (RIK) bündeln die regional vorhandenen sonderpädagogischen Angebote und führen diese im Hinblick auf mehr gemeinsamen Unterricht von allgemeinbildenden Schulen und Förderschulen zusammen. Sie stellen damit ein Instrument dar, um ein regionales integrativ ausgerichtetes System sonderpädagogischer Hilfen zu errichten und umzusetzen.

Startförderung sowie eine betriebswirtschaftliche Beratung durch die Nbank und müssen sich dann am Markt behaupten. In Niedersachsen beträgt die Zahl entsprechender „Integrationsarbeitsplätze“ derzeit etwa 220. Durch eine stärkere Förderung könnten entsprechende Modelle ausgeweitet werden.

2.3 Unterstützung des Wohnens von Menschen mit schweren Behinderungen

Die meisten Menschen mit schweren Behinderungen bevorzugen ein Leben außerhalb stationärer Einrichtungen in der Familie, mit einem Partner, in ambulant betreuten Wohngruppen oder allein. Demzufolge sollte das grundsätzliche Ziel verfolgt werden, den Rechtsanspruch von Menschen mit Behinderungen auf ein möglichst selbstbestimmtes und weitgehend eigenständiges Leben zu erfüllen. Dazu gehört insbesondere auch die Erfüllung ihrer Wohnwünsche.

Deshalb sollte vor allem die Unterstützung für Familien mit behinderten Kindern ausgebaut werden. Anforderungen und Möglichkeiten bestehen zum Beispiel

- in der Verbesserung des Zugangs zur Tagesbetreuung von 0- bis 3-jährigen behinderten Kleinkindern in (integrativen) Krippen oder durch geeignete Tagesmütter,
- im Ausbau von Frühförderungsangeboten und einer Verbesserung der Abstimmung von Frühförderung und Kindertagesstätten, um die Potenziale behinderter Kinder von Anfang an zu entwickeln und zu fördern,
- in der Flexibilisierung von Betreuungszeiten in der Kindertagesbetreuung, da behinderte Kinder teilweise weniger belastbar sind (und daher entsprechende Angebote nur zeitlich begrenzt wahrnehmen können) und sie teilweise eine höhere Krankheitsanfälligkeit haben oder häufig Therapietermine wahrnehmen müssen,
- im Ausbau familienunterstützender Dienste, die bei Belastungssituationen in den Familien zum Beispiel durch Betreuung in Krankheitsfällen helfen können.

Ziel dieser Maßnahmen sollte es sein, den betroffenen Familien ein weitgehend normales Leben zu erlauben, wozu insbesondere die Möglichkeit zur Ausübung eines Berufes für beide Elternteile gehört. Gleichzeitig soll die häufig stattfindende Isolation von Eltern, die ein behindertes Kind betreuen, vermieden werden. Hierzu kann auch die Unterstützung von Selbsthilfegruppen für Betroffene beitragen, in denen sich soziale Kontakte und gegenseitiger Rat und Unterstützung entwickeln können.

Aber auch für erwachsene Menschen mit schweren Behinderungen, die auf Unterstützung angewiesen sind, müssen aufgrund steigender Fallzahlen weitere Wohnkapazitäten geschaffen werden. Dabei sollte insbesondere auf gemeinde- und familiennahe Wohnangebote mit gemischter Altersstruktur gesetzt werden. Hierzu sind entsprechende familienunterstützende Maßnahmen auszubauen und auch Formen der Selbsthilfe zu unterstützen.

Gute Möglichkeiten bestehen auch im Ausbau ambulant betreuter Wohnangebote. Diese sind, bei geringerem Pflegebedarf, zum einen kostengünstiger und entsprechen zum anderen weit eher den Wohnwünschen der Betroffenen als die stationäre Unterbringung im Wohnheim.

Bei allen ambulanten Betreuungsformen – insbesondere für alleinlebende Menschen mit Behinderungen – muss jedoch auch beachtet werden, dass diese Menschen nicht vereinsamen. Diese Gefahr besteht auch deshalb, weil geistig und seelisch behinderte Menschen oft nur eingeschränkt in der Lage sind, ein soziales Umfeld aufzubauen.

Grundsätzlich gilt, dass schwer- und auch schwerstbehinderte Menschen nicht isoliert werden dürfen, sondern alle Möglichkeiten für ein der Behinderung angepasstes Leben in der Gesellschaft erhalten sollen. Eine Voraussetzung hierfür ist die Abkehr vom bisherigen „Fürsorgedenken“ hin zum Ansatz, dass Menschen mit Behinderungen Teil der Gesellschaft sind und auch ihren Anteil am Gemeinschaftsleben leisten können.

Ganz entscheidend in diesem Zusammenhang sind Überlegungen, wie Menschen mit Behinderungen stärker ins Stadtleben integriert werden und dort auch Aufgaben für die Gemeinschaft übernehmen können.

2.4 Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen im Alter

Die Anzahl alter Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen wird in den kommenden Jahren deutlich steigen, und erstmals wird eine Generation geistig behinderter Menschen das Rentenalter erreichen. Gleichzeitig sinken für ältere Menschen mit Behinderungen die familiären Betreuungsmöglichkeiten.

Hieraus ergeben sich sowohl für den Alltag in stationären Einrichtungen als auch für alle ambulanten und familiären Wohnformen von Menschen mit Behinderungen neue Anforderungen:

- Unter der Voraussetzung, dass insbesondere geistig und seelisch behinderte Menschen, die ihr Leben in einem Wohnheim verbracht haben, nach ihrem Ausscheiden aus der WfbM nicht in ein Altenpflegeheim übersiedeln, müssen sich die Wohnheime für Menschen mit Behinderungen auf einen ansteigenden (Alten-) Pflegebedarf einstellen.
- In einer Vielzahl der Einrichtungen wird es aufgrund der personellen Qualifikationen und Kapazitäten schwierig sein, den pflegerischen Mehraufwand aus eigener Kraft zu leisten. Zwar ließen sich Teile des entstehenden pflegerischen Mehraufwands für ältere Behinderte über das „persönliche Budget“ abdecken, weitaus angemessener wäre es allerdings, diesen Aufwand aus den Mitteln der Pflegeversicherung zu decken, wozu allerdings eine Gleichstellung von Wohnheimen mit Privathaushalten notwendig wäre.

Menschen mit Behinderungen im Rentenalter haben – wie alle übrigen Menschen – das Bedürfnis nach und den Anspruch auf eine sinnvolle und erfüllende Tagesgestaltung. Für die Sicherung der Lebensqualität ist es dabei insbesondere notwendig,

- zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen und zu erhalten,
- eigene Interessen und Hobbys zu entwickeln,
- sinnvolle Tätigkeiten auszuführen,
- kulturelle Teilhabe und Weiterbildung zu erfahren,
- Privatsphäre erleben zu können und
- eine angemessene gesundheitliche Versorgung zu erhalten.

Menschen mit Behinderungen brauchen gerade im Alter in diesen Punkten vielfach Unterstützung. Dies betrifft sowohl ein Leben innerhalb als auch außerhalb stationärer Einrichtungen.

Verbleiben die aus dem Arbeitsleben ausgeschiedenen Menschen mit Behinderungen in ihren Wohnheimen, so muss durch entsprechende Angebote die Befriedigung der genannten Bedürfnisse gewährleistet werden; für die Betreuenden entstünden dann nicht nur neue inhaltliche Anforderungen, sondern auch die Notwendigkeit zur Ausweitung von Personalkapazitäten zur Abdeckung der Tagesbetreuung. Neben der reinen Freizeitgestaltung sollten auch unterschiedliche Lern- und Trainingsmöglichkeiten angeboten werden, um die geistige Mobilität und Selbstständigkeit der Heimbewohner so lange wie möglich zu erhalten.

Von großer Bedeutung ist auch die Schaffung entsprechender Angebotsstrukturen für alte Menschen mit Behinderungen, die in ambulanten Wohnformen oder in ihren Familien leben. Tagesstrukturierende Angebote für diesen Personenkreis sind allerdings noch sehr wenig entwickelt, sodass vielerorts zunächst Aufbauarbeit geleistet werden muss.

Im besten Falle geschieht dies in Kooperation unterschiedlicher Träger, die sich auf regionaler oder kommunaler Ebene abstimmen sollten, um Fehlplanungen zu vermeiden und Synergien zu nutzen. In diesem Rahmen kann der Bedarf an tagesstrukturierenden Angeboten sowie der Bestand bereits vorhandener Möglichkeiten ermittelt und die Vernetzung und gemeinsame Angebotsentwicklung unterschiedlicher Institutionen und Dienstleister gefördert werden.

2.5 Anpassungen im System der Eingliederungshilfe

Das Angebot der Eingliederungshilfe, welches bisher als Sachleistungssystem hauptsächlich auf eine stationäre Versorgung und Betreuung schwerbehinderter Menschen ausgerichtet war, hat sich vor dem Hintergrund steigender Fallzahlen als sehr kostenintensiv erwiesen. Dabei ist es nur in begrenztem Maß darauf ausgerichtet, den individuellen Bedürfnissen behinderter Menschen zu entsprechen. Ein Umbau oder zumindest eine umfassende Ergänzung der bestehenden Strukturen scheint daher dringend geboten und sollte dem „6-I-Programm“ folgen:

1. Identitätsentwicklung behinderter Menschen und Stärkung des Selbstbewusstseins als Bestandteil der Gesellschaft,
2. Individualisierung der Hilfeplanung durch passgenaue Maßnahmenzusammenstellung,
3. Integration von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen der Gesellschaft,
4. Infrastrukturwandel durch Veränderung der bestehenden pauschalen Vollversorgungsangebote zu einer nach dem Bausteinprinzip zu nutzenden Angebotspalette,
5. Information aller Beteiligten über ihre Rechte und Pflichten sowie die lokalen Angebotsstrukturen,
6. Inklusion aller genannten Bereiche zu einem abgestimmten Gesamtkonzept.

Mit der Einführung des „persönlichen Budgets“ ist ein erster wichtiger Schritt zur Umsetzung dieser Leitlinien erfolgt. Erfahrungen aus ersten Modellversuchen zeigen, dass durch dieses flexibel anzuwendende Instrument die Eigenständigkeit und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen nachhaltig verbessert werden können. Allerdings haben sich bei den bisher noch wenigen Anwendungsfällen auch Unsicherheiten und Verbesserungsmöglichkeiten gezeigt, die bei einer Ausweitung der Anwendung spätestens bei der Einführung des Rechtsanspruches auf das „persönliche Budget“ im Jahr 2008 berücksichtigt werden sollten:

- Die Informationen über die Nutzungsmöglichkeiten des „persönlichen Budgets“ sollten verbessert werden und möglichst alle Betroffenen erreichen. Neben der für viele Menschen mit Behinderungen relevanten Frage, ob im Bedarfsfall eine spätere Rückkehr in das Sachleistungssystem möglich ist, muss dabei auch geklärt werden, welche Leistungen über das Budget abgedeckt und lokal angeboten werden können.
- Ebenso muss die Frage der Finanzierung der Budget-Assistenz geklärt werden. Eine derartige Assistenz soll den betroffenen Personen oder ihren Betreuern helfen, einen optimalen Mix aus Einzelleistungen zusammenzustellen und alle dazu notwendigen Formalitäten zu erledigen. Bestenfalls sollte für betroffene Personen jeweils nur ein Ansprechpartner (Case-Manager) zur Verfügung stehen. Die Anbindung der Budget-Assistenz an den Sozialhilfeträger ist eine Möglichkeit; dabei sollten sich seine Entscheidungen jedoch primär an den Interessen der Betroffenen und weniger an Kostenaspekten ausrichten. Gegebenenfalls sind für diese Funktion neue Instanzen zu schaffen.
- Bei der Ermittlung des Hilfebedarfs sollte die Beteiligung der Betroffenen ausgeweitet werden, um die individuelle Anpassung der Leistungen zu verbessern. Ein geeignetes Instrument ist die Aufstellung von „Teilhabeplänen“. Diese helfen den

behinderten Menschen bei der Artikulation ihrer Wünsche und Forderungen und können damit auch für die Leistungsanbieter handlungsleitend werden.

- Da der Grundsatz gilt, dass das „persönliche Budget“ die bisher für Sachleistungen aufgewendeten Kosten nicht übersteigen darf, ist es bislang nur für Menschen mit geringerem Pflegebedarf nutzbar. Um – dem Auftrag des SGB folgend – möglichst allen Menschen eine selbstbestimmte Lebensführung zu eröffnen, müssen Wege gefunden werden, die die Nutzung des „persönlichen Budgets“ auch bei hohem Pflegebedarf – und damit verbundenen höheren Kosten – zulassen.
- Vielerorts müssen ambulante Angebotsstrukturen, die im Sinne eines Baukastensystems bedarfsgerecht zusammengestellt werden können, erst aufgebaut werden. Hier besteht ein Unterstützungsbedarf, da gerade in weniger dicht besiedelten Regionen die Marktkräfte allein nicht ausreichend sein könnten.
- Da die Leistungen im Rahmen des „persönlichen Budgets“ durch eine Vielzahl teils gemeinnütziger, teils privater Anbieter erbracht werden, sollten Verfahren eingeführt werden, die die Qualität der erbrachten Leistungen sicherstellen. Darüber hinaus sollte der fachliche Diskurs zur Fortentwicklung des Instruments – unter Einbeziehung von Betroffenenvertretungen – weitergeführt werden.

Insgesamt wird die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungsanbietern zu verbessern sein, um die Angebote zu optimieren und Synergiepotenziale nutzen zu können. Eine gute Möglichkeit besteht hierbei in der Einrichtung von „Servicestellen“, die aus einer Hand über das lokale Angebot unterrichten, Betroffene bei der Wahrnehmung von Leistungen unterstützen und von den Leistungsanbietern gemeinsam getragen werden.

Ein wichtiger Schritt zur Optimierung der Eingliederungshilfe ist der weitere Abbau der Barrieren zwischen stationärer und ambulanter Betreuung ebenso wie zwischen den unterschiedlichen Kostenträgern auf Landes- und kommunaler Ebene.

Bei allen anstehenden Änderungen der Eingliederungshilfe sollte geprüft werden, inwieweit der Verwaltungsaufwand für die Sozialhilfeträger, die Leistungserbringer sowie die Betroffenen selbst möglichst gering gehalten oder sogar reduziert werden kann.

Im Bereich der Versorgung mit Wohnraum zeichnet sich ab, dass das aktuelle Platzangebot mittelfristig nicht ausreichen wird. Landesweit wird von einem jährlichen Neubedarf im Umfang von rund 300 Plätzen ausgegangen. Das aktuelle Platzangebot sollte daher sehr genau beobachtet werden. So muss ein bedarfsgerechtes Verhältnis zwischen Wohnheimplätzen und ambulanten Angeboten vorgehalten werden. Die Nachfragesituation wird sich hier durch die Einführung des persönlichen Budgets vermutlich ändern.

IV Gesundheitsvorsorge, medizinische Versorgung und Pflege

1 Auswirkungen des demografischen Wandels auf die medizinische Versorgung in Niedersachsen

Um den Bedarf an gesundheitsbezogener Infrastruktur abzuschätzen, bedarf es einer breiteren Sichtweise der Begriffe Gesundheit und Krankheit. Gesundheit wird als ein erstrebenswerter Zustand oder als erstrebenswertes „Kapital“, als ein wichtiger Teil des Humankapitals, angesehen.

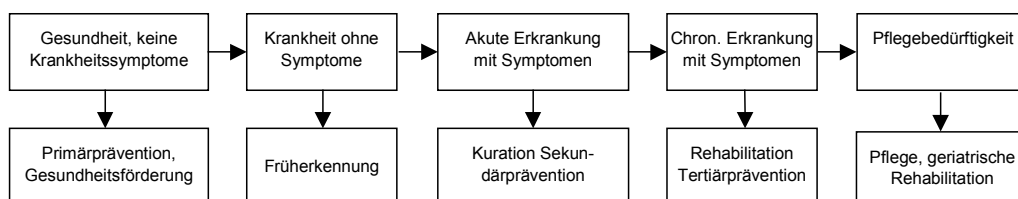
Gesundheit soll erhalten bleiben oder eine Gefährdung möglichst früh, vor Auftreten von Symptomen, erkannt werden. Dafür gilt es die richtigen Rahmenbedingungen und die lokale Infrastruktur zu schaffen: Primärprävention und Früherkennung.

Wenn Gesundheit verloren geht, d. h. Krankheit auftritt, sind zunächst der Kranke, seine Familie und seine soziale Umwelt gefordert, sie zu behandeln oder professionelle Hilfe zur Behandlung zu suchen, mit dem Ziel, die Krankheit – möglichst ohne negative gesundheitliche Folgeschäden – auszuheilen: Kuration.

Kommt es doch zu dauerhaften Schäden, vor allem zum Auftreten chronischer Erkrankungen, geht es darum, die chronische Krankheit zu lindern, die Verschlimmerung zu verlangsamen und die Folgen zu bewältigen: Sekundärprävention, Disease Management, Rehabilitation, Minderung und Hinauszögern von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit, Verhinderung von Pflegebedürftigkeit.

Im Falle von Pflegebedürftigkeit geht es um Linderung von Leiden, Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. In späten Stadien von Pflegebedürftigkeit entsteht zunehmend auch Bedarf an palliativmedizinischen und Hospizleistungen (zu den Phasen und Leistungsbereichen vgl. Abbildung 190).

Abbildung 190: Krankheitsphasen und Arten der Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung nach ROSENBROCK, GERLINGER (2006: 23).

Die verschiedenen Stadien gesundheitlicher Versorgung erfordern einen Mix von professionellen Dienstleistungen verschiedener Qualifikation, ehrenamtlichen Leistungen und Hilfen sowie Eigenleistungen (damit auch Hilfe zur Selbsthilfe).

Das deutsche Gesundheitssystem ist sehr auf professionelle Hilfe ausgerichtet, mit einer im internationalen Vergleich starken Betonung der Stellung der Ärztinnen und Ärzte. Die Betonung liegt eindeutig auf der Kuration akuter und chronischer Erkrankungen und der im internationalen Vergleich gut ausgebauten Rehabilitation. Deutliche Defizite bestehen in der Prävention und in der sachgemäßen Versorgung chronisch kranker Menschen. Diese Defizite werden durch eine bislang relativ strenge Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung verstärkt. Im Zuge des demografischen Wandels wird eine Beseitigung dieser Schwächen, die in verschiedenen Reformschritten der letzten Jahre bereits begonnen wurde, immer dringlicher.

Die Kompetenzen für die gesundheitliche Versorgung verteilen sich auf die föderalen Ebenen. Land und Kommunen haben wesentliche Verantwortung und Zuständigkeit für die Planung und Bereitstellung einer ausreichenden gesundheitsbezogenen Infrastruktur, auch wenn der Sicherstellungsauftrag in einigen Bereichen bei anderen Institutionen wie z. B. den kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen liegt.

Im Art. 74 GG ist die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz geregelt. Konkurrierende Gesetzgebung impliziert, dass der Bund gesetzliche Regelungen unter bestimmten Voraussetzungen treffen kann. Macht er hiervon nicht Gebrauch, können die Länder eigene Regelungen treffen. In Abs. 1 Nr. 19 und Nr. 19a werden die Bereiche des Gesundheitswesens angesprochen, die in diesen Bereich fallen. In Nr. 19 ist z. B. die Zulassung von Ärzten und anderen Heilberufen sowie von Gesundheitsgewerben (z. B. Apotheken) angesprochen. Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Pflegesätze werden in Nr. 19a benannt.

Des Weiteren muss die Zustimmung der Länder zu Bundesgesetzen im Bundesrat jedoch nach Art. 104a Abs. 4 eingeholt werden, wenn die Länder von der Bundesgesetzgebung finanziell betroffen werden. Dies betrifft ebenfalls Regelungen im Gesundheitswesen, nämlich z. B. dann, wenn eine Steuerfinanzierung die Länder belastet.

Schließlich wird in Bundesgesetzen zur weiteren Konkretisierung auf die Landesgesetze verwiesen. Dies gilt z. B. für die Krankenhausfinanzierung sowie für die soziale Pflegeversicherung.

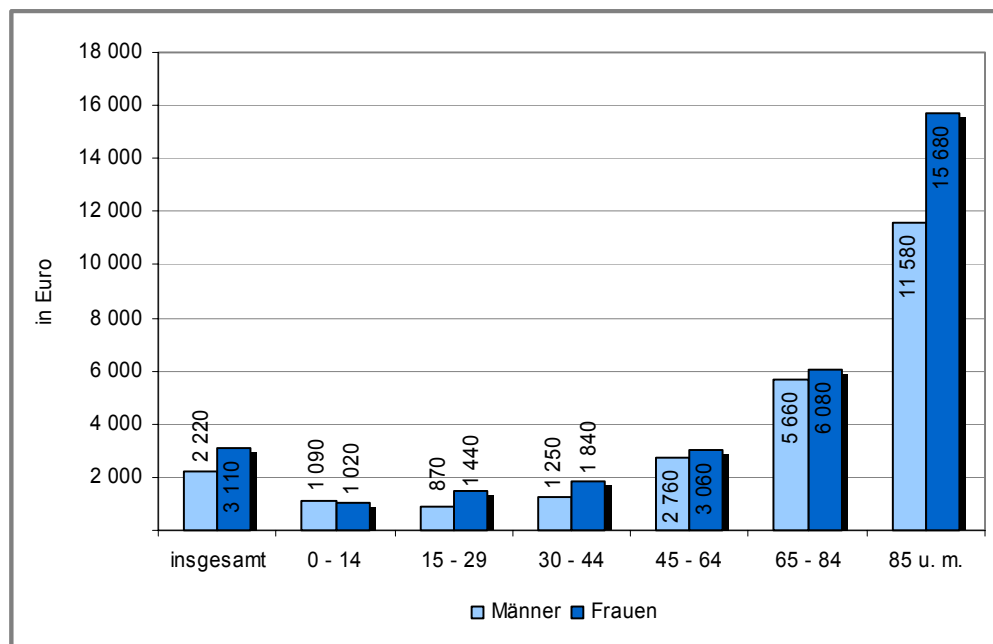
In der Folge der Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Februar 2007 wurde im Rahmen einer Sonder-Gesundheitsministerkonferenz die Schaffung eines künftigen Ordnungsrahmens der Krankenhausversorgung angesprochen. Die jahrelange Vernachlässigung einer ausreichenden Krankenhausinvestitionsfinanzierung durch manche Länder hat dazu geführt, dass erneut die monistische Finanzierung von Betriebskosten und Investitionskosten im Krankenhaus durch die gesetzliche Krankenversicherung als Alternative zur noch geltenden dualen Finanzierung (Betriebskostenfinanzierung durch die Versicherungen und Investitionsfinanzierung durch die Länder) angesprochen wurde.

1.1 Herausforderungen des demografischen Wandels an Gesundheitskosten und Gesundheitsinfrastruktur

Die Ausgaben für Gesundheit stehen angesichts der Betonung der Behandlung von Krankheit in engem Zusammenhang mit der relativen Häufigkeit von kostenaufwendigen Krankheiten. Rein statistisch gesehen lässt sich feststellen, dass die Häufigkeit von Krankheiten und die Ausgaben pro Kopf mit dem Alter ansteigen. Daher führt ein im Zuge des demografischen Wandels steigender Anteil älterer Menschen zu überproportionalen Ausgabensteigerungen im Gesundheitsbereich – selbst wenn weder der technische Fortschritt noch Preissteigerungen die Ausgaben in die Höhe treiben würden. Die Gesundheitskosten, die alle Aufwendungen für Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege von Erkrankungen und Unfällen beinhalten, sind für Deutschland getrennt nach Altersgruppen und Geschlecht in der Abbildung 191 aufgezeigt.¹⁵⁸

¹⁵⁸ Der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherungen betrug im Jahr 2004 ca. 56,3 % und der Anteil der privaten Krankenversicherungen in etwa 9 % der Gesamtkosten.

**Abbildung 191: Gesundheitskosten in Deutschland 2004
(pro Kopf, nach Altersgruppen und Geschlecht)**



Datengrundlage: StBA (2006: 28). Eigene Darstellung.

Bis zu einem Alter von etwa 45 Jahren steigen die Ausgaben relativ gering an, und die der Frauen liegen höher als die der Männer. Ab diesem Alter nehmen die Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und die Gesundheitskosten generell deutlich zu. Dieses Muster legt den Schluss nahe, dass ein höherer Anteil von älteren Menschen, wie er im Zuge des demografischen Wandels zu erwarten ist, auch bei unveränderter Bevölkerungsgröße zu Kostensteigerungen führen würde; selbst dann, wenn keine Auswirkungen des technischen Fortschritts oder von Preissteigerungen aufträten. Die Besonderheit der Interaktion von Gesundheitsversorgung und demografischem Wandel liegt allerdings darin, dass die Gesundheitsversorgung den demografischen Wandel mit beeinflusst: Denn eine gute (häufig auch teure) Gesundheitsversorgung verbessert die Gesundheit. Ein wesentlicher Indikator verbesserter Gesundheit ist jedoch eine steigende Lebenserwartung, die wiederum ein Element des demografischen Wandels ist und die Alterung der Bevölkerung bestimmt.

Allerdings gibt es zwei unterschiedliche Erklärungsansätze für diese Muster, die im Zuge des demografischen Wandels sehr unterschiedliche Konsequenzen zeigen: Die „Kompressionsthese“ besagt, dass im Zuge des technischen und sozialen Wandels in allen Lebensaltersstufen die Sterbewahrscheinlichkeit der Menschen sinkt (damit steigt die Lebenserwartung) und sie in allen Altersstufen gesünder werden (vgl. FRIES 1980; FRIES 2003; FRIES, GREEN, LEVINE 1989). Die Zeiten ernsthafter und teurer Erkrankungen konzentrieren sich auf die Zeit knapp (ein bis zwei Jahre) vor dem Tod. Empirische Untersuchungen zeigen, dass die Krankheitskosten vor dem Tod bei jünger Versterbenden höher sind als bei Menschen, die im hohen Alter sterben (vgl. BREYER, FELDER 2006). Nachdem mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Jahr zu sterben, zunimmt, ergeben sich dadurch altersspezifische Ausgabenprofile, die mit dem Alter steigende Gesundheitsausgaben pro Kopf aufweisen. (Betrachtet man dagegen nur die Kostenprofile der in einem Jahr nicht Versterbenden, so weisen sie mit dem Alter nur einen geringen Anstieg auf. Die Kosten der Sterbenden verlaufen auf einem höheren Niveau ebenfalls relativ flach.)

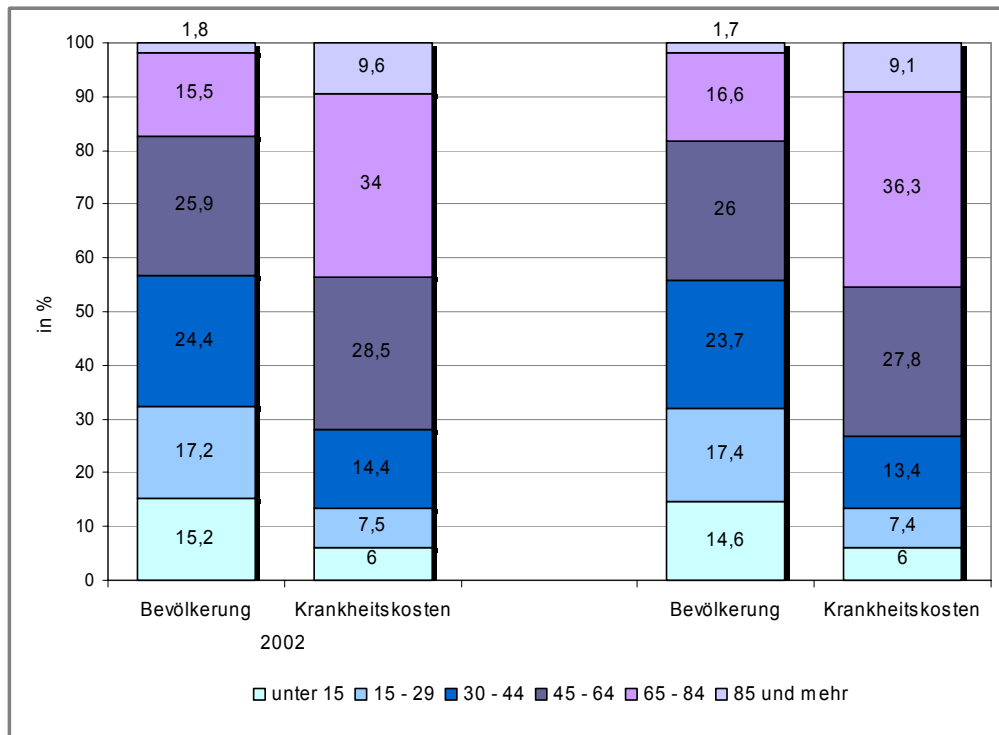
Die „Medikalisierungsthese“ besagt, dass die Menschen im Laufe der Zeit zwar eine geringere Sterbewahrscheinlichkeit in allen Altersstufen erreichen, sie jedoch mit stei-

gendem Alter eine deutliche Verschlechterung ihrer Gesundheit erfahren und häufig im fortgeschrittenen Alter unter sehr schlechter Gesundheit und unter Pflegebedürftigkeit leiden (vgl. OLHANSKY et al. 1990; OLHANSKY et al. 2001; HENKE, REIMERS 2006). Auch in diesem Fall steigt die Lebenserwartung, die Lebensqualität nimmt im höheren Alter jedoch ab, und die Gesundheitskosten nehmen im Durchschnitt (auch bei den Überlebenden) zu. Man unterscheidet „gesunde“ Lebenserwartung (d. h. bis zum Eintritt schwerer Pflegebedürftigkeit) und die Lebenserwartung insgesamt.¹⁵⁹

Trifft die „Kompressionsthese“ zu, so würden mit steigender Lebenserwartung nicht unbedingt die Gesundheitskosten entsprechend steigen, da ja die älteren Menschen, die jetzt hohe Gesundheitskosten aufweisen, künftig gesünder wären. Bei Zutreffen der „Medikalisierungsthese“ würden dagegen die Kosten für die immer zahlreicher werdenden älteren Menschen und Hochbetagten entsprechend ansteigen.

Vieles spricht dafür, dass beide Thesen gleichzeitig zutreffen: Es zeichnet sich ab, dass der Gesundheitszustand und die gesunde Lebenserwartung vor allem der Angehörigen der Ober- und der oberen Mittelschicht steigen. Für die Unter- und die untere Mittelschicht trifft häufig die „Medikalisierungsthese“ zu (vgl. MIELCK 2000).

**Abbildung 192: Krankheitskosten in Deutschland 2002 und 2004
(nach Altersgruppen, in %)**



Quelle: StBA (2006: 27). Überarbeitete Darstellung.

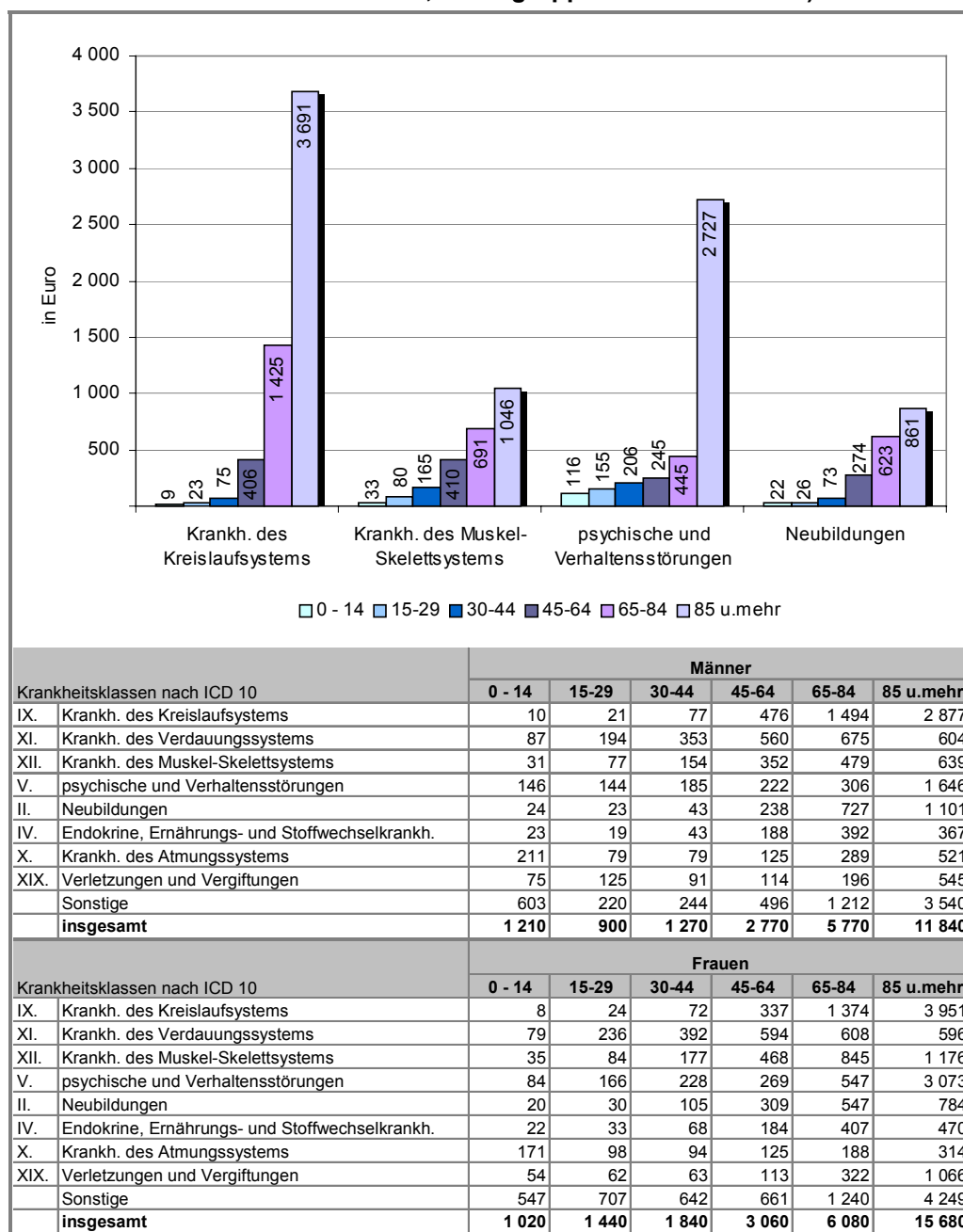
Hinsichtlich der aus der „Kompressionsthese“ abzuleitenden Beziehung zwischen Gesundheitskosten älterer Menschen und ihres immer besser werdenden Gesundheitszustandes besteht jedoch noch eine Unsicherheit: Häufig ist der relativ gute Gesundheitszustand älterer Menschen nicht nur auf ihr verbessertes Gesundheitsverhalten und eine erfolgreichere Prävention zurückzuführen. Vielmehr führt oft die Inanspruchnahme (häufig teurer) medizinischer Behandlungen zu einer Gesundheitsverbesserung und -stabilisierung. Dies ist auch eine Ursache für steigende Gesundheits-

¹⁵⁹ So entsteht nach Schätzungen der WHO für das Jahr 2002 in Deutschland bei Männern ein „Verlust gesunder Lebensjahre“ von 5,9 Jahren, bei Frauen von 7,6 Jahren (vgl. WHO 2003: 167).

kosten als Folge des technischen Fortschritts (z. B. operative Behandlungsmethode wie Bypass-Operationen, Hüft- und Kniegelenkoperationen bis hin zu immer höherem Alter und medikamentösen Behandlungen verschiedener Erkrankungen wie Insulintherapie bei Diabetikern).

Der Anteil der Krankheitskosten der deutschen Bevölkerung ist in den höheren Altersgruppen deutlich überproportional (Abbildung 192). So haben im Jahr 2004 die 1,7% der Bevölkerung im Alter von über 85 Jahren 9,1 % der Gesundheitsausgaben verursacht, das Sechstel der Bevölkerung im Alter zwischen 65 und 85 Jahren mehr als ein Drittel der Gesundheitsausgaben.

Abbildung 193: Krankheitskosten pro Kopf in Deutschland 2004 (in Euro, nach Krankheitsklassen, Altersgruppen und Geschlecht)



Anmerkung: Die Werte sind gerundet.
 Datengrundlage: StBa (2006: 28 ff.). Eigene Darstellung.

Die Verteilung der Ausgaben und damit der eingesetzten Gesundheitsressourcen ist bei verschiedenen Krankheiten unterschiedlich hoch. Insbesondere die Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten und von teuren Arzneimitteln sind wesentliche Kostenfaktoren. Gerade in diesen Ausgabenkategorien sind auch in den letzten Jahren deutliche Zuwächse zu verzeichnen gewesen. Zudem steigen die Kosten einzelner Krankheitsarten auch mit dem Alter oft deutlich an (vgl. Abbildung 193, StBA 2006: 25-33).

