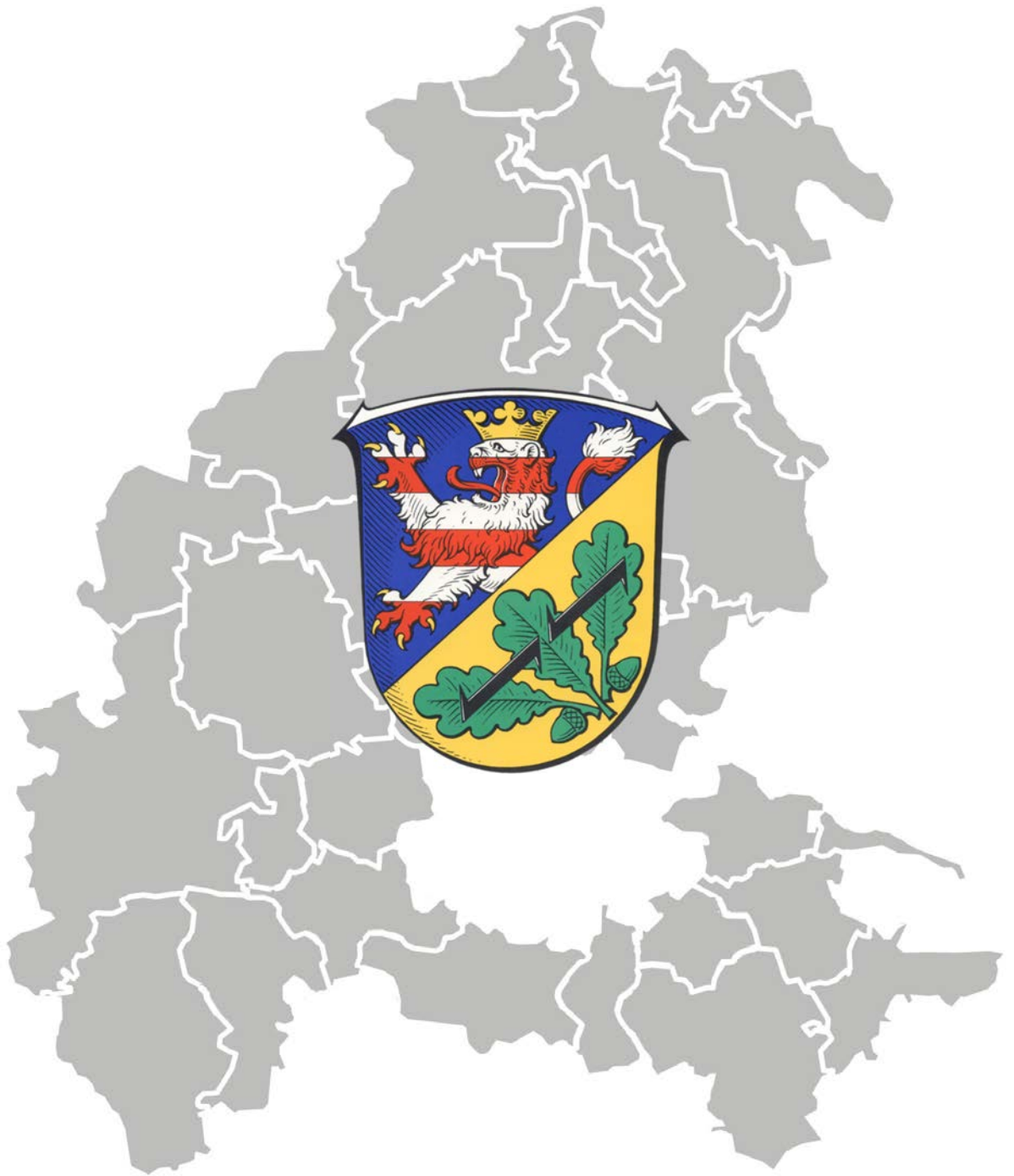


# Sozialatlas 2015



Landkreis Kassel



## Impressum

**Herausgeber:** Kreisausschuss des Landkreises Kassel  
Wilhelmshöher Allee 19-21  
34117 Kassel

**Bearbeitung:** Wolfgang Engelmohr, Fallmanager und Sozialpädagoge/Sozialarbeiter  
– Fachbereich Soziales –  
E-Mail: [wolfgang-engelmohr@landkreiskassel.de](mailto:wolfgang-engelmohr@landkreiskassel.de)

**Druck:** Hausdruckerei des Landkreises Kassel

Kassel, März 2015  
3. Auflage



## Die örtliche Kenntnis ist die Seele des Dienstes

*Freiherr vom Stein*

Susanne Selbert

Erste Kreisbeigeordnete des Landkreises Kassel

V  
O  
R  
W  
O  
R  
T

Mit der 3. Auflage des Sozialatlasses können wir von einer Verstetigung unserer Sozialdatenberichterstattung sprechen.

Entwicklungen der einzelnen Teilsysteme liegen transparent vor. Ihre Wirksamkeit hinsichtlich unseres Anspruches an Inklusivität kann einer objektiven Analyse unterzogen werden. Die Grundlage für unsere zielgerichtete Sozialplanung haben wir damit vergrößert.

Würden unsere Gestaltungsmöglichkeit lediglich von dem Budget abhängig sein, das wir zusätzlich zu unseren gesetzlichen Pflichtaufgaben zur Verfügung haben, wäre dieser Spielraum äußerst gering. Mit dem Sozialatlas ist es uns möglich, die Schnittstellen der für uns relevanten Sozialgesetzbücher auf ihre Effizienz hin zu untersuchen. Wir erkennen Reibungsverluste zwischen den Teilsystemen und haben die planerischen Möglichkeiten, sie zu vermeiden. Wir identifizieren Synergien und können sie nutzen. So wirkt Sozialberichterstattung unmittelbar und zielgerichtet auf die Praxis des Verwaltungshandelns.

Über diese professionellen Aufgaben der sozialen Sicherung und Unterstützung hinaus sehen wir in der Sozialplanung und dem Sozialmanagement die Funktion, vorhandene regionale Potenziale zu stärken. Ein Beispiel dafür ist unser Armutsbericht aus dem letzten Jahr. Aus der Erkenntnis heraus, dass der Mangel an gesellschaftlicher Teilhabe ein entscheidender Armutsfaktor ist, hat sich der Landkreis zusammen mit Vertreterinnen und Vertretern der örtlichen Liga der freien Wohlfahrtspflege die Förderung dezentraler Ehrenamtsstrukturen und damit der Stärkung örtlicher Potenziale zur Aufgabe gemacht. Wir tragen der Relevanz dieses Themas Rechnung, indem wir diese Entwicklung erstmalig in einem eigenen, dem Kapitel 4, behandeln. In diesem Kontext ist auch die Aufnahme des Themas 'Demografische Entwicklung' in Kapitel 1 „Bevölkerungsentwicklung“ zu sehen. Den Zuzug von Asylsuchenden in den Landkreis als soziale und logistische Herausforderung, aber auch Chance und Bereicherung behandeln wir in Kapitel 8 unter dem neuen Titel „Menschen mit existenziellem Hilfebedarf“.



### Zur Methodik

Der vorliegende Sozialatlas erfasst die Dimensionen sozialen Lebens im Landkreis Kassel anhand von Zahlen und Fakten in 8 Kapiteln (Teil I). Schon in der Datenerhebung zeigte sich rasch, dass trennscharfe Abgrenzungen zwischen den Kapiteln nicht immer möglich und sinnvoll sind. Wechselwirkungen etwa in den Bereichen Erwerbsbeteiligung sowie Gesundheits- und Armutsrisiken sind zu offensichtlich, als dass sie isoliert voneinander als quantitative Größen dargestellt werden können. Mit Querverbindungen zwischen den Kapiteln und unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen ist der Anspruch verbunden, diese Wechselwirkungen zu erfassen und transparent zu machen. Wo möglich, sind die Daten geschlechtergetrennt ausgewiesen; es liegen jedoch nicht alle Herkunftszahlen geschlechterdifferenziert vor.

Teil II des Sozialatlases bildet die sozialpolitisch relevanten Daten der einzelnen Städte und Gemeinden des Landkreises Kassel ab.

Die Fortschreibung des Sozialatlases in der 3. Auflage zeigt Veränderungen und Tendenzen auf, die den kommunalen Entscheidungsträgerinnen und -trägern als Basis dienen, zielgerichtet Handlungsstrategien zu entwickeln.

### Zur 3. Auflage

Wie die vorangegangenen Sozialatlanten ist auch die aktuelle Fassung auf der Homepage des Landkreises Kassel verfügbar. Darüber hinaus hat der Sozialatlas in Papierform als mobiles Arbeitsmittel weiterhin Bestand. Die Nutzer/innen haben die Möglichkeit, bei der Hausdruckerei des Landkreis Kassel gegen eine Schutzgebühr von 20 Euro den Ausdruck in Auftrag zu geben.

**Das Projektteam**, das an der Erstellung des Sozialatlases mitwirkte, setzte sich aus Herrn Borowski-Becker, Herrn Engelmohr, Frau Hesse, Frau Tietz und Herrn Winciers zusammen. Die Projektkoordination oblag Herrn Engelmohr.

### Weitere Daten und Beiträge wurden geliefert von:

Arbeitsförderungsgesellschaft im LK Kassel:	Frau Beutnagel
DemografieAgentur LK Kassel:	Frau Ruffini
Fachbereich Jugend:	Herr Reining
Fachbereich Soziales:	Herr Kilian, Frau Rumpel, Frau Scharf, Frau Spangenberg
Gesundheitsamt Region Kassel:	Frau Dr. Müller, Frau Dr. Oefner, Frau Reckwardt
Jobcenter Landkreis Kassel:	Frau Voigt
Organisationseinheit Bürgerbeauftragte/r:	Herr Hellmich



# Teil I

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Bevölkerungsentwicklung .....</b>	<b>7</b>
1.1	Allgemeine Entwicklung der Bevölkerung im Landkreis Kassel .....	7
1.2	Zu- und Abwanderungen / Geburten und Sterbefälle .....	8
1.3	Familienstrukturen.....	9
1.4	Das Verhältnis und die Entwicklung der ausländischen zur deutschen Bevölkerung im Landkreis Kassel .....	12
1.5	Einbürgerungen.....	13
1.6	Bevölkerung mit Migrationshintergrund .....	14
1.7	Demografische Entwicklung im Landkreis Kassel .....	14
<b>2</b>	<b>Jugendliche und Familien .....</b>	<b>18</b>
2.1	Betreuung von Kindern in Tagesstätten, Krippen oder Tagespflege.....	18
2.2	Jugendförderung und Jugendbildung .....	20
2.3	Bildungsbeteiligung junger Menschen .....	22
2.4	Sozialarbeit in den Schulen des Landkreises Kassel .....	30
2.5	Allgemeine Beratung, Beratung in Trennungs-/Scheidungs-/ Partnerschafts- und Sorgerechtsfragen, Erziehungsberatung .....	33
2.6	Hilfen zur Erziehung, Hilfen für junge Volljährige, Eingliederungshilfen.....	34
2.7	Häusliche Gewalt .....	37
2.8	Jugendgerichtshilfe .....	41
2.9	Beistandschaften, Pflegschaften und Vormundschaften, Unterhaltsvorschuss .....	43
2.10	Herausforderungen für die mittelfristige Weiterentwicklung .....	47
<b>3</b>	<b>Ältere Menschen .....</b>	<b>49</b>
3.1	Aktuelle Versorgungssituation .....	49
3.2	Ausblick über die Versorgungssituation.....	63
3.3	Demenz.....	98
3.4	Ältere Menschen im Leistungsbezug nach dem SGB XI.....	102
3.5	Schlussbetrachtung.....	109
<b>4</b>	<b>Ehrenamt.....</b>	<b>113</b>
4.1	Das Bild des Alters in unserer heutigen Zeit.....	113
4.2	Grundlagen des ehrenamtlichen Engagements Älterer .....	114
4.3	Netzwerkstrukturen auf neue Ziele ausrichten .....	115
4.4	Projektansätze im Landkreis Kassel .....	117
4.5	Schlussbetrachtung.....	119



<b>5</b>	<b>Menschen mit Behinderungen</b> .....	<b>120</b>
5.1	Konsequenzen aus der UN Behindertenrechtskonvention .....	120
5.2	Definition von Behinderung .....	121
5.3	Behinderte Menschen in den Gemeinden.....	122
5.4	Menschen mit Behinderungen in offenen Hilfen - familienentlastende Dienste .....	124
5.5	Eingliederungsmaßnahmen nach dem Sozialgesetzbuch XII.....	127
5.6	Inklusive Angebote für Kinder mit Behinderungen.....	138
<b>6</b>	<b>Gesundheit und Gesundheitsversorgung</b> .....	<b>142</b>
6.1	Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum .....	142
6.2	Lösungsansätze für die zukünftige ärztliche Versorgung .....	144
6.3	Gesundheitszustand von Kindern bei der Schuleingangsuntersuchung .....	145
6.4	Sozialpsychiatrischer Dienst .....	152
6.5	Psychosoziale Kontakt – und Beratungsstelle .....	155
6.6	Ambulante Suchthilfe .....	157
6.7	HIV-Infizierte und AIDS-Erkrankte .....	164
6.8	Rechtliche Betreuungen.....	164
<b>7</b>	<b>Beschäftigung und Arbeitslosigkeit</b> .....	<b>168</b>
7.1	Erwerbsquote .....	168
7.2	Umfang der Arbeitslosigkeit im Landkreis Kassel.....	169
7.3	Arbeitslosigkeit bei Ausländerinnen und Ausländern.....	177
7.4	Problemlagen im Vermittlungskontext der Hilfebezieher/innen .....	178
7.5	Sozialintegrative Leistungen .....	181
7.6	Arbeitslosigkeit und der Übergang in die Grundsicherung bei älteren Menschen (50+) .....	182
7.7	Arbeitslosigkeit und Hartz IV-Bezug bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen .....	187
<b>8</b>	<b>Menschen mit existenziellem Hilfebedarf</b> .....	<b>196</b>
8.1	Menschen in der Sozialhilfe nach dem SGB XII .....	196
8.2	Überschuldung privater Haushalte und Insolvenzen .....	203
8.3	Asylsuchende im Landkreis Kassel.....	206
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>208</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>210</b>
	<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>214</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>216</b>
<b>Teil II</b>		
	<b>Strukturdaten der Städte und Gemeinden</b> .....	<b>219</b>



# 1 Bevölkerungsentwicklung

## 1.1 Allgemeine Entwicklung der Bevölkerung im Landkreis Kassel

Dem bundesweiten Trend folgend geht auch 2013 im Landkreis Kassel die Bevölkerungszahl zurück. Am 31.12.2013 lebten im Landkreis Kassel 233.352 Menschen, 51,2 % (119.554) davon Frauen. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht, dass der Anteil der Über-65-Jährigen im dargestellten Zweitraum von 7 Jahren zugenommen hat. Die Lebenserwartung steigt und der Altersdurchschnitt hat sich zwar geringfügig, aber kontinuierlich erhöht.

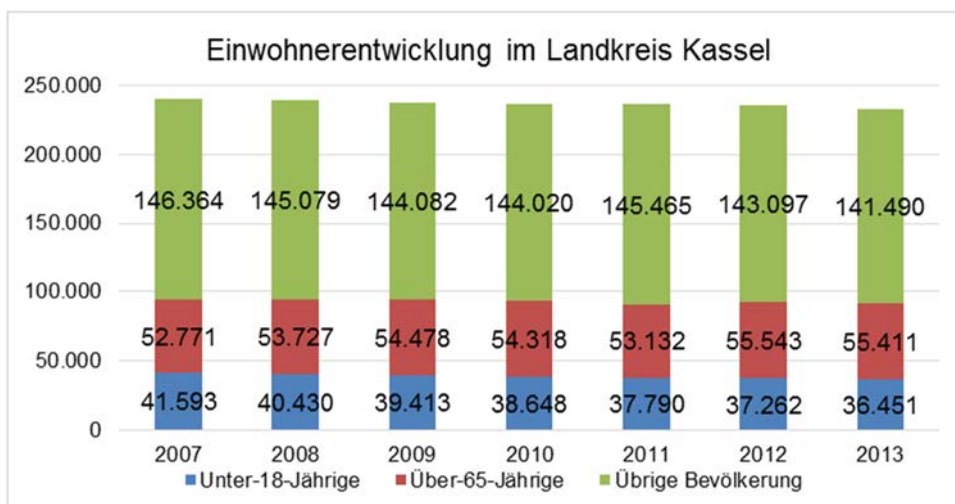


Abb. 1-1: Einwohnerentwicklung im Landkreis Kassel  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

## Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis 2030

Das Statistische Landesamt Hessen leitet auf Basis der Bevölkerungsdaten 2008 folgende Prognose im Hinblick auf die weitere Entwicklung der Bevölkerung bis 2030 ab (s. Abb. 1-2).

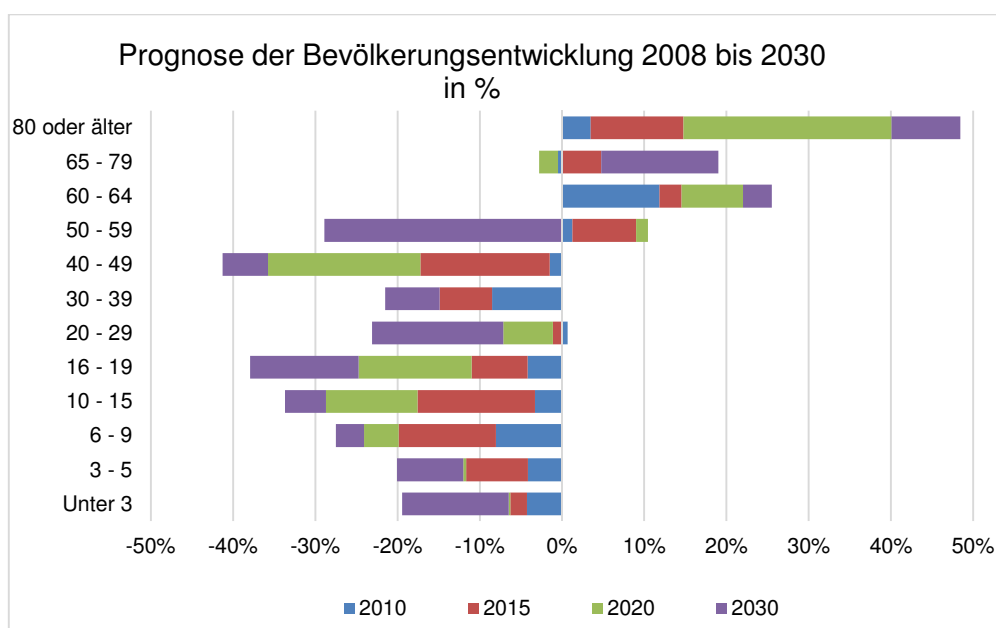


Abb. 1-2: Prognose der Bevölkerungsentwicklung 2008 bis 2030  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



Die Zunahme der Bevölkerungszahlen in den oberen Alterssegmenten ist in der Grafik deutlich erkennbar.

### 1.2 Zu- und Abwanderungen / Geburten und Sterbefälle

Der Saldo der natürlichen Bevölkerungsbewegung beschreibt das Verhältnis von Geborenen zu Gestorbenen. Für den Landkreis Kassel zeigt die Grafik die Entwicklung des Negativsaldos über die Jahre 2007 bis 2013.

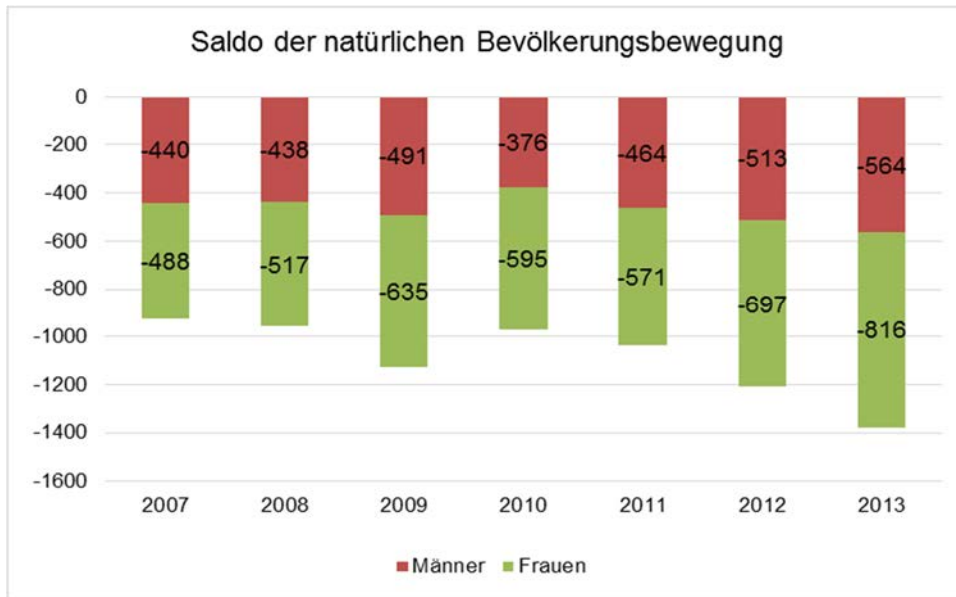


Abb. 1-3: Saldo der natürlichen Bevölkerungsbewegung  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Das im beobachteten Zeitraum zugenommene Negativsaldo der natürlichen Bevölkerungsentwicklung wird erst seit 2011 durch Wanderungsgewinne abgemildert (s. Abb. 1-4).

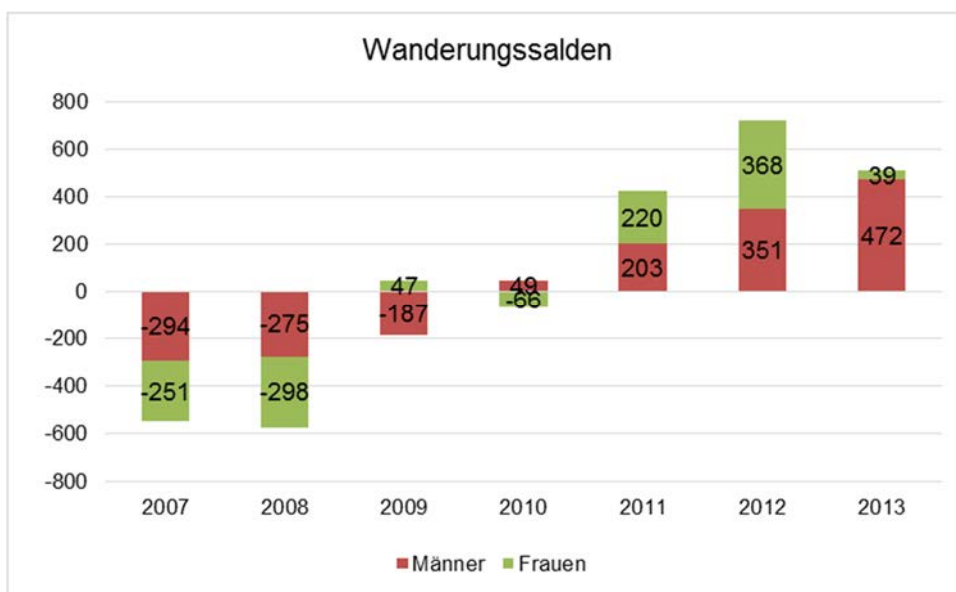


Abb. 1-4: Wanderungssalden  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen





Die Suche nach beruflicher Qualifizierung und Beschäftigung ist offensichtlich der entscheidende Grund für die deutlichen Wanderungsbewegungen junger erwachsener Menschen im Landkreis Kassel (s. Sozialatlas 2012, S. 14). So positiv deren Flexibilität zu werten ist, so problematisch ist der Fortzug für die betroffenen Gemeinden. Betroffen sind insbesondere Gemeinden an der Peripherie des Landkreises, entfernt von wirtschaftlichen Oberzentren.

Der Zuzug Nichtdeutscher, ohne den ein negatives Wanderungssaldo in 2013 entstanden wäre, ist für den Ausgleich demografischer Effekte im Landkreis Kassel besonders wichtig.

### 1.3 Familienstrukturen

Ergebnisse des Zensus 2011 zu Haushalts- und Familienstrukturen lassen erstmalig nach der Volkszählung 1987 wieder detailliertere Aussagen über das Zusammenleben der Menschen in Haushalten bis auf die kommunale Ebene zu.

Der Landkreis Kassel zeigt sich als Gebietskörperschaft mit einem relativ hohen Anteil an Ehepaaren und einem eher niedrigen Anteil an Single-Haushalten. Wenig ausgeprägt aber dennoch bemerkenswert ist, dass in den Hessischen Landkreisen ein vergleichsweise höherer Anteil Alleinerziehender lebt (s. Abb. 1-5).

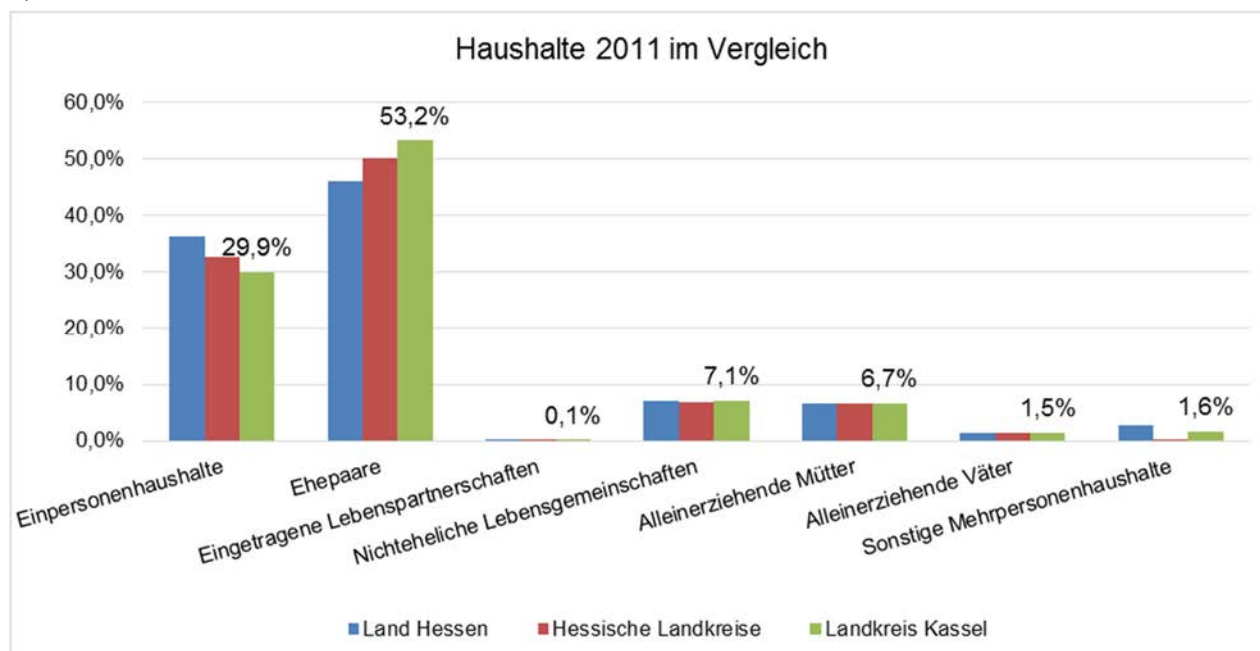


Abb. 1-5: Haushalte 2011 im Vergleich  
 Quelle: Zensus 2011, Statistisches Landesamt Hessen

In folgender Abbildung wird deutlich, wie hoch der Anteil der verschiedenen Haushalte mit Kindern (grüne Segmente) an allen Haushalten im Landkreis Kassel war.

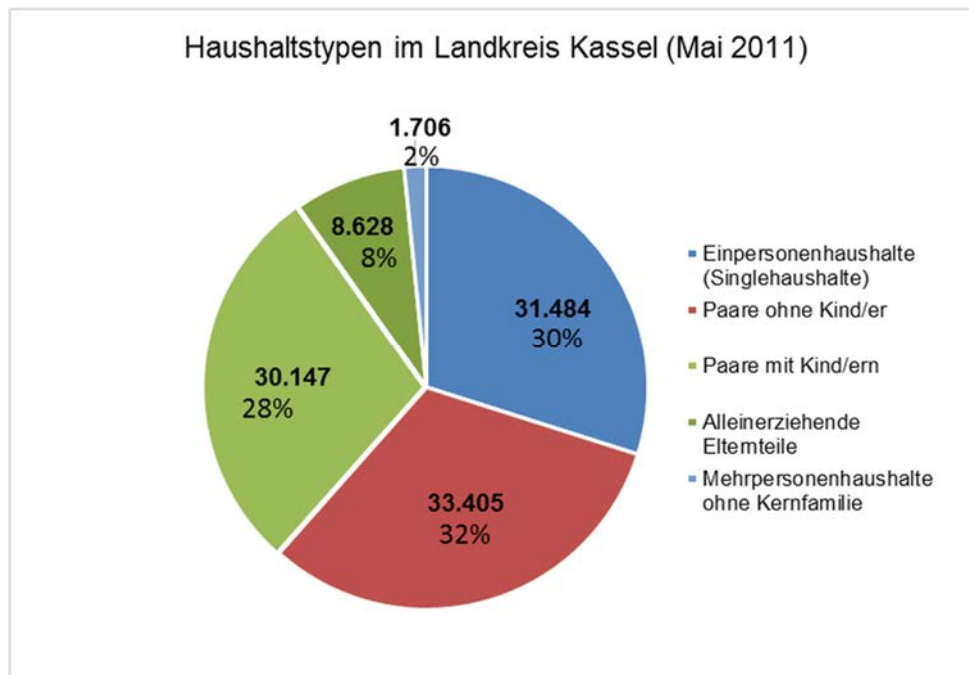


Abb. 1-6: Haushaltstypen im Landkreis Kassel  
Quelle: Zensus 2011, Statistisches Landesamt Hessen

Bezieht man die Ergebnisse der Arbeitsagentur zum Leistungsbezug SGB II in 2011 auf diese Auswertung, so ergeben sich interessante Ergebnisse:

- 1.381 alleinerziehende Bedarfsgemeinschaften erhielten Leistungen nach dem SGB II; das waren ca. 16 %. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass rund 84 % der Alleinerziehenden ihre Lebensgrundlagen ohne staatliche Alimentierung sichern.
- Nur 2,9 % (883) der Paare mit Kindern bezog Leistungen nach SGB II. Damit liegt das Armutsrisiko für Alleinerziehenden mehr als fünfmal so hoch wie bei Paaren mit Kindern.

Auch unterhalb der Landkreisebene werden Erhebungsdaten des Zensus 2011 für Städte und Gemeinden veröffentlicht. Die folgende Tabelle gibt ausgehend vom Durchschnitt im Landkreis Kassel die Spitzenwerte, die über 2 % liegen rot und die Niedrigwerte, die unter 2 % des Durchschnitts liegen grün markiert an.



## Privathaushalte in den Städten und Gemeinden des Landkreises Kassel, Zensus 2011

	Haus- halte ge- samt	Single- Haus- halte	Paare ohne Kind/er	Paare mit Kin- dern	Allein- erzie- hende	Haus- halte mit aus- schließ- lich Se- nior/in- nen	Senio- ren- haus- halte und Jüngere
Ahnatal	3.586	28 %	35 %	30 %	6 %	28 %	11 %
Bad Karlshafen	1.657	34 %	30 %	27 %	9 %	25 %	14 %
Baunatal	12.363	30 %	34 %	26 %	8 %	24 %	10 %
Breuna	1.525	23 %	26 %	38 %	11 %	19 %	17 %
Calden	3.217	25 %	30 %	35 %	9 %	19 %	14 %
Bad Emstal	2.662	32 %	27 %	32 %	7 %	19 %	13 %
Espenau	2.140	25 %	34 %	32 %	8 %	22 %	13 %
Fuldabrück	4.086	29 %	34 %	29 %	7 %	25 %	14 %
Fuldatal	5.489	32 %	34 %	24 %	7 %	27 %	11 %
Grebenstein	2.560	29 %	29 %	33 %	8 %	20 %	14 %
Habichtswald	2.218	26 %	31 %	34 %	8 %	21 %	13 %
Helsa	2.443	29 %	30 %	32 %	8 %	22 %	14 %
Hofgeismar	6.464	31 %	31 %	27 %	9 %	23 %	10 %
Immenhausen	3.261	30 %	30 %	29 %	9 %	22 %	13 %
Kaufungen	5.713	32 %	30 %	26 %	9,7 %	22 %	9 %
Liebenau	1.363	24 %	27 %	38 %	10,1 %	21 %	19 %
Lohfelden	6.217	33 %	31 %	26 %	8 %	24 %	9 %
Naumburg	2.271	29 %	27 %	33 %	9 %	19 %	12 %
Nieste	776	23 %	31 %	35 %	10 %	17 %	12 %
Niestetal	5.017	34 %	33 %	24 %	7 %	25 %	9 %
Oberweser	1.462	25 %	29 %	35 %	10,0 %	21 %	18 %
Reinhardshagen	2.074	29 %	36 %	27 %	8 %	25 %	12 %
Schauenburg	4.492	29 %	34 %	28 %	7 %	24 %	11 %
Söhrewald	2.160	26 %	32 %	34 %	6 %	22 %	13 %
Trendelburg	2.235	27 %	29 %	35 %	6 %	24 %	16 %
Vellmar	8.442	31 %	35 %	25 %	8 %	25 %	10 %
Wahlsburg	957	30 %	26 %	31 %	10,1 %	20 %	18 %
Wolfhagen	5.616	32 %	29 %	28 %	9 %	22 %	12 %
Zierenberg	2.904	29 %	29 %	32 %	9 %	21 %	14 %
<b>Landkreis Kassel gesamt</b>	<b>10.5370</b>	<b>30 %</b>	<b>32 %</b>	<b>29 %</b>	<b>8 %</b>	<b>23 %</b>	<b>12 %</b>

Tab. 1-1: Privathaushalte in den Städten und Gemeinden des Landkreises Kassel

Quelle: Zensus 2011, Statistisches Landesamt Hessen

#### 1.4 Das Verhältnis und die Entwicklung der ausländischen zur deutschen Bevölkerung im Landkreis Kassel

Die Zahl der Ausländer/innen im Landkreis Kassel stieg im Jahr 2013 erstmals seit längerer Zeit auf über 4 %. Der Ausländeranteil stieg zum gleichen Zeitpunkt in Hessen auf über 12 %.

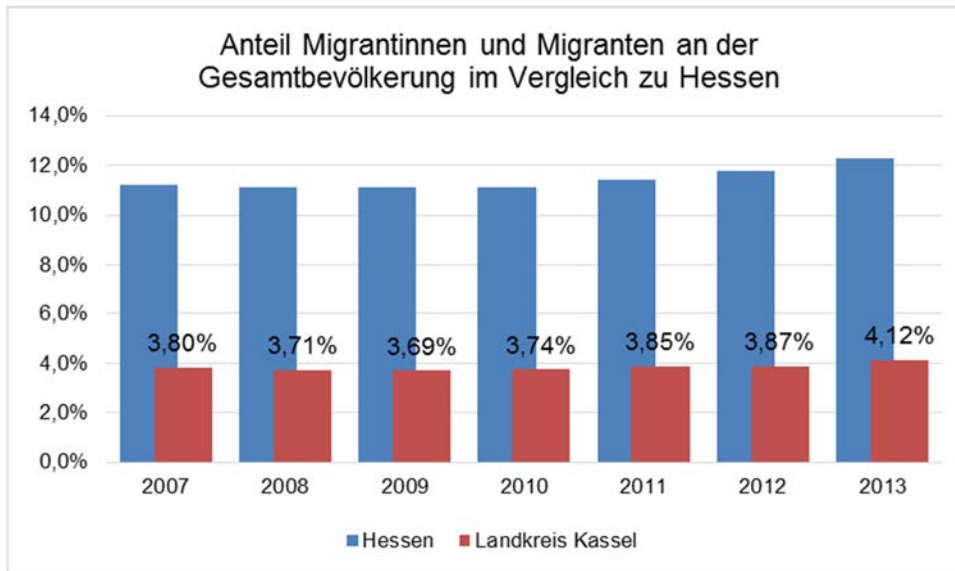


Abb. 1-7: Anteil Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung

Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Folgende Grafik zeigt, dass insbesondere die Altersgruppe der 15-45-Jährigen von Zuwanderung Nicht-deutscher in den Landkreis Kassel profitiert. Ansonsten bilden sich Rückgang der Kinderzahlen und Zunahme bei Über-65-Jährigen auch hier ab.

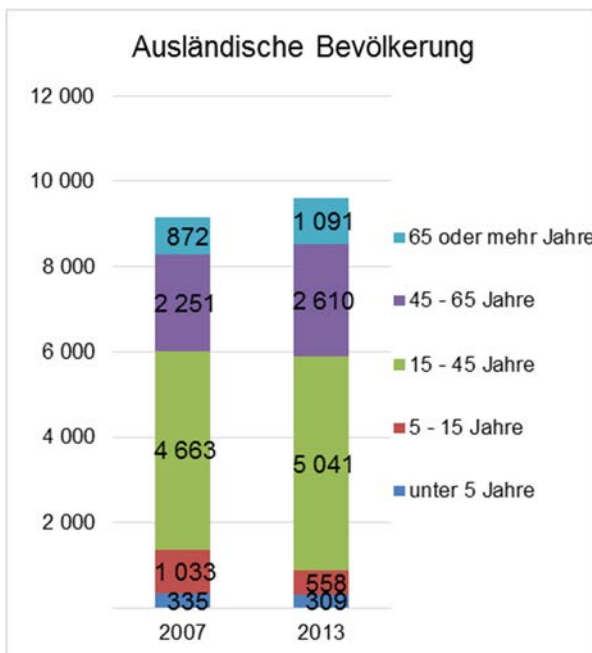


Abb. 1-8: Ausländische Bevölkerung nach Alter

Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

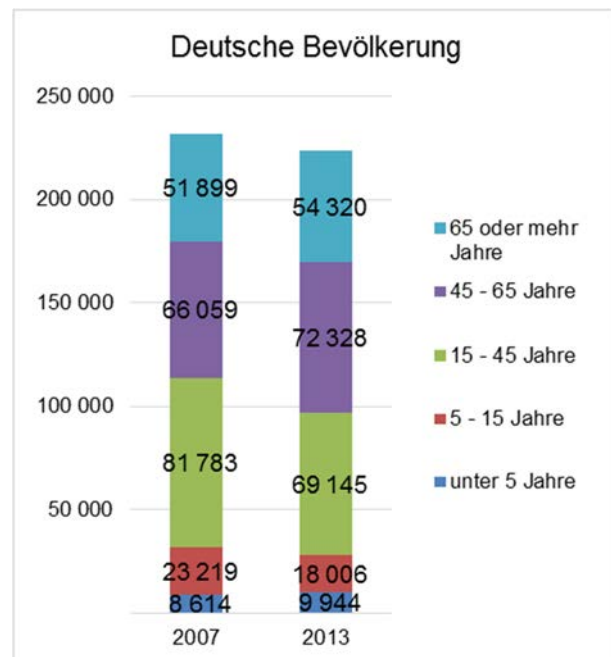


Abb. 1-9: Deutsche Bevölkerung nach Alter

Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 1.5 Einbürgerungen

Unabhängig vom Alter wurden etwa 10 % mehr weibliche Personen eingebürgert. Die Alterspyramide, die sich so ergibt, weist darauf hin, dass die Neubürger/innen, auch wenn ihre Zahl im Jahr 2013 zurückging, einen kleinen Beitrag gegen den Trend zu Überalterung leisten.

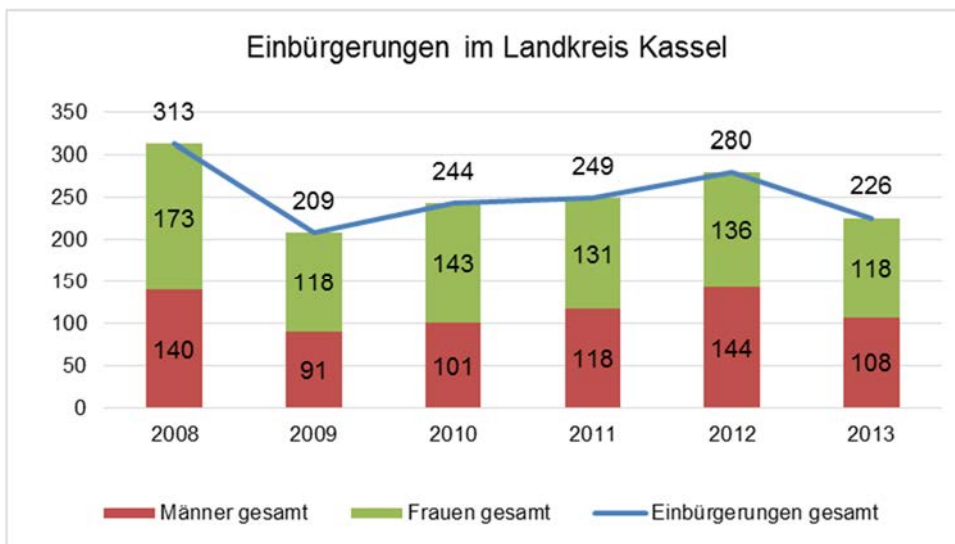


Abb. 1-10: Einbürgerungen im Landkreis Kassel  
 Quelle: Einbürgerungs- und Staatsangehörigkeitswesen LKKS

In nachfolgenden Grafik fällt auf, dass die Zahl der eingebürgerten Kinder im Jahr 2013 deutlich zurückging. Seit dem 1. Januar 2000 erwerben auch Kinder von Ausländerinnen und Ausländern durch die Geburt in Deutschland die deutsche Staatsangehörigkeit. Voraussetzung ist, dass die Eltern sich seit acht Jahren rechtmäßig und gewöhnlich in Deutschland aufhalten und ein unbefristetes Aufenthaltsrecht oder eine Aufenthaltserlaubnis besitzen.

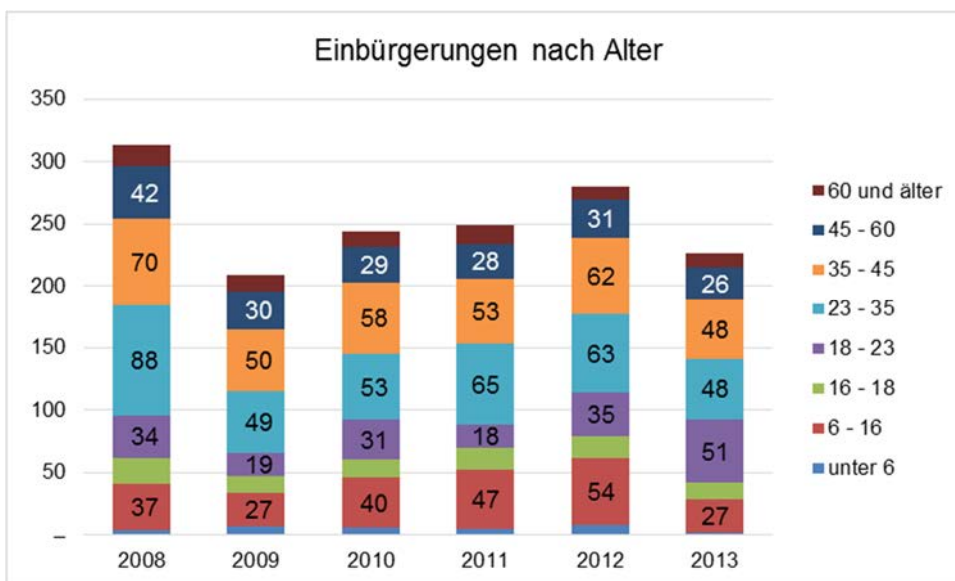


Abb. 1-11: Einbürgerungen nach Alter  
 Quelle: Einbürgerungs- und Staatsangehörigkeitswesen im LKKS



## 1.6 Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Laut Erhebungen des Statistischen Landesamtes Hessen (Mikrozensus) lebten im Jahr 2008 43.600 Menschen mit Migrationshintergrund im Landkreis Kassel. Davon sind 22.500 weiblich.

Damit hätte mehr als jede/r 5. Bewohner/in im Landkreis Kassel ausländische Wurzeln, unabhängig davon, ob die deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt oder nicht. Den größten Teil der Menschen mit Migrationshintergrund bilden Zugewanderte aus Osteuropa, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.

## 1.7 Demografische Entwicklung im Landkreis Kassel

### 1.7.1 DemografieAgentur des Landkreises Kassel

Die Folgen des demografischen Wandels werden vor allem lokal wahrgenommen: Lebensmittelgeschäfte und Gasthäuser schließen und in manchen Ortskernen drohen Leerstand und der Verfall historischer Bausubstanz. Die größer werdende Zahl älterer Einwohner/innen stellt spezifische Ansprüche an Wohnen, Mobilität und Versorgung. Hierfür müssen ebenfalls lokale Lösungen gefunden werden. Jede/r Einzelne und das dörfliche Gemeinwesen als Ganzes werden vor der Frage stehen, wie es in und mit einem Ort weitergeht.

Mit dem Ziel, die lokalen Aktivitäten und Akteurinnen und Akteure besser zu unterstützen, zu vernetzen und regionale Handlungsansätze zu entwickeln, hat der Landkreis Kassel im April 2013 die DemografieAgentur eingerichtet. Die DemografieAgentur – angesiedelt im Servicezentrum Regionalentwicklung – ist nun die zentrale Anlaufstelle für alle, die im Landkreis ein Anliegen im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel haben.

#### 1.7.1.1 Organisations- und Arbeitsstrukturen in den Gremien

Den demografischen Wandel aktiv gestalten – dieser Zukunftsaufgabe stellt sich der Landkreis Kassel bereits seit 2008 im Arbeitskreis Demografie. Dort wurden bereits eine Reihe wirkungsvoller Handlungsinstrumente initiiert und entwickelt, wie das *Zukunftskataster* oder der *Beratervertrag*. Mit der Einrichtung der DemografieAgentur wurden die Organisations- und Arbeitsstrukturen im Bereich Demografischer Wandel neu ausgerichtet.

Ziel ist es, die bereichsübergreifende Zusammenarbeit innerhalb der Landkreisverwaltung und die Vernetzung mit externen Akteurinnen und Akteuren zu intensivieren und neue Handlungsansätze zu entwickeln. Aus dem Arbeitskreis Demografie heraus wurden hierfür vier Arbeitsgruppen (AG) eingerichtet, in denen neue Instrumente und beispielhafte Projekte auf den Weg gebracht werden sollen. Fachleute aus der Verwaltung, politische Entscheidungsträger/innen, engagierte Bürger/innen und Expertinnen und Experten erarbeiten in diesen Arbeitsgruppen neue Angebote, um die Akteurinnen und Akteure vor Ort darin zu unterstützen, eigene Perspektiven und praktische Lösungen zu entwickeln. Die DemografieAgentur organisiert und begleitet diese Arbeitsgruppen. Weitere Informationen zu den Themenschwerpunkten und Ergebnissen der Arbeitsgruppen erhalten sie von der DemografieAgentur oder den jeweiligen Sprecherinnen und Sprechern.

#### 1.7.1.2 AG Mobil vor Ort

Bürgerbusse und Fahrdienste ergänzen in derzeit 9 Kommunen im Landkreis Kassel bereits heute den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV). Insbesondere für ältere Menschen sind sie eine wichtige Unterstützung im Alltag, um sich selbständig zu Hause zu versorgen zu können. Ziel der Arbeitsgruppe Mobil



vor Ort ist es, Hilfestellungen zu entwickeln, mit denen Interessierte eigene Projekte in ihren Orten umsetzen können. Hierfür hat die AG Mobil vor Ort im November 2014 die Broschüre „Bürgerbusse und Fahrdienste im Landkreis Kassel. Ein Leitfaden für Projektentwickler“ herausgegeben. In diesem Leitfaden werden die wesentlichen organisatorischen, rechtlichen und finanziellen Fragen von Bürgerbusprojekten zusammengefasst.

*Sprecher/in der AG Mobil vor Ort:* Uwe Koch // Landkreis Kassel // Verkehr und Sport // uwe-koch@landkreiskassel.de.

### **1.7.1.3 AG Leben im Alter**

Wie viele Studien belegen, können Menschen im Alter länger selbständig bleiben, wenn sie diese Lebensphase aktiv gestalten. So kann auch der Eintritt demenzieller Erkrankungen über eine gezielte geistige und körperliche Aktivierung verzögert werden. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, die bestehenden örtlichen Angebote besser zu vernetzen und neue Unterstützungsformen zu entwickeln.

*Sprecher/in der AG Mobil vor Ort:* Anna Hesse // Landkreis Kassel // Frauenbüro // anna-hesse@landkreiskassel.de und Wilfried Wehnes // w.wehnes@t-online.de.

### **1.7.1.4 AG Innenentwicklung**

Wie wollen wir zukünftig dem Leerstand in den Ortskernen begegnen? Welche Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Entwicklungsprozesse gibt es? Was tun mit den sog. Schrottimmobilien? Welche Möglichkeiten und Grenzen bieten die bestehenden Instrumente und wie lassen sich Synergien erzielen? Mit all diesen Fragen beschäftigt sich die AG Innenentwicklung. Ziel ist es, einen Leitfaden zu entwickeln, in dem vielfältige Methoden und Instrumente für eine aktive Innenentwicklung ausgewertet und zusammengeführt werden.

*Sprecher/in der AG Innenentwicklung:* Ellen Dunkel // Landkreis Kassel // Bauaufsicht // ellen-dunkel@landkreiskassel.de und Kai Georg Bachmann // Stadt Trendelburg // stadt@trendelburg.de.

### **1.7.1.5 AG Junge Menschen im ländlichen Raum**

Junge Menschen sind die Zukunft einer Region und damit eine wichtige Ressource, die es zu stärken gilt. Doch was bewegt junge Menschen auf dem Land, in der Gegend zu bleiben statt in die Zentren abzuwandern? Inzwischen weiß man, dass die sozialen und emotionalen Bindungen an den Ort des eigenen Aufwachsens hierfür von zentraler Bedeutung sind. Diese Arbeitsgruppe hat es sich zum Ziel gesetzt, im Hinblick auf die Bleibestrategien junger Menschen neue Lösungsansätze zu entwickeln, bei denen neuen Beteiligungsformen von Kindern und Jugendlichen eine wesentliche Rolle spielen werden.

*Sprecher/in der AG Junge Menschen im ländlichen Raum:* Peter Soltau // Landkreis Kassel // Jugendbildungswerk // peter-soltau@landkreiskassel.de.

## **1.7.2 Aufgaben und Handlungsfelder der DemografieAgentur**

### **1.7.2.1 Daten transparent machen**

Die DemografieAgentur koordiniert die Erhebung und Pflege aller relevanten Daten zum demografischen Wandel und bereitet sie so auf, dass Bürgermeister, Ortsbeiräte und andere örtliche Gremien eigene Schlüsse ziehen können. Ergänzend zu den Daten aus dem Zukunftskataster erhebt die DemografieAgentur hierfür Einwohnerdaten für jeden Ortsteil der 29 Landkreiskommunen. Ziel ist es, mit aussagekräftigen Darstellungen vorhandener Daten für jeden Ort die Entwicklungsperspektiven aufzuzeigen.



### 1.7.2.2 „Von den Daten zu den Taten“

Der Landkreis Kassel hat unterschiedliche Handlungsinstrumente entwickelt, die Kommunen, Ortsteilen und Privatpersonen beim Umgang mit den Folgen des Demografischen Wandels unterstützen. So bietet das Team der DemografieAgentur z.B. künftig Dorfbegehungen und Dorfgespräche an. Bei diesen Angeboten geht es nicht nur darum, für das Thema zu sensibilisieren und den Austausch auf der lokalen Ebene anzuregen. Vielmehr sollen die Orte unterstützt werden, eigene Ziele zu formulieren, ihre Zukunftsthemen zu bestimmen, Mitstreiter/innen für neue Projekte zu finden, und damit aktiv die Gestaltung der eigenen Zukunft in die Hand zu nehmen. Ergänzend bieten die Fachleute im Servicezentrum Regionalentwicklung eine umfassende Beratung zu den Fördermöglichkeiten in der Dorf- und Regionalentwicklung und der Wohnungsbauförderung an.

### 1.7.2.3 Der Erhalt der Ortskerne – Wichtiges Zukunftsthema im ländlichen Raum

Leerstehende Fachwerkhäuser in den Ortskernen sind nicht nur ein Problem für die Eigentümer/in, sondern für das gesamte dörfliche Gemeinwesen. Denn: Leerstand ist ansteckend und wird schnell zum Imageproblem für ein Dorf. Die DemografieAgentur hat seit Herbst 2014 eine Fachwerkimmobilienbörse eingerichtet. Sie ist vernetzt mit weiteren Angeboten zum Thema Sanierung historischer Bausubstanz und Teil der neuen Demografie-Website des Landkreises ([www.landstaerken.de](http://www.landstaerken.de)). Bei diesem durch die Kasseler Sparkasse und die Kasseler Bank unterstützten Projekt setzt die DemografieAgentur insbesondere auf Vernetzung, z.B. mit den Fachleuten der Denkmalpflege. Dies gilt auch für den Beratervertrag, eine unabhängige und kostenfreie Grundberatung für Fachwerkhausbesitzer/innen und solche, die es werden wollen. Neben dem Erhalt und der weiteren Nutzung der Gebäude geht es auch um die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Funktionen der Ortskerne. Wo begegnen sich die Bewohner/innen eines Dorfes, wenn der letzte Laden und das letzte Gasthaus schon lange geschlossen sind? Welche Angebote können den Verlust von Infrastruktur auffangen? Welche Orte und Anlässe müssen erhalten werden, damit das gesellschaftliche Leben in einem Ort weiterhin stattfindet? Für diese Fragen sucht das Team der DemografieAgentur gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort nach individuellen Lösungen, denn Patentrezepte für lebendige Dörfer gibt es nicht. Darüber hinaus entwickeln die vier Arbeitsgruppen neue Unterstützungs- und Organisationsformen auf Landkreisebene für genau diese Fragen.

### 1.7.2.4 Dorfwettbewerb – eine gute Gelegenheit, eigene Wege zu entwickeln

Ein wichtiges Handlungsinstrument ist der Regionalentscheid des Wettbewerbs „Unser Dorf hat Zukunft“, an dem sich Orte bis 3.000 Einwohner/innen mit überwiegend dörflichem Charakter beteiligen können. Die DemografieAgentur koordiniert den Wettbewerb auf regionaler Ebene. 2014 haben sich im Landkreis Kassel 19 Orte am Regionalentscheid beteiligt; damit liegt der Landkreis Kassel hessenweit an der Spitze. Bei den Bereisungen durch die Kommission hat sich wieder einmal gezeigt, dass es im Landkreis Kassel viele gute Ideen und Initiativen gibt, bei denen sich die Bürger/innen mit lokalen Zukunftsthemen befassen und sich für ihren Orten einsetzen.

Die Beiträge waren insgesamt auf einem hohen Niveau. Letztlich setzten sich Simmershausen in der Gruppe A (mit Dorferneuerung) und Oedelsheim in der Gruppe B (alle anderen Orte) gegen ihre Konkurrenz durch. Platz 2 und 3 in der Gruppe A belegten Hofgeismar-Hümme und Bad Emstal-Balhorn. In der Gruppe B platzierten sich Oberweser-Gieselwerder und Breuna-Oberlistingen auf den Plätzen 2 und 3. Der Sonderpreis "Jugend im Dorf" wurde an Nieste und an Wahlsburg-Vernawahlshausen vergeben.

Alle Teilnehmerorte erhalten Urkunden und Bewertungsprotokolle. Im Anschluss haben die Orte die Möglichkeit zu einer gemeinsamen Auswertung durch die DemografieAgentur, z.B. im Rahmen eines Dorfgesprächs.





#### **1.7.2.5 Wissenschaft und Praxis im gegenseitigen Austausch**

Gemeinsam mit der Stadt Kassel und der Evangelischen Akademie Hofgeismar leitet der Landkreis Kassel die Tagungsreihe „Regionalentwicklung und demografischer Wandel“. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit haben die drei Projektpartner/innen eine Studie in Auftrag gegeben, in der bürgerschaftliches und politisches Engagement als Faktoren demografischer Zukunftsfähigkeit untersucht werden. Die Demografie-Agentur begleitet und unterstützt das Forschungsteam der Universität Kassel. Die Ergebnisse der Studie wurden auf einer Fachtagung im November 2014 zur Diskussion gestellt.

Weitere Forschungsprojekte der Universität Kassel zum „Demografiemonitoring“ und eine Kooperation beim Zukunftskataster zeigen, dass die innovativen Ansätze der Wissenschaft wertvolle Anregungen für die Praxis bieten. Umgekehrt bietet die Zusammenarbeit der Forschung die Möglichkeit, neue Theorien in der Praxis zu erproben.



## 2 Jugendliche und Familien

Kaum ein anderer Bereich der Verwaltung hat ein so vielfältiges Leistungsspektrum wie die Jugendhilfe. Entsprechend differenziert sind auch die nun folgenden Informationen über die Inanspruchnahme dieser Leistungen. Das folgende Kapitel beschäftigt mit dem Thema Bildung als eine zentrale Herausforderung in der Biografie junger Menschen und in vielfältiger Weise mit der Jugendhilfe verwoben.

### 2.1 Betreuung von Kindern in Tagesstätten, Krippen oder Tagespflege

Zum 01.08.2013 ist § 24 Sozialgesetzbuch VIII in neuer Fassung in Kraft getreten und formuliert einen Rechtsanspruch auf frühkindliche Förderung für Kinder ab Vollendung des 1. Lebensjahres. Diese Förderung kann sowohl in institutioneller Form als auch in Kindertagespflege erfolgen; Eltern haben insoweit ein Wunsch- und Wahlrecht. Der Rechtsanspruch richtet sich gemäß § 30 Hessisches Kinder- und Jugendhilfegesetzbuch (HKJGB) sowohl an die Kommunen als auch an den Landkreis Kassel als örtlichem Jugendhilfeträger, wobei dem Landkreis Kassel letztlich die Gesamtverantwortung im Sinne des § 79 Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII) zukommt.

Der Landkreis Kassel hat dazu eine Tagesbetreuungsausbauplanung auf gesetzlicher Grundlage des § 24 a SGB VIII vorgenommen; dies erfolgte in enger Kooperation mit den Kommunen. Diese Ausbauplanung zeigte, dass zum Stichtag 01.08.2013 der vom „Krippengipfel“ angenommene Versorgungsgrad von 35 % bezogen auf den gesamten Landkreis mit 37,4 % übertroffen wurde. Damit war der „fiktive“ Bedarf als gedeckt anzusehen.

Für die Anstrengungen zum Ausbau der kommunalen Versorgungsstruktur bedanken wir uns bei den Kommunen ausdrücklich, ebenso für die Fortsetzung des Ausbaus der Tagesbetreuungsangebote für Unter-3-Jährige über den 01.08.2013 hinaus.

In Anbetracht der heterogenen kommunalen Struktur im Landkreis Kassel ist erkennbar, dass es – bezogen auf die einzelne Kommune – unterschiedliche konkrete Bedarfe und daraus resultierend unterschiedliche konkrete Versorgungserfordernisse geben kann. Unsere Aufgabe als örtlicher Jugendhilfeträger ist es, die Befriedigung des Rechtsanspruches auf frühkindliche Förderung planerisch weiterhin zu begleiten und ggfs. auch individuell sicherzustellen.

#### 2.1.1 Frühkindliche Förderung und Betreuungsangebote für Kinder unter drei Jahren

Der Forschungsbericht zum Projekt Kommunale Bedarfserhebung des Forschungsverbundes Deutsches Jugendinstitut (DJI)/Technische Universität Dortmund vom Juli 2014 kommt zu folgenden Aussagen für den Landkreis Kassel: Für Kinder unter drei Jahren gibt es einen Betreuungsbedarf in Höhe von 37,2 %. Ein wichtiger Aspekt bei der Bewertung und Umsetzung des Betreuungsbedarfs ist die Tatsache, dass der Betreuungsbedarf zwischen den einzelnen Altersjahren sehr unterschiedlich ausfällt. Für Unter-Einjährige ergeben sich nur sehr geringe Betreuungsbedarfe. Ermittelt wurde durch den Forschungsverbund eine Bedarfsquote von 6,3 %. Bei den Einjährigen liegt die Quote schon deutlich höher bei 39,6 %. Die Betreuungsbedarfe für die Zweijährigen fallen mit 65,5 % erwartungsgemäß am höchsten aus.

Die vom Forschungsverbund ermittelten Quoten sind vergleichbar mit den für den Landkreis Kassel zum 01.03.2014 ermittelten tatsächlichen Betreuungsdaten. Insgesamt waren zum Zeitpunkt der Erhebung (01.03.2014) kreisweit **1423 Betreuungsplätze** für Kinder unter drei Jahren belegt oder genehmigt. Davon entfielen

- 335 auf Kindertagespflege
- 1.088 Plätze auf Kindertagesstätten (Kitas).



In einzelnen Kommunen des Landkreises Kassel gab es am 01.03.2014 für insgesamt 130 Kinder unter 3 Jahren eine Warteliste in der Form, dass ein Platz zum 01.03.2014 gewünscht war, dieser aber erst zu einem späteren Zeitpunkt im Einvernehmen mit den Sorgeberechtigten zur Verfügung gestellt werden konnte. Durch weiterhin vorangetriebene Ausbautätigkeit konnte im bisherigen Verlauf des Jahres 2014 die Situation in den betroffenen Kommunen bereits verbessert werden.

Punktuell bestehen darüber hinaus noch verfügbare Betreuungskapazitäten bei Tagespflegepersonen.

Zu einer Beschwerde oder zu einem Klageverfahren ist es in der Zeit vom 01.08.2013 bis 31.07.2014 nicht gekommen. Dies zeigt, dass vor Ort in der Regel individuelle Lösungen für die Betreuungssituation gefunden werden konnten. Damit sollte für Eltern im Anschluss an die staatlich – durch das Elterngeld – geförderte Elternzeit ein Wiedereinstieg in Berufstätigkeit im Landkreis Kassel offenstehen.

### **2.1.2 Inanspruchnahme von Betreuungsgeld**

Für Eltern, die keine staatlich geförderte Kinderbetreuung wünschen, besteht seit dem 01.08.2013 der familienpolitisch umstrittene Betreuungsgeldanspruch (150 € monatlich im Anschluss an das Elterngeld für max. 22 Monate bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres von Kindern, die nach dem 01.08.2012 geboren wurden).

In der Zeit vom 01.01.2014 bis 30.09.2014 wurden für den Landkreis Kassel 774 Betreuungsgeldanträge bewilligt. Dies waren geschätzt etwa 41 % aller Eltern mit Kindern im Berechtigungsalter (ein kompletter Geburtsjahrgang zuzüglich 2 Monate; s. Regierungspräsidium Gießen / Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend). Laut der amtlichen Statistik zum Betreuungsgeld liegt die durchschnittliche voraussichtliche Bezugsdauer für Hessen bei 19,3 Monaten und damit leicht unterhalb derer des früheren Bundesgebietes (19,6 Monate; s. Statistisches Bundesamt, Statistik zum Betreuungsgeld, 2. Vierteljahr 2014).

### **2.1.3 Planungsschwerpunkt Qualität**

Schwerpunkt der kommenden Jahre wird nach dem quantitativen Ziel der Versorgung mit Tagesbetreuungsangeboten für Unter-3-Jährige verstärkt die Umsetzung des hessischen Bildungs- und Erziehungsplans (BEP) sowie die Implementierung des hessischen Kinderförderungsgesetzes (HessKiFöG) sein.

Inhalte des hessischen Bildungs- und Erziehungsplans sind u.a. die individuelle, frühe und nachhaltige Förderung und Bildung der Kinder sowie die dazu erforderliche Kooperation der am Bildungsprozess beteiligten Personen in der Familie und in den Institutionen. Die bedeutsamen Übergänge – Familie Kita / Kita in Schule – werden dabei in besonderer Weise individuell und methodisch gestaltet. Das Hessische Kinderförderungsgesetz sieht eine flexible Anpassung der personellen Ausstattung bei Änderung der Alterszusammensetzung der Kindergartengruppen vor. In einer Rahmenbetriebserlaubnis werden die Eckpunkte für die variablen Gestaltungsspielräume (Alter der Kinder, Öffnungszeiten, Gruppengrößen, Personal) der Einrichtung festgelegt.

Ob sich diese beiden vom Land angestoßenen Entwicklungsschwerpunkte in der Praxis als qualitative Bereicherung erweisen, ist Gegenstand laufender Evaluationen und sollte weiterhin beobachtet werden.



## 2.2 Jugendförderung und Jugendbildung

Während sich in den 90er Jahren die Konzeptdiskussion in der Jugendarbeit teilweise bis auf die reine Bereitstellung von Räumlichkeiten ohne inhaltliche Angebote reduzierte, entwickelten andere Jugendarbeiter erlebnispädagogische Angebote, die das Bedürfnis junger Menschen nach neuen Erfahrungen mit sozialem Lernen koppelt, um so zur Persönlichkeitsbildung beizutragen.

Nach dem Jahrtausendwechsel führten die Ergebnisse internationaler Vergleichsstudien über den Bildungsstand junger Menschen auch in der Jugendarbeit zu Diskussionen um die Position der außerschulischen Bildungsarbeit und die Zusammenarbeit mit Schulen. Nonformale Bildung erhielt durch den elften Jugendbericht der Bundesregierung eine erhebliche Aufwertung.

Unter dem Stichwort „bessere Bildungschancen auch für benachteiligte junge Menschen“ entwickelten sich verschiedene Konzepte der Jugendarbeit, die von örtlicher Kooperation mit Schulen bis hin zu umfassender kommunaler Bildungsplanung reichen. Durch Realisierung der flächendeckenden Schulsozialarbeit waren gleichzeitig „Ankerplätze“ für die Kooperation geschaffen worden.

Auch in der Jugendarbeit wird die Frage nach Zielen und Wirkungen diskutiert; neue methodische und insbesondere beteiligungsorientierte Konzepte sollen zu mehr Mitbestimmung und zur Förderung der Eigenverantwortung junger Menschen beitragen.

Jenseits unterschiedlicher fachlicher Konzepte lassen sich drei Kategorien von Motiven junger Menschen zur Teilnahme an den Aktivitäten der Jugendförderung und des Jugendbildungswerkes bilden:

- Neue Erfahrungen außerhalb des bisher schützenden Rahmens von Familie sammeln (Förderung der eigenen Entwicklung / Verselbständigung),
- mit anderen Jugendlichen etwas gemeinsam unternehmen, u.a. auch Begegnungen auf internationaler Ebene (Gemeinschaftserlebnisse/soziales Lernen) und
- Entwicklung und Erprobung sozialer Kompetenzen durch Teilnahme an Juleica<sup>1</sup>-Ausbildung und anschließendem ehrenamtlichen Engagement in der Kinder- und Jugendbetreuung (Entwicklung einer gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit).

Folgende Betrachtungen beschränken sich auf das Angebot der Jugendförderung / -bildung des Landkreises Kassel, da sich nur dieses zurzeit auf der Grundlage von Daten über Teilnehmende erschließt.

Zwei Ausgangsfragestellungen stehen im Mittelpunkt:

- Woher kommen die Teilnehmenden? (*Geographische* Aspekte der Teilnahmechancen)
- Wie hoch ist der Anteil Jugendlicher mit anderen Bezügen zum Fachbereich Jugend? (*Soziale* Aspekte der Teilhabechancen).

Einbezogen sind alle Freizeit- und Bildungsangebote der Jugendförderung und des Jugendbildungswerkes inkl. Schulung von Ehrenamtlichen. Gezählt wurden nur Teilnehmende bis 27 Jahre mit Adresse im Landkreis Kassel.

---

<sup>1</sup> Juleica = Jugendgruppenleitercard



### Jugendförderung / Jugendbildung 2013 Teilnehmende pro 100 junge Menschen zwischen 7 und 27 Jahren

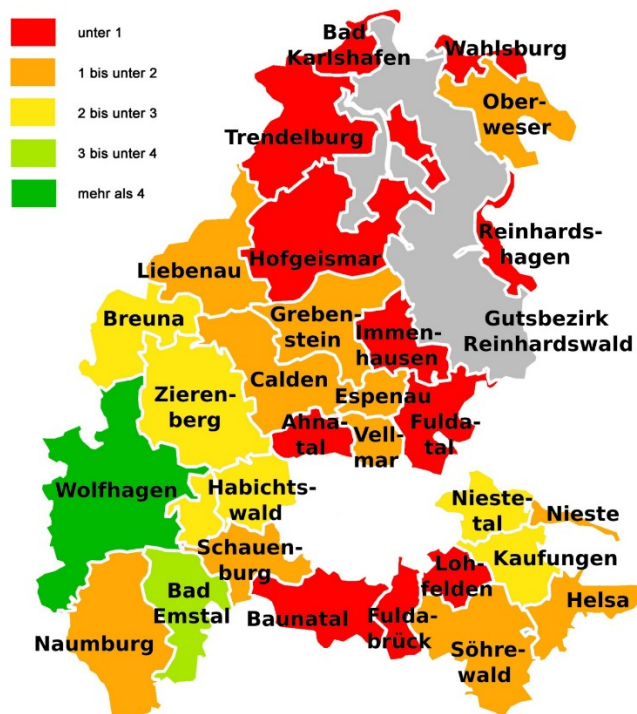


Abb. 2-1: Teilnehmende an Jugendförderung / Jugendbildung 2013  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Die unterschiedliche Inanspruchnahme der Angebote der Jugendförderung /Jugendbildung hat verschiedene Ursachen, die im Folgenden beleuchtet werden sollen:

- **Hohe** Inanspruchnahme in
  - Städten und Gemeinden mit kommunaler oder kirchlicher Jugendarbeit, die als Multiplikatoren auf das Programm des Kreises hinweisen,
  - Städten und Gemeinden mit einem hohen Anteil von Familien, die auf Grund ihrer Einkommenssituation gerne die kostengünstigen Angebote des Kreises wahrnehmen (westliches Kreisgebiet).
- **Niedrige** Inanspruchnahme in
  - Städten und Gemeinden ohne Jugendarbeit, in denen die Multiplikatorenfunktion fehlt (nördliches Kreisgebiet),
  - Städten und Gemeinden mit kommunaler oder kirchlicher Jugendarbeit, die auf Grund ihrer Größe in der Lage sind, selbst ein vielfältiges Freizeit- und Bildungsangebot bereitzustellen (Hofgeismarer Raum, südöstlicher Landkreis, Fuldata, Vellmar).

Problematisch stellt sich überwiegend die Situation an der Nordspitze dar. Das Fehlen einer kontinuierlichen Ansprechperson für kommunale Jugendarbeit hinterlässt Informationslücken über die Freizeitsituation der Jugendlichen einerseits, aber auch Informationslücken bei den Jugendlichen über Angebote des Kreises. Eine Orientierung in den ostwestfälischen / südniedersächsischen Raum (mit anderen Feriendaten) ist zu vermuten, ob dies aber den Ansprüchen der dort lebenden jungen Menschen gerecht wird, kann z. Zt. nicht belegt werden.

Besondere Brisanz erhält diese Fragestellung, wenn man soziale Aspekte der Teilnahme beleuchtet. Über

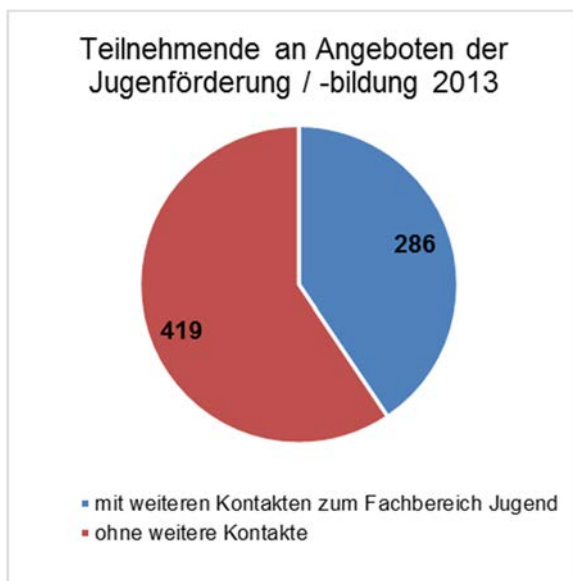


Abb. 2-2: Teilnehmende Jugendförderung /-bildung 2013  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

40 % der Teilnehmenden erhielt oder erhält in anderen Fachdiensten des Fachbereichs Jugend Leistungen. Dabei handelt es sich bei gut der Hälfte um solche Leistungen, bei denen eine finanzielle Notsituation vorausging, wie Erstattung von Kindergartengebühren, Unterhaltsvorschuss oder Beistandschaften zur Unterhaltsleistung.

Die andere Hälfte des Leistungsbezugs deutet auf erhöhten erzieherischen Bedarf hin. Auch hatte ein beachtlicher Anteil Kontakt zur Jugendgerichtshilfe. Damit werden Jugendförderung und Jugendbildungswerk dem Anspruch gerecht, auch benachteiligte junge Menschen in ihr Angebot einzubeziehen. Besonders erfreulich ist dieses Ergebnis für die Jugendbildung, bei der man eher vermuten würde, junge Menschen aus der bildungsnahen Mittelschicht zu bedienen.

Offenbar wird nun, dass es gelingt, sowohl durch inhaltliche Programmgestaltung als auch durch die gewählten

Formen der Öffentlichkeitsarbeit und Multiplikation junge Menschen aus allen sozialen Schichten zu erreichen. Andere Fachdienste des Fachbereichs Jugend weisen offensichtlich erfolgreich auf das Angebot der Jugendförderung und des Jugendbildungswerkes als Ergänzung ihrer Hilfen für junge Menschen hin.

Zudem unterstützt die Jugendförderung die Beantragung von Mitteln aus dem Bildungs- und Teilhabepaket zur Finanzierung von Eigenbeiträgen für Freizeit- und Bildungsangebote durch Information und Beratung im Einzelfall.

An Dynamik gewonnen hat das Partizipationsmodell der Kreisjugendförderung im Zusammenwirken von Kreisverwaltung/-politik und Kreisschülerrat als demokratisch gewählter Jugendrepräsentanz im Kreis. Junge Nicht-Wahlbürger/innen erhalten erstmals die Möglichkeit, auf die Politik des Kreistages und seiner sich mit Jugendfragen beschäftigenden Ausschüsse / Kommissionen direkt und zeitnah Einfluss zu nehmen.

Interessen und Perspektiven junger Menschen werden aktuell im Unterarbeitskreis „Junge Menschen im ländlichen Raum“ (s. Kap.1.7.1.5) als Chance einer positiven Perspektive für den Landkreis und seine Kommunen begriffen und bereichern die Demografiedebatte. Schaffung und Erhalt von Grundlagen für Bleibe- oder Rückkehrstrategien von jungen Menschen, die meist durch die gefundene emotionale Verankerung in ihren Heimatorten geprägt werden, stehen dabei im Mittelpunkt einer partizipativ ausgerichteten kommunalen Jugendarbeit.

### 2.3 Bildungsbeteiligung junger Menschen

Kein anderer Lebensbereich ist für Kinder und Jugendliche zwischen dem 7. und mindestens 16. Lebensjahr - sowohl thematisch wie auch zeitlich - so alltagsbestimmend wie die Schule.

Dementsprechend befasst sich Berichterstattung über die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen sinnvollerweise auch mit den aktuellen Themen der Bildungsberichterstattung, die seit der Diskussion der PISA-Studie nun schon auf eine längere Forschungsgeschichte zurückblicken kann.

Eine der aktuellsten Veröffentlichungen, der „**Chancenspiegel 2014**“ (Bertelsmann Stiftung, Institut für Schulentwicklungsforschung der Technischen Universität Dortmund, Institut für Erziehungswissenschaft



der Friedrich-Schiller-Universität Jena (Hrsg.)) ermuntert auf Grund ihrer kleinräumigen Analysen zu einer genaueren Betrachtung von Bildungsbeteiligung - oder wie es die Autoren nennen - Bildungsgerechtigkeit. Dazu werden vier Gerechtigkeitsdimensionen in den Blick genommen: »Integrationskraft«, »Durchlässigkeit«, »Kompetenzförderung« und »Zertifikatsvergabe«.

Zugleich schärft dieser Bericht den Blick für die für den Landkreis Kassel bedeutsame Diskrepanz zwischen bisher gängiger schulstandortbezogener Statistik und Statistikverfahren, in denen die Daten auf den Wohnort der Schüler/innen bezogen sind, indem er dem Schüler-Pendler-Verhalten ein ganzes Kapitel (6.2) widmet.

### 2.3.1 Das Integrationspotenzial der Schullandschaft im Landkreis Kassel

Der Chancenspiegel operationalisiert dieses Handlungsfeld in die Untersuchungsbereiche inklusive/exklusive Beschulung von Kindern mit besonderem Förderbedarf und ganztägige Beschulung mit dem Schwerpunkt „gebundene“ Ganztagschule<sup>2</sup>.

Die Bewertung des Integrationspotenzials für Schulen des Landkreises Kassel (LKKS) wird anhand des zur Verfügung stehenden Materials des Statistischen Landesamtes Hessen vorgenommen, da diese regionalisierten Daten nicht Schwerpunkt im Chancenspiegel waren.

	<b>Schüler/innen an privaten und öffentlichen Schulen im Schuljahr 2013/14</b>	<b>Landkreis Kassel</b>	<b>Hessen (zum Vergleich)</b>
<b>Förderquote</b>	Schüler/innen der Klassen 1 bis 10 mit besonderem Förderbedarf (N= 859 im LKKS) an allen Schülerinnen und Schülern im allgemeinbildenden Schulsystem	4,4 %	5,5 %
<b>Inklusionsanteil</b>	Schüler/innen der Jahrgangsstufen 1 bis 10 mit besonderem Förderbedarf in den <u>Regelschulen</u> (N=135 im LKKS) an allen Schülerinnen und Schülern mit besonderem Förderbedarf	15,7 %	21,5 %
<b>Exklusionsquote</b>	Anteil der Schüler/innen der Jahrgangsstufen 1 bis 10 mit besonderem Förderbedarf, die gesondert in Förderschulen unterrichtet werden (N=724 im LKKS), an allen Schülerinnen und Schülern	3,7 %	4,3 %

Abb. 2-3: Schüler/innen an privaten und öffentlichen Schulen  
Quelle: Bertelsmann Stiftung et al.

Die relativ niedrige Förderquote im Landkreis Kassel korrespondiert mit dem hier verorteten Förderschulangebot, wobei ein nicht unerheblicher Anteil von Kindern mit besonderem Förderbedarf an Förderschulen in der Stadt Kassel oder in benachbarten Landkreisen unterrichtet wird. Inklusiver Unterricht an Regelschulen würde es mehr Kindern mit besonderem Förderbedarf ermöglichen, wohnortnah d.h. im Landkreis Kassel zur Schule zu gehen. Im Hinblick auf in der UN-Behindertenrechtskonvention formulierte Ziele gibt es also für inklusionsberechtigte Kinder im Landkreis Kassel deutlichen Nachholbedarf. Die unter Kap. 2.3.5 dieses Sozialatlases beschriebene Entwicklung des schulischen Inklusionsangebotes für Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Landkreis Kassel sollte also konsequent fortgeführt werden.

Auch beim Angebot ganztägiger Beschulung, die laut Bildungsexperten nur in der verpflichtenden „gebundenen“ Form mehr zum Ausgleich sozialer Benachteiligung beitragen kann, besteht im Landkreis Kassel „Luft nach oben“.

<sup>2</sup> Die gebundene Form der Ganztagschule unterscheidet sich von der offenen Ganztagschule durch den verpflichtenden Charakter des Ganztagsangebotes im Unterschied zu offenen Nachmittagsangeboten z.B. in Form von AGs.



Ein gebundenes Ganztagsangebot besteht im Landkreis Kassel nur an zwei Förderschulen. Damit stellt sich unter Aspekten von Bildungsgerechtigkeit die Frage, ob dies nicht eher die Exklusivität dieser Schulform unterstreicht, denn daraus ergeben sich zwei Gefahren:

- Kinder, die auf Grund von Mängeln bei der außerschulischen Förderung ein verbindliches Ganztagsangebot benötigen, könnten im Rahmen eines sonderpädagogischen Begutachtungsverfahrens mit dem Ziel der Teilnahme an dem Ganztagsangebot der Förderschule zugewiesen werden,
- Kinder, die auf Grund besonderen Förderbedarfs am verbindlichen Ganztagsangebot der Förderschule teilnehmen, haben aus Zeitgründen keine Chance mehr, am außerschulischen Leben in der Gemeinschaft ihres Wohnortes teilzuhaben.

In Hessen befinden sich ca. 60 % aller gebundenen Ganztagsangebote an Förderschulen (Schuljahr 2013/14). Unterhalb der gebundenen ganztägigen Beschulung existiert eine breitere Palette von offenen Ganztagsangeboten sowohl an Grundschulen wie auch an Gesamtschulen und – verstärkt seit Einführung der verkürzten Gymnasialzeit – auch an Gymnasien. Die mögliche Nicht-Inanspruchnahme dieser Ganztagsangebote kann Bildungsbenachteiligung allerdings sogar verstärken, wenn Kinder aus bildungsfernen Schichten diese freiwilligen Angebote nicht wahrnehmen.

Im Hinblick auf die Gerechtigkeitsdimension „Integrationskraft“ ist das schulische Angebot im Landkreis Kassel also in mehrfacher Hinsicht optimierbar. Umso bedeutungsvoller ist die Zielsetzung des Landkreises Kassel, das Ganztagsangebot an 10 weiteren Grundschulstandorten bis 2020 (ausgehend vom Jahr 2013) auszubauen.

### 2.3.2 Durchlässigkeit

Unter dem Begriff „Durchlässigkeit“ beschäftigt sich der Chancenspiegel 2014 vertieft auch in regionalisierter Form mit Daten zum Einwahlverhalten in weiterführende Schulen nach der Grundschule, mit dem Thema Klassenwiederholung und dem Wechsel der Schulart.

Hierbei berücksichtigt der Bericht auch besondere Stadt-/Landkreissituationen, die Einfluss nehmen auf das Einwahlverhalten insbesondere unter dem Aspekt eines optionalen hochschulzugangsberechtigenden Abschlusses. Dabei wird das breit qualifizierende Gesamtschulangebot mit in die Betrachtung gezogen.

Schuljahr 2012/13	Landkreis Kassel	Hessen (zum Vergleich)
Quotient aus den Schulen ohne Hochschulreifeoption und den Schulen mit Hochschulreifeoption	1,1 %	0,7 %
Anteil der Fünftklässler/innen, die nach der Grundschule auf eine Schulart mit Hochschulreifeoption übergangen	68,2 %	66,2 %
Anteil der Fünftklässler/innen, die nach der Grundschule auf ein Gymnasium übergangen	40,2 %	46,5 %

Tab. 2-1: Einwahlverhalten in weiterführende Schulen

Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Deutlich wird, dass im Landkreis Kassel der Mangel an flächendeckenden gymnasialen Angeboten ausgeglichen wird durch ein flächendeckendes Gesamtschulangebot mit Hochschulreifeoption, das auf eine breite Inanspruchnahme stößt. Eine Veränderung dieser Bildungslandschaft zugunsten weiterer gymnasialer Angebote ist unter demografischen Gesichtspunkten nicht ratsam; vielmehr würde dies die Fächerpalette bestehender gymnasialer Angebote durch konkurrierende Standorte bedrohen.





Eine Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes Hessen (Zahlen zu Beginn eines Schuljahres) macht die zu erwartende Entwicklung für den Landkreis Kassel in den nächsten fünf Jahren sichtbar.

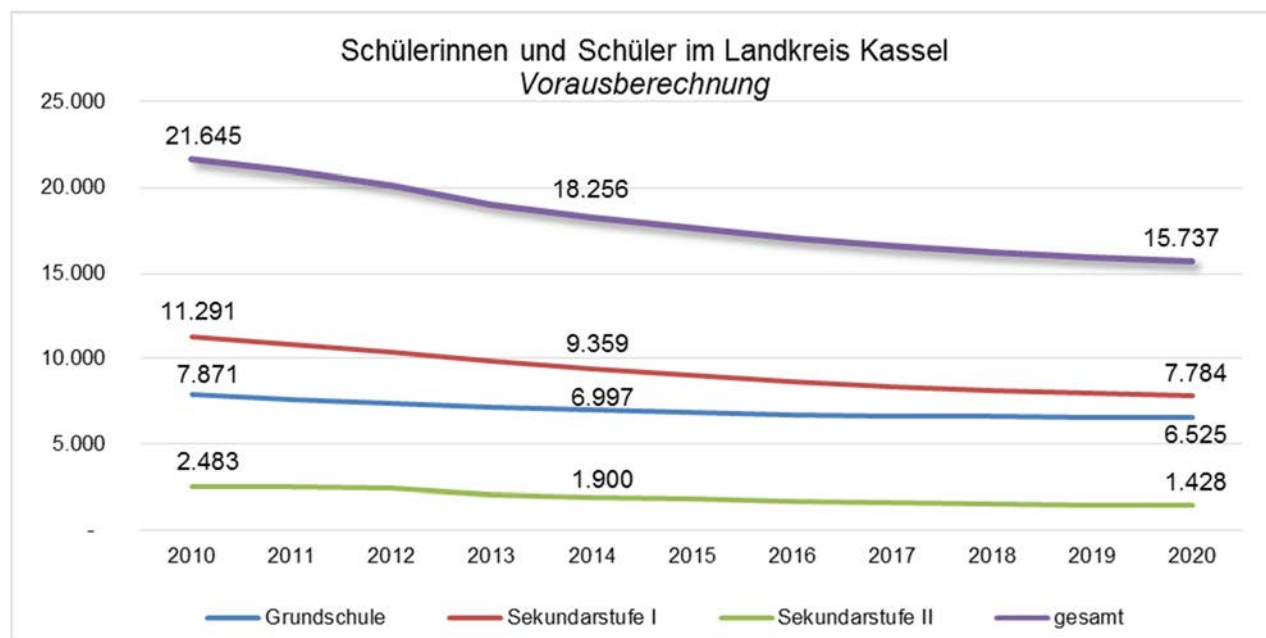


Abb. 2-4: Vorausberechnung der Schülerzahlen im Landkreis Kassel  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Zur Erläuterung der Sekundarstufen:

- Sekundarstufe I umfasst die Haupt- und Realschulen, sowie die Gesamtschul- und Gymnasialklassen bis einschließlich der 10. Klasse
- In der Sekundarstufe II sind im Wesentlichen die gymnasiale Oberstufe sowie die Beruflichen Schulen enthalten.

Die Grundschulen nehmen wohnortnah alle Kinder auf, so dass die Entwicklung der Grundschülerzahlen annähernd kreisscharf der Entwicklung der Höhe der Wohnbevölkerung im Grundschulalter folgt. Diese Zuordnung ist für die weiterführenden Schulen nicht möglich. Nach dem Besuch der Grundschule wechselt ein Teil der Schüler/innen auf weiterführende Schulen, die nicht im Landkreis Kassel liegen. Diese Pendlerbewegungen finden besonders in den Randgemeinden des Landkreises statt.

Die Betrachtung von schulartbezogenen Auf- und Abwärtswechseln in den Jahrgangstufen 7-9 gibt Auskunft über die Durchlässigkeit des Schulsystems für Wechsel nach der ursprünglich getroffenen Entscheidung für den weiterführenden Schulbesuch. Ausschlaggebend ist hier meist eine Anpassung der Schulart an das Leistungsvermögen einzelner Schüler/innen.

Der überwiegend zu einer statusniedrigeren Schule erfolgende Schulartwechsel stellt wie die Wiederholung einer Klassenstufe in vielen Fällen eine Misserfolgserfahrung für den einzelnen Schüler/innen dar.



Schuljahr 2012/13	Landkreis Kassel	Hessen (zum Vergleich)
Verhältnis von Aufwärts- zu Abwärtswechslern der Schüler/innen in den Jahrgangsstufen 7 bis 9	1:10,8	1:7,7
Anteil der Wiederholer in der Sekundarstufe I an allen Schüler/innen der Sekundarstufe I	1,7 %	3,2 %
Anteil der Schüler/innen aus Schularten ohne Hochschulreifeoption an allen Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe II	3,1 %	7,5 %

Tab. 2-2: Schulartwechsel  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Während der Anteil der Wiederholer/innen in der Sekundarstufe I erfreulich unterhalb des Landesdurchschnitts liegt, gibt im Landkreis Kassel das ungünstigere Verhältnis von Auf- zu Abwärtswechslern/ wechslern der Schulart zu denken. Die diesem Verhältnis zugrundeliegenden absoluten Zahlen von nur 4 Aufwärtswechslern/-wechslern zu 65 Abwärtswechslern/-wechslern weisen möglicherweise auf Mängel bei der individuellen Förderung einzelner Schüler/innen als Voraussetzung für einen Wechsel in eine anspruchsvollere Schulart hin. Die Zahl der Abwärtswechsler/innen dagegen bewegt sich in einer Größenordnung, die in etwa den hessischen Relationen entspricht.

### 2.3.3 Kompetenzförderung

Untersuchungen zur Entwicklung von Kompetenzen im Bereich Lesen (z.B. IGLU-Studie) oder den mathematisch-naturwissenschaftlichen Fächern (TIMMS) beschränken sich auf der räumlichen Ebene der Staatsgrenzen oder Bundesländer und lassen leider noch keine kleinräumigeren Aussagen auf Landkreisebene zu. Auch der Chancenspiegel 2014 enthält dazu keinerlei regionalisierte Daten (s. Bundesministerium für Bildung und Forschung - BMBF, 2011).

Erwähnenswert ist einzig die wiederholte Feststellung, dass der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilie bzw. familiäre Risikofaktoren erheblichen Einfluss auf den Kompetenzerwerb haben, und sich dies trotz langjähriger länderübergreifenden Bemühungen kaum verändert.

### 2.3.4 Schulabschlüsse

Wie in den vorangegangenen Auflagen des Sozialatlases werden auch diesmal die erworbenen schulischen Abschlüsse in den Blick genommen. Der Chancenspiegel benutzt hier den eher international verwendbaren Begriff „Zertifikatsvergabe“ und erläutert in aller Deutlichkeit den rechnerischen Einfluss der Gruppe der über Kreis- oder Stadtgrenzen hinweg pendelnden Schüler/innen auf die dargestellten Abschluss-

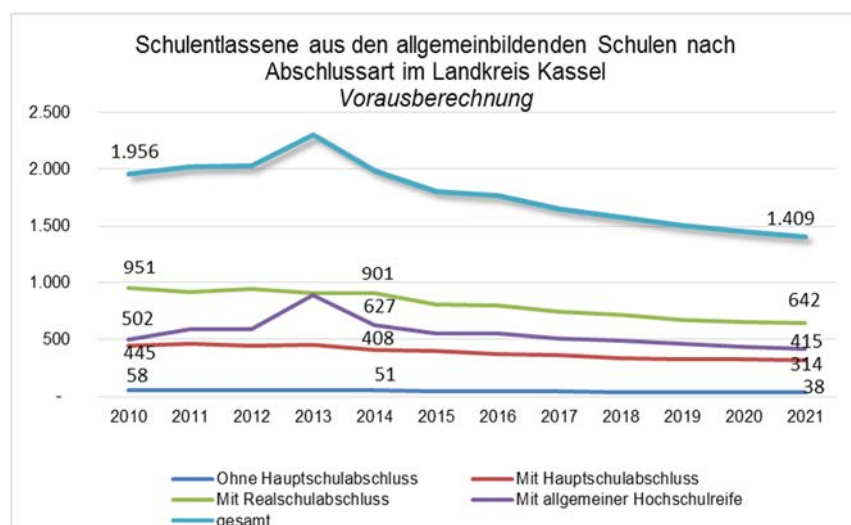


Abb. 2-5: Schulentlassene aus allgemeinbildenden Schulen  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



quoten (Zahlen zum Schuljahresende). Die Vorausberechnung der Schulentlassenen im Landkreis Kassel zeigt den sprunghaften Anstieg von Schüler/innen mit allgemeiner Hochschulreife im Jahr 2013, in dem der erste 8-jährige Gymnasialjahrgang die Schule verlassen hat. Die Zahl der Schulentlassenen verringert sich durch demografische Veränderungen.

Bei der Darstellung der Schulabschlüsse müssen grundsätzlich zwei Perspektiven unterschieden werden:

- der schulbezogene Blick, der Schulabschlüsse geographisch den kommunalen Schulträgerinnen/-trägern zuordnet (bisher gängige Sichtweise der Bildungsberichterstattung)
- der schülerbezogene Blick, der den Wohnort der Schüler/innen zum Kriterium der örtlichen Zuordnung zu Grunde legt.

Diese Unterscheidung ist für den Landkreis Kassel von großer Bedeutung, da viele junge Menschen Bildungsangebote benachbarter Städte und Landkreise (auch außerhalb Hessens) als sog. Gastschüler/innen wahrnehmen. In den bislang gängigen Statistiken werden dort erworbene Abschlüsse nicht dem Landkreis Kassel zugeordnet, so dass vor allem Abschlüsse an Förderschulen und Gymnasien bei den Ergebnissen unberücksichtigt bleiben. Abweichungen werden aus folgender Tabelle deutlich.

<b>Anteile Schulentlassjahr 2012/13</b>	<b>Schulentlassene mit Wohnort im Landkreis Kassel</b>	<b>Schulentlassene aus Schulen im Landkreis Kassel</b>	<b>Hessen (zum Vergleich)</b>
Ohne Schulabschluss / Förderschulabschluss	3,41 %	3,38 %	4,24 %
Hauptschulabschluss	13,47 %	16,25 %	15,29 %
Realschulabschluss	42,30 %	47,46 %	40,15 %
Hochschulreife/Abitur	40,83 %	32,92 %	39,69 %

Tab. 2-3: Anteil Schulentlassene 2012/13  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Da der Chancenspiegel Daten aus 2012 veröffentlicht, haben wir die aktuelleren Daten des Statistischen Landesamtes Hessen aus 2013 zu Grunde gelegt. Ein schulzentrierter Blick auf die Abschlüsse (mittlere Spalte) ist ergänzend dann sinnvoll, wenn man sich mit der Frage der Ausgestaltung des örtlichen schulischen Angebotes befasst.

Als Folge der Bildungsdiskussionen der letzten Jahre und gestiegenen Erwartungen an Bildungserfolge ist rückblickend auf die letzten fünf Jahre eine Verschiebung hin zu höherwertigen Schulabschlüssen zu verzeichnen. Ein Rückblick auf die Entwicklung von Schulabschlüssen wird hier nicht vorgenommen, da in 2013 erstmalig ein G8-Abiturjahrgang zusätzlich entlassen wurde.