1.2 Prävention und Gesundheitsförderung

Die Erhaltung der Gesundheit wird von jungen wie von alten Menschen als eines der wichtigsten Lebensziele genannt. Gesundes Älterwerden ist nicht allein eine Frage der körperlichen und seelischen Gesundheit, sondern umfasst neben gesundheitlichem Wohlbefinden und gesundheitsbewusstem Verhalten auch eine aktive Lebensführung und eine positive Lebenseinstellung.

Prävention und Gesundheitsförderung sind notwendig, um Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden der Menschen – und damit die Fähigkeit zur eigenständigen Lebensführung – möglichst lange zu erhalten. Eine gesundheitsbewusste Lebensweise während der gesamten Lebensspanne ist eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheit im Alter. Gesundheitsförderung bereits im frühen Kindesalter ist daher unverzichtbar. Allerdings können viele Krankheitsprozesse auch durch später einsetzende gesundheitsfördernde Maßnahmen noch effektiv beeinflusst werden. Es ist daher in jedem Lebensalter sinnvoll, mit Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung zu beginnen oder sie fortzuführen.

Viele Veränderungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, die ausschließlich dem Alterungsprozess zugeschrieben werden, treten ein, weil vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten zu wenig genutzt werden. Ein geringes Maß an körperlicher oder geistiger Aktivität, Suchtverhalten sowie Fehlernährung korrelieren eng mit einer Reihe von Krankheiten bzw. stellen Risikofaktoren für diese Krankheiten dar, die wiederum erhebliche Einbußen an Selbstständigkeit im Alter zur Folge haben können. Dies gilt beispielsweise für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall sowie Hüftfrakturen.

Die Finanzierung des Gesundheitssystems hängt nur zu einem Teil von der demografischen Entwicklung, im Wesentlichen aber von anderen Faktoren ab. Insbesondere zählen hierzu die Entwicklung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse, die Krankenversicherungssysteme, ggf. steuerliche Finanzierungen sowie der medizinisch-technische Fortschritt. Um vor diesem Hintergrund die Versorgungssicherheit und die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems aufrecht zu erhalten, ist es notwendig,

1. die gesundheitliche Potenziale der nachwachsenden Generationen möglichst effektiv zu erhalten,
2. die Gesundheit älterer Menschen so lange wie möglich zu erhalten, um die Möglichkeiten zur eigenständigen Lebensführung zu sichern und den gesundheitlichen Versorgungsbedarf zu reduzieren

Mangel- bzw. Fehlernährung und dabei vor allem eine Unterversorgung mit Vitaminen und Proteinen oder auch eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme sind insbesondere bei älteren Menschen weit verbreitet. Gerade im Alter kann falsche oder mangelhafte Ernährung weit reichende Folgen haben: Neben einer verzögerten Wundheilung, dem erhöhten Risiko eines Knochenbruchs, dem Verlust an Muskelmasse, Kreislaufproblemen sowie einer Schwächung des Immunsystems kann Mangelernährung auch zu einer erhöhten Anfälligkeit für Druckgeschwüre führen.

Durch geeignete Maßnahmen kann auch Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen älterer Menschen vorgebeugt werden. Dabei stehen neben der Vermeidung von Karies

vor allem die Maßnahmen im Mittelpunkt, die Einschränkungen der Nahrungsaufnahme beheben können – z. B. die Verbesserung der prothetischen Versorgung oder die Vermeidung von Druckgeschwüren, die sonst dazu führen, dass Zahnersatz nicht getragen wird.

Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit treten auch noch im höheren Erwachsenenalter auf. Zwar liegen detaillierte Erhebungen, die belegen, wie viele Menschen im Alter ab 60 Jahren tatsächlich von Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit betroffen sind, nicht vor. Sicher ist aber, dass Alkohol, Tabak und psychoaktive Medikamente ein gravierendes Problem auch unter älteren und alten Menschen darstellen. Die Bereitschaft von älteren Menschen, bei solchen Problemen Beratung und Behandlung in Anspruch zu nehmen, ist allerdings bisher sehr gering. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Zahl der von Suchtmittelmissbrauch betroffenen Älteren in den nächsten Jahren noch zunehmen wird. Konkrete Prognosedaten liegen allerdings nicht vor. Die Aufklärung und Unterstützung in diesem Feld ist ungeachtet dessen jedoch auch im Alter ein wichtiger Aspekt der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Notwendigkeit der Suchtmittelprävention muss aber nicht nur Ältere, sondern insbesondere auch junge Menschen ansprechen, um auch die Zahl der Fälle von Missbrauch im Alter zu verringern.

Aufgrund vielfältiger Anpassungsanforderungen im Alltag sowie sprachlicher und kultureller Barrieren ist die Beteiligung der Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund an Maßnahmen der Gesundheitsprävention besonders gering: Sie lassen sich in geringerem Umfang impfen, nehmen seltener an Vorsorgeuntersuchungen teil und haben bei der Versorgung chronischer Erkrankungen einen Nachholbedarf. Auch Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen nehmen unterdurchschnittlich das Angebot an Vorsorgeuntersuchungen wahr.

Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens ist es, zu einer aktiven Gesundheitspolitik beizutragen. Prävention und Gesundheitsförderung sind darauf gerichtet, vermeidbare Gesundheitsrisiken zu verringern, auf gleiche Gesundheitschancen für alle Bürgerinnen und Bürger hinzuwirken und deren gesundheitsbezogene Eigenverantwortung zu stärken. Dies gilt – unabhängig von der demografischen Zusammensetzung – für die gesamte Bevölkerung und setzt eine enge Verknüpfung mit zahlreichen anderen Aufgaben voraus, auch solchen, die eher mittelbar mit dem Handlungsfeld Gesundheit verbunden sind.

Das am 01.01.2007 in Kraft getretene Niedersächsische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) ist deshalb dadurch gekennzeichnet, dass dem öffentlichen Gesundheitsdienst zunehmend gruppen- bzw. lebensraumbezogene und präventive Leistungen ebenso zukommen wie die Initiierung, Koordinierung und Qualitätssicherung von gesundheitlichen Programmen. Da das Gesetz ganz wesentlich auf Deregulierung und Stärkung der kommunalen Selbstverwaltung abstellt, werden auch die Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention nach § 4 NGöGD (wie deren Umgestaltung angesichts demografischer Veränderungen) von den Kommunen als Pflichtaufgaben im eigenen Wirkungskreis wahrgenommen. Damit sind zwar nicht die Aufgaben selbst, wohl aber Art und Umfang der Durchführung weitgehend in die Entscheidung der Landkreise und kreisfreien Städte gestellt.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Das novellierte NGöGD wird den gesellschaftlichen Anforderungen und Aufgaben nicht gerecht. Fachliche Forderungen der Jugendministerkonferenz wurden nicht umgesetzt. Das Land räumt den Kommunen mehr Handlungsspielräume ein, zieht sich aber aus seiner Verantwortung fast vollständig zurück. So wurden z. B. keine einheitlichen Standards für Schuleingangsuntersuchungen festgelegt. Untersuchungen in Kindertagesstätten sind ebenfalls nicht vorgesehen. Damit wird

das Präventionsprinzip unterlaufen, weil die Möglichkeiten zur Früherkennung von Fehlentwicklungen und Missbrauch aufgegeben werden. Das NGöGD bleibt damit weit hinter den mit verantworteten Forderungen der Jugendministerkonferenz aus dem Jahr 2005 zurück.

Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen gehören zu einem gewissen Teil zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitsförderung machen zwar nur einen sehr geringen Anteil aus, aber in verschiedenen Reformmaßnahmen wurden gewisse Ausweitungen vorgenommen.

Anspruch auf Vorsorgemaßnahmen bestehen nach § 23 Abs. 1 SGB V, um

1. „eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.“

Es besteht ebenfalls die Möglichkeit, stationäre Leistungen in Einrichtungen zu erbringen. So können z. B. auch Mütter-Kind- bzw. Väter-Kind-Maßnahmen gewährt werden. Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde dies zu einer Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 24 Abs. 1 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes).

Früherkennungsmaßnahmen sollten sicherstellen, dass gesundheitliche Störungen schon erkannt werden, bevor die Symptome oder die Beschwerden einer Krankheit auftreten. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten der Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen in bestimmten Fällen. Nach § 25 Abs. 1 und 2 SGB V besteht der Anspruch auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes ab dem 35. Lebensjahr in jedem zweiten Jahr sowie auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen zum Schutz vor Krebs (z. B. Brustkrebs, Prostatakrebs) für Frauen ab dem 20 und Männer ab dem 45. Lebensjahr.

Mehrere Untersuchungen zum Zweck der frühzeitigen Diagnose von Gesundheitsstörungen von Kindern (inkl. Zahngesundheit) werden nach § 26 SGB V bis zum 6. und im 10. Lebensjahr angeboten.

Wenngleich unstrittig ist, dass die Früherkennung einer Krankheit oft die Heilungschancen wesentlich erhöht, werden diese Maßnahmen in nur sehr geringem Maße von den Versicherten angenommen.

Dennoch wird auch kritisiert, dass manche mögliche Maßnahmen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. In Zukunft könnten vor allem Maßnahmen zum frühzeitigen Erkennen demenzieller Erkrankungen an Bedeutung gewinnen. Einwendungen gegen die nach Meinung mancher Experten zu geringen Angebote werden auch mit der mangelnden Qualität mancher Maßnahmen begründet. Mangelnde Qualität von Früherkennungsmaßnahmen kann einerseits zu falschen Diagnosen und in der Folge zu falscher, unnötiger Behandlung führen. Andererseits können aufgrund mangelnder Qualität tatsächliche Erkrankungen unerkannt bleiben. Fortschritte in der Qualitätsverbesserung können jedoch die Kosten für den weiteren Einsatz der Maßnahmen rechtfertigen. Sie könnten damit auch zu einer steigenden Bereitschaft zur Inanspruchnahme durch die Patienten führen. In diesem Zusammenhang spielen insbesondere auch die Durchsetzung evidenz-basierter Maßnahmen, die Voraussetzung von Mindestfallzahlen und die Veröffentlichung von Qualitätsberichten eine wichtige Rolle.

1.3 Krankenhausversorgung

1.3.1 Herausforderungen des demografischen Wandels auf die Krankenhausversorgung

Deutschland und auch Niedersachsen weisen im internationalen Vergleich eine sehr hohe Versorgungsdichte auf. Die Anzahl der Krankenhausbetten insgesamt oder bezogen auf die Bevölkerung (je 1 000 oder je 100 000 Einwohner) wird hierfür meist als aggregierter *Indikator des Angebots* herangezogen. Als *Indikator der Inanspruchnahme* kann man die Krankenhaustage pro Jahr oder die Fallzahl und die durchschnittliche Verweildauer je Fall betrachten. Zudem ist der Grad der Belegung Ausdruck einer effizienten Nutzung vorhandener Kapazitäten.

Die Krankenhausplanung der Länder hat sich an die in der Tendenz abnehmende Inanspruchnahme von Krankenhausbetten durch einen kontinuierlichen Abbau der überflüssig gewordenen Betten, von Abteilungen und die Schließung von Krankenhäusern angepasst. Diese Entwicklung erfolgte vor dem Hintergrund verschiedener Reformvorhaben: In besonderem Maße wurde seit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG 1992) strukturgestaltend (etwa durch die Einführung leistungsbezogener Entgeltformen) auf die Kapazitäten eingewirkt. Das PFLEGEVERSICHERUNGSGESETZ (1994) bewirkte eine maßgebliche Abnahme der Fehlbelegung von Krankenhausbetten durch nur pflegebedürftige (meist ältere) Menschen. In mehreren Schritten erfolgte eine Honorierungsreform hin zu prospektiven Honorierungen, von einheitlichen Tagessätzen zu leistungsbezogenen Entgelten über Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte hin zur Einführung der Diagnoses Related Groups (DRGs)¹⁶⁰. Der Niedersächsische Krankenhausplan wird jährlich mit dem Ziel fortgeschrieben, dem tatsächlich bestehenden Bedarf zu entsprechen.

Nicht nur in Niedersachsen, sondern in Deutschland generell sowie auch im Ausland war langfristig ein Rückgang der Verweildauer sowie der Krankenhaustage pro Jahr zu beobachten – begleitet von einem Anstieg der Fallzahl pro Kopf. Letzteres weist darauf hin, dass die Reduzierung der Verweildauer und der Abbau der Fehlbelegung im Krankenhaus auch zu einem gewissen „Drehtüreffekt“ (Wiederaufnahme der Patienten innerhalb kurzer Zeit wegen derselben Erkrankung) geführt hat. Die Reduzierung der Verweildauer wird sich möglicherweise noch fortsetzen. Der Vergleich mit dem Ausland zeigt, dass hierbei noch immer gewisse Reserven vorhanden sind.

Während die früher üblichen einheitlichen Tagessätze einen klaren Anreiz zur Ausdehnung der Verweildauer setzten, honorieren Fallpauschalen einen kurzen Krankenhausaufenthalt. Diese Tendenz ermöglicht eine bessere Ausnutzung von teuren medizinischen Geräten und hochqualifiziertem Personal. Sie führt zudem zu einem Abbau der primären Krankenpflegetage. Allerdings kann dies auch zur Folge haben, dass Patienten mit einem nicht unerheblichen Pflegebedarf entlassen werden. In einem häuslichen Umfeld, das vor allem bei älteren Menschen immer weniger informelle soziale Netzwerke aufweist, weil viele alte Menschen allein leben, kann dieser Bedarf häufig nicht mehr ausreichend durch nichtprofessionelle Hilfe befriedigt werden.

Mit Einführung der DRGs ist zudem nach einer Übergangszeit (Konvergenzphase), die Ende 2008 abläuft, vorgesehen, landesweit einheitliche Fallpauschalen einzuführen. Dies wird für alle Krankenhäuser einen erheblichen Druck in Richtung Rationalisierung bringen.

In der Folge der Verkürzung der Verweildauer kann der Ausbau weiterer Dienstleistungen notwendig werden – etwa durch die Schaffung des Angebots von Kurzzeitpfe-

¹⁶⁰ Vgl. FALLPAUSCHALENGESETZ (2002); FALLPAUSCHALENÄNDERUNGSGESETZ (2003); ZWEITES FALLPAUSCHALENÄNDERUNGSGESETZ (2004).

ge im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder die Verbindung von Hotelunterbringung und ambulanter Nachbehandlung durch das Krankenhaus.

Der Bereich gesundheitlicher Versorgung ist sehr stark örtlich geprägt. Als Teil der zentralörtlichen Funktionen wird z. B. in manchen Ländern das Vorhandensein einer bestimmten Krankenhausinfrastruktur mitberücksichtigt. So sollte ein Oberzentrum auch ein Krankenhaus mit einem breiten Spektrum von Fachabteilungen aufweisen. In konkreten Fällen wird allerdings auch die Distanz zum nächsten Oberzentrum und die Größe des Oberzentrums maßgeblich für die angestrebte Versorgung sein. In den letzten Jahren hat sich ein Trend zur immer größeren Spezialisierung gezeigt. Dies bedeutet, dass auch Krankenhäuser, die ein breites Spektrum von Fachabteilungen aufweisen, immer häufiger auf Kooperationen – auch überörtlich – angewiesen sein werden.

Betrachtet man die demografische Entwicklung, so ergeben sich für die meisten Regionen längerfristig verschiedene gegensätzlich wirkende Trends:

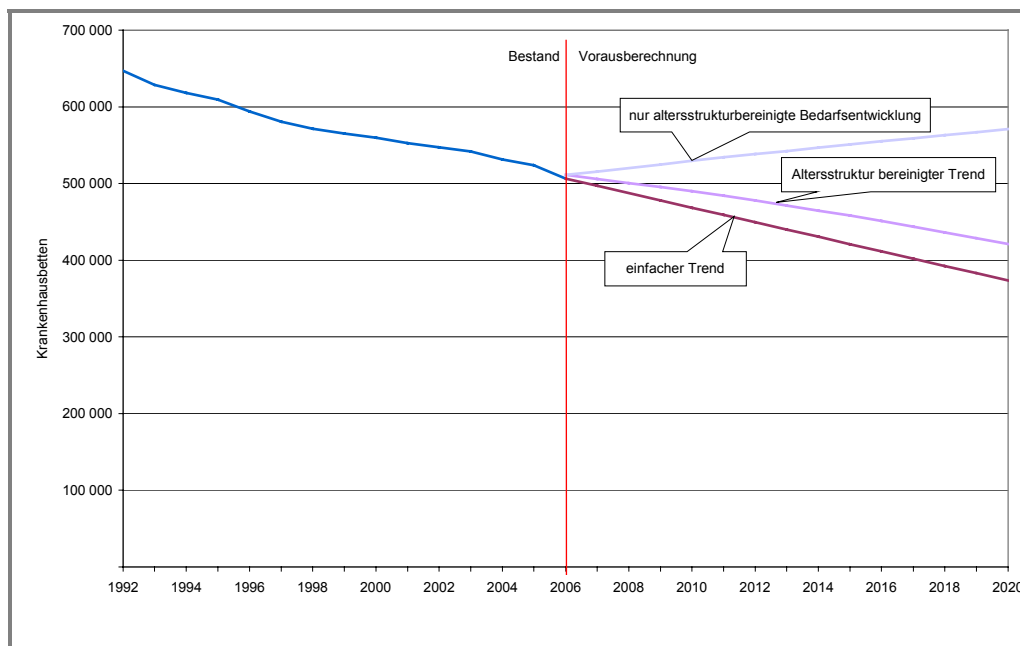
- Die Schrumpfung der Bevölkerung führt zu einem Rückgang des Bedarfs an Krankenhauskapazitäten.
- Die Alterung der Bevölkerung erhöht den Bedarf an Krankenhauskapazitäten.
- Der technische Fortschritt erfordert immer schneller immer mehr neue technische Ausstattung mit Großgeräten, die sich in kürzerer Zeit amortisieren müssen. Deshalb ist ein größerer Einzugsbereich erforderlich.

Die Abbildung 194 zeigt auf, wie sich die gegenläufigen Trends beeinflussen können. Der einfache langfristige Trend spiegelt die Auswirkungen der längerfristigen technischen Entwicklung wider. Würde man vom Jahr 2005 an diesen Trend nicht fortsetzen (müssen) und nur die demografischen Effekte berücksichtigen, so würde die notwendige Bettenzahl ansteigen. Überlagert man den langfristigen Trend mit der demografisch bedingten Änderung des Bedarfs, so müsste sich die Bettenzahl in etwa wie in der mittleren Kurve dargestellt entwickeln. Dies würde bedeuten, dass der Bettenabbau etwas geringer ausfallen müsste, als vom einfachen Trend vorgegeben.

Berücksichtigt man jedoch, dass die endgültige Umsetzung der DRGs und der technische Fortschritt den Bettenabbau noch weiter beschleunigen werden, so könnte der Trend zum Bettenabbau und damit aber auch zur Schließung von Abteilungen und Krankenhäusern noch forciert werden.

In einem Flächenland wie Niedersachsen ist darauf zu achten, dass eine regional ausgewogene medizinische Grundversorgung gewährleistet bleibt. Aus diesem Grunde ist die Krankenhausplanungsbehörde bereits seit Jahren bemüht, die Zusammenarbeit im Krankenhausbereich sowohl als Verzahnung mit dem ambulanten Sektor als auch z. B. durch Leistungsabsprachen und gemeinsame Nutzung von medizinisch-technischen Großgeräten im Bereich des stationären Sektors selbst zu fördern und zu unterstützen. Gute Erfolge konnten hier z. B. in den 1990er-Jahren über die Großgeräteplanung erzielt werden. Auch ist es in der jüngeren Vergangenheit gelungen, durch den Einsatz von Investitionsmitteln für Strukturmaßnahmen Krankenhausangebote zu leistungsfähigen Einheiten zusammenzuführen. Die duale Finanzierung ist auch zukünftig ein wichtiges Instrument, um den öffentlichen Auftrag, eine wohnortnahe Akutversorgung im Flächenland Niedersachsen sicherzustellen, umzusetzen.

Abbildung 194 Entwicklung der Zahl der Krankenhausbetten in Deutschland 1992 bis 2020: Trend und altersstrukturbereinigter Trend



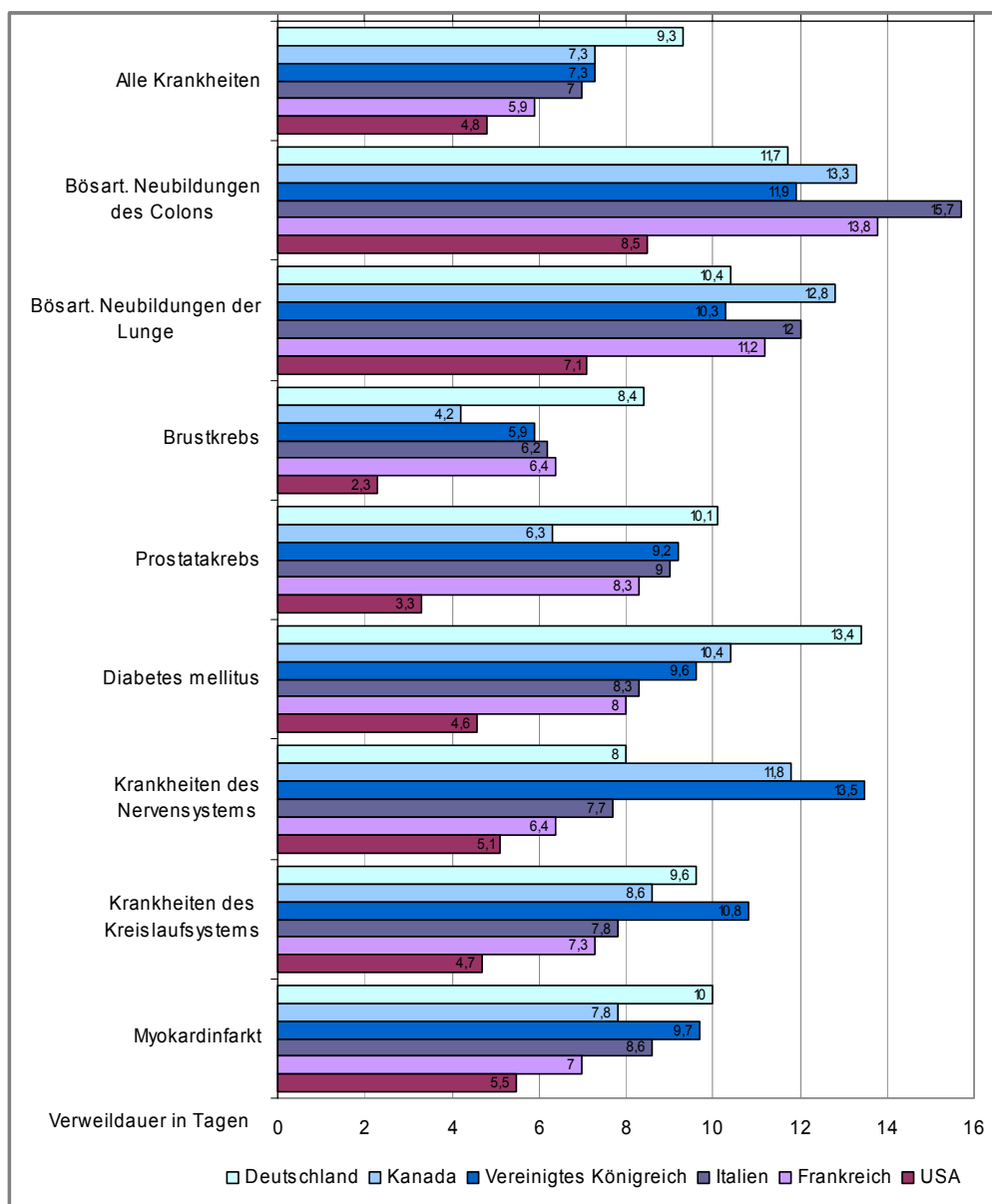
Quelle: Bis 2005 StBA 2006/2007; ab 2006 Berechnungen Prof. Dr. Pfaff auf Basis der Werte bis 2005.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Die eingefügten Hinweise auf das bisherige Bemühen des Landes, eine ausgewogene Gesundheitsversorgung zu gewährleisten sowie in der Großgeräteplanung und sonstigen Bereichen Zusammenarbeit zu fördern, sind selbstverständlich und überflüssig. An dieser Stelle geht es um die künftige Entwicklung der Krankenhausversorgung unter bestehenden strukturellen und demografischen Veränderungen. In diesem Zusammenhang fehlt die fachliche Einschätzung, dass auch in der stationären Versorgung die kleineren, ortsnahen Krankenhäuser mit einer Grundversorgung tendenziell keine Zukunft haben werden. Selbst bei den Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen ist aufgrund von Aufgabenteilung und Spezialisierung eine höhere Konzentration an großen Zentren nicht auszuschließen.

Die Verweildauer dürfte auch deswegen in Zukunft weiter reduziert werden, weil Deutschland und auch Niedersachsen im Vergleich zu anderen OECD-Ländern eine nach wie vor längere Verweildauer bei verschiedenen Krankheiten sowie bei Krankenhausaufenthalten insgesamt aufweisen (vgl. Abbildung 195).

Mit einer durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer von insgesamt 9,3 Tagen lag Deutschland im Jahr 2003 um mindestens zwei Tage über den Werten der hier dargestellten Referenzländer. Die mit Abstand geringste Aufenthaltsdauer wiesen bei allen hier dargestellten Krankheiten die USA auf.

**Abbildung 195: Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus 2003
(internationaler Vergleich nach Krankheitstypen)**

Quelle: OECD – Heath Data 2006 (www.gbe-bund.de).

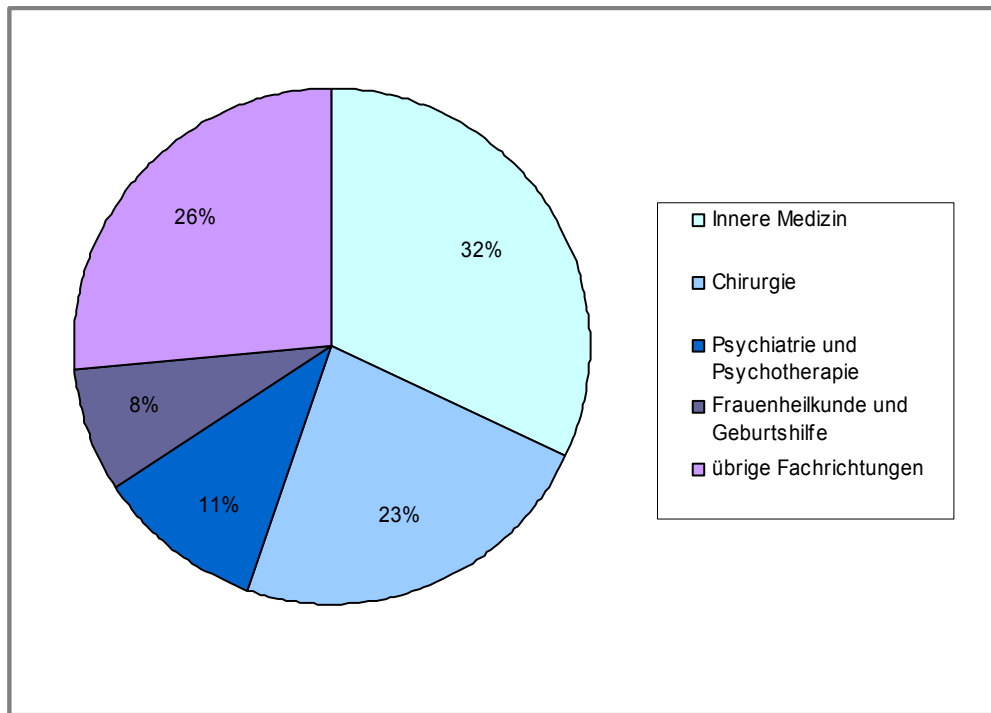
1.3.2 Krankenhausversorgung in Niedersachsen

Bisherige Entwicklung

Zum Stichtag 01.01.2006 weist der Niedersächsische Krankenhausplan landesweit 195 Krankenhäuser mit gut 42 000 Betten aus (vgl. MS 2006c: 33, 37).

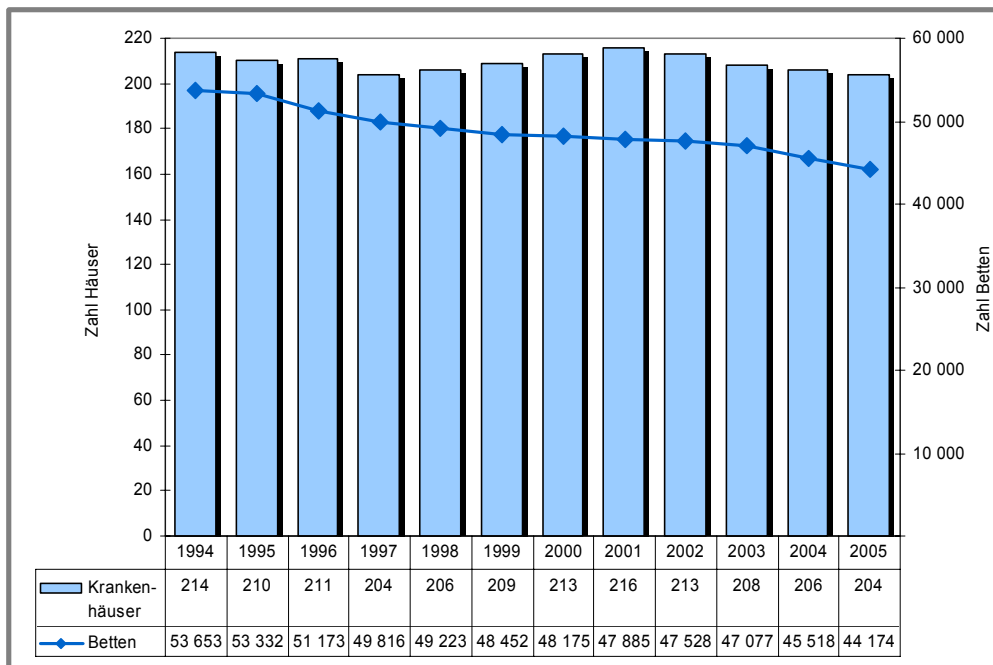
Mit 13 550 entfiel ein Drittel der Betten auf die Fachrichtung Innere Medizin, gefolgt von Chirurgie (9 773 Betten), Psychiatrie und Psychotherapie (4 589 Betten) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (3 265 Betten). Diese vier Fachrichtungen umfassen somit nahezu drei Viertel aller Bettenangebote in den niedersächsischen Krankenhäusern, was ihre Bedeutung auch hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung der niedersächsischen Krankenhausstruktur verdeutlicht.

Abbildung 196: Verteilung der Krankenhausbetten in Niedersachsen 2006 (nach Fachrichtung)



Datengrundlage: MS 2006c. Eigene Darstellung.

Abbildung 197: Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser und Betten in Niedersachsen 1994 bis 2005

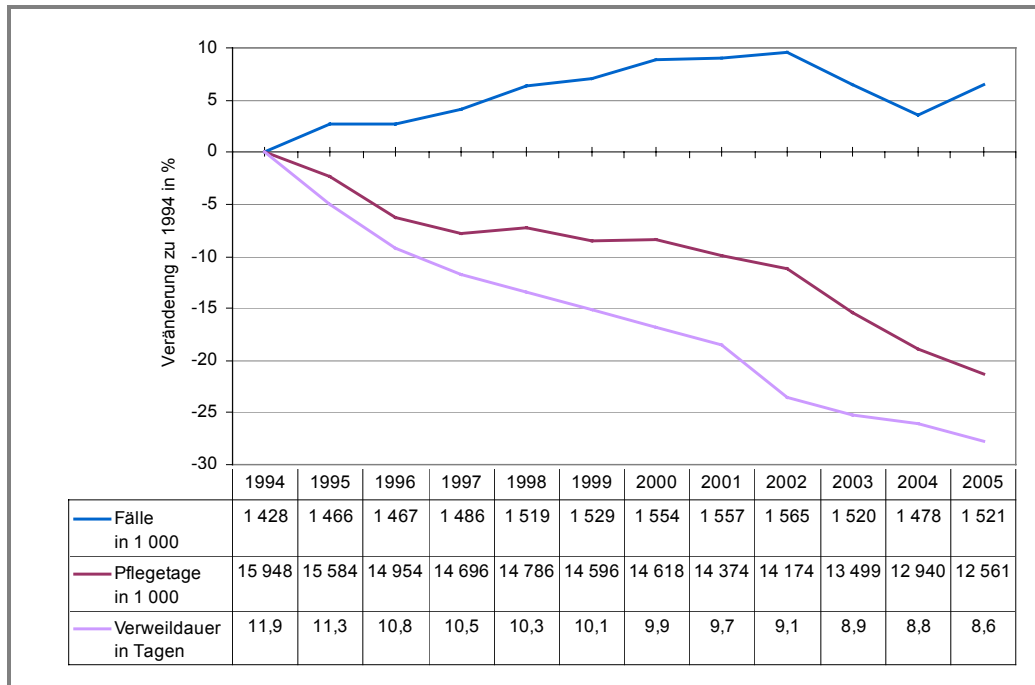


Datengrundlage: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Eigene Darstellung.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes weist für Niedersachsen einen leichten Rückgang der Anzahl von Krankenhäusern von 214 im Jahr 1994 auf 204 im Jahr 2005 aus (vgl. www.gbe-bund.de). In dem gleichen Zeitraum wurde die Zahl der Kran-

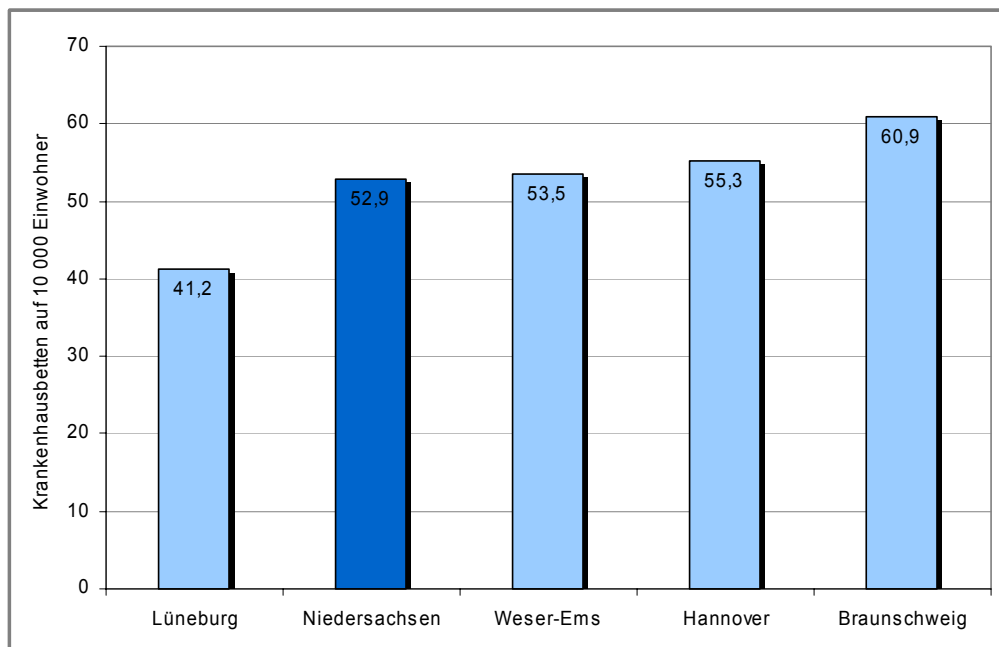
kenhausbetten in zugelassenen Krankenhäusern von knapp 54 000 auf gut 44 000 reduziert (vgl. Abbildung 197).

Abbildung 198: Relative Entwicklung der Fallzahlen, Pflegetage und Verweildauer in den niedersächsischen Krankenhäusern 1994 bis 2005



Datengrundlage: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (GBE). Eigene Darstellung.

Abbildung 199: Bettenziffer in Niedersachsen 2006 (nach Versorgungsgebieten)



Quelle: MS 2006c: 34. Überarbeitete Darstellung.

Dem Abbau der Kapazitäten stand in der Vergangenheit eine Steigerung der Fallzahlen von gut 1,4 Mio. Fällen im Jahr 1994 auf gut 1,5 Mio. Fälle im Jahr 2005 gegenüber. Dabei konnte jedoch die durchschnittliche Verweildauer pro Fall von 11,9 auf 8,6

Tage verringert werden, sodass – trotz der gestiegenen Fallzahlen – eine Reduzierung der Gesamtpflegetage pro Jahr in den niedersächsischen Krankenhäusern erreicht werden konnte (vgl. Abbildung 198).