Der Anteil der Schulentlassenen mit Wohnsitz im Landkreis Kassel ohne Hauptschulabschluss und der Schulentlassenen mit Förderschulabschluss liegt deutlich unter dem Landesdurchschnitt. Dagegen erreichen Schüler/innen mit Wohnort im Landkreis Kassel häufiger mittlere und höhere Bildungsabschlüsse im Vergleich zu den Landesergebnissen. Dies deutet zunächst nicht auf eine Benachteiligung durch erhöhten Pendleraufwand hin, sondern lässt vermuten, dass die schulischen Angebote mit Hochschulreifeoption im Kreisgebiet Kassel wie auch in seiner unmittelbaren Nachbarschaft durchaus erreichbar sind.

Ein Blick auf die Abschlussergebnisse aus den 29 Städten und Gemeinden unterstreicht diese Hypothese im Wesentlichen, legt aber im Hinblick auf Abweichungen bei vor allem nördlichen Randgemeinden auch die weitere regelmäßige Beobachtung nahe.

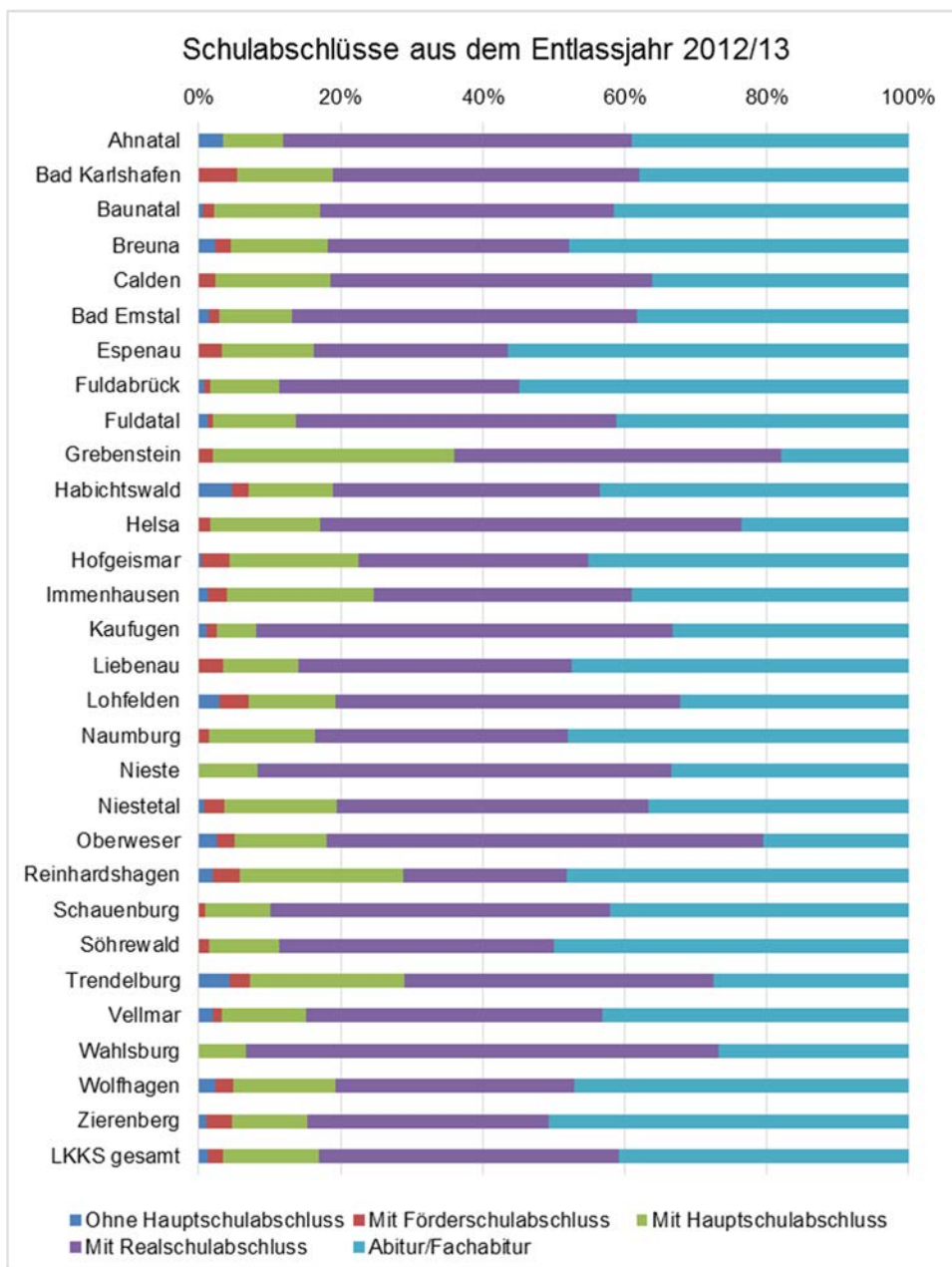


Abb. 2-6: Schulabschlüsse nach Gemeinden

Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

**Anmerkung:** An der Peripherie des Landkreises besucht eine erhebliche Zahl von Schülerinnen und Schülern Schulen die außerhalb Hessens. Deren Daten werden bei den jeweiligen Schulen per Einzelabfrage ermittelt.

Die vorausgegangene Grafik stellt die Schulabschlüsse aus den Städten und Gemeinden des Landkreises Kassel als Momentaufnahme des Schulentlassjahres 2012/13 dar. Die zum Teil erheblichen regionalen Unterschiede, die aus der Grafik der vorhergehenden Seite hervorgehen, können auf statistischen Zufällen (insbesondere bei kleinen Gemeinden) oder sozioökonomischen bedingten Unterschieden des Kompetenzerwerbs beruhen.



Sollten sich durch mehrjährige Beobachtung der Bildungserfolge auf kleinräumiger Ebene Hinweise auf Benachteiligungen durch sozioökonomisch bedingte Risiken ergeben, so könnte dies ein Anhaltspunkt für die Implementierung ergänzender ganztägiger Schulangebote in gebundener Form sein.

### 2.3.5 Schulen mit sonderpädagogischer Ausrichtung

Der Landkreis Kassel betreibt in Hofgeismar die „Käthe-Kollwitz-Schule“, eine Schule für Praktisch Bildbare. Wie die folgende Grafik zeigt, blieb die Schülerzahl in den letzten fünf Jahren auf konstantem Niveau. Anders sieht es für die drei Förderschulen im Landkreis aus. Im selben Zeitraum ging an der „Baunsbergsschule“ in Baunatal und der „Brüder-Grimm-Schule“ in Hofgeismar die Anzahl der Schüler/innen mit diagnostiziertem Förderbedarf deutlich zurück.

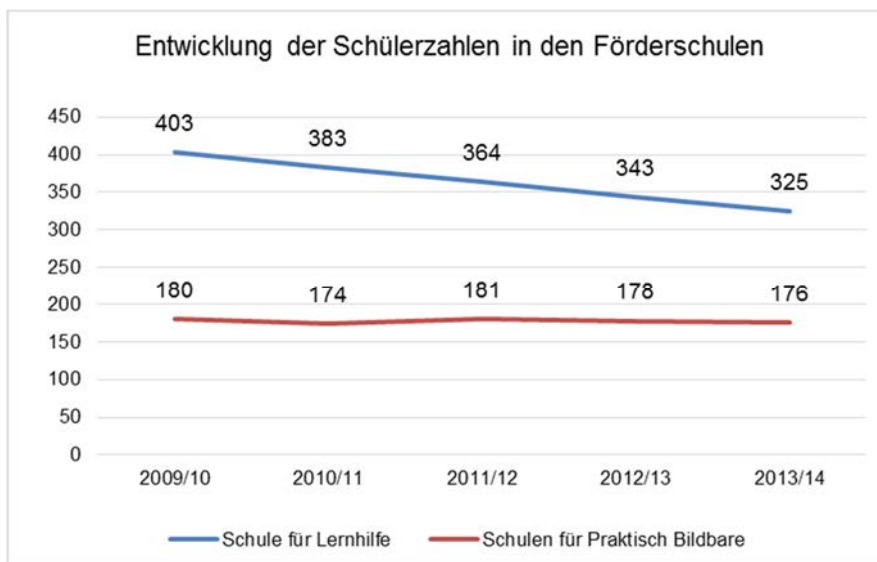


Abb. 2-7: Entwicklung der Schülerzahlen in den Förderschulen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Lediglich an der „Wilhelm-Filchner-Schule“ in Wolfhagen konnten die Zahlen der Vorjahre gehalten werden. Dieser Rückgang geht allerdings nicht mit einem Anstieg der Lernhilfes Schüler/innen an den Regelschulen im Landkreis Kassel einher. Vielmehr sank sogar zwischen Oktober 2013 und Oktober 2014 der Anteil der inklusiv beschulten Schüler/innen an den Regelschulen von 127 auf 103 Förderschüler/innen. Die Anzahl der Regelschulen, die inklusiven Unterricht im Landkreis anbieten, stieg aber im gleichen Zeitraum von 57 % auf 65 %. Von insgesamt 49 Grundschulen bieten aktuell 32 inklusiven Unterricht an. Von den drei Gymnasien ist bisher eins auf die Anforderungen inklusiven Unterrichts eingestellt. Von den 14 Gesamtschulen bieten 12 Schulen inklusiven Unterricht an. Hier stieg der Anteil von 71 % in 2013 auf 84 % in 2014. Trotzdem werden in Schulen des Landkreises Kassel insgesamt immer noch drei Viertel aller Schüler/innen mit diagnostiziertem Förderbedarf an Förderschulen unterrichtet. Zudem besucht ein erheblicher Anteil der Kinder mit diagnostiziertem Förderbedarf spezialisierte Förderschulen in der Stadt Kassel oder in Nachbarkreisen.

Ob der Rückgang an Förderschüler/innen in den Regelschulen etwa auf die Einrichtung vorschulischer Programme zurückzuführen ist und ein Teil der Kinder dadurch auch ohne diagnostizierte Lernbehinderung in Regelschulen integriert werden konnte, oder ob bereits demografische Effekte hierfür ursächlich sind, entzieht sich noch immer einer abschließenden Beurteilung.

Dass aber auch weiterhin ein hoher sonderpädagogischer Förderbedarf besteht, wird allgemein als Tatbestand konstatiert. Der Prozess der schulischen Inklusion von lern- und/oder seelisch behinderten Kindern in die jeweilige Regelschule und letztendlich die Abschaffung der „Sonderschulen“ bedingt differenzierte Unterrichtsanforderungen, auf die Schulen und Lehrpersonal umfassend vorbereitet sein müssen.

Die Diagnostik und damit die Anerkennung einer lern- oder seelischen Behinderung erfolgt bisher regelhaft vor der Aufnahme in eine Förderschule. Mit ihrer sukzessiven Auflösung darf nicht die Notwendigkeit der

vorgeschalteten Diagnostik entfallen. Grenzen zwischen Lernschwächen (z.B. milieubedingt) und Lernbehinderungen können sonst an Trennschärfe verlieren. In der Folge würde eine differenzierte Unterrichtsgestaltung erschwert. Überforderung von Schüler/innen sowie des Lehrpersonals wäre die zwangsläufige Folge.

Soweit sonderpädagogische Strukturen auch in Regelschulen implementiert sind, ist die schrittweise Inklusion behinderter Schüler/innen in Regelschulen zu begrüßen.

Die für den Aufbau eines inklusiven Bildungssystems notwendige Verlagerung von sonderpädagogischen Kompetenzen wird Untersuchungen zufolge keine zusätzlichen finanziellen Ressourcen erfordern. Bis auf den organisatorischen und planerischen Aufwand für diesen Umbau wäre eine Reform in Deutschland weitgehend kostenneutral und die Aufrechterhaltung der Bildungsqualität relativ unproblematisch möglich. Die Schwelle von Schule in das Berufsleben ist für lern- und/oder seelische behinderte Jugendliche besonders hoch. Sie können auch mit einem Hauptschulabschluss Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den Richtlinien für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß § 19 SGB III beantragen. Zur Problematik der Realisierung bzw. Gewährung dieses Anspruches s. Kap. 7.8.6.

## 2.4 Sozialarbeit in den Schulen des Landkreises Kassel

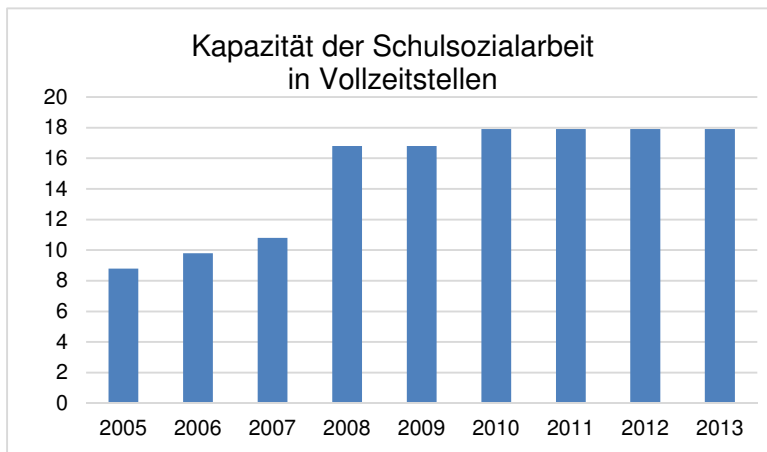


Abb. 2-8: Kapazität der Schulsozialarbeit in Vollzeitstellen  
Quelle: SiS / Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Mit Beschluss des Kreistages vom 03.05.2005 wurde zum Schuljahr 2005/2006 im Landkreis Kassel an verschiedenen Schulen Schulsozialarbeit, Kurzform SiS, eingerichtet. Sie ist mittlerweile im Landkreis Kassel an allen 14 Gesamtschulen, 8 Grundschulen, 2 beruflichen Schulen, 3 Förderschulen und einem Gymnasium etabliert. 28 Mitarbeiter/innen tragen mit Beratung, Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit dazu bei, an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Schule Rechte von Kindern und Jugendlichen zu stärken, Benachteiligungen abzubauen und positive Lebensbedingungen zu schaffen. Dieser ganzheitliche Auftrag, der aus § 13 SGB VIII hervorgeht, stellt die zentrale gesetzliche Grundlage der Jugendhilfe am Ort Schule dar.

Mit ihrer Verortung am Lernort Schule kann die Sozialarbeit in Schule zeitnah und niedrigschwellig die Chancen junger Menschen fördern und sie und ihre Familien bei der Bewältigung ihrer vielfältigen Lebenslagen oder Probleme unterstützen. Darüber hinaus trägt sie mit der Bildung regionaler Netzwerke zu einer Optimierung der Bildungs- und Entwicklungslandschaft für Kinder und Jugendliche bei. Nach den Ausbaujahren 2005-2010 hat sich die Personalkapazität in der SiS kaum verändert.

Die Sozialarbeit in Schulen erstellt jährliche Berichte, auf die hier in Auszügen Bezug genommen wird. Bei Interesse können diese Berichte beim Fachbereich Jugend des Landkreises Kassel angefordert werden.



### 2.4.1 Beratung und Begleitung von Schülerinnen und Schülern

Grundsätzlich richtet sich SiS an junge Menschen in allen Bildungsgängen. Das Angebot individueller Hilfen wird differenziert erfasst nach Beratungen begrenzt auf 3 Kontakte und Begleitungen mit 4 und mehr Kontakten.

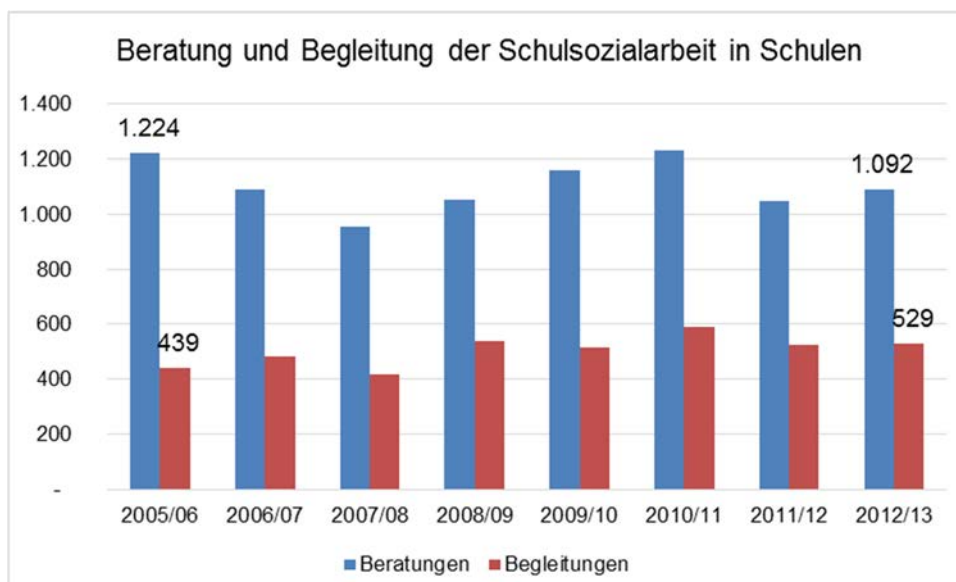


Abb. 2-9: Beratung und Begleitung der Sozialarbeit in Schulen  
Quelle: SiS / Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Seit Beginn der SiS sind die individuellen Betreuungsangebote für Schüler/innen ein nahezu unverändert stark ausgeprägtes Handlungsfeld. Dabei beobachtet die SiS die Tendenz immer frühzeitiger auftretender und komplexer werdender Problemlagen in der Entwicklung der Schülerinnen. Laut einer Erhebung in den Jahren 20012/13 bei den SiS-Fachkräften bezog sich der Unterstützungsbedarf auf folgende Lebensbereiche:

- **Schule (36 %):** Leistungsdruck, Sozial- / Arbeitsverhalten, Übergänge, Konflikte mit Lehrerinnen und Lehrern, Schulverweigerung / -versagen
- **Peergroup (Gleichaltrige) (35 %):** Mobbing, soziale Netzwerke, Beziehungsprobleme, Konflikte / Streitschlichtung
- **Familie (19 %):** Konflikte mit Eltern, Trennung, häusliche Gewalt, psychische Probleme / Erkrankung der Eltern, sexuelle Gewalt / Nötigung, Sucht der Eltern
- **Persönlichkeit (10 %):** persönliche, soziale Kompetenz, psychische Probleme / Erkrankung, Sucht, sexuelle Gewalt
- **Krisenintervention (0,2 %):** Kindeswohlgefährdung.

### 2.4.2 Die Arbeit mit den Bezugspersonen

Die enge Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen, Lehrerinnen und Lehrern und Eltern der jungen Menschen hat einen hohen Stellenwert für die SiS.

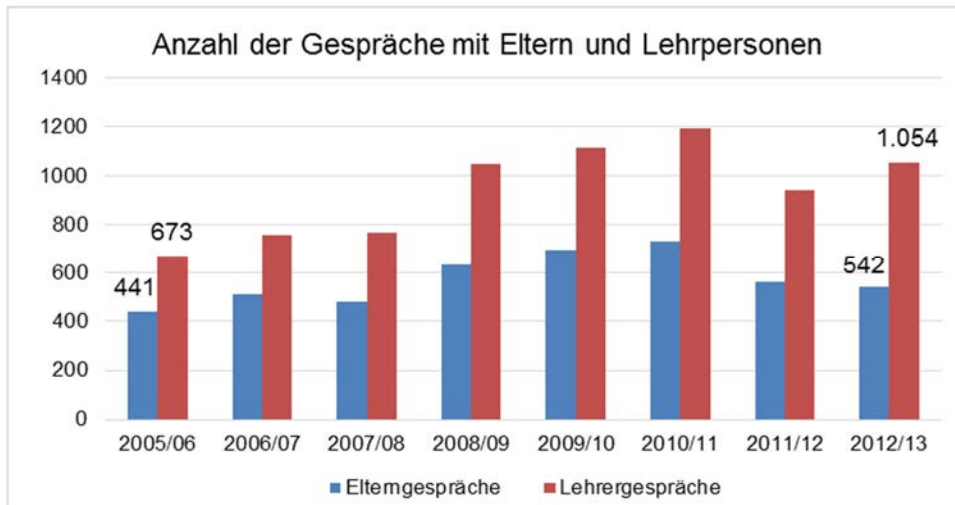


Abb. 2-10: Anzahl der Gespräche mit Eltern und Lehrpersonen  
Quelle: SiS / Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Mit der ab dem Jahr 2008/09 erreichten hohen innerschulischen Akzeptanz der SiS geht die Bedeutung von Gesprächen mit Lehrerinnen und Lehrern einher. Die geringere Häufigkeit (nicht Intensität) der Elterngespräche hängt möglicherweise mit gestiegenen Problemen und Konflikten im Themenbereich „Peer-group“ zusammen, in dem Eltern einen geringeren Zugang/Einfluss wahrnehmen.

### 2.4.3 Präventive Angebote

Am deutlichsten wird die inhaltliche Weiterentwicklung der SiS im Bereich der Angebote für Gruppen, Projekte und Veranstaltungen (s. Abb. 2-12).

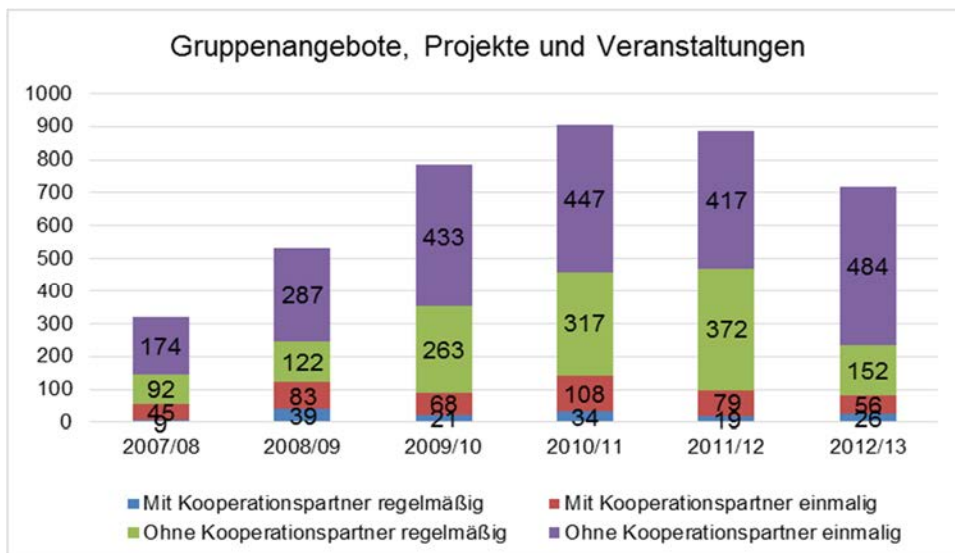


Abb. 2-11: Gruppenangebote, Projekte und Veranstaltungen  
Quelle: SiS / Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Mit einem Zuwachs von über 200 % dieser präventiven Angebote wurde 2010/11 ein wesentliches Kernelement des Rahmenkonzepts für Sozialarbeit in Schulen des Landkreises Kassel erreicht. Mit steigender Nachfrage nach individueller Unterstützung wurde das präventive Programm quantitativ zugunsten individueller Angebote leicht reduziert.





## 2.5 Allgemeine Beratung, Beratung in Trennungs-/Scheidungs-/ Partnerschafts- und Sorgerechtsfragen, Erziehungsberatung

Eltern wenden sich in allgemeinen Fragen der Erziehung, in Problemsituationen mit Schule oder Polizei, bei Trennung/Scheidung und vielen anderen Fragen an den Fachbereich Jugend des Landkreises Kassel. Beratung ist eine niedrigschwellige Form der Unterstützung von Familien zur Klärung von Konflikten, Stärkung der Selbsthilfepotenziale oder Erschließung neuer Ressourcen. Damit hat Beratung präventiven Charakter und eine besondere Bedeutung für eine lebensweltorientierte Jugendhilfe. In Einzelfällen können Beratungsprozesse über einen begrenzten Zeitraum sehr aufwändig sein, insbesondere bei strittigen Sorgerechtsregelungen in Fällen von Trennung/Scheidung. Häufig erreichen Beratungsanliegen den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD), der durch seine dezentralisierte Struktur aufsuchende Formen (Hausbesuche) der Beratung anbietet (1.639 Fälle im Jahr 2013). Intensivere Beratungsprozesse werden in der Regel durch die Erziehungsberatungsstelle des Landkreises in Form institutioneller Beratung durchgeführt (358 Fälle im Jahr 2013). Diese Beratung nach § 28 SGB VIII gehört in der Systematik des SGB VIII zwar zu den Hilfen zur Erziehung, soll aber ihrem Beratungscharakter entsprechend mit den anderen Beratungsarten dargestellt werden. Da die hier genannten Beratungsleistungen überwiegend mit der Volljährigkeit der jungen Menschen enden, wurden die Fälle auf die Gruppe der Unter-18-Jährigen prozentuiert. Im Jahr 2013 entfielen rein rechnerisch durchschnittlich 5,5 Beratungsfälle auf 100 junge Menschen unter 18 Jahren im Landkreis Kassel. Tatsächlich waren aber in den Beratungsfällen (insbesondere bei Trennungs-/Scheidungs- und Sorgerechtsfällen) häufig auch Geschwisterkinder betroffen, so dass dieser Wert deutlich zu gering angesetzt ist.

**Prozentualer Anteil der Beratungsleistungen 2013 pro unter-18-jährigen Einwohnerinnen und Einwohnern**



Abb. 2-12: Prozentualer Anteil der Beratungsleistungen 2013 pro Unter-18-Jährigen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend



Die örtliche Verteilung der Beratungsleistungen des Allgemeinen Sozialen Dienstes und der Erziehungsberatungsstelle zeigt eine hohe Inanspruchnahme auch in entlegeneren Kreisteilen. Ein Schwerpunkt der fachlichen Entwicklung im Bereich der Beratungsangebote lag in den letzten Jahren auf der Stärkung der Erziehungskompetenz in den Familien.

## 2.6 Hilfen zur Erziehung, Hilfen für junge Volljährige, Eingliederungshilfen

Das SGB VIII sieht in seinem 4. Abschnitt 3 Kategorien von Hilfen vor. In § 27 SGB VIII ist der Anspruch der Personensorgeberechtigten auf Hilfe zur Erziehung eines Kindes oder Jugendlichen (minderjährig) festgelegt. Die in dieser Vorschrift festgelegten Bedingungen, dass

*„...eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“,*

ist unabdingbare Voraussetzung der Hilfe und wird in einem eingehenden Beratungs- und Hilfeplanungsprozess ergründet. § 35 a SGB VIII formuliert den Anspruch eines seelisch behinderten oder von seelischer Behinderung bedrohten Kindes oder Jugendlichen auf Eingliederungshilfe. § 41 SGB VIII regelt die Gewährung von Hilfen für junge Volljährige (18 bis unter 21 Jahren), die zur Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung erforderlich sind. Die Ausgestaltung der Hilfen erfolgt in voll- oder teilstationärer Form, in Pflegefamilien oder ambulant. Sie können als Einzelhilfe, Familienhilfe oder in Gruppenangeboten erfolgen.

### Erläuterung der Hilfekategorien

Kategorie	Art der Hilfe	Besonderheit
<b>Ambulante Hilfen</b>  <b>Ambulante Eingliederungshilfen</b> (außer Sozialpädagogische Familienhilfe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante Krisenintervention</li> <li>• Soziale Gruppenarbeit</li> <li>• Erziehungsbeistandschaft, Betreuungshelfer/in</li> <li>• Sozialpädagogische Familienhilfe</li> <li>• Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung</li> </ul>	Aufsuchende Einzelbetreuung Gruppenbetreuung am Einrichtungsort Aufsuchende Einzelbetreuung  Aufsuchende Familienbetreuung Aufsuchende Einzelbetreuung
<b>Teilstationäre Hilfen</b>  <b>Teilstationäre Eingliederungshilfen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erziehung in Tagesgruppen oder in Tagespflege</li> </ul>	Erziehung außerhalb der Herkunftsfamilie für einen Teil des Tages, meist wernachmittags, regelmäßige Übernachtung und Wochenenden in der Herkunftsfamilie
<b>Stationäre Hilfen</b> <b>Stationäre Eingliederungshilfen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vollzeitpflege</li> <li>• Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform</li> </ul>	Erziehung außerhalb der Herkunftsfamilie über Tag und Nacht, je nach Absprache Besuch in der Herkunftsfamilie

Tab. 2-4: Hilfekategorien

Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Die im Folgenden dargestellten Daten basieren auf den im interkommunalen Vergleichsring „Jugendhilfe hessische Landkreise“ untersuchten Hilfen zur Erziehung (HzE: Leistungen nach §§ 27, 35 a und 41 SGB VIII).

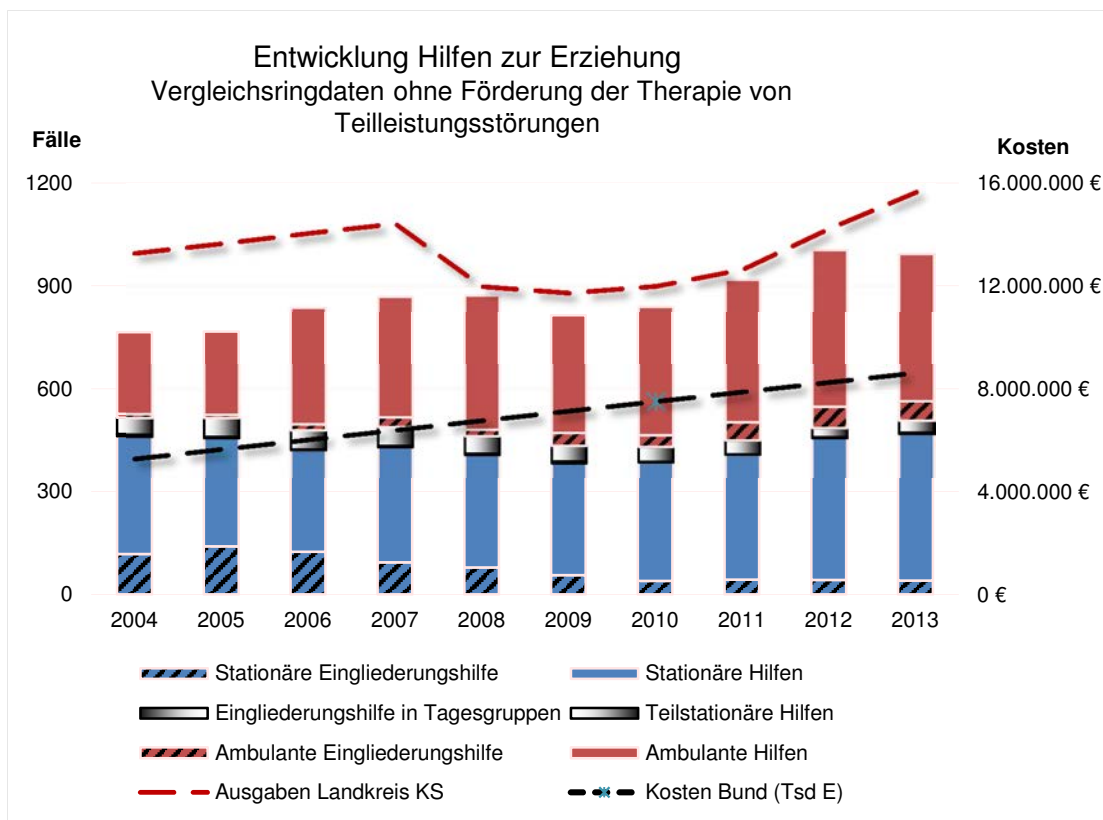


Abb. 2-13: Entwicklung der Hilfen zur Erziehung  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Für die hier betrachteten Hilfen nach dem SGB VIII gab der Landkreis Kassel im Jahr 2013 insgesamt 15,65 Mio. € aus (Zahlungen an Leistungsanbieter/innen).

Damit entfielen 2013 durchschnittlich rund 359 € auf jeden jungen Menschen unter 21 Jahren im Landkreis Kassel. Vergleichswerte sind nur aus dem Jahr 2012 verfügbar: für Hessen 514 €; Bundesgebiet 470 € pro Unter-21-Jährigen.

Erkennbar ist ein deutlicher Rückgang der stationären Eingliederungshilfen bis 2010, denen bei gleichwohl festgestelltem Hilfebedarf durch andere stationäre oder ambulante Hilfen begegnet wurde. Ab 2010 unterliegt die Hilfebedarfsentwicklung ähnlichen Dynamiken wie im Bundestrend. Erkennbar ist dies vor allem bei einem Parallelvergleich der Kostensteigerungsraten (Linien).

Aus dem Monitor Hilfen zur Erziehung der Universität Dortmund geht hervor, dass die Inanspruchnahme dieser Hilfen im Landkreis Kassel 2011 deutlich unterhalb des Bundesdurchschnitts lag (<http://www.akjst-tat.uni-dortmund.de/fileadmin/Analysen/HzE/HzE%2021.05.2014%20-%20Druckfassung.pdf>).

Selbst der gestiegene Wert von 2013 mit 244 Hilfen zur Erziehung pro 10.000 jungen Menschen unter 21 Jahren im Landkreis Kassel bleibt noch hinter dem bundesweiten Mittel von 257 Fällen pro 10.000 jungen Menschen zurück. Aus dem Monitor geht ebenfalls hervor, dass vor allem beim nach wie vor verfolgten Ausbau ambulanter Hilfen im Landkreis Kassel noch vergleichsweise „Luft nach oben“ besteht.

Obwohl zwischen 2005 und 2013 die Zahl junger Menschen unter 21 Jahren im Landkreis Kassel um 15,8 % zurückging, nahm die Zahl der Jugendhilfefälle (außer Therapieförderungen) in diesem Zeitraum um fast 29,7 % zu. Dies entspricht zwei bundesweit beobachteten Megatrends:



- Einerseits verringern sich Ressourcen der Erziehungskompetenz in der Gesellschaft durch Auflösung traditioneller Familienstrukturen und Verlust des gesellschaftlichen Zusammenhalts.
- Zum anderen verschieben sich in allen Institutionen, die mit der Sozialisation von Kindern und Jugendlichen beschäftigt sind, die Maßstäbe für tolerierbares Verhalten, akzeptiertes Leistungsvermögen und Gefahren für das Kindeswohl.

Diese Trends drängen die Jugendhilfe sowohl früher als auch häufiger in die Rolle der professionellen Moderation in familiären Konfliktsituationen, wie auch in die Übernahme von Verantwortung im staatlichen Wächteramt.

Der entstehende Mehrbedarf an erzieherischer Unterstützung in Familien konnte im Landkreis Kassel vorübergehend durch Ausbau ambulanter Hilfen bis 2009 vorübergehend ressourcenschonend aufgefangen werden.

Zunehmend fehlen jedoch in Familien erforderliche Basiskompetenzen als notwendige Bedingung für eine ambulante Hilfe. Als Indiz dafür kann die Verdoppelung der Anzahl von Unterbringungen Unter-10-Jähriger in Heimen zwischen 2009 (25 Hilfen in Heimen) und 2013 (50 Hilfen in Heimen) betrachtet werden, einer eher klassischen Zielgruppe ambulanter Hilfen.

Auffallend hoch sind in dieser Gruppe von Familien eine hohe Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen (73 %), die Alleinerziehendenproblematik (57 %) und eine Häufung von Sorgerechtsentzügen (42 %). Nicht selten reagieren Kinder bereits kurz nach dem zehnten Lebensjahr mit komplexen Verhaltensstörungen auf zuvor erfahrene Versorgungs- und Erziehungsmängel und bedürfen zusätzlicher intensiverer pädagogischer oder therapeutischer Hilfen.

Die seit einigen Jahren übliche Vermittlung Unter-10-Jähriger in Pflegefamilien stößt bei der beschriebenen quantitativen wie auch qualitativen Bedarfssituation schon länger an Kapazitäts- und Belastungsgrenzen, gelingt jedoch erfreulicherweise nach wie vor häufig. Dazu trägt die permanente Suche und Werbung neuer Pflegefamilien durch eine gemeinsam mit der Stadt Kassel betriebene Fachstelle bei.

Ein besonderer Entwicklungsschwerpunkt des Fachbereichs Jugend des Landkreises Kassel ist die Versorgung von unbegleiteten jungen Flüchtlingen. Mit der rasant gestiegenen Einreisezahl aus neuen Krisenherden im nahen und mittleren Osten hat sich auch die Zahl der ohne Eltern einreisenden Jugendlichen erhöht und wird laut Bundesamt für Migration und Flüchtlinge auch in 2015 und darüber hinaus weiter steigen. Während in 2012 noch 24 minderjährige Flüchtlinge betreut wurden stieg die Zahl in 2013 auf 31 und in 2014 bereits auf über 60.

Dabei stehen die Chancen dieser jungen Menschen, sich in ihre neue Umgebung mit Hilfe der angebotenen Bildungsprogramme zu integrieren, gar nicht schlecht, verzögern sich jedoch auf Grund der großen Zahl von Mitbewerberinnen/-bewerbern (erwachsene Asylsuchende und steigende Studierendenzahlen) am Wohnungsmarkt. So stehen Neuzugänge und auslaufenden Betreuungen in einem sehr ungünstigen Verhältnis zueinander (s. auch Kap. 8).



**Prozentualer Anteil der HzE-Fälle 2013 pro unter-21-jährigen Einwohner/innen**

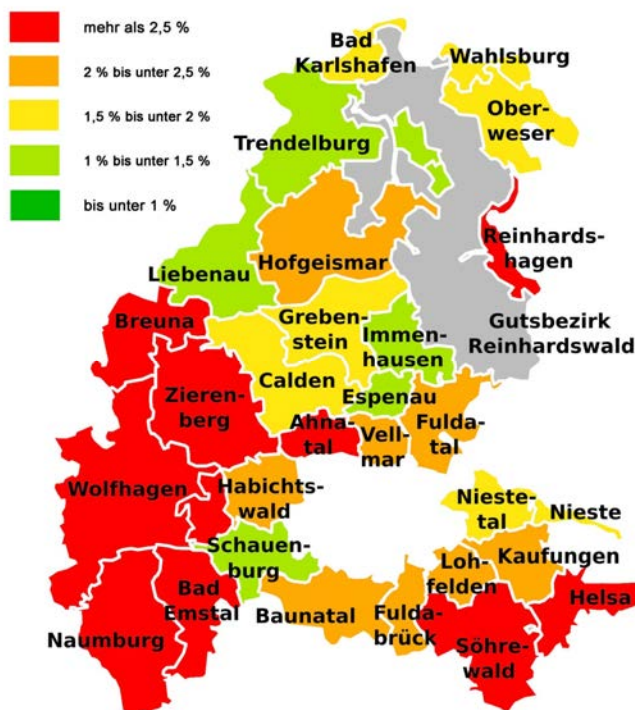


Abb. 2-14: Prozentualer Anteil der Hilfen zur Erziehung 2013 pro unter-21-jährigen Einwohner/innen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

In der örtlichen Verteilung der Hilfen zeigt sich ein hoher Bedarf an erzieherischen Hilfen im westlichen und südlichen Kreisgebiet.

**2.7 Häusliche Gewalt**

Häusliche Gewalt wird als Gewalt in Paarbeziehungen, die in einer häuslichen Gemeinschaft leben, bezeichnet. Die Erscheinungsformen sind dabei vielfältig und reichen von **körperlichen** (Schlagen, Stoßen, Würgen, mit Gegenständen werfen, andere tätlich Angriffe), **sexuellen** (Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, Zwang zu sexuellen Handlungen) bis hin zu **psychischen** (Drohungen, Nötigung, Nachstellen/Stalking) Übergriffen. Die Studie "Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen", die in 2009 veröffentlicht wurde, belegt, dass keineswegs nur Frauen in sozialen Brennpunkten von ihrem männlichen Partner Opfer von Gewalt werden, sondern auch Frauen in mittleren und hohen Bildungs- und Sozialschichten. Ein besonders hohes Risiko besteht für Frauen in Trennungsphasen (s. Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend - BMFSFJ, 2005).

Laut einer 2005 veröffentlichten Studie des BMFSFJ „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ haben rund 25 % der Frauen im Alter von 16 bis 85 Jahren Gewalt in einer Beziehung erlebt. Differenziert nach der Schwere der Gewalt haben zwei Drittel der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen schwere bis sehr schwere körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlitten, ein Drittel leichte bis mäßig schwere körperliche Gewalt. Nahezu 70 % der Frauen, die von schweren körperlichen, psychischen und sexuellen Misshandlungen betroffen sind, beziehen ein eigenes Einkommen, gut ein Drittel verfügen sogar über mittlere bis hohe Einkommen. Mehr als 60 % der betroffenen Frauen haben zudem einen



mittleren oder hohen Schulabschluss und üben einen qualifizierten Beruf aus. 38 % der misshandelten Frauen verfügen über die höchsten Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse (Abitur/Fachabitur oder Fach-/Hochschulabschluss oder Meister-/Fachschulabschluss).

Ganz ähnlich sind die Ergebnisse auf Seiten der Täter. Nur drei 3 % der Männer, die ihre Frau schwer misshandeln, haben weder einen Schul- noch Ausbildungsabschluss. 52 % der Täter verfügen über niedrige und mittlere Abschlüsse und 37 % über die höchsten Bildungs- und Ausbildungsgrade. Männer, die in ihrer aktuellen Beziehung schwere körperliche, sexuelle und psychische Gewalt ausüben, sind zudem mehrheitlich berufstätig und nicht von Sozialleistungen abhängig. Rund zwei Drittel leben mit ihrer Partnerin in Haushalten mit mittlerem oder gehobenem Einkommen. Darüber hinaus hat die große Mehrheit der Männer und Frauen in Gewaltbeziehungen keinen Migrationshintergrund. Gewalt - auch schwere Gewalt in Paarbeziehungen - ist, wie die Untersuchung zeigt, nicht ein Problem sozialer Randgruppen, sondern findet bislang weitgehend unbemerkt in der Mitte unserer Gesellschaft statt. Sowohl körperliche als auch sexuelle Gewalt wird mehrheitlich durch Täter im sozialen Nahraum begangen. So sind nur 14,5 % aller Täter sexueller Gewalt Fremde. In 90 bis 95 % der Fälle häuslicher Gewalt sind Frauen Opfer und Männer Täter. Jährlich fliehen ca. 45.000 Frauen in die örtlichen Frauenhäuser. Die Anzeigen von Vergewaltigungen und besonders schwerer sexueller Nötigung sind im Jahr 2002 gegenüber dem Vorjahr über 9 % gestiegen. Das Bundeskriminalamt schätzt: 200.000 bis 300.000 Kinder erleben jährlich sexuellen Missbrauch. Mädchen sind im Verhältnis zu Jungen dreimal häufiger betroffen. Gewalt gegen Frauen und Mädchen verursacht in Deutschland immense Kosten, die in der Regel nicht von den Tätern getragen werden, sondern von den betroffenen Frauen selbst oder von der Solidargemeinschaft aufgebracht werden müssen. Die Folgekosten von Männergewalt werden in der Bundesrepublik auf etwa 14,8 Mrd. € pro Jahr beziffert. Hierin sind die Kosten für die Justiz, Polizei aber auch ärztliche Behandlungen, der Ausfall am Arbeitsplatz usw. enthalten. (s. Deutscher Bundestag, 1999).

Von der Partnerschaftsgewalt in den Familien sind Kinder nicht nur "mitbetroffen", indem sie zusehen müssen, wie ihre Erziehungsberechtigten die Gewalt offenem austragen; sie werden auch von den Parteien instrumentalisiert bzw. vom gewalttätigen Partner ebenfalls misshandelt. Dabei leidet die Psyche der Kinder schwer und es kann später bei ihnen zu gewalttätigem Verhalten, psychischen Verhaltensstörungen oder anderen Problemen führen (s. Pfeiffer et al., 1999; Lenz, 1996).

Gewalt ist also nicht nur schädigend für die psychische und physische Entwicklung der Kinder, sondern kann auch auf die Einstellung zu Gewalt und auf eigenes gewalttätiges Verhalten Auswirkungen haben. Frauen, die in ihrer Kindheit und Jugend körperliche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern miterlebt haben, erleiden später mehr als doppelt so häufig selbst Gewalt durch (Ex-)Partner als Frauen, die nicht Zeugin von elterlicher Gewalt geworden sind. Frauen, die in Kindheit und Jugend selbst häufig oder gelegentlich Opfer von körperlicher Gewalt durch Erziehungspersonen wurden, waren dreimal so häufig wie andere Frauen später von Gewalt durch den Partner betroffen.

Mit dem am 01. Januar 2002 in Kraft getretenem "Gesetz zur Verbesserung des zivilrechtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen sowie zur Erleichterung der Überlassung der Ehewohnung bei Trennung (Gewaltschutzgesetz)" werden die zivilrechtlichen Rechtsschutzmöglichkeiten der Opfer häuslicher Gewalt deutlich gestärkt und die Täter stärker zur Verantwortung gezogen. Die Polizei hat dadurch die Möglichkeit, konsequenter gegen die Täter vorzugehen (Wohnungsverweisung/Platzverweis/Strafanzeige) und den Opfern Hilfestellung bei der Beantragung weitergehenden zivilrechtlichen Schutzes zu geben.



### 2.7.1 Fallzahlen häuslicher Gewalt

Auch heute noch wird das Thema häusliche Gewalt in unserer Gesellschaft eher verschwiegen. Daher ist die Dunkelziffer hoch. Die offiziellen Anzeigedaten der polizeilichen Kriminalstatistik zeigen, dass in ländlich geprägten Räumen weniger Gewalt zur Anzeige kommt. Dies ist jedoch kein zwingendes Indiz für ein geringeres Gewaltaufkommen auf dem Land. Die **Polizei Nordhessen** nennt folgende Zahlen:

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Land Hessen</b>	7.585	7.271	7.541	7.764	7.562	7.624	7.668
<b>Polizei Nordhessen</b>	1.106	992	1.055	1.179	1.064	1.012	940
<b>Stadt Kassel</b>	411	349	416	382	371	379	332
<b>Landkreis Kassel</b>	165	176	183	206	194	188	185

Tab. 2-5: Fallzahlen häuslicher Gewalt  
Quelle: Polizeipräsidium Nordhessen

Die Fallzahlen des **Frauenhauses** im Landkreis Kassel zeigen folgendes Bild:

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Anzahl gesamt</b>	134	67	62	97	97	76
Frauen	65	36	29	48	54	40
Kinder bis 16 Jahre	69	31	33	49	43	36
<b>Aufenthaltsdauer Frauen</b>						
bis zu 7 Tage	25	11	6	18	16	9
bis zu 1 Monat					13	7
bis zu 3 Monate	32	15	15	28	15	12
bis zu 6 Monate	3	7	6	1	6	7
bis zu 1 Jahr	1	3	2	1	2	2
über 1 Jahr	0	0	0	0	2	
<b>Herkunft</b>						
Deutsche Herkunft				25	30	12
Migration				23	24	28
<b>Anfragen zu Aufnahme</b>		77	65	102	149	140
<b>Weitervermittlung wegen Vollbelegung</b>		33	22	22	46	70

Tab. 2-6: Fallzahlen des Frauenhauses Landkreis Kassel  
Quelle: Verein Frauen helfen Frauen e.V.

Die nachfolgende Grafik veranschaulicht die Entwicklung der Fallzahlen im Frauenhaus des Landkreises Kassel.

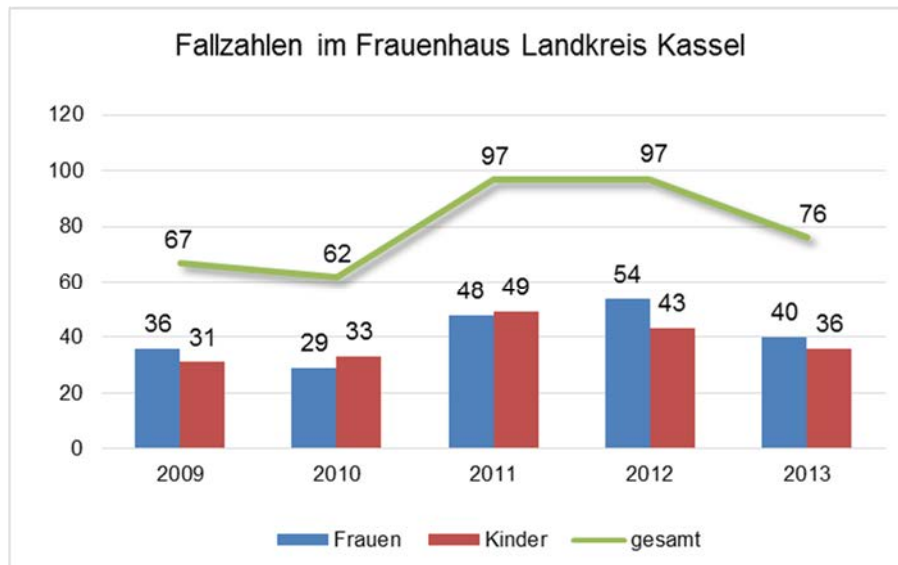


Abb. 2-15: Fallzahlen im Frauenhaus Landkreis Kassel  
Quelle: Frauenhaus Kassel

Die leicht sinkenden Zahlen im Frauenhaus des Landkreises Kassel sind kein Beleg für das Nachlassen von Vorfällen häuslicher Gewalt. Sie sind eher mit einer längeren Verweildauer der Frauen in der Einrichtung zu erklären. So stieg die Zahl der Weitervermittlungen wegen Vollbelegung von 2009 bis 2013 um mehr als das Doppelte.

01.01.2002 trat das Gewaltschutzgesetz (GewSchG) in Kraft. Es dient zur Verbesserung des zivilrechtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen sowie zur Erleichterung der Überlassung der Ehewohnung. Das Kernstück des Gewaltschutzgesetzes ist die Zuweisung der Wohnung (§ 2 GewSchG), die sog. „Wegweisung“ bzw. der „Platzverweis“. Dabei spielt es keine Rolle, ob der gewalttätige Partner Mieter oder Eigentümer der Wohnung oder des gemeinsam bewohnten Hauses ist. „Wer schlägt muss gehen - das Opfer bleibt in der Wohnung“ (§ 2 GewSchG). Dadurch besteht die Möglichkeit, dass Frauen und Kinder, die von Gewalt betroffen sind, in ihrer Wohnung bleiben.

### 2.7.2 Das Hilfesystem in der Region

Gewaltbetroffene, die Hilfe suchen, können auf ein dichtes Netz an Hilfeeinrichtungen wie Frauenhäuser, Frauenberatungsstellen, Frauennotrufe, Interventionsstellen, Kriseneinrichtungen und natürlich auf Justiz und Polizei zurückgreifen. Gerade weil es sich oftmals um wiederkehrende Gewalttaten handelt, ist eine längerfristige, qualifizierte Unterstützung sehr wichtig. Im Landkreis Kassel übernimmt dies der Verein Frauen helfen Frauen. So betreibt der Verein Frauen helfen Frauen das Frauenhaus im Landkreis Kassel mit 14 Plätzen und eine Frauenberatungsstelle und weitere Beratungsangebote an vier Standorten.

Ein weiterer Teil des Hilfesystems bei häuslicher Gewalt ist eine *Interventionsstelle*. Die Interventionsstelle „Kooperatives Gewaltinterventionsprogramm Region Kassel“ – kurz KAIP ist im Polizeipräsidium Nordhessen angesiedelt, und wird in Kooperation von verschiedenen Trägerinnen und Trägern unterstützt, darunter auch der Landkreis Kassel. Sie versucht, betroffene Frauen direkt in einer akuten Krise zu erreichen. Bei einem Polizeieinsatz oder einer Anzeigenerstattung wird eine von Gewalt betroffene Frau gleich über die Möglichkeit einer Beratung durch die Interventionsstelle informiert. Die Angebote erstrecken sich auf zeitnahe Informationen, Beratung, Begleitung und Weiterverweisung. Meistens sind Frauen und deren Kinder





Opfer, somit richtet sich die Hilfe primär an sie. Aber auch die Täter, in der Regel Männer, erhalten von der Interventionsstelle ein Gesprächsangebot.

Darüber hinaus wurde 2003 ein *Runder Tisch gegen häusliche Gewalt* im Landkreis Kassel gegründet mit dem Ziel, Opfern von häuslicher Gewalt durch fachübergreifende Kooperationen wirkungsvoll zu helfen. 2009 wurde er um die Stadt Kassel erweitert.

## 2.8 Jugendgerichtshilfe

Junge Menschen zwischen 14 und 21 Jahren werden durch die Jugendhilfe des Fachbereichs Jugend des Landkreises Kassel begleitet, wenn sie es nach Verstößen gegen Gesetze mit Strafverfolgungsbehörden und Justiz zu tun bekommen.

Die Entwicklung der von der Jugendgerichtshilfe bearbeiteten Fälle ist seit über einem Jahrzehnt etwa konstant geblieben. Sie schwankt zwischen 1.000 und 1.150 Fällen pro Jahr. Dabei handelt es sich um Fälle in folgender Bandbreite:

- **Ca. 50% Fälle**, in denen Verfahren auf Grund geringen öffentlichen Interesses (minderschwere Fälle, Ersttäter/innen) mit oder ohne Auflagen eingestellt werden oder die mit geringen Sanktionen (Diversion, Arbeitsauflagen oder Geldbußen) enden.
- **2% bis 4% Fälle**, in denen schwerwiegende Straftaten im Gewalt- und/oder Eigentumsbereich sowie mehrfach wiederholte Vergehen zu einschneidenderen Sanktionen wie Jugendstrafe (z.B. Inhaftierung in einer Jugendstrafanstalt oder Arrest) führen.
- Die verbleibenden Fälle bewegen sich in einem sehr breiten Mittelfeld des Kriminalitätsspektrums.

In Jugendgerichtsverfahren werden die soziale Situation und die Entwicklung der Persönlichkeit der Tatverdächtigen berücksichtigt. Dazu wird grundsätzlich unterschieden zwischen Jugendlichen (ab Vollendung des 14. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) und Heranwachsenden (ab Vollendung des 18. bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres).

### 2.8.1 Jugendgerichtshilfefälle aus dem Tatjahr 2011

(Genauere Zahlen für 2012/13 liegen noch nicht vor, da ein Teil der Straftaten mit längerem Ermittlungsaufwand verbunden ist, und danach erst der Jugendgerichtshilfe bekannt werden.)

	Weiblich		Männlich		Summe
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle
<b>Jugendliche</b>	181	26,8 %	495	73,2 %	
<b>Heranwachsende</b>	66	16,6 %	331	83,4 %	
<b>gesamt</b>	247	23 %	826	77 %	1.073

Abb. 2-16: Jugendgerichtshilfefälle aus dem Tatjahr 2011

Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Jugenddelinquenz ist ein **Phänomen überwiegend männlicher junger Menschen**. Bezogen auf die altersgleiche Gesamtbevölkerung begeht etwa jeder 10. männliche Jugendliche bis zur Volljährigkeit eine Straftat, die bekannt wird.

Im Alter bis 18 Jahre sind weibliche Jugendliche mit knapp 27 % häufiger an der Jugenddelinquenz als heranwachsende junge Frauen beteiligt.

Unabhängig von Alter und Geschlecht spielt sich Jugenddelinquenz größtenteils im Bagatellbereich der Deliktarten ab. Neben Ladendiebstahl sind Beförderungerschleichung, Fahren ohne Führerschein und Sachbeschädigungen zu nennen. Insgesamt verteilten sich die Deliktarten in 2011 wie folgt:

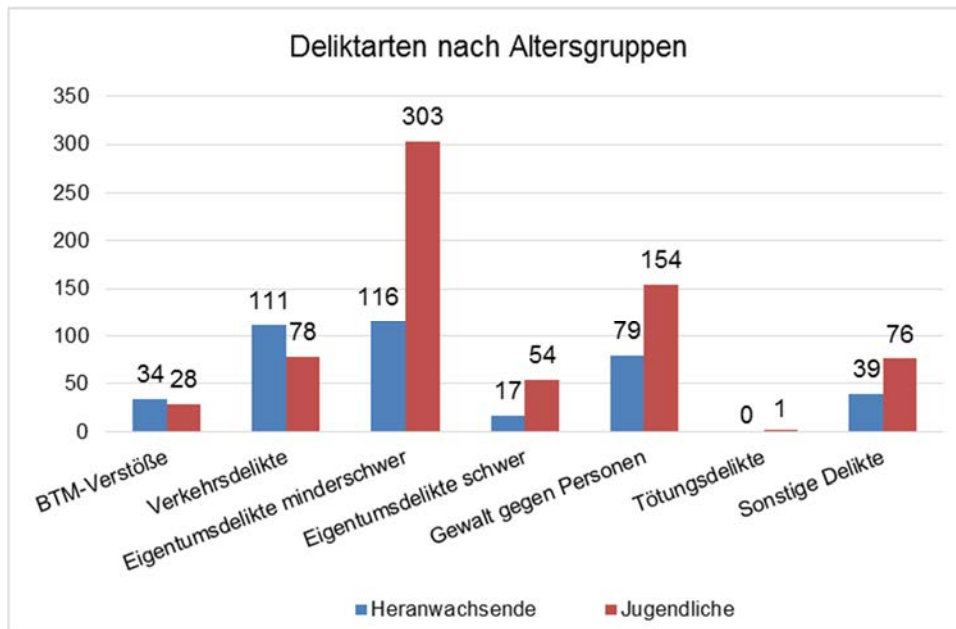


Abb. 2-17: Deliktarten nach Altersgruppen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Dabei sind Jugendliche stärker im Bereich der Eigentums- und Gewaltdelikte auffällig, Heranwachsende bilden die Hauptgruppe im Bereich der Straßenverkehrs- und Betäubungsmitteldelikte (BTM).

Bei der örtlichen Verteilung der Fälle der Jugendgerichtshilfe (JGH) im Landkreis Kassel müssen diese Erkenntnisse (insbesondere die Schwere der Tat) berücksichtigt werden.

Bei der kleinräumigen Betrachtung der JGH-Fälle auf Gemeindeebene kann es zu Interpretationsirrtümern führen, wenn allein die Fallzahl für eine Einschätzung der Jugendkriminalitätsentwicklung zu Grunde gelegt wird. Zum Verständnis der hier vorgenommenen Auswertungen ebenfalls unerlässlich ist der Zusammenhang zwischen Fallzahlenentwicklung und dem Anzeigeverhalten der Bevölkerung bzw. der Ermittlungstätigkeit der Polizei und Justiz. Die Maßstäbe, die diese Faktoren beeinflussen, können in Städten und Gemeinden – sogar je nach Ortsteilen - sehr unterschiedlich ausfallen. Entsprechend unterschiedlich stellen sich auch Dunkelziffern von Jugendkriminalität dar.

Ein weiteres Phänomen kann ebenfalls zu erheblichen Missdeutungen in der Jugendkriminalitätsdebatte führen: Betrachtet man die Fälle aus einem engen Berichtszeitraum (ein Jahr), so können sich gerade bei kleinräumigen Darstellungen der JGH-Fälle, insbesondere bei jugendtypischen Gruppdelikten, erhebliche statistische Verzerrungen ergeben. Deshalb wird hier ein Berichtszeitraum von 2011 bis 2012 betrachtet und Durchschnittswerte dieser 2 Jahre gebildet.



### JGH-Fälle im Alter 14-21 Jahre pro 100 altersgleicher Einwohner/innen durchschnittlich in den Jahren 2011-2012

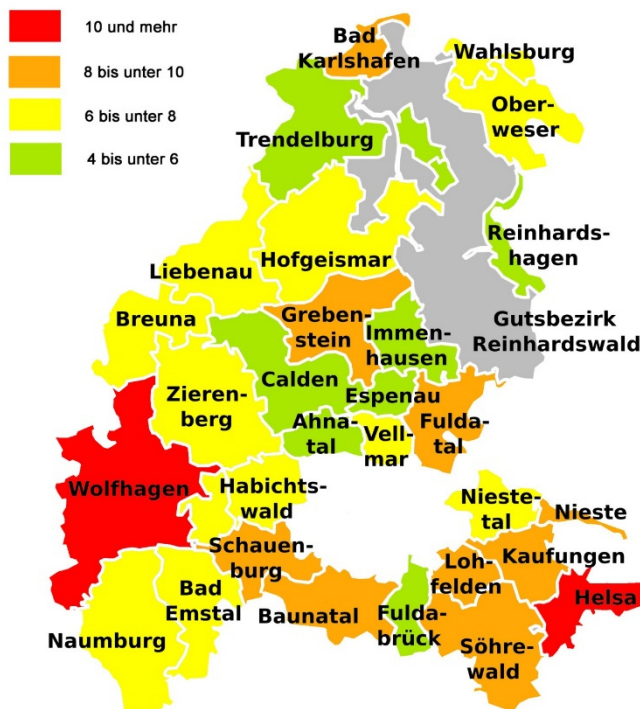


Abb. 2-18: JGH-Fälle im Alter 14-21 Jahre  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Erhöhte Werte zeigen sich fast durchgängig in den stadtnahen Gemeinden des Altkreises Kassel und in Wolfhagen. Eine Konzentration von Deliktarten zu den Sozialräumen (wie Beförderungerschleichung und Ladendiebstahl in Metropolnähe, Führerschein- oder Verkehrsdelikte im ländlichen Raum) ist für 2011/2012 nicht beobachtbar.

## 2.9 Beistandschaften, Pflegerschaften und Vormundschaften, Unterhaltsvorschuss

Allen hier dargestellten Leistungen gemeinsam ist, dass sie sich an Familien richten, die nicht dem klassischen Vater-Mutter-Kind/er-Modell entsprechen. Von daher können Untersuchungen über die Inanspruchnahme dieser Leistungen etwas über die örtliche Verteilung der Familienformen aussagen.

Die **Beistandschaft** ist eine Hilfe für jenen Elternteil, dem die „alleinige elterliche Sorge“ zusteht, oder für Alleinerziehende, in deren/dessen Obhut sich ein minderjähriges Kind befindet (§§ 1712 und 1713 Bürgerliches Gesetzbuch). Sie kann zur Vaterschaftsfeststellung und/oder Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen in Anspruch genommen werden.

Für Kinder und Jugendliche, die von ihren Eltern in wichtigen Angelegenheiten nicht angemessen vertreten werden (können), hat der Fachbereich Jugend „Anwalts“-Funktionen in der Person eines/r **Vormundes oder Pflegerin/Pflegers** wahrzunehmen. Dabei ersetzt die Vormundschaft das Recht der elterlichen Sorge umfassend, wohingegen die Pflegerschaft für Teilbereiche wie Aufenthalt, Vermögen oder Gesundheit eingesetzt werden kann, wenn Eltern oder Vormund an der Ausübung ihrer Aufgaben in diesen Bereichen gehindert sind.

Zwei Entwicklungen prägten die fachlichen Anforderungen an dieses Aufgabengebiet in den letzten Jahren:

- Mit der Aufarbeitung einiger spektakulärer Kindesmisshandlungsfälle wurden die Standards für die Betreuung der Mündel per Gesetz angehoben.
- Mit zunehmenden Einreisezahlen unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge steigt auch der Bedarf für Übernahmen der begleitenden Vormundschaften und Pflegschaften.

Die durchschnittliche Inanspruchnahme von Unterstützung in rechtlichen Belangen zur Wahrnehmung der elterlichen Sorge und Unterhaltsleistungen im Landkreis Kassel lag 2013 bei 7,8 Fällen pro 100 unter-18-jährigen Einwohnerinnen und Einwohnern.

### Beistandschaften, Pflegschaften, Vormundschaften 2013 pro 100 minderjährige Einwohner/innen

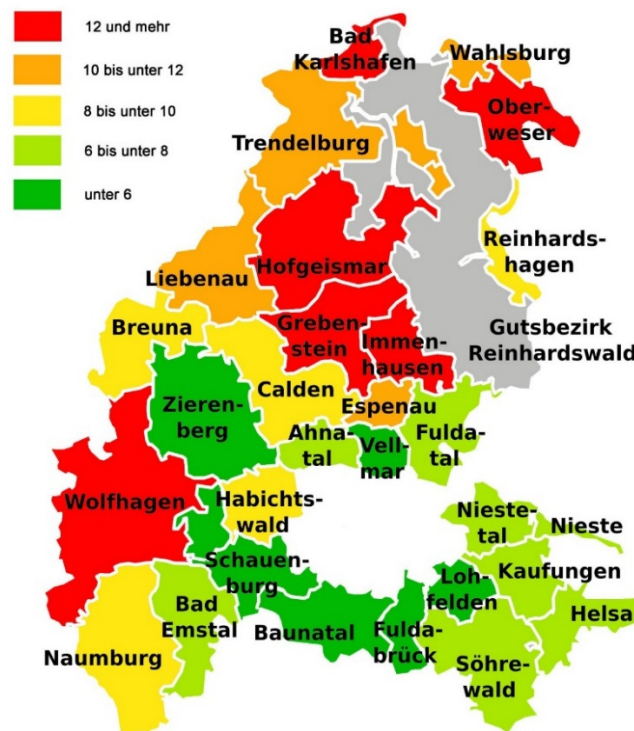


Abb. 2-19: Beistandschaften, Pflegschaften, Vormundschaften 2013  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Überdurchschnittlich hoher Bedarf scheint sich auf die Altkreise Hofgeismar und Wolfhagen zu konzentrieren. Tatsache ist jedoch, dass auch in den stadtnahen Kommunen, insbesondere Baunatal, Kaufungen, Lohfelden und Vellmar ein hoher Unterstützungsbedarf existiert. Der Fachdienst geht davon aus, dass im stadtnahen Raum häufiger die Beauftragung von Fachanwältinnen/-anwälten bei Unterhaltsangelegenheiten zu einer geringeren Inanspruchnahme dieser Jugendhilfeangebote beiträgt. Familien nach Trennung oder Scheidung sind einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt. Häufig müssen mit unverändertem Einkommen plötzlich nach Trennung zwei Wohnungen/Haushalte finanziert werden. Sinn und Zweck des **Unterhaltsvorschussgesetzes** (UVG) ist es, den Aufwand alleinerziehender Elternteile in Fällen, in denen der andere Elternteil keinen Unterhalt zahlen will oder kann, finanziell auszugleichen. Im Unterschied zu den vorher genannten Leistungen, die in der Regel bis zur Volljährigkeitsgrenze gewährt



werden können, erstrecken sich Unterhaltsvorschussleistungen auf Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres. Nur ein geringer Teil der geleisteten Unterhaltsvorschüsse wird von den unterhaltspflichtigen Elternteilen erstattet. Die verbleibenden Beträge werden anteilig von Bund, Land und Landkreis getragen.

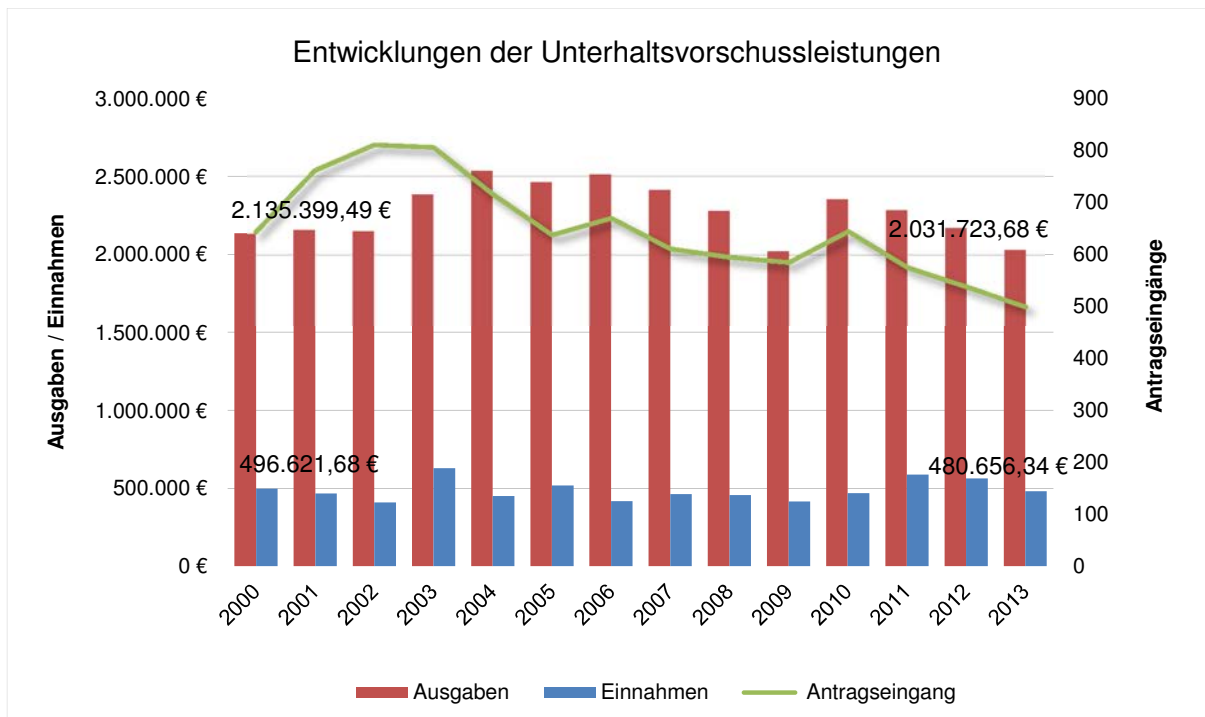


Abb. 2-20: Entwicklung der Unterhaltsvorschussleistungen  
 Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Seit 2003 ist die Nachfrage (Antragseingänge) nach Unterhaltsvorschussleistungen zurückgegangen. Die Leistungshöhe weist die rückläufige Tendenz erst seit 2006 auf. Die Ausgabentendenz folgt der konjunkturellen Entwicklung der nordhessischen Wirtschaft bzw. Arbeitsmarktsituation: Unterhaltspflichtige (meist Väter) waren ab 2007 verstärkt in der Lage, ihrer Verpflichtung nachzukommen.

Eine vom Bundesgesetzgeber beschlossene deutliche Erhöhung der Unterhaltsvorschussbeträge ab 2010 ist erkennbar. In der Regel reichen die Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz nicht aus, die Lebenshaltungskosten von Familien nach Trennung/Scheidung auszugleichen, sondern müssen durch Leistungen nach dem SGB II ergänzt werden. Dies trifft insbesondere diejenigen Familien, in denen durch das geringe Alter der Kinder alleinerziehende Elternteile durch Betreuungsaufgaben bislang nicht erwerbstätig sein können.

### Fälle nach dem Unterhaltsvorschussgesetz pro 100 Kinder unter 12 Jahren in 2013

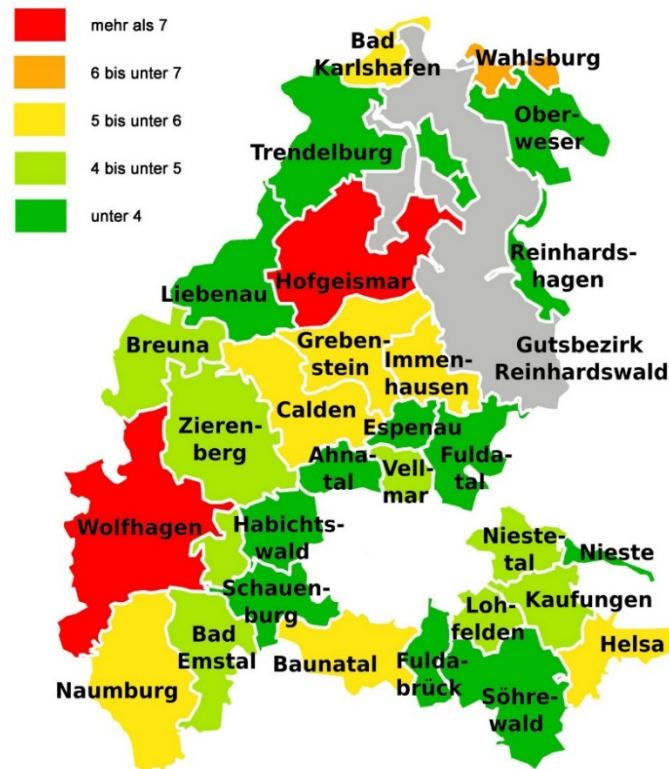


Abb. 2-21: Fälle nach dem Unterhaltsvorschussgesetz 2013  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Recht deutlich wird aus diesen Darstellungen, dass auch in den eher ländlichen Bereichen des Landkreises Kassel traditionelle Familienformen an Bedeutung verloren haben. Ähnlich wie in anderen sozialen Aufgabenfeldern spielt dabei möglicherweise eine Rolle, dass alleinerziehende Elternteile nach Trennung/Scheidung in diejenigen Gemeinden des Landkreises ziehen, in denen die Kosten für Wohnen niedriger sind als in den stadtnahen Gemeinden um Kassel.



## 2.10 Herausforderungen für die mittelfristige Weiterentwicklung

In der Fortschreibung des Teilbereiches Kinder, Jugendliche und Familien des Sozialatlasses in 2007 wurden erstmalig Strategien für die Weiterentwicklung einer nachhaltigen Jugendpolitik vorgeschlagen. Auf diese Strategien wird im folgenden Fazit Bezug genommen. Dabei handelt es sich in diesem Kapitel zunächst um den Kernbereich der Jugendhilfe.

Strategien für einen guten Start ins Leben aus 2007	Derzeitiger Stand der Zielerreichung
<p><b>Bildung von Anfang an</b></p>	<p>Die öffentlich geförderte frühe <b>Förderung und Betreuung von Kindern</b> auch im Alter unter drei Jahren ist als Instrument der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Familie bei den kommunalen Trägerinnen und Trägern der Daseinsvorsorge weitgehend unumstritten. Der Landkreis Kassel unterstützt die kommunalen Bemühungen, bedarfsgerechte Lösungen zu entwickeln, mit Fachberatung, Qualifizierungsangeboten und Förderung der Tagespflege. Das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung mit Betreuungsangeboten für Kinder unter drei Jahren wurde erreicht.</p>
<p><b>Entwicklung zuverlässiger flexibler Betreuungsangebote für Kinder als Unterstützung von Eltern</b></p>	<p>Gemeinsame Bestrebungen, weitere qualitative Verbesserungen wie ganztägige Öffnungszeiten und die Umsetzung des hessischen Bildungs- und Erziehungsplans zu realisieren, bedürfen jedoch flankierender finanzieller Förderung durch Bund und Land.</p>
<p><b>Zugänglichkeit Früher Hilfen für Familien mit geringen Ressourcen</b></p>	<p>Die eher individuell ausgerichteten pädagogischen Leistungen der Jugendhilfe in Form von <b>Beratung oder Hilfen zur Erziehung</b> haben sich in den letzten Jahren stark an den veränderten Lebenssituationen von Familien orientiert. Konzeptionell wurden deshalb weitere Hilfen entwickelt, wie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spezialisierte ambulante Hilfen</li> <li>• Kooperation im Netzwerk „Frühe Hilfen“ und Einsatz von Familienhebammen</li> <li>• Patenschaften für Kinder sucht- oder psychisch kranker Eltern</li> <li>• ambulante Krisenintervention</li> </ul> <p>Damit kann auf Bedarfslagen <i>maßgeschneidert</i> reagiert werden.</p>
<p><b>Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern</b></p>	<p>Die Umwandlung von problemzentrierten zu lösungsorientierten Sichtweisen ist aber noch nicht abgeschlossen und bedarf eines längeren institutionsübergreifenden Prozesses struktureller Veränderung.</p>
<p><b>Vermittlung lebenspraktischer Kompetenzen als Inhalt schulischer und nichtschulischer Bildungsprozesse</b></p>	<p>Die <b>Jugendarbeit und Jugendbildung</b> ist als wichtiges vorbeugendes Handlungsfeld der Jugendhilfe im Landkreis Kassel anerkannt. Mit seinen Bildungsangeboten Juleica-Ausbildung, Berufsorientierung, Freizeitgestaltung und internationalen Begegnungen erreicht der Fachbereich Jugend auch junge Menschen aus benachteiligten Familien.</p> <p>Die seit 2005 bestehende flächendeckende <b>Sozialarbeit an Schulen</b> stellt inzwischen ein weiteres präventives Grundelement für die Jugendhilfe dar. Sie hat sich zu einem wichtigen Bindeglied zum schulischen Bildungssystem entwickelt.</p>

Abb. 2-22: Strategien für einen guten Start ins Leben  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend



Das Resümee zum Strategiefeld Übergang Schule, Ausbildung und Beruf erfolgt in Kap. 7.

### **2.10.1 Fazit zu weiteren Handlungsfeldern der Jugendhilfe**

Bei aller Heterogenität der Lebenswelt von jungen Menschen im Landkreis Kassel (von ländlich – dörflichen Wohnlagen über kleinstädtische Milieus mit teilweise erheblichem Sanierungsbedarf bis hin zu Gebieten mit sozialem Wohnungsbau) lassen die langjährigen Beobachtungen der **Jugendgerichtshilfe** keinen Schluss auf Sozialräume mit längerfristig erhöhtem Konfliktpotenzial zu. Insbesondere Leistungen der Jugendhilfe, die der Existenzsicherung von Kindern dienen (Unterhaltsvorschuss und –regelung), sind stark konjunkturabhängig und deuten in allen Teilen des Landkreises Kassel auf die Ablösung traditioneller, lebenslang stabiler Familienformen hin.

Geeignete Orientierungshilfen für Familien in den unterschiedlichen Formen und Phasen in einer sich rasant verändernden Lebenswelt wurden im Fachbereich Jugend des Landkreises Kassel im Rahmen konzeptioneller Entwicklungsarbeit für Familienzentren entwickelt.

Ein besonderer Schwerpunkt mittelfristiger Entwicklungsarbeit sind die Schnittstellen zu weiteren Partnerinnen und Partnern, mit denen bestehende Kooperationsansätze verbessert werden sollen.

Zu nennen sind hier die

- Kooperation mit dem Gesundheitswesen bei der Entwicklung Früher Hilfen für junge Familien,
- Kooperation mit der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und IX bei der Integration behinderter junger Menschen und
- Kooperation mit der Sozialhilfe nach dem SGB II bei der Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung von Kindern, Jugendlichen und Familien.





### 3 Ältere Menschen

Die Gruppe der „älteren Menschen“, der „Seniorinnen“ und „Senioren“ oder der „Älteren“ ist keine homogene Gruppe. Zu ihr gehören der 65-jährige Demenzerkrankte, der zu Hause von seiner Ehefrau betreut wird, ebenso wie die 84-jährige körperlich und geistig gesunde Alleinlebende und die 93-Jährige, die sich für einen Heimaufenthalt entschieden hat. So mannigfaltig die Lebensbedingungen sind, so unterschiedlich müssen die Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten, aber auch die Angebote in den Bereichen Kommunikation, Information, Bildung und Freizeitgestaltung sein. Diese Aussage ist jedoch nicht gleichbedeutend mit der Forderung nach immer mehr differenzierten Angeboten, sondern beinhaltet den Anspruch nach einer individuellen und variablen Nutzung der bestehenden Möglichkeiten – auch in finanzieller Hinsicht.

#### 3.1 Aktuelle Versorgungssituation

Seit mehr als 20 Jahren befragt das R+V-Infocenter in einer repräsentativen Studie rund 2.400 Bürger/innen nach ihren größten wirtschaftlichen, politischen und persönlichen Ängsten. In ihrer jüngsten Studie (R+V, 2014) legen sie dar, dass es auf Grund der steigenden Zahl von Pflegebedürftigen eine entsprechend hohe Besorgnis der Deutschen gibt, im Alter anderen als Pflegefall zur Last zu fallen. Mit 51 % liegt dieses Thema im Ranking der langjährig abgefragten Ängste gemeinsam mit der Furcht vor Naturkatastrophen auf Platz 2 (Vorjahr: Rang 3). Frauen (58 %) sind in dieser Frage wesentlich besorgter als Männer (45 %). Als Ursache dafür erläutern die Autoren, dass Frauen auf Grund ihrer höheren Lebenserwartung ein viel größeres Pflegerisiko haben. Außerdem tragen sie bei der häuslichen Pflege in der Regel die Hauptlast und wissen deshalb, wie nervenaufreibend und kostspielig die Situation ist. Vereinsamung im Alter liegt mit 28 % an drittletzter Stelle.

Der GEK Pflegereport 2013 beschäftigte sich unter anderem auch mit der Frage der Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass von Männern 1,39 Jahre und von Frauen 2,69 Jahre in Pflegebedürftigkeit erlebt werden. Die Lebenserwartung von Frauen ist um 5,58 Jahre höher als die der Männer. Allerdings verbringen Frauen auch durchschnittlich 1,3 Jahre länger in Pflegebedürftigkeit als Männer. Aus diesem Grund übersteigt ihre Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit die der Männer nur um 4,27 Jahre.

### Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

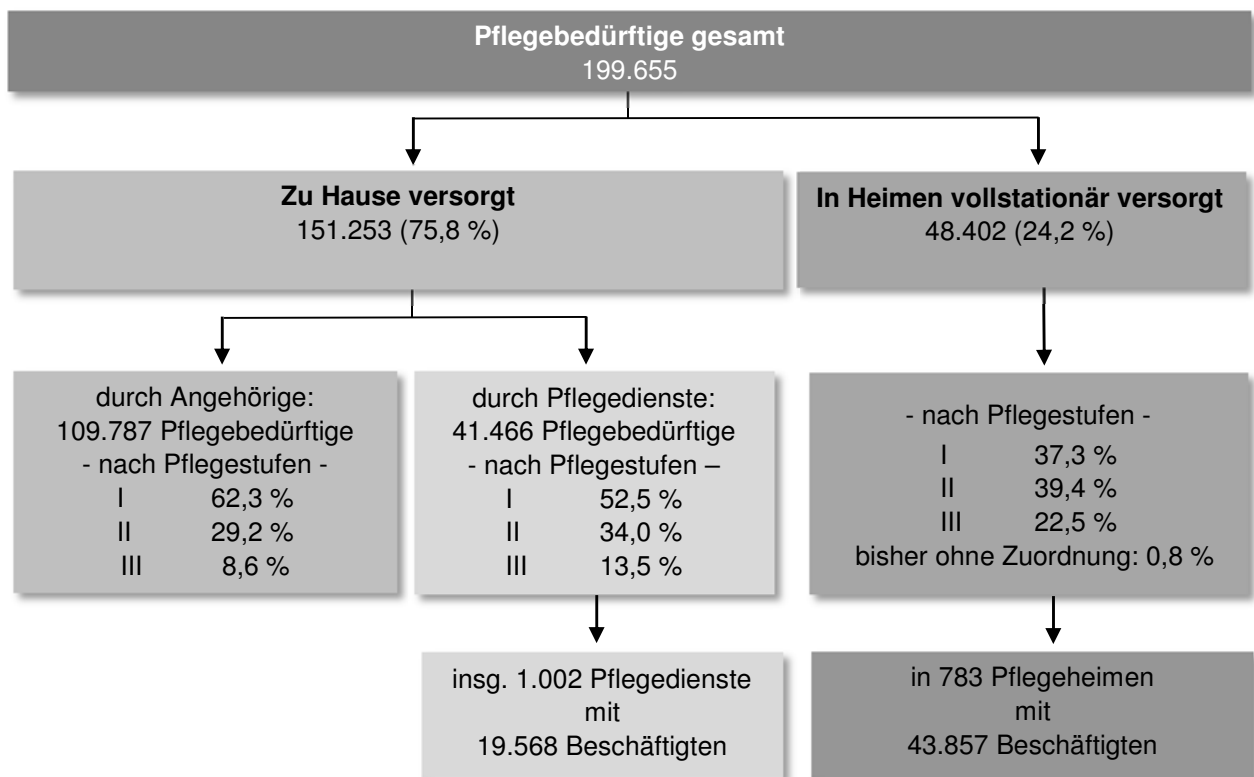


Abb. 3-1: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Das Schaubild stellt die Versorgung der insgesamt 199.700 Pflegebedürftigen in Hessen nach Art der Betreuung und nach Pflegestufen dar. Mit 151.300 Menschen werden mehr als drei Viertel (76 %) aller Leistungsempfänger/innen zu Hause versorgt; davon die große Mehrheit (73 %) ausschließlich durch Angehörige. Von diesen 109.800 Pflegebedürftigen waren gut 62 % (68.300 Personen) der Pflegestufe I, 29 % (32.100 Personen) der Pflegestufe II und rund neun % oder 9.400 Personen der Pflegestufe III (einschl. Härtefälle) zuzuordnen. Grund für die hohe Verbreitung dieser Leistungsart ist, dass die meisten Pflegebedürftigen in der gewohnten Umgebung von vertrauten Personen betreut werden möchten und eine Entscheidung für professionelle Pflegekräfte erst dann getroffen wird, wenn die Betreuung durch Angehörige oder andere Personen im häuslichen Umfeld nicht mehr im erforderlichen Maß möglich ist.

19.600 Beschäftigte in 1.002 Pflegediensten betreuten die übrigen 41.500 zu Hause versorgten Pflegebedürftigen. Davon waren 21.800 oder rund 53 % in der Pflegestufe I und 14.100 (34 %) in der Pflegestufe II eingruppiert; in Pflegestufe III waren 5.600 Menschen (13,5 %) erfasst, davon 140 Härtefälle.

In stationären Einrichtungen wurden 48.400 Pflegebedürftige vollstationär betreut, davon befanden sich 37 % (18.100 Menschen) in der Pflegestufe I und gut 39 % (19.100 Menschen) in Pflegestufe II. Mit 10.900 Menschen waren 22,5 % der Pflegestufe III (einschließlich Härtefälle) zuzuordnen; 0,8 % oder 380 der in stationären Einrichtungen betreuten Pflegebedürftigen waren noch keiner Pflegestufe zugewiesen. Die Versorgung der Pflegebedürftigen in den 783 stationären Einrichtungen erfolgte durch 43.900 Beschäftigte.



Teilstationäre Pflegeleistungen erhielten 2.450 Pflegebedürftige. Diese Leistungsempfängerinnen/-empfänger erhalten in der Regel aber auch Pflegegeld oder ambulante Pflege und sind daher in der Gesamtzahl der Leistungsempfänger/innen bereits erfasst. Ein Nachweis erfolgt daher hier nur nachrichtlich. Damit liegt Hessen an zweiter Stelle hinter Brandenburg (76,8 %) und damit weit über dem Bundesdurchschnitt von 70,3 %.

Die nachfolgende Tabelle vergleicht die Pflegebedürftigen nach Leistungsarten der Pflegeversicherung und nach Altersgruppen in Hessen (Spalte 1) und im Landkreis Kassel (Spalte 2) in den Jahren 2001-2011; Veränderungen in %.

Altersgruppe Hessen (1) / Landkreis Kassel (2)	Pflegebedürftige gesamt		Stationäre Pflege		Ambulante Pflege		Pflegegeldbezug	
	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>gesamt</b>	+34,2	+25,4	+26,0	+28,6	+37,8	+29,1	+37,8	+23,2
<b>65 Jahre und älter</b>	+35,4	+29,9	+26,7	+30,9	+37,3	+29,9	+41,2	+30,1
<b>75 Jahre und älter</b>	+36,6	+31,6	+25,6	+31,2	+37,9	+32,3	+44,8	+32,4
<b>85 Jahre und älter</b>	+36,0	+37,4	+27,7	+38,8	+40,6	+42,7	+42,1	+33,8

Tab. 3-1: Pflegebedürftige nach Leistungsart im Vergleich Hessen und Landkreis Kassel  
Quelle: Barmer GEK

Die Tabelle verdeutlicht, dass der Trend zur formellen Pflege ungebrochen ist - allerdings inzwischen mit anderen Vorzeichen. Heute wird die häusliche Pflege unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste stärker betont. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahren in %.

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
	in %		
<b>1996</b>	40,1	43,3	16,6
<b>2000</b>	49,0	37,5	13,5
<b>2004</b>	51,5	35,6	12,9
<b>2008</b>	53,8	33,7	12,5
<b>2012</b>	56,6	31,6	11,8

Tab. 3-2: Verteilung der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung  
Quelle: Barmer GEK

Der Anteil der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III ist rückläufig. Besonders drastisch in den Jahren zwischen 1996 und 2000. Hier sind die Einführungseffekte zu beachten: So wurden die Personen, die bei Einführung der Pflegeversicherung (1995) Pflegeleistungen nach §§ 53-57 SGB V erhalten haben, automatisch in Pflegestufe II eingestuft, was zu einem im Vergleich zur normalen Begutachtung womöglich zu hohen Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe II und einem zu niedrigen Anteil in Pflegestufe I geführt haben mag. Bei der Geschlechterverteilung fällt auf, dass in der Pflegestufe I der Anteil der Frauen zwischen 0,2 und 1,3 % höher liegt als bei den Männern. In der Pflegestufen II hingegen überwiegt der Anteil der Männer zwischen 0,5 und 1,4 %. In der Pflegestufe III ist die Geschlechterverteilung nahezu identisch. Die Versorgung älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen wird durch Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich sichergestellt. Als konzeptionelle Brücke zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor haben in letzter Zeit das Betreute/Altengerechte Wohnen und auch Wohngemeinschaften immer mehr an Bedeutung gewonnen.



### 3.1.1 Ambulante Versorgung

#### 3.1.1.1 Beratungsstellen für Ältere

Die Beratungsstellen für Ältere bieten älteren Menschen und deren Angehörigen in gesundheitlichen und sozialen Problemsituationen eine kostenfreie und neutrale Beratung und Orientierung an. Ziel dieser Beratung ist die Schaffung einer Situation im häuslichen Bereich, die ein Verbleiben in der eigenen Wohnung ermöglicht. Zurzeit existieren insgesamt sechs Beratungseinrichtungen im Landkreis Kassel.

Im Jahr 2013 wurden in den Beratungsstellen für Ältere im Landkreis Kassel insgesamt 1.345 Personen beraten. Im Vergleich zum Jahr 2011 bedeutet das einen Rückgang um 164 Personen bzw. 10,8 %. Die Ursache hierfür liegt zum einen am organisatorisch bedingten Fehlen der Zahlen eine Beratungsstelle und zum anderen an den steigenden Beratungszahlen des Pflegestützpunktes (s. unten). Basierend auf den Statistiken der Beratungsstellen waren 66 % davon Frauen. 64 % der Ratsuchenden gehörten in die Altersgruppe der 70-89-Jährigen. Mehr als die Hälfte (63 %) war (noch) nicht in eine Pflegestufe nach SGB XI eingestuft. Die Mitarbeiter/innen sind also dem präventiven Ansatz ihrer Arbeit gerecht geworden. Bestätigt wird diese Aussage durch einen Anteil von 61 % der Klientinnen und Klienten, die sich mit der Bitte um Information und Beratung an die Beratungseinrichtungen gewandt haben.

#### 3.1.1.2 Pflegestützpunkt

Mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegeteilerweiterungsgesetz) vom März 2008 ist die Einführung von Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung nach Landesvorbehalt vorgesehen. Durch die „Allgemeinverfügung des Hessischen Sozialministeriums zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen“ vom 01.01.2009 wurde bestimmt, dass die Pflege- und Krankenkassen zunächst in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt mindestens einen Pflegestützpunkt einrichten. Da jedoch nur durch eine kommunale Beteiligung die Steuerungsfunktion der Landkreise im Aufgabenbereich der Pflege nach dem SGB XI erhalten bleibt und damit der Schutz und die Einbindung der auf kommunaler Ebene vorhandenen Strukturen gewährleistet wird, haben die kommunalen Spitzenverbände und die Vertreter/innen der hessischen Pflegekassen einen Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Land Hessen erarbeitet, der die Grundlage zur Einrichtung von Pflegestützpunkten bildet.

Im Pflegestützpunkt sollen Pflegebedürftige, ihre Angehörigen, Pflegenden, Behinderte sowie von Pflegebedürftigkeit oder Behinderung bedrohte Bürger/innen umfassende Informationen und Hilfen rund um das Thema Pflege erhalten. Dies beinhaltet:

- wohnortnahe, umfassende sowie unabhängige und wettbewerbsneutrale Auskunft und Beratung zu Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch
- zentrale Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Maßnahmen
- Auf- und Ausbau eines leistungsfähigen Netzwerkes zur Koordination und Kooperation aller beteiligten Stellen und Fachkräfte
- Vernetzung pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote
- abgestimmte Zusammenarbeit mit allen relevanten Anbieterinnen und Anbietern, den Selbsthilfegruppen, dem Kreissenorenbeirat, kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägerinnen und Trägern und Organisationen, den Sozialleistungsträgerinnen/-trägern, den Helferinnen und Helfern und den Betreuungsgruppen nach § 45 c SGB XI.



Die Abstimmungsgespräche mit der „Landwirtschaftlichen Krankenkasse“ als einrichtungsbeauftragte Pflegekasse für den Landkreis Kassel begannen Ende 2009. Der gemeinsame Stützpunktvertrag wurde in der zweiten Jahreshälfte 2010 fertiggestellt.

Das vereinbarte Konzept sah die Einrichtung des Pflegestützpunktes im Kulturbahnhof vor und berücksichtigt die im Rahmenvertrag vorgesehene paritätische Personalbesetzung. Sowohl der Landkreis Kassel als auch die Pflegekassen stellen je eine Kraft mit einer Teilzeitstelle (0,7 Stelle) für diese Aufgabe zur Verfügung. Die Personalkosten werden jeweils von den entsendenden Organisationen getragen.

Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen (laufende Sachkosten) sollen von den Pflege- und Krankenkassen sowie dem Landkreis Kassel zu je 50 % getragen werden. Das Hessische Sozialministerium beteiligt sich nicht regelhaft an der Finanzierung der Pflegestützpunkte.

Der Pflegestützpunkt wurde im Februar 2011 eröffnet. Er soll die bestehende Beratungsstruktur ergänzen und mit den Aktivitäten der Beratungsstellen für Ältere bündeln und koordinieren.

Im Pflegestützpunkt des Landkreises Kassel werden Pflegebedürftige, ihre Angehörigen, Pflegenden, Behinderte sowie von Pflegebedürftigkeit oder Behinderung bedrohte Bürger/innen rund um das Thema Pflege beraten und unterstützt.

Im Jahr 2013 verzeichneten die Mitarbeiter/innen des Pflegestützpunktes 374 Erstkontakte. Davon waren 60 % Frauen und 24 % gehörten der Altersgruppe der 70-89-Jährigen an; 51 % waren an Information und Beratung interessiert.

Ein Schwerpunkt des Pflegestützpunktes liegt in der Wohnraumberatung. Die Anzahl der Nachfragen ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Auch wenn eine solche Beratung nicht konkret nachgefragt wird, achten die Mitarbeiter/innen vor allem bei Hausbesuchen auf Barrierefreiheit und Stolperfallen.

Fasst man die Zahlen der Ratsuchenden der Beratungsstellen und des Pflegestützpunktes zusammen (1.719), ergibt sich 2013 eine Steigerung der hilfesuchenden Menschen um 210 Personen bzw. 14 % im Vergleich zu 2011. Auffallend ist der unterschiedliche Anteil von Personen in der Altersgruppe der 70-89-Jährigen. Die Ursache hierfür liegt in der Zuständigkeit des Pflegestützpunktes auch für behinderte und von Behinderung bedrohten Menschen. Vor allem Eltern mit behinderten Kindern sowie junge Erwachsene mit Behinderung fragten um Unterstützung nach.