Die Relation von Krankenhausbetten pro 10 000 Einwohner (Bettenziffer), die Auskunft über den Grad der Versorgung der Bürger mit Krankenhausbetten liefert, wies in Niedersachsen mit einer Zahl von 52,9 zu Beginn des Jahres 2006 bundesweit den geringsten Wert auf. Landesweit variierte die Bettenziffer zwischen gut 41 Betten pro 10 000 Einwohner im Versorgungsgebiet Lüneburg und einem Wert von über 60 im Versorgungsgebiet Braunschweig.¹⁶¹

Erwartete Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Krankenhausversorgung in Niedersachsen

Vor dem Hintergrund des Anstiegs der Anzahl älterer Menschen in Niedersachsen wird auch von einer Erhöhung der Patientenzahlen in den Krankenhäusern ausgegangen. Nach Einschätzung des MS ist bis zum Jahr 2020 mit einem Anstieg stationärer Behandlungsfälle um rund 11 % bezogen auf das Jahr 2006 auf dann ca. 1,63 Mio. Patienten zu rechnen.¹⁶² Mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten wird dann voraussichtlich das 65. Lebensjahr überschritten haben. Die Fallzahlen der Kinder und Jugendlichen werden dagegen im gleichen Zeitraum um bis zu 20 % rückläufig sein, was vor allem auf die auch weiterhin zu erwartenden sinkenden Geburtenzahlen zurückzuführen ist.

Aus diesen Einschätzungen lassen sich sehr unterschiedliche Erwartungen für die verschiedenen Fachabteilungen in den Krankenhäusern ableiten. Der stärkste Anstieg der Fallzahlen mit rund 21 % wird bis 2020 in den Abteilungen für Innere Medizin zu erwarten sein. Für die nächst größere Kategorie, die Allgemeine Chirurgie, wird im gleichen Zeitraum mit einem Zuwachs um rund 10 % zu rechnen sein.

Ebenso wird ein steigender Bedarf an stationärer geriatrischer Versorgung, insbesondere in den Fachabteilungen Innere Chirurgie, Neurologie und Psychiatrie oder in speziellen geriatrischen Abteilungen, erwartet. Allerdings ist die klinische Geriatrie in Niedersachsen derzeit nicht Gegenstand der Krankenhausplanung. Im Jahr 2006 hatten insgesamt 9 Krankenhäuser unterhalb der Planungsebene des Landes mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen ergänzende Vereinbarungen gemäß § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V für eine geriatrische Abteilung geschlossen. (vgl. MS 2006c: 30). Darüber hinaus wird eine geriatrische Abteilung am Klinikum Region Hannover¹⁶³ betrieben.¹⁶⁴

Im Gegensatz dazu wird für die Abteilungen für Pädiatrie und Geburtshilfe bis 2020 voraussichtlich ein Rückgang der Fallzahlen in einer Höhe von 10 % und bis 2040 von bis zu 20 % zu verzeichnen sein. Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten in einem Flächenland wie Niedersachsen bedeutet dies, dass infolge von Konzentrationstendenzen in beiden Fachabteilungen zukünftig längere Anfahrtswege in Kauf genommen werden müssen.

Insgesamt wird bis 2020 – bei Zugrundelegung der aktuellen Verweildauerwerte – mit einem Anstieg des Pflegetagvolumens¹⁶⁵ in Niedersachsen um rund 15 % gegenüber 2006 gerechnet (vgl. LANDESAMT FÜR DATENVERARBEITUNG UND STATISTIK NRW 2005:

¹⁶¹ Abgrenzung und Bezeichnung der Versorgungsgebiete entspricht den ehemaligen Regierungsbezirken.

¹⁶² In der Vorausschätzung wird von konstanten Alters- und geschlechtsspezifischen Quoten bei den Behandlungsfällen ausgegangen (vgl. LANDESAMT FÜR DATENVERARBEITUNG UND STATISTIK NRW 2005: 89 ff.)

¹⁶³ Krankenhaus Hagenhof in Langenhagen

¹⁶⁴ Zur geriatrischen Versorgung in Niedersachsen vgl. Kapitel D.IV.1.5 in diesem Abschnitt.

¹⁶⁵ Das Pflegetagvolumen ist das Produkt aus der Anzahl der Krankenhaufälle und der durchschnittlichen Verweildauer.

89 ff). Dieser Anstieg wird in erster Linie die Fachabteilung der Inneren Medizin betreffen.

Allerdings ist bisher kaum abzuschätzen, inwieweit sich die Einführung des neuen Vergütungssystems auf Basis der DRGs auf eine weitere Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer auswirken wird. Bei einer Verkürzung der Verweildauer um durchschnittlich 8 % bis 2020 würde sich das Pfl egetagvolumen nur noch um ca. 5 % erhöhen; bei einem Verweildauerrückgang um 16 % dagegen bliebe das Pfl egetagvolumen gegenüber 2006 weitgehend stabil.

1.4 Ärztliche Versorgung

1.4.1 Herausforderung des demografischen Wandels für die Ärzteversorgung

Die niedergelassenen Ärzte spielen einerseits als Behandelnder, andererseits als Gatekeeper, die andere Leistungen (z. B. Krankenhausaufenthalte und die Verschreibung von Medikamenten) veranlassen, eine wichtige Rolle. Dies schlägt sich auch darin nieder, dass eine hohe Dichte von Anbietern in der Regel mit mehr (mitunter auch nicht unbedingt nötigen) Leistungen und höheren Ausgaben einhergeht (arztinduzierte Nachfrage). Aufgrund der lokalen und regionalen Unterschiede in der Ausstattung mit Ärzten und Zahnärzten können somit deutliche Unterschiede in der Versorgung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bestehen.

Neben landesspezifischen Unterschieden sind insbesondere die wesentlich höheren Versorgungsgrade in den Städten zu beachten. Vor allem die fachärztliche Versorgung konzentriert sich in den Oberzentren, die auch die weiteren Stadtumlandgebiete hinsichtlich verschiedener Spezialisierungsrichtungen mit versorgen. So finden sich in kleineren Städten und Gemeinden bzw. in stärker ländlich geprägten Regionen noch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, Gynäkologie und Kinderärzte. Andere Fachrichtungen sind seltener vertreten. Um einen Facharzt aufzusuchen, müssen Menschen aus stadtfremden Gebieten weitere Wege auf sich nehmen. Gerade für ältere, allein lebende, nicht auto-mobile Menschen erweist sich dies als schwierig. Es entstehen hohe Fahrkosten, die aufgrund des gestiegenen Selbstbeteiligungsanteils überwiegend von älteren Menschen selbst getragen werden müssen.

Auswirkungen sich verändernder Strukturen

In den nächsten Jahren wird sich der demografische Wandel in mehrfacher Hinsicht auswirken:

Die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte wird in den nächsten Jahren zur Schließung von Arztpraxen führen, da nicht in allen Fällen Praxisnachfolgerinnen und -nachfolger gefunden werden können. Insbesondere in ländlichen Gebieten könnten Probleme entstehen, Ärzte zur Niederlassung zu bewegen. Hier treten auch Interaktionseffekte auf, wenn sich die infrastrukturelle Ausstattung dieser Regionen verschlechtert und die Ansiedlung weniger attraktiv wird.

Zudem haben sich in den letzten Jahren tendenziell immer mehr Ärzte zu einer Spezialisierung entschlossen. Die Zahl der Hausärzte, die gerade in ländlichen Gebieten eher benötigt werden, hat zahlenmäßig weniger stark zugenommen.

Schließlich hat sich in den letzten Jahren auch eine stärkere Tendenz zur Schaffung von Gemeinschaftspraxen, verschiedener Kooperationen und Zusammenschlüsse, integrierter Versorgung und zuletzt von medizinischen Versorgungszentren ergeben. Die Notwendigkeit teurer Investitionen, die immer schneller veralten, macht dies betriebswirtschaftlich sinnvoll. Aber auch die komplexeren Krankheitsbilder und zunehmende Multimorbidität in einer alternden Gesellschaft werden insbesondere fachgebietsübergreifende Kooperationen zunehmend erforderlich machen. Schließlich führen ein steigender Bedarf an medizinischer Weiterbildung und immer größere Spezialisie-

rung dazu, dass niedergelassene Ärzte häufiger praxisabwesend sein müssen, so dass Kooperationen der gleichen Fachrichtung, etwa in Gemeinschaftspraxen, immer mehr an Bedeutung gewinnen werden.

Die Veränderungen der Krankenhausstrukturen und die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden werden des Weiteren dazu führen, dass manche der bislang in Krankenhäusern durchgeführten Behandlungen verstärkt ambulant angeboten werden und Tageskliniken oder Medizinische Versorgungszentren künftig vermehrt solche Versorgungen übernehmen werden.

Alle kooperativen ambulanten Versorgungsformen erfordern jedoch aus betriebswirtschaftlicher Sicht einen größeren Einzugsbereich, um die minimale wirtschaftliche Größe für Investitionen und Personaleinstellungen zu erreichen. Diese Restriktion führt jedoch dazu, dass gerade größere Städte, die ohnehin auch über eine Krankenhausinfrastruktur verfügen, bessere Ansiedlungsvoraussetzungen bieten als kleinere Gemeinden in Räumen mit geringerer Siedlungsdichte. Da jedoch die Bevölkerungsstrukturen gerade dieser Gebiete eine in der Regel starke Alterung aufweisen werden, ist die Ansiedlung solcher Versorgungsstrukturen – eventuell auch in der Nähe von Alten- und Pflegeheimen oder Pflegediensten in Mittelzentren – besonders sinnvoll.

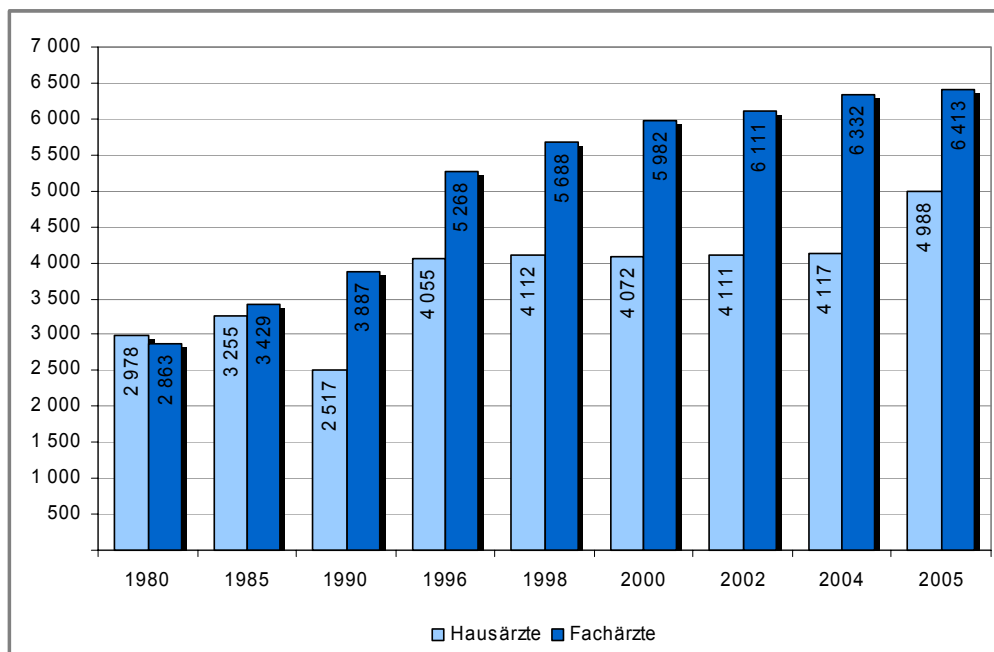
Die im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG 2007) verabschiedete Reform der Honorierung der Ärzte wird bzw. soll de facto auf ein differenziertes Kopfpauschalen-Honorierungssystem hinführen (zu unterscheiden von der Kopfpauschalen-Finanzierung!); nur in Ausnahmefällen soll eine ergänzender Einzelleistungsvergütung möglich sein. Diese Veränderung zieht positive und negative Anreize im Behandlungs- und Überweisungsverhalten nach sich, die noch nicht in ihrer Gesamtwirkung abzusehen sind. In der Tendenz könnte sich daraus aber eine mengenreduzierende Wirkung ergeben. Es ist auch nicht ganz unwahrscheinlich, dass die Honorierungsform sich in Zukunft weiter verändern wird, um eine bessere Abstimmung und Ausgabenteilung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich zu erzielen. Auch solche Entwicklungen werden die Versorgungsstrukturen im ambulant-ärztlichen Bereich verändern. In diesem Zusammenhang ist besonderes Augenmerk seitens der Kommunen, ihrer Spitzenverbände, der kassenärztlichen Vereinigung sowie der gesetzlichen Krankenkassen darauf zu legen, dass in weniger dicht besiedelten, eher ländlichen Gebieten eine Sicherung der gesundheitsbezogenen Daseinsvorsorge erreicht wird.

1.4.2 Ärztlichen Versorgung in Niedersachsen

Bisherige Entwicklung

Im Zeitraum von 1980 bis 2006 hat sich die Zahl der niedergelassenen Ärzte in Niedersachsen nahezu verdoppelt. Der größte Zuwachs fand dabei bei den Fachärzten statt; ihr Anteil stieg von 49 % im Jahr 1980 auf 56 % im Jahr 2006 (vgl. Abbildung 200). Auch die Anzahl der Hausärzte hat sich im betrachteten Zeitraum signifikant erhöht, allerdings blieb diese Entwicklung deutlich hinter dem Zuwachs der Zahl der Fachärzte zurück.

Das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) ist in 44 Planungsbereiche aufgeteilt, welche in der Regel den kreisfreien Städten und Landkreisen entsprechen. Für die Feststellung des erforderlichen Versorgungsgrades sowie die Prüfung eventuell vorhandener Über- oder Unterversorgung kommen Rechenmodelle zur Anwendung, die neben der Einwohnerzahl und der Arztlzahl auch die zentralörtliche Bedeutung des größten Zentrums in der Region sowie die Einwohnerdichte berücksichtigen (vgl. KVN 2005: 2,7).

Abbildung 200: Zahl der Ärzte in Niedersachsen 1980 bis 2006

Datengrundlage: KBV Bundesarztregister (in: VDAK, AEV 2006: 4; KVN 2005: Anlage 4). Eigene Darstellung.

Werden in einem Planungsbereich ein Versorgungsgrad von 75 % bei Hausärzten und von 50 % bei Fachärzten unterschritten, so wird von einer Unterversorgung des Planungsbereiches ausgegangen. Ein Versorgungsgrad von 100 % entspricht einer Vollversorgung; beim Überschreiten eines Versorgungsgrades von 110 % spricht man von einer Überversorgung. Eine Überversorgung in einzelnen Fachrichtungen ermächtigt den Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen nach § 103 SGB V, Zulassungsbeschränkungen in einzelnen Planungsbereichen anzuordnen.

Der starke Anstieg der Facharzzahlen hat dazu geführt, dass der Versorgungsgrad in allen Facharztgruppen, mit Ausnahme der Anästhesisten, in der ganz überwiegenden Zahl der niedersächsischen Versorgungsgebiete mindestens 100 % beträgt und in den meisten Fällen die Grenze zur Überversorgung deutlich übersteigt.

Etwas anders stellt sich die Situation bei den Hausärzten dar. Zwar gibt es in keinem der Planungsgebiete derzeit eine Unterversorgung, allerdings bestand – bezogen auf den Beginn des Jahres 2003 – in etwa der Hälfte der Planungsgebiete ein Versorgungsgrad unterhalb der Vollversorgung (vgl. WidO 2003: 5).

Entwicklung des Ärztebedarfs bis 2015

Unter Zugrundelegung der Ärztezahlen aus dem Jahr 2005, des Alters der heute praktizierenden Ärzte sowie der erwarteten Bevölkerungsentwicklung hat die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen eine Prognose erstellt, die den Bedarf an Neuzulassungen bis zum Jahr 2015 beschreibt (vgl. Tabelle 36).

Dabei wurde in zwei unterschiedlichen Szenarien von einem Berufsausstieg der Ärzte zum einen mit 65 Jahren und zum anderen mit 68 Jahren ausgegangen. Dargestellt werden dabei jeweils die Anzahl der bis 2015 aus Altersgründen ausscheidenden Ärzte sowie der daraus resultierende Bedarf an Neuzulassungen, um eine Vollversorgung oder die Vermeidung einer Unterversorgung sicherzustellen.

Tabelle 36: Bedarfsprognose für Ärzte in Niedersachsen bis 2015 (nach Fachrichtungen)

Fachrichtung	Anzahl 2005	Bedarf 2015 bei Berufsausstieg mit 65			Bedarf 2015 bei Berufsausstieg mit 68		
		Berufsaussteiger	Bedarf 100 %	Bedarf 50/75 %	Berufsaussteiger	Bedarf 100 %	Bedarf 50/75 %
Anästhesisten	212	36	21	1	19	12	1
Augenärzte	464	133	90	1	101	60	1
Chirurgen	320	104	23	2	61	11	2
Internisten	712	204	5	1	140	3	1
Frauenärzte	876	315	172	2	239	104	0
HNO-Ärzte	338	86	41	1	66	29	0
Hautärzte	281	74	34	1	52	26	1
Kinderärzte	467	158	91	1	117	57	0
Neurologen	371	112	56	4	82	29	2
Orthopäden	401	109	69	2	83	47	0
Psychotherapeuten	1 545	483	136	2	277	53	0
Radiologen	198	56	28	2	41	17	2
Urologen	231	64	31	2	46	21	1
Hausärzte	4 988	1 745	1 601	430	1 128	985	161
Summe	11 404	3 679	2 398	452	2 452	1 454	172

Quelle: KVN 2005: Anlage 4. Überarbeitete Darstellung.

Für alle Facharztgruppen gilt, dass der Neuzulassungsbedarf deutlich unterhalb der erwarteten Zahl der altersbedingten Berufsaussteiger liegt. Dies liegt zum einen darin begründet, dass die in nahezu allen Fachrichtungen derzeit bestehende Überversorgung abgebaut werden dürfte und zumindest in einem Teil der Planungsgebiete bis 2015 bereits ein Bevölkerungsrückgang zu erwarten ist, der wiederum zu einem geringeren Ärztebedarf führen wird.

Wird bis 2015 weiterhin eine landesweite Vollversorgung mit Fachärzten angestrebt, so beläuft sich der Zulassungsbedarf bei einem Berufsausstieg der Ärzte mit 65 Jahren auf insgesamt gut 1 900 Neuzulassungen; bei einem Berufsausstieg mit 68 Jahren wären dagegen nur gut 450 Neuzulassungen notwendig. Wird dagegen die Vermeidung einer Unterversorgung zu Grunde gelegt, so beläuft sich der Zulassungsbedarf beim Berufsausstieg mit 65 Jahren insgesamt auf 22 und bei einem Berufsausstieg mit 68 Jahren auf lediglich 9 Neuzulassungen.

Die Situation bei den Hausärzten stellt sich deutlich anders dar: Von den knapp 5 000 zugelassenen Hausärzten werden bei einem Berufsausstieg mit 65 Jahren bis 2015 knapp 1 700 Ärzte altersbedingt ausscheiden. Da bereits heute in fast der Hälfte der Planungsgebiete keine Vollversorgung besteht und eine geringe Überversorgung nur in einigen wenigen Planungsgebieten zu verzeichnen ist, müssten – auch unter Berücksichtigung des Bevölkerungsrückganges – 1 600 Hausärzte neu zugelassen werden, um eine landesweite Vollversorgung zu sichern.

Da den Hausärzten im Zuge der Reformierung des Gesundheitswesens eine immer größere Rolle auch als Bindeglied zu den Fachärzten zukommt, ist insbesondere bei dieser Gruppe eine möglichst wohnortnahe und flächendeckende Versorgung notwendig.

Ein Blick auf die regionale Verteilung des erwarteten Bedarfs an Hausärzten zeigt, dass bis 2015 in allen Planungsbereichen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen Neuzulassungen notwendig werden, um das altersbedingte Ausscheiden von Hausärzten zu kompensieren und eine Vollversorgung sicherzustellen. In rund einem Viertel der Planungsbereiche werden über 50 Neuzulassungen notwendig, wobei der Landkreis Emsland und die Region Hannover mit einem Bedarf von 95 bzw. 78 den größten Bedarf aufweisen (vgl. Abbildung 201).

Insbesondere in den schwächer besiedelten ländlichen Regionen ist zu befürchten, dass gerade dort Vertragsarztsitze nicht in jedem Fall wieder besetzt werden können. Die Gründe hierfür liegen darin, dass die Belastungen in dünn besiedelten Regionen, beispielsweise aufgrund der Notdiensteinteilung, besonders hoch und zudem auch die wirtschaftlichen Risiken bei einer Niederlassung dort größer sind.

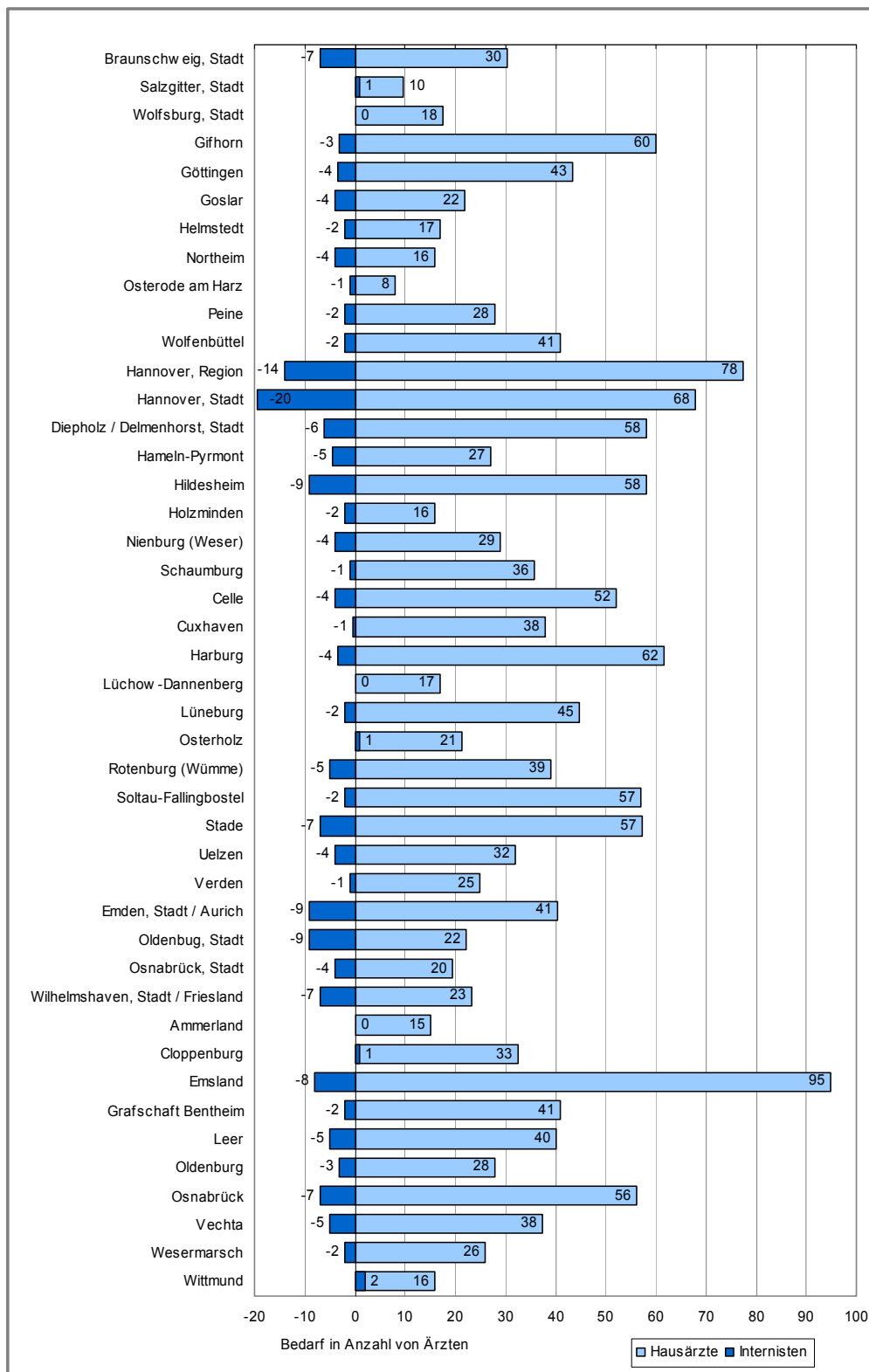
Bei der zur Versorgung älterer Menschen und damit im demografischen Wandel gleichfalls wichtigen Facharztgruppe der Internisten gibt es bis 2015 – aufgrund der aktuellen Überversorgung in weiten Landesteilen – trotz altersbedingtem Ausscheiden von landesweit mehr als 200 Ärzten kaum einen Neuzulassungsbedarf. Der überwiegende Anteil der Planungsbereiche würde nach der Prognose der Kassenärztlichen Vereinigung auch im Jahr 2015 noch eine Überversorgung aufweisen, was durch die überwiegend negativen Werte, die einen Überschuss an Internisten kennzeichnen, in der Abbildung 201 ersichtlich wird. Danach würde bis 2015 lediglich in den Landkreisen Osterholz, Cloppenburg und Wittmund ein Neuansiedlungsbedarf von einem respektive zwei sowie in der Stadt Salzgitter von einem Internisten entstehen.

In den letzten großen Gesundheitsreformen (GKV-Modernisierungsgesetz 2004 und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007) wurde die Position der Hausärzte gestärkt mit der Zielsetzung, ein flächendeckendes Primärarztsystem zu sichern. Als Hausarzt können

- Allgemeinärzte,
- Kinderärzte,
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben,
- Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind, und
- Ärzte, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, tätig sein (vgl. § 73 Abs. 1 SGB V). Die anderen Vertragsärzte sind als Fachärzte tätig. Die Auflistung zeigt, dass die Internisten grundsätzlich als Facharzt oder als Hausarzt tätig sein können.

Die in weiten Teilen bestehende Überversorgung mit Fachärzten und die relative Unterversorgung mit Hausärzten könnten dazu führen, dass mehr Internisten sich der hausärztlichen Versorgung widmen werden (Abbildung 201). Dies gilt insbesondere, da die relevanten Honorierungsgrößen für Hausärzte und Fachärzte getrennt festgelegt werden. Dadurch könnte die Unterversorgung im hausärztlichen Bereich künftig zu besseren Honorierungen führen als bislang.

Abbildung 201: Bedarf an Hausärzten und Internisten in Niedersachsen 2005 bis 2015 (nach Planungsbereichen, auf Grundlage der Bedarfsprognose der KVN)



Anmerkung: In der Darstellung wird von einem Versorgungsgrad von 100 % und einem Ausscheiden der Ärzte mit 65 Jahren ausgegangen. Die Werte für die Region Hannover schließen das Stadtgebiet der Landeshauptstadt Hannover nicht mit ein; diese Werte sind gesondert unter „Hannover, Stadt“ ausgewiesen“. Datengrundlage: KVN 2005: Anlage 1. Eigene Darstellung.

1.5 Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation in Niedersachsen

Geriatrie (Altersheilkunde) ist die Lehre von den Krankheiten alter Menschen. Geriatrie ist vor allem dann gefordert, wenn Mehrfacherkrankungen vorliegen, sodass eine fachgebietsübergreifende Behandlung erforderlich wird.

Haupterkrankungen der älteren Patienten sind Frakturen der Extremitäten, Erkrankungen des zentralen Nervensystems, verschiedene Formen des Schlaganfalls und ein breites Spektrum internistischer Erkrankungen. Daneben spielen auch chronische Erkrankungen, Krebserkrankungen und psychische Erkrankungen zunehmend eine bedeutende Rolle. Vielfach liegen bei älteren Menschen Kombinationen der einzelnen Krankheitsbilder vor (Multimorbidität).

Ziel der Geriatrie ist es, älteren Patienten das Verbleiben bzw. die Wiedereingliederung in ihre gewohnte Umgebung zu ermöglichen und somit eine stationäre Pflege zu vermeiden oder hinauszuzögern. Grundsätzlich werden in der Geriatrie nicht nur die rein medizinischen Belange berücksichtigt, sondern es wird ein multidimensionaler und multiprofessioneller Ansatz verfolgt. Die geriatrische Behandlung setzt sich daher aus den Leistungen unterschiedlicher Berufsgruppen zusammen, zu denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Altenpfleger, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen und weitere soziale Berufsgruppen zählen, die bei Bedarf auch um Seelsorger und Ernährungsberater ergänzt werden.

Neben der Akutgeriatrie, die auf die Behandlung akuter Krankheiten ausgerichtet ist, spielt auch die geriatrische Rehabilitation eine wesentliche Rolle. Aufgabe der geriatrischen Rehabilitation ist es, ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt oder schwerer Krankheit wieder in die Lage zu versetzen, ein eigenständiges Leben zu führen und, soweit möglich, eine stationäre Pflege zu vermeiden. Die gesetzliche Grundlage dieser Einrichtungen bilden das Sozialgesetzbuch V mit den §§ 39 und 40, das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) sowie das SGB XI § 5 (Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation).

Im Bereich der Akutgeriatrie und der geriatrischen Rehabilitation muss auch zukünftig das Ziel mitverfolgt werden, eine verbesserte Vernetzung und damit auch eine Qualifizierung bestehender Leistungsangebote, die auch sektorenübergreifend arbeiten können, zu erreichen. In den niedersächsischen Ballungsgebieten, in denen bereits Geriatrische Zentren eingerichtet worden sind, werden diese Orientierungswerte zumindest im Bereich der stationären Versorgung in etwa erfüllt. In den ländlich strukturierten Regionen des Landes ist dagegen eine geriatrische Versorgung nur eingeschränkt vorhanden.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion:

Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft geriatrischer Einrichtungen gehen von einem Bedarf von 2,78 Betten in stationären Einrichtungen sowie 0,83 Tagesklinikplätzen im Bereich der Akutgeriatrie und der geriatrischen Rehabilitation pro 1 000 Einwohner aus. Danach wären für Niedersachsen gut 4 400 stationäre Betten und gut 1 300 Tagesklinikplätze erforderlich.

Im Jahr 2006 gab es in Niedersachsen insgesamt neun geriatrische Zentren¹⁶⁶. Alle diese Einrichtungen bieten sowohl Leistungen der geriatrischen Rehabilitation als auch der akuten Krankenhausbehandlung an, allerdings verfügten 2005 nur vier dieser Einrichtungen auch über eine Tagesklinik¹⁶⁷.

¹⁶⁶ Bad Bevensen, Bad Salzdetfurth, Copenbrügge, Göttingen, Gyhum, Hannover, Hannover/Langenhagen, Lingen und Osnabrück

¹⁶⁷ Tageskliniken sind Einrichtungen der ambulanten/teilstationären Patientenbetreuung, die eine Behandlung und Betreuung über mehrere Stunden bis zu einem Tag ermöglichen.

Durch den multiprofessionellen Therapieansatz der Geriatrie werden Patienten sehr viel häufiger nach Hause entlassen und müssen nach der Behandlung weit weniger häufig in eine stationäre Pflegeeinrichtung eingewiesen werden als dies bei konventioneller Behandlung der Fall ist.

1.6 Pflege

Der demografische Wandel und dabei insbesondere die Zunahme der Anzahl älterer Menschen erzeugt einen großen Anpassungsbedarf für das niedersächsische Pflegesystem. Prognosen gehen von einem deutlichen Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen aus.¹⁶⁸

Ein zusätzlicher Aspekt ist die Tatsache, dass die Mehrheit der Pflegeleistungen von Familienangehörigen erbracht wird und dass dieses Potenzial zukünftig sinkt.

Ferner steigt der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund – insbesondere auch in den Gruppen mit höherem Lebensalter. Das Pflegesystem wird sich auch in Zukunft auf eine steigende Nachfrage nach kultursensiblen Pflegedienstleistungen einstellen müssen.

Das Niedersächsische Gesetz zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen (NPflegeG) sowie das Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (SGB XI) bilden die rechtlichen Grundlagen für die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen.

1.6.1 Pflegebedürftigkeit

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit kann unterschiedlich gefasst werden. Die soziale Pflegeversicherung definiert pflegebedürftige Personen in § 14 Abs. 1 SGB XI als „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße ... der Hilfe bedürfen.“

Der Abs. 4 definiert „gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1“ als

- „1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.“

Diese Definition weist, wie Kritiker wiederholt betont haben, eine sehr einseitige Festlegung auf funktionale Störungen auf. Sie passt auf demenzielle und seelische Erkrankungen, die ebenfalls Hilfe- und Pflegebedürftigkeit mit sich bringen, nur sehr eingeschränkt. Die zurzeit der Fertigstellung dieses Berichts diskutierte Reform soll u. a. dies ändern.

Der Grad der Pflegebedürftigkeit, die zu Leistungen der Pflegeversicherung berechtigt, ist nach dem Begriff der sozialen Pflegeversicherung in drei Stufen eingeteilt, die zudem einen minimalen täglichen zeitlichen Pflegeaufwand erfordern:

¹⁶⁸ Alle hier verwendeten Daten zum Pflegebedarf und -angebot entstammen der Pflegestatistik des NLS sowie dem Landespflegebericht (MS 2005).

- „1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.“¹⁶⁹

Der festgelegte minimale Zeitaufwand bezieht sich auf die von einer nicht als Pflegerin oder Pfleger ausgebildeten Person erbrachten Leistungen, etwa eines Familienangehörigen oder einer anderen nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson. Die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung muss, um die Einstufung zu erreichen, wöchentlich im Tagesdurchschnitt

- „1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.“¹⁷⁰

Die Definition zeigt, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ziemlich eng gefasst ist. Eine erhebliche Zahl von Menschen mit täglichem Pflegebedarf von weniger als 90 Minuten pro Tag oder Pflegebedarf von mehreren Tagen pro Woche ist demgemäß nicht pflegebedürftig im Sinne dieses Gesetzes.

Diese Einschränkungen müssen beachtet werden, wenn die in der Folge dargestellten Ergebnisse der Pflegestatistik, die sich nur auf die Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI bezieht, interpretiert werden. Zudem muss auch berücksichtigt werden, dass insbesondere bei Alleinlebenden ein Pflegebedarf unter diesem zeitlichen Niveau die unabhängige Lebensführung nicht ohne Hilfe gestattet. Diese muss also aus privaten Mitteln aufgebracht werden.

Des Weiteren muss beachtet werden, dass die Pflegeversicherung - anders als die Krankenversicherung - streng budgetiert, nach Pflegestufen differenzierte Maximalleistungen vorsieht, die im Normalfall nur einen Teil der Pflegekosten abdecken. Diese Grenzen wurden seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung 1995 bzw. 1996 nicht angehoben, sodass zunehmend Pflegebedürftige mit Leistungen der Pflegeversicherung auch wieder auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind. Dies gilt insbesondere für Personen in Pflegeheimen. Neben Pflegebedürftigen, die eine Finanzierung durch ambulante oder (teil-)stationäre Einrichtungen in Anspruch nehmen, wird heute noch die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen durch Angehörige versorgt. Sie erhalten dafür, differenziert nach Pflegestufen, ein Pflegegeld, das geringer ist als die maximal durch die Pflegeversicherung getragenen Sachleistungsausgaben.

¹⁶⁹ § 15 SGB XI Abs. 1

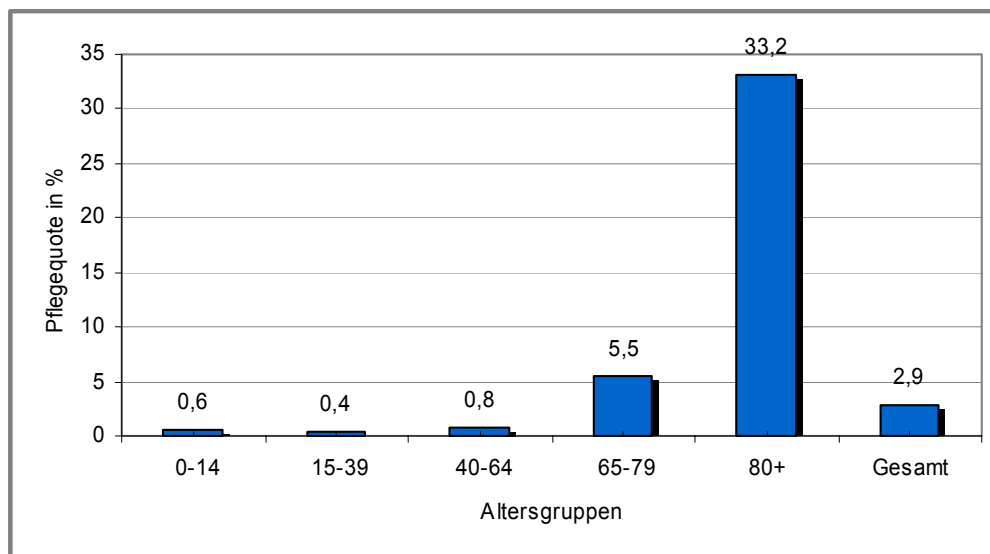
¹⁷⁰ § 15 SGB XI Abs. 3

1.6.2 Pflegebedarf

Bisherige Entwicklung

Die Pflegebedürftigkeit korreliert eng mit dem Lebensalter. Bis zur Altersgruppe der über 64-Jährigen lag die Pflegequote im Jahr 2005 deutlich unter 1 %. Erst in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen ist ein Anstieg auf 5,5 % zu registrieren. Im hohen Alter ab 80 Jahren dagegen war rund ein Drittel aller Personen pflegebedürftig. Die Gesamtquote über alle Altersgruppen gerechnet betrug 2005 2,9 % (vgl. Abbildung 202).