Vor dem Hintergrund, dass bis Ende August 2010 in Deutschland insgesamt 312 Pflegestützpunkte in Betrieb genommen wurden, begleitete das **Modellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“** 16 Pilot-Pflegestützpunkte in 15 Bundesländern. Ziel dieses Bundesmodellprojektes war es unter anderem, eine Einschätzung der Leistungen von Pflegestützpunkten zu erhalten. Neben regelmäßigen Besuchen vor Ort, Werkstattgesprächen, zwei Kundenbefragungen, zwei Erhebungen stützpunktbezogener Daten und qualitativer Fallstudien wurden auch klientenbezogene Daten von Beratungsfällen mit zwei oder mehr Folgekontakten erhoben. Haushalte, in welchen – auf Grund der Einschätzung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegestützpunkte oder der Rat- und Hilfesuchenden – die häusliche Versorgung gefährdet erschien (n = 54), wurden zu versorgungsrelevanten Möglichkeiten bzw. Lösungsansätzen beraten und begleitet. Nach einem halben Jahr folgte eine Erhebung der aktuellen Versorgungssituation. In 46,3 % der Fälle konnte die Versorgungssituation nicht mehr ermittelt werden, weitere 7,4 % waren inzwischen in ein Alten- oder Pflegeheim gezogen. Stabilisiert werden konnte die Situation in 46,3 % der Fälle. Die Versorgung erfolgt nach wie vor in der eigenen Häuslichkeit.

Eine solch umfangreiche Studie kann im Rahmen ihrer Tätigkeiten von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegestützpunktes des Landkreises Kassel nicht durchgeführt werden. Wenn jedoch die positive Aussage des Modellprojektes übertragen wird auf die 25 Case-Management-Fälle, so hätte bei fast 12 Personen durch die intensive Begleitung ein Heimaufenthalt vermieden werden können.

### 3.1.1.3 Niederschwellige Betreuungsangebote

Zu den niedrighschwelligen Angeboten s. auch Kap.3.3.

Der größte Teil der altersverwirrten Menschen lebt zu Hause und wird von Familienmitgliedern versorgt. Das bedeutet für die Angehörigen häufig eine jahrelange und aufopfernde „Rund um die Uhr“- Betreuung. Dies stellt nicht nur eine körperliche, sondern auch eine psychische Belastung für die Pflegenden dar, unter der sie Gefahr laufen, möglicherweise selbst zu erkranken. Professionelle ambulante Unterstützung kann jedoch zur Erhaltung ihrer eigenen Gesundheit und zu ihrer Entlastung beitragen.

Der Landkreis Kassel hat deshalb im Jahr 2008 in Kooperation mit den Gemeinden, Trägerinnen und Trägern der Wohlfahrtsverbände und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ein niederschwelliges Betreuungsangebot für ältere demenziell erkrankte Menschen und ihre Angehörigen ins Leben gerufen, das in diese als belastend erlebte Situation eingreifen kann. Qualifizierte semiprofessionelle Kräfte besuchen die Betroffenen zu Hause und übernehmen deren Begleitung. Dadurch bekommen die Angehörigen die Möglichkeit, für einen bestimmten Zeitraum ihren eigenen Interessen nachzugehen. Auch der Besuch einer „Betreuungsgruppe für die Demenzerkrankte“ verschafft den Familienmitgliedern Entlastung. Die Möglichkeit, sich in einer Angehörigengruppe mit anderen Pflegenden über gemeinsame Erfahrungen auszutauschen, schafft Erleichterung und gibt Kraft für die weitere Pflege. Die Kosten für diese zusätzliche Betreuung werden von den Pflegekassen bis zu einem Betrag von 200 € im Monat übernommen.

Zurzeit existieren insgesamt fünf Einrichtungen im Landkreis Kassel, die diese niederschwelligen Betreuungsangebote sicherstellen.

Bei den folgenden Zahlen handelt es sich - organisatorisch bedingt - lediglich um die Angaben von vier Jahresstatistiken. Im Jahr 2013 wurden insgesamt 159 Personen (im Vergleich zu 162 im Jahr 2011) von Ehrenamtlichen begleitet. 67 % der Betroffenen waren Frauen, 57,5 % gehörten in die Altersgruppe der Über-80-Jährigen. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich 2013 die restlichen Angaben nur unwesentlich verändert.

Pflegestufe				Lebenssituation			
0	I	II	III	allein	Partner/in	Kinder	Partner/in und Kinder
in %				in %			
11	38	32	18	13	38	36	14

Tab. 3-3: Niederschwellige Betreuungsangebote 2013

Quelle: Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

Die Anzahl der Ehrenamtlichen blieb konstant bei 121. Der größte Teil der Engagierten (49,6 %) gehört der Altersgruppe der 50-60-Jährigen an und ist nicht berufstätig (72 %).



### 3.1.1.4 Pflegedienste

Die ambulanten Pflegedienste ermöglichen das Verbleiben in der eigenen Wohnung und ein möglichst selbständiges Leben in der gewohnten Umgebung auch bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Die Pflegedienste bedeuten für die Angehörigen eine spürbare körperliche und seelische Entlastung. Die nachfolgenden Leistungen werden durch die Pflegedienste erbracht bzw. vermittelt, wenn sie diese nicht selbst erbringen können:

- **Grundpflege** wie z.B. Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden), An- und Auskleiden
- **Behandlungspflege** wie z.B. Injektionen, Verbandswechsel, Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung
- **Hauswirtschaftshilfe** wie z.B. Wohnungsreinigung, Spülen, Waschen
- **Ergänzende Dienste** wie z.B. Essen auf Rädern, Hausnotruf.

Als Träger/in ambulanter Pflegedienste treten private, freigemeinnützige und öffentliche Anbieter/innen auf. Im Landkreis Kassel existieren zurzeit (Stand: 12.2014) 55 solcher Dienste, die einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen haben. Davon sind 41 in privater Trägerschaft, 9 freigemeinnützig und 5 in öffentlicher Hand.

Die folgende Tabelle gibt die Pflegedienste nach Trägerinnen und Trägern wieder.

Gebiet	Private	Freigemeinnützige	Öffentliche
	in%		
Landkreis Kassel	75	9	16
Hessen	70	26	4
Deutschland	63	36	1

Tab. 3-4: Pflegedienste nach Trägerinnen und Trägern

Quelle: Statistisches Bundesamt / Verband der Pflegekasse / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

Hessenweit werden pro Pflegedienst durchschnittlich 41,4 Pflegebedürftige betreut. Das ergäbe 2.070 Pflegebedürftige im Landkreis Kassel. Laut Pflegestatistik (hier: Ergebnisse der Landkreise) leben im Landkreis Kassel insgesamt 9.788 pflegebedürftige Leistungsempfänger/innen, wovon 2.034 ambulante Pflege erhalten. Somit liegt die Quote im Landkreis Kassel bei 36,9 Pflegebedürftigen pro Pflegedienst. Eine Bedarfsplanung für die Anzahl von Pflegekräften pro Region gibt es nicht mehr, weil entsprechend dem Pflegeversicherungsgesetz der Bedarf durch den Pflegemarkt geregelt wird.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über pflegebedürftige ältere Menschen. Es können Doppelerfassungen vorliegen, sofern Empfänger/innen von teilstationärer Pflege zusätzlich auch ambulante Pflege oder Pflegegeld erhalten.

Pflegebedürftige ältere Menschen						
gesamt	Pflegegeld	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege			gesamt
			Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege	
9.788	5.111	2.034	2.529	114	244	2.643

Tab. 3-5: Pflegebedürftige ältere Menschen

Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



Hessenweit werden 41.466 Pflegebedürftige durch ambulante Pflegedienste versorgt, davon sind 52,5 % in Pflegestufe I, 34 % in Stufe II und 13,5 % in Stufe III.

### **Exkurs: Osteuropäische Pflegekräfte**

*Ob schwere Erkrankung oder altersbedingtes Nachlassen der körperlichen und geistigen Kräfte - viele Menschen sind irgendwann auf ständige Betreuung angewiesen. Dann wird die Belastung für die Angehörigen oft so groß, dass die Familie daran zu zerbrechen droht. Wenn der Umzug in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung keine Alternative darstellt, stehen die pflegenden Angehörigen vor einem Problem. Denn die häusliche Versorgung stellt eine Herausforderung dar, die mit deutschen Pflegekräften bei Kosten zwischen 5.000 und 8.000 € pro Monat nur selten zu finanzieren ist. Deshalb wird in einer solchen Situation häufig auf osteuropäische Kräfte zurückgegriffen – teils legal, meist illegal.*

*Nach unterschiedlichen Schätzungen kümmern sich in Deutschland rund 100.000 bis 150.000 Osteuropäerinnen um pflegebedürftige Menschen zu Hause (s. stern.de, 24.04.2011). Die meisten davon illegal mit einem monatlichen („schwarzen“) Verdienst von 500 bis 600 €.*

*Seit dem 1. Januar 2014 gilt mit Ausnahme von Kroatien<sup>3</sup> für alle osteuropäischen EU-Beitrittsstaaten die sog. Arbeitnehmerfreizügigkeit. D.h. Bürger/innen aus den Staaten dürfen wie deutsche Arbeitskräfte angestellt werden, ohne dass eine Erlaubnis der Arbeitsagentur benötigt wird.*

*Auch Firmen aus EU-Ländern haben die Möglichkeit, ihre Arbeitsleistungen mit eigenem Personal in allen EU-Staaten anzubieten. So können z.B. osteuropäische Betreuungskräfte bei deutschen Pflegebedürftigen und deren Familien als Angestellte im Haushalt genehmigungsfrei beschäftigt werden. Die Grenzen zwischen legaler und illegaler Beschäftigung sind jedoch nur schwer zu erkennen. Im Folgenden werden die fünf häufigsten Beschäftigungsmöglichkeiten vorgestellt.*

#### **1. Vermittlung durch Arbeitsagenturen**

*Die Möglichkeit zur legalen Beschäftigung von osteuropäischen Pflegekräften gibt es über die Agentur für Arbeit. Mit der Novellierung der Beschäftigungsordnung Ende 2009 dürfen neben hauswirtschaftlichen Arbeiten nun auch notwendige pflegerische Alltagshilfen erbracht werden, wenn eine Pflegebedürftigkeit mit Pflegestufe vorliegt. Hierunter versteht der Gesetzgeber einfache Hilfestellungen bei der Pflege, die jeder Mann ohne Ausbildung leisten kann und von Angehörigen wie selbstverständlich erwartet werden. Unter der Voraussetzung, dass eine angemessene Unterkunft im Arbeitgeberhaushalt oder in der näheren Umgebung bereitgestellt wird, die wöchentliche Arbeitszeit der üblichen Vollzeitstundenzahl entspricht und der Urlaubsanspruch berücksichtigt wird, kann bei der Agentur für Arbeit ein Stellenangebot eingereicht werden. Kommt eine Vermittlung zustande, kann die Pflegekraft bis zu drei Jahren im Haushalt bleiben. Als potenzielle/r Arbeitgeber/in zahlt man Lohn entsprechend den Tarifen sowie die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung. Vom Lohn dürfen zwar festgelegte Beträge für Unterkunft und Verpflegung abgezogen werden, dennoch - auch wenn ein Teil der Kosten steuerlich absetzbar ist - kann dieses Beschäftigungsmodell die wirtschaftlichen Möglichkeiten vieler Haushalte mit Pflegebedürftigen überschreiten, denn bei einem Mindestentgelt in Hessen von 1.409 Euro kommt ein Endbetrag in Höhe von ca. 1.800 € auf die/den Pflegebedürftige/n und ihre/seine Familie zu.*

<sup>3</sup> Pflege- und Betreuungskräfte aus Kroatien benötigen mindestens bis zum 30. Juni 2015 (längstens bis zum 30. Juni 2020) eine Arbeitserlaubnis. Eine Vermittlung als „Haushaltshilfe“ kann daher nur über die Arbeitsagenturen erfolgen, die dann auch die Arbeitserlaubnis erteilen. In diesen Fällen wird der Pflegebedürftige oder ein Angehöriger der/s Pflegebedürftigen zu der/m Arbeitgeber/in.





## **2. Anstellung der Kraft bei einer deutschen Personalagentur oder direkt bei einer osteuropäischen Firma**

Auf die **legale** Vermittlung von solchen Pflege- und Betreuungskräften in deutsche Privathaushalte haben sich diverse Anbieter/innen spezialisiert. Diese Agenturen stellen gegen eine Vermittlungsgebühr (einmalig/jährlich/monatlich: 400 bis 1.200 €) den Kontakt zu osteuropäischen Firmen her, die Arbeitgeber/in der Hilfskräfte sind. Diese arbeiten dann im Rahmen der EU-Dienstleistungsfreiheit bis zu maximal 24 Monaten in den jeweiligen Haushalten und bleiben während ihrer Tätigkeit in Deutschland in ihrem Heimatland sozialversicherungspflichtig angestellt, d.h. die Sozialversicherungsabgaben werden durch das entsendende Unternehmen an die entsprechenden Stellen im Heimatland abgeführt (Entsendelandprinzip). Eine wirkungsvolle Entsendung setzt allerdings eine nennenswerte Geschäftstätigkeit im Entsendestaat voraus und darf sich nicht auf eine bloße Vermittlungstätigkeit beschränken. Zu Beginn der Tätigkeit müssen die Entsendegenehmigung vom Unternehmen und der Nachweis über eine ordentliche Beschäftigung durch das EU-Formular A1 (wird von Behörde im Heimatland ausgestellt und muss die Kraft mit sich führen) vorliegen. Die Kosten für diese Form der Beschäftigungsmöglichkeiten liegen zwischen ca. 1.400 und 2.500 € monatlich.

Ob sich der Entsendebetrieb an die gesetzlichen Vorgaben hält, lässt sich von Deutschland aus nur schwer prüfen. Dies ist deshalb als Nachteil zu betrachten. Ein weiterer Nachteil ist der Umstand, dass für den Haushalt keine Weisungsbefugnis besteht. D.h., dass bei einer Veränderung in der Pflegesituation nicht schnell und adäquat darauf reagiert werden kann. Es gab Fällen, in denen das oben genannte Formular A1 nachträglich aufgehoben wurde und somit keine Arbeitsgenehmigung vorlag.

Neben den genannten Nachteilen kommt bei dieser Konstellation noch hinzu, dass es wegen mangelnder sprachlicher Verständigungsmöglichkeiten zu kritischen oder gefährlichen Situationen bei der Betreuung der/s Pflegebedürftigen und zu Pflegefehlern kommen kann.

## **3. Selbstständige Pflegekraft**

Bei dieser Form der Beschäftigung handelt es sich um nichts anderes als eine wie unter 2. dargestellte Entsendung im Rahmen der EU-Richtlinien. Die Kraft entsendet sich quasi selbst und muss von daher die gleichen Bedingungen erfüllen wie oben beschrieben. Hier besteht allerdings die Gefahr der Scheinselbstständigkeit<sup>4</sup>, wenn nicht eine Reihe von Bedingungen erfüllt wird, wie z.B. mehrere Auftraggeber/innen, Abführung der Sozialversicherungsbeiträge im Heimatland etc.

Neben der fehlenden Überwachung der Pflegekraft, da keine Instanz zwischen Auftraggeber/in und der die Pflege leistenden Person steht, können für den/die Auftraggeber/in erhebliche Konsequenzen entstehen. So läuft er/sie, im Fall der sog. Scheinselbstständigkeit, Gefahr, letztendlich doch als Arbeitgeber/in aufzutreten. Dann werden neben einer Nachzahlung von nicht abgeführten Sozialversicherungsbeiträgen und der fälligen Lohnsteuer möglicherweise auch Bußgelder bis zu einer Höhe von 250.000 € fällig. Von dieser Beschäftigungsart kann nur dringend abgeraten werden.

## **4. Unangemeldete Betreuungskräfte**

Dies ist sicherlich die – vordergründig betrachtet – naheliegendste, unkomplizierteste und kostengünstigste Form der Beschäftigung, schließlich werden hier keine Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge gezahlt. Aus diesem Grund ist diese Art von Tätigkeit auch illegal.

---

<sup>4</sup> Hierunter ist eine Beschäftigung zu verstehen, die zwar von einer in selbstständiger Beschäftigung tätigen Person ausgeführt wird, von der Art und Weise jedoch einer üblichen Arbeitnehmertätigkeit entspricht.



*Zusätzlich bringt diese Schwarzarbeit auch erhebliche Gefahren und Risiken mit sich und kann damit am Ende sehr teuer werden: Bei Entdeckung drohen, neben Strafen wegen illegaler Beschäftigung, unter Umständen erhebliche Nachzahlungen von Steuern und Beiträgen. Zu bedenken ist auch, dass gegenüber der Person keinerlei Handhabe bei „Unregelmäßigkeiten“ besteht, kein Versicherungsschutz bei Schäden, Krankheit oder Unfall existiert und eine lückenlose, zuverlässige und verantwortliche Betreuung oft nicht gewährleistet werden kann.*

### **5. Alternative „Mini-Jobs“**

*Reichen die Leistungen der Pflegekasse im Einzelfall nicht aus, gibt es noch eine weitere einfache und kostengünstige Alternative. Hierbei handelt es sich um sog. Mini-Jobs in Privathaushalten. Die/Der Pflegebedürftige oder deren/dessen Familie haben dadurch die Möglichkeit, selbst eine inländische Arbeitskraft auf „400 €-Basis“ anzustellen. Diese spezielle Form der geringfügigen Beschäftigung wird durch den Gesetzgeber sogar besonders gefördert. Zum einen sind die Lohnnebenkosten niedriger als bei gewerblichen Mini-Jobs, zum anderen wurde das Melde- und Einzugsverfahren der Pauschalbeiträge stark vereinfacht. Ein zusätzlicher Anreiz kann sich unter Umständen auch aus der Steuerermäßigung ergeben. Kosten von bis zu 510 €, die durch den Mini-Job entstehen, können bei der Steuererklärung geltend gemacht werden. Insbesondere für ältere Menschen, die Unterstützung bei haushaltsnahen Dienstleistungen wie Kochen, Putzen oder Einkaufen benötigen, bietet es sich also an, auch einen Blick auf diese Alternative zu werfen. Da sich die Beschäftigung der osteuropäischen Pflegekräfte nicht mehr nur auf hauswirtschaftliche, sondern auch auf notwendige pflegerische Alltagshilfen erstreckt, stellt dies sicherlich eine Konkurrenz zu den von professionellen ambulanten Diensten erbrachten Leistungen dar. Es besteht die Gefahr, dass sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze durch die teilweise in Schwarzarbeit erbrachte Pflege verloren gehen und viele ambulante Pflegedienste und Heime in kommunaler, privater und wohlfahrtsverbandlicher Trägerschaft langjährig bewährte Mitarbeiter/innen entlassen und die Ausbildung junger Menschen einstellen müssen.*

### **3.1.2 Altengerechtes / Betreutes Wohnen / Haus- und Wohngemeinschaften**

Die klassischen Hilfekategorien der Altenhilfe (ambulant, teilstationär, stationär) reichen nicht aus, um einer sich qualitativ und quantitativ verändernden Nachfrage ausreichende Lösungen anzubieten. Erfahrungen wie Überversorgung leicht Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen bei gleichzeitiger Unterversorgung zu Hause lebender Hilfebedürftiger durch ein ungenügend entwickeltes ambulantes Betreuungssystem verlangen eine konzeptionelle Brücke zwischen beiden Angeboten. Der Begriff „Betreutes Wohnen“ ist nicht geschützt und unterliegt keiner gesetzlichen Definition. Er wird daher sehr unterschiedlich verwandt. Gemessen an den Betreuungsleistungen reicht die Spannweite von einfachen handwerklich-technischen oder pflegerisch-hauswirtschaftlichen Hilfen bis zu einer Pflege, die nach Art und Umfang mit der Betreuung in einer stationären Einrichtung vergleichbar sein kann. Anders als bei der üblichen Pauschalversorgung im Heim erhält (und bezahlt) jede/r nur, was sie/er braucht – vom Wohnangebot als einzige in Anspruch genommener Leistung bis hin zu einer haushälterischen und pflegerischen Vollversorgung. Es wird versucht, die Vorteile des „Einzelwohnens“ (Privatheit, Autonomie) mit denen des „Gesellschaftswohnens“ (Sicherheit) zu verbinden und die Nachteile des Einzelwohnens (Isolierung, Gefährdung) zu vermeiden. Um eine eindeutige Zuordnung vornehmen zu können, erscheint eine differenzierende Beschreibung der Angebote „Altengerechtes / barrierefreies Wohnen“ und „Betreutes Wohnen“ sinnvoll.



### 3.1.1.5 Altengerechtes Wohnen

Unter einer altengerechten Wohnung versteht man eine, an die im höheren Lebensalter veränderten Bedürfnisse und die veränderten körperlichen Bedingungen angepasste Wohnform. Eine altengerechte Wohnung sollte daher folgende Merkmale haben:

- barrierefreier Zugang (z.B. Fahrstuhl) - angemessene Grundausstattung (Zentralheizung, Bad, stufenlose Dusche)
- helle Beleuchtung
- gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel
- gute Erreichbarkeit von Einkaufsmöglichkeiten, Ärzten, Bank, öffentlichen Einrichtungen.

### 3.1.1.6 Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen dagegen ist eine Wohnform für ältere Menschen, die neben der alten- bzw. behindertengerechten Ausstattung der Wohnung die Sicherheit einer Grundversorgung gewährleistet. Die Wohnangebote werden sowohl in Miet- als auch in Eigentumsform vorgehalten und haben unterschiedliche Bezeichnungen wie z.B. Service-Wohnen, Seniorenstift, Betreutes Wohnen u.ä. Im Bedarfsfall können weitere Dienstleistungen vermittelt werden. Die Leistungen des „Betreuten Wohnens“ setzen sich aus den sog. Grundleistungen und den Zusatzleistungen (Wahlleistungen) zusammen. Die Grundleistungen tragen in erster Linie dem Wunsch nach Sicherheit und Unterstützung der Selbständigkeit Rechnung. Sie werden durch eine monatlich zu zahlende Pauschale abgegolten. Auch wenn diese Leistungen nicht oder nur teilweise beansprucht werden, soll damit, wie bei einer Versicherung, für den Fall Vorsorge getroffen werden, wenn Hilfe und Unterstützung notwendig wird. Versorgungsleistungen wie Pflege, Hilfen im Haushalt und ähnliches sind Wahlleistungen, die nach Bedarf in Anspruch genommen werden. Diese Wahlleistungen müssen nach Art und Umfang bezahlt werden.

Der Markt im Bereich Betreutes- und Altengerechtes Wohnen ist im Landkreis Kassel unübersichtlich, da die Angebote nur in Ausnahmefällen mit der Altenhilfeplanung abgestimmt werden. Zurzeit sind 14 Angebote für Altengerechtes Wohnen und 9 für Betreutes Wohnen bekannt.

Real liegt das Einzugsalter von Menschen, die in Anlagen des Betreuten Wohnens oder Servicewohnen einziehen, im Durchschnitt bei 78 Jahren (Tendenz steigend). Der bundesweite durchschnittliche Versorgungsgrad liegt bei 1,6 % der Über-65-Jährigen.

Die Grundlagen zur Bedarfsberechnung für betreutes Wohnen sind uneinheitlich. So geht das Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) von 2-3 % der Über-65-Jährigen aus, die Empirica-Studie<sup>5</sup> (empirica ag, 2003) von 1,6 % je 1.000 Über-65-Jährige und in Baden-Württemberg werden 1,5-2 % der Über-70-Jährigen zu Grunde gelegt. Verwendet man die genannten Bedarfsberechnungen, so ergibt sich für den Landkreis Kassel eine Notwendigkeit von 1.108 und 1.662 (KDA), 89 (Empirica-Studie) oder 631 und 841 Wohnungen (Baden-Württemberg). Der Bestand beläuft sich auf 345 Einheiten, wenn von 15 Wohnungen je Angebot ausgegangen wird. Da es für beide Angebotsarten eine starke Nachfrage und demzufolge Wartelisten gibt, ist davon auszugehen, dass der Bedarf derzeit nicht gedeckt ist.

### 3.1.1.7 Haus- und Wohngemeinschaften

Um den unterschiedlichen Wohnwünschen älterer Menschen gerecht zu werden, wurde in den vergangenen Jahren das Angebot an alternativen Wohnformen immer mehr ausgebaut. Bundesweit leben bisher jedoch nur circa 2 - 3 % der Über-65-Jährigen in Hausgemeinschaften, Senioren-Wohngemeinschaften

<sup>5</sup> Empirica ist ein unabhängiges wirtschafts- und sozialwissenschaftliches Beratungsunternehmen



(WGs), Mehrgenerationenwohnprojekten oder ambulant betreuten Pflege Wohngemeinschaften. Im Landkreis Kassel gibt es vier Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, eine für Menschen mit Pflegebedarf und zwei betreute Wohngruppen.

### **3.1.3 Teilstationäre Versorgung**

Die teilstationäre Versorgung leistet einen erheblichen Beitrag zur Stützung und Sicherung der häuslichen Pflege. Obwohl teilstationär erbracht, ist sie ihrer Funktion nach eine Erweiterung und notwendige Ergänzung des differenzierten ambulanten Angebotes. Während Kurzzeitpflege durchaus für einen größeren Einzugsbereich erbracht werden kann, bedarf es bei der Tagespflege wegen der täglichen Anfahrt möglichst wohnortnaher Angebote. Für beide Bereiche stehen in Hessen keine Anhaltzahlen zur Bedarfsermittlung zur Verfügung. Deshalb wurde auf den in Nordrhein-Westfalen vom dortigen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales empfohlenen indikatoren gestützten Bedarfswert zurückgegriffen. Danach sollen für die Kurzzeitpflege 0,35 Plätze pro 100 Über-64-Jährige und für die Tagespflege ca. 0,3 % für alle Über-64-Jährigen vorgehalten werden.

#### **3.1.3.1 Kurzzeitpflege**

Kurzzeitpflege bedeutet eine vollstationäre Aufnahme pflegebedürftiger Menschen für einen begrenzten Zeitraum. Anlass ist nicht allein Erholungsurlaub oder Krankenhaus-/Kuraufenthalt der pflegenden Angehörigen, sondern z.B. auch eine (vorübergehende) Verschlechterung des Gesundheitszustandes (besonders bei Alleinlebenden) und die erhöhte Pflegebedürftigkeit nach Krankenhausaufenthalt. Von den reinen Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind strikt zu unterscheiden die „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze in Altenpflegeheimen. Häufig werden diese Plätze von „Heimplatz-Anwärterinnen/-Anwärtern“ oder „Notfällen“ genutzt. Aus Sicht der Träger/innen eine Möglichkeit, Leerstand und damit finanzielle Verluste zu vermeiden. Aus Sicht der pflegenden Angehörigen ist diese Vorgehensweise unbefriedigend, da eine langfristige Planung nicht möglich ist.

Im Landkreis Kassel bieten 40 Einrichtungen Kurzzeitpflegebetten an (Stand 12/2014). Allesamt sind es Altenpflegeheime, die vier solitäre Plätze und 186 integrierte Betten bereitstellen. Wird der oben genannte Orientierungswert zu Grunde gelegt, so ergibt sich für den Landkreis Kassel ein Bedarf von 194 Kurzzeitpflegebetten (aktueller Bestand: 190).

#### **3.1.3.2 Tagespflege**

Tagespflegeeinrichtungen sind teilstationäre Einrichtungen zur umfassenden Pflege und Betreuung alter Menschen tagsüber, d.h. nicht nachts und in der Regel auch nicht am Wochenende. Es existieren zahlreiche Varianten hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Art der Anbindung, der Zusammensetzung der Nutzer-Klientel und der Gruppengröße. Die Tagespflege versteht sich als Angebot für Pflegebedürftige, die bei pflegenden Angehörigen leben oder – seltener – noch einen eigenen Haushalt führen. Ein Kriterium für die Nutzung der Tagespflege ist der Grad der Hilfsbedürftigkeit. Tagesgäste müssen gesundheitlich so stabil sein, dass ihnen der tägliche Transport von der Wohnung zur Tagespflegeeinrichtung und zurück zuzumuten ist. Tagespflegen sind für pflegebedürftige Menschen konzipiert, die ständiger Beaufsichtigung und Fürsorge bedürfen und auch nicht in der Lage sind, ihren Tagesablauf selbst zu gestalten. Darin unterscheiden sie sich grundsätzlich von der Klientel der Altenbegegnungsstätten, die den Bedürfnissen nach Kommunikation, Information, Bildung und Freizeitgestaltung dienen. Neben den notwendigen Leistungsanteilen der Tagespflege wie Transport, Betreuung und Mahlzeiten kommen weitere pflegerische und therapeutische Leistungsanteile hinzu. Darüber hinaus sind Gespräche, Beratung, Betreuung und das Erhalten elementarer kommunikativer Fähigkeiten sowie das Gruppengeschehen insgesamt Faktoren, die zur



Statuserhaltung und Stabilisierung erheblich beitragen. Ferner spricht die Erhaltung des sozialen Umfeldes bei gleichzeitiger Entlastung des familiären Hilfesystems und damit die Stabilisierung der häuslichen Pflege für diese Form der teilstationären Versorgung. Als Versorgungsform für Demenzerkrankte und verwirrte und desorientierte alte Menschen gewinnt die Tagespflege immer mehr an Bedeutung. Neben der Entlastung der pflegenden Angehörigen verringert sich das Risiko der Vereinsamung sowie der Eigen- oder Fremdgefährdung. Bei einer Tagespflegeeinrichtung, die sich speziell der Betreuung Demenzerkrankter verschrieben hat, erhält die/der Betroffene eine umfassende und individuelle Beschäftigung und therapeutische Betreuung, die die/der pflegende Angehörige kaum leisten kann und dem Demenzerkrankten auch in den meisten stationären Einrichtungen nicht zuteil wird.

Im Landkreis Kassel gibt es 24 Einrichtungen (Stand 12/2014), die Tagespflege anbieten. Davon werden in 15 Einrichtungen 232 sog. *solitäre* Plätze und in 9 Einrichtungen 56 *integrierte* Plätze angeboten. Es kann davon ausgegangen werden, dass die 56 Tagesgäste der letztgenannten Kategorie kein speziell auf sie abgestimmtes Angebot vorfinden, da sie „im normalen Pflegeprozess mitlaufen“. Wird der oben genannte Orientierungswert zugrunde gelegt, so ergibt sich für den Landkreis Kassel ein Bedarf von 166 Tagespflegeplätzen (aktueller Bestand: 288).

### 3.1.3.3 Nachtpflege

Eine eher unbedeutende Rolle im teilstationären Versorgungsbereich spielt das Angebot der Nachtpflege. Es gibt in lediglich zwei stationären Einrichtungen 7 integrierte Betten. Die Nachfrage steigt allerdings in der letzten Zeit. Insbesondere diejenigen Angehörigen fragen das Angebot nach, die durch den gestörten Tag-Nacht-Rhythmus ihrer demenzerkrankten Pflegebedürftigen auf diesem Weg die nächtliche Erholung bekommen, die sie tagsüber für die Betreuung benötigen.

### 3.1.4 Stationäre Versorgung

Trotz der Priorität eines verstärkten Ausbaus der ambulanten und teilstationären Bereiche ist davon auszugehen, dass Pflegeplätze in Alten- und Pflegeheimen in erster Linie für die Zielgruppe der pflegebedürftigen älteren Menschen geplant werden, die nicht allein in ihrer häuslichen Umgebung versorgt werden können oder wollen. Sie stellen somit in der Versorgungskette pflegebedürftiger alter Menschen in der Regel das letzte Glied dar. Der Regionale Gesundheitsreport (Statistisches Landesamt Hessen, 2014) gibt die Anzahl der Pflegeheime je 100.000 Einwohner/innen in den hessischen Landkreisen wieder. Danach kommen in Hessen durchschnittlich 12,5 Pflegeheime auf 100.000 Einwohner/innen. Der Landkreis Kassel steht neben weiteren fünf Landkreisen mit 17 und mehr Einrichtungen auf die genannte Einwohnerzahl an der Spitze.

Im Landkreis Kassel existieren 43 Alten- und Pflegeheime mit insgesamt 3.108 Plätzen (Stand 12.2014). Die Platzzahlen in den einzelnen Einrichtungen variieren zwischen 14 und 199.

Anzahl der Einrichtungen	Platzzahl
19	unter 50
14	51 - 100
8	101 - 150
2	151 - 200

Tab. 3-6: Platzzahlen in den Alten- und Pflegeheimen  
Quelle: Verband der Pflegekassen



Deutschlandweit werden durchschnittlich 64 Pflegebedürftige pro Einrichtung betreut, im Landkreis Kassel kommen 58,8 Bewohner/innen auf ein Heim. Es gibt in Deutschland keine allgemein gültigen Bedarfsanhaltwerte für ein ausreichendes stationäres Pflegeangebot. Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass das SGB XI einen Markt vorsieht, der nach den allgemeinen Marktgesetzen funktioniert.

In Hessen beschloss die Landesregierung nach § 4 Abs. 1 Satz 1 des Hessischen Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz einen landesweiten Rahmenplan für die erforderliche Versorgungsstruktur, der Grundsätze und Bedarfsanhaltwerte für eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Bei der Aufstellung wirkte der Landespflegeausschuss mit. Der Bedarfsanhaltwert für die unabweisbar erforderliche Grundversorgung der Bevölkerung im Bereich der stationären Dauerpflege beträgt höchstens 25 Pflegeplätze auf 1.000 Einwohner/innen im Alter von 65 und mehr Jahren. Das ist ein vergleichsweise niedriger Wert, mit dem Ziel, ambulante vor stationärer Versorgung zu erreichen. Dieses Verhältnis entspricht einem Bedarf im Landkreis Kassel von 1.385 Plätzen. Bei tatsächlich vorhandenen 3.084 Plätzen besteht somit eine Überversorgung von 123 %. Gleichzeitig ist die vollstationäre Dauerpflege zu 87,3 % ausgelastet (laut Pflegestatistik 2011).

Es kann davon ausgegangen werden, dass die vom Hessischen Sozialministerium vorgegebenen Anhaltzahlen veraltet und/oder zu knapp bemessen sind. Der Landespflegeausschuss hat es jedoch bisher stets abgelehnt, eine Anpassung des Bedarfsanhaltwerts zu empfehlen. Er hat sich dabei von der Überlegung leiten lassen, dass mit einer Anhebung des Bedarfsanhaltwerts die Heimquote gesteigert würde. Somit würde eine solche Empfehlung nicht dem Prinzip „ambulant vor stationär“ entsprechen.

Der Hessische Landkreistag (HLT) hat mit Schreiben vom 22.01.2015 beim Hessischen Ministerium um eine Aktualisierung des „Landesweiten Rahmenplanes für die pflegerische Versorgung in Hessen von 1996“ gebeten. Ziel soll die Schaffung von fundierten und praxisrelevanten Planungskennzahlen und –standards sein, um den hessischen Gebietskörperschaften eine Bedarfsplanung nach dem SGB XI zu ermöglichen. Zum Themenfeld gehört aus Sicht des HLT das gesamte Spektrum an Einrichtungen und Angeboten rund um Pflege und Hilfe in den Kategorien präventive Angebote, ambulante Unterstützung, teilstationäre und stationäre Hilfen.

In der Arbeitsgemeinschaft der hessischen Altenhilfeplaner/innen des Hessischen Landkreistages wird dagegen z.Z. ein Bedarfswert von 14 % der Über-80-Jährigen diskutiert. Danach müssten im Landkreis Kassel 1.968 Plätze vorgehalten werden (Überversorgung von 57 %). Beide Berechnungen sind jedoch nur ungefähre Anhaltwerte. Der tatsächliche Bedarf ist bereits heute und künftig noch stärker von der lokalen Altenhilfestruktur abhängig, d.h. von den örtlichen Gegebenheiten, vom sozialen Umfeld Pflegebedürftiger und von der aktuellen Marktsituation, aber auch von der jeweiligen Angebotsgestaltung. Es empfiehlt sich also, besonderen Wert auf das Vorhandensein an ambulanten und teilstationären Hilfen und Unterstützungsangeboten zu legen, die die Inanspruchnahme eines Heimplatzes hinauszögern oder verhindern können.

Der Regionale Gesundheitsreport 2014 gibt die Anzahl der Pflegeplätze je 1.000 Einwohner/innen in den hessischen Landkreisen wieder. Danach kommen in Hessen durchschnittlich 9,5 Plätze auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Der Landkreis Kassel bietet 11 bis 13 Plätze für die genannte Einwohnerzahl und wird nur von zwei Landkreisen mit 13 und mehr Plätzen übertroffen. (Statistisches Landesamt Hessen, 2014.) Als Trägerin/Träger stationärer Pflege kommen grundsätzlich private, freigemeinnützige und öffentliche Trägerinnen und Träger in Betracht. Bundesweit gab es im Dezember 2011 rund 12.400 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (54 % bzw. 6.700) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft (z.B. DIAKONIE oder CARITAS). Der Anteil der Privaten betrug 40 % – und liegt somit niedriger als im ambulanten Bereich. Öffentliche Trägerinnen und Träger haben wie im ambulanten Bereich den geringsten Anteil (5 %). Im Landkreis Kassel gibt es



zurzeit 43 Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen haben. Davon sind 25 in privater Trägerschaft und 18 freigemeinnützig. Von öffentlicher Hand getragene existieren nicht. Die folgenden Tabellen geben die Pflegeheime nach Trägerinnen und Trägern und in % wieder.

	gesamt	privat	freigemeinnützig	öffentlich
<b>Deutschland</b>	12.354	4.998	6.721	635
<b>Landkreis Kassel</b>	43	25	18	0

Tab. 3-7: Pflegeheime nach Trägerinnen und Trägern  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

### 3.2 Ausblick über die Versorgungssituation

#### 3.2.1 Entwicklung des Pflegebedarfs

Der Pflegebedarf kann mit Hilfe des Hildesheimer Bevölkerungsmodells<sup>1</sup> unter Bezug auf den Bericht des Hessischen Landtags „Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Hessen - Fortschreibung der regionalisierten Vorausschätzung bis zum Jahr 2020“ aus dem Jahr 1998 nach folgenden Vorgaben ermittelt werden. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über den möglichen **Pflegebedarf** im Landkreis Kassel.

Altersgruppe	Möglicher Pflegebedarf
<b>65 – 69 Jahre</b>	1,7 %
<b>70 – 74 Jahre</b>	3,3 %
<b>75 – 79 Jahre</b>	6,4 %
<b>80 – 84 Jahre</b>	10,8 %
<b>über 85 Jahre</b>	26,5 %

Tab. 3-8: Möglicher Pflegebedarf  
Quelle: Bickel

Danach ergibt sich für den Landkreis Kassel folgende Zahl an **Pflegebedürftigen**:

Altersgruppe	Einwohner/innen 2013	Pflegebedarf
<b>65 – 69 Jahre</b>	13.359	227
<b>70 – 74 Jahre</b>	15.363	507
<b>75 – 79 Jahre</b>	12.635	809
<b>80 – 84 Jahre</b>	7.176	775
<b>über 85 Jahre</b>	9.390	2.488
<b>gesamt</b>	57.923	4.806

Tab. 3-9: Mögliche Pflegebedürftige Landkreis Kassel  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

<sup>1</sup> Das Bevölkerungsmodell der Hildesheimer Planungsgruppe wurde in Kooperation mit zahlreichen Städten, Gemeinden und Kreisen als Arbeitsinstrument für kommunale Planungen entwickelt. Die besondere Methodik des Bevölkerungsmodells erlaubt es, Langfrist-Prognosen auch für kleine Gebiete zu erstellen (z.B. Ortsteil einer Gemeinde). Die Prognosen werden mit den örtlichen Daten des jeweiligen Gebietes berechnet und nicht aus einer Prognose für größere Gebiete (z.B. Stadt oder Kreis insgesamt) herunter gebrochen und den kleinen Teilgebieten anteilig zugeordnet. So werden die unterschiedlichen oder sogar gegenläufigen örtlichen Entwicklungstrends sichtbar gemacht und nicht durch einen allgemeinen Trend überdeckt. Die Prognosen berücksichtigen Wanderungen pro Gebiet, Altersjahrgang und Geschlecht.



Der GEK Pflegereport 2013 geht von einer anderen Pflegewahrscheinlichkeit aus. Danach steigt diese mit dem Alter an. Männer und Frauen haben zunächst in der Altersgruppe der 70-74-Jährigen eine etwa 5 prozentige und in der Altersgruppe der 75-80-Jährigen eine etwa 10 prozentige Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein. Ab der Gruppe der 80-84-Jährigen steigt die Wahrscheinlichkeit bei den Frauen stärker an als bei den Männern.

Altersgruppe	Männer	Frauen
80 - 84 Jahre	15 %	20 %
85 - 89 Jahre	30 %	40 %
über 90 Jahre	40 %	65 %

Tab. 3-10: Pflegewahrscheinlichkeit  
Quelle: Barmer GEK

Für den Landkreis Kassel ergeben sich daraus folgende **Pflegewahrscheinlichkeiten**:

Altersgruppe	Männer		Frauen	
	Einwohner/innen	Pflegebedürftige	Einwohner/innen	Pflegebedürftige
70 - 74 Jahre	7.369	369	7.994	400
75 - 79 Jahre	5.672	567	6.963	696
80 - 84 Jahre	2.834	425	4.342	868
85 - 89 Jahre	1.547	464	3.117	1.247
über 90 Jahre	510	204	1.704	1.108
gesamt	17.932	2.029	24.120	4.319

Tab. 3-11: Pflegewahrscheinlichkeiten Landkreis Kassel  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

Je nach Berechnungsgrundlage variiert die Anzahl der pflegebedürftigen Männer und Frauen also zwischen 4.806 und 6.348. Der Gesundheitsreport 2014 sieht die Anzahl der Pflegebedürftigen (65 und mehr Jahre) in Hessen von rund 165.000 im Jahr 2011 auf fast 190.000 im Jahr 2020 und somit um 14 % steigen. Ein ähnliches Bild ergibt sich für Pflegebedürftige in stationärer Dauerpflege. Hier wird die Anzahl von fast 44.000 im Jahr 2011 um rund 12 % auf ca. 50.000 steigen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über **Pflegebedürftige** (65 Jahre und älter) in Hessen nach Gebietskörperschaften **2011-2020**.

	2011	2015	2020	Veränderung	
				absolut	%
LK* Kassel	8.359	8.667	9.734	1.375	16,4
Hessen	165.685	170.964	189.055	23.370	14,1

Tab. 3-12: Pflegebedürftige nach Gebietskörperschaften 2011-2020  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Vorausberechnung der Hessen Agentur

\* LK = Landkreis Kassel





Daraus resultieren **Pflegebedürftige in stationärer Dauerpflege** (65 Jahre und älter) nach Gebietskörperschaften **2011-2020**.

	2011	2015	2020	Veränderung	
				absolut	%
<b>LK* Kassel</b>	2.368	2.387	2.710	342	14,4
<b>Hessen</b>	43.875	44.210	49.042	5.167	11,8

Tab. 3-13: Pflegebedürftige in stationärer Dauerpflege nach Gebietskörperschaften 2011-2020

Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Vorausberechnung der Hessen Agentur

\* LK = Landkreis Kassel

Die hier für das Jahr 2011 zugrunde gelegten Zahlen für den Landkreis Kassel übersteigen die oben ermittelten Werte um mindestens das Doppelte. Auch die Pflegeprognose für den Landkreis Kassel der Bertelsmann Stiftung (s. [www.wegweiser-kommune.de](http://www.wegweiser-kommune.de)) weist höhere Zahlen aus. Hier liegt der Anteil der Pflegebedürftigen im Jahr 2009 schon über den im Gesundheitsreport 2014 ermittelten Zahlen. Die für das Jahr 2030 erwartete Anzahl von Pflegebedürftigen von 13.480 verdeutlicht den Handlungsbedarf.

Für den Landkreis Kassel resultiert folgende **Pflegeprognose**:

	2009	2030
<b>Bevölkerung</b>	237.760	212.320
Anteil Über-80-Jährige	5,6 %	10,4 %
<b>Pflegebedürftige</b>	9.050	13.480
<b>Pflegebedürftige Männer</b>	2.892	4.699
<b>Pflegebedürftige Frauen</b>	6.158	8.781
Anteil Pflegebedürftige	3,8 %	6,3 %
Anteil Angehörigenpflege	52,8 %	48,6 %
Anteil ambulante Pflege	20,5 %	21,7 %
Anteil stationäre Pflege	26,7 %	29,6 %

Tab. 3-14: Pflegeprognose Landkreis Kassel

Quelle: Bertelsmann Stiftung

Vergleicht man die Pflegeprognose für den Landkreis Kassel mit der für Hessen, so wird der drastische Rückgang der Bevölkerung um 10,7 % (in Hessen -3,0 %) deutlich. Während in Hessen der Anteil der Über-80-Jährigen um 3,1 % steigt, sind das im Landkreis Kassel 4,8 %. Der Anteil der Pflegebedürftigen steigt in Hessen um 1,4 %, im Landkreis Kassel um 2,5 %. Obwohl der Anteil der Angehörigenpflege im Landkreis Kassel um 4,2 % abnimmt (Hessen 2,9 %), steigt der Anteil an stationäre Pflege im Landkreis Kassel nur um 2,9 % (Hessen 2 %). Daraus folgt, dass im Landkreis Kassel die häusliche Pflege weiterhin eine große Rolle spielen wird, wenn auch mit Unterstützung durch ambulante Pflegedienste.

In diesem Zusammenhang scheint es sinnvoll, einen Blick auf das Angehörigenpflegepotenzial zu werfen. Das Angehörigenpflegepotenzial hilft einzuschätzen, wie viele Angehörige potenziell zur Pflege eines Angehörigen zur Verfügung stehen. Hierbei handelt es sich um die Annahme, dass Personen der Altersgruppe 40 bis 64 Jahre die vorherige Generation ab 65 Jahre zuhause pflegen könnten. Obwohl überwiegend Frauen Hauptpflegende sind, erfolgt keine geschlechterspezifische Analyse.



*Methodik:* Die Anzahl der Personen im Alter von 40 – 64 Jahre wird mit der Anzahl der Personen im Alter ab 65 Jahren ins Verhältnis gesetzt. Ein Angehörigenpflegepotenzial von 1:1,51 bedeutet, dass einem zu Pflegenden 1,51 pflegende Angehörige gegenüberstehen.

	40 – 65 Jahre	65+ Jahre	Angehörigenpflegepotenzial
2013	94.062	55.411	1:1,69
2020 <sup>6</sup>	64.670	60.000	1:1,07
2030 <sup>7</sup>	47.840	69.000	1:0,69

Tab. 3-15: Angehörigenpflegepotenzial

Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Bevölkerungsvorausschätzung HMWVL / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

### 3.2.2 Arbeitsmarkt Pflege

Die Basis einer guten Altenpflege sind qualifizierte Fachkräfte. Doch schon heute haben Dienste und Einrichtungen Mühe, ihren Bedarf an Fachkräften zu decken. Einem steigenden Bedarf an professioneller, qualitätsgesicherter Altenpflege steht ein kleiner werdendes und vielfach umworbene Fachkräftepotenzial gegenüber. Perspektivisch wird sich diese Situation weiter verschärfen: Der Hessische Pflegemonitor (2013) prognostiziert bis zum Jahr 2030 für das Land Hessen einen Ersatz- und Ergänzungsbedarf von knapp 17.000 Vollzeitstellen. Zur Gewinnung von Pflegefachkräften reichen herkömmliche Konzepte allein nicht mehr aus. Neben der klassischen Altenpflegeausbildung bedarf es der Ansprache neuer Zielgruppen. Dabei muss aber auch gleichzeitig über zielgruppenspezifische Ausbildungskonzepte nachgedacht werden.