Abbildung 202: Pflegequote in Niedersachsen 2005 (nach Altersgruppen)



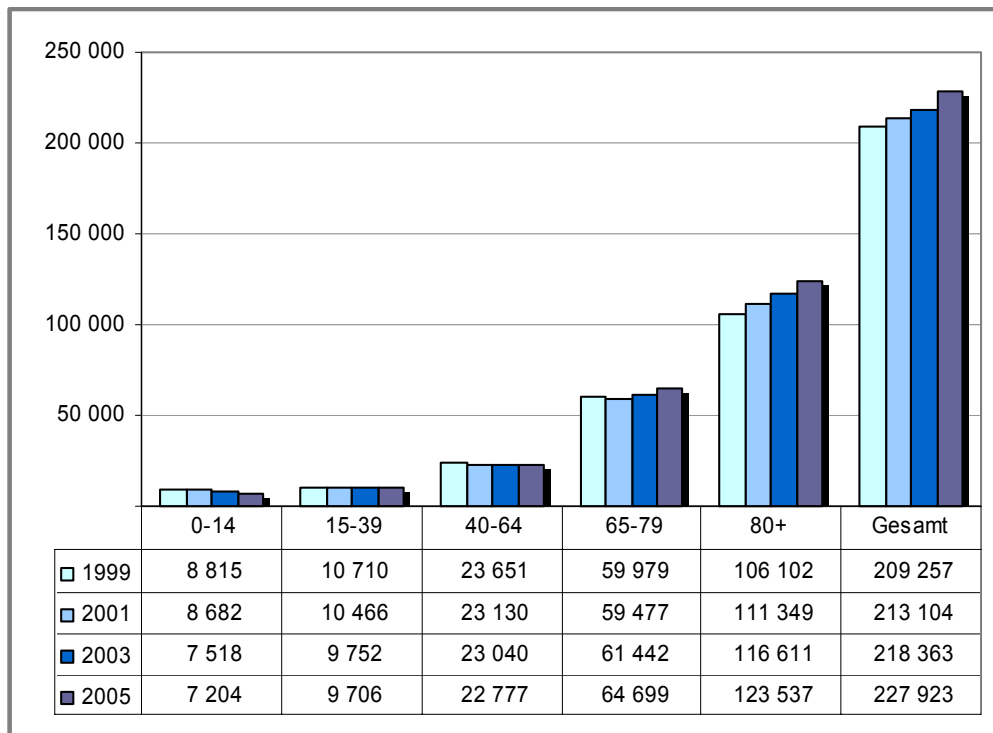
Datengrundlage: MS – Pflegestatistik. Eigene Darstellung.

Damit zeigt sich, dass die Altersgruppe der Personen ab 80 Jahren trotz ihres zahlenmäßig geringen absoluten Anteils an der Bevölkerung mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen stellt; von den ca. 228 000 pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen gehörten 2005 knapp 124 000 Personen dieser Altersgruppe an. Zusammen mit den 65- bis 79-Jährigen befanden sich somit knapp 82 % aller Pflegebedürftigen im Rentenalter (vgl. Abbildung 203).

In den drei Altersgruppen bis einschließlich 64 Jahren war die Zahl der Pflegebedürftigen von 1999 bis 2005 leicht rückläufig, während es in der Gruppe der 65- bis 79-Jährigen im selben Zeitraum einen geringfügigen und in der höchsten Altersgruppe einen deutlichen Anstieg der Anzahl der pflegebedürftigen Personen gab. Diese Entwicklung ist allerdings nicht auf eine Veränderung der Pflegequoten zurückzuführen, sondern entspricht den Veränderungen der Altersstruktur im Bevölkerungsaufbau in dem gleichen Zeitraum.

Rund zwei Drittel aller Pflegebedürftigen im Jahr 2005 waren Frauen, was vor allem auf den deutlich höheren Frauenanteil in der Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren zurückzuführen ist (vgl. Kapitel D.II.1.1 in diesem Abschnitt).

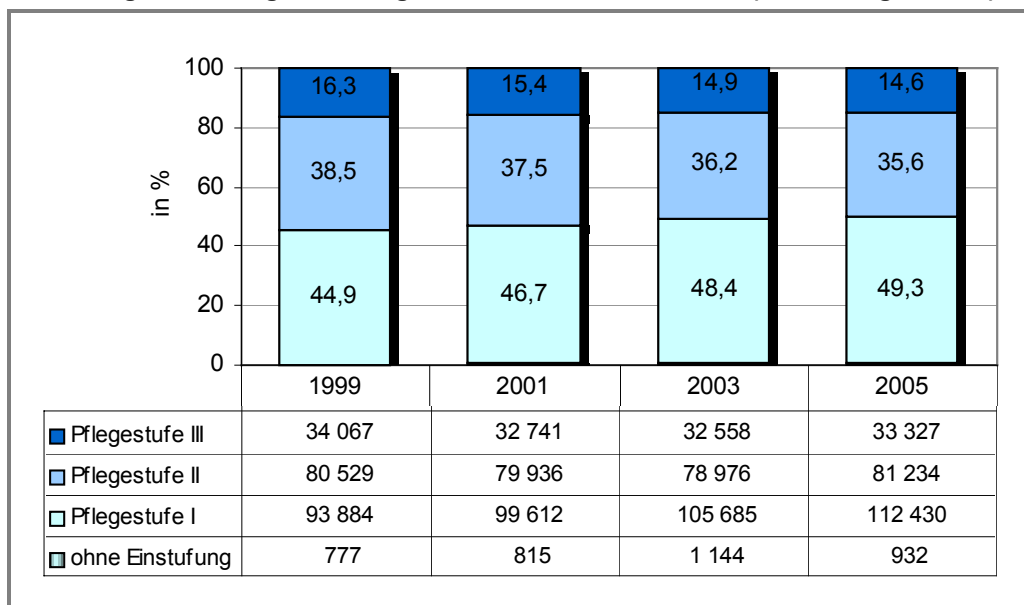
Abbildung 203: Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen 1999 bis 2005 (nach Altersgruppen)



Datengrundlage: MS – Pflegestatistik. Eigene Darstellung.

Knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen war im Jahr 2005 in die Pflegestufe I eingeordnet, gut ein Drittel in die Pflegestufe II und knapp 15 % in die Pflegestufe III. Dieses Verhältnis hat sich seit 1999 leicht zugunsten der Pflegestufe 1 verschoben (vgl. Abbildung 204).

Abbildung 204: Pflegebedürftige Menschen 1999 bis 2005 (nach Pflegestufen)



Datengrundlage: MS – Pflegestatistik. Eigene Darstellung.

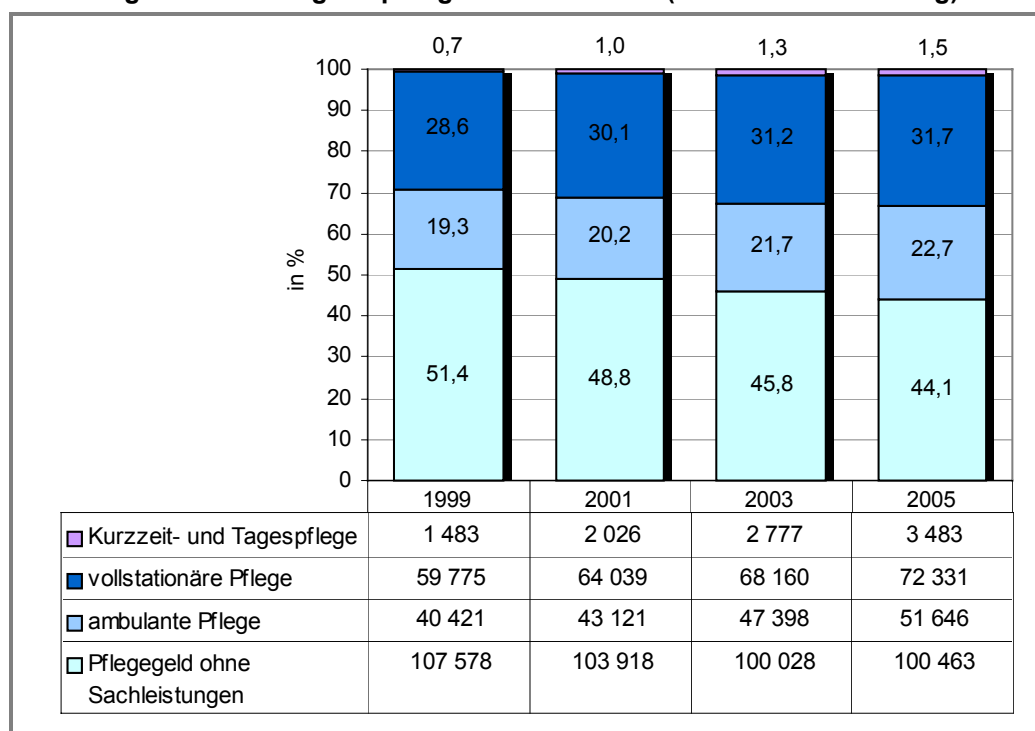
Bei der Unterstützung pflegebedürftiger Personen wird zwischen Geldleistungen (Pflegegeld) und Sachleistungen (ambulant und stationär erbrachte Pflegeleistungen)

unterschieden. Die überwiegende Zahl der Leistungsempfänger erhielt im Zeitraum von 1999 bis 2005 Pflegegeld ohne Sachleistungen, allerdings ist die Personenzahl sowie der Anteil dieser Gruppe an allen Leistungsempfängern im betrachteten Zeitraum gesunken. Ein knappes Drittel der Leistungsempfänger befand sich im Jahr 2005 in vollstationärer Pflege; sowohl ihre Anzahl als auch ihr Anteil hat sich seit 1999 erhöht. Ebenfalls erhöht hat sich die Anzahl der Personen in ambulanter Pflege. Ihr Anteil an allen Leistungsempfängern lag 2005 bei knapp 23 %. Den größten Zuwachs verzeichnete die Personengruppe in Kurzzeit- oder Tagespflege. Sowohl ihr Anteil als auch ihre absolute Zahl hat sich von 1999 bis 2005 mehr als verdoppelt, allerdings auf sehr geringem Niveau; lediglich 1,5 % aller Leistungsempfänger gehörten 2005 dieser Gruppe an (vgl. Abbildung 205).

Insbesondere die Bereitstellung von Einrichtungen, die Sachleistungen der Pflege anbieten (Heime, ambulante Pflegedienste sowie teilstationäre Einrichtungen), unterliegen der Einflussmöglichkeit und teils dem Sicherstellungsauftrag durch Land und Kommunen.

Darüber hinausgehend kann jedoch auch die Sicherung der Pflegeleistungen durch private Pflegepersonen durch unterstützende Infrastruktur der Kommunen in Kooperation mit den Pflegekassen dieses Potenzial sichern und stärken.

Abbildung 205: Leistungsempfänger 1999 bis 2005 (nach Art der Leistung)



Datengrundlage: MS – Pflegestatistik. Eigene Darstellung.

Vorausberechnung des Pflegebedarfs unter Annahme konstanter altersspezifischer Pflegequote

Im Rahmen der Pflegeberichterstattung erstellt das MS Prognosen zur Entwicklung des Pflegebedarfs (vgl. MS 2005: 535 ff.). Grundlage der Berechnung sind die regionale Bevölkerungsvorausschätzung des NLS sowie die Varianten 2, 5 und 8 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des StBA.

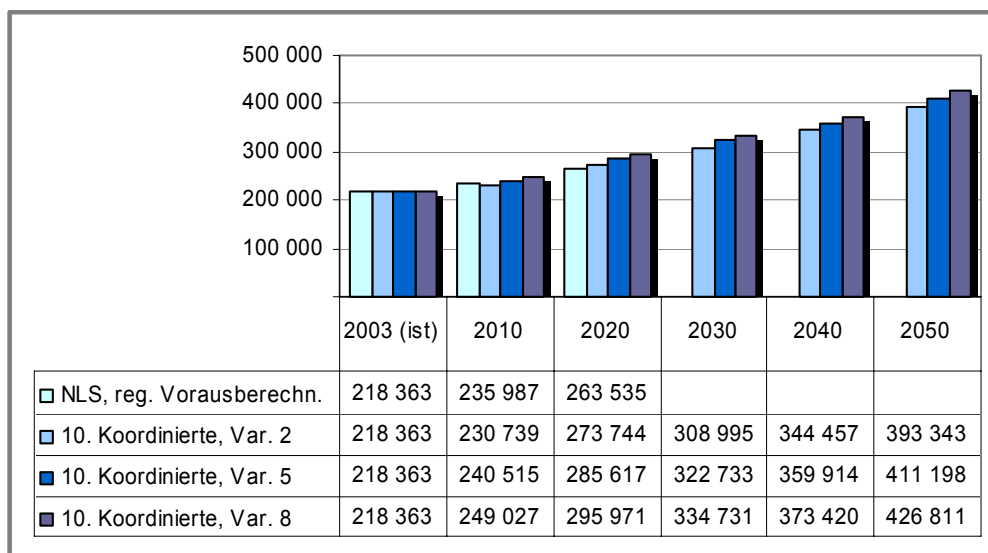
In allen Varianten wurden die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten mit Stand vom 15.12.2003 konstant gehalten, und es wurde die mittlere Annahme zur

Entwicklung der räumlichen Bevölkerungsbewegung (W2) der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zugrunde gelegt.

Unterschiede zwischen den Varianten, die sich in besonderem Maße auf die Zahl der Pflegebedürftigen auswirken werden, bestehen hinsichtlich der Annahmen zur Lebenserwartung. Während die Vorausschätzung des NLS von einer konstanten Lebenserwartung ausgeht, wurde in der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung ein Anstieg der Lebenserwartung unterstellt. Dabei wurden die Annahmen L1 (leichter Anstieg), L2 (mittlerer Anstieg) und L3 (starker Anstieg) unterschieden, die in Verbindung mit der mittleren Wanderungsannahme (W2) zu den Varianten 2, 5 und 8 führen. Da sich mit zunehmender Lebenserwartung die Anzahl alter Menschen erhöht, steigt – unter der Annahme konstanter Pflegequoten – auch die Anzahl pflegebedürftiger Menschen von Variante zu Variante (vgl. Abbildung 206).

Insgesamt läge die Zahl pflegebedürftiger Menschen im Jahr 2020 – je nach Variante – zwischen 21 % und 36 % und im Jahr 2050 sogar um 80 % bis 95 % über der Zahl im Jahr 2003.

Abbildung 206: Prognose der Anzahl pflegebedürftiger Personen in Niedersachsen bis 2050



Datengrundlage: NLS – regionale Bevölkerungsvorausberechnung; StBA – 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; MS – Pflegestatistik, Pflegeprognose. Eigene Darstellung.

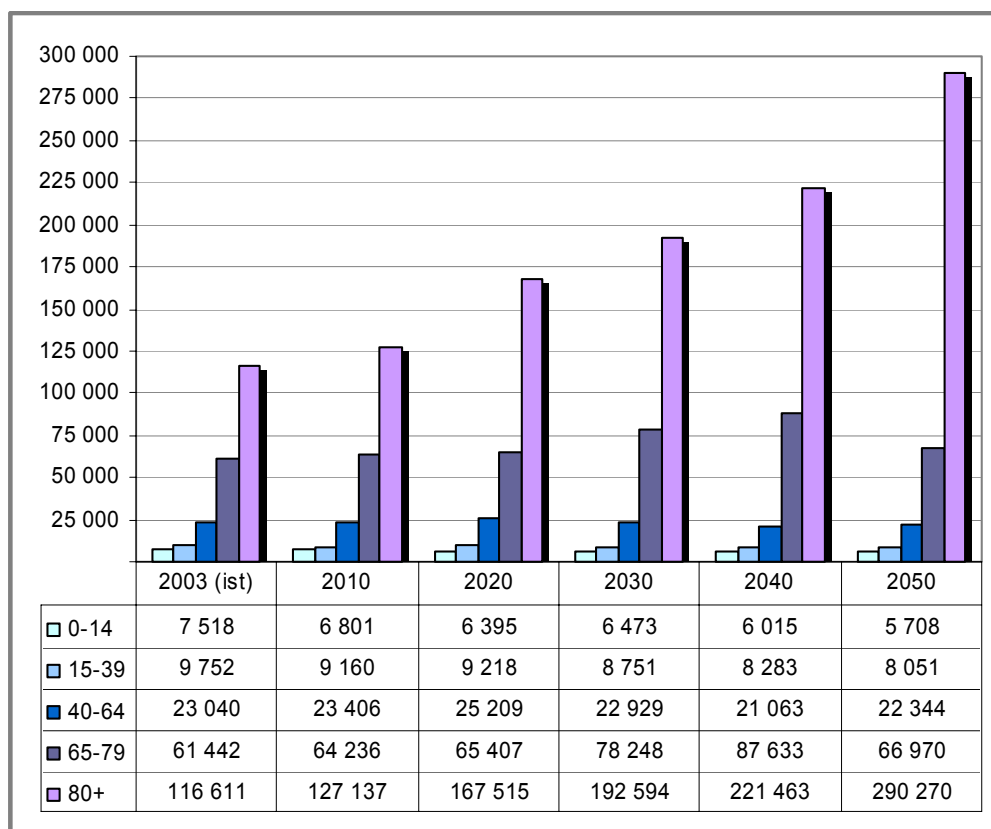
Im Pflegebericht des MS wird eine Prognosezahl, die zwischen der Vorausschätzung des NLS und der Variante 2 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung liegt, als wahrscheinlich gesehen. Einerseits geht die überwiegende Mehrzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen von einer weiterhin steigenden Lebenserwartung aus, die aber – nach Einschätzung des StBA – andererseits zukünftig weniger stark ausfallen wird als in der Vergangenheit. Eine Begründung hierfür ist, dass einige Potenziale – wie beispielsweise das Absenken der Säuglingssterblichkeit – weitgehend ausgeschöpft sind. Bis 2020 wäre demnach von einem absoluten Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Personen um 45 000 bis 55 000 und bis 2050 um maximal 175 000 auszugehen (vgl. MS 2005: 549 f.).

Dabei wird eine steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen lediglich für die beiden ältesten Altersgruppen erwartet. Die Anzahl der Personen zwischen 65 und 79 Jahren wird – auf Grundlage der 2. Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – bis 2040 zunächst auf knapp 88 000 Personen ansteigen, bis 2050 dann jedoch wieder auf knapp 76 000 sinken. Für die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren

wird dagegen bis 2050 ein kontinuierlicher Anstieg auf dann gut 290 000 Personen vorausberechnet (vgl. Abbildung 207).

Die Anzahl pflegebedürftiger Personen in den drei jüngeren Altersgruppen wird dagegen bis 2050 – bei leichten Schwankungen innerhalb der Gruppe der 40- bis 64-Jährigen – tendenziell rückläufig sein und verhält sich somit proportional zur erwarteten Bevölkerungsentwicklung dieser Altersgruppen im Prognosezeitraum.

Abbildung 207: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen 2003 bis 2050 (nach Altersgruppen)



Datengrundlage: MS Pflegebericht 2005; StBA – 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, 2. Variante. Eigene Darstellung.

Bei der Interpretation der Abbildung 207 sind die zugrunde gelegte Annahmen über die Entwicklung der Pflegequote aus dem Jahr 2003 zu beachten. Der tatsächliche Pflegebedarf wird – mehr noch als von der Anzahl älterer Menschen – von ihrem gesundheitlichen Zustand abhängen.

So beruht die Fortschreibung der Zahl der Pflegebedürftigen auf einer Status-quo-Annahme: Es wird davon ausgegangen, dass in allen Altersgruppen, geschlechtsspezifisch differenziert, der Anteil der Pflegebedürftigen gleich bleiben wird. Das entspricht in etwa den Annahmen der „Medikalisierungsthese“. Danach würden die durch die höhere Lebenserwartung gewonnenen Jahre vor allem durch Krankheiten geprägt sein. Dies hätte einen Anstieg des Pflegebedarfs im dargestellten Umfang zur Folge.

Blickt man auf die vergangene Entwicklung zurück, ist dies jedoch keinesfalls realistisch. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich die Pflegebedürftigkeit bei steigender Lebenserwartung ins höhere Alter verlagert („Rechtsverschiebung der Prävalenzprofile“). Träfe diese Annahme zu, so würden die Pflegequoten der jüngeren Alten deutlich sinken und würde der tatsächliche Anstieg des Pflegebedarfs weit geringer ausfallen als in der Status-quo-Rechnung ausgewiesen. Nach der „Kompressionsthese“

schließlich würden sich die durch Krankheit belasteten Jahre durch eine gesündere Lebensweise und die Verbesserung der medizinischen Versorgung auf eine immer kürzere Zeit vor dem Lebensende komprimieren. Der tatsächliche Anstieg des Pflegebedarfs würde dann noch geringer ausfallen (vgl. ROTHGANG, PREUSS 2006: 10).

Schließlich werden sich auch gesetzliche Eingriffe wie die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Differenzierung der Pflegestufen auf die Zahl der anerkannt Pflegebedürftigen und die Ausgaben der Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) auswirken.

Aufgrund dieser Unsicherheiten muss die Vorausberechnung des Pflegebedarfs regelmäßig an die sich verändernden Rahmenbedingungen angepasst werden (vgl. MS 2005: 549 f.).

Die Zahl der Pflegebedürftigen in der Zukunft kann nicht exakt aus den bisherigen Modellrechnungen abgeleitet werden. Zum einen kann es zu einer Veränderung in der alters- und geschlechtsspezifischen Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit und zum anderen kann es auch zu einer stärkeren Alterung der Bevölkerung kommen. In der Literatur ist es strittig, ob die Pflegehäufigkeit zu- oder abnehmen wird. Beispielsweise zeigt sich in einem Zweijahreszeitraum von 2003 bis 2005, dass die Pflegehäufigkeit in Niedersachsen zugenommen hat. Dies weist darauf hin, dass auch die Annahmen über die Alterung der Bevölkerung, die der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zugrunde gelegt waren, zu konservativ waren. In der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung geht man bereits von einer stärkeren Alterung der Bevölkerung aus (vgl. Kapitel „Demografische Entwicklung“ I.2.4).

Das MS hat unter Fortschreibung der Pflegequote 2005 eine aktualisierte Prognose der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen erstellt. Bis zum Jahr 2020 würden für Niedersachsen unter den vorgenannten Voraussetzungen rechnerisch zwischen 266 304 und 299 240 pflegebedürftige Menschen anzunehmen sein. Bis 2050 wäre eine Zunahme um rund 399 000 bis 433 000 pflegebedürftige Personen zu erwarten. Gegenüber der Prognose aus dem Landespflegebericht 2005 käme es zu einer Steigerung im Jahr 2020 um rund 2 700 bis 3 300 pflegebedürftigen Menschen. Dies ist eine prozentuale Steigerung um rund 1,1 %. 2050 wären zwischen 5 000 und 6 000 pflegebedürftige Menschen mehr zu erwarten (vgl. Tabelle 37). Im Vergleich der Prognose 2005 (Regionale Berechnung des NLS, Pflegestatistik 2005) mit der Prognose des Landespflegeberichtes 2005 (Regionale Berechnung des NLS, Pflegestatistik 2003) würden sich bis 2020 im Einzelnen folgende Veränderungen ergeben:

Die mittlerweile vorliegende 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung weist in ihrer Variante 1 W 1 eine Anzahl von Personen mit einem Alter von über 80 Jahren auf, die im Jahr 2020 ca. 6 % und im Jahr 2050 ca. 13 % über der in der 5. Variante der 10. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung ermittelten Zahl liegt. Für die Gruppe der 65- bis 79-Jährigen ist der Unterschied zwischen der 10. (Variante 5) und der 11. Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 1 W 1) sogar noch deutlich größer: Für das Jahr 2030 läge die Personenzahl in dieser Altersgruppe um ca. 112 % und für das Jahr 2050 immerhin noch um ca. 58 % über den Werten der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. (vgl. Kapitel „Demografische Entwicklung“ I.2.4). Da diese beiden Gruppen gleichzeitig den überwiegenden Anteil der Pflegebedürftigen stellen, ist davon auszugehen, dass die Zahl der pflegebedürftigen Personen – bei ansonsten gleichen Annahmen – gegenüber der hier dargestellten Prognose des Pflegebedarfs entsprechend höher ausfallen wird. Eine auf Grundlage der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung neu erstellte Prognose des Pflegebedarfs liegt bisher jedoch nicht vor.

Tabelle 37: Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen, Vergleich der Fortschreibungen der Pflegestatistik der Jahre 2003 und 2005 bis 2020

Jahr	Anzahl pflegebedürftiger Menschen, Fortschreibung Pflegestatistik 2003	Anzahl pflegebedürftiger Menschen, Fortschreibung Pflegestatistik 2005	Differenz absolut	Differenz in %
2003	218 363			
2005		227 923		
2007	225 410	227 602	2 192	1,0
2010	235 987	238 527	2 540	1,1
2013	246 033	249 183	3 150	1,3
2015	250 867	254 072	3 205	1,3
2017	255 802	258 960	3 158	1,2
2020	263 535	266 304	2 769	1,1

Quelle: MS – Vorausberechnung der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen bis 2020 auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten, Stand: 15.12.2003 bzw. 2005 (Status-quo-Prognose). Überarbeitete Darstellung.

1.6.3 Familiäre Pflege

Mit ca. 70 % wird der weit überwiegende Teil pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen durch Familienangehörige gepflegt. Bei Menschen mit geistigen Behinderungen nehmen diese Aufgabe überwiegend die Eltern oder die Geschwister wahr. Ältere pflegebedürftige Menschen werden im häuslichen Bereich dagegen entweder von ihren Partnern – zumeist den Partnerinnen – oder von den eigenen Kindern – zumeist den Töchtern – unterstützt.

Die pflegenden Familienangehörigen bewältigen dabei eine große und anspruchsvolle Aufgabe, da sie die zeitlich und physisch zumeist sehr belastende Pflegearbeit neben ihrer eigenen Berufstätigkeit und auch oft bis ins eigene hohe Alter hinein bewältigen. Sie leisten dabei einen wichtigen Beitrag für die Gemeinschaft, da durch ihr persönliches Engagement öffentliche Pflegeeinrichtungen und damit auch die öffentlichen Haushalte entlastet werden.

Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass die Nutzungsmöglichkeit der „Resource Familie“ im Pflegebereich ihren Höhepunkt erreicht hat und ein weiterer Ausbau der familiären Pflege kaum mehr möglich sein wird. Im Gegenteil ist zu erwarten, dass entsprechende familiäre Unterstützungsstrukturen zukünftig rückläufig sein werden. Die Gründe hierfür liegen vor allem darin, dass

- zukünftig mehr Menschen alt werden, die keine eigenen Kinder haben, welche die familiäre Pflege leisten könnten,
- die hohe Zahl an Ehescheidungen und Trennungen unverheirateter Paare vermehrt dazu führt, dass Menschen im Alter keinen Partner mehr haben, der sie bei Bedarf pflegen könnte,
- die Erwerbsbeteiligung von Frauen steigt und sie familiäre Pflegeaufgaben deshalb nur noch in geringerem Maß wahrnehmen können,
- die Berufswelt den Menschen eine immer größere Mobilität abverlangt, wodurch Kinder immer seltener am Wohnort ihrer Eltern leben und sie daher im Bedarfsfall nicht pflegen können,

- die Erhöhung des tatsächlichen Renteneintrittsalters familiäre Pflegemöglichkeiten einschränkt.

Aufgrund der Zunahme der Zahl alter Menschen, die an Multimorbidität und demenziellen Erkrankungen leiden, sind auch im häuslichen Bereich die Anforderungen an die Pflege gestiegen. Da die Pflegebedürftigkeit aufgrund der steigenden Lebenserwartung zudem immer später eintritt, sind dann auch die Partner oft schon in einem so hohen Alter, dass sie vielfach die Pflege körperlich nicht mehr leisten können oder selbst pflegebedürftig sind.

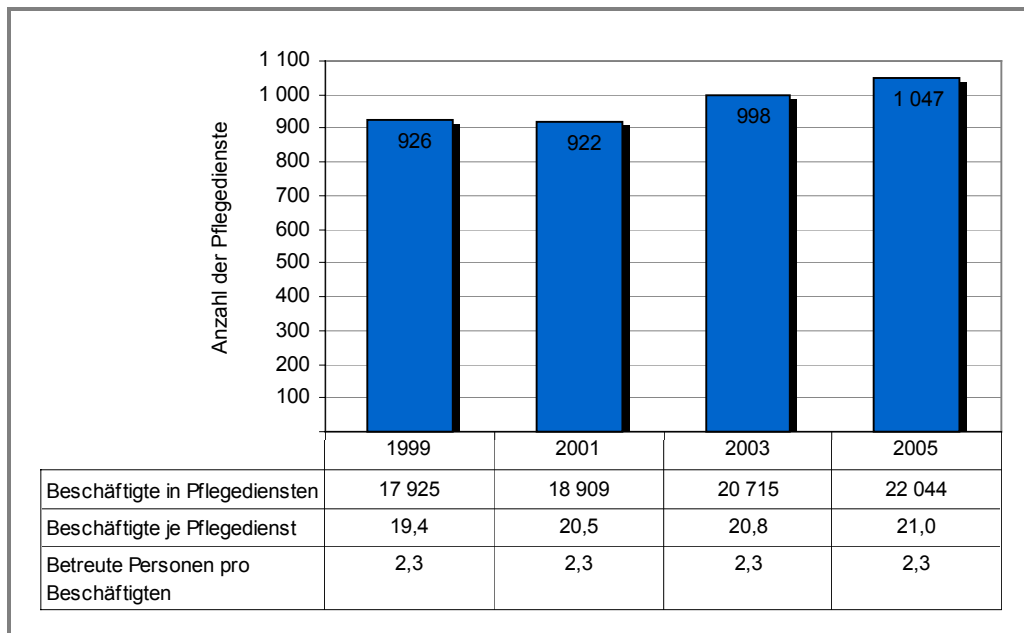
Auch wenn regional ein sehr unterschiedlicher Verlauf dieser Prozesse zu erwarten ist, so werden sie in der Summe doch zu einem deutlich steigenden Bedarf an formalen Pflegeleistungen führen.

1.6.4 Ambulante Pflegedienste

Häusliche Pflegedienste leisten einen wichtigen Beitrag, die Selbständigkeit pflegebedürftiger Personen im eigenen Haushalt sicherzustellen. Sie helfen auf diese Weise, einen Aufenthalt in stationären Pflegeeinrichtungen zu vermeiden oder so lange wie möglich hinauszuzögern. Ihr Angebotsspektrum reicht von Leistungen nach dem SGB XI über Leistungen der häuslichen Krankenpflege bis hin zu ergänzenden Diensten wie beispielsweise „Essen auf Rädern“. Seit Ermöglichung der besonderen Leistungen für die zeitweise Betreuung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI) haben zahlreiche Pflegedienste ihr Spektrum um entsprechende Betreuungsleistungen erweitert.

Seit 1999 hat sich die Anzahl der Pflegedienste in Niedersachsen von 926 auf 1 047 im Jahr 2005 erhöht (vgl. Abbildung 208). Gleichzeitig ist die Anzahl der Beschäftigten in den Pflegediensten von knapp 18 000 auf über 22 000 angewachsen, wobei sich die Beschäftigtenzahl pro Pflegedienst um gut 1,5 auf 21 Personen im Jahr 2005 vergrößerte.

Abbildung 208: Pflegedienste in Niedersachsen 1999 bis 2005



Datengrundlage: NLS – Pflegestatistik. Eigene Darstellung.

Bei einem über die Jahre konstanten Betreuungsschlüssel von 2,3 Personen pro Beschäftigtem ergab sich für das Jahr 2005 somit die Zahl von knapp 51 000 Leistungs-

empfängern mobiler Pflegedienstleistungen in Niedersachsen. Im Jahr 1999 lag diese Zahl noch um 10 000 niedriger bei gut 41 000 Personen.

Mit etwas unter 60 % stellen private Träger den überwiegenden Teil des Angebots der Pflegedienste, knapp 40 % befinden sich in gemeinnütziger Trägerschaft, während 2 % durch die öffentliche Hand (Kommunen) getragen werden.

Entsprechende Angebote werden landesweit flächendeckend vorgehalten, je nach Größe und Bevölkerungszahl gibt es in den niedersächsischen Landkreisen zwischen 5 und über 100 Pflegedienste.

Als problematisch für die ambulante Pflege erweist es sich, dass das SGB XI für stationär erbrachte Pflegeleistungen weit höhere finanzielle Leistungen zulässt und die stationäre Pflege gegenüber der ambulanten Pflege insofern begünstigt. Tendenziell wird dadurch ein Umzug alter Menschen in Pflegeheime gefördert.

1.6.5 Pflegeheime

Pflegeheime dienen der vorübergehend oder dauerhaften stationären Betreuung pflegebedürftiger Personen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zielgruppe und ihres Betreuungsspektrums.

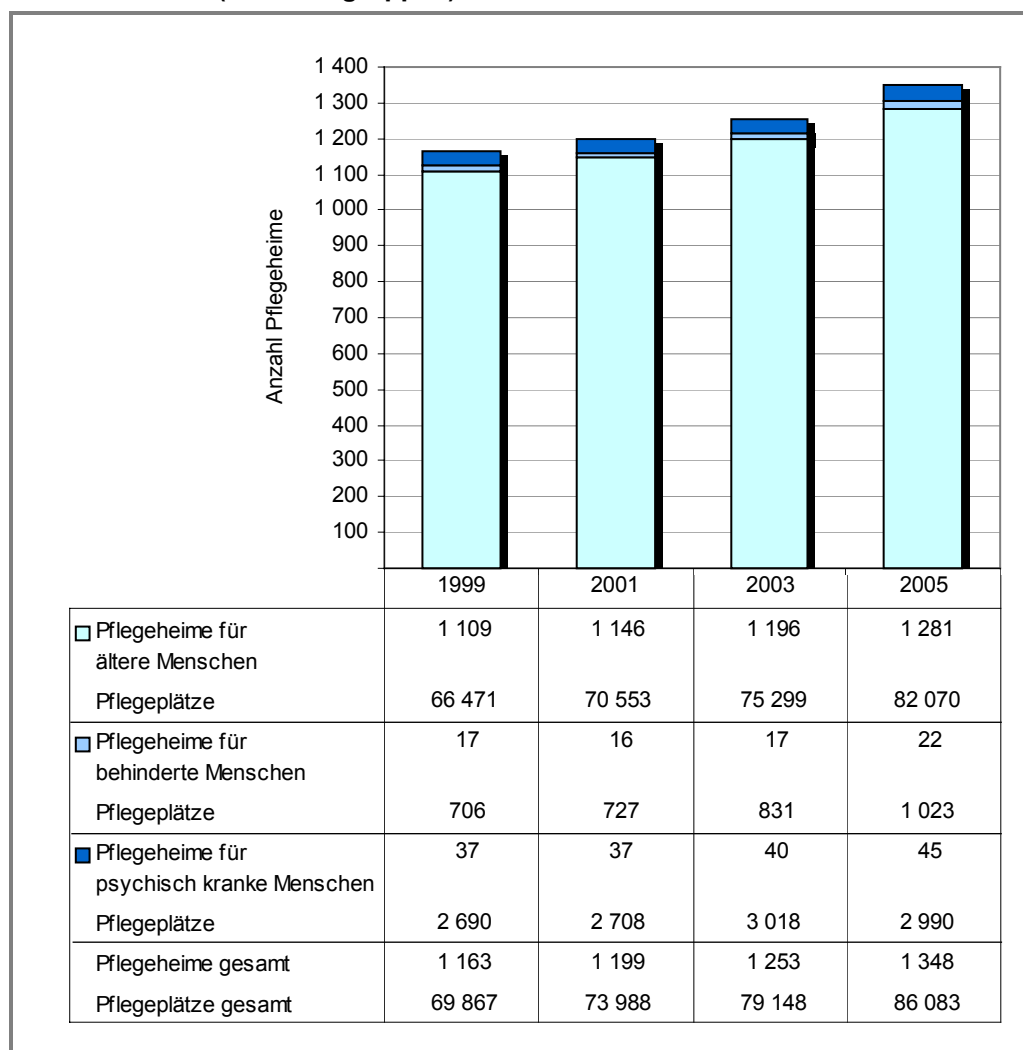
Entwicklung nach Zielgruppen

Mit einem Anteil von 95 % im Jahr 2005 sind die Pflegeheime ganz überwiegend auf die Betreuung älterer Menschen ausgelegt (vgl. Abbildung 209). Die Anzahl entsprechender Einrichtungen ist dabei von 1 109 im Jahr 1999 auf 1 281 im Jahr 2005 angestiegen. Pflegeheime für psychisch kranke oder behinderte Menschen gibt es mit einer Anzahl von 45 respektive 22 im Jahr 2005 dagegen deutlich weniger, allerdings hat auch ihre Zahl im Zeitraum von 1999 bis 2005 um 13 Einrichtungen zugenommen.

Von 1999 bis 2005 hat sich die Anzahl der stationären Pflegeplätze in Niedersachsen von knapp 70 000 auf über 86 000 erhöht. Die Plätze, die dabei für ältere Menschen vorgesehen sind, machen hierbei sowohl hinsichtlich ihrer Anzahl als auch hinsichtlich des Zuwachses an Pflegeplätzen den ganz überwiegenden Anteil aus.

Aber nicht nur die Anzahl der Plätze ist im betrachteten Zeitraum gestiegen, sondern auch die Platzzahl je Pflegeheim hat sich von ca. 60 im Jahr 1999 auf knapp 64 im Jahr 2005 erhöht. Mit durchschnittlich 46 Plätzen pro Einrichtung lagen die Pflegeheime für Menschen mit Behinderungen im Jahr 2005 deutlich unterhalb dieses Durchschnittes.

**Abbildung 209: Pflegeheime und -plätze in Niedersachsen 1999 bis 2005
(nach Zielgruppen)**



Datengrundlage: NLS – Pflegestatistik. Eigene Darstellung.

Entwicklung nach Angebotsart

Das Leistungsangebot der niedersächsischen Pflegeheime umfasst „vollstationäre Dauerpflege“, „Tagespflege“ und „Kurzzeitpflege“.

Im Gegensatz zu den Einrichtungen der Dauerpflege wie beispielsweise den Wohnheimen für alte oder behinderte Menschen behalten Nutzerinnen und Nutzer der Tagespflege ihren eigenständigen Wohnsitz und werden nur tagsüber stationär versorgt. Das Angebot richtet sich an „Grenzgänger“ zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege und soll trotz Pflegebedürftigkeit ein größtmögliches Maß an Eigenständigkeit bzw. eine Ergänzung zur Versorgung durch Angehörige sicherstellen. Einrichtungen zur Kurzzeitpflege bieten eine zeitlich befristete vollstationäre Pflege an. Sie richten sich vor allem an Personen, die beispielsweise nach Unfällen oder Operationen für eine begrenzte Zeit nicht zur eigenständigen Versorgung in der Lage sind. Ziel dieser Einrichtungen ist die Wiederherstellung der eigenen Versorgungsfähigkeit der Nutzerinnen und Nutzer. Des Weiteren soll die vorübergehende Unterbringung Pflegebedürftiger den häuslichen Pflegepersonen bei Krankheit oder im Urlaub die Entlastung von der Pflege gewähren.

Nahezu 1 300 Heime in Niedersachsen hielten im Jahr 2005 Angebote zur vollstationären Dauerpflege bereit. Das Angebot ist landesweit flächendeckend ausgebaut und

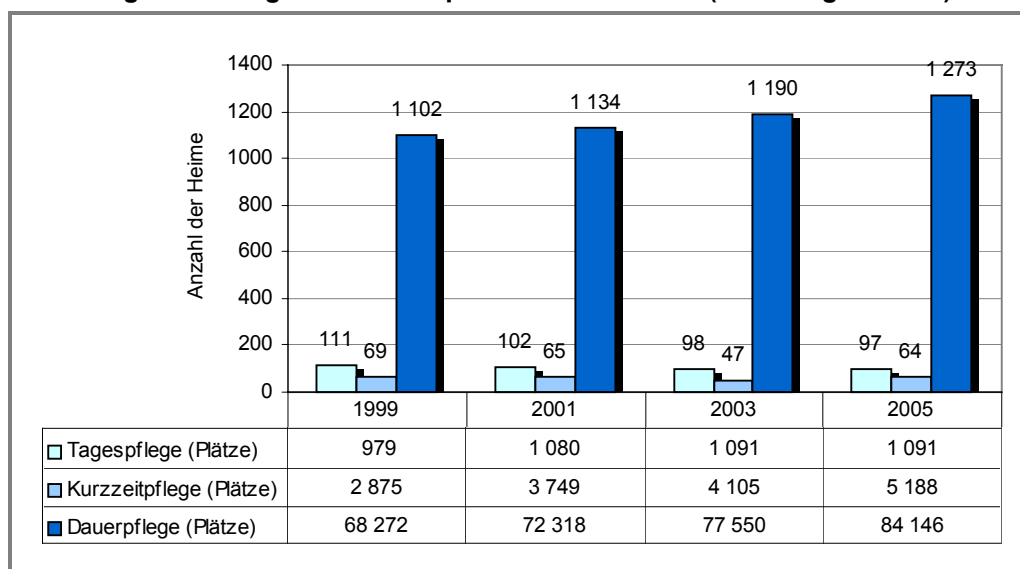
hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich vergrößert (vgl. Abbildung 210). Auch in den letzten Jahren war noch eine Ausweitung der Kapazitäten zu verzeichnen. Mit der Erweiterung war auch eine Verbesserung des Qualitätsstandards der Einrichtungen verbunden: Mit rund 85 % ist der überwiegende Anteil neuer Plätze in Einbettzimmern entstanden. Landesweit waren im Jahr 2003 gut 53 % aller Plätze Einzelplätze, während knapp 45 % Plätze in Zweibettzimmern und lediglich knapp 2 % Plätze in Mehrbettzimmern waren.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Die pauschale Aussage, dass die Qualitätsstandards in den Einrichtungen verbessert wurden, wird so nicht geteilt. Die Streichung der Investitionskosten zu Lasten stationärer Pflegeeinrichtungen 2004 hat zur Absenkung der Pflegestandards geführt. So gehen die Kommunen zunehmend dazu über, Pflegebedürftige in Zwei- und Dreibettzimmern unterzubringen.

Die Anzahl der Heime, in denen Plätze zur Tagespflege angeboten werden, ist im Zeitraum von 1999 bis 2005 von 111 auf 97 zurückgegangen. Gleichzeitig hat sich allerdings die Anzahl der Plätze von etwas unter 1 000 auf knapp 1 100 erhöht. Dabei ist das Angebot zur Tagespflege in Niedersachsen nicht flächendeckend; 13 der 46 Gebietskörperschaften verfügen über keine entsprechenden Einrichtungen. Tendenziell sind die städtischen Verdichtungsräume besser mit Tagespflegeangeboten ausgestattet als der ländliche Raum. Ganz überwiegend wird das Angebot der Tagespflege von älteren Menschen angenommen, um einen Aufenthalt in einer vollstationären Einrichtung zu vermeiden oder hinauszuzögern.

Abbildung 210: Pflegeheime und -plätze 1999 bis 2005 (nach Angebotsart)



Anmerkung: Die Summe der Heime übersteigt deren oben angegebene Gesamtzahl, da Heime teilweise ein kombiniertes Angebot vorhalten. Der überwiegende Teil der Kurzzeitpflegeplätze (80-90 %) besteht aus Dauerpflegeplätzen, die flexibel auch für Kurzzeitpflege genutzt werden; diese Plätze werden auch in der Rubrik „Dauerpflege“ mitgezählt und sind in der Tabelle insofern doppelt berücksichtigt.
 Datengrundlage: NLS – Pflegestatistik. Eigene Darstellung.

Auch die Anzahl der Heime, die Kurzzeitpflegeplätze anbieten, ist seit 1999 zurückgegangen und lag im Jahr 2005 bei 64 Einrichtungen. Die Anzahl der Plätze hat sich dagegen im gleichen Zeitraum auf knapp 5 200 nahezu verdoppelt. Der Grund hierfür liegt darin, dass zahlreiche Pflegeheime dazu übergegangen sind, Plätze der vollstationären Dauerpflege auch flexibel für Kurzzeitpflege anzubieten.

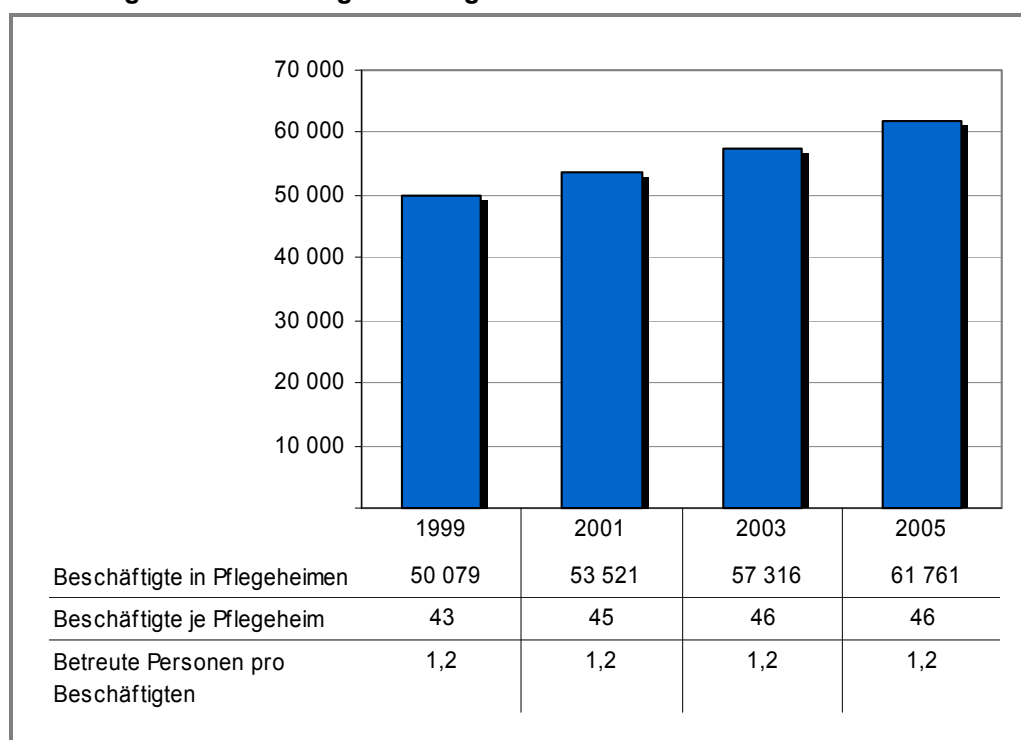
Versorgungspolitisch von besonderem Interesse sind die reinen Kurzzeitpflegeheime, da diese vielfach auch rehabilitativ orientierte Pflege zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur eigenständigen Lebensführung anbieten. Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege sind dagegen im Rahmen der „eingestreuten“ Kurzzeitpflege zumeist nicht auf solche Leistungen ausgerichtet. Die reinen Kurzzeitpflegeheime konzentrieren sich auf 19 Landkreise und kreisfreie Städte (Stand 2005), sodass im Bereich der Kurzzeitpflege keine flächendeckende Versorgung in Niedersachsen angeboten werden kann.

Die Unterbringung in der Kurzzeitpflege stellt jedoch nicht nur für Pflegebedürftige im Sinne der Pflegeversicherung ein wichtiges Angebot dar. Auch eher kurzzeitig Kranke, die zu Hause keine Pflege erfahren, können zur Verkürzung oder Vermeidung eines Krankenhausaufenthalts in der Kurzzeitpflege eine passende Versorgung erhalten.

Personal

Im Jahr 2005 waren nahezu 62 000 Menschen in Pflegeheimen beschäftigt (vgl. Abbildung 211). Analog zum Zuwachs der Pflegeplätze hat sich auch die Anzahl der Beschäftigten in Pflegeheimen seit 1999 um knapp 12 000 Personen erhöht, sodass der Betreuungsschlüssel im betrachteten Zeitraum mit 1,2 Personen pro Beschäftigten konstant geblieben ist. Entsprechend dem Zuwachs an Pflegeplätzen pro Heim hat sich daher auch die Anzahl der Beschäftigten pro Einrichtung von durchschnittlich 43 im Jahr 1999 auf 46 im Jahr 2005 erhöht.

Abbildung 211: Beschäftigte in Pflegeheimen 1999 bis 2005



Datengrundlage: NLS – Pflegestatistik. Eigene Darstellung.

1.6.6 Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege

Über die Maßnahmen der ambulanten und stationären Pflege nach SGB XI hinaus gibt es in Niedersachsen eine Reihe weiterer Angebote für Menschen, die aufgrund ihres Alters, einer Behinderung oder einer Erkrankung auf Unterstützung angewiesen sind. Hierzu zählen vor allem unterschiedliche Formen des Betreuten Wohnens, niedrigschwellige Betreuungsangebote zur Versorgung demenziell erkrankter Perso-

nen sowie ambulante gerontopsychiatrische Zentren. Damit sollen die möglichst weit gehende Selbstbestimmung der hilfebedürftigen Personen erhalten, pflegende Angehörige entlastet und stationäre Heimaufenthalte so weit wie möglich vermieden oder hinausgezögert werden.

Angebote des Betreuten Wohnens

Rund ein Zehntel der heute in Pflegeheimen lebenden Personen hat lediglich einen geringen Pflegebedarf und könnte – bei Einbettung in ein geeignetes soziales Umfeld und mit entsprechenden Unterstützungsangeboten – durchaus noch ein eigenständiges Leben führen (vgl. MS 2005: 415 ff.).

Angebote des Betreuten Wohnens zielen vornehmlich auf diese Gruppe und stellen Versorgungsarrangements bereit, die an den individuellen Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer ausgerichtet werden können. Sie stellen somit ein geeignetes Bindeglied zwischen einer Lebensführung in der eigenen Wohnung und der Betreuung in einer vollstationären Einrichtung dar.

Das Angebot umfasst folgende Varianten:

- Einzelwohnungen mit einem gesicherten Grund- und einem optionalen Wahlservice an Unterstützungsleistungen,
- Wohnprojekte mit integriertem Service (ggf. einschließlich ambulanter/teilstationärer Pflege sowie Kurzzeitpflege),
- Betreute Wohnungen in Zuordnung zu einem Pflegedienst oder -heim,
- gemeinschaftlich organisierte Wohnformen (Hausgemeinschaften, ambulant betreute Wohngemeinschaften).

Ein wichtiges Element dieser Wohnformen ist die Förderung der Selbstorganisation und gegenseitigen Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner. Hierdurch entstehen auch soziale Beziehungen untereinander, die dem Problem der Vereinsamung im Alter vorbeugen können.

Die Akzeptanz und die Nachfrage nach entsprechenden Projekten hat in den letzten Jahren – insbesondere bei der älteren Bevölkerung – deutlich zugenommen, wobei das Angebot betreuter Wohnungen in städtischen Siedlungsräumen deutlich größer ist als in ländlich strukturierten Regionen. Abgesicherte statistische Daten über Anzahl und Verteilung von Angeboten des Betreuten Wohnens in Niedersachsen liegen jedoch nicht vor. Eine entsprechende Umfrage des MS wurde nur von wenigen Kommunen beantwortet.

Dies legt den Schluss nahe, „dass in einer erheblichen Zahl von Landkreisen und kreisfreien Städten offenbar die Versorgung ihrer älteren Einwohnerinnen und Einwohner mit altengerechtem Wohnraum, vor allem solchem mit Betreuungsangeboten, die erfahrungsgemäß in besonderer Weise geeignet sind, Heimaufenthalte zu vermeiden, zumindest nicht so bedeutsam für die im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge erforderlichen Planungen in der Kommune ist, dass die entsprechenden Daten abrufbereit vorliegen, laufend fortgeschrieben und hinsichtlich ihres Nutzens für die Kommune bewertet werden.“ (MS 2005: 418).

Zukünftig wird der Bedarf an altengerechten Wohnformen massiv zunehmen (vgl. LTS 2006) und Impulse auf den Wohnungsmärkten setzen.

Eine Sonderform des Betreuten Wohnens stellen die ambulant betreuten Wohngemeinschaften dar. Dieses Angebot richtet sich insbesondere an Personen mit altersbedingten mentalen Fähigkeitsstörungen, die zwar einer Unterstützung zur Lebensführung, jedoch vielfach keiner somatisch ausgerichteten Pflege bedürfen. Der wesentliche Unterschied zum stationären Pflegeheim besteht darin, dass das Lebenszentrum der Bewohner eine Wohnung im allgemeinen Wohnungsbestand ist und die

betreuten Menschen respektive ihre gesetzlichen Vertreter frei über das Alltagsgeschehen und die Betreuungs-, Versorgungs- und Pflegeleistungen bestimmen können.

Im Jahr 2005 gab es in Niedersachsen 23 ambulant betreute Wohngemeinschaften, davon 15 speziell für demenziell erkrankte Personen. Drei weitere waren zu diesem Zeitpunkt bereits geplant (vgl. MS 2005: 423 f.).

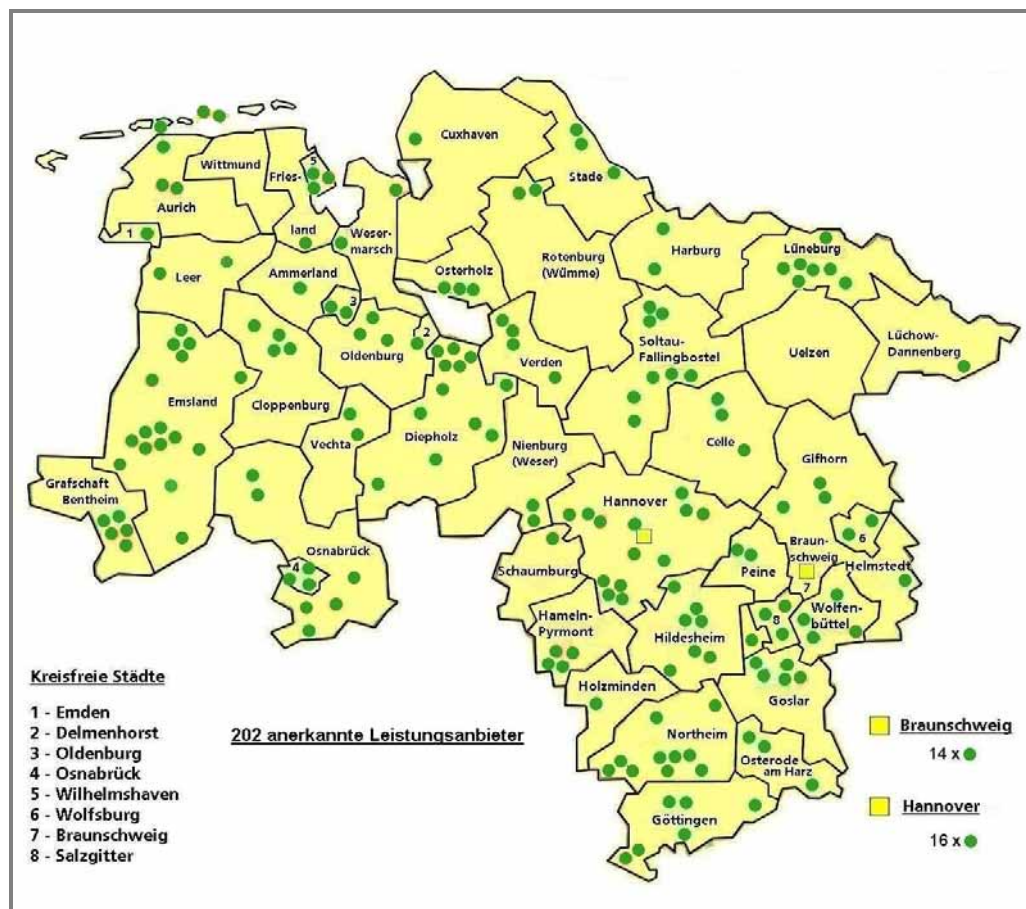
Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Niedrigschwellige Betreuungsangebote dienen der vorübergehenden stundenweisen oder ganztägigen Entlastung Pflegenden, die Familienangehörige betreuen, welche psychisch oder demenziell erkrankt oder behindert sind.

Die Qualität der Leistungen muss nach § 45b SGB XI durch das Land anerkannt werden. Ihre Leistungen umfassen in unterschiedlicher Kombination:

- Betreuungsgruppen für Demenzkranke,
- Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer,
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a SGB XI sowie
- Familienentlastende Dienste (§ 45c Abs. 3 Satz 5 SGB XI).

Abbildung 212: Anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen am 26.03.2007



Quelle: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Um den Ausbau entsprechender Angebote in Niedersachsen zu fördern, wurde das Informationsbüro für niedrigschwellige Betreuungsangebote bei der Landesvereinigung für Gesundheit e. V. eingerichtet. Mit Ausnahme von zwei Landkreisen befinden sich in jedem Landkreis in Niedersachsen ein oder mehrere (bis zu 16) Angebote. Im Jahr 2007 (Stand 26.03.2007) sind dies 202 anerkannte Angebote (vgl. Abbildung 212). Weitere Angebote, für die kein Antrag auf Förderung durch das Land gestellt wurde, sind in dieser Abbildung nicht erfasst.

Gerontopsychiatrische Angebote

Gerontopsychiatrische Angebote richten sich an ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen wie z. B. Demenz, Depressionen, Wahn- oder Suchterkrankungen mit akuten Krankheitssymptomen, sowie an deren Angehörige (Leistungen nach SGB V).

In der Landeshauptstadt Hannover existieren drei ambulante gerontopsychiatrische Zentren, deren Angebot die telefonische oder persönliche Beratung, die Vermittlung oder Organisation von Hilfen und die ambulante gerontopsychiatrische Krankenpflege umfasst. Darüber hinaus bietet landesweit eine Reihe von Krankenhäusern entsprechende Leistungen an.

Gerade auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie ist es notwendig, ambulante Hilfpotenziale zu aktivieren und informelle Netze zur Unterstützung pflegender Angehöriger und Betreuungspersonen aufzubauen. Hierzu wurden z. B. in Braunschweig das „Kompetenzzentrum Gerontopsychiatrische Beratung“ und in Hannover das „Forum Demenz“ des Caritasverbandes eingerichtet, deren überregionale Aufgabe es ist,

- Informationen über wohnungsnahе Beratungs- und Entlastungsangebote zu bereitzustellen,
- Unterstützung beim Auf- oder Ausbau gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen vor Ort zu leisten und
- eine Vernetzung der vorhandenen Versorgungsstrukturen zu fördern.

Hierzu wird ein umfangreiches Beratungs- und Informationsangebot für professionell Pflegende ebenso wie für Laien vorgehalten. Das Land Niedersachsen unterstützt die beiden genannten Träger, um ein flächendeckendes gerontopsychiatrisches Angebot zu verwirklichen.

1.6.7 Ausbildung und Beruf im Pflegebereich

In Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten sowie in verschiedenen Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Behinderungen werden Fach- und Hilfskräfte mit verschiedenen Ausbildungen eingesetzt. Die zahlenmäßig wichtigsten Fachkräfte sind Krankenpflegerinnen und -pfleger, Altenpflegerinnen und -pfleger sowie Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger. Während für die Erstgenannten seit vielen Jahren berufliche Ausbildungen (mit dem primären Berufsbild der Krankenhaustätigkeit) existieren, hat sich eine vereinheitlichte Ausbildung für Altenpflegerinnen und -pfleger erst vor relativ kurzer Zeit infolge des Pflegeversicherungsgesetzes entwickelt.

In diesen pflegerischen Berufen weist Deutschland eine vergleichsweise niedrige Bildungsvoraussetzung auf. Entsprechend schlecht sind die Anerkennung, die Bezahlung sowie die Arbeitsbedingungen. Zudem ist die Situation für Hilfskräfte im Pflegebereich noch ungünstiger.

Die fachlichen, psychischen und physischen Anforderungen an das Personal im Pflegebereich sind jedoch in den letzten Jahren noch deutlich gestiegen. Die Gründe dafür sind heterogen und betreffen sowohl die Kranken- als auch die Alten- und Behindertenpflege.

Von besonderer Bedeutung sind hierbei in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung die Zunahme von Multimorbidität und der Anstieg der vor allem altersbedingten

Demenzerkrankungen. Die erheblich gesunkene Verweildauer in stationären Einrichtungen und die Zunahme des Umfangs der Pflegebedürftigkeit der Bewohner in Alten- und Pflegeheimen und damit der Sterbehäufigkeit haben zu einer massiven Arbeitsverdichtung und den eingangs genannten Belastungen geführt.

Nach der next-Studie der Universität Witten/Herdecke aus dem Jahr 2003 liegt die durchschnittliche berufliche Verweildauer von Pflegekräften in Pflegeeinrichtungen bei 5, 8 Jahren. Der Wunsch, aus der Pflege „auszusteigen“ schwankt zwischen den Einrichtungen zwischen 5 und 50 % (vgl. www.next.uni-wuppertal.de).

Die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten in Pflegeheimen stieg von 2003 nach 2005 um 7 % (von 57 316 auf 61 761). Die Entwicklung der Zahl der betreuten Pflegebedürftigen im Verhältnis zu den Beschäftigten in Niedersachsen blieb seit 1999 beständig bei 1,2.¹⁷¹ Das Pflegefachpersonal in Pflegeheimen stieg von 2003 bis 2005 um 13,1 % (von 17 408 auf 19 701) (vgl. Abbildung 211).

Die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten in Pflegediensten stieg von 2003 bis 2005 um 6,4 % (von 20 715 auf 22 044). Die Entwicklung der Zahl der betreuten Pflegebedürftigen im Verhältnis zu den Beschäftigten in Niedersachsen blieb seit 1999 beständig bei 2,3. Das Pflegefachpersonal in Pflegediensten stieg von 2003 bis 2005 um 16,5% (von 9 125 auf 10 635) (vgl. Abbildung 208).

Bei der voraussichtlichen Anzahl von pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2020 würde sich ein Personalbedarf zwischen 92 707 und 104 171 ergeben. Dies ist eine geringe Steigerung gegenüber dem Landespflegebericht 2005. Danach ergab sich ein Personalbedarf zwischen 91 743 und 103 033.

Gleichwohl ist die Zahl der Schülerinnen und Schüler in der Altenpflege in Niedersachsen kontinuierlich angestiegen. Betrug sie 1995 noch 3 919, befanden sich im Jahr 2005 4 922 Menschen in diesem Bildungsgang.

In der Vergangenheit wies die Ausbildung in der Altenpflege traditionell einen hohen Anteil an Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung („Umschulungen“) auf, die im Jahr 2004 mit 1 242 Schülerinnen und Schülern den Höchststand erreicht hatten. Neben der arbeitsmarktpolitischen Effizienz lag der positive Effekt darin, dass lebensältere Menschen für den Beruf gewonnen werden konnten. Bereits aufgrund einer veränderten Förderpraxis der Bundesagentur für Arbeit (BA), die nunmehr vorrangig Kurzqualifizierungen fördert, ist diese Zahl jedoch dramatisch gesunken. Die Vorgabe im § 85 des SGB III, wonach seit 01.01.2006 eine Umschulung nur noch dann bewilligt werden kann, wenn die Ausbildung um ein Drittel ihrer Dauer verkürzt oder eine Finanzierung des dritten Jahres durch Dritte gesichert ist, hat den Trend in kurzer Zeit weiter beschleunigt.

Die Zahl der Ausbildungsplätze in ambulanten Einrichtungen ist derzeit gering. Nach Angaben der Landesarbeitsgemeinschaft der Altenpflegeschulen stellen diese Einrichtungen weniger als 5 % der Ausbildungsplätze. Dies hängt vorrangig mit den besonderen Strukturen der ambulanten Pflege, die naturgemäß nicht in Teams und vor Ort erbracht wird, zusammen. Gleichwohl gilt es auch hier, die Ausbildungsbereitschaft zu fördern.

Die gelegentliche Forderung zur Wiedereinführung eines staatlichen Umlageverfahrens ist somit kein geeignetes Instrument, das erforderliche Angebot an Ausbildungsplätzen sicherzustellen. Voraussetzung für ein solches Umlageverfahren wäre im Übrigen nach § 25 des Altenpflegegesetzes des Bundes (AltPflG), dass damit ein Mangel

¹⁷¹ Bei einem angesichts von Urlauben, Krankenstand und Weiterbildungsbedarf notwendigen Vierschichtbetrieb bei Vollzeitbeschäftigten bedeutet dies, dass im Arbeitsablauf ein Beschäftigter in Heimen im Durchschnitt zugleich etwa fünf Pflegebedürftige zu versorgen hat. Nachdem diese Beschäftigtenzahlen jedoch auch Personal der hauswirtschaftlichen Versorgung, der Verwaltung und gewisser therapeutischer Berufe beinhalten kann, kommen auf eine Fach- oder Hilfskraft wesentlich mehr Pflegebedürftige.

an Ausbildungsplätzen beseitigt oder verhindert wird. Für einen bestehenden oder drohenden Mangel an Ausbildungsplätzen ist das Land als Ordnungsgeber nachweislich. Dieser ist im Land Niedersachsen weder gegeben noch erkennbar.

Die ausschließliche Betrachtung der Ausbildungszahlen im Bildungsgang Altenpflege greift im Übrigen zu kurz, weil letztlich nur multiprofessionelle Teams die Betreuung und Pflege alter Menschen angemessen erbringen können. Der Beruf der Altenpflegerin / des Altenpflegers hat sich – auch aufgrund der gestiegenen Pflegebedürftigkeit der Bewohner – deutlich zur Behandlungspflege alter Menschen verschoben und kann die ursprünglich intendierte Breite bis hin zu sozialpflegerischen Elementen nicht mehr abdecken. Zudem haben nicht alle alten Menschen einen gleichen (hohen) Pflegebedarf, und viele Leistungen, z. B. im Bereich der Betreuung und Grundpflege, können durch andere Berufsgruppen erbracht werden.

Oft gehen Planungen davon aus, dass die derzeitigen Strukturen Bestand haben werden. Die derzeitige Aufgabenverteilung im deutschen Gesundheitswesen weist im Unterschied zum Ausland den Gesundheitsfachberufen im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten geringere Zuständigkeiten zu. Ob dieser Status tatsächlich Bestand haben kann, ist völlig offen.

Aufgrund der Entwicklung des Altenpflegeberufes besteht zu Überlegungen zur zukünftigen integrativen oder generalistischen Pflegeausbildung, d. h. der Zusammenführung der Ausbildungen nach den Gesetzen über die Berufe in der Kranken- sowie Altenpflege mittlerweile ein breiter Konsens. Allerdings liegt die Gesetzgebungskompetenz im Grundsatz beim Bund.

Es ist bemerkenswert, dass sich die Zahl der Ausbildungsplätze in den Bildungsgängen nach dem Krankenpflegegesetz trotz des Bettenabbaus und der Einführung der DRGs im Jahr 2004 stabilisiert hat. Tatsächlich wird seit geraumer Zeit über den Bedarf ausgebildet. Nach der PABiS-Studie erhielten im Jahr 2004 etwa 50 % der Absolventen einen überwiegend befristeten Arbeitsvertrag in einem Krankenhaus. Immerhin 26 % wurden demnach in der stationären Altenpflege bzw. ambulante Pflege tätig. (vgl. DIP, DKI, Robert Bosch Stiftung 2006)

Zu berücksichtigen sind zudem die Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger, die zwar vorrangig in der Behindertenhilfe tätig sind, aber auch in der Altenpflege ein berechtigtes Tätigkeitsfeld haben.

Tabelle 38: Zahl der Schülerinnen und Schüler in Pflegeberufen in Niedersachsen

	Altenpflege	Heilerziehungspflege	Krankenpflege	Summe
2000	4 080	1 505	6 881	12 466
2006	4 698	2 066	6 581	13 345

Quelle: Statistik des Landes für die Schulen des Gesundheitswesens und berufsbildenden Schulen. Überarbeitete Darstellung.

Somit stieg die Zahl der Schülerinnen und Schüler in den Fachberufen nach der Heimpersonalverordnung im dargestellten Zeitraum um über 6,5 %, wobei die Alten- und Heilerziehungspflege deutliche Zuwächse zu verzeichnen haben.

Eine kurzfristige Steigerung der Ausbildungskapazitäten – wie auch immer sie zu bewältigen wäre – würde der Arbeitsmarkt akut nicht aufnehmen können und wäre selbst im Hinblick auf einen erhöhten Bedarf in einigen Jahrzehnten wenig hilfreich.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Die stark gestiegenen fachlichen, physischen und psychischen Anforderungen an das Personal im Pflegebereich liegen in der Zunahme von Multimorbidität, dem starken Anstieg der Zahl von demenzkranken Personen, einer erheblich gesunkenen Verweildauer und damit verbunden einer gestiegenen Sterbefrequenz der Bewohner in den Pflegeheimen. Hinzu kommen eine geringe Entlohnung der Pflegekräfte, mangelnde Aufstiegschancen sowie ein geringes gesellschaftliches Ansehen des Pflegeberufs.

Angesichts des demografisch bedingten stark wachsenden Bedarfs an Pflegekräften sind an dieser Stelle in erster Linie die Perspektiven des Pflegeberufs und die Ausbildungssituation von Bedeutung. Die durch Mehrheit beschlossene Fassung dieses Kapitels wird diesem Anspruch nicht gerecht und eignet sich nicht als sachliche Grundlage zur Ableitung von Handlungsempfehlungen. Hinzu kommt, dass die vorgelegten Zahlen wegen fehlender Quellen nicht nachvollziehbar sind und zudem mit der Krankenpflege vermengt werden, die nicht Gegenstand dieses Kapitels ist.

Die Zahl der Altenpflegeschülerinnen und -schüler ist mit Einführung der Pflegeumlage 1996 stark gestiegen und nach deren Aussetzung im Jahr 2000 wieder um 20 % zurückgegangen. Ursache ist, dass Einrichtungen nicht mehr ausbilden wollen, weil sie dadurch Wettbewerbsnachteile gegenüber Einrichtungen haben, die nicht ausbilden. Auch die Erhöhung des pflegesatzwirksamen Refinanzierungsbeitrages auf 7 300 Euro pro Jahr und Schüler hat die Situation nicht verbessert.

Besonders drastisch ist die Lage im Bereich der ambulanten Pflege. Hier wird seit Wegfall der Umlagefinanzierung kaum noch ausgebildet, obwohl der Fachkräftebedarf zunimmt. Die Pflegeausbildung hat an Attraktivität verloren, weil Ausbildungsvergütungen verstärkt unterhalb der tariflichen Bestimmungen angeboten werden.

Das vorgebrachte Argument, das Umlageverfahren könne nicht wieder eingeführt werden, weil keine Mangelsituation vorherrscht, ist nicht zutreffend. Das Land kann jederzeit auf Grundlage der vorliegenden Zahlen einen aktuellen oder zukünftigen Notstand erklären, wie dies beispielsweise in Rheinland-Pfalz erfolgte.

2 Zeitgemäße Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in Niedersachsen – Handlungsoptionen

Das Zusammenspiel von demografischen Entwicklungen – Bevölkerungsrückgang und Alterung – in vielen Regionen verbunden mit anstehenden Strukturveränderungen im Gesundheitswesen wird einen nicht unerheblichen Anpassungsbedarf nach sich ziehen, um einer möglichst wohnortnahen Gesundheitsversorgung gerecht zu werden.

2.1 Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung sind Aufgaben, denen sich die Leistungsanbieter der Gesundheitsversorgung, die Krankenkassen (nach § 20 SGB V) und die öffentlichen Gesundheitsdienste zu stellen haben.

Die mit der steigenden Lebenserwartung verbundene Zunahme an gesundheitlichen Beeinträchtigungen wird die Notwendigkeit, effizient mit den Ressourcen umzugehen, steigern. Deswegen wird es auch unerlässlich sein, die Präventionsbemühungen zu verstärken, um zu vermeiden, dass Menschen erkranken. Wenn dies nicht vermieden

werden kann, soll der Eintritt von Erkrankungen hinausgeschoben werden. Wenn sich das Auftreten chronischer Erkrankungen im Durchschnitt in ein etwas höheres Alter verschieben ließe, könnten damit erhebliche Kosten gespart werden.

Eine solche Verbesserung des Gesundheitszustandes erfordert sowohl bei der *Verhältnisprävention* wie auch bei der *Verhaltensprävention* Veränderungen. Nicht zuletzt wurden in den letzten Jahren auch die Bemühungen intensiviert, Verhältnis- und Verhaltensprävention zu kombinieren, indem in der Verhaltensprävention die lebensweltlichen Umstände mit einbezogen wurden.

Die *Verhältnisprävention* betrifft viele lebensweltliche Bereiche. So muss es z. B. aufgrund der veränderten Altersstruktur vielfältige Anpassungen geben, die die Gesundheits- und Unfallgefährdung älterer Menschen mindern. Denn viele alleinlebende Menschen werden auch darauf angewiesen sein, möglichst autonom – nicht zuletzt ohne allzu große gesundheitliche Beeinträchtigung bei ihren alltäglichen Aufgaben – ihr Leben gestalten zu können.

Die *Verhaltensprävention* setzt sehr stark in jungen Jahren an, muss jedoch über das ganze Leben hinweg aufrecht erhalten werden. Insbesondere die Landeszuständigkeit für das Bildungswesen bietet über die Verstärkung der Gesundheitsbildung in allen Stufen der Bildung und Ausbildung Möglichkeiten einer jeweils altersgerechten Vermittlung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen.

Gerade bei der Verhaltensprävention sollten die Erkenntnisse der letzten beiden Jahrzehnte genutzt werden, die zeigen, dass der Erfolg der Prävention von der Beachtung der lebensweltlichen Bezüge abhängt. Das bedeutet auch, dass oft durchaus unterschiedliche Konzepte in städtischen und ländlichen Milieus genutzt werden müssten. Gerade der Versuch, Jugendliche und Kinder zu erreichen, muss bei der Schule und bei den Institutionen (Vereinen) ansetzen, die Jugendarbeit betreiben. Die derzeitigen Bemühungen müssen dadurch verbessert werden, sodass insbesondere im sozial benachteiligten Umfeld in verstärktem Maße die bildungsbezogenen Leistungen auch durch sozialpädagogische Leistungen ergänzt werden. Die Verantwortung (auch finanzieller Art) soll im Interesse der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse primär beim Land angesiedelt sein, auch wenn die eigentliche Durchführung im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge erfolgt.