Das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) erstellt den Hessischen Pflegemonitor im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums. Da erst im Frühjahr 2015 die neuen Daten vorliegen, wird auf die im Sommer 2013 mittlerweile vierte Befragung aller Einrichtungen der Altenhilfe, Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken und Pflegeschulen in Hessen zurückgegriffen.

Die Ergebnisse der vierten Welle zeigen, dass der Pflegekräftebedarf in Hessen weiterhin hoch ist. Gleichzeitig hat sich allerdings auch die Ausbildungssituation in der Altenpflege weiter verbessert. Die Zahl der Absolventinnen und Absolventen der Ausbildungen ist gestiegen. Damit standen den Pflegeeinrichtungen mehr Personen zur Besetzung ihrer offenen Stellen zur Verfügung. Im Vergleich zum Jahr 2010 hat die Anzahl der verfügbaren Ausbildungsplätze für Altenpfleger/innen um 51 % zugenommen. Für Altenpflegehelfer/innen konnte sie sogar um 60 % gesteigert werden. Die steigende Ausbildungsbereitschaft dürfte nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen sein, dass das Land Hessen die Deckelung der Schulplätze aufgehoben hat. Durch die Sicherstellung der Schulgeldfreiheit an staatlich anerkannten Altenpflegeschulen wird eine Ausbildung in diesem Sektor interessant.

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Zahl der bei **ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Hessen** beschäftigten Pflegekräfte im Jahr 2011.

<sup>6</sup> Die Bevölkerungsvorausschätzung gibt nur die Altersgruppe der 40-60-Jährigen wieder

<sup>7</sup> s. Nr. 4



Pflegekräfte	ambulante Pflegeeinrichtungen	stationäre Pflegeeinrichtungen
Pflegekräfte mit Studienabschluss	102	261
Altenpfleger/innen	3.808	9.554
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	5.020	3.166
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen	332	202
Altenpflegehelfer/innen	765	2.407
Krankenpflegehelfer/innen	946	1.126
Sonstiges Pflegepersonal	8.595	27.141
gesamt	19.568	43.857

Tab. 3-16: Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Hessen  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor

Von den insgesamt 13.362 Altenpflegerinnen/-pflegern in Hessen arbeiten 71,5 % im stationären Bereich. 62 % der 3.808 Altenpfleger/innen im ambulanten Bereich sind teilzeitbeschäftigt, in den stationären Pflegeeinrichtungen beträgt ihr Anteil 43 %. Im Landkreis Kassel sind 239 Altenpfleger/innen in ambulanten Diensten beschäftigt und 620 in stationären Einrichtungen. Die prozentuale Verteilung deckt sich somit mit der in Hessen. In Hessen betrug im Jahr 2012 die Anzahl der gesuchten Altenpfleger/innen für den ambulanten Bereich 1.548 (stationär 1.861). Daraus ergibt sich ein Anteil an nicht besetzten Stellen im ambulanten Bereich von 41 % (stationär 21 %). 70 % der ambulanten Dienste in Hessen hatten im Jahr 2012 Besetzungsprobleme mit staatlich geprüften Pflegefachkräften (im stationären Bereich 62 %). So konnten z.B. Arbeitsplätze nicht oder nur zeitlich verzögert besetzt werden, weil keine passenden Mitarbeiter/innen gefunden werden konnten. Auch mussten Arbeitsplätze mit unterqualifizierten Bewerberinnen und Bewerbern besetzt werden, weil keine ausreichend qualifizierten Bewerber/innen verfügbar waren.

Als **Gründe für Stellenbesetzungsprobleme** geprüfte Pflegefachkräfte wurden genannt:

Gründe	Ambulante Dienste in %	Stationäre Einrichtungen in %
keine Bewerber/innen	67	75
kamen nicht zu Vorstellungsgesprächen	37	42
wollten keine Wochenenddienste machen	32	20
wollten keine Nachtdienste machen	3	20
waren nicht zum Schichtdienst bereit	23	13
wollten keinen geteilten Dienst machen	31	8
waren zu wenig mobil	28	16
Vereinbarkeitsprobleme (Kinderbetreuung)	39	32
Vereinbarkeitsprobleme (pflegebedürftige Angehörige)	2	3
waren nicht ausreichend psychisch belastbar	25	16
mangelnde Fachkenntnisse	14	19
fehlende Berufserfahrung	7	7
nicht ausreichende Deutschkenntnisse	11	14
zu hohe Gehaltsansprüche	26	33
Sonstiges	8	3

Tab. 3-17: Gründe für Stellenbesetzungsprobleme  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor



**Zahl und Beschäftigungsumfang der bei ambulanten Diensten** beschäftigten Pflegekräfte im zeitlichen Verlauf (Hessen):

2003		2005		2007		2009		2011	
absolut	davon Teilzeit	absolut	davon Teilzeit	absolut	davon Teilzeit	absolut	davon Teilzeit	absolut	davon Teilzeit
2.278	60 %	2.368	63 %	2.971	65 %	3.531	66 %	3.808	62 %

Tab. 3-18: Pflegekräfte in ambulanten Diensten  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor

Das bedeutet eine Steigerung der Beschäftigten von 67 % innerhalb von 8 Jahren. Im Landkreis Kassel stieg die Mitarbeiterzahl in den Jahre von 2005 bis 2011 um 103 bzw. 75,7 %.

**Zahl und Beschäftigungsumfang der bei stationären Einrichtungen** beschäftigten Pflegekräfte im zeitlichen Verlauf (Hessen):

2003		2005		2007		2009		2011	
absolut	davon Teilzeit	absolut	davon Teilzeit	absolut	davon Teilzeit	absolut	davon Teilzeit	absolut	davon Teilzeit
7.198	31 %	7.889	38 %	8.553	41 %	9.209	42 %	9.554	43 %

Tab. 3-19: Pflegekräfte in stationären Einrichtungen  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor

Das bedeutet eine Steigerung der Beschäftigten von 38 % innerhalb von 8 Jahren und liegt somit deutlich hinter dem Zuwachs im ambulanten Bereich. Im Landkreis Kassel stieg die Zahl der beschäftigten Pflegekräfte im zeitlichen Vergleich von 2005 bis 2011 um 134 Mitarbeiter/innen bzw. um 27,6 %.

Zahl der bei ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen **gesuchten Altenpfleger/innen** im zeitlichen Verlauf (Hessen):

Ambulante Dienste				Stationäre Einrichtungen			
2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012
623	1.028	1.448	1.548	1.260	1.495	1.982	1.861

Tab. 3-20: Gesuchte Altenpfleger/innen  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor

Im Landkreis Kassel wurden 2010 189 Altenpfleger/innen gesucht, 2012 waren es 191.

**Zusammenführung von Angebot und Nachfrage von Altenpflegerinnen/-pflegern** im Zeitvergleich (Hessen):

Angebot				Nachfrage				Salden aus Angebot und Nachfrage			
2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012
2.550	2.019	1.473	1.594	1.901	2.583	3.470	3.443	649	-563	-1.997	-1.849

Tab. 3-21: Angebot und Nachfrage von Altenpflegerinnen/-pflegern  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor



Im Landkreis Kassel belief sich das Saldo im Jahr 2010 auf -107, im Jahr 2012 auf -114 Altenpfleger/innen. Im Jahr 2010 meldeten die ambulanten Pflegedienste einen Anteil an besetzten **Plätzen zur Ausbildung** zum/r Altenpfleger/in von 85 %, die stationären Einrichtungen von 94 %. Im Jahr 2012 ging der Anteil jeweils um 4 % zurück auf 81 % bzw. 90 % (Hessen).

Ausbildungsplätze werden fast ausschließlich von stationären Einrichtungen angeboten. Im Jahr 2012 boten nur 7 % aller stationären Einrichtungen in Hessen keine Ausbildung an. Bei den ambulanten Pflegediensten lag der Prozentsatz bei 57 %. Als Gründe für das Ausbildungsangebot wurden an erster Stelle „Ausbildung des eigenen Nachwuchses“ genannt, gefolgt von „positive Erfahrungen mit bisherigen Auszubildenden“ und „fachlicher Input durch Kontakt mit Auszubildenden und Schulen“. Gegen ein eigenes Ausbildungsangebot sprechen „rechtlicher Rahmen nicht transparent“ und „Refinanzierung der Ausbildung nicht möglich“.

Der **Hessische Pflegemonitor** sieht im Jahr 2030 einen Erweiterungsbedarf an Altenpflegerinnen/-pflegern im ambulanten und stationären Bereich für den Landkreis Kassel von 42 %. Hessenweit liegt dieser Wert bei 37 %. Der Landkreis Kassel liegt damit hessenweit an 10. Stelle. Die 5 kreisfreien Städte haben einen Erweiterungsbedarf zwischen 39 % (Wiesbaden) und 22 % (Kassel).

Nach dem **Regionalen Gesundheitsreport 2014** wird in den kommenden Jahren ein beträchtlicher Teil der derzeit in ambulanten Pflegediensten und stationären Altenpflegeeinrichtungen beschäftigten Pflegefachkräfte altersbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Von den im Jahr 2011 tätigen 10.895 Altenpfleger/innen (in Vollzeitäquivalenten) müssen 2.498 bis zum Jahr 2020, 4.724 bis zum Jahr 2025 und 6.695 bis zum Jahr 2030 ersetzt werden. Dies entspricht einem altersbedingten Ersatzbedarf von 61 % im gesamten Prognosezeitraum.

Im regionalen Vergleich treten allerdings Unterschiede zutage, die Altersstruktur der Beschäftigten unterscheidet sich recht stark. In einigen Regionen wird schon kurzfristig ein recht hoher Anteil der Beschäftigten aus dem Beruf ausscheiden, in anderen wird dies erst mittel- oder langfristig der Fall sein. Besonders hoch ist der Ersatzbedarf in Relation zum Beschäftigtenstand im Wetteraukreis und in der Stadt Darmstadt. Dort werden bis zum Jahr 2030 mindestens 80 % der derzeit noch tätigen Altenpfleger/innen ausscheiden. Am niedrigsten liegt der relative Ersatzbedarf in der Stadt Offenbach und den Landkreisen Kassel und Limburg-Weilburg, wo etwa die Hälfte des aktuellen Bestandes in Rente gehen wird.

Nach dem oben genannten Report wird die Anzahl der Pflegebedürftigen (65 Jahre und mehr) im Landkreis Kassel von rund 8.400 im Jahr 2011 auf über 9.700 im Jahr 2020 und somit um 16 % steigen. Ein ähnliches Bild ergibt sich für Pflegebedürftige in stationärer Dauerpflege. Hier wird die Anzahl von fast 2.400 im Jahr 2011 um über 14 % auf mehr als 2.700 steigen. Diese Entwicklung zieht einen erhöhten Bedarf an Pflegekräften für den Landkreis Kassel nach sich: demografiebedingt werden 62 zusätzliche Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sowie 98 Altenpfleger/innen benötigt. Zusätzlich besteht ein altersbedingter Ersatzbedarf von voraussichtlich 89 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pflegern sowie 130 Altenpflegerinnen/-pflegern. Der Landkreis Kassel hat damit im Vergleich zu anderen hessischen Landkreisen einen erhöhten demografisch bedingten Erweiterungsbedarf.

Im Folgenden werden **Maßnahmen** beschrieben, **die dem Fachkräftemangel entgegenwirken** (sollen). Im Jahr 2015 soll die Reform der Pflegeausbildung auf den Weg gebracht werden. Sie hat das Ziel, die Pflegeberufe zukunftsgerecht weiterzuentwickeln und attraktiver zu machen. Geplant ist eine generalisierte, bundeseinheitliche und kostenlose Pflegeausbildung.

Die bisherigen Ausbildungen folgen einer unterschiedlichen Philosophie. Während die Gesundheits- und Krankenpflege von einer Heilung/Wiederherstellung der Gesundheit ausgeht, beschäftigt sich die Altenpflege mit der Erhaltung einer stabilen Lebensqualität. Hierzu gehört auch die Koordination professioneller



und informeller (privater oder ehrenamtlicher) Versorgung. Im Unterschied zur Gesundheits- und Krankenpflege muss sie sich auch mit körperlichem Verfall und Tod auseinandersetzen.

Die wesentliche Neuerung ist die Zusammenführung der Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Pflegeschüler/innen sollen künftig eine gemeinsame Ausbildung durchlaufen. Zukünftig wird es mehr Überschneidungen bei der Kranken- bzw. Altenpflege geben. So werden immer mehr alte Menschen in Akut-Krankenhäusern behandelt und es brauchen auch immer mehr alte Menschen in Altenpflegeeinrichtungen eine Akutbehandlung.

Die Wohlfahrts- und Berufsverbände befürchten ein Ende des Altenpflegeberufes und erhebliche Folgen für die Zukunft der professionellen Pflege von älteren Menschen sowie eine Verschärfung des Fachkräftemangels. So erwarten sie eine Konkurrenzsituation zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Krankenhäusern, wobei die Krankenhäuser dann attraktiver wären als die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekräfte mehrheitlich das Berufsfeld Krankenpflege anstreben und so den Personalmangel in der Altenpflege erhöhen. Zudem sind viele Altenpflegeschulen aktuell, was die technische Ausstattung und den Ausbildungsstand ihrer Dozentinnen und Dozenten betrifft, nicht in der Lage, eine einheitliche Ausbildung zu gewährleisten.

Die Befürworter/innen argumentieren, dass ein am gesamten Lebensverlauf orientiertes Verständnis von Krankheit und Pflegebedürftigkeit in der heutigen Versorgungslage wesentlich sinnvoller ist statt wie bisher die einzelnen Lebensphasen als konstituierend für verschiedene Pflegeausbildungen anzusehen. Noch offen ist, wie die Pflegeausbildung nach der Reform finanziert werden soll. Das Gesetzgebungsverfahren wird wahrscheinlich nicht vor 2016 stattfinden.

In einem Artikel des Bundesgesundheitsblatt, Ausgabe 8/2013 sind die Autoren Afentakis und Maier der Fragestellung nachgegangen, ob Pflegekräfte aus dem Ausland ein Lösungsansatz sind, um den wachsenden Pflegebedarf zu decken. Sie haben dabei folgende Fragestellungen untersucht:

1. Zu welchem Anteil deckt die Arbeitsmigration bereits heute den Bedarf in Pflegeberufen?
2. Setzen Arbeitsmigrantinnen/-migranten ihre im Ausland erworbene berufliche Pflegequalifikation auf dem deutschen Arbeitsmarkt um oder sind sie eher außerhalb der Pflegeberufe erwerbstätig?
3. Verfügen Arbeitsmigrantinnen/-migranten in Pflegeberufen über eine mindestens 1-jährige im Ausland erworbene Pflegeausbildung oder handelt es sich bei ihnen um ungelernete bzw. fachfremde Pflegekräfte?
4. Aus welchen Ländern kommen die Migrantinnen und Migranten, die in Deutschland in Pflegeberufen arbeiten?
5. Wie ist die Altersstruktur der Arbeitsmigrantinnen/-migranten im Vergleich zu der deutscher Pflegekräfte?
6. Hat die Zuwanderung in Pflegeberufen in den letzten Jahren zu- oder abgenommen?

Ihre Ergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Der Anteil von Personen mit eigener Migrationserfahrung war in den Pflegeberufen ähnlich hoch, wie in der Gesamtwirtschaft. Folglich haben die Pflegeberufe bislang nicht überdurchschnittlich von einer Arbeitsmigration profitiert.
- 29,7 % der Arbeitsmigrantinnen/-migranten setzen ihre im Ausland erworbene Pflegequalifikation auf dem deutschen Arbeitsmarkt nicht um, sondern waren außerhalb der Pflegeberufe erwerbstätig. Sie müssten bei zunehmenden Pflegepersonalengpässen wieder für eine Erwerbstätigkeit in Pflegeberufen gewonnen werden.



- Arbeitsmigrantinnen/-migranten sind eher in Pflegetätigkeiten zu finden, die ein geringeres formales Qualifikationsniveau erfordern.
- Die qualifizierte Zuwanderung in Pflegeberufen konzentriert sich auf die Berufsordnungen der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen.
- Arbeitsmigrantinnen/-migranten aus der ehemaligen Sowjetunion und den östlichen EU-Staaten stellen den Großteil der in den Pflegeberufen beschäftigten Arbeitsmigrantinnen/-migranten.
- Arbeitsmigrantinnen/-migranten in Pflegeberufen waren im Durchschnitt älter als Nicht-Arbeitsmigrantinnen/-migranten.

Eine Analyse des Zuzugsalters und Zuzugsjahres verdeutlicht, dass die als Pflegekräfte tätigen Arbeitsmigrantinnen/-migranten in jungem Alter (durchschnittlich 29,4 Jahre) zugezogen sind. Der hohe Altersdurchschnitt zum Befragungszeitpunkt beruht folglich darauf, dass der Zuzug neuer Arbeitsmigrantinnen/-migranten in den letzten Jahren rückläufig war. Zwischen 2005 und 2009 kamen pro Jahr durchschnittlich 2.000 Arbeitsmigrantinnen/-migranten nach Deutschland, die im Berichtsjahr 2010 einen Pflegeberuf ausübten. Zwischen 1988 und 1995 waren es hingegen jährlich noch durchschnittlich 6.000.

Die Autoren kommen zu dem Fazit, dass es somit zum jetzigen Zeitpunkt fraglich ist, ob eine zukünftige Zuwanderung aus den osteuropäischen EU-Ländern nach Deutschland realistisch erscheint. Zum einen ist seit der letzten Zuwanderungswelle Ende der 1980er Jahre die Lebensqualität in diesen Ländern stark gestiegen. Zum anderen vollzieht sich auch in ihnen ein demographischer Wandel, der mittel- bis langfristig ebenfalls mit einer steigenden Nachfrage an Pflegekräften einhergeht.

Angesichts des Fachkräftemangels in der Altenpflege hatten sich das Bundesfamilien-, Bundesarbeits-, Bundesgesundheits- und Bundesbildungsministerium bereits 2011 auf die „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ geeinigt. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe entwickelte konkrete Zielvereinbarungen für zehn Handlungsfelder, um die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege zu fördern und die Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes zu erhöhen:

1. Verstärkte Ausbildungsanstrengungen und bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten bei Einrichtungen und Schulen
2. Erschließung des Nachqualifizierungspotenzials in der Altenpflege
3. Weiterbildungsförderung durch die Agenturen für Arbeit und Jobcenter
4. Weiterentwicklung der Pflegeberufe
5. Verbesserte Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen im Pflegebereich
6. Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie von Familie und Ausbildung in der Altenpflege
7. Attraktive Arbeitsbedingungen in der Altenpflege
8. Förderung der gesellschaftlichen Bedeutung des Berufsfeldes durch Öffentlichkeitsarbeit
9. Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Altenpflege
10. Nutzen der Chancen der (Arbeitnehmer/innen-)Freizügigkeit (in der EU).

Mit der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012-2015“ haben Bundesregierung, Länder und Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Fach- und Berufsverbände der Altenpflege, die Bundesagentur für Arbeit, Kostenträger/innen und Gewerkschaften Ziele und Maßnahmen zur Sicherung der Fachkräftebasis vereinbart und festgestellt: „Die beruflichen Rahmenbedingungen der Pflegekräfte in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen müssen verbessert werden und die Zahl der Auszubildenden muss erhöht



werden, um den Berufsnachwuchs zu sichern.“ Der vorrangige Auftrag wird in der Ausschöpfung des inländischen Fachkräftepotenzials gesehen. Träger/innen, Einrichtungen und Dienste müssen attraktive Rahmenbedingungen schaffen. Personalgewinnung und Personalentwicklung brauchen gute Konzepte. So arbeiten z.B. viele Pflegekräfte in Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen. Im ambulanten Bereich waren laut Pflegestatistik im Jahr 2009 nur 35,3 % der Altenpfleger/innen vollzeitbeschäftigt, im stationären Bereich immerhin 50,7 %. Eine Ausweitung der Wochenarbeitszeit teilzeitbeschäftigter Pflegekräfte wäre also eine gute Möglichkeit, um das vorhandene Fachkräftepotenzial besser zu nutzen. Dazu gehört auch die Erschließung und Ansprache neuer Zielgruppen, um mehr Menschen für die Altenpflege zu gewinnen. So sind bisher Männer in der professionellen Altenhilfe wenig vertreten. Ihren Anteil zu erhöhen ist ebenso anzustreben, wie ein höherer Anteil von Fachkräften mit Migrationshintergrund. Darüber hinaus sind bessere Zugänge in das Berufsfeld Altenpflege für Quer- und Umsteiger/innen notwendig. Die Anwerbung und Zuwanderung ausländischer Pflegekräfte wird von der Pflegebranche als eine pragmatische Lösung zur Milderung des Fachkräftemangels forciert. Ob diese Erwartung trägt, wird unterschiedlich beurteilt. Auf jeden Fall ist die Zuwanderung ausländischer Fachkräfte im Hinblick auf die Qualität der Altenpflege verantwortungsvoll zu gestalten (s. auch oben).

Ziel der gemeinsamen Anstrengungen ist es, die Ausbildungszahlen in der Altenpflege bis Ende 2015 um jährlich 10 % zu steigern. Außerdem soll die Attraktivität des Berufsfeldes durch verbesserte Gesundheitsförderung, einen ausgewogeneren Personal-Mix, leistungsgerechte Vergütung und eine gemeinsame Kampagne zur verstärkten Wertschätzung dieses Berufsfeldes in der Gesellschaft gesteigert werden.

Die beteiligten Verbände sagten zu, zur Nachqualifizierung von bis zu 4.000 Pflegehelferinnen/-helfern zu examinierten Altenpflegekräften beitragen zu wollen. Die Bundesagentur für Arbeit übernimmt bis 2015 die volle Finanzierung der dreijährigen Umschulung von Arbeitslosen zu Altenpflegefachkräften und die Ausbildungsverkürzung bei entsprechenden Vorkenntnissen.

Das Projekt „Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften“ wird im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie durch die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH in Kooperation mit der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit (ZAV) umgesetzt. Es geht auf die „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ der Bundesregierung zurück. Erste Ergebnisse sollten Ende 2014 in einem Zwischenbericht veröffentlicht werden, liegen z. Z. aber noch nicht vor.

In einer Studie befragte das Forschungsnetzwerk Gesundheit der Leuphana Universität Lüneburg 1.000 Beschäftigte in 26 Pflegeheimen im ehemaligen Regierungsbezirk Lüneburg zum Thema Gesundheit und Arbeitszufriedenheit ([www.leuphna.de](http://www.leuphna.de)). Sie ist damit die größte Studie des Personals in Pflegeheimen in Deutschland. Die Ergebnisse machen die Belastung des Pflegepersonals deutlich und bieten eine Erklärung dafür, dass fast ¼ der Altenpfleger/innen den Beruf innerhalb der ersten 5 Jahre nach Ausbildungsende dauerhaft verlässt. So bringt jede 5. Altenpflegekraft die Erschöpfung auf den Gedanken, den Beruf zu wechseln. Das Personal erlebt die psychischen Belastungen als die häufigste Beeinträchtigung im Pflegealltag. Rund 30 % geben an, sich dauerhaft oder fast täglich müde, angespannt oder überfordert zu fühlen. Etwa ¼ leidet mehrmals pro Woche oder häufiger an Kopfschmerzen. Ca. 1/5 hat fast jede Nacht Probleme beim Ein- und Durchschlafen und über die Hälfte erschien zweimal oder öfter zur Arbeit – trotz gegenteiligen Rat des Arztes. Das hier deutlich werdende hohe Engagement und Pflichtgefühl kann jedoch einen langfristigen, krankheitsbedingten Ausfall zur Folge haben.





Frau Jost veröffentlichte im Bundesgesundheitsblatt, Ausgabe 8/2013 einen Artikel mit dem Titel „Altenpflegekräfte länger im Beruf halten“. Sie sieht die Ursache für den aktuellen Fachkräftemangel in der Pflege in den umfangreichen Unterbrechungszeiten in den Erwerbsbiographien. Gründe dafür sind Vereinbarkeitsprobleme des Berufes mit familiären Aufgaben, insbesondere der Kinderbetreuung, vermutlich in zunehmendem Maße aber auch mit der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger oder die chronischen gesundheitlichen Probleme. Wichtige Ansätze sind hier neben umfassenden Aktivitäten zur Gesundheitsförderung auch Initiativen, um die Kinderbetreuungssituation zu verbessern. Dies ist z.B. durch eine Vernetzung und Kooperation mit Kommunen oder gemeinnützigen Trägerinnen und Trägern von Betreuungseinrichtungen oder den Einsatz von Tagesmüttern und Betreuungsnotdiensten möglich. Flexible Arbeitszeitmodelle, welche die Bedürfnisse der Mütter (und Väter) berücksichtigen, könnten einen früheren Wiedereinstieg nach einer Erziehungszeit oder eine niederschwellige Weiterbeschäftigung in der Erziehungszeit ermöglichen. Durch innerbetriebliche Veränderungsprozesse, welche die Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte positiv weiterentwickeln, kann also die gesundheitliche Situation verbessert, die Zufriedenheit der Kräfte gefördert und damit der Verbleib im Beruf verlängert werden.

Die Engagement- und Seniorenpolitik auf Bundes- und Länderebene zielt darauf ab, (qualifiziertes) freiwilliges Engagement in der Pflege zu stärken und die Zahl der Freiwilligen zu erhöhen. Der Gesetzgeber hat die Förderung von freiwilligem Engagement in der Pflege im SGB XI (§45 d SGB XI) ausdrücklich festgeschrieben und so das Verständnis von Pflege als einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe gestärkt. Zwar kann und soll freiwilliges Engagement professionelle Pflege nicht ersetzen, aber professionelle Pflege im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung kann nicht alle Teilhabebedarfe pflegebedürftiger Menschen abdecken. Doch gerade in der Pflege braucht freiwilliges Engagement die Qualifizierung und Begleitung durch „Pflegeprofis“. Die nachhaltige, gelingende Einbindung von freiwilligem Engagement in Einrichtungen/Diensten der Altenpflege braucht eine konzeptionelle Verankerung und organisatorische Rahmenbedingungen. Die Gestaltung einer aktiven Anerkennungskultur, die neben Formen öffentlicher Anerkennung auch Angebote der Qualifizierung und der Beteiligung freiwillig Engagierter an der Gestaltung lokaler Angebote umfasst.

So ergab auch eine repräsentative Studie zur Rolle und zu den Potenzialen des ehrenamtlichen Engagements in der Pflege (Forsa-Institut im Auftrag der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege – ZQP, 2013), dass 71 % der über 1.000 Befragten eine Ausweitung des ehrenamtlichen Engagements in der Pflege für wünschenswert halten, 28 % halten ein solches Ehrenamt sogar für attraktiv. Aber 71 % würden durch die mögliche hohe psychische Belastung und durch die Konfrontation mit Krankheit und Tod auch davon abgehalten. Ehrenamtliche sollten der Studie zufolge in den Bereichen tätig werden, für die Pflegenden zu wenig Zeit haben. 30 % sind sogar der Meinung, dass Ehrenamtliche auch in der körperorientierten Fachpflege zum Einsatz kommen sollten.

Die mediale Berichterstattung über die Pflege ist sehr unterschiedlich. Während in den politischen Wochenjournalen Hintergrundberichte und die sachliche Informationsvermittlung im Vordergrund stehen, werden in der Boulevardpresse typischerweise primär emotionale Berichterstattungen sichtbar. Es wäre empfehlenswert, eine differenzierte Berichterstattung über moderne pflegerische Konzepte, Leistungen und Arbeitsmöglichkeiten in der Pflege aufzunehmen und verstärkt in die Medien zu bringen. Dies ist auch eine Aufgabe der Einrichtung selbst, die in einem höheren Maße als bislang strategische Öffentlichkeitsarbeit betreiben müssen, wenn sie einer einseitig negativen Berichterstattung wirkungsvoll entgegenzutreten wollen (s. „starke Vielfalt“ im Landkreis Kassel).



Das Projekt „AiQuA – Arbeitsintegrierte Qualifizierung in der Altenpflege“ ([www.aiqua.de](http://www.aiqua.de)) läuft seit Juli 2011. Hier werden langjährige, bewährte und gut eingearbeitete Pflegehilfskräfte auf dem Weg zu examinierten Altenpfleger/innen begleitet. Mit modernen, erwachsenengerechten Methoden des „arbeitsintegrierten Lernens“ und unter Beibehaltung der Berufstätigkeit werden die Lerninhalte einer regulären Ausbildung zum/r examinierten Altenpfleger/in vermittelt und die Prüfung absolviert. Die beteiligten Einrichtungen können dadurch ihren Fachkräftemangel zumindest ansatzweise ausgleichen. Die Teilnehmer/innen erleiden keine finanziellen Einbußen, müssen dafür aber mit einem erheblichen zeitlichen Aufwand rechnen, denn neben der regulären Arbeitszeit sind Zeiten in Lerngruppen und für individuelle Lernzeiten einzubringen. Sie werden durch Praxisanleiter/innen und examinierte Kolleginnen und Kollegen in den Wohnbereichen begleitet. Da bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Lernerfahrungen meist schon länger zurückliegen, ist der Lernprozess an die vorhandenen Fähigkeiten angepasst. Ein ähnliches Konzept beinhaltet das Projekt „aufwärts! In der Altenpflege“.

Nachdem sich die Pflegekommission, in der Arbeitgeber/innen und Arbeitnehmer/innen vertreten sind, nach monatelangen Verhandlungen geeinigt hat, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Zweite Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche beschlossen und damit den Mindestlohn in der Pflege angehoben.

Folgende Erhöhungsschritte sind vorgesehen:

Zeitraum	West		Ost	
	€	%	€	%
bis 12/2014	9,00		8,00	
ab 01/2015	9,40	+4,4	8,65	+8,1
ab 01/2016	9,75	+3,7	9,00	+4,1
ab 01/2017	10,20	+4,6	9,50	+5,6

Tab. 3-22: Erhöhungsschritte Mindestlohn  
Quelle: Bundesministerium für Soziales

Damit liegt er bereits heute über dem ab diesem Jahr geltenden gesetzlichen Mindestlohn von 8,50 €. Er gilt für alle Betriebe, die ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Pflegeleistungen oder ambulante Krankenpflegeleistungen erbringen. Ab 01.10.2015 wird zudem der Kreis derer, für die der Pflegemindestlohn gilt, deutlich ausgeweitet. Dann werden zusätzlich auch die Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI, Alltagsbegleiter/innen sowie Assistenzkräfte erfasst. Überall dort, wo der Pflegemindestlohn nicht gilt, wie z.B. in Privathaushalten, wird ab dem 01.01.2015 der allgemeine gesetzliche Mindestlohn von bundesweit 8,50 €/Std. gelten. Arbeitgeber/innen, Gewerkschaften und Sozialverbände sehen in der neuen Regelung allerdings nur einen ersten Schritt und fordern „in Tarifverträgen ausgehandelte, faire Löhne in der Fläche“. Die Auswirkungen des Pflegemindestlohnes bleiben abzuwarten.

Hingewiesen sei an dieser Stelle auch auf die Ausführungen in Kap. 3.1.1 zum Thema osteuropäische Pflegekräfte.

### 3.1.1.8 Gesetzliche Veränderungen im Bereich Pflege

Der Bundesrat hat am 7. November 2014 das "Erste Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften" (Erstes Pflegestärkungsgesetz - PSG I)



gebilligt. Noch in dieser Legislaturperiode will die Bundesregierung in einem zweiten Schritt im Rahmen des PSG II einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführen und somit die Begutachtung und Feststellung von Pflegebedürftigkeit reformieren. Geplant ist die Einführung von fünf Pflegegraden statt der bisherigen drei Pflegestufen (s. unten). Ab 2015 wird der Beitragssatz in einem ersten Schritt um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 % und 2,6 % für Kinderlose steigen. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz werden die Beiträge zur Pflegeversicherung im Jahr 2017 nochmals um 0,2 Prozentpunkte angehoben, um die zweite Stufe der Pflegereform zu finanzieren. Zudem wird ein Pflegevorsorgefonds aufgebaut, der ab dem Jahr 2035 zur Stabilisierung des Beitragssatzes genutzt wird, damit ausreichend Mittel zur Verfügung stehen, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ins Pflegealter kommen.

Das Pflegestrukturgesetz I sieht folgende Leistungsverbesserungen vor:

- **Pflegegeld** für häusliche Pflege steigt zwischen 2,5 % (Pflegestufe 0 mit Demenz) und 4 % (Pflegestufe III mit Demenz).
- **Pflegesachleistungen** für häusliche Pflege steigt zwischen 2,7 % (Pflegestufe 0 mit Demenz) und 4 % (Pflegestufe III mit Demenz).
- **Pflegehilfsmittel** steigen unabhängig von Pflegestufe um 29 %.
- **Verhinderungspflege** steigt unabhängig von Pflegestufe sowohl in der Höhe (4 %) als auch bei der Dauer (von 4 auf 6 Wochen). Außerdem kann bis zu 50 % des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (806 €) künftig zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden.
- **Tages- / Nachtpflege:** erstmals erhalten auch Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 0 mit Demenz Leistungen (231 €/mtl.). In den anderen Pflegestufen erfolgt eine Steigerung um 4 %. Leistungen der Tages-/Nachtpflege können zukünftig neben der ambulanten Pflegesachleistung/dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Bisher wurden die Inanspruchnahme von Tages-/Nachtpflege und die ambulanten Pflegeleistungen (Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen) zum Teil aufeinander angerechnet. Damit steht deutlich mehr Geld für Betreuung zur Verfügung.
- **Kurzzeitpflege:** erstmals erhalten auch Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 0 (mit Demenz) Leistungen (1.612 €/jährlich). Der Betrag stieg um 4 %. Neu ist hier, dass der im Kalenderjahr bestehende, noch nicht verbrauchte Betrag für Verhinderungspflege auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann; parallel dazu kann auch die Zeit für die Inanspruchnahme von 4 auf bis zu 8 Wochen ausgeweitet werden.
- **Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen:** Generell steigt die Leistung um 2,5 %. Der Wohngruppenzuschlag, den Pflegebedürftige aus der Pflegeversicherung erhalten, wenn sie eine Pflegekraft in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens drei Pflegebedürftigen beschäftigen, wird künftig auf 205 € pro Monat erhöht. Außerdem gibt es eine Anschubfinanzierung (bis zu 2.500 € je Pflegebedürftige/n, maximal 10.000 € insgesamt je Wohngruppe) für die Gründung einer ambulant betreuten Pflege-Wohngruppe, die künftig einfacher in Anspruch genommen werden kann. Diese Leistungen stehen künftig auch Personen in der sog. Pflegestufe 0 (insbesondere Demenzkranke) zur Verfügung. Auch der Zuschuss für Umbaumaßnahmen wird deutlich aufgestockt. Wohngruppen können künftig bis zu 16.000 € erhalten.
- **Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen:** Oft sind es Umbaumaßnahmen wie Rollstuhlrampen, begehbare Duschen oder die Verbreiterung von Türen, die es Pflegebedürftigen ermöglichen, im eigenen Zuhause oder in einer Pflegewohngemeinschaft zu bleiben. Auch pflegenden Angehörigen kann durch diese Veränderungen die Pflege erleichtert werden. Daher werden ab dem 1. Januar 2015 die Zuschüsse hierfür deutlich gesteigert: Von bisher bis zu 2.557 € auf zukünftig bis zu 4.000 € pro Maßnahme. Leben mehrere Pflegebedürftige gemeinsam in einer Wohnung, können sie statt bis zu 10.228



€ jetzt bis zu 16.000 € pro Maßnahme erhalten. Auch die Zuschüsse zu Pflegehilfsmitteln, die im Alltag verbraucht werden, werden deutlich angehoben (von bis zu 31 € auf bis zu 40 € je Monat).

- **Leistungen bei vollstationärer Pflege** werden auch weiterhin erst ab Pflegestufe I gewährt. Durchgängige Erhöhung um 4 % über alle Pflegestufen. Die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in Heimen nach § 87b SGB XII wird durch eine Verbesserung des Betreuungsschlüssels auf 1:20 (bisher 1:24) aufgestockt. Zugleich wird das Angebot nicht mehr auf Personen mit allgemeiner eingeschränkter Alltagskompetenz begrenzt, sondern für alle pflegebedürftigen Bewohner/innen ausgeweitet.
- **Zusätzliche Betreuungsleistungen** erstmals erhalten auch Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz mit Pflegestufe I-III Leistungen. Sowohl der Grundbetrag als auch der erhöhte Betrag werden um 4 % angehoben (bis zu 104 oder 208 €/Monat). Wird der Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nicht voll ausgeschöpft, kann der ungenutzte Betrag – "Umwidmungsmöglichkeit" in Höhe von bis zu 40 % des jeweiligen ambulanten Leistungsbetrags – für niederschwellige Betreuungsangebote verwendet werden. Damit können Leistungen von Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege und Betreuungsleistungen durch ambulante Pflegedienste oder nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Angebote finanziert werden. Es können aber auch anerkannte Haushalts- und Serviceangebote oder Alltagsbegleiter/innen finanziert werden, die bei der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Bewältigung sonstiger Alltagsanforderungen im Haushalt helfen. Das können auch Pflegebegleiter/innen der Angehörigen sein, die bei der Organisation und Bewältigung des Pflegealltags helfen. Und auch die Aufwandsentschädigung für eine/n, nach Landesrecht anerkannte/n ehrenamtliche/n Helfer/in, kann damit bezahlt werden, der/die zum Beispiel beim Gang auf den Friedhof begleitet oder beim Behördengang unterstützt.

Das geplante Pflegestärkungsgesetz II sieht statt drei Pflegestufen künftig fünf Pflegegrade vor, die der individuellen Pflegebedürftigkeit besser gerecht werden. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll nicht mehr zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen unterschieden werden. Ausschlaggebend dafür, ob jemand pflegebedürftig ist, wird der Grad der Selbstständigkeit sein: Was kann jemand noch alleine und wo benötigt er/sie Unterstützung? Davon profitieren alle Pflegebedürftigen, Demenzkranke und Menschen mit körperlichen Einschränkungen gleichermaßen. Ausgehend von der Selbstständigkeit einer Person wird das Stadium der Einschränkung in fünf Grade eingestuft, von geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (Pflegegrad 1) bis zur schwersten Beeinträchtigung, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergeht (Pflegegrad 5). Um den Grad der Selbstständigkeit einer Person zu messen, werden Aktivitäten in sechs pflegerelevanten Bereichen untersucht. Das Verfahren berücksichtigt erstmals auch den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen. Bei dem neuen Begutachtungsverfahren wird nicht wie bei der bisher geltenden Methode die Zeit gemessen, die zur Pflege der jeweiligen Person durch eine/n Familienangehörige/n oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson benötigt wird, sondern es werden Punkte vergeben, die abbilden, wie weit die Selbstständigkeit eine Person eingeschränkt ist. Anhand der Ergebnisse der Prüfung werden die Pflegebedürftigen in einen der fünf Pflegegrade eingeordnet.

Die Hauptkritikpunkte am PSG I betreffen den § 45b „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“:

*„(1) .... Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen der Betreuung oder Entlastung. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen...*

*3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung und nicht um Leistungen der Grundpflege handelt, oder*



*4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind...*

*(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote zu bestimmen. Niedrigschwellige Angebote, die sowohl die Voraussetzungen des § 45c Absatz 3 als auch des § 45c Absatz 3a erfüllen, können unter Beachtung der jeweiligen Anerkennungsbedingungen eine gemeinsame Anerkennung als Betreuungs- und Entlastungsangebot erhalten.“*

Die Landkreise, in Hessen die anerkennenden Behörden für Angebote nach § 45c, sind zurzeit nicht in der Lage, die nun gehäuft eingehenden Anträge auf Anerkennung, zu bearbeiten.

Sie benötigen dafür eine überarbeitete hessische Verordnung zur Ausführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (Stand 16.12.2003). Sie regelt die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, verweist zu den Voraussetzungen auf die Empfehlungen nach § 45 c Absolut 6 SGB XI und umfasst die Entlastungsangebote. Nach Auskunft des HMSI vom 21.01.2015 soll sie nicht geändert werden. Des Weiteren fehlen die Empfehlungen nach § 45 Absolut 6 SGB XI (Stand 08.06.2009). Sie definieren das Nähere zu den Angeboten und zu den Voraussetzungen und werden zurzeit überarbeitet (Zeitpunkt der Veröffentlichung ist nicht bekannt). Nach der hessischen Verordnung müssen die darin definierten Voraussetzungen erfüllt und angepasst werden. Ohne neue Empfehlung ist jedoch keine Anerkennung möglich. Da laut HLT Rundschreiben 400/2010 nur Angebote, die mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern arbeiten, anzuerkennen sind und keine Einzelpersonen und gewerbliche Anbieter/innen, stellt sich den Landkreisen die Frage, ob diese Aussage auch für die neuen Entlastungsangebote gilt. Laut Auskunft des HMSI vom 21.01.2015 ist dies der Fall. Daraus folgt, dass hauswirtschaftliche Verrichtungen ehrenamtlich erledigt werden sollen. Dagegen spricht, dass das Interesse Ehrenamtlicher an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten geringer ist als an Betreuungsleistungen. Zudem ist die Nachfrage nach Unterstützung in diesem Bereich so hoch, dass es fraglich erscheint, diese mit ehrenamtlich Tätigen zu befriedigen. Dafür spricht u.a., dass die Angebote für den/die Nutzer/in kostengünstiger sein könnten als bei einem/r gewerblichen Anbieter/in. Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände kritisiert in diesem Zusammenhang, dass die bereits heute bürgerschaftlich getragenen niedrigschwelligen Betreuungsangebote in Konkurrenz geraten zu professionellen Betreuungsangeboten. Die Qualität der bürgerschaftlich getragenen Angebote ist häufig hoch. Diese Angebote sollten nicht erschwert, sondern vielmehr weiter gefördert werden. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Verknüpfung haushaltsnaher Dienstleistungen mit Betreuungsleistungen, die ihres Erachtens im Widerspruch zum Fördergedanken des § 45c SGB XI steht.

§ 45b sieht u.a. die Umwidmung von bis zu 40 % des jeweiligen ambulanten Leistungsbetrags für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote vor. Diese Regelung birgt nach Auffassung des Deutschen Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) die Gefahr, dass prekäre Arbeitsverhältnisse gefördert werden. Denn mit diesen Geldern könnten zukünftig auch die osteuropäischen Haushaltshilfen finanziert werden, die schon heute häufig ohne korrekte soziale Absicherung tätig sind. Die Forderung des Verbandes nach nachweislicher Verpflichtung zur legalen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, wenn Aufwendungen aus Geldern der Pflegeversicherung erstattet werden, ist deshalb nachvollziehbar. Des Weiteren ist die Berechnung der „Umwidmung“ sehr komplex und kann sicherlich nur von wenigen Angehörigen ohne Beratung durch den Pflegestützpunkt oder die Altenberatungsstellen durchgeführt werden.



Die im PSG I vorgesehene Förderung eines weiteren **Ausbaus alternativer Wohn- und Versorgungsformen** für Pflegebedürftige ist grundsätzlich richtig. Jedoch müssen den Kommunen hierfür auch in angemessenem Umfang finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, wenn sie den Sicherstellungsauftrag wahrnehmen sollen. § 8 SGB XI nennt die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine „gesamtgesellschaftliche“ Aufgabe. Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen haben eng zusammen zu wirken, um eine leistungsfähige, ortsnahe und aufeinander abgestimmte Versorgung zu gewährleisten.

Die Frankfurter Rundschau (14.05.2014) äußert sich kritisch zum geplanten PSG II. „Die erweiterte Fassung der Pflegebedürftigkeit und die Ausdifferenzierung der Pflegestufen wird zweifellos zu einer Entlastung der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen führen. Aber solange die familialen Netzwerke die eigentliche Hauptlast der Verantwortung für die „alternde Gesellschaft“ tragen und dies nicht von der Reform in Frage gestellt wird, wird deutlich, dass die alternde Gesellschaft nicht vorwiegend ein Kostenproblem hat.“

Das „Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ ist am 1. Januar 2015 in Kraft getreten. Damit werden die bestehenden Regelungen im Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und im Familienpflegezeitgesetz (FamilienpflegeZG) weiter entwickelt und besser miteinander verzahnt.

Angehörige, die Zeit für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation benötigen, können bis zu zehn Tage von der Arbeit fernbleiben. Dies ist seit dem 1. Januar 2015 mit einem Anspruch auf eine Lohnersatzleistung, das Pflegeunterstützungsgeld (bis zu 90 % des Nettogehaltes aus der Pflegeversicherung) verbunden, und ist damit mit dem Kinderkrankengeld vergleichbar.

Mit der Pflegezeit haben Beschäftigte einen Anspruch, sich für maximal sechs Monate von der Arbeit freustellen zu lassen oder in Teilzeit zu arbeiten, um eine/n pflegebedürftige/n nahen Angehörige/n zu betreuen. Seit dem 1. Januar 2015 gilt ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit. Damit können Beschäftigte ihre wöchentliche Arbeitszeit für maximal zwei Jahre auf bis zu 15 Stunden reduzieren, wenn sie eine/n pflegebedürftige/n nahe/n Angehörige/n in häuslicher Umgebung pflegen. Die Regelung gilt nicht gegenüber Arbeitgeberinnen/-gebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten, wobei Auszubildende nicht mitgezählt werden. Die Dauer der Reduzierung der Arbeitszeit beträgt auch bei Kombination der verschiedenen Freistellungsansprüche beider Gesetze maximal 24 Monate.

Zur besseren Absicherung des Lebensunterhalts während der Familienpflegezeit und der Pflegezeit wurde ein Anspruch der Beschäftigten auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen eingeführt. Das Darlehen kann direkt beim Bundesamt für zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Es wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt grundsätzlich die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Auf entsprechenden Antrag kann auch ein niedrigeres Darlehen - bis zu einer Mindesthöhe von 50 € monatlich – genommen werden. Die Rückzahlung muss innerhalb von 48 Monaten erfolgen.

Werden Freistellungen nach dem Pflege- oder dem Familienpflegezeitgesetz in kleinen Unternehmen, in denen der Rechtsanspruch nicht gilt, auf freiwilliger Basis vereinbart, haben Beschäftigte auch einen Anspruch auf Förderung durch das zinslose Darlehen.

Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wurde auch der Begriff der "nahen Angehörigen" zeitgemäß erweitert, indem auch die Stiefeltern, Partner/innen in einer lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft sowie Schwäger/innen aufgenommen werden (bisher: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehepartner/innen, Partner/innen in eheähnlicher Gemeinschaft, Geschwister, Adoptiv-, Pflege-, Schwieger-, Enkelkinder).



Neben der Pflege eines/r pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung wird auch die außerhäusliche Betreuung eines pflegebedürftigen minderjährigen Kindes einbezogen. Dies gilt auch für die Begleitung von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase.

Für Beschäftigte besteht von der Ankündigung - höchstens jedoch 12 Wochen vor dem angekündigten Beginn - bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung, der Pflegezeit oder der Familienpflegezeit Kündigungsschutz und er/sie bleibt sozialversichert.

Ob die Neuregelungen die Anzahl der Anträge (im Jahr 2013 lediglich 135 Anträge) steigen lassen wird, bleibt abzuwarten. Die geringe Nutzung scheint eher ein Problem der alleinigen Finanzierung durch den/die Arbeitnehmer/in zu sein und nicht der bisher fehlende Rechtsanspruch. Durch das zinslose Darlehen werden die Kosten der Pflege praktisch vollständig privatisiert, obwohl Familie hier die Gesellschaft entlastet. Einen Zeitraum von maximal 6 Jahren mit einem geringen Einkommen zu überbrücken werden sich nur finanziell abgesicherte Familien leisten können.

Da das Thema Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erst langsam in der Gesellschaft ankommt, wurde die **Charta zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege** von Arbeitgeberinnen/-gebern in Kooperation mit dem Hessischen Sozialministerium sowie den Co-Initiatorinnen und -Initiatoren AOK Hessen, berufundfamilie, Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft, DGB Hessen-Thüringen und der Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände (VhU) ins Leben gerufen. Sie will das vorhandene Engagement der Arbeitgeber/innen sichtbar machen und dadurch weitere Betriebe und Organisationen zur Mitarbeit anregen. Im Hinblick auf eine bessere Vereinbarkeit geht es den Charta-Mitgliedern vor allem darum, gemeinsam tragfähige Lösungen zu entwickeln, die sowohl den Anforderungen der Arbeitgeber/innen als auch den Belangen der Pflegenden sowie deren pflegebedürftigen Angehörigen Rechnung tragen. Dabei ist die Enttabuisierung des Themas Pflege ein erster grundlegender Schritt. Beschäftigte, die Verantwortung für ihre pflegebedürftigen Angehörigen übernehmen, sollen in ihrem Arbeitsumfeld gewürdigt und unterstützt werden. Mit der Unterzeichnung der Charta bekennen sich die Unterzeichner/innen

- zur Enttabuisierung und Würdigung der Übernahme von Pflegeaufgaben,
- zur Förderung einer entsprechenden Organisationskultur,
- zum lösungsorientierten Umgang mit den Situationen der pflegenden Beschäftigten und
- zur Förderung des internen und externen Dialogs.

Die Unterschrift unter die Charta ist ein freiwilliges Selbstbekenntnis zur Würdigung der Pflegearbeit von Beschäftigten. Die Charta wurde bis Ende 2014 von 50 Unternehmen und Organisationen unterzeichnet. Für 2015 haben sich bisher 14 weitere angemeldet.

### 3.2.3 Ambulante Versorgung

Eine der umfangreichsten Studien zum Thema „Pflegearrangements in Privathaushalten“ wurde im Jahr 2014 von der Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ (ZQP) veröffentlicht. Als Datengrundlage diente ihnen das Sozioökonomische Panel (SOEP) des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung (DIW). Mit dem SOEP kann ein Zeitraum von 28 Jahren untersucht werden (1984-2011). Im Jahr 2011 nahmen knapp 20.000 Personen, die in fast 13.000 Haushalten lebten, an der Stichprobe teil. Auf Grund des großen Stichprobenumfangs wurden auch relativ viele ältere Personen erfasst. Im Jahr 2011 waren über 1.000 der 21.336 befragten Erwachsenen 80 Jahre oder älter. Berücksichtigt wurden alle privatwohnenden Personen ab 65 Jahre, die angaben, in ihrem Alltag Hilfe oder Pflege zu benötigen. In dieser Studie gilt eine Person als pflegebedürftig, wenn sie in mindestens einer alltäglichen Aufgabe wie Anziehen, Treppen steigen,



Körperpflege oder Haushaltsführung eingeschränkt selbständig ist. Im Vergleich zu den Krankenkassen-routinedaten der Pflegestatistik, sind die hier verwendeten Datensätze komplexer und enthalten umfangreiche Informationen zu Lebenssituation und Ressourcen pflegebedürftiger Menschen wie deren Haushaltskontext, Einkommen und soziale Netzwerke.

Insgesamt 44 % der Pflegebedürftigen leben allein, 42 % in einem Zweipersonenhaushalt und lediglich 14 % in Haushalten mit mindestens drei Personen. Fast jede/r Fünfte alleinlebende Pflegebedürftige gibt an, keine Vertrauensperson zu haben. Im Fall von gesundheitlichen Krisen oder Behördengängen sind die Befragten somit auf sich allein gestellt. Hinzu kommen die emotionale Konsequenz dieser Einsamkeit sowie eine höhere finanzielle Belastung durch die Pflege.

Da sich im letzten Jahrzehnt die Zahl der alleinlebenden Pflegebedürftigen verdoppelt hat, wird die Frage nach einer angemessenen Unterstützung dieser stark wachsenden Gruppe immer wichtiger.

Während größere Haushalte mit rund 230 € im Monat deutlich weniger Geld für die Pflege aufbringen müssen, beträgt der monatliche Aufwand bei mehr als der Hälfte der alleinlebenden Pflegebedürftigen durchschnittlich 400 €. Insgesamt betrachtet belastet die häusliche Pflege die Hälfte der Pflegehaushalte in Deutschland durchschnittlich um 20 % des Nettohaushaltseinkommens. Da bei den meisten Haushalten kaum finanzielle Reserven bestehen, kann fast jede/r fünfte Pflegebedürftige ihren/seinen Lebensstandard nicht aufrechterhalten. „Der Wunsch, zu Hause gepflegt zu werden, darf aber keine Frage des Geldes sein. Wir brauchen in diesem Bereich viel mehr Unterstützungsangebote, auch durch die Einbindung ehrenamtlicher Strukturen“ (ZQP, 2014).

Wie und von wem eine Person gepflegt wird, hängt in hohem Maße von der Familie, der Haushaltskonstellation und der Qualität des sozialen Umfeldes ab. Immerhin 60 % aller Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt. Die Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützung variiert dabei zwischen den Haushaltsgrößen deutlich: Während von den Alleinlebenden 46 % ausschließlich informell gepflegt werden, trifft dies bereits auf 73 % der Zweipersonenhaushalte und 88 % der Haushalte mit mindestens drei Personen zu. Umgekehrt kombinieren 55 % der Alleinlebenden informelle mit formeller Hilfe bzw. verlassen sich vollständig auf formelle Pflege, während dies nur auf 27 % der Zweipersonenhaushalte und 12 % der Mehrpersonenhaushalte zutrifft. Nur 10 % der pflegebedürftigen Menschen überlassen die Pflege gänzlich den professionellen Diensten.





### Zusammenfassende Darstellung der Charakteristika von Pflegebedürftigen nach Haushaltsgröße

Die Darstellungen beziehen sich auf Pflegebedürftige im Alter ab 65 Jahren

Merkmale	Haushaltsgröße		
	1	2	3+
	Anteile in % / Beträge in €		
<b>Haushaltsgröße</b>	43,9	42,1	13,9
<b>Soziodemografische Merkmale</b>			
Alter	83,3	78,0	84,3
Männer	21,8	52,1	14,4
Frauen	78,2	47,8	85,6
<b>Familienstand</b>			
Verheiratet	0	90,2	36,4
Ledig	25,3	5,6	8,4
Verwitwet	74,7	4,1	55,2
<b>Pflegearrangement</b>			
Nur informelle Pflege	45,5	73,4	87,9
Formelle Pflege & Kombination aus formeller & informeller Pflege	54,5	26,6	12,1
<b>Einkommen, Vermögen und Kosten der Pflege</b>			
Äquivalenzgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen (pro Jahr)	18.317	22.292	28.764
Eigene Rente (Anteil)	89,3	97,9	90,2
(Betrag pro Jahr)	9.550	14.322	9.375
Hinterbliebenenrente (Anteil)	63,4	3,5	46,3
(Betrag pro Jahr)	9.552	9.633	6.820
Pflegeversicherungsleistungen (Anteil)	61,7	64,3	62,3
(Betrag pro Jahr)	4.743	4.629	4.643
Individuelles Vermögen (Mittelwert)	44.358	96.732	23.115
Median	1.000	17.500	2.000
<b>Regelmäßige Kosten durch Pflege</b>			
Pflegebedürftige mit regelmäßigen Kosten (Anteil)	57,8	36,6	40,9
Betrag (pro Monat)	416	400	236



Fortsetzung Charakteristika von Pflegebedürftigen	Haushaltsgröße		
	1	2	3+
	Anteile in % / Beträge in €		
<b>Merkmale</b>			
<b>Netzwerke</b>			
Anzahl enger Freunde	2,4	3,3	1,5
Pflegebedürftige, die nur informelle Hilfe erhalten	2,9	3,5	1,4
Pflegebedürftige, die auch formelle Hilfe erhalten	2,1	2,9	1,8
<b>Pflegenetzwerk erste Pflegeperson</b>			
Partner/in	3,5	79,1	25,9
Tochter	32,6	7,7	56,3
Sohn	18,4	4,6	7,0
Bezahlte Pfleger/innen	32,7	4,4	2,1
Andere	12,8	4,2	8,8
<b>Erste Vertrauensperson</b>			
Partner/in	5,2	86,4	27,2
Tochter	38,4	4,5	58,6
Sohn	28,0	4,4	10,5
Bezahlte Pfleger/innen	2,2	0,0	0,0
Andere	26,2	4,7	3,8
<b>Pflegepersonen (Anzahl im Netzwerk)</b>			
0	9,9	1,2	7,3
1	45,1	40,9	41,2
2	25,9	30,3	37,6
3+	19,0	27,7	13,9
<b>Vertrauenspersonen (Anzahl im Netzwerk)</b>			
0	18,1	3,4	19,7
1	33,7	44,7	34,9
2	25,1	27,3	28,9
3+	23,1	24,6	16,5
<b>Zufriedenheit</b>			
Allgemeine Lebenszufriedenheit	5,6	5,0	4,8
Bereichszufriedenheit:			
<i>Freizeit</i>	7,7	7,2	7,9
<i>Haushaltseinkommen</i>	5,9	6,5	7,9
<i>Gesundheit</i>	4,1	3,8	3,1
<i>Familienleben</i>	6,1	8,1	7,7
<i>Netzwerk</i>	6,0	6,3	7,0
<b>Zeitverwendung<sup>8</sup></b>			
Besuch kultureller Veranstaltungen	6,1	5,9	1,8
Künstlerische und musische Tätigkeiten	9,2	14,2	9,1
Sportliche Aktivität	4,8	8,8	1,6
Kirchgang, Besuch religiöser Veranstaltungen	8,7	12,9	16,0
Gegenseitige Besuche (Freunde)	45,8	48,4	45,5
Gegenseitige Besuche (Familie)	65,5	65,9	56,5
Essen oder trinken gehen	16,2	22,5	23,8
Ausflüge / kurze Reisen	7,8	12,1	0,0

Tab. 3-23: Charakteristika der Pflegebedürftigen nach Haushaltsgröße  
Quelle: Zentrum für Qualität in der Pflege

<sup>8</sup> Ausführung dieser Aktivität mindestens einmal pro Monat



Ergänzt wird die Studie des ZQP durch Berechnungen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) (veröffentlicht in der (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2014). Das Institut ermittelte, dass 5-6 % aller Erwachsenen in Deutschland informelle Pflegeleistungen erbringen. Rund 60 % davon sind im erwerbsfähigen Alter. Der Anteil der Erwerbstätigen an den informell Pflegenden ist von knapp 53 % im Jahr 2001 auf fast 66 % im Jahr 2012 gestiegen. 4 % der Männer und 7 % der Frauen im Alter zwischen 16 und 64 Jahren leisten mindestens eine Stunde pro Werktag informelle Pflege. In den älteren Erwerbsjahren lagen die Anteile noch deutlich höher. Vollzeitbeschäftigte pflegten im Jahr 2012 zu 4 % und Teilzeit- und geringfügig Beschäftigte zu je etwa 8 %. Fast 28 % der erwerbsfähigen Pflegeleistenden kümmerten sich 2012 jeden Tag drei oder mehr Stunden um Bedürftige. Die Studie zeigt außerdem, dass eine Pflege Tätigkeit die allgemeine Lebenszufriedenheit und auch die Zufriedenheit mit der sozialen Sicherung verringert. Das Pflegezeitgesetz oder die Familienpflegezeit würden bisher kaum genutzt und seien vielen pflegenden Angehörigen unbekannt.

In der gleichen Zeitschrift wird Bezug genommen auf den ZQP-Themenreport **Freiwilliges Engagement** im pflegerischen Versorgungsmix vom November 2013. Darin bewertet jede/r dritte Bundesbürger/in einen ehrenamtlichen Einsatz in der Pflege als attraktiv. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung werden sich künftig immer weniger Pflegebedürftige auf ihre Familien verlassen können. Umso wichtiger ist es, die Potenziale des ehrenamtlichen Engagements gerade für die Alltagsbegleitung und den Erhalt der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen zu nutzen. Hier stellt sich die Frage, ob das zu gewährleisten ist.

Langehennig, M. et al. gehen im Jahr 2012 der Frage nach, welche Rolle **Männer in der Angehörigenpflege** spielen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass jede dritte Pflegeperson ein Mann ist. Die meisten davon sind im Ruhestand. Bei den Über-70-Jährigen pflegen sogar mehr ältere Männer ihre Partnerin als umgekehrt. Der GEK-Pflegereport beschreibt, dass bis zum Alter von 80-84 Jahren die Pflege Tätigkeit der Männer stetig zunimmt, während sie bei den Frauen bereits ab Mitte 60 rapide abnimmt. Aber auch jüngere Männer pflegen heute doppelt so häufig wie noch vor 20 Jahren. Söhne im berufsfähigen Alter, die ein Elternteil pflegen, sind allerdings noch ein Randphänomen. Während Frauen sich zur Pflege verpflichtet fühlen, befürchten Männer keine Kritik, wenn sie die Pflege der Partnerin ablehnen. Pflegenden Männer finden immer noch Zeit für Erholung und Hobbys, während sich 67 % der pflegenden Frauen in Deutschland psychisch stark belastet fühlen und 46 % sogar sehr unter der körperlichen Belastung leiden.

Gründe für die insgesamt stärkere Verbreitung von **Pflege Tätigkeiten bei den Frauen** können auch in der schwierigen Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit liegen. So haben nach Daten der MUG III-Studie (Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung – MUG, Schneekloth & Wahl, 2005) auf Grund der Pflege 10 % der Hauptpflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben und weitere 11 % den Umfang der Erwerbstätigkeit eingeschränkt. Da nur etwa die Hälfte der Hauptpflegepersonen zu Beginn der Pflege überhaupt erwerbstätig war, liegt der Anteil der Personen, die ihre Berufstätigkeit aufgeben/einschränken, bezogen auf den Personenkreis der vor der Übernahme der Pflege Erwerbstätigen, sogar doppelt so hoch (Schneekloth & Wahl, 2005). Mit SOEP-Daten konnten Schneider et al. (2001) zeigen, dass Frauen bei einem Pflegefall im Haushalt eine erhöhte Neigung zur (vorübergehenden) Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit haben. Dies kann u.a. durch die jeweiligen Opportunitätskosten erklärt werden. Danach neigen Frauen eher zur Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit, da ihre Entlohnung auf dem Arbeitsmarkt geringer ist als die der



Männer, folglich liegt auch ihr Einkommensausfall – bei einer Pfl egetätigkeit – unter dem der Männer, so dass der Pflegegeldbezug den Einkommensausfall in höherem Maße kompensieren kann.

In Hessen pflegt jede/r 7. Berufstätige über 40 Jahre ein Familienmitglied. Die Pflege eines Angehörigen nimmt durchschnittlich 5 Stunden am Tag in Anspruch – und so bestätigten jüngst in einer repräsentativen Umfrage 68 % der Betroffenen, dass Beruf und Pflege nur schwer zu vereinbaren sind (HSMI, 2013). Eine Studie des Institutes für Demoskopie Allensbach im Auftrag der R+V Versicherung (2012) ergab, dass eine typische Pflegenden 61 Jahre alt und nicht berufstätig ist. Sie hat zwei erwachsene Kinder. Die Hälfte der pflegenden Frauen pflegt schon länger als drei Jahre.

Die Zeitschrift „Meinungsplus“ der Techniker Krankenkasse, (2014) zeigt einen Zusammenhang zwischen Einkommen und Bereitschaft zur häuslichen Pflege auf: Je geringer das Einkommen, desto eher wird zuhause gepflegt. Bei den Geringverdienenden sind es 21 %, die einen Nahestehenden in den eigenen vier Wänden pflegen, von den Gutverdienenden tun dies nur 9 %. Zudem ist die Pflege zuhause in ländlichen Regionen mit 18 % stärker verbreitet als in Großstädten mit 11 %.

Die kassenärztliche Bundesvereinigung hat auf der Grundlage der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin einen Vertrag über ein Versorgungsprogramm für pflegende Angehörige nach § 73 c SGB VI entwickelt. Dieser Vertrag hat das Ziel, gesundheitliche Risiken und/oder Einschränkungen sowie die Verhinderung weiterer Einschränkungen bei pflegenden Angehörigen auf Grund der Pflege zu minimieren. Die Krankenkassen haben nun die Möglichkeit, das Angebot ihren Versicherten zur Vermeidung von pflegebedingten Erkrankungen anzubieten. Der Vertrag enthält ein Versorgungs- und Präventionsangebot. Pflegenden erhalten eine Beratung von ihrer/m Hausärztin/-arzt hinsichtlich Entlastungsmöglichkeiten, gezielten Unterstützungs- und Informationsangeboten. Das Versorgungsprogramm umfasst insbesondere folgende Ziele:

- Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit von pflegenden Angehörigen
- Vermeidung von Morbidität und vorzeitiger Mortalität des pflegenden Angehörigen
- Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit bei pflegenden Angehörigen, Stärkung und Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings
- Vermeidung von gefährlichen Verläufen (z.B. Gewalt, Vernachlässigung)
- Förderung der Vermittlung und Vernetzung von Beratungsangeboten.

Der Vertrag enthält ein Versorgungs- und Präventionsangebot. Pflegenden erhalten eine Beratung von ihrer/m Hausärztin/-arzt hinsichtlich Entlastungsmöglichkeiten, gezielten Unterstützungs- und Informationsangeboten. Die/Der Hausärztin/-arzt erhält eine Pauschale in Höhe von 50 € für die Durchführung des Erstgesprächs. Diese Leistung ist in einem Zeitraum von 12 Monaten höchstens einmal berechnungsfähig. Das Gespräch muss mindestens 30 Min. dauern. Für ein Folgegespräch erhält die/der Hausärztin/-arzt eine Pauschale in Höhe von 35 €. Auch diese Leistung ist nur einmal in einem Zeitraum von 12 Monaten berechnungsfähig. Die Dauer des Gesprächs sollte mindestens zwei Minuten umfassen. Hervorzuheben ist der § 13, die Wirtschaftlichkeitsprüfung des Vertragswerkes. Dort heißt es: „Sollten durch die Umsetzung dieses Vertrages zusätzliche ärztliche Leistungen und Verordnungen durch die teilnehmenden Vertragsärzte erforderlich werden und dies zu einem Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nach § 106 SGB 5 führen, empfehlen die Vertragspartner, die nach dem jeweiligen Versorgungsauftrag erbrachten ärztlichen Leistungen und die veranlassten Leistungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Der teilnehmende Vertragsarzt hat den erhöhten ärztlichen Aufwand sowie den Verordnungsaufwand im Einzelfall zu dokumentieren.“



Angesichts der soziodemografischen Veränderungen, insbesondere durch sinkende Geburtenzahlen, einen Rückgang der Eheschließungen und steigenden Scheidungsraten sowie steigender Frauenerwerbstätigkeit, zunehmender Mobilität und damit geringerer räumliche Nähe von Familienangehörigen und des zunehmenden Anteils von Single-Haushalten stellt sich allerdings die Frage, ob sich der Anteil familialer Pflege in Zukunft weiter aufrechterhalten lässt. Gleichzeitig mit dem Absinken des relativen Pflegepotenzials ist auch mit einem Sinken der Pflegebereitschaft zu rechnen, da die Pflege zunehmend weniger als Familienpflicht, sondern eher als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ (§ 8 Absolut 1 SGB XI) wahrgenommen wird. Benötigt werden deshalb quartiersbezogene Hilfsangebote, die in Kooperation mit Kommunen, gemeinnützigen Organisationen und anderen Trägerinnen und Trägern in das bestehende Hilfesystem integriert werden bzw. an bestehende Strukturen anknüpfen.

### **3.1.1.9 Beratungsstellen / Pflegestützpunkt**

Im Jahr 2013 betrug der Anteil der alleinlebenden Ratsuchenden 39 %. 61 % lebten „mit Partner/in“ oder „bei den Kindern“ oder „mit Partner/in und Kindern“. Innerhalb der letztgenannten Konstellation stieg die Gruppe „mit Partner/in lebend“ im Verlauf von rund 10 Jahren um etwas mehr als das Doppelte an (von 18 % auf 41 %). Ob dies schon ein Hinweis auf das schwindende Angehörigenpflegepotenzial (s. Kap. 3.2.1) ist oder dem langsamen Wegbrechen der über Jahre gewachsenen und mitunter sehr stabilen nachbarschaftlichen Hilfestrukturen geschuldet ist, bleibt abzuwarten.

Der Pflegestützpunkt ist seinem Anspruch, vor allem in denjenigen Kommunen Entlastung zu bringen, die (noch) nicht in die bestehenden Beratungsstrukturen eingebunden sind, nachgekommen. Ca. 20 % der Klientinnen und Klienten kommen aus diesen Städten und Gemeinden. Im Zuge der demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Klientinnen und Klienten, wie in den zurückliegenden Jahren auch, stetig steigen werden.

### **3.1.1.10 Pflegedienste**

Geht man von der Aussage der Pflegestatistik 2011 (s. Kap. 3.2.1) aus, dass 75,8 % der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt werden, so ergeben sich nach den im Gesundheitsreport 2014 prognostizierten 9.734 Pflegebedürftigen im Jahr 2020 für den Landkreis Kassel 7.378 zu Hause lebende Pflegebedürftige. Weiterhin werden laut Pflegestatistik in Hessen 73 % allein durch Angehörige versorgt. Im Umkehrschluss heißt das, dass lediglich 27 % zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste betreut werden. Das bedeutet für den Landkreis Kassel, dass im Jahr 2020 1.992 Pflegebedürftige durch ambulante Dienste versorgt werden müssten.

Die Zahl der Pflegedienste im Landkreis Kassel ist in den letzten Jahren konstant geblieben, d.h. Neueröffnungen und vom Markt verschwindende Angebote halten sich die Waage. Hieraus lässt sich schließen, dass der erhöhte Bedarf durch die Einstellung von mehr Personal gedeckt werden konnte. Die durch das SGB XI gewünschte Marktregulation erfolgte also in diesem Pflegesegment. Ob dies auch in absehbarer Zeit und zukünftig möglich sein wird, hängt in erster Linie vom Angebot an qualifiziertem Personal ab (s. Kap. 3.2.2).

## **3.2.4 Wohnen**

Entgegen der landläufigen Meinung wohnen die meisten Menschen häufig bis ins hohe Alter nicht in Seniorenheimen oder Betreuungseinrichtungen. Bundesweit leben ca. 7 % der älteren Menschen (65 Jahre und älter) in besonderen Wohnformen; davon ca. 4 % in traditionellen Alten- und Pflegeheimen, 2 % im Betreuten Wohnen und 1 % in traditionellen Altenwohngruppen, Pflegewohngruppen und gemeinschaftlichem



Wohnen (Wohnatlas - Teil 1, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Wüstenrot Stiftung, 2014). Die Eigentümerstruktur der von Seniorinnen und Senioren genutzten Wohneinheiten stellt sich folgendermaßen dar:

- 49 % selbstnutzende Wohnungseigentümer/innen
- 26 % Mieter/in einer/s privaten Eigentümers/Eigentümerin
- 25 % Mieter/in eines Wohnungsunternehmens.

Selbst unter den 90-Jährigen nutzen laut einer Studie vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung (Mai 2011) 2/3 der Menschen in der Bundesrepublik noch den allgemeinen Wohnungsbestand. Die meisten älteren Menschen leben auch dann noch in ihren vertrauten Wohnungen, wenn sie auf Hilfe angewiesen sind. So wurden nach der Pflegestatistik von 2011  $\frac{3}{4}$  der Pflegebedürftigen in Hessen zu Hause versorgt. Die Hälfte der Eigentümer/innen und rund  $\frac{1}{3}$  der Mieter/innen im Seniorenalter leben bereits über 30 Jahre in ihrer jetzigen Wohnung.

Die Studie kommt nach einer repräsentativen Befragung in 1.000 Seniorenhaushalten zu dem Schluss, dass  $\frac{9}{10}$  aller Seniorinnen und Senioren mit Barrieren in ihrer Wohnung leben. 83 % der Wohnungen weisen erhebliche Barrieren auf und haben damit großen Anpassungsbedarf. Jede 10. von Seniorinnen und Senioren genutzte Wohnung weist extreme Barrieren auf, die für Anpassungsmaßnahmen eher nicht geeignet sind. Zu den häufigsten Hindernissen gehören Stufen beim Zugang zur oder in der Wohnung, zu enge Bäder und kleine Bewegungsflächen. Oft ist eine selbständige Lebensführung dadurch mühsam oder überhaupt nicht mehr möglich. Die Defizite setzen sich im Wohnungsumfeld fort. Rund  $\frac{3}{4}$  der Seniorenhaushalte müssen gemäß den Studienergebnissen Treppenstufen beim Zugang zum Haus überwinden, etwa die Hälfte muss zusätzlich Stufen zur Wohnung bewältigen. Nur jedem 10. Seniorenhaushalt (in solchen Gebäuden) stehen technische Hilfen zur Überwindung der Barrieren zur Verfügung.

Die Generali Altersstudie 2013 befasst sich unter anderem auch mit dem Thema der Zufriedenheit mit der Wohnsituation. Auffällig ist hier der Widerspruch zwischen den Aussagen, dass die eigene Wohnung unzureichend für das Alter ausgestattet ist, aber trotzdem eine hohe Zufriedenheit mit der Wohnsituation besteht. Vielleicht überdeckt hier die emotionale Bindung und die teilweise lange Wohndauer die eher rationale Sicht auf die Barrieren.

Auch die Lage lässt nicht selten zu wünschen übrig. Vor allem in Randlagen und Siedlungen außerhalb geschlossener Ortschaften bestehen oft Einschränkungen in der Mobilität und versorgenden Infrastruktur. Das betrifft vor allem selbst genutztes Wohneigentum. Nur  $\frac{1}{3}$  davon liegt in Zentrumsnähe oder im Ortskern. Dementsprechend beklagten die älteren Eigentümer/innen von Häusern und Wohnungen in der Befragung häufig die nicht gut erreichbaren Bus- und Bahnstationen oder Arztpraxen und Apotheken. Mit der Erreichbarkeit der Lebensmittelgeschäfte waren jeweils  $\frac{1}{4}$  der Mieter/innen und Selbstnutzer/innen von Wohneigentum unzufrieden.

Bereits heute muss der Staat bei einem erheblichen Teil der Menschen, die ohne die Pflegebedürftigkeit ein eigenes Einkommen oberhalb der Grundsicherung beziehen, den privat zu tragenden Pflegeaufwand zumindest teilweise übernehmen. Bei nur 3 % Grundsicherungsempfänger/innen werden für 14,3 % der Pflegebedürftigen durchschnittlich gut 900 € monatlich an Kosten über die Hilfe zur Pflege durch den Staat geleistet. Wenn in 20 Jahren 25 % der Altersgruppe 65plus Grundsicherung oder eine Lebensleistungrente beziehen werden, so wird die Sozialhilfe tendenziell bei über 50 % der Pflegebedürftigen die privat zu zahlenden Pflegekosten voll oder anteilig übernehmen müssen. Da der Anteil der Altersgruppe 65plus an allen Pflegebedürftigen von knapp 80 % auf gut 88 % ansteigen dürfte, werden auch die auf diese Altersgruppe entfallenden Kosten stärker ansteigen als die Pflegekosten insgesamt. Damit stellt sich die



Frage nach möglichen Kostensenkungschancen wie auch nach möglichen Risiken, die zusätzliche Kostensteigerungen auslösen könnten. Bei den Risiken ist zum einen auf die sinkenden Einkommen der Altersgruppe 65plus hinzuweisen. Da einkommensschwächere Personen höhere Pflegewahrscheinlichkeiten aufweisen, könnte der Anteil an Pflegebedürftigen insgesamt stärker ansteigen. Weiterhin wird gegenwärtig fast die Hälfte der Pflegebedürftigen ausschließlich durch Angehörige gepflegt. Es ist jedoch fraglich, ob diese Quote der Pflege durch Angehörige aufrechterhalten werden kann. So rücken zunehmend Menschen mit geringer Kinderzahl oder sogar ohne Kinder in das höhere Alter ein. Aber auch die von der Wirtschaft eingeforderte räumliche Mobilität der Mitarbeiter/innen führt vielfach zu einer räumlichen Trennung der verbleibenden Generationen des Familienverbundes, so dass für die Pflege durch Angehörige tendenziell eine Abnahme zu erwarten ist. Auf der anderen Seite stellt die „Pflege im Heim“ die von den Menschen am wenigsten gewünschte Art der Pflege und gleichzeitig die teuerste Art der Pflege dar. Wenn es gelingt, den Anteil der stationären Pflege im Heim zu verringern, könnten sich Kostenminderungspotenziale erschließen lassen. Alternativ zur stationären Pflege im Heim wäre vor allem die ambulante Pflege in der Wohnung der Pflegebedürftigen zu favorisieren. Ausbaufähig scheint aber auch die ambulante Pflege in Formen des gemeinschaftlichen Wohnens, bei denen Personen mit unterschiedlichen gesundheitlichen Einschränkungen gemeinsam leben und sich soweit möglich gegenseitig unterstützen.

Grundsätzlich erfordern alle Lösungen, die geeignet sind, die stationäre Pflege im Heim durch ambulante Pflege in der eigenen Wohnung zu substituieren, eine deutliche Ausweitung des Angebots an barrierearmen Wohnungen. In der vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) herausgegebenen Broschüre „Wohnen im Alter“ (2010) wird von einem Investitionsbedarf in Höhe von 39 Mrd. € in den kommenden Jahren ausgegangen, um für 2,5 Mio. mobilitätseingeschränkte Haushalte barrierearmen Wohnraum bereit zu stellen. Ein wesentlicher Gesichtspunkt ist dabei auch die von barrierearmen Wohnraum ausgehende Präventionswirkung hinsichtlich Stürzen und Unfällen. Die in der Untersuchung nach der Art der zu beseitigenden Barrieren aufgeschlüsselten Kostenschätzungen führen zu einem durchschnittlichen Kostenansatz in Höhe von 15.600 € je Wohnung.

Die bisher gelebte Praxis, dass die privaten Haushalte zwischen dem 35. und 50. Lebensjahr im Rahmen des beruflichen Aufstiegs und der Familienbildung eine bezüglich Haushaltsgröße, Einkommen und Präferenzen optimale Wohnung beziehen und diese dann im weiteren Verlauf auch bei Haushaltsverkleinerungen und Einkommensminderungen beibehalten, wird für einen wachsenden Anteil der Haushalte der Altersgruppe 65plus künftig nicht zu halten sein. Wegen der bisher relativ guten finanziellen Versorgung der Ruheständler ergab sich nur in eher seltenen Fällen die Notwendigkeit zum Wohnungswechsel aus materiellen Gründen. Umzüge waren nahezu ausschließlich bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zwingend notwendig. Freiwillige Umzüge gewannen erst in den vergangenen 20 Jahren an Bedeutung. Hier sind vor allem Frauen zu nennen, die nach dem Tod des Ehemannes oder Lebenspartners in der Nähe der oder eines Kindes gezogen sind.

Diese Wohnkarriere wird sich für viele Menschen nicht mehr realisieren lassen. Sinkende Alterseinkommen und steigende Wohnkosten werden zu einer steigenden Umzugshäufigkeit bei älteren Menschen führen.

Während bei den 18- bis Unter-30-Jährigen noch rund 10 % jährlich über die Kreisgrenze ihren Wohnort verändern, liegt diese Rate bei den 50- bis Unter-65-Jährigen nur noch bei etwa 1,5 % und im Alter von 65 Jahren sind es nur noch 1 % der Bevölkerung, die größere Wohnortwechsel vornehmen.

Ob hier die vom Vorsitzenden der Gewerkschaft IG Bau vorgeschlagene Umzugsprämie (HNA 06.02.2015) eine Verhaltensänderung herbeiführen könnte, hängt vorrangig vom Wohnungsangebot ab.



Im ländlichen Raum ist das „eigene“ Einfamilienhaus bei Eigentumsquoten teils über 80 % die vorherrschende Wohnform. Im Jahr 2010 verfügten gut 1,4 Mio. Wohnungseigentümerhaushalte, davon ein Großteil aus der Altersgruppe 65plus, über ein monatliches Nettoeinkommen von unter 1.100 €. Weitere gut 0,8 Mio. Eigentümerhaushalte erzielten ein Nettoeinkommen zwischen 1.100 € und 1.300 € monatlich. Der Unterhalt eines Einfamilienhauses, das zudem in der Regel für einen größeren Haushalt konzipiert war (die Altersgruppe verfügt mit rund 60 m<sup>2</sup> pro Bewohner/in über eine weit über dem Durchschnitt liegende Wohnfläche), ist mit derartigen Einkommen dauerhaft kaum möglich. Größere Instandhaltungsmaßnahmen sind ebenso wie Modernisierungen in Richtung Energieeffizienz oder Barrierearmut nur sehr begrenzt leistbar. Da in Teilen des ländlichen Raums auch der Verkauf der Immobilie kaum mehr realisierbar ist, sind einkommensschwache Eigentümerhaushalte in ihrem unsanierten und mit Barrieren versehenen Wohneigentum „gefangen“. Eine aus Kostengründen gebotene Flächenreduzierung erscheint kaum umsetzbar, zumal gerade im ländlichen Raum das Angebot an seniorengerechten kleinen Mietwohnungen nahezu nicht vorhanden ist.

Die zukünftigen Gestaltungsanforderungen an ein Wohnangebot, das den Herausforderungen einer alternierenden Gesellschaft gerecht wird, lassen sich also wie folgt zusammenfassen:

### **1. Zusätzlicher Bedarf an barrierefreien /-armen Wohnungen**

Die demografische Entwicklung erfordert, dass die Wohnangebote in Zukunft verstärkt auf die Bedarfslagen von älteren Menschen ausgerichtet werden. Dies umfasst Wohnformen, die auf Grund der weitgehend barrierefreien bzw. -armen Gestaltung der Wohnung auch für Menschen mit Bewegungseinschränkungen eine selbstständige Lebensführung ermöglichen. Schon der aktuelle Bedarf an solchen Wohnformen kann kaum gedeckt werden. Repräsentative Studien haben ergeben, dass nur etwa 5 % aller Seniorenhaushalte in Wohnungen leben, die weitgehend barrierefrei sind. Wenn auch nur für die älteren Menschen mit Bewegungseinschränkungen aktuell entsprechende Wohnangebote zur Verfügung gestellt werden sollten, müsste das vorliegende Angebot von etwa 0,5 Mio. auf etwa 2,5 Mio. barrierefreie/-arme Wohneinheiten – also um das Vier- bis Fünffache – ausgeweitet werden (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, 2010). Damit werden die zukünftigen Bedarfe an barrierefreien/-armen Wohnangeboten jedoch bei weitem nicht gedeckt sein. Eine erhebliche Ausweitung des barrierefreien/-armen Wohnungsangebotes ist für die Zukunft gefordert – durch barrierefreien Wohnungsneubau, aber vor allem durch barrierearme Wohnanpassung.

Dies ist auch notwendig, um den Anteil der ambulant in den Wohnungen der Pflegebedürftigen zu leistende Pflege zu stabilisieren oder sogar zu erhöhen. Auch bei der Sturz- und Unfallprävention ist barrierearmer Wohnraum ein wichtiger Baustein. Auf diesem Weg können langfristig Kosten in der Pflege und im Gesundheitswesen eingespart werden.

In der Broschüre „Wohnen im Alter“ wird ein durchschnittlicher Betrag von 15.600 € zur Herstellung der notwendigen Barrierearmut einer Wohnung genannt. Diese Durchschnittskosten reichen aus, um Wohnungen mit mittleren Barrieren umzubauen. Die Mehrkosten der stationären gegenüber der ambulanten Pflege können mit mindestens 7.200 € pro Jahr veranschlagt werden. Damit wird eine barrierearme Wohnung gesellschaftlich „wirtschaftlich“, wenn sie den Wechsel von der ambulanten in die stationäre Pflege nur um gut zwei Jahre verschiebt.

Eigenheimbesitzer/innen und Mieter/innen müssen ab dem 01.10.2014 nicht mehr zwangsläufig einen Kredit aufnehmen, wenn sie die Beseitigung von Barrieren in ihrer Wohnung nicht vom Ersparten bezahlen können. Stattdessen können sie einen Zuschuss bei der KfW-Förderbank beantragen, denn er wurde neu





aufgelegt bzw. wiedereingeführt nachdem er 2012, nur ein Jahr nach seiner Einführung, aus dem Bundeshaushalt gestrichen wurde. Da ältere Menschen mit ihrer Rente meist keinen Kredit mehr aufnehmen können oder wollen, ist ein Investitionszuschuss die praktikabelste Fördervariante. Der Zuschuss beträgt bei Einzelmaßnahmen 8 % der förderfähigen Kosten, maximal 4.000 € pro Wohneinheit. Mit dem Zuschuss können, im Zusammenhang mit Barrierereduzierung, auch Maßnahmen zum Einbruchschutz und energetischen Gebäudesanierung gefördert werden. Die Gelder werden vom Bund bis Ende 2018 zur Verfügung gestellt. Der Zuschuss kann auch zum Kauf einer barrierereduzierten Wohnung verwendet werden.

Der Verband der Wohnungswirtschaft fordert in diesem Zusammenhang vom Bund finanzielle Unterstützung beim **altersgerechten Umbau von Wohnungen im Bestand**. Beispielhaft nennt er den nachträgliche Einbau eines Fahrstuhls (Kosten ca. 100.000 €). Bei ausbleibender Förderung würde die Installation eine Mieterhöhung bedeuten, die von den älteren, auf barrierefreie Wohnungen angewiesenen Mieterinnen und Mietern oft nicht leistbar ist. Der Verband der Wohnungswirtschaft regt in diesem Zusammenhang auch eine Beteiligung der Pflegekassen an.

## 2. Zusätzlicher Bedarf an integrierten Wohnangeboten

Eine barrierefreie Wohnung allein kann jedoch die selbstständige Lebensführung nicht immer sicherstellen. Es bedarf ebenso eines barrierefreien/-reduzierten Wohnumfeldes und einer wohnortnahen Infrastruktur, aber auch der Beratungs-, Hilfe- und Pflegeangebote, die auf kleinräumiger Ebene mit dem Wohnangebot zu verbinden sind. Die Schaffung altersgerechter Wohnangebote darf nicht als isolierte bauliche Aufgabe betrachtet werden. Wohnen muss in Zukunft noch mehr im Zusammenhang mit dem Ausbau einer das selbstständige Wohnen unterstützenden Infra- und Versorgungsstruktur gesehen werden.

## 3. Zusätzlicher Bedarf an kostengünstigen Wohnangeboten

Dies gilt umso mehr, da die demografische Entwicklung auch erhebliche ökonomische Belastungen mit sich bringen wird. Schon jetzt gibt es Indikatoren für die wachsende Altersarmut (s. auch „Armutbericht für den Landkreis Kassel, 09/2013).

Auch wenn gegenwärtig nur gut 0,3 Mio. Seniorenhaushalte Grundsicherung beziehen, so erzielen weitere rund 1,97 Mio. Haushalte der Einkommensklasse „unter 1.100 € monatlich“ nur sehr niedrige Einkünfte, die eine Verbesserung der Wohnsituation kaum ermöglichen. Unter diesen einkommensschwachen Haushalten befinden sich auch gut 0,9 Mio. Wohnungseigentümer/innen, bei denen eine energetische Sanierung oder eine barrierearme Modernisierung kaum infrage kommen wird. Insgesamt muss fast ein Viertel der Seniorenhaushalte als einkommensschwach bezeichnet werden. Ein weiteres Achtel (gut 1,2 Mio. Haushalte) liegt in der Einkommensklasse „1.100 bis unter 1.300 € monatlich“ und verfügt damit nur über geringfügig mehr finanzielle Mittel. Insbesondere von Paarhaushalten in dieser Einkommensklasse werden die heutigen frei finanzierten Angebote zum Seniorenwohnen kaum angenommen werden können.

Allerdings wird sich auch das bisherige Versorgungsniveau nicht halten lassen. Wie Berechnungen des Bundesarbeitsministeriums gezeigt haben, wird die Absenkung des Niveaus der umlagefinanzierten Rente, die für die weit überwiegende Mehrheit der Bevölkerung die Basis oder sogar die alleinige Altersversorgung darstellt, dazu führen, dass ein großer Teil derer, die über viele Jahre Einzahlungen geleistet haben, nicht über die Grundsicherung hinaus kommen werden. So geht das Ministerium in eigenen Berechnungen davon aus, dass Arbeitnehmer/innen, die immer 2500 € brutto im Monat verdienen und 35 Jahre lang Vollzeit gearbeitet haben, im Jahr 2030 nur noch eine Rente in Höhe des Grundsicherungsbetrages erhalten. Dies betrifft 36 % aller Vollzeitbeschäftigten (8 Mio. Personen).



Insgesamt ist zu befürchten, dass sich der Anteil an Seniorinnen und Senioren, der ergänzende Grundversicherungsleistungen zur Absicherung des Lebensunterhaltes benötigt, von gegenwärtig rund 3 % innerhalb der kommenden 20 Jahre auf über 25 % ansteigt.

Verbunden mit zusätzlichen Wohnkostenbelastungen – zum Beispiel durch wachsende Energiekosten – wird der Bedarf an kostengünstigem Wohnraum besonders für ältere Menschen steigen, da sie daneben unter Umständen noch Unterstützungsleistungen finanzieren müssen. Die Finanzierung der zukünftig steigenden notwendigen Pflegeleistungen für diese Personen kann auch zu einer immensen Belastung der öffentlichen Kassen und der Sozialversicherungssysteme führen. Die Herausforderung besteht daher nicht nur darin, kostengünstigen Wohnraum zu schaffen, sondern verstärkt Wohnkonzepte zu verbreiten, die es unterstützungsbedürftigen Seniorinnen und Senioren erlauben, möglichst lange in ihrem vertrauten Wohnumfeld zu verbleiben, und dadurch auch Kosten zu sparen. Der Verbleib im vertrauten Wohnumfeld ist vielfach kostengünstiger als eine Versorgung in einer stationären Einrichtung, vor allem wenn es gelingt, die Ressourcen im sozialen Nahraum für die wachsende Zahl von älteren Menschen im Sinne von „Quartierskonzepten“ nutzbar zu machen.

#### **4. Zusätzlicher Bedarf an einem differenzierten Wohnangebot**

Mögliche Modelle sind hier das betreute Wohnen, Service-Wohnungen, ambulant betreute Wohngemeinschaften oder Mehrgenerationenhäuser, die das Wohnen auch mit sozialen und pflegerischen Unterstützungsleistungen verknüpfen können. Solche Wohnkonzepte entsprechen zudem den Wohnwünschen der meisten älteren Menschen. Eine Vielzahl von Studien belegt, dass die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen in ihrer „normalen“ Wohnung alt werden will. Daher wird für die Zukunft angenommen, dass der Anteil der älteren Menschen, die höhere Ansprüche an das Wohnangebot stellen und gezielt altersgerechte Wohnungen nachfragen werden, steigt. Umzugsbereite Seniorinnen und Senioren favorisieren dabei Wohnformen, die ihnen auch bei Unterstützungsbedarf ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung ermöglichen. Gleichzeitig wird sich die Nachfragestruktur der Seniorinnen und Senioren stärker auffächern, nicht nur zwischen jungen und hochaltrigen Seniorinnen und Senioren, sondern auch nach dem Hilfebedarf, nach den Haushaltstypen, nach favorisierten Wohnkonzepten und nach der Wohnkraft. Dafür gilt es, in Zukunft ein differenziertes Wohnangebot zur Verfügung zu stellen und Experimentierfelder zu öffnen, um neue Wohn- und Versorgungsmodelle entsprechend den unterschiedlichen Wohnwünschen zu erproben.

Des Weiteren könnte in Pilotprojekten ermittelt werden, welche Wohnformen mit reduzierter Wohnfläche von den verschiedenen Altersgruppen und ihren Lebensweisen akzeptiert werden. Entsprechende Pilotprojekte wären von Bund, Ländern und Kommunen zu initiieren und auch zu fördern, um belastbare Ergebnisse zu erzielen, bevor die geburtenstarken Jahrgänge mit deutlichen Einkommenseinbußen das höhere Alter erreichen.

#### **Fazit**

Für die in Kap. 4.1.2 beschriebenen Wohnangebote im Landkreis Kassel existiert schon jetzt eine hohe Nachfrage, die zukünftig noch massiv ansteigen wird (im Landkreis Kassel wird von einer Quote von 1-4 % altengerecht ausgestatteter Wohnungen ausgegangen). Die angemessene Wohnraumversorgung von alten Menschen und Menschen mit Behinderungen gehört somit zu den vordringlichen Aufgaben.

Die Notwendigkeit von Umbau- und Anpassungsmaßnahmen wird vielerorts noch nicht erkannt. Hier muss eine stärkere Sensibilisierung erfolgen - nicht nur von Wohnungsbaugesellschaften und -genossenschaften, sondern auch von privaten Eigentümerinnen und Eigentümern und Investorinnen und Investoren. Vor allem Architektinnen und Architekten sollten bei der Planung von Eigenheimen und größeren Mieteinheiten



diese Thematik berücksichtigen. Denn nur mit barrierefrei erstellten Neubauten wird der zukünftige Bedarf gedeckt werden können.

Die Errichtung von komplexen Neubauten mit dem Angebot „Betreutes Wohnen“ für ältere Menschen liegt zurzeit voll im Trend. Mögliche Alternativen, z.B. die Modernisierung und der barrierefreie Umbau von Häusern und Wohnungen im Bestand der Ortskerne, scheitert häufig schon bei der Suche nach Investorinnen bzw. Investoren. Denn die Möglichkeit, hier Renditen zu erzielen, sind im Vergleich zu einem Neubauprojekt zu gering

Es ist deshalb eine veränderte Strategie im Politikfeld „Wohnen im Alter“ ist gefordert, um den zukünftigen Herausforderungen begegnen zu können. Die Schaffung von mehr barrierefreiem, kostengünstigem Wohnraum mit integrierten Versorgungssettings für eine wachsende Zahl von älteren Menschen mit unterschiedlichen Wohnwünschen wird nicht durch einzelne Maßnahmen zu bewerkstelligen sein. Weder mit einzelnen Fördermaßnahmen noch mit der Erprobung einzelner Modellmaßnahmen wird man diese zukünftigen Anforderungen bewältigen können. Auch kann diese Aufgabe nicht von einzelnen Akteurinnen und Akteuren alleine bestritten oder allein von den traditionellen Verantwortlichen umgesetzt werden. Es bedarf in Zukunft vieler Gruppen, die bereichsübergreifend zusammenwirken und im Rahmen einer kontinuierlichen Gesamtstrategie an der bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Wohnstrukturen für das Alter mitwirken. Immerhin gilt es, einen geschätzten bundesweiten Bedarf von 79.000 barrierefreien Wohneinheiten zu decken.