Alt sein bedeutet nicht zwangsläufig, gebrechlich oder hilfsbedürftig zu sein. Vielmehr besitzt bereits heute der weit überwiegende Anteil älterer Menschen eine gute Gesundheit selbst in der Gruppe der über 80-Jährigen und ist in der Mehrzahl noch zu einer weitgehend selbstständigen Lebensführung in der Lage; unter der Voraussetzung, dass hauswirtschaftliche Hilfen zur Verfügung stehen.

Die Grundlage für eine gute Gesundheit im Alter bildet eine gesunde Lebensweise während der gesamten Lebensspanne. Insbesondere typische Alterskrankbilder, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen oder verschiedene Krebsarten, können auf diese Weise häufig vermieden oder zumindest abgeschwächt werden. Zur gesunden Lebensweise zählt dabei insbesondere

- körperliche Bewegung zum Schutz vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems sowie Stoffwechselerkrankungen,
- gesunde Ernährung zum Schutz vor Osteoporose, Übergewicht, Zuckerkrankheit, Krebs und Fettstoffwechselstörungen,
- Normalisierung des Körpergewichts zum Schutz vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, Hüftfrakturen und Stoffwechselerkrankungen),
- Vermeidung von Tabakkonsum und anderen Suchtmitteln zum Schutz vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Organschäden und Krebs.

Die örtlichen Angebote, Strukturen und Bedarfe im Bereich gesundheitspräventiver Maßnahmen sind in Niedersachsen unterschiedlich; so sind z. B. in rein ländlich strukturierten Gebieten andere Präventionsmaßnahmen erforderlich als in städtisch geprägten. Deshalb ist es sinnvoll, dass die Kommunen grundsätzlich selbst entscheiden, welche Schwerpunkte sie im Bereich der Gesundheitsförderung setzen, wie sie ihre ortsbezogenen Präventionsmaßnahmen anlegen und wie sie vor Ort vorgehen, um mit den eingesetzten Ressourcen maximale Wirkungen zu erzielen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten allerdings vor Ort mit anderen Akteuren der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsvorsorge abgestimmt werden. Hierbei stehen den Kommunen nach § 8 NGöGD gesundheitsbezogene Fachberichte als Grundlage der Steuerungsaufgaben im Bereich der Prävention zur Verfügung, damit je nach Arbeitsschwerpunkten die Ressourcen zielgerichtet eingesetzt werden können.

Das Spektrum möglicher Maßnahmen, mit denen die Kommunen, aber auch das Land sowie soziale und medizinische Institutionen, Arbeitgeber und Bildungseinrichtungen zur Förderung der Gesundheitsvorsorge beitragen können, ist weit und kann in diesem Bericht lediglich angedeutet werden¹⁷².

Die wesentlichen Handlungsfelder gesundheitlicher Prävention liegen in den Bereichen

- Gewährleistung einer frühzeitigen und umfassenden gesundheitlichen Bildung an den Schulen und Steigerung des allgemeinen Bildungsniveaus,
- der Förderung gesunder Ernährung und Bewegung zum Erhalt der körperlichen Leistungskraft,
- der Gewährleistung sicherer und gesunder Arbeitsbedingungen in allen Berufsfeldern,
- der Reduzierung des Konsums von Suchtmitteln,
- der Gewaltprävention und dabei insbesondere des Schutzes von Kindern, Frauen und älteren Menschen,
- der Gewährleistung der Sicherheit im Straßenverkehr.

Zentraler Ansatzpunkt einer umfassenden Präventionsstrategie ist eine frühzeitige und umfassende gesundheitliche Bildung von Kindern und Eltern in vorschulischen Einrichtungen und in der Schule, weil hier Fehlverhalten und gesundheitsschädliche Ernährung frühzeitig erkannt und ggf. korrigiert werden können.

Eine herausragende Bedeutung kommt dem Handlungsfeld „Information und Aufklärung“ zu. Bürgerinnen und Bürger benötigen gesicherte und verständliche Informationen darüber, wie sie ihre Gesundheit erhalten können und welche Auswirkungen ihre Lebensführung auf ihre Gesundheit hat. Wichtige Instrumente sind mediengestützte Informationskampagnen, gesundheitsbezogene Wettbewerbe – beispielsweise an Schulen – und spezifische Beratungsangebote, Kurse und Seminare, die auf einzelne Felder der Gesundheitsprävention ausgerichtet sind und bestimmte Zielgruppen ansprechen.

Während sich diese Handlungsfelder weitgehend an alle Alters- und Bevölkerungsgruppen richten, kommt der Gesundheitsprävention für ältere Menschen eine besondere Bedeutung zu. Eine Herausforderung besteht darin, gerade allein lebende ältere Menschen mit Präventionsangeboten zu erreichen. Ein geeignetes Instrument ist der „Präventive Hausbesuch“ durch Gemeindeschwestern, Hausärzte oder andere entsprechend geschulte Personen. Präventive Hausbesuche bei noch nicht pflegebedürftigen älteren Personen ermöglichen es, medizinische, psychologische, pflegerische und soziale Probleme frühzeitig zu erkennen und präventive Maßnahmen rechtzeitig

¹⁷² Zum Spektrum möglicher Präventionsmaßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vgl. MDS 2007.

einzuweisen. Vielfach können dadurch Behinderungen und ein daraus resultierender Pflegebedarf vermieden oder zumindest hinausgezögert werden. Dem Konzept des Präventiven Hausbesuchs liegt ein umfassendes Verständnis von Gesundheitsberatung zugrunde: Es umfasst nicht nur mögliche Risikofaktoren wie beispielsweise Sturzgefahren, sondern bezieht auch Fragen der Ernährung, des sozialen Umfeldes sowie körperliche Aktivitäten mit ein (vgl. MEIER-BAUMGARTNER, ANDERS, DAPP 2005).

Im Rahmen eines Forschungsprojektes, das die AOK-Niedersachsen gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation und der Medizinischen Hochschule Hannover in der Region Hannover durchgeführt hat, konnten in Niedersachsen erste positive Erfahrungen mit Präventiven Hausbesuchen gesammelt werden. Dabei wurden rund 600 Personen zwischen 69 und 78 Jahren von geschulten AOK-Mitarbeitern mit dem Ziel in ihren Wohnungen besucht, einen persönlichen Plan für ein gesundes Leben im Alltag zu entwickeln.

Die Berater traten dabei auch als Impulsgeber zur Teilnahme an sozialen Aktivitäten im häuslichen Umfeld auf und vermittelten bei Bedarf konkrete Hilfen und Unterstützungsangebote. Ziel war es dabei auch, einen lokalen Markt für niedrigschwellige Serviceangebote aufzubauen, der es älteren Menschen erleichtern soll, ihre Bedürfnisse nach Hilfe im Alltag und sozialen Kontakten zu befriedigen. Die Erfahrungen aus dieser zunächst als Forschungsprojekt angelegten Maßnahme werden mittlerweile auch in anderen Regionen Niedersachsens genutzt.

Im Bereich der Gesundheitsprävention für Menschen mit Migrationshintergrund bedarf es ebenfalls besonderer Anstrengungen, um die Zugangsmöglichkeiten dieser Bevölkerungsgruppe zu gesundheitsfördernden Maßnahmen zu verbessern. In Hannover beispielsweise nimmt das Ethno-Medizinische Zentrum (EMZ) psychosoziale Integrations- und Betreuungsaufgaben für Migrantinnen und Migranten wahr und unterstützt diesen Personenkreis auch in Fragen der Gesundheitsversorgung in den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Auch der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) engagiert sich gemeinsam mit einer Reihe weiterer Institutionen in dem Projekt „Mit Migranten für Migranten“ dafür, die gesundheitliche Versorgung und Prävention für diesen Bevölkerungsteil zu verbessern. Kern des Ansatzes ist es, über Gesundheitsmediatoren, die selbst aus der Zielgruppe stammen und daher einen sprachlichen und kulturellen Zugang haben, kultursensible Inhalte und Angebote der Gesundheitsförderung zu vermitteln. Derzeit wird an diesem Projekt an 15 Standorten in 9 Bundesländern gearbeitet. In Hannover ist auch das Ethno-Medizinische Zentrum an der Umsetzung beteiligt.¹⁷³

2.2 Anpassung der medizinischen Versorgung

2.2.1 Krankenhausversorgung

Der Bevölkerungsrückgang kombiniert mit den strukturellen Veränderungen im Krankenhausbereich (vor allem technischer Fortschritt und Reform der Honorierungssysteme sowie verbesserte Verzahnung mit dem ambulanten Sektor) wird zu verschiedenen Anpassungsmaßnahmen führen müssen. Der Abbau von Krankenhausbetten sowie die Schließung von Fachabteilungen und von Krankenhäusern wird Orte unterschiedlicher Größe und Zentralität sehr unterschiedlich betreffen.

In größeren Städten wird auch bei einem Bevölkerungsrückgang eine angemessene Krankenhausversorgung vorgehalten werden können, die die Bevölkerung in die Lage versetzt, nur kurze Wege zum nächsten Krankenhaus zurücklegen zu müssen. Trotzdem wird es auch hier zu Anpassungen kommen: Krankenhäuser können zusammengelegt werden oder in Kooperationen eintreten (sodass nicht alle Abteilungen in allen

¹⁷³ Weitere Informationen unter www.bkk.de/mehr-gesundheit-fuer-alle.

bestehenden Kliniken vorgehalten werden). Die Aufgabe des Landes bzw. der Kommunen liegt hierbei nicht so sehr in der Umsetzung, da viele Krankenhäuser heute nicht in öffentlicher Trägerschaft sind, sondern vor allem in der Gestaltung der Rahmenbedingungen, d. h. vor allem in der Krankenhausplanung und der Investitionstätigkeit.

Die Strukturveränderungen und die Entwicklung neuer Großtechnologien werden jedoch Einfluss auf die wirtschaftlich vertretbaren Mindestgrößen von Krankenhäusern haben. Wenngleich Kooperationen zwischen (hinsichtlich der Bettenzahl verkleinerten) bestehenden Krankenhäusern eine Alternative zur Konzentration auf weniger, größere Häuser darstellen, ist ein solches Vorgehen verantwortungsvoll abzuwägen. Sosehr der Erhalt bestehender Standorte eine wohnortnahe Versorgung ermöglicht und daher wünschenswert ist, ist es angesichts der Veränderung in der Altersstruktur und der Morbidität nicht vertretbar, oft multimorbide, alte Patienten unnötig zwischen Krankenhäusern hin- und herzutransportieren.

In Großstädten ist ein Zusammenschluss hinsichtlich der Versorgungsanforderungen einfacher. Andererseits können gerade dort Standortprobleme bestehen, weil an einzelnen bestehenden Krankenhausstandorten eine bauliche Ausweitung nicht möglich ist. Je nach Alter und Ausstattung vorhandener Krankenhäuser kann der Erhalt bestehender Standorte günstiger sein. Wenn allerdings ohnehin teure Investitions- und Sanierungsmaßnahmen anstehen, kann jedoch auch die räumliche Zusammenlegung von Standorten eine günstigere Alternative darstellen, sofern entsprechende bauliche Ausweitungen an einem Standort möglich sind. Da dies gerade in Großstädten nicht ohne weiteres der Fall sein wird, werden Kooperationen zwischen Krankenhäusern oft eher eine realistische Alternative bieten. Kommunen steht über die Bauleitplanung in solchen Entscheidungen eine Gestaltungsmöglichkeit offen.

Auf jeden Fall ist vorherzusehen, dass in den nächsten Jahren vor allem in Großstädten ein erheblicher Konkurrenzkampf um Patienten zwischen den Krankenhäusern auftreten wird. Eine gute Zusammenarbeit mit den einweisenden Ärzten im Einzugsbereich sowie eine effiziente Notfallversorgung können hierbei vorteilhaft sein. Insbesondere die Notfallversorgung wird dabei auch von entsprechenden Investitionen abhängig sein.

In kleineren Oberzentren oder Mittelzentren wird sich der Rückgang in der Bettenzahl besonders gravierend auswirken, da es in der Folge zur Schließung bestimmter künftig nur noch einmal notwendiger Fachabteilungen kommen kann. Es kann sogar zur Schließung des einzigen Krankenhauses vor Ort kommen. Wenn dies der Fall ist, muss die Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern in der näheren Umgebung ausgebaut werden. So ist durchaus zu überlegen, ob der Erhalt unterschiedlicher Standorte von Krankenhäusern mit reduzierter Fachabteilungszahl sinnvoll ist, wenn auf diesem Wege eine Notfallversorgung in näherer Umgebung erhalten bleiben kann.

Die Entwicklung der Telemedizin kann es ermöglichen, über eine enge Zusammenarbeit mit Krankenhäusern höherer Versorgungsstufe spezialisiertes Fachwissen abzufragen und einzubinden. Für komplexere Behandlungen und Diagnosen würden die Patienten nach der Anfangsversorgung an ein Krankenhaus höherer Versorgungsstufe überwiesen werden müssen.

Die Krankenhausplanung der Länder muss vorausschauend auf die Bedarfe eingehen.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

In ländlichen Gebieten kann diese Entwicklung insbesondere dann zur Schließung von Krankenhäusern führen, wenn sie sich im weiteren Einzugsbereich von größeren Krankenhäusern befinden. Dies wird die Notwendigkeit verbesserter

Krankentransportmöglichkeiten und die Ergänzung der Krankenhausversorgung durch integrierte Versorgung sowie die weitere Auflösung der sektoralen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nach sich ziehen. Für die Einzugsbereiche kleinerer Krankenhäuser, die bisher in der Grundversorgung in eher ländlichen Gebieten tätig waren, könnte sich auch eine Perspektive ergeben, indem sie zu Portalkliniken oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ausgebaut werden, die über eine leistungsfähige Notfallversorgung und Diagnostik verfügen.

Da der Umstrukturierungsprozess auch von einem Wandel in der Trägerschaft mit einem Trend zur Privatisierung in verschiedenen Formen begleitet wird, muss sichergestellt werden, dass eine Konzentrations- und Privatisierungswelle nicht zu einer negativen Risikoanalyse zulasten gerade älterer Patienten führt.

2.2.2 Ambulante Versorgung

Auch hinsichtlich der ambulanten ärztlichen Versorgung werden sich demografische Veränderungen und Strukturreformen überlagern.

Das deutsche Gesundheitswesen ist bislang durch eine Parallelität der fachärztlichen Versorgung im ambulanten und im stationären Bereich gekennzeichnet. Die letzten größeren Gesundheitsreformen haben jedoch auch diese Strukturen beeinflusst. So wurde versucht, zum einen die Mauer zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzubrechen, zum anderen aber auch, die Kooperationen im ambulanten Bereich zu fördern. Schließlich kann auch die Reform der Honorarordnungen die Strukturen beeinflussen.

Die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte wird dazu führen, dass in den nächsten Jahren zwar eine erhebliche Zahl altersbedingt ausscheiden wird. Angesichts der relativen Überversorgung in fast allen fachärztlichen Gebieten wird jedoch auch dann keine Unterversorgung entstehen, wenn nicht in allen Fällen Praxisnachfolger gefunden werden. Dies trifft allerdings nicht für den hausärztlichen Bereich zu, in dem in einigen Regionen Knappheiten entstehen könnten.

In diesem Bereich könnten sich beim Ausscheiden von Ärzten ohne Nachfolger allmählich Engpässe ergeben. Dies trifft vor allem in ländlichen Gebieten zu, in denen die Ärztedichte ohnehin geringer ist. In Großstädten wird sich vermutlich ein ausreichendes Angebot an Fachärzten halten – nicht zuletzt deshalb, weil diese Standorte vorgezogen werden.

Im Gegensatz zur Vergangenheit ist jedoch davon auszugehen, dass die Einzelpraxen zahlenmäßig und anteilmäßig zurückgehen. Die Reformen der letzten Jahre haben den Aufbau von Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und zuletzt von Versorgungszentren begünstigt. Der steigende Bedarf an Investitionen in fachärztlichen Praxen führt dazu, dass durch die gemeinsame Nutzung von teuren Geräten eine bessere Auslastung gewährleistet werden kann. Dabei finden sich wirtschaftlich unabhängige Praxen im gleichen Haus (Ärztehäuser) oder aber auch gemeinsam wirtschaftende Ärzte bzw. Mischungen von freiberuflich tätigen Ärzten, die ihrerseits Ärzte beschäftigten. Der Vorteil einer gemeinschaftlichen Praxis liegt insbesondere im gemeinsamen Zugang zu Patientendaten.

Insbesondere Mittelzentren ohne Krankenhäuser könnten die Schaffung von medizinischen Versorgungszentren begünstigen, um dadurch eine hochwertige fachärztliche Versorgung vor Ort zu sichern. Bei einer Vernetzung im Rahmen integrierter Versorgung kann in der Zukunft unter Nutzung von Telemedizin auch Know-how aus Krankenhäusern eingebunden werden. Des Weiteren wäre es für medizinische Versorgungszentren sinnvoll, Patienten auch über Nacht unter Aufsicht versorgen zu können. Eine Zusammenarbeit mit einer Kurzzeitpflegeeinrichtung wäre hierfür geeignet.

Die Tendenz zur Schaffung von Gemeinschaftspraxen kann die ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten weiter erschweren, da der Bevölkerungsrückgang den wirtschaftlichen Betrieb von Praxen in kleineren Orten unmöglich macht. Es wäre vielleicht möglich, für die Routineversorgung durch Hausärzte in Orten ohne eigenen niedergelassenen Arzt eine „Besuchspraxis“ einzurichten, in der ein bis zwei Tage pro Woche ein Arzt – etwa aus einem Medizinischen Versorgungszentrum oder einer Gemeinschaftspraxis – Sprechstunden abhält. Dafür könnte es notwendig sein, dass Gemeinden Unterstützung leisten, um die dafür erforderlichen zusätzlichen Kosten zu kompensieren.

2.2.3 Integrierte Versorgung

Da Deutschland parallel in Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich über eine fachärztliche Versorgung verfügt, sollte diese effizienter verzahnt werden. Vertragliche und infrastrukturelle Gestaltungen, die die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, pflegerischen Einrichtungen und Apotheken umfassen, könnten eine qualitativ hochwertige Versorgung etwa in Mittelzentren sicher stellen.

Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern

Die Standortsicherung und die organisatorische Unterstützung sowie eine Ansiedlung von größeren Zusammenschlüssen von Ärzten und anderem medizinischen Fachpersonal unterhalb der Ebene der Krankenhäuser (z. B. Medizinische Versorgungszentren) könnten durch die Kommunen und das Land (Planung) unterstützt werden. Eine bessere Zusammenarbeit mit dem nächsten Krankenhaus könnte dies unterstützen. Eine weitere Form der Zusammenarbeit könnte im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit bestehen. Allerdings stellt sich die Frage, ob die Entwicklungen in der Technologie und im Haftungsrecht eine belegärztliche Tätigkeit als sinnvolle und realistische Perspektive für die Zukunft erscheinen lassen.

Apothekenversorgung

Mit der Gefährdung der ärztlichen Standorte wird eine Gefährdung der Apothekenstandorte in ländlichen Gebieten einhergehen. Diese könnte durch Apothekenlieferdienste ersetzt werden.

Da es auch in städtischen Gebieten zu Strukturveränderungen und Apothekenschließungen kommen wird, können solche Lieferdienste für eine alternde Bevölkerung mit vielen in ihrer Mobilität eingeschränkten Personen eine wichtige Dienstleistung darstellen.

2.2.4 Rehabilitationsleistungen

Die Zunahme in der Häufigkeit chronischer Erkrankungen wird auch zu einem steigenden Bedarf an Rehabilitationsleistungen führen. Im Zuge der Einsparbemühungen der Krankenkassen ist jedoch nicht davon auszugehen, dass es zu einer Ausweitung des Leistungskatalogs in diesem Bereich kommt. Vor allem dem Erhalt vorhandener Standorte von stationären Rehabilitationseinrichtungen in landschaftlich reizvollen Gebieten würde eine Verbindung mit Wellness-Angeboten dienen.

In einigen Rehabilitationsbemühungen werden jedoch ambulante Angebote an Bedeutung gewinnen – sei es im Anschluss an oder an der Stelle von stationärer Rehabilitation. Solche Einrichtungen wären allerdings nur in größeren Städten wirtschaftlich zu betreiben.

Ein steigender Bedarf wird auch im Bereich geriatrischer Rehabilitation entstehen. Die kürzlich als Pflichtleistung in den Leistungskatalog des SGB V aufgenommene geriatrische Rehabilitation wird aller Voraussicht nach den steigenden Bedarf an rehabilita-

tiven Leistungen bei älteren Menschen abdecken können. Angesichts der oft eingeschränkten Mobilität von Pflegebedürftigen kann ein solches Angebot allerdings nur bedarfsgerecht gestaltet werden, wenn Therapeuten Hausbesuche oder Heimbefuche machen.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion:

Die Feststellung, dass die kürzlich eingeführten Maßnahmen zur geriatrischen Rehabilitation als Leistung des SGB V den steigenden Bedarf nach Leistungen durch ältere Menschen abdecken werden, ist angesichts fehlender Erfahrungen und der ohnehin bestehenden strukturellen Probleme des Gesundheitssystems spekulativ und wird so nicht geteilt.

2.3 Sicherung der Versorgungsqualität im Pflegefall

Um den aktuellen und zukünftig zu erwartenden neuen Anforderungen an das Pflegesystem gerecht zu werden, ist vor allem eine Reform der Sozialgesetzgebung auf Bundesebene und weitergehender landesrechtliche Regelungen geboten. Dabei sollten insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Verbesserung der Rahmenbedingungen und Unterstützung für pflegende Angehörige,
- Ausweitung des bisher auf körperliche Pflege begrenzten Pflegebegriffs auf psychosoziale Komponenten, die eine ganzheitliche Sichtweise von Pflege ermöglichen,
- verstärkte Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen als Auslöser von Pflegeatbeständen,
- engere Verzahnung der bisher hinsichtlich ihrer Finanzierungszuständigkeiten getrennten Systeme der Tages-, Vollzeit- und ambulanten Pflege sowie weiterer Maßnahmen im Vor- und Umfeld der Pflege, um Entscheidungen, die sich allein am individuellen Bedarf der Pflegebedürftigen ausrichten, zu erleichtern,
- Angleichung der unterschiedlichen Leistungen der Pflegeversicherung, die erheblich geringere Ansprüche bei ambulanter Pflege gegenüber stationärer Pflege vorsehen, um eine bedarfsgerechte Wahl zwischen ambulanter und stationärer Pflege zu gewährleisten.

Da sowohl Angebot als auch Nachfrage in der Pflege starke regionale Abweichungen aufweisen, sind eine differenzierte Erfassung der vorhandenen Strukturen und eine regionale Anpassung der Strategien zur Weiterentwicklung des Pflegesektors notwendig, um eine bedarfsgerechte Planung in allen Landesteilen realisieren zu können.

2.3.1 Unterstützung bei familiären Pflegeleistungen

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen durch Familienangehörige liegt in der Regel im Interesse der betroffenen Personen – und oftmals auch der Angehörigen – und entlastet das System der öffentlichen Pflegeinfrastruktur. Gleichzeitig stellt die familiäre Pflege vielfach eine hohe Belastung für die Pflegenden dar und ist in vielen Fällen nur schwer mit einer eigenen Berufstätigkeit zu vereinbaren. Es ist daher erforderlich, die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die familiäre Pflege in Niedersachsen zu verbessern, um die Potenziale für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Familienkreis langfristig zu sichern.

Information und Schulung pflegender Angehöriger

Die Pflege von Angehörigen stellt hohe fachliche Anforderungen an die Pflegenden und verlangt darüber hinaus meist die Kenntnis und die Inanspruchnahme vorhandener lokaler Unterstützungsangebote; überdies setzt sie die Kenntnis der einschlägigen rechtlichen Grundlagen voraus.

Die bisher bestehenden Beratungsangebote für pflegende Angehörige sollten daher ausgebaut und landesweit verfügbar gemacht werden. Ein erster Ansatz ist die „Informationsplattform Altenhilfe“, die derzeit eingerichtet wird. Die Einrichtung dieser internetgestützten Informationsplattform sollte vorangetrieben werden. Dabei sollten leichte Zugangsmöglichkeiten für alle Betroffenen und Angehörigen vorgesehen werden.

Darüber hinaus sollten auch die persönlichen Informationsmöglichkeiten vor Ort ausgebaut werden. Ein geeignetes Instrument stellt hier wiederum die Einführung des „Case-Managements“ dar. Betroffene und Angehörige würden in ihrem „Fall-Betreuer“ eine zentrale trägerunabhängige Ansprechperson erhalten, die ihnen bei allen Fragen häuslicher Pflege und unterstützender Dienste zur Seite stehen könnte (vgl. MS 2005: 62).

Um den Anforderungen, die sich aus speziellen Bedürfnissen von Personen mit Pflegebedarf ergeben können, fachlich besser gerecht werden zu können, müssen die bestehenden Schulungsangebote für Angehörige zielgerecht ausgebaut werden. Grundlage bildet hierbei der § 45 SGB XI. Entsprechende Schulungsangebote könnten von den vorhandenen Pflegeinstitutionen angeboten werden, wodurch ihnen auch eine neue wirtschaftliche Perspektive entstehen würde (vgl. MS 2005: 62).

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Die Pflege von Familienangehörigen ist in der Regel auch mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden, der in vielen Fällen mit einer eigenen Berufstätigkeit der Pflegenden nicht oder nur schwer vereinbar ist. Es müssen daher Modelle gefunden werden, die es pflegenden Angehörigen erleichtern, pflegerische und berufliche Aufgaben zu vereinbaren. Hierzu zählt vor allem eine Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen wie etwa die Möglichkeit, die Arbeitszeit zeitlich befristet zu reduzieren oder – analog der Elternzeit für Kinder – eine längere „Pflegezeit“ zu nehmen. Um Nachteile bei den eigenen Altersbezügen zu vermeiden, sollten dabei auch die Möglichkeiten geprüft werden, Pflegezeiten auf die Rente anrechnen zu können.

Ziel aller Maßnahmen zur Vereinbarung von Pflege und Beruf sollte es auch sein, den Anteil von Männern bei den Pflegepersonen zu erhöhen. Dies ist vor dem Hintergrund der steigenden Frauenerwerbstätigkeit umso bedeutender. Eine wichtige Voraussetzung hierfür wäre auch eine bessere gesellschaftliche Anerkennung familiärer Pflegeleistungen.

2.3.2 Bedarfsgerechte Weiterentwicklung der öffentlichen Pflegeinfrastruktur

Vor dem Hintergrund eines zu erwartenden Anstiegs des Pflegebedarfs in Niedersachsen bei gleichzeitigem Rückgang familiärer Unterstützungspotenziale wird die heute schon große Bedeutung der öffentlichen Pflegeinfrastrukturen mit ihren ambulanten und stationären Angeboten noch anwachsen. Hier kommt den Kommunen mit ihrer Zuständigkeit für die örtliche Pflegeberichterstattung eine hohe Bedeutung zu.

Ziel der Weiterentwicklung der öffentlichen Pflegeinfrastruktur muss es sein, die bisher bestehenden Zuständigkeitsgrenzen zwischen den Teilsystemen zu überwinden, um eine bedarfsgerechte und den jeweils individuellen Ansprüchen der Pflegebedürftigen angemessene Auswahl der Pflegeform zu ermöglichen.

Übergreifende Anforderungen

Das Angebot öffentlicher Pflegedienstleistungen in Niedersachsen zeichnet sich landesweit durch eine große Vielfalt aus. Handlungsbedarf besteht vor allem bezüglich einer Koordination und Kooperation der unterschiedlichen Angebote sowie hinsichtlich übergreifender Informationsmöglichkeiten, die eine bedarfsgerechte Zusammenstellung einzelner Pflegebausteine erlauben.

Die Einführung eines „Case-Managements“ könnte den betroffenen Personen und ihren Angehörigen daher eine große Hilfe sein. Zu den wichtigsten Aufgaben einer fallbezogenen Betrachtungsweise würde die Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs und die Auswahl der notwendigen Pflegeleistungen zählen. Bedeutend ist dabei, dass die Beratung und Angebotskombination trägerunabhängig und in enger Abstimmung mit den Betroffenen und ihren Angehörigen erfolgt, um eine neutrale und an der individuellen Bedürfnislage ausgerichtete Zusammenstellung unterschiedlicher Pflegeleistungen zu ermöglichen.

Eine besondere Bedeutung würde ein „Case-Management“ vor dem Hintergrund der Einführung des „Persönlichen Budgets“ für alle Pflegebedürftigen erhalten. Da die Unterstützungsleistungen bei Inanspruchnahme des „Persönlichen Budgets“ nicht mehr platz-, sondern personenbezogen gezahlt werden, würde sich die persönliche Freiheit bei der Zusammenstellung der Angebote und damit auch der Beratungsbedarf erhöhen.¹⁷⁴

Die notwendige Flexibilisierung der Pflegeangebote setzt die oben dargestellten Anpassungen der Sozialgesetzbücher voraus und beinhaltet darüber hinaus eine Reduzierung von Komplexangeboten, wie sie heute noch überwiegend vorgehalten werden. Eine Zusammenarbeit der unterschiedlichen Anbieter, die ein sinnvolles Ineinandergreifen einzelner Pflegebausteine ermöglichen kann, bezieht dabei ausdrücklich auch Angebote, die über eine körperliche Versorgung Pflegebedürftiger hinausreichen, mit ein. Notwendig sind vor allem Angebote, die der sozialen Vereinsamung älterer Menschen vorbeugen können und so ihre Lebensqualität vergrößern. In diesem Feld ist eine Einbeziehung und Förderung ehrenamtlicher Strukturen notwendig, die die professionellen Pflegeinstitutionen ergänzen können.

Ein relativ guter Versorgungsstand besteht in Niedersachsen vor allem für ältere Menschen mit Pflegebedarf. Handlungsbedarf existiert dagegen teilweise bei der Versorgung spezieller Personengruppen wie beispielsweise pflegebedürftige Kinder, Menschen mit Migrationshintergrund, Demenzkranke, Personen mit Immunkrankheiten oder auch Sterbende. Insbesondere in den ländlich strukturierten Landesteilen besteht hier – trotz guter Fortschritte in den vergangenen Jahren – vielfach noch ein Ausbaubedarf, um eine wohnortnahe Mindestversorgung sicherzustellen. Grundlage für einen solchen Ausbau muss dabei eine differenzierte und kontinuierliche regionale Beobachtung von Angebot an und Nachfrage nach entsprechenden Pflegeleistungen sein.

Ambulante Pflegedienste

Da die weit überwiegende Zahl älterer Menschen das Wohnen in der eigenen Wohnung bevorzugt, stellen ambulante Pflegedienste eine wichtige Alternative zu den unterschiedlichen Formen der stationären Unterbringung dar. Der Bedarf an entsprechenden Pflegeleistungen ist in der Vergangenheit stark gestiegen und wird dies aller Voraussicht nach auch weiterhin tun.

Der weitere Ausbau ambulanter Pflegedienste in allen Teilen des Landes erscheint daher notwendig und sinnvoll. Dabei ist die Aufmerksamkeit besonders auf die Qualität der angebotenen Leistungen zu richten, da Pflegedefizite im Falle ambulanter Pflege weniger und seltener augenfällig werden als bei stationärer Betreuung.

Da ein großer Teil der ambulant versorgten älteren Menschen alleine lebt, sollten die derzeit meist auf körperliche Pflege ausgerichteten Angebote der ambulanten Pflege um soziale Dienste, die der Vereinsamung älterer Menschen entgegenwirken, ergänzt werden. Entsprechende Aufgaben müssen nicht durch qualifiziertes Pflegepersonal

¹⁷⁴ Vgl. Ausführungen zum „Persönlichen Budget“ in den Kapiteln D.III.1.4 und D.III.2.5 in diesem Abschnitt.

erfüllt werden, sondern können auch ehrenamtlich, beispielsweise durch „Seniorenbegleiter“, geleistet werden.

Grundsätzlich sollte der gesetzliche Leistungskatalog für ambulante Pflege, der sich derzeit auf lediglich 21 Positionen bezieht, flexibler gestaltet werden, um eine bedarfsgerechte Erbringung ambulanter Pflegeleistungen zu gewährleisten und so einen tatsächliche Alternative zum stationären Heimaufenthalt zu ermöglichen.

Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind ein wichtiges Element zur Vermeidung eines dauerhaften Aufenthaltes in Vollzeitpflegeeinrichtungen. Entsprechende Angebote sollten daher landesweit flächendeckend ausgebaut werden.

Voraussetzung hierfür ist auch in diesem Bereich der Pflege die Beseitigung der Abgrenzungsproblematik zwischen SGB XI und SGB V, wobei insbesondere die Trennung der Zuständigkeit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bezüglich derjenigen Personen, die nur einen vorübergehenden Pflegebedarf aufweisen, überwunden werden muss (vgl. MS 2005: 56).

Ein wesentliches Element der Kurzzeitpflege ist die Rehabilitation und damit das Ziel der Wiederherstellung der Fähigkeit zur eigenständigen Lebensführung. Die in der Vergangenheit zu beobachtende Praxis, dass Vollzeitpflegeeinrichtungen einen Teil ihrer Kapazitäten vorübergehend für Kurzzeitpflege zur Verfügung stellen, ist daher insofern zu überprüfen, als Vollzeitpflegeeinrichtungen überwiegend nicht über die notwendige Ausstattung und das erforderliche Know-how für eine qualifizierte Rehabilitation verfügen. Es sollte daher stattdessen eine Förderung reiner Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit entsprechender Ausstattung angestrebt werden. Eine Unterbringung von Kurzzeitpflegebedürftigen in Einrichtungen der stationären Dauerpflege ist dagegen nur dann sinnvoll, wenn dort auch die notwendigen Voraussetzungen für eine qualifizierte Rehabilitation gegeben sind.

Tagespflege

Der Ausbau von Einrichtungen zur Tagespflege sollte landesweit vorangetrieben werden. Hierfür ist vor allem eine Änderung der leistungsrechtlichen Bestimmungen für die Tagespflege notwendig, da diese den Anbietern derzeit vielfach den wirtschaftlichen Betrieb entsprechender Einrichtungen erschweren (vgl. MS 2005: 56).

Gerade vor dem Hintergrund des zunehmenden Angebotes an (ambulant betreuten) Altenwohnungen stellt sich die Frage nach dem Verbleib der Bewohnerinnen und Bewohner bei steigendem Pflege- und Betreuungsbedarf. Einrichtungen der Tagespflege können hier eine sinnvolle Alternative zum unmittelbaren Übergang in eine vollstationäre Betreuung bilden.

Als besonders sinnvoll kann sich dabei die räumliche Zuordnung von Tagespflegeeinrichtungen zu Altenwohnkomplexen oder zum Wohnungsbestand von Wohnungsbau-gesellschaften oder Genossenschaften mit einem hohen Anteil älterer Menschen erweisen.

Stationärer Einrichtungen der Dauerpflege

Das Netz stationärer Einrichtungen der Dauerpflege ist landesweit bereits gut ausgebaut. Regional werden zukünftig dennoch neue Kapazitäten zu schaffen sein, soweit neu entstehende Bedarfe nicht durch mobile Angebote oder familiäre Pflege aufgefangen werden können. Entwicklungs- und Verbesserungsbedarf erscheint darüber hinaus grundsätzlich gegeben hinsichtlich (vgl. MS 2005: 56):

- der Umsetzung neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse,

- der Entwicklung des betriebsinternen Qualitätsmanagements einschließlich der diesbezüglichen Qualifizierung der Führungskräfte,
- der Versorgungssituation der Bewohnerinnen und Bewohner mit demenziellen Erkrankungen,
- der Auswahl oder Fortbildung des Personals mit ausländischer Herkunft bezüglich ihrer Kenntnis der deutschen Sprache.

2.3.3 Maßnahmen im Vor- und Umfeld der Pflege

Die Bedeutung ambulanter Wohn- und Betreuungsformen wird steigen. Hierfür sprechen nicht nur die Wünsche der Betroffenen, die mehrheitlich einem Wohnen in der eigenen Wohnung einen deutlichen Vorzug einräumen, sondern auch Wirtschaftlichkeitserwägungen, da – zumindest bei weniger starkem Pflegebedarf – ambulante Pflege vielfach günstiger erbracht werden kann als stationäre Pflege.

Zu diesem Zweck sollten verstärkt Kooperationen zwischen Wohnungsbaugesellschaften und sozialen Diensten gefördert werden. In der Verantwortung der Wohnungsbaugesellschaften läge dabei der barrierefreie altengerechte Ausbau ihrer Wohnungen sowie die Ermöglichung neuer Wohnformen im Alter. Die sozialen Dienste könnten eine bedarfsgerechte Pflege und Betreuung der älteren Menschen leisten. Dabei sollten sich die Unterstützungsangebote nicht allein auf reine Pflegeaufgaben beziehen, sondern auch haushaltsnahe Dienstleistungen umfassen und soziale Bedürfnisse, die sich auf eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben richten, berücksichtigen. Insbesondere für den letztgenannten Bereich bieten sich auch Kooperationen mit ehrenamtlichen Strukturen an.

2.3.4 Verbesserung der Rahmenbedingungen für Ausbildung und Beruf im Pflegebereich

Um langfristig die Nachfrage nach einer Ausbildung im Pflegebereich zu sichern, sollten Initiativen ergriffen werden, die den Pflegeberuf wieder attraktiver machen. Hierzu zählen vor allem Maßnahmen, die geeignet sind

- die Einkommenssituation zu verbessern,
- die Aufstiegschancen auszubauen,
- die teilweise extremen psychischen und physischen Arbeitsbelastungen zu reduzieren,
- die Zahl der Praxisplätze für Auszubildende in der Altenpflege zu erhöhen sowie
- die gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs durch Aufklärungs- und Imagekampagnen zu steigern.

Um die Qualität der Pflegeleistungen in den Einrichtungen zu steigern, sollte die Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals ausgebaut werden. Ein wichtiger Inhalt einer solchen Weiterbildung wäre die Pflege von demenziell erkrankten und multimorbiden Personen mit Pflegebedarf.

Die rückläufige Zahl junger Menschen, um die auf dem Ausbildungsmarkt vielfältig geworben werden wird, macht Ausbildungskonzepte für eine andere Lebensphase im Bereich der Erwachsenenbildung erforderlich. Eine Wiederbelebung der „Weiterbildungsmaßnahmen“ (Umschulungen) wäre dazu eine wichtige Option.

Die Zusammenführung der Pflegeausbildung zu einer generalistischen oder zumindest in weiten Teilen integrierten Form mit anschließender Schwerpunktbildung ist eine Möglichkeit, das spätere Tätigkeitsfeld zu verbreitern und so die Berufszufriedenheit zu verbessern. Schon heute besteht auch in Krankenhäusern, insbesondere in internistischen und neurologischen Abteilungen, ein Bedarf an Pflegekräften, die im Umgang mit alten Menschen besondere Kompetenzen haben.

Die Verweildauer im Beruf sollte durch gezielte Maßnahmen gestärkt werden. Hierzu gehören die Vereinbarung von Familie und Beruf, Arbeitszeitregelungen, berufliche Perspektiven und stärkere Partizipation im Entscheidungsprozess.

Um mittelfristig das Angebot an Ausbildungsplätzen im Pflegebereich zu beobachten und zu sichern, ist bereits auf Initiative des Landes ein Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“ (LAK PIP) eingerichtet worden, in dem alle mit der Aus- und Weiterbildung im Pflegebereich befassten Institutionen im Land vertreten sind.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Um das Angebot an Ausbildungsplätzen im Pflegebereich zu sichern und auszuweiten, sind die Rahmenbedingungen für ausbildende Einrichtungen und die Attraktivität des Berufs zu verbessern. Möglichkeiten hierzu bieten sich durch die Wiedereinführung der Ausbildungsumlage oder andere Formen der stärkeren Refinanzierung von Ausbildungsleistungen. In jedem Fall müssen entsprechende Maßnahmen geeignet sein, ggf. durch Ausbildungsleistung entstehende Wettbewerbsnachteile, wie sie von vielen Einrichtungen heute gesehen werden, auszugleichen.

Da die unterschiedlichen Formen ambulanter Pflegeleistungen aller Voraussicht nach an Bedeutung gewinnen werden, müssen sich entsprechende Initiativen ausdrücklich auch auf die mobilen Pflegedienste beziehen, bei denen Ausbildung heute nur in sehr geringem Maßstab stattfindet.

Die Beherrschung der Muttersprache der Pflegebedürftigen durch das Pflegepersonal ist eine wichtige Voraussetzung für eine qualifizierte Pflege. In der Regel bedeutet dies die Beherrschung der deutschen Sprache durch das Pflegepersonal, auch beim Einsatz ausländischer Pflegekräfte. Gleichzeitig nimmt jedoch die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund mit Pflegebedarf zu, wodurch – vor dem Hintergrund einer kultursensiblen Pflege – auch das Beherrschen weiterer Sprachen durch das Pflegepersonal erforderlich werden kann, was den Bedarf an Pflegekräften aus diesen Bevölkerungsgruppen erhöhen könnte.

V Bürgerschaftliches Engagement

Im Zeichen des demografischen Wandels steigt die Bedeutung des bürgerschaftlichen Engagements: Viele Folgen des demografischen Wandels können vor Ort nur in Zusammenarbeit mit der Bürgerschaft bewältigt werden. Die zukünftige demografische Entwicklung erhöht aber auch das Potenzial derer, die sich bürgerschaftlich engagieren können. Gründe hierfür sind, dass zum einen nicht nur die Lebenserwartung weiterhin zunimmt, sondern sich zugleich das Leben in Gesundheit verlängert, zum anderen der Anteil der Menschen ansteigt, die nach Beendigung ihrer Erwerbstätigkeit einer sinnstiftenden Aktivität nachgehen wollen. Andererseits sinkt die Zahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die sich freiwillig engagieren können.

1 Stellenwert und Veränderung des bürgerschaftlichen Engagements im demografischen Wandel

1.1 Begriffsbestimmung

Bürgerschaftliches Engagement kann allgemein bezeichnet werden als freiwillige, aktive (Mit-)Gestaltung und Unterstützung von gesellschaftlichen Prozessen und Problemlösungen. Es grenzt sich durch verschiedene Kriterien von anderen Tätigkeiten – wie etwa der Erwerbsarbeit – ab (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 2002: 38-40):

- *Freiwilligkeit:* Bürgerschaftliches Engagement beruht auf einer eigenen Entscheidung und unterliegt keiner staatsbürgerlichen Pflicht.
- *Nicht auf materiellen Gewinn gerichtet:* Bürgerschaftliches Engagement wird nicht primär monetär entlohnt und zielt daher nicht darauf ab, den eigenen materiellen Nutzen zu erhöhen.
- *Gemeinwohlorientierung:* Bürgerschaftliches Engagement ist mit einem positiven Effekt für Dritte verbunden.
- *Im öffentlichen Raum:* Bürgerschaftliches Engagement findet im öffentlichen Raum statt. Der öffentliche Raum gewährleistet Transparenz und die Möglichkeit, dass jeder sich anschließen kann.
- *Gemeinschaftlichkeit:* Bürgerschaftliches Engagement wird in der Regel gemeinschaftlich ausgeübt.

Der Begriff „Bürgerschaftliches Engagement“ wird häufig als Oberbegriff für verschiedene freiwillige und ehrenamtliche Tätigkeiten verwendet. So werden klassische Ehrenämter in der kommunalen Selbstverwaltung ebenso dazu gezählt wie Vereinstätigkeiten in Sport, Kultur, Wohlfahrtspflege etc. oder Engagement in Bürgerinitiativen und Selbsthilfegruppen. Engagement findet aber nicht nur in diesen institutionellen Formen, sondern auch in nicht-institutionellen Formen, z. B. als Nachbarschaftshilfe, statt.

Auch die Erscheinungsbilder des bürgerschaftlichen Engagements sind vielfältig. Neben der Übernahme von Aufgaben, Arbeiten oder Verantwortung werden Aktivitätsformen wie Stiften und Spenden von Geld mit diesem Begriff verbunden.

1.2 Entwicklung und gesellschaftspolitische Bedeutung des bürgerschaftlichen Engagements

In Deutschland wurde nach dem Zweiten Weltkrieg jahrzehntelang die „Wohlfahrt“ überwiegend als Aufgabe des Staates angesehen, und breite Kreise der Gesellschaft addierten dabei Wohlfahrt und Staat zu „Wohlfahrtsstaat“. Im Zuge des Wiederaufbaus setzte eine starke Förderung der Hauptamtlichkeit bei den sozialen Dienstleis-

tungen ein. Damit waren positive und gewollte Arbeitsmarkteffekte verbunden. Gleichzeitig kam es mit der „Professionalisierung“ zu einer starken Ausweitung der öffentlichen Dienstleistungen. Die Arbeitsteilung in hauptamtliche Helfer und in Empfänger von sozialen Dienstleistungen wurde allgemein akzeptiert bzw. als Merkmal „erfolgreicher“ Sozialarbeit angesehen. In der Folgezeit stieg die Erwartungshaltung gegenüber dem „Problemlöser“ Staat immer mehr an, während die Selbsthilfekompetenzen der Bürgerinnen und Bürger zurückgingen.

Gegenläufige Entwicklungen gab es in den gesellschaftlichen Problemzonen, die in der gesellschaftlichen Wahrnehmung nur am Rande vorkamen und sowohl von den sozialstaatlichen Instanzen wie auch von den mit Aufgaben der Sozialfürsorge betrauten Wohlfahrtsverbänden nicht oder höchst unzureichend angegangen wurden. Zur Lösung des in diesen Problemfeldern aufscheinenden sozialen Sprengstoffs bildete sich an vielen Orten bürgerschaftliches Engagement in gemeinnützigen Vereinen und Initiativen, die die Lücken der sozialstaatlichen Aufgabenwahrnehmung füllten und vor allem Konfliktprävention betrieben.

Sondervotum der Vertreterinnen und Vertreter der SPD-Fraktion und des Vertreters der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Die hier vertretene Einschätzung, der Staat habe in der Vergangenheit durch eine allumfassende Versorgungsmentalität die Bürger in ihrem zivilgesellschaftlichen Engagement geradezu entmündigt, ist falsch und wird in dieser Form ausdrücklich abgelehnt. Die größte Pflegeorganisation des Landes sind die Angehörigen und darunter insbesondere Frauen. Sie erbringen erhebliche Leistungen, die leider viel zu selten angemessen anerkannt werden. Auch angesichts des hohen Engagements von Menschen in Vereinen, Verbänden und sonstigen Organisationen ist die Aussage, sie seien durch den allumfassenden Versorgungsanspruch zu Laien degradiert worden, nicht haltbar. Bürgerschaftliches Engagement ist kein Randphänomen, wie die weiteren Ausführungen zeigen werden, und bürgerschaftliches Engagement ist mehr als soziale Arbeit. Auch wenn die Kommissionmehrheit überwiegend diesen Aspekt betont, so ist bürgerschaftliches Engagement für die Verfasser dieses Votums in erster Linie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die hier vertretene Sichtweise, bürgerschaftliches Engagement pauschal als Notnagel für den Rückzug des Staates aus der sozialen Verantwortung zu nutzen, wird in dieser undifferenzierten Form ausdrücklich abgelehnt.

Aufgrund der prekären Lage der öffentlichen Haushalte mussten ab den 1980er-Jahren in Deutschland freiwillige staatliche Leistungen reduziert werden. Vor diesem Hintergrund gewannen alte Bürgertugenden wieder an Stellenwert. Bürgerinnen und Bürger wurden aktiv und haben durch ihr bürgerschaftliches Engagement zahlreiche Angebote und öffentliche Einrichtungen erhalten. Bürgerschaftliches Engagement sollte allerdings kein Ersatz für staatliches Handeln sein, sondern dieses ergänzen.

Häufig besteht in der öffentlichen Diskussion die Wahl nur zwischen alleiniger privater und alleiniger staatlicher Zuständigkeit für die Aufgabenerfüllung. Bei dieser Einstellung bleibt ein Wohlfahrts-Mix, bei dem der Staat eine Gewährleistungspflicht übernimmt, aber die Durchführung zivilgesellschaftlichen Gruppen, organisierten Bürgergruppen und/oder privaten Trägern überlässt, außen vor. Modellversuche haben jedoch ergeben, dass sich bürgerschaftliche Vereinigungen an einer neuen Aufgabenverteilung zwischen Staat und Gesellschaft durchaus beteiligen und auch Verantwortung übernehmen wollen. Beispielsweise gibt es in Niedersachsen Hallen- und Freibäder, Bibliotheken, Bürgertreffpunkte, Bürgerbusse und Hilfsdienste, die von bürgerschaftlichen Organisationen betrieben werden.

Bürgerschaftliches Engagement verbessert die unmittelbare Lebensqualität der Menschen, stärkt das Gemeinwesen und die demokratische Gesellschaft auf vielfältige

Weise, denn es fördert z. B. die Kommunikation und Verständigung, das Verantwortungsbewusstsein, das Mitgefühl und die Solidarität.

Die Einsatzbereitschaft, die Gemeinschaftsorientierung der Bürger und die Netze, die die vertrauensvollen Sozialbeziehungen der Bürger untereinander ausdrücken, werden unter den Begriff „Sozialkapital“ subsumiert. Unter diesen Begriff fallen allerdings auch die zahlreichen Pflege- und Hilfsdienste in der Familie. Die Wirkung des Sozialkapitals zeigt sich nicht nur im sozialen Miteinander, sondern beeinflusst das gesamte staatliche Gefüge und die Wirtschaftsbeziehungen. Dabei wird angenommen, dass der Staat und die Wirtschaft umso besser funktionieren, je stärker Sozialkapital in der Gesellschaft verankert ist.

Bürgerschaftliches Engagement bietet aber auch für den Einzelnen Vorteile: Der Engagierte hat die Möglichkeit, durch selbst gewählte Aufgaben sein Leben zu bereichern. Dadurch entsteht Motivation für einen Einstieg in das Engagement.

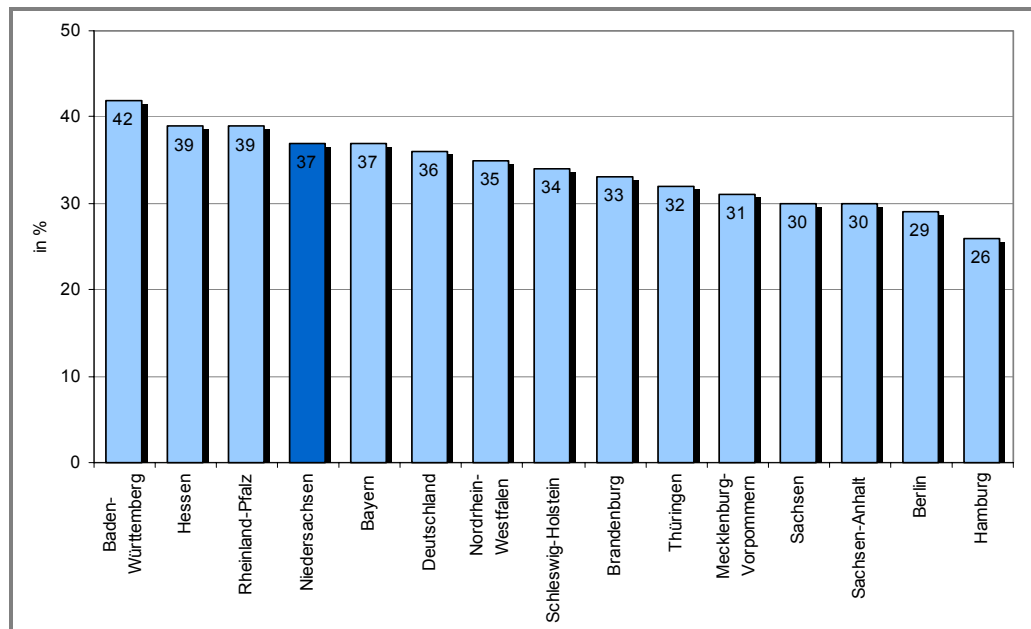
1.3 Bürgerschaftliches Engagement in Niedersachsen

Im Rahmen der bundesweiten Erhebung „Freiwilligensurvey“ wurden 1999 und 2004 jeweils ca. 1 000 Bürgerinnen und Bürger ab 14 Jahre in Niedersachsen zum Thema „Bürgerschaftliches Engagement“ befragt.¹⁷⁵ Durch den Vergleich der Ergebnisse des ersten Freiwilligensurveys mit den Werten aus dem Jahr 2004 werden Entwicklungen im Engagement deutlich. Allerdings werden bestimmte Engagementformen wie etwa Nachbarschaftshilfen, die gleichermaßen von hoher gesellschaftlicher Bedeutung sind, nicht durch den Freiwilligensurvey erfasst.

1.3.1 Daten zu den freiwillig Engagierten in Niedersachsen

Im Jahr 2004 engagierten sich 37 % der Niedersachsen ab 14 Jahre oder rund 2,4 Mio. Menschen für das Gemeinwohl. Seit der ersten Erhebung 1999 ist die Quote um 6 Prozentpunkte gestiegen (vgl. Abbildung 213).

Abbildung 213: Freiwilliges Engagement in den Bundesländern 2004



Anmerkung: Für Bremen und das Saarland liegen keine sicheren statistischen Werte vor.
Quelle: TNS Infratest – Freiwilligensurvey 2004. Überarbeitete Darstellung.

¹⁷⁵ Der Freiwilligensurvey wurde im Auftrag des BMFSFJ durchgeführt. Bundesweit wurden in den beiden Erhebungsjahren jeweils 15 000 Personen befragt.

Niedersachsen ist eines von vier Bundesländern, in denen sich das freiwillige Engagement im Betrachtungszeitraum überdurchschnittlich erhöht hat, und gehörte 2004 im bundesweiten Vergleich zu den Bundesländern mit einer hohen Engagementquote.

Differenziert nach verschiedenen Engagementbereichen zeigt sich, dass der Bereich „Sport und Bewegung“ sowohl in Niedersachsen als auch im Bundesdurchschnitt mit Abstand das größte Gewicht besitzt. 11,5 % der Bevölkerung engagierten sich 2004 in Niedersachsen in diesem Bereich (vgl. Tabelle 39). Es folgten die Bereiche „Schule/Kindergarten“, „Kirche und Religion“ sowie „Freizeit und Geselligkeit“ mit jeweils 6 %.

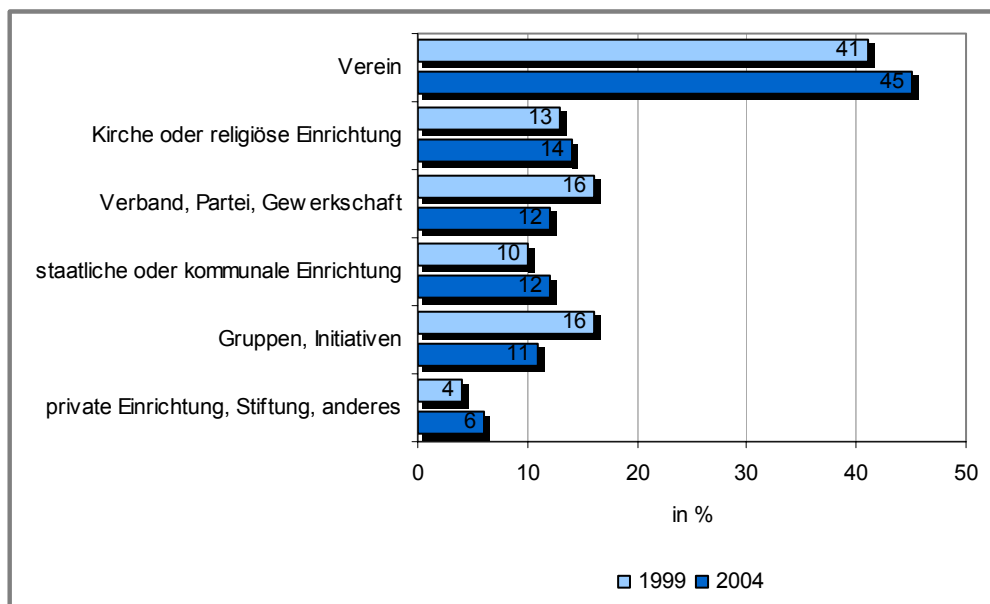
Tabelle 39: Engagementbereiche in Niedersachsen und Deutschland 2004

	Niedersachsen	Deutschland
Sehr große Bereiche		
Sport und Bewegung	11,5 %	11,0 %
Große Bereiche		
Schule/Kindergarten	6,0 %	7,0 %
Kirche und Religion	6,0 %	5,5 %
Freizeit und Geselligkeit	6,0 %	5,0 %
Sozialer Bereich	5,5 %	5,5 %
Kultur und Musik	5,0 %	5,5 %
Mittlere Bereiche		
Umwelt- und Tierschutz	4,0 %	2,5 %
Feuerwehr/Rettungsdienste	3,5 %	3,0 %
Berufliche Interessensvertretung	3,0 %	2,5 %
Jugendarbeit und Bildung	3,0 %	2,5 %
Politik/Interessenvertretung	2,5 %	2,5 %
Lokales Bürgerengagement	2,5 %	2,0 %
Kleinere Bereiche		
Gesundheitsbereich	0,5 %	1,0 %
Justiz/Kriminalitätsprobleme	0,5 %	0,5 %

Datengrundlage: TNS Infratest – Freiwilligenurvey 2004. Eigene Darstellung.

Die niedersächsischen Werte wichen nicht auffällig vom jeweiligen Bundesdurchschnitt ab. Die höchste Differenz zwischen den Engagementquoten ist im Bereich „Umwelt- und Tierschutz“ festzustellen, in dem sich in Niedersachsen 2004 mit 4 % ein höherer Anteil der Bevölkerung engagierte als im Bundesdurchschnitt mit 2,5 %.

Die im Freiwilligenurvey erhobenen Formen des bürgerschaftlichen Engagements finden zu großen Teilen in Vereinen statt. In Niedersachsen waren 2004 rund 45 % der freiwillig Engagierten in Vereinen tätig (vgl. Abbildung 214). Damit stieg der Anteil seit 1999 um 4 Prozentpunkte. Die zweitwichtigste Organisationsform waren 2004 mit 14 % Kirchen und religiöse Einrichtungen. Auch sie gewannen im Vergleich zu 1999 leicht hinzu (+ 1 %). Es folgten mit jeweils 12 % staatliche bzw. kommunale Einrichtungen und Verbände, Parteien, Gewerkschaften sowie mit 11 % Gruppen und Initiativen. Das Engagement in Verbänden, Parteien und Gewerkschaften ist im Zeitverlauf um 4 Prozentpunkte, das in Gruppen und Initiativen um 5 Prozentpunkte zurückgegangen.

Abbildung 214: Organisationsformen des freiwilligen Engagements in Niedersachsen 2004

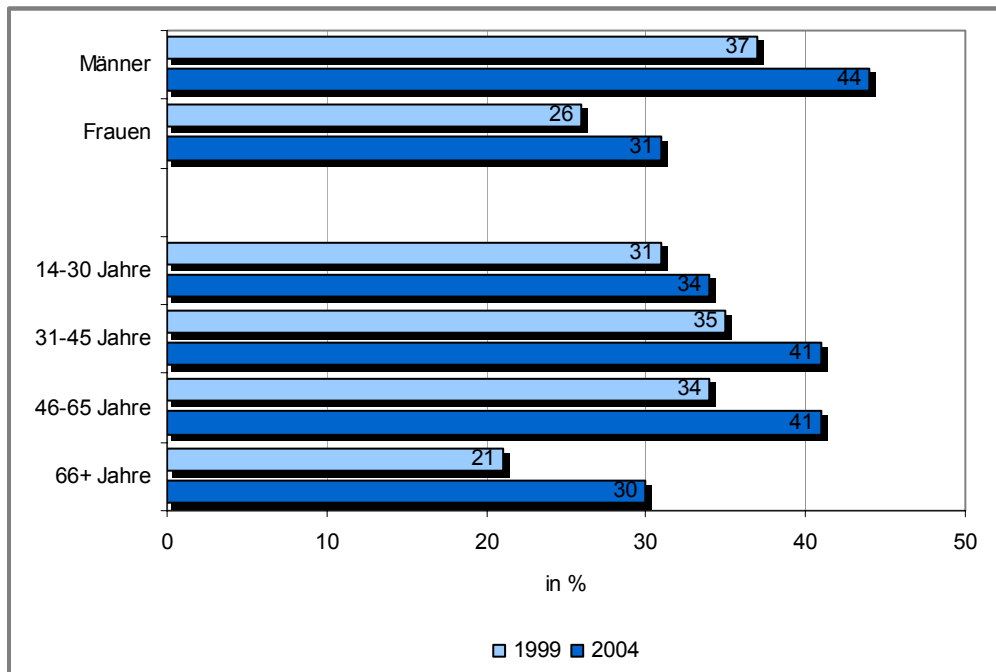
Quelle: TNS Infratest – Freiwilligensurvey 2004. Überarbeitete Darstellung.

Das freiwillige Engagement ist zwischen den Geschlechtern unterschiedlich ausgeprägt. So engagierten sich bei den im Freiwilligensurvey erhobenen Aktivitäten im Jahr 2004 Männer mit 44 % deutlich stärker als Frauen, deren Quote 31 % betrug (vgl. Abbildung 215). Im Vergleich zu 1999 hat das Engagement beider Geschlechter zugenommen; der Unterschied zwischen den Geschlechtern hat sich allerdings noch vergrößert. Dabei unterscheiden sich Frauen und Männer auch hinsichtlich des Bereiches ihres Engagements: „Während Frauen deutlich mehr sozial-caritatives und kinder- und jugendbezogenes Engagement ausüben, stehen bei Männern Sport, Freiwillige Feuerwehr bzw. Rettungsdienste und vor allem berufliche und politische Interessenvertretung im Vordergrund (...). Männer üben auch vermehrt Leitungs- und Wahlfunktionen aus.“ (TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG 2005: 29).

Für Gesamtdeutschland konnte darüber hinaus festgestellt werden, dass sich Frauen und Männer mit Kindern ab 4 Jahren häufiger freiwillig engagieren als ihre Altersgenossen ohne Kinder (vgl. BMFSFJ 2006h: 288). Dabei engagieren sich die Mütter und Väter vor allem in den Bereichen, die im Zusammenhang mit der Lebenswelt der Kinder stehen wie z. B. im Engagementfeld „Schule und Kindergarten“.

Darüber hinaus sind Unterschiede zwischen den Altersgruppen erkennbar. Im Jahr 2004 wiesen die Altersgruppen der 31- bis 45-Jährigen und der 46- bis 65-Jährigen mit jeweils 41 % eine sehr hohe Engagementquote auf (vgl. Abbildung 215). Im Vergleich zum Jahr 1999 hat sich aber vor allem die Altersgruppe der 66-Jährigen und Älteren sehr dynamisch entwickelt: Der Anteil an freiwillig Engagierten stieg in dieser Gruppe um 9 Prozentpunkte auf 30 % an. Der geringste Zuwachs entfiel auf die Altersgruppe der 14- bis 30-Jährigen, deren Engagement sich um 3 Prozentpunkte auf 34 % erhöhte. Die junge Altersgruppe war 2004 auch die einzige Gruppe, in der der Bundesdurchschnitt mit einer Quote von 35 % über dem niedersächsischen Wert lag; in allen anderen Altersgruppen waren die Engagementquoten in Niedersachsen höher als im Bundesdurchschnitt.

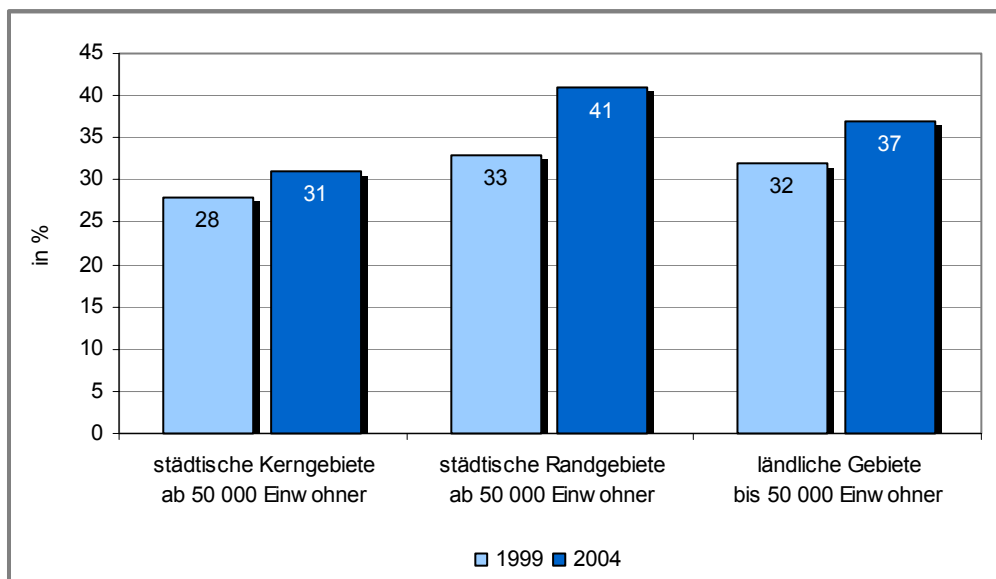
**Abbildung 215: Freiwillig Engagierte in Niedersachsen 1999 und 2004
(nach Geschlecht und Alter)**



Quelle: TNS Infratest – Freiwilligensurvey 2004. Überarbeitete Darstellung.

Differenziert nach Siedlungsstrukturen lässt sich feststellen, dass das Engagement in städtischen Randgebieten am stärksten ausgeprägt ist. Im Jahr 2004 waren 41 % der Bevölkerung in den städtischen Randgebieten freiwillig engagiert (vgl. Abbildung 216). Im ländlichen Gebiet waren es 37 % und im städtischen Kerngebiet 31 %. In allen drei Räumen ist die Engagementquote zwischen 1999 und 2004 gestiegen.

**Abbildung 216: Freiwillig Engagierte in Niedersachsen 1999 und 2004
(nach Siedlungsstruktur)**



Datengrundlage: TNS Infratest – Freiwilligensurvey 2004. Eigene Darstellung.

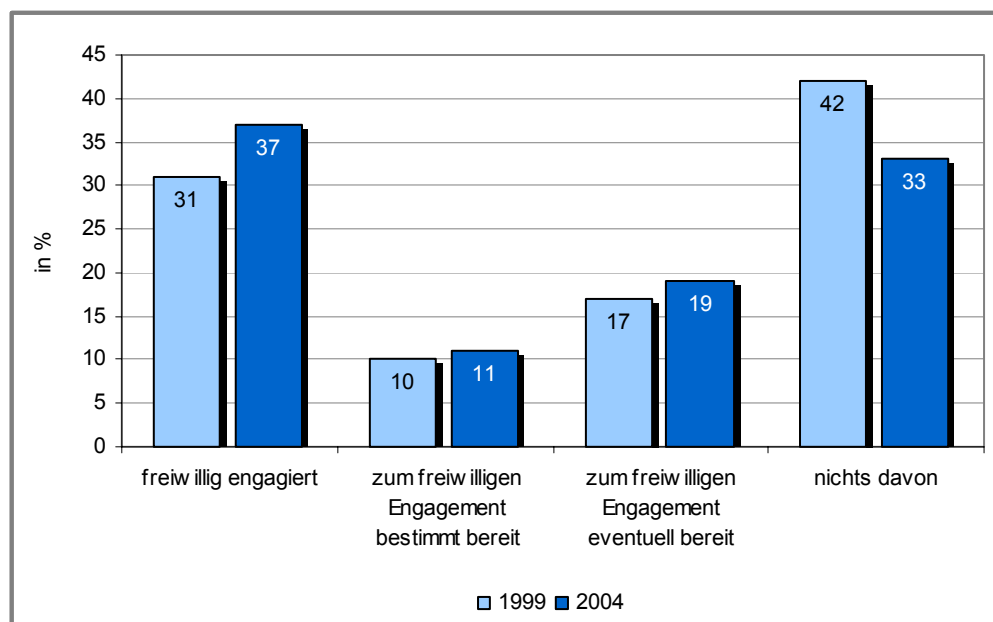
Diese Unterschiede in der Beteiligung lassen sich vermutlich auf unterschiedliche Bevölkerungsstrukturen in den jeweiligen Siedlungsformen zurückführen. So kann das

hohe Engagement in den städtischen Randgebieten damit erklärt werden, dass dort vor allem jüngere Familien wohnen, deren Engagement häufig auf die Kinder bezogen ist. Dagegen ist der Anteil von Familien mit Kindern in städtischen Kerngebieten sehr viel geringer und damit dieses Motiv für ein Engagement seltener gegeben. In den ländlichen Gebieten hat das Engagement eine hohe Tradition.

1.3.2 Bereitschaft zum freiwilligen Engagement

Neben der tatsächlichen Erhöhung des Anteils der freiwillig Engagierten hat im Zeitverlauf auch die Bereitschaft zum freiwilligen Engagement zugenommen (vgl. Abbildung 217). Im Jahr 2004 gaben 11 % der niedersächsischen Bevölkerung an, zum freiwilligen Engagement „bestimmt bereit“ zu sein (+ 1 %). Weitere 19 % sagten, dass sie dazu „eventuell bereit“ seien (+ 2 %). Insgesamt kamen zu den 37 % bereits Engagierten noch 30 % hinzu, die an einem Engagement Interesse zeigten. Dementsprechend ist der Anteil derjenigen, die weder heute engagiert sind noch zukünftig zum Engagement bereit sein werden, von 42 % (1999) auf 33 % (2004) gesunken.

Abbildung 217: Bereitschaft zum freiwilligen Engagement in Niedersachsen 1999 und 2004



Datengrundlage: TNS Infratest – Freiwilligensurvey 2004. Eigene Darstellung.

1.3.3 Unterstützungsbedarf

Befragt nach dem Unterstützungsbedarf wünschten sich die Freiwilligen in Niedersachsen von ihren Trägerorganisationen vorrangig die Absicherung der Projektmittel (63 %). Wichtig war ihnen zudem eine bessere Bereitstellung von Räumen, Sachmitteln etc. (41 %). Die Freiwilligen möchten ebenso professionell arbeiten wie in ihrem Beruf und wünschten sich daher bessere Weiterbildungsmöglichkeiten (33 %) und fachliche Unterstützung (33 %). Dies zeigt noch einmal deutlich, welche hohe Bedeutung Weiterbildung und Qualifizierung in der Freiwilligenarbeit haben. Eine bessere finanzielle Vergütung für die Aktiven (25 %) spielte dagegen eine untergeordnete Rolle. Bedeutender war eher eine unbürokratische Kostenerstattung (32 %). Wenn diese Punkte nicht von den Trägerorganisationen berücksichtigt werden, kann dies zum Abbruch des Engagements bzw. zum Wechsel der Trägerorganisation führen.

Bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für bürgerschaftliches Engagement durch Staat und Öffentlichkeit sahen die befragten Freiwilligen mit 51 % den größten

Verbesserungsbedarf bei der Information und Beratung der Bürgerinnen und Bürger über Möglichkeiten des freiwilligen Engagements. Fast ebenso große Bedeutung (48 %) hat der Wunsch nach mehr Anerkennung durch Berichte in Presse und Medien. 43 % der Befragten wünschten sich eine steuerliche Freistellung von Aufwandsentschädigungen. Weitere 41 % forderten eine bessere steuerliche Absetzbarkeit der Kosten des freiwilligen Engagements.

1.4 Stiftungen als Teil der Bürgergesellschaft

Stiftungen in Deutschland haben eine lange Tradition (vgl. im Folgenden BUNDESVERBAND DEUTSCHER STIFTUNGEN 2007). Die ersten Einrichtungen dieser Art entstanden bereits im Mittelalter, als vor allem Kirchen und weltliche Fürsten Stiftungen mit sozialen und mildtätigen Zwecken gründeten. Nationalsozialismus und das DDR-Regime haben diese blühende Stiftungslandschaft stark beschädigt, doch seit 1980 hat sich vor allem in Westdeutschland ein ungebrochener Stiftungsboom entwickelt. Viele Unternehmer der Nachkriegszeit sind nicht nur zu Wohlstand, sondern auch in ein Alter gekommen, in dem sie sich Gedanken um den sinnvollen Fortbestand des eigenen Kapitals machen.

Es ist zu erwarten, dass dieser Boom noch einige Jahre anhält, u. a. aufgrund des demografischen Wandels. Zum einen kommt die erste Erbgeneration der Nachkriegszeit in ein höheres Alter. Zum anderen wird ein steigender Teil der Menschen kinderlos alt. Keine eigenen Kinder zu haben, motiviert Stifter offensichtlich besonders: 42 % aller Stifter sind ohne Nachwuchs, in der Gesamtbevölkerung sind es lediglich 30 %. Die meisten Menschen entscheiden sich zwischen ihrem 60. und 69. Lebensjahr, eine Stiftung ins Leben zu rufen. Großes Potenzial für Stiftungsneugründungen in Deutschland beruht darüber hinaus darauf, dass eine Reihe vermögender Personen Stiftungen nach wie vor im Ausland gründet, weil dort die gesetzlichen Gründungs- und Arbeitsbedingungen zum Teil besser sind.

Da in etwa 15 Jahren eine weniger gut versorgte Generation in das Rentenalter kommen wird, ist es wichtig, in der Zwischenzeit potenzielle Philantropen zum Stiften zu ermuntern und die gesetzlichen Rahmenbedingungen stiftungsfreundlicher zu gestalten. Die für 2007 geplante Reform des Stiftungsrechtes zielt in diese Richtung.

Gerade Unternehmer haben häufig ein großes Interesse, ihr Vermögen auf Stiftungen zu übertragen, weil dies eine besonders nachhaltige Form des gesellschaftlichen Engagements ist. Stiftungen sind gesetzlich verpflichtet, ihr Kapital inflationssicher anzulegen und können ihre gemeinnützige Arbeit nur aus den Kapitalerträgen finanzieren. Stiftungen sind somit – theoretisch – für die Ewigkeit gemacht. Stiftungen stellen die Zivilgesellschaft auf eine finanziell nachhaltige Basis.

Anders als früher wird der größte Teil der Stiftungen (87 % seit 1990) heute schon zu Lebzeiten der Stifter gegründet. Nachlassstiftungen, mit denen die Menschen erst nach ihrem Tod Gutes für die Gemeinschaft tun wollen, verlieren immer mehr an Bedeutung. Der Trend, sich selbst noch aktiv in der eigenen Stiftung engagieren zu wollen, ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass Stifter ihr bürgerschaftliches Engagement als persönliche Bereicherung betrachten.

Niedersachsen ist in der Stiftungslandschaft sehr gut vertreten. Oldenburg rangiert auf Platz 4 (nach Frankfurt am Main, Hamburg und Bonn) in der Liste der Städte mit den an der Einwohnerzahl gemessenen meisten Stiftungen. Mit der VolkswagenStiftung ist die größte (gemessen an den Gesamtausgaben) deutsche Stiftung privaten Rechts in Hannover angesiedelt. Die größte Umweltstiftung der Welt, die Deutsche Bundesstiftung Umwelt, die aus den Privatisierungserlösen der einst staatseigenen Salzgitter AG entstanden ist, hat ihren Sitz in Osnabrück. Darüber hinaus hat die Idee der Bürgerstiftungen, die sich an dem amerikanischen Modell der Community Foundations orientieren, in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen (in Gütersloh

und Hannover) ihre ersten Umsetzungen erfahren. Die mit Abstand meisten Bürgerstiftungen Deutschlands arbeiten in diesen Bundesländern. In Bürgerstiftungen engagieren sich Menschen mit Zeit, Geld und Ideen, um die Geschicke ihres eigenen kommunalen Umfeldes in die Hand zu nehmen. Bürgerstiftungen zeichnen sich durch ein starkes Interesse für regionale Belange aus und sind auch als Antwort auf eine zunehmend globalisierte Welt zu verstehen.

Generell sind Stiftungen auf Feldern aktiv, die der Staat nicht mehr finanzieren kann oder will, oder in Bereichen, in denen die Zivilgesellschaft effizienter arbeitet. Stiftungen engagieren sich (in dieser Reihenfolge) in den Bereichen Soziales, Kunst und Kultur, Bildung und Erziehung, Wissenschaft und Forschung, im Umweltschutz und in anderen Bereichen.

Das Land Niedersachsen hat die Möglichkeit, über die Stiftungsaufsicht die Arbeit und die Neugründung von Stiftungen positiv zu beeinflussen. Aufgabe der Stiftungsaufsicht ist es, zu beraten und unbürokratisch zu begleiten. In einer Umfrage des Bundesverbandes Deutscher Stiftungen werden die niedersächsischen Stiftungsaufsichten im Bundesvergleich überproportional positiv bewertet.

1.5 Gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen des bürgerschaftlichen Engagements

Für die zukünftige Entwicklung des bürgerschaftlichen Engagements sind vor allem zwei Prozesse entscheidend: Zum einen die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Größe und die Struktur des Potenzials an freiwillig Engagierten, zum anderen der Wandel des Engagements selbst.

1.5.1 Verändertes Potenzial der freiwillig Engagierten

Aufgrund der demografischen Entwicklung und des fortschreitenden Prozesses der Individualisierung der Lebenswelten ist eine Abschätzung über das zukünftig verfügbare Potenzial für bürgerschaftliches Engagement von vielen Unsicherheiten geprägt. Klar ist allerdings, dass sich die Zusammensetzung der freiwillig Engagierten und der am bürgerschaftlichen Engagement Interessierten stark verändern wird.

Die demografisch bedingte Zunahme der älteren und die geringere Anzahl von jüngeren Menschen wird sich auf die verschiedenen Engagementbereiche unterschiedlich auswirken. Bereiche, die von starken körperlichen Aktivitäten geprägt sind, wie Sport, Jugendarbeit, Naturschutz, Feuerwehr und Rettungswesen, werden den Rückgang in den jüngeren Altersgruppen am ehesten zu spüren bekommen. Hier werden die Trägerorganisationen untereinander um die jungen Engagementinteressierten verstärkt konkurrieren.

Hingegen dürften die musischen, kulturellen, sozialen, künstlerischen und kirchlichen Bereiche vom steigenden Durchschnittsalter der Engagierten profitieren. Insbesondere Tätigkeiten, bei denen Erfahrungswissen erforderlich ist, und die weniger mit starken körperlichen Anstrengungen und Belastungen verbunden sind, dürften in Zukunft einen Zulauf verzeichnen. Menschen in der nachberuflichen Phase haben häufig den Wunsch und das Potenzial, sich freiwillig zu engagieren (vgl. Kapitel D.II.1.3 in diesem Abschnitt).

Abgesehen von den direkten demografischen Auswirkungen könnte das Engagement der jüngeren und der mittleren Generation zudem negativ durch die steigenden Anforderungen der Arbeitswelt wie auch durch zunehmende familiäre Verpflichtungen beeinflusst werden. So sind Erwerbstätige z. B. mit höheren Mobilitäts- und Weiterbildungserwartungen konfrontiert, sodass es schwerer sein wird, sie darüber hinaus zum freiwilligen Engagement zu motivieren. Die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen

wird sich vermutlich negativ auf die nachbarschaftlichen Unterstützungsleistungen auswirken.

Ein wichtiger Beweggrund für bürgerschaftliches Engagement ist es, das Lebensumfeld der eigenen Kinder zu gestalten. Mit zurückgehender Kinderzahl werden insofern auch weniger Menschen durch die eigenen Kinder zum Engagement motiviert.

Mit der Zunahme der Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung steigt auch deren Bedeutung für das bürgerschaftliche Engagement. Bislang findet ihr Engagement überwiegend in den jeweiligen „Zuwanderer-Communities“ statt und wird daher nach außen nicht immer sichtbar. Zukünftig ist es ratsam, sie auch verstärkt für freiwilliges Engagement in anderen Organisationen anzusprechen. Die Aktivierung dieses Potenzials ist zum einen wichtig, um das bürgerschaftliche Engagement insgesamt zu sichern. Zum anderen ist bürgerschaftliches Engagement von Menschen mit Migrationshintergrund ein Indikator für eine gelingende Integration. Insbesondere gemeinsames Engagement von Einheimischen und Menschen mit Migrationshintergrund fördert das Verständnis füreinander und stärkt den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Menschen mit Migrationshintergrund stellen daher eine wichtige Zielgruppe für die Engagementförderung dar.

In den Regionen, die besonders vom demografischen Wandel betroffen sind, könnten sich die Nachwuchsprobleme der Freiwilligenarbeit erheblich verschärfen. Bereits heute haben einige Träger Schwierigkeiten, ausreichend Freiwillige zu finden (vgl. die Kapitel D.I.1.4.1 und D.V.1.5.3 in diesem Abschnitt).

1.5.2 Veränderte Strukturen des Engagement

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Zugänge zum bürgerschaftlichen Engagement verändert. Infolge der Auflösung der tradierten sozialen Milieus verlieren auch milieubestimmte Zugänge an Bedeutung. Dies betrifft insbesondere die Wohlfahrtsverbände, die evangelischen und die katholischen Kirchengemeinden, die Gewerkschaften oder auch die Parteien. Statt eines lebenslangen Engagements, das sich aus der Zugehörigkeit zu einem sozialen Milieu ergibt, wird ein lebensphasenbezogenes Engagement, das mit der jeweiligen individuellen Lebenssituation vereinbar ist, wichtiger. Hinzu kommen die gestiegenen Anforderungen des Arbeitsmarktes an die Flexibilität und die Mobilität der Beschäftigten. „Die Lockerung der Bindungen an tradierte Verbände sowie die gestiegene Mobilität erfordern neue Zugangswege zum Engagement.“ (JAKOB 2006: 5).

Insgesamt ist aber, wie die Ergebnisse des Freiwilligensurveys zeigen, ein immer höherer Anteil der Menschen bereit, sich bürgerschaftlich zu engagieren. Es ist daher umso wichtiger, für die potenziell Engagierten zeitlich begrenzte und konkrete Aufgabenbereiche zu erschließen und sie dadurch anzusprechen und zu motivieren.

Engagement findet heute also nicht mehr nur dauerhaft, verbunden mit einer langjährigen Mitgliedschaft in einem Verband oder in einem Verein, statt, sondern auch zeitlich befristet und wird häufig projektförmig organisiert. Neben die klassischen Organisationsformen des Vereins oder des Verbands sind neue informelle Formen des bürgerschaftlichen Engagements getreten. Diese sind insbesondere in den Bereichen Kultur, Schule, Kindergarten, Gesundheit, Ökologie und im sozialen Umfeld zu finden (vgl. HEINZE 2005: 11).

Selbst das Engagement in Vereinen ist inzwischen von einer hohen Fluktuation geprägt. So beenden ca. 10 % der Aktiven im Bereich des Sports während eines Jahres ihr Engagement aus den unterschiedlichsten Gründen. Bei ca. 200 000 Engagierten müssten somit jedes Jahr rund 20 000 Aktive verabschiedet und die Abgänge durch neue Aktive ersetzt werden. Damit wachsen die Anforderungen und der Aufwand für die Organisationen, denn sie müssen kontinuierlich potenziell Freiwillige für ein Engage-

gement gewinnen, indem sie diese zielgruppen- und lebenslagengerecht vor Ort und persönlich informieren, ansprechen und motivieren.

Gleichzeitig haben sich zudem die Haltungen zum Engagement gewandelt. Das Verständnis, nach dem das Engagement als Pflicht und Dienst an der Gemeinschaft aufgefasst wird, ist im Schwinden begriffen. Nach wie vor ist eine solche Haltung zwar in der Generation der über 45-Jährigen stark ausgeprägt: Über 60 % gaben im Jahr 2004 im Rahmen des Freiwilligensurveys als Begründung für ihr Engagement an, dass die Aufgaben „gemacht werden müssen“. Von den bis 45-Jährigen teilten nur 38 % diese Auffassung. Eine größere Relevanz als Auslöser für ein freiwilliges Engagement besitzt aber offenbar die Neigung, wichtige Angelegenheiten selbst zu organisieren. Die Mehrzahl der Befragten des Freiwilligensurveys stimmte der Aussage zu, dass sie durch das Engagement „die Gesellschaft zumindest im Kleinen mitgestalten“ wolle. 62 % der bis 45-Jährigen und 80 % der über 45-Jährigen sagten, dass dieses Motiv auf sie voll und ganz zuträfe. Lediglich für 3 % der bis 45-Jährigen und für 5 % der über 45-Jährigen hatte diese Ansicht überhaupt keine Relevanz.

An die Stelle eines Engagements als innere Pflicht rückt zunehmend eine Haltung, die das Engagement mit eigenen Interessen in Verbindung bringt. Dies schließt keineswegs eine gemeinwohlorientierte Haltung aus, denn die Befragten wollen mit ihrem Engagement „etwas Gutes tun“, sei es für das Wohl der Gesellschaft insgesamt („Gemeinwohl“) oder für hilfsbedürftige Menschen („anderen helfen“). Befragt nach den konkreten Erwartungen an ihr Engagement wünschen sich die meisten Engagierten eine Bereicherung ihres Lebensgefühls und ihrer Lebensfreude („Tätigkeit soll Spaß bereiten“) sowie interessante soziale Kontakte („mit sympathischen Menschen zusammenkommen“).

Damit wird deutlich: „Es gibt ... nicht ein handlungsleitendes Motiv – etwa ‚Spaß haben‘ – sondern das Zusammenwirken mehrerer Motive, etwa ‚Spaß daran haben, anderen Menschen zu helfen‘.“ (HACKET, MUTZ 2002: 44). Um Menschen für ein freiwilliges Engagement zu gewinnen, ist es dennoch wichtig zu berücksichtigen, dass individuelle Präferenzen an Bedeutung gewonnen haben.

Dazu kann auch die Tendenz gezählt werden, dass jüngere Menschen vermehrt darauf achten, dass mit dem freiwilligen Engagement ein Vorteil für ihre Lebensbiografie verbunden ist. Dies ist auch als ein Zeichen für die Anerkennung des bürgerschaftlichen Engagements in der Arbeitswelt und Gesellschaft zu werten.

1.5.3 Freiwillige Feuerwehren – ein Beispiel für die Herausforderungen einzelner Engagementbereiche

Nachwuchsprobleme im bürgerschaftlichen Engagement sind in den Bereichen, die eine hohe gesellschaftliche Verantwortung beinhalten, besonders kritisch. In den Freiwilligen Feuerwehren in Niedersachsen ist die Zahl der aktiven Mitglieder seit Anfang der 1990er-Jahre kontinuierlich rückläufig. Dies gilt in besonderem Maße für die Jugendfeuerwehren.

Hinzu kommt, dass aufgrund der Konzentration der Arbeitsplätze in zentralen Orten und des damit verbundenen Auspendelns der Wohnbevölkerung in ländlichen Gebieten zu bestimmten Tageszeiten die Einsatzbereitschaft der Feuerwehren in einem starken Maße beeinflusst wird.

Die demografische Entwicklung verschärft diese Situation. Eine aktive Mitgliedschaft in einer Freiwilligen Feuerwehr ist zwischen der Vollendung des 16. und des 62. Lebensjahres möglich. Ende 2005 gab es insgesamt 131 109 aktive Mitglieder im Einsatzdienst in den 3 340 niedersächsischen Ortsfeuerwehren. Die Zunahme des Anteils älterer Menschen reduziert das Potenzial möglicher aktiver Mitglieder innerhalb der gesetzlich geregelten Altersgrenzen.

2 Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements in der Gesellschaft – Handlungsoptionen

Die Förderung des Bürgerengagements ist zum einen wichtig, da es einen grundlegenden, stabilisierenden Wert für die Entwicklung und den Zusammenhalt der Gesellschaft darstellt. Zum anderen trägt bürgerschaftliches Engagement dazu bei, die Folgen des demografischen Wandels zu mildern. Dabei kann bürgerschaftliches Engagement sozialstaatliche Leistungen nicht ersetzen, sondern nur ergänzen. Bürgergesellschaftliches Engagement braucht funktionierende sozialstaatliche Institutionen, um sich entwickeln zu können.

Eine Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements muss zum einen Bewährtes erhalten und zum anderen neue Formen des Engagements unterstützen. Ziel muss es sein, dass die freiwillig Aktiven engagiert bleiben, die Interessierten, die etwas freiwillig tun wollen, dazu auch die Möglichkeit erhalten und insbesondere Kinder und Jugendliche zum Engagement motiviert werden.

Um mehr Menschen für ehrenamtliche Tätigkeiten zu gewinnen, müssen ihre Leistungen mehr Bestätigung und Anerkennung erfahren. Dies betrifft sowohl die Anerkennung durch die professionell Tätigen in den Organisationen, Verbänden und Vereinen, wo freiwillig Engagierte tätig sind, als auch die Anerkennung durch Land und Kommunen. Dazu sind neben den bestehenden Formen der Anerkennung (z. B. „Unbezahlbar und freiwillig – Der Niedersachsenpreis für Bürgerengagement“, der „Preis für Zivilcourage“ oder der jährliche „Tag der Ehrenamtlichen“) zielgruppenorientierte Ansprachen notwendig. In diesem Zusammenhang ist vor allem eine bessere Medienpräsenz wichtig.

Der landesweite Kompetenznachweis „Engagiert in Niedersachsen“, der seit November 2005 angeboten wird, ist eine weitere Möglichkeit, das Engagement anzuerkennen. Der Kompetenznachweis dokumentiert das freiwillige Engagement und macht die erworbenen Kenntnisse, Fertigkeiten und Qualifikationen sichtbar. Es ist zu untersuchen, inwiefern der Nachweis durch andere gesellschaftliche Akteure (z. B. Unternehmen) akzeptiert wird und dadurch an Wert gewinnt.

Die Bereitschaft zum Engagement könnte auch durch Entschädigungen (z. B. Fahrtkostenerstattung oder Aufwandsentschädigung) sowie durch zusätzliche materielle oder finanzielle Anreize (z. B. Vergünstigungen über eine Ehrenamtskarte oder Steuervorteile wie sie im Spendenrecht bereits bestehen) erhöht werden.

2.1 Strukturen

Ermöglichung des bürgerschaftlichen Engagements

Eine aktive Bürgergesellschaft benötigt ein günstiges „gesellschaftliches Klima“, in dem sie sich entfalten kann und in dem sich die Einwohnerinnen und Einwohner ernst genommen fühlen.

Politik und Verwaltung haben die Pflicht, für die gesellschaftliche Entwicklung und das Gemeinwohl Sorge zu tragen. Dazu ist es erforderlich, dass sie Bürgerbeteiligung und Bürgerengagement anregen, ermöglichen und fördern. Das Ermöglichen des bürgerschaftlichen Engagements gehört zum Kernbereich der Demokratie. Die Staatsbürger sind Akteure des politischen Prozesses, die aktiv mitgestalten und Verantwortung tragen wollen und auch müssen. Daher sind Bürgerinnen und Bürger auch bei der Bewältigung des demografischen Wandels mit einzubeziehen.

Dabei müssen Politik und Verwaltung bedenken, dass eine aktive Bürgergesellschaft ein eigenständiges, offenes und freiwilliges Handlungsfeld ist, das sich nicht einfach einfordern lässt bzw. nicht ohne weiteres veranlasst werden kann. Bürgergesellschaftliches Engagement lebt von Freiwilligkeit und kann Politik nicht ersetzen. Es gilt, alle gesell-

schaftlichen Akteure, also die Bürgerinnen und Bürger, die sich in den verschiedenen Bereichen engagieren, und die kollektiven Akteure, also Vereine, Initiativen, Stiftungen etc., zu stärken und damit ihren gesellschaftlichen Einfluss und ihre Handlungschancen zu verbessern.

Ressourcen und Strukturen

Bürgerschaftliches Engagement setzt eine geeignete beteiligungs- und engagementfördernde Infrastruktur voraus (Organisationen, Einrichtungen, Multiplikatoren, Räume, Materialien). Für die Aufrechterhaltung oder auch den Ausbau einer engagementfördernden Infrastruktur sollten auch zukünftig öffentliche Mittel bereitgestellt werden. Dies ist auch deshalb so wichtig, da eine Schwächung bzw. ein mangelnder Ausbau der Infrastruktur eine Abnahme der Bereitschaft zum Engagement zur Folge haben könnte. Zudem sollte die Arbeit der bürgerschaftlich Engagierten durch Verwaltungsvereinfachungen erleichtert werden.

Gleichzeitig müssen auch diejenigen, die Infrastruktureinrichtungen vorhalten, überlegen, inwieweit sie selbst durch das Einwerben von Spenden, durch Fördervereine oder Kooperationen mit Bürgerstiftungen zusätzliche Mittel akquirieren können, um so ein gewisses Maß an Unabhängigkeit von der öffentlichen Förderung zu erreichen. Allerdings dürfen diese zusätzlichen Mittel keine grundständige öffentliche Förderung ersetzen (vgl. JAKOB 2006: 7).

Die Freiwilligen selbst müssen als „wertvolle Ressource“ (REINERT 2004: 30) behandelt werden. Dazu gehört z. B., dass sie auf ihre Aufgaben gut vorbereitet werden. Große Bedeutung haben daher Qualifizierungsprogramme, die freiwillig Engagierten das notwendige Know-how zum einen in Bezug auf Fragen des Freiwilligenmanagements und der Engagementförderung und zum anderen für das jeweilige Engagementfeld vermitteln.

Das Land soll auch weiterhin durch die Initiierung und die Finanzierung von Modellprojekten wie Freiwilligenagenturen und die notwendige wissenschaftliche Begleitung zur Weiterentwicklung des bürgerschaftlichen Engagements in Niedersachsen beitragen. In den letzten Jahren sind viele derartige Einrichtungen entstanden, deren Kernaufgabe die Anregung und Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement bezüglich unterschiedlicher Zielgruppen ist. Auch die Mehrgenerationenhäuser sollen als Anlaufstelle für am Engagement Interessierte dienen.

Darüber hinaus müssen sich die Organisationen des bürgerschaftlichen Engagements wie etwa die Vereine oder Verbände mit den Auswirkungen des demografischen Wandels auf ihre Organisationsstruktur und auf ihren Engagementbereich beschäftigen. Dabei sollte das Land die Organisationen durch gezielte Aktivitäten (z. B. Informationsveranstaltungen oder Workshops) unterstützen.

Gezielte Ansprache und Information

Der demografische Wandel macht es erforderlich, dass offensiv für ein bürgerschaftliches Engagement geworben werden muss, um auch zukünftig ein Engagement in mindestens der bisherigen Größenordnung sicherzustellen. Engagierte und potenziell Engagierte benötigen gezielte Informationen, eine unmittelbare Ansprache, interessante Mitwirkungsmöglichkeiten sowie eine unterstützende Begleitung für ihre Tätigkeit. Daher sind der Ausbau und die Vernetzung von Anlauf- und Informationsstellen für bürgerschaftliches Engagement in Niedersachsen wie z. B. die Freiwilligenagenturen eine wichtige Aufgabenstellung.

Dazu sollten bestehende Kooperationen mit Einrichtungen in den Regionen Niedersachsens genutzt werden. Darüber hinaus sollte das Land in enger Kooperation mit den Kommunen dafür eintreten, dass sich die Anlauf- und Informationsstellen landes-

weit vernetzen, da nur so ein kontinuierlicher Informationsaustausch erfolgen und eine Qualität der Aufgabenerfüllung sichergestellt werden kann.

Mittlerweile können sich Interessierte auf der Internetseite www.freiwilligenserver.de umfassend über Möglichkeiten des bürgerschaftlichen Engagements in Niedersachsen informieren. Dort sind die Adressen von über 30 000 Vereinen, Organisationen und Selbsthilfeinitiativen gespeichert. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass insbesondere viele Ältere keinen Zugang zum Internet haben, sodass weitere Maßnahmen direkter Ansprache notwendig sind.

Kooperation unterschiedlicher Akteure und Beteiligung an Entscheidungen

Bürgerbeteiligung und Bürgerengagement sind einerseits gekennzeichnet von einer Vielfalt an Gelegenheiten, Projekten, Initiativen und Aktivitäten. Sie benötigen andererseits aber zugleich eine kontinuierliche und verlässliche Kooperation unterschiedlicher Akteure der Gesellschaft. Die aktive Bürgergesellschaft benötigt die bewusste Partnerschaft von Politik, Verwaltung, freien und privaten Organisationen.

In diesem Zusammenhang ist das Land aufgefordert, die Kooperation mit den Organisationen der Zivilgesellschaft zu intensivieren. Insbesondere ist es von großer Bedeutung, stärker als bisher auf die Unternehmen und Betriebe zuzugehen, um an ihre gesellschaftspolitische Verantwortung zu appellieren und sie zur Förderung des Bürgerengagements aufzurufen.

Zudem muss sichergestellt werden, dass die Bürgerinnen und Bürger an den kommunalen Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse partnerschaftlich beteiligt werden. Politik und öffentliche Verwaltung sowie die Trägerorganisationen sind gefordert, entsprechende Beteiligungsmöglichkeiten zu entwickeln, um das gestalterische Vermögen und die Mitwirkungsbereitschaft der Bürgerinnen und Bürger zu nutzen.

2.2 Bürgerschaftliches Engagement im Zeichen des demografischen Wandels

2.2.1 Nutzung der Engagementpotenziale spezifischer Bevölkerungsgruppen

In den nächsten Jahren wird sich sowohl der Anteil der älteren Menschen als auch der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund erhöhen. Für die zukünftige Sicherstellung des bürgerschaftlichen Engagements wird dementsprechend die Ansprache dieser Gruppen immer bedeutender.

Die Engagementbereitschaft für die Gesellschaft muss aber schon in jungen Jahren geweckt werden. Daher sind Kinder und Jugendliche weiterhin eine Zielgruppe des bürgerschaftlichen Engagements, auch wenn ihr Bevölkerungsanteil abnimmt.

Engagement älterer Menschen

Bereits heute sind viele ältere Menschen in Niedersachsen freiwillig engagiert. Ziel muss es sein, dass es auch zukünftig ein so hohes Engagement der älteren Generation geben bzw. dass dieses möglichst ausgeweitet wird. Dazu müssen die Potenziale der älteren Generation gesellschaftlich anerkannt werden. Aufgabe des Landes ist es, die entsprechenden unterstützenden Rahmenbedingungen zu schaffen (vgl. Kapitel D.II.2 in diesem Abschnitt).

Unsere Gesellschaft braucht das Potenzial der Älteren. Ihr Wissen und Know-how hat zudem integrierende Wirkung. Die Übernahme einer als sinnvoll erlebten Aufgabe wirkt sich positiv auf die eigene Lebensgestaltung aus und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie lange selbstständige und aktive Mitglieder der Gesellschaft bleiben.

Im Bund-Länder-Programm „Erfahrungswissen für Initiativen“ (EFI) wurden in den Jahren 2002 bis 2006 Multiplikatoren – sogenannte seniorTrainer – für das lokale

Engagement ausgebildet. Die praktischen Erfahrungen aus dem EFI-Programm werden in Niedersachsen für die Einübung generationenübergreifender Zusammenarbeit im Projekt „Engagement-Lotsen für Ehrenamtliche in Niedersachsen“ (ELFEN) weiterentwickelt. In Zusammenarbeit mit den Kommunen und lokalen Einrichtungen wie Bürgerbüros, Freiwilligenagenturen, Mehrgenerationenhäusern oder anderen Anlaufstellen für Bürgerengagement werden unter dem Dach der Freiwilligenakademie Niedersachsen angehende ELFEN in mehrtägigen Seminarblöcken ausgebildet. Die ELFEN sollen in Niedersachsen wichtige Impulse für neues bürgerschaftliches Engagement geben und andere für ein Engagement motivieren. Zu ihren Aufgaben zählen Anregung und Initiierung neuer Projekte, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie Beratung und Begleitung von Vereinen und Initiativen. Außerdem unterstützen sie Freiwillige, soziale Einrichtungen, Initiativen, Kommunen, Firmen und andere ehrenamtlich tätige Gruppen und vernetzen deren Arbeit.

In Anlehnung an das Freiwillige Soziale Jahr oder das Freiwillige Ökologische Jahr, die eher die jüngere Generation ansprechen, können die individuelle Kompetenzen und Erfahrungen Älterer in einem „Freiwilligen Jahr für Seniorinnen und Senioren“ (FJS) genutzt werden. Im FJS engagieren sich die Freiwilligen über einen mittel- bis längerfristigen Zeitraum (mindestens drei, in der Regel sechs bis zwölf Monate) verbindlich. Seit Ende 2005 fördert das MS zwei Pilotprojekte eines FJS im Landkreis Osnabrück und in der Landeshauptstadt Hannover.

Engagement von Menschen mit Migrationshintergrund

Um Menschen mit Migrationshintergrund stärker für ein freiwilliges Engagement zu interessieren und zu motivieren, ist eine adressatengerechte Ansprache erforderlich. Es muss geprüft werden, wie die Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Migrationshintergrund zu den Engagementfeldern und Organisationen verbessert werden können. Darüber hinaus sollte das Engagement dieser Gruppe verstärkt in die öffentliche Wahrnehmung gerückt werden, um so eine Anerkennung durch die Gesellschaft zu fördern. Das Land sollte geeignete Ansätze und Projekte unterstützen. Grundvoraussetzung ist, dass den hier lebenden Menschen mit Migrationshintergrund eine Chance auf gesellschaftliche Teilhabe eröffnet wird. Außerdem sollte der interregionale Erfahrungsaustausch verbessert werden.

Das Projekt „Integrationslotsen“ ist eine Maßnahme, die zu einer verbesserten Integration beiträgt und an der Menschen mit Migrationshintergrund ehrenamtlich entscheidend mitwirken. Im Jahre 2007 sollen landesweit bis zu 800 Integrationslotsen mit Migrationshintergrund qualifiziert werden und anschließend ehrenamtlich einen Beitrag zur Integration von Zuwanderern leisten.

Engagement junger Menschen

Angesichts der Zunahme des Anteils der älteren Generationen muss die Teilhabe der Kinder und Jugendliche auch deshalb gestärkt werden, damit ihre Anliegen weiterhin Gehör finden. Daher ist es wichtig, dass junge Menschen über die Möglichkeiten, die Chancen und die Bedeutung der demokratischen Teilhabe im Sinne von Bürgerbeteiligung und Bürgerengagement informiert werden. Kinder und Jugendliche sollten motiviert werden, sich bürgerschaftlich zu engagieren und so die Gesellschaft mitzugestalten (vgl. Kapitel D.I.1.4.1 in diesem Abschnitt).

Darüber hinaus ist das Jugendalter prägend im Hinblick auf das bürgerschaftliche Engagement. Viele, die sich im Erwachsenenalter für andere einsetzen, waren bereits in der Jugend freiwillig engagiert. Zentraler Ansatzpunkt, um junge Menschen mit sozialen Themen in Berührung zu bringen, ist die Schule. Dazu ist eine entsprechende Lernumgebung zu schaffen, und die Lerninhalte sind so anzupassen, dass durch sie dafür Interesse geweckt wird.

Ein erster Schritt könnte die Durchführung einer landesweiten Fachtagung zum Themenbereich „Schule/Bildung und bürgerschaftliches Engagement“ sein. Hierbei sollte auf das Veranstaltungskonzept des Bundesnetzwerkes Bürgerschaftliches Engagement (BBE) zurückgegriffen werden, das bereits erfolgreich in mehreren Bundesländern umgesetzt wurde. Der Ansatz des BBE ist zwischenzeitlich von der UNESCO anerkannt worden.

Aber auch außerhalb der Schule müssen Modellprojekte entwickelt werden. Hier bieten sich Kooperationen mit Jugendverbänden und Einrichtungen der Jugendarbeit an. Ein Ausbau des Freiwilligen Sozialen Jahres und des Freiwilligen Ökologischen Jahres ist ein weiteres Mittel, um mehr junge Menschen an Tätigkeiten im Ehrenamt heranzuführen. Dazu ist eine Erweiterung der Kapazitäten entsprechend der tatsächlichen Nachfrage anzustreben. Diese Möglichkeit sollte aber nicht dazu führen, dass der Eintritt in das Berufsleben durchschnittlich noch weiter nach hinten geschoben wird. Gegebenenfalls ist über eine Anrechnung dieses Engagements für verschiedene Ausbildungen nachzudenken.

2.2.2 Zukünftige Aufgabenbereiche des bürgerschaftlichen Engagements im Rahmen des demografischen Wandels

Bürgerschaftliches Engagement kann einen Beitrag zur Bewältigung der demografischen Herausforderungen leisten. Bürgerengagement stiftet Lebenssinn und fördert den zwischenmenschlichen Kontakt, beugt also Vereinzelung und Isolierung vor. Die aktive Bürgergesellschaft kultiviert in diesem Zusammenhang gewissermaßen ein vielfältiges Handlungsmodell für ein gemeinschaftsstiftendes Miteinander. Damit trägt die aktive Bürgergesellschaft auch wesentlich zu Problem- und Konfliktlösungen sowie zum sozialen Zusammenhalt im Gemeinwesen bei. Menschen, die sich aufgehoben fühlen und über stabile persönliche Netzwerke verfügen, werden in der Lage sein, gesellschaftliche Herausforderungen zu meistern.

Gerade in den Regionen, die stark vom demografischen Wandel betroffen sind, ist das bürgerschaftliche Engagement als stabilisierendes Element erforderlich. Durch die Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger könnte das bürgerschaftliche Engagement dazu beitragen, dass sich die Bindung an die Wohnortgemeinde bzw. den Stadtteil verstärkt.

Neben der Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts insgesamt bestehen insbesondere in den folgenden Handlungsfeldern Möglichkeiten, mithilfe des bürgerschaftlichen Engagements zu einer positiven Entwicklung beizutragen:

Ergänzung oder Unterstützung öffentlicher Infrastruktur

Die Aufrechterhaltung der öffentlichen Infrastruktur für die nachwachsenden Generationen kann vor allem in schrumpfenden Regionen nicht mehr vom Staat alleine bewältigt werden. Bürgerschaftliches Engagement kann hier in Kooperation mit staatlichen Stellen dazu beitragen, dass öffentliche Einrichtungen und somit Erfahrungsräume dennoch weiterhin bestehen bleiben können. Bürgerschaftliches Engagement ist und darf dabei kein Ersatz für staatliches und berufliches Handeln sein.

Integration von Menschen mit Migrationshintergrund

Bürgerschaftliches Engagement kann in einer Gesellschaft, die von einem höheren Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund gekennzeichnet ist und in der eine Vielzahl von Lebensentwürfen nebeneinander praktiziert wird, zu einem verträglichen gesellschaftlichen Miteinander beitragen. Integration findet neben der Schule und dem Berufsleben vor allem in der Freizeit statt. Neben dem wünschenswerten zusätzlichen Engagement im sozialen, sprachlichen, karitativen oder kulturellen Bereich spielt auch der Sport hier eine besondere Rolle. Dieser wird entscheidend durch das freiwillige Engagement der Übungsleiter getragen, die damit einen erheblichen Beitrag zur Integ-

ration von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund leisten. Um diese Aufgabe zu bewältigen und ggf. auch zielgruppenspezifische Angebote (z. B. für muslimische Frauen) anbieten zu können, benötigen die freiwillig Tätigen entsprechende Rahmenbedingungen wie z. B. Übungsleiterfortbildungen oder die erforderlichen Sportgeräteausrüstung. Hierfür müssen entsprechende Mittel bereitgestellt werden.

Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft

Durch vermehrtes Bürgerengagement im Bereich „Kinder und Jugendliche“ wird der Kreis der Erwachsenen erweitert, die sich um das Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen sorgen. Dadurch erhalten auch Menschen, in deren üblichem sozialen Umfeld keine Kinder aufwachsen, die Möglichkeit, einen Kontakt zu Kindern aufzubauen. Nur so kann eine kinderfreundliche Kultur entstehen.

Gesellschaftliches Engagement für ältere Menschen

In Zukunft ist nicht nur das Engagement der älteren Menschen von großer Bedeutung (vgl. Kapitel D.V.2.2.1 in diesem Abschnitt), sondern in Anbetracht der zunehmenden Anzahl von älteren Menschen wird auch das Engagement für die ältere Generation wichtiger. Bürgerengagement kann durch das Schaffen von Begegnungsmöglichkeiten für ältere Menschen Vereinsamung vorbeugen. Dies ist sehr wichtig, da im Alter keine institutionalisierten Austauschmöglichkeiten (z. B. Schule, Beruf) mehr bestehen. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben setzt voraus, dass die älteren Menschen neben den Kontakten zu Gleichaltrigen auch Kontakte zu jüngeren Generationen knüpfen können.

Verständigung zwischen den Generationen

Der demografische Wandel führt dazu, dass Beziehungen zwischen Alt und Jung immer seltener im eigenen Verwandtschaftskreis aufgebaut werden können. Die Verständigung zwischen den Generationen, das Wissen über die Bedürfnisse und Probleme der anderen Generation ist aber eine wesentliche Voraussetzung für das Funktionieren der Gesellschaft. Bürgerschaftliches Engagement kann helfen, Begegnungsmöglichkeiten zu schaffen. So will z. B. die Landesagentur Generationendialog den Dialog zwischen den Generationen anregen. Diese Ansätze gilt es zu unterstützen und auszubauen. Dabei sind Kooperationen zwischen Institutionen anzuregen, die bisher wenig gemeinsame Berührungspunkte besaßen, wie z. B. Alteneinrichtungen und Kindergärten oder Schulen, Einrichtungen zur Berufsausbildung und Seniorenorganisationen.

Unterstützung bei der Betreuung und Pflege von älteren Menschen

Von großer Bedeutung ist auch die Unterstützung bei der Betreuung und Pflege älterer Menschen durch freiwillig Engagierte. Durch diese Hilfe werden vor allem die pflegenden Angehörigen entlastet. Pflegebedürftige Menschen sind oftmals an ihre Wohnung gebunden, sodass der Austausch mit dem freiwillig Engagierten für sie einen besonderen Wert hat. Die Leistungen der Engagierten können neben dem sozialen Austausch auch alltägliche Hilfeleistungen wie Einkaufsdienste oder die Fahrt zum Arzt umfassen.

Für den Bereich der stationären Altenpflege weist der Fünfte Altenbericht darauf hin, dass Freiwillige zwar mit einem breiten Aufgabenspektrum in Pflegeheimen tätig sind, es aber an systematischen Konzepten für die Einbeziehung von Freiwilligen fehlt (vgl. BMFSFJ 2005c: 351-352). Engagement in Pflegeheimen trägt auf jeden Fall dazu bei, dass die Einrichtungen sich gegenüber dem Gemeinwesen öffnen. Bürgerschaftliches Engagement in diesem Bereich darf aber nicht dazu genutzt werden, dass die Engagierten Aufgaben des professionellen Pflegepersonals übernehmen.