### **3.2.5 Teilstationäre Versorgung**

Wie weiter oben bereits erwähnt, wird der Bedarf bei der Versorgung mit teilstationären Angeboten im Landkreis Kassel auf der Basis der vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales/Nordrhein-Westfalen - NRW empfohlenen indikatorengestützten Bedarfswerte ermittelt.

#### **3.1.1.11 Tagespflege**

Im Jahr 2013 lebten im Landkreis Kassel 55.411 Menschen über 64 Jahre. Für diese müssten 166 Tagespflegeplätze zur Verfügung stehen (0,3 % für alle Über-64-Jährigen). Angeboten werden mit Stand Dezember 2014 bereits jetzt schon 288 Plätze. Die Bertelsmann-Stiftung (2014) sagt für das Jahr 2025 eine Einwohnerzahl von 66.500 Über-64-Jährigen voraus. Für sie müssten laut des Bedarfswertes 200 Tagespflegeplätze vorhanden sein. Die bestehenden Platzzahlen decken damit heute schon den zu erwartenden Bedarf großzügig ab. Parallel dazu zeichnet sich jedoch eine Auslastung der bestehenden Einrichtungen ab. Hier existiert also dasselbe Phänomen wie bei den Angeboten in der stationären Pflege (s. Punkt 3.1.4). Der rapide Anstieg (von 10 Einrichtungen im Jahr 2003 auf 24 im Jahr 2014) bei den Neueröffnungen von Tagespflegeeinrichtungen liegt sicherlich auch in den Änderungen des Pflegeversicherungsgesetzes begründet. Hier hat es 2008 mit der Modifikation des § 45 b SGB XI eine Erhöhung bei den Geldern für niederschwellige Angebote von 460 € auf 1.200 bis 2.400 € im Jahr gegeben. Mit den ab 1.1.2015 geltenden Änderungen im PSG, nach denen erstmals auch Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 0 mit Demenz Leistungen (231 €/mtl.) erhalten und den Kombinationsmöglichkeiten (s. Kap. 3.2.2.1) ist erneut mit einer steigenden Nachfrage zu rechnen.

Im Gegensatz zu der Entwicklung im stationären Bereich wird die Überversorgung im tagespflegerischen Bereich bei gleichzeitiger Auslastung positiv gesehen, da der Maßgabe „ambulant vor stationär“ entsprochen wird.



### 3.1.1.12 Kurzzeitpflege

Im Bereich der Kurzzeitpflege hingegen besteht ein rechnerischer Bedarf an Plätzen. Für die im Jahr 2013 im Landkreis Kassel lebenden 55.411 Menschen über 64 Jahre stehen mit Stand Dezember 2014 190 Plätze zur Verfügung. Rein rechnerisch müssten 194 Plätze angeboten werden (0,35 Plätze für 100 Über-64-Jährige). Das entspricht einem Defizit von 4 Plätzen bzw. 2 %.

Wird laut Bertelsmann-Stiftung die Zahl von 66.500 Über-64-Jährigen im Jahr 2025 zu Grunde gelegt, so ergibt sich ein Bedarf von 233 Plätzen und somit im Vergleich zu den bestehenden Plätzen ein Fehlbedarf von 43 bzw. 27 %.

### 3.2.6 Stationäre Versorgung

Die Zahl der Pflegeheime ist in der Zeit von 1999 bis 2011 um 38,9 % gestiegen. Durchschnittlich gab es in Hessen 12,5 Einrichtungen pro 100.000 Einwohner/innen. Im Landkreis Kassel lag der Wert bei 17 und mehr. Die Zahlen je nach Trägerschaft haben sich unterschiedlich entwickelt: Während die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen in freigemeinnütziger Trägerschaft von 4.805 im Jahr 1999 um 32 % auf 6.319 im Jahr 2011 zugenommen hat, findet sich bei den privaten Trägerinnen und Trägern ein drastischer Anstieg um 64 %, von 2.854 (1999) auf 4.679 (2011). Die Zahl der Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft ist dagegen rückläufig.

Betrachtet man die Entwicklung des Heimpersonals, dann zeigt sich ein Anstieg der Beschäftigtenzahl von 440.940 im Jahr 1999 um 50 % auf 661.179 im Jahr 2011. Dieser Anstieg beruht dabei im Wesentlichen auf dem Anstieg der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten. Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten bleibt dagegen bei durchschnittlich 203–219 Tsd. weitgehend konstant. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten hat somit von 48 % im Jahr 1999 kontinuierlich auf 32,1 % im Jahr 2011 abgenommen. Der überwiegende Tätigkeitsbereich des Heimpersonals entfiel mit nahezu 66 % auf Pflege und Betreuung der Bewohner/innen. Die soziale Betreuung der Bewohner/innen nimmt derzeit nur 4,1 % der zeitlichen Ressourcen in Anspruch, allerdings mit leicht steigender Tendenz. Ab dem Jahr 2009 wurden die Zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI aufgenommen, nach denen Pflegeheimen zweckgebunden für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf Vergütungszuschläge zustehen. Der Anteil der hierfür eingestellten zusätzlichen Betreuungskräfte an allen Beschäftigten stieg von 2,6 % im Jahr 2009 auf 3,7 % im Jahr 2011. Diese Zahl wird zukünftig steigen, da mit dem oben erwähnten Pflegestruktur-Gesetz diese Leistungen zum einen nicht mehr nur auf Personen mit allgemeiner eingeschränkter Alltagskompetenz begrenzt sind, sondern für alle pflegebedürftigen Bewohner ausgedehnt wurde. Zum anderen wird die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte durch eine Verbesserung des Betreuungsschlüssels auf 1:20 (bisher 1:24) aufgestockt.

Die Zahl der Heimplätze hat sich damit in dem genannten 12-Jahres-Zeitraum um insgesamt 45,6 % erhöht. Durchschnittlich gab es in Hessen 9,5 Pflegeplätze pro 100.000 Einwohner/innen. Im Landkreis Kassel lag der Wert bei 11-13. Die durchschnittliche Pflegeplatzzahl lag während des betrachteten Zeitraums pro Heim bei 72. Die überwiegende Mehrheit der Heimplätze, etwa 95 %, steht für die vollstationäre Dauerpflege zur Verfügung. Auf die vollstationäre Kurzzeitpflege, bzw. auf die Tagespflege, entfallen bis 2009 lediglich 10 Tsd. bzw. 25 Tsd. Heimplätze und auf die Nachtpflege nur wenige Hundert. Im Jahr 2011 hat sich dagegen die Zahl der Kurzzeit- und Tagespflegeplätze auf 31 Tsd. bzw. 33 Tsd. drastisch erhöht. Betrachtet man die Entwicklung zwischen 1999 und 2011, dann hat vor allem die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze um 33 % und die Zahl der Kurzzeit- bzw. Tagespflegeplätze um 216 % bzw. um 151 % zugenommen. Das Platzangebot war dabei im Bereich der stationären Dauerpflege bei leicht abnehmender Tendenz zu 87,1 % ausgelastet. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass in der Pflegestatistik die Pflegebedürftigen mit der so genannten Pflegestufe „0“ nicht erhoben werden. Der Wert der tatsächlichen Auslastungsquote



fällt daher etwas höher aus. Im Zeitverlauf bewegt sich die Auslastung zwischen 86,6 % (2009) und 89,8 % (2001), also auf ähnlichem Niveau, wobei die Auslastung in der letzten Dekade insgesamt leicht zurückgegangen ist. Allerdings bestehen erhebliche regionale Unterschiede

Region	Auslastung in %
Deutschland	87,1
Hessen	87,9
Regierungsbezirk Kassel	87,7
Stadt Kassel	90,1
<b>Landkreise</b>	
Kassel	87,3
Fulda	87,6
Hersfeld-Rotenburg	88,1
Schwalm Eder	87,8
Waldeck Frankenberg	85,9
Werra Meißner	88,0

Tab. 3-24: Auslastungsquote der stationären Dauerpflege  
Quelle: Barmer GEK

In der aktuellen pflegepolitischen Diskussion wird häufig die These vertreten, dass sich die Bewohnerstruktur von Pflegeheimen stark wandelt und Pflegeheime auf dem Weg sind, zu „Institutionen des Sterbens“ zu werden. Dies würde einen grundlegenden Wandel der stationären Langzeitpflege implizieren (GEK Pflegebericht 2013).

Tatsächlich stieg das Durchschnittsalter bei den Männern von 78,62 Jahren in der Periode 2000-02 auf 78,90 Jahre in der Periode 2009-11 und damit nur minimal an. Auch das Durchschnittsalter der Frauen erhöhte sich im gleichen Zeitraum nur sehr leicht von 81,34 Jahren auf 82,48. Die Pflegestufenverteilung verschiebt sich in Richtung niedriger Pflegestufen:

Pflegestufe	2000-2002	2009-2011
	Männer	
I	36	48
II	46	41
III	17	11

Tab. 3-25: Pflegestufenverteilung bei den Männern  
Quelle: Barmer GEK

Bei den Frauen zeigt sich eine ähnliche Entwicklung.

Eine Tendenz zur gesundheitlichen Verschlechterung lässt sich damit an dieser Stelle nicht nachweisen. Die Überlebensfunktionen für die ersten 24 Monate nach dem erstmaligen Heimeintritt zeigen bei den Männern eine geringfügige Abnahme der Sterblichkeit, bei den Frauen dagegen keine Verringerung der Überlebenszeiten. Bei den Männern zeigt sich, zumindest der Tendenz nach, eine geringfügige Abnahme der Sterblichkeit und damit verbunden, eine leichte Erhöhung des Anteils an Überlebenden im Zeitverlauf. Bei den Frauen lässt sich dagegen kein systematischer Zusammenhang zwischen den einzelnen Überlebensfunktionen erkennen, damit aber auch keine Verringerung der Überlebenszeiten. Mit diesen Aussagen lässt sich die oben genannte These also nicht bestätigen.



An dieser Stelle erscheint es sinnvoll, die Entwicklung der Heimkosten und des Eigenanteils näher zu betrachten. Hier liefern die GEK Pflegereporte 2012 und 2013 detaillierte Informationen.

Die Leistungshöhen der Pflegeversicherung im Bereich der stationären Pflege beziehen sich dabei ausschließlich auf die Finanzierung der Pflegekosten im Heim. Die Gesamtkosten, die für einen Pflegeplatz in Einrichtungen der stationären Pflege anfallen („Gesamtheimentgelte“ nach § 87a SGB XI) liegen jedoch erheblich höher. Sie enthalten die Pflegesätze, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die so genannten Hotelkosten, sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind dabei deutlich geringer als die durchschnittlichen Pflegesätze. Da zudem die Hotelkosten und die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten vom Pflegebedürftigen getragen werden müssen, decken die Pflegeversicherungsleistungen deutlich weniger als die Hälfte des Gesamtheimentgelts ab.

Die Entwicklung der monatlichen Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile in der stationären Pflege stellt sich wie folgt dar:

	Pflege- stufe	Pflege- kosten	Unter- kunft und Ver- pflegung	Inves- titions- kosten	Gesamt- entgelt	Versiche- rungslei- stungen	Eigenanteil Pflegekos- ten	Eigenanteil gesamt					
									Angaben in €				
									(1)	(2)	(3)	(4)= (1)+(2)+(3)	(5)
1999	I	1.156	548	358	2.062	1.023	133	1.039					
	II	1.521	548	358	2.427	1.279	242	1.148					
	III	1.977	548	358	2.883	1.432	545	1.451					
2011	I	1.369	629	405	2.403	1.023	346	1.380					
	II	1.811	629	405	2.845	1.279	532	1.566					
	III	2.278	629	405	3.312	1.510	768	1.802					

Tab. 3-26: Entwicklung der Pflegekosten

Quelle: Barmer GEK

Dabei ist die Höhe der Heimentgelte regional sehr unterschiedlich. Die höchsten Pflegesätze sind ausnahmslos in den alten Bundesländern zu zahlen. In Hessen liegen die durchschnittlichen Beträge über dem Bundesdurchschnitt.

	Stufe I	Stufe II	Stufe III
<b>Bundesrepublik</b>	1.883 €	2.302 €	2.766 €
<b>Hessen</b>	1.949 €	2.456 €	2.967 €

Tab. 3-27: Pflegesätze

Quelle: Barmer GEK

Für Frauen entstehen im Laufe des Lebens bei Pflegebedürftigkeit Kosten in Höhe von insgesamt 84.000 €, die gemeinsam von der Pflegeversicherung und durch private Eigenanteile aufgebracht werden. Frauen werden am Stärksten mit privaten Eigenanteilen belastet. Sie müssen im Durchschnitt 45.000 € aufbringen, bedingt durch ihre längere Pflege im Heim. Männer steuern rund 21.000 € privat bei.



So viel bezahlt ein pflegebedürftiger Mensch durchschnittlich vom Beginn der Pflege bis zum Tod:

Pflegekosten	Männer			Frauen		
	Angaben in €			Angaben in €		
	Ambulant	Stationär	gesamt	Ambulant	Stationär	gesamt
<b>Privat zu tragender Anteil</b>	4.300	16.500	20.800	6.900	38.200	45.100
<b>Pflegeversicherung</b>	11.000	10.400	21.400	14.700	24.200	38.900
<b>gesamt</b>	15.300	26.900	42.200	21.600	62.400	84.000

Tab. 3-28: Pflegekosten vom Beginn der Pflege bis zum Tod

Quelle: Barmer GEK

Unterschiede in den Pflegekosten bestehen auch zwischen den einzelnen Trägerinnen und Trägern der stationären Einrichtungen. Insbesondere liegen die Heimentgelte bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft in allen Pflegestufen erkennbar unter den Heimentgelten der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft und diese wiederum unter den Heimentgelten der Einrichtungen der öffentlichen Träger/innen. Die Trägerschaft der Pflegeeinrichtung steht dabei auch in engem Zusammenhang mit einer unterschiedlichen Personalstruktur und begründet u.a. dadurch auch unterschiedliche Pflegekosten „So ist z.B. bekannt, dass insbesondere in öffentlichen Einrichtungen Tarifverträge Anwendung finden, während der Abschluss derartiger Verträge in privaten Einrichtungen eher unüblich ist. Weiterhin wird in privaten Heimen weniger und jüngeres Personal beschäftigt. Aus diesem Grunde kann angenommen werden, dass die Heimentgelte in privaten Pflegeheimen deutlich unter den Entgelten von Heimen mit einer anderen Trägerschaft liegen“ (BARMER GEK).

Ein Teil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ist nicht in der Lage, die Gesamtkosten des Heimaufenthalts aus eigenem Einkommen (und Vermögen) zu finanzieren und daher auf Hilfe zur Pflege als SGB XII-Leistung durch den/die Sozialhilfeträger/in angewiesen; dies ist tendenziell je eher der Fall, desto höher die Pflegestufe ist. Erhöht sich nun die Zahl der Leistungsempfänger/innen, entstehen auch höhere Ausgaben bei dem/r Sozialhilfeträger/in. Ein höherer Anteil von Pflegebedürftigen in Pflegestufe I wirkt für die Sozialhilfeträger/innen dagegen tendenziell ausgabensenkend.

An dieser Stelle sollte der sog. „Pflege-Bahr“ für die Pflegebedürftigen und in der Folge auch für den Sozialhilfeträger/innen Entlastung bringen. 2012 hat die Bundesregierung mit der Verabschiedung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) beschlossen, die private Absicherung des Pflegerisikos finanziell zu fördern. Der Begriff „Pflege-Bahr“ hat sich auf Grund der maßgeblichen Initiative durch Gesundheitsminister Daniel Bahr für die staatlich subventionierte Pflegezusatzversicherung eingebürgert. Seit 2013 können Pflegezusatzversicherungen mit 5 € pro Monat staatlich bezuschusst werden. Diese müssen jedoch bestimmten Kriterien genügen:

- Die Monatsprämie muss mindestens 10 € im Monat bzw. 120 € im Jahr betragen.
- Im Pflegefall müssen in Pflegestufe III Leistungen im Umfang von mindestens 600 € monatlich versichert sein.
- Niemand darf vom Versicherungsunternehmen aus gesundheitlichen oder Altersgründen abgelehnt werden. Allerdings können bereits Pflegebedürftige keine Versicherung abschließen.
- Das Versicherungsunternehmen verzichtet auf Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse, eine Prämien differenzierung nach Alter ist aber möglich.
- Versicherungsleistungen werden erst nach einer fünfjährigen Wartezeit (Karenzzeit) gewährt.



Die Bundesregierung ging davon aus, dass im Jahr 2013 etwa 1,5 Millionen förderfähige Versicherungsverträge abgeschlossen würden (Bundestagsausschuss für Gesundheit, 2012). Kurz vor Jahresmitte 2013 verkündete der PKV-Verband, dass Ende Mai 125.000 Menschen einen Fördertarif abgeschlossen hätten. Gemessen an der Zielvorgabe der Bundesregierung ist dies sicherlich keine Erfolgsmeldung.

Worin liegen die Gründe für die geringe Nutzung?

1. Hinsichtlich der Einkommens- und Vermögenssituation ist davon auszugehen, dass gerade einkommensschwächere Haushalte auf den Abschluss einer solchen Versicherung verzichten, weil ihnen die Sparfähigkeit fehlt und die Leistungen der Pflege-Bahr zu gering sind, um die später anfallenden Pflegekosten vollständig zu decken.
2. Bereits Pflegebedürftige sind gemäß § 126 SGB XI ausdrücklich nicht zulagenberechtigt und können keine geförderte Versicherung abschließen.
3. Diskriminiert werden aber auch die pflegenahen Jahrgänge, für die die altersabhängigen Prämien verhindernd wirken. So zahlt ein 60-Jähriger in den bestehenden Tarifen bereits doppelt so viel wie ein 40-Jähriger. Bei den 75-Jährigen liegt der Anteil der pflegebedürftigen immer noch bei weniger als 10 %. Die Prämie für eine geförderte Pflegeversicherung liegt gemäß der Musterkalkulation bei diesem Eintrittsalter aber schon mehr als 8-mal so hoch wie bei einem Eintritt im Alter von 30.
4. Für pflegenahen Jahrgänge ist der Abschluss einer geförderten Zusatzversicherung auf Grund der fünfjährigen Karenzzeit zudem unattraktiv, da der Leistungsfall womöglich in diesem Zeitraum auftritt und die Versicherung dann keine Leistungen gewährt.
5. Gesetzlich vorgeschrieben ist nur eine monatliche Mindestleistungshöhe in Stufe III von 600 €, Leistungen für niedrigere Stufen müssen nicht in den Tarifen enthalten sein. Bei durchschnittlichen Kosten in der stationären Pflege von ca. 3.000 € nur ein Tropfen auf den heißen Stein.
6. Stationäre Pflege in Pflegestufe III nimmt nur jede/r 20. Versicherte jemals in ihrem/seinem Leben in Anspruch. Die Prämien müssen auch beim Eintritt der Pflegeversicherung weitergezahlt werden, so dass die Nettoleistung der Versicherung noch einmal entsprechend reduziert wird.

Insgesamt zeigt sich damit, dass die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung schon hinsichtlich der heutigen Pflegekosten ungeeignet ist, das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit abzufedern. Sie trägt nicht zur Lösung der Pflegeproblematik bei, da sich überwiegend Einkommensstärkere für so eine Absicherung entscheiden (können).

Ein weiteres Thema im Zusammenhang mit der stationären (und ambulanten) Pflege sind die sog. *Pflege-noten*. Mit ihnen werden in Deutschland Pflegeeinrichtungen bewertet, die Leistungen nach dem SGB XI erbringen. Die Noten werden durch die Landesverbände der Pflegekassen vergeben. Sie basieren auf den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Politisches Ziel ist es, die von den Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar zu machen. Die Pflegenoten werden im Internet veröffentlicht und müssen von den Pflegeeinrichtungen an gut sichtbarer Stelle ausgehängt werden. Die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik sind – getrennt für den stationären und den ambulanten Bereich – in den Pflege-Transparenzvereinbarungen festgelegt.

In der Fachwelt wird dieses System fast durchgängig kritisiert. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen und Studien geben ihr Recht. So haben der Fachbereich Gesundheit und Pflege der Hamburger Fern-





Hochschule und der MDK Rheinland-Pfalz eine Studie zur Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung im stationären Bereich (Panhorst, & Möller, 2013) durchgeführt, insbesondere hinsichtlich der Bedeutung von Qualitätsprüfungen und der daraus resultierenden Anreize und Verhaltensänderungen auf Anwenderseite. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass sich die Prüfnoten im Durchschnitt zwar verbessert haben, was sich jedoch nicht in einer höheren Pflegequalität niederschlug. Vielmehr seien die besseren Noten auf einen routinierteren Umgang mit der Bewertungsdokumentation zurückzuführen. Auf diese Weise würden die aktuellen Transparenzkriterien weniger die pflegerische Ergebnisqualität, sondern die Anpassungsfähigkeit von Einrichtungen an ein bestehendes Prüfverfahren beurteilen. Dies wiederum führe laut Studie sogar zu Fehlanreizen: der Umverteilung von Ressourcen weg von der Pflege hin zu Dokumentationsaufgaben.

Nach dem bisherigen Benotungssystem können durch die Ermittlung mathematischer Durchschnittswerte schlechte Noten für die zentralen Fragen der Versorgungsqualität mit guten Noten für Nebensächlichkeiten ausgeglichen werden. So könne es sein, dass zwar Dekubitus nicht behandelt werde und dafür ein Mangelhaft erteilt werde, die Folgen aber ordnungsgemäß dokumentiert seien, wofür es eine Eins gebe. So erzielten zwar 67,9 % eine gute oder sehr gute Gesamtnote, und nur 8 % wurden mit ausreichend oder mangelhaft bewertet. Im medizinisch-pflegerischen Bereich erhielten indessen lediglich 57 % der Einrichtungen gute oder sehr gute Beurteilungen, während 17,3 % schlecht beurteilt wurden.

Eine Neuordnung ist im Zusammenhang mit der Einführung des PSG II angedacht und dringend notwendig. Für das Jahr 2025 lässt sich an Hand der Prognosezahlen der Bertelsmann-Stiftung und unter Verwendung der Berechnungsgrundlagen für die Pflegeprävalenz die rein rechnerische Zahl von 4.739 zu erwartenden Pflegebedürftigen ermitteln. Aus der Pflegestatistik 2011 geht, wie bereits erwähnt, hervor, dass in Hessen lediglich 24,2 % der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen betreut werden. Demnach würden 1.147 über-65-jährige Menschen im Jahr 2025 einen stationären Heimplatz benötigen. Bei den im Dezember 2014 schon bestehenden 3.108 Plätzen wäre hier eine Überversorgung von 1961 bzw. 171 % zu verzeichnen.

Eine weitere Möglichkeit zur Berechnung eines zukünftigen Bedarfes an stationären Plätzen bietet die Verwendung der Anhaltzahlen des Hessischen Sozialministeriums und der prognostizierten Zahlen der Bertelsmann-Stiftung für das Jahr 2025. Für die 66.499 Einwohner/innen über 65 Jahre lässt sich somit ein rechnerischer Bedarf von 1.662 stationären Heimplätzen ermitteln. Nach dieser Berechnung ergibt sich eine Überversorgung von 1.446 Plätzen bzw. 87 %.

Selbst wenn zukünftig keine weiteren Einrichtungen in Betrieb gehen würden – wovon momentan wegen der Renditeerwartungen<sup>9</sup> nicht auszugehen ist – wird dem Landkreis ein Überangebot an stationären Pflegeplätzen erhalten bleiben. Die vom Gesetzgeber gewünschte und erhoffte Marktregulierung greift in diesem Versorgungssegment nicht (s. auch Kap. 3.1.4).

Hingewiesen sei an dieser Stelle nochmals auf die an den Beginn des Kap. 3.2.1 gestellte Zusammenfassung der Pflegestatistik 2011. Hier wird hervorgehoben, dass die vollstationäre Versorgungsform die einzige Angebotsart ist, die im Vergleich der Jahre 2009/2011 von einer Reduzierung der Nachfrage betroffen war (-0,9 %). Wie bereits dargestellt, wächst die Nachfrage an qualifiziertem Personal.

---

<sup>9</sup> Sie liegt im Bereich der stationären Pflege bei 8 %, bei Wohnungen mit Service bei nur 3 %. Zudem bieten Pflegeheime immerhin Einnahmesicherheit, wenn sie als förderungswürdig im Sinne des Sozialgesetzbuches anerkannt sind. Hier greifen der Staat oder die Sozialhilfeträger/innen unterstützend ein, wenn der/die Bewohner/in nicht für die Kosten aufkommen kann. Damit sind die Mietentnahmen weitgehend gesichert.



### 3.3 Demenz

#### 3.3.1 Prävalenzzahlen

Die Zahl der Demenzerkrankten in der Bundesrepublik wird weder von einer amtlichen Statistik noch im Rahmen anderer Erhebungen flächendeckend erfasst. Sie kann deshalb lediglich mit Hilfe von Prävalenzraten geschätzt werden. Die Prävalenz bezeichnet den Bevölkerungsanteil, der zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Krankheit leidet (s. Weyerer & Bickel, 2007). Prävalenzraten basieren auf epidemiologischen Feldstudien. Den folgenden Berechnungen wurden die für die deutsche Alzheimer Gesellschaft ermittelten Prävalenzraten zu Grunde gelegt, die auf einheitlichen internationalen Diagnosekriterien beruhen. Diese Raten steigen mit zunehmendem Alter stark an. Es handelt sich um die zusammengefassten Prävalenzraten für beide Geschlechter. Zwischen Männern und Frauen wurden keine wesentlichen Unterschiede festgestellt. Die Rate der Männer ist bis zum Alter von 74 Jahren etwas höher als bei den Frauen, danach ist es umgekehrt. Tatsächlich sind mehr demenzerkrankte Frauen als Männer anzutreffen, was an der höheren Lebenserwartung der Frauen liegt. Die folgende Tabelle beschreibt die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken.

Altersgruppe	Wahrscheinlichkeit
65 - 69 Jahre	1,2 %
70 - 74 Jahre	2,8 %
75 - 79 Jahre	6,0 %
80 - 84 Jahre	13,3 %
85 - 89 Jahre	23,9 %
über 90 Jahre	34,6 %

Tab. 3-29: Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken  
Quelle: Bickel

Mit diesen Prävalenz- und den Prognosezahlen der Bertelsmann-Stiftung lässt sich für den Landkreis Kassel folgende, rechnerisch mögliche Anzahl von Demenzerkrankten ermitteln.

#### 3.3.2 Stand und Entwicklung der rechnerisch möglichen Demenzerkrankungen im Landkreis Kassel

Altersgruppe	2009	2013	2025
65 - 69 Jahre	192	160	227
70 - 74 Jahre	428	430	467
75 - 79 Jahre	574	758	770
80 - 84 Jahre	994	954	1.475
über 85 Jahre	1.655	1.984	2.042
gesamt	3.843	4.286	4.981

Tab. 3-30: Rechnerisch mögliche Demenzerkrankungen im Landkreis Kassel  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Bertelsmann-Stiftung / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

Sind in den Jahren 2009 bis 2013 die Zahlen um 443 Erkrankte (11,5 %) gestiegen, so wird in den folgenden 12 Jahren eine vergleichsweise geringe Steigerung von 695 betroffenen Personen (16,2 %) erwartet. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Zahl der Erkrankten weitaus höher ausfallen wird, als es die Berechnung aus der Einwohnerprognose der Bertelsmann-Stiftung zulässt.



### 3.3.3 Ambulante Versorgung

#### 3.1.1.13 Niederschwellige Betreuungsangebote

Bei den niederschweligen Betreuungsangeboten lässt sich der zunehmende Bedarf mit den o.g. Prävalenzraten belegen. Sie veranschaulichen den rasant wachsenden Betreuungsbedarf für die Erkrankten und machen zugleich den steigenden Beratungs- und Entlastungsbedarf der pflegenden Angehörigen deutlich. Die Bedarfe sind nicht mehr allein durch ehrenamtliches Engagement, wie es im Rahmen der niederschweligen Betreuungsangebote vorgehalten wird, zu decken. Hier werden zukünftig auch die teilstationären Angebote greifen müssen, wenn dem Wunsch der älteren Menschen nach einem möglichst langen Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit entsprochen werden soll.

#### 3.3.4 Demenz im Krankenhaus

In der Regel sind Krankenhäuser der Akut- und Notfallversorgung nicht auf die Versorgung der wachsenden Patientengruppe von dementiell Erkrankten vorbereitet. Regelrecht verloren im System sind Demenzkranke ohne engagierte Angehörige. Da die meisten Formen der Demenz altersabhängige Erkrankungen darstellen, ist im Zuge der demografischen Entwicklung mit einem starken Anstieg der Krankenzahlen und damit auch der Anzahl dieser Krankenhauspatientinnen/-patienten zu rechnen.

Um wieviel Menschen handelt es sich? Laut einer Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) vom 09.08.2012 „... wird ab 2020 jeder fünfte Krankenhauspatient unter einer Demenz leiden“. Bereits im Jahr 2000 entfielen 50 % der Pflgetage im Krankenhaus auf die Patientengruppe 65 und älter (s. Kruse, 1998). Der Anteil der Über-65-Jährigen unter den Krankenhauspatientinnen/-patienten hat sich von 1994 bis 2001 bereits von 31 % auf über 37 % erhöht. Die Zahl der Patientinnen und Patienten im Alter über 74 Jahren hat sich in diesem Zeitraum fast verdoppelt und wird im Zuge der demografischen Entwicklung weiter ansteigen (s. Wingenfeld & Kleina, 2007).

Für die Situation in Deutschland liefert vor allem die Arbeit von Arolt aussagekräftige Ergebnisse. Er untersuchte 400 Patientinnen und Patienten zweier Lübecker Allgemeinkrankenhäuser auf das Vorhandensein psychischer Störungen. Im Rahmen dieser Studie wurden 200 Patientinnen und Patienten aus inneren Abteilungen sowie 200 Patientinnen und Patienten aus chirurgischen Abteilungen untersucht. Die Prävalenz dementieller Erkrankungen belief sich insgesamt auf 12,3 %, wobei das Vorkommen im Fachbereich Innere Medizin (13,0 %) leicht über dem Chirurgischer Abteilungen (11,5 %) lag (s. Arolt, 1997). Laut Hirsch kommt es bei rund 20 % der stationär behandelten älteren Menschen mit körperlichen Erkrankungen zu postoperativen Verwirrheitszuständen, die häufig als Depression fehlinterpretiert (42 %) oder gar übersehen werden (33 %). Er zitiert eine Mannheimer Studie in Inneren Abteilungen, die gezeigt hat, dass rund 30 % der Patientinnen und Patienten zwischen 65 und 80 Jahren an psychischen Störungen litten, darunter die Mehrzahl unter senilen Demenzen. (S. Hirsch, 2003.)

Zimmer und Förstl berichten, dass etwa ein Drittel der aufgenommenen älteren Patientinnen und Patienten eine deutliche Beeinträchtigung von Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis aufweisen. Jede/r zehnte ältere Patient/in leide unter dem Vollbild der Demenz. Dabei tauchte nur bei 12 % dieser Patient(inn)en die Demenz bei der Einweisungsdiagnose auf. Depressionen kommen bei körperlichen Erkrankungen in etwa 15 % der Fälle vor. Sie führen bei den Betroffenen zu zusätzlichem Leidensdruck und wirken sich auf den Verlauf der körperlichen Erkrankung überwiegend ungünstig aus. (S. Zimmer et al., 2004.)

Bei der Behandlung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus scheinen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und die krankenhaustypischen Abläufe oft nicht miteinander vereinbar zu sein. Für



die Betroffenen bedeutet die Aufnahme einen Wechsel in eine fremde Umgebung, mit fremden Menschen und ungewohnten Tagesstrukturen. Sie verstehen nicht, wo sie sind und was als nächstes passiert. Sie rühren das Essen nicht an, verlassen trotz Bettruhe das Bett, weil sie nach Hause wollen, widersetzen sich Untersuchungen und Behandlungen, weil sie deren Notwendigkeit nicht begreifen. Das hohe Tempo in den pflegerischen Abläufen verstärkt ihre Angst und Unsicherheit zusätzlich.

Die durchrationalisierten Abläufe auf den Krankenstationen planen die aktive oder zumindest passive Hilfe der Patientinnen und Patienten ein. Wer das nicht leisten kann, bringt die Planung durcheinander. Bei aggressivem Verhalten, Weglauftendenzen, Unruhe oder Pflegeverweigerung, ist das Pflegepersonal oft überfordert und hilflos.

Die Demenzerkrankten bescheren den Krankenhäusern zusätzlich handfeste Verluste. Seit 2006 rechnen die Kliniken ihre Kosten nach Fallpauschalen (DRGs) ab. Das bedeutet: für die Behandlungen zahlen die Krankenkassen seitdem festgelegte Beträge. Das ist nur dann wirtschaftlich, wenn die Behandlung innerhalb der vorgesehenen Zeit abgeschlossen ist. Die Zeit kann jedoch nur eingehalten werden, wenn die Patientinnen und Patienten sich wie vorgesehen verhalten, wenn sie ihre Medikamente richtig einnehmen, sich nach den Anweisungen des ärztlichen und pflegerischen Personals verhalten und keinen Widerstand gegen die Behandlung leisten. Bei Patientinnen und Patienten mit Demenz gelingt das selten. Demenz führt unter Umständen zu einer längeren Verweildauer. Bei ihnen verlängert sich der Krankenhausaufenthalt um bis zu 40 % (s. Kirchen-Peters, 2011). Falls die Zusatzdiagnose Demenz gestellt wurde, hängt es ganz entscheidend von der Ursache ab. Viele Demenzdiagnosen haben kein Zusatzgewicht für die Abrechnung mit den Krankenkassen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Demenz, unabhängig von ihrer Ursache, einen Zusatzfaktor erhält. Denn oft kann im Rahmen eines kurzen Klinikaufenthaltes die Genese einer Demenz nicht geklärt werden. Da der Mehraufwand auf jeden Fall über diese Mittel nicht abgegolten wird, wird eine andere Finanzierungsmöglichkeit für die Zusatzdiagnose Demenz benötigt. Da den Kliniken klar ist, dass solche Patientinnen und Patienten mehr Geld kosten als durch sie verdient werden kann, werden sie nicht darauf drängen, diese Patientengruppe aktiv zu bewerben. Hier müssten von politischer Seite Anreize gesetzt werden, dass jene Kliniken, die sich aufrichtig um demenzfreundliche Konzepte bemühen und eine nachvollziehbare Qualität erbringen, das auch finanziert bekommen.

Am wichtigsten ist jedoch eine Umkehr bei den Denkmustern, Haltungen und Strukturen, die für das Krankenhaus typisch sind. Alle im Krankenhaus Tätigen, von den Ärzten über die Pflegekräfte bis zum Servicepersonal müssen für dieses Thema sensibilisiert werden. Wegen der Personalveränderungen/Fluktuation ist hier eine gewisse Kontinuität notwendig.

Grundsätzlich ist bei allen folgenden Lösungsansätzen die Unterstützung und Einbeziehung von Angehörigen und Freunden wichtig, auch durch Kursangebote. Außerdem fällt der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb des Krankenhauses, aber auch mit vor- und nachsorgenden Stellen eine besondere Bedeutung zu.

1. An der Rezeption/Anmeldung sollte Personal sein, das Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen bereits bei der Aufnahme erkennt. Checklisten mit wenigen Fragen könnten bei Personen über 70 Jahren Anhaltspunkte geben für die Notwendigkeit erhöhter Aufmerksamkeit aller Beteiligten. Ebenso sind einfache, gut lesbare Beschilderung und barrierefreie Zugänge hilfreich.
2. Bereits beim Aufnahmegespräch sollte erkannt und dokumentiert werden, ob eine Demenz besteht oder zumindest, falls keine Diagnose gestellt ist, dass die Fähigkeit der Patientin/des Patienten, die Situation richtig einzuschätzen und das eigene Verhalten darauf einzustellen, eingeschränkt ist. Des Weiteren sollte nach dem sozialen Umfeld älterer Patientinnen und Patienten gefragt und abgeklärt werden, ob eine Pflegestufe vorhanden ist und welche Hilfen die betreffende Person in Anspruch



- nimmt. Auch biografische Aspekte und Informationen über Vorlieben und Abneigungen gehören zum Aufnahmegespräch.
3. Oft bewirken schon kleine Änderungen Wunder. Mit Einverständnis der Patientin/des Patienten bzw. des/r Angehörigen oder gesetzlichen Betreuerin und Betreuers könnte eine Kennzeichnung des Bettes und der Akte mit einem Logo erfolgen oder der Patientin/dem Patienten wird ein Bändchen angelegt, so dass jede/r Mitarbeitende sofort sehen kann, dass hier besondere Aufmerksamkeit und Fürsorge notwendig sind und dass man sich an bestimmte Regeln halten muss. Schriftliche Orientierungshilfen für die Patienten oder Piktogramme, beispielsweise an der Zimmertür, an der Toilette helfen der Patientin/dem Patienten, sich zurecht zu finden.
  4. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus sollten zum Thema Demenz Schulungen erhalten. Denn viele von ihnen besitzen keinerlei Strategien, um unvorhersehbare Probleme mit demenzkranken Patientinnen und Patienten zu meistern. Sie müssen daher vor allem in Bezug auf herausfordernde Verhaltensweisen und den richtigen Umgang damit geschult werden. Denn diese Verhaltensveränderungen bei Dementen zu erkennen, sie in Entstehung und Ausprägung einzuordnen und vor allem die nicht-medikamentösen Methoden zu kennen, mit denen sie gemildert oder vermieden werden können, ist bei demenzkranken Patientinnen und Patienten von größter Bedeutung. Durch regelmäßige Fortbildungen erwerben die Mitarbeiter/innen weiteres Wissen und die Kompetenz zur Behandlung, Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Nur so können die Pflegekräfte durch wiederholende Erklärungen Orientierung geben und durch validierende Gespräche Sicherheit vermitteln.
  5. Dennoch werden eskalierende Situationen vom Pflegepersonal trotz Schulung und Fortbildung nicht aufgefangen werden können. Dies allein reicht dafür nicht aus, denn die Betreuung von demenzkranken Patientinnen und Patienten ist zeitintensiv. Alltagsassistentinnen/-assistenten könnten hier eine große Unterstützung für die Pflegekräfte sein. Sie übernehmen keine Pflegetätigkeiten, ersetzen die Pflege also nicht, sind jedoch eine große Entlastung für sie. Vor allem für Personen ohne Angehörige können sie eine vertraute Bezugsperson sein und ihnen das Gefühl von Geborgenheit vermitteln. Auch aus diesem Grund tragen sie Zivilkleidung, arbeiten dennoch als Team mit der Pflege. Sie erhalten eine theoretische und praktische Ausbildung. Ansprechpartner/innen für den/die Alltagsassistent/in ist eine examinierte Pflegekraft, der/die eine intensive Schulung absolviert hat. Diese geschulten Hilfskräften (analog der Alltagskräfte in Altenpflegeeinrichtungen) verbringen von der Aufnahme bis zur Entlassung viel Zeit mit den Patientinnen und Patienten. Sie geben Orientierungshilfen und Schutz in der räumlichen Umgebung, Begleitung zu Untersuchungen und Therapien, um Orientierung zu geben und um Wartezeiten und Zeiten ohne Nahrung zu vermeiden, Alltagsstrukturierung und -begleitung, Beschäftigungsangebote, um einen kognitiven Abfall während des Aufenthaltes zu vermeiden und leistet Gesellschaft bei den Mahlzeiten.
  6. Die Alltagsbegleiter/innen könnten auch einen Gemeinschaftsraum für demenzerkrankte Menschen führen. Hier befinden sich Spiele, Rätsel, Vorlesebücher etc. Die Alltagsbegleiter/innen kümmern sich bei Bedarf stundenweise oder den ganzen Tag um die Patientin/den Patienten.
  7. Denkbar wäre auch eine beschützende Station für akut erkrankte Demenzpatientinnen/-patienten. Hier erscheint ein interdisziplinäres Team von Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften aus Innerer Medizin, Chirurgie und Neurologie/Psychiatrie die ideale Besetzung.
  8. Eine Entlastung des Pflegepersonals könnte auch durch die Schaffung von Rooming-in-Möglichkeiten herbeigeführt werden.

### 3.4 Ältere Menschen im Leistungsbezug nach dem SGB XI

Die Kosten, die durch eine Pflegebedürftigkeit entstehen, werden nur zum Teil durch die Pflegeversicherung abgedeckt. So können Deckungslücken entstehen – insbesondere im Bereich der stationären Pflege, wenn der Pflegebedürftige bzw. seine unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht in der Lage sind, den Teil der Heimentgelte, der die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigt, zu tragen. In diesen Fällen können Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2011. Die öffentlichen Ausgaben können dabei den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferversorgung) entnommen werden, während die geschätzten Angaben zu privaten Ausgaben auf Befragungen beruhen. Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurden die Leistungsempfängerinnen/-empfängern (entsprechend ihrer Pflegestufe) mit dem pro Kopf zu tragenden Anteil an den Heimentgelten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert.

#### 3.4.1 Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2011

Ausgabenquelle	Ausgaben in Mrd. €	Öffentliche / private Ausgaben in %	Alle Ausgaben in %
<b>Öffentliche Ausgaben</b>	25,95	100,0	61,9
Soziale Pflegeversicherung	21,92	84,5	52,3
Private Pflegeversicherung	0,72	2,8	1,7
Sozialhilfe	3,10	11,9	7,4
Kriegsopferfürsorge	0,21	0,8	0,5
<b>Private Ausgaben</b>	15,97	100	38,1
Pflegeheim	10,76	67,4	25,7
Häusliche Pflege	5,21	32,6	12,4
<b>gesamt</b>	41,92		100,0

Tab. 3-31: Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle  
Quelle: Barmer GEK

Aus der Tabelle geht hervor, dass etwas mehr als  $\frac{1}{3}$  der Ausgaben privat finanziert werden. Hiervon entfallen etwa ein Drittel (= 12,4 % der Gesamtkosten) auf den häuslichen und zwei Drittel (= 25,7 % der Gesamtkosten) auf den stationären Bereich.

Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 84,5 % der bei Weitem größte Teil von der Sozialen Pflegeversicherung abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 11,9 % entfallen. Demgegenüber ist der Anteil, der jeweils von der privaten Pflegepflichtversicherung und der Kriegsopferversorgung getragen wird, mit 2,8 % bzw. 0,8 % relativ gering. Insgesamt entfallen auf die Soziale Pflegeversicherung 52,3 % aller Ausgaben, auf die privat getragene stationäre Pflege 25,7 %, auf die privat getragene häusliche Pflege 12,4 %, auf die Sozialhilfe 7,4 % und auf die private Pflegeversicherung 1,7 bzw. auf die Kriegsopferfürsorge 0,5 %.

Die Soziale Pflegeversicherung ist damit die wichtigste Kostenträgerin, die auch damit das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die Soziale Pflegeversicherung aber nur gut die Hälfte der entstehenden Kosten und Ausgaben (ohne die Opportunitätskosten der familialen Pflege zu berücksichtigen) ab. Gemeinsam decken beide Zweige der Pflegeversicherung, also Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung 54 % der Ausgaben ab. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.



### 3.4.2 Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Einnahmen und Ausgaben	2002	2007	2012
	in Mrd. €		
<b>Einnahmen</b>	16,98	18,02	23,04
<b>Ausgaben</b>	17,36	18,34	22,94
<b>Leistungsausgaben</b>	16,64	17,45	21,85
Geldleistung	4,11	4,03	5,08
Pflegesachleistung	2,38	2,47	3,11
Pflegeurlaub	0,16	0,24	0,50
Tages- / Nachtpflege	0,08	0,09	0,25
Zusätzliche Betreuungsleistungen	0,01	0,03	0,38
Kurzzeitpflege	0,16	0,24	0,38
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,95	0,86	0,89
Pflegemittel/technische Hilfsmittel	0,36	0,41	0,44
Vollstationäre Pflege	8,20	8,83	9,96
<b>Verwaltungs- und sonstige Kosten</b>	0,72	0,89	1,09

Tab. 3-32: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung  
Quelle: Barmer GEK

Bei den Ausgaben handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben; der Anteil der Verwaltungskosten lag 2012 bei lediglich 3,3 % der Gesamtausgaben. Von den Leistungsausgaben entfallen etwa 46 % auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege. Die Ausgaben für Pflegegeld betragen 23 % und für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich 14 % der Gesamtausgaben. Die Steigerung der Gesamtausgaben (2007 zu 2012) ist vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze zum 1. Juli 2008, zum 1. Januar 2010 und zum 1. Januar 2012 zurückzuführen. Die Leistungsanpassungen betreffen vor allem den ambulanten Bereich. So stiegen die Geldleistungen und die Pflegesachleistungen zwischen den Jahren 2008 und 2012 um jeweils 20 %, während die Leistungen für die vollstationäre Pflege nur um 10 % angestiegen sind. Letzteres ist darauf zurückzuführen, dass die Leistungssätze für vollstationäre Pflege in den Stufen I und II nicht erhöht wurden, wohl aber in Pflegestufe III. Einen insgesamt geringen Anteil an allen Ausgaben – jedoch mit der höchsten Zuwachsrate – stellen die (meist demenzbedingten) zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI dar. Diese Ausgaben sind gestiegen nachdem Antragstellerinnen/-stellern im Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) ab Juli 2008 auch dann ein Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen zugebilligt wird, wenn nicht die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI vorliegen und gleichzeitig die Leistungsbeträge deutlich erhöht wurden.



### 3.4.3 Soziale Pflegeversicherung

Die Zahl der Pflegebedürftigen (hier: Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung) wird vom Hessischen Statistischen Landesamt ermittelt. Die Angaben der folgenden drei Tabellen beziehen sich auf den Landkreis Kassel.

Pflegebedürftige					
	davon:				
	gesamt	ambulant versorgt	in stationärer Dauerpflege	Pflegegeldempfänger/innen	andere Leistungen
2007	8.887	1.712	2.188	4.827	160
2009	9.060	1.863	2.310	4.781	106
2013	9.985	2.145	2.734	4.983	0

Tab. 3-33: Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

### Vergleich der Pflegebedürftigen 2007-2013

Pflegebedürftige										
	davon:									
Vergleichsjahre	gesamt	%	ambulant versorgt	%	in stationärer Dauerpflege	%	Pflegegeldempfänger/innen	%	andere Leistungen	%
2007/09	+173	1,94	+151	8,8	+122	5,6	-46	0,9	-54	33,7
2007/13	+1.098	12,4	+433	25,3	+546	24,9	+156	3,2	-106	66,2
2009/13	+925	10,2	+282	15,1	+424	18,3	+202	4,2	-160	150,9

Tab. 3-34: Vergleich der Pflegebedürftigen 2007-2013  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

Der Vergleich der Jahre 2007/13 macht eine 12 prozentige Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt deutlich. Im gesamten Vergleichszeitraum stieg die Zahl der zu Hause durch ambulante Pflegedienste versorgten und den Pflegebedürftigen, die durch den Bezug von Pflegegeld ihre Versorgung selbst organisieren, um 589 Personen. Die Anzahl der Bezieher/innen von Leistungen der vollstationären Pflege stieg im selben Zeitraum um 546 Personen.

Verhältnis der Leistungsarten	Landkreis Kassel					
	2001	2003	2005	2007	2009	2013
Ambulante Pflege	20,2 %	17,9 %	18,6 %	19,3 %	20,6 %	21,4 %
Stationäre Pflege	26,7 %	27,4 %	27,4 %	26,4 %	26,6 %	28,6 %
darunter: Stationäre Dauerpflege	26,1 %	26,3 %	26,3 %	24,6 %	25,4 %	27,4 %
Pflegegeld	53,2 %	54,7 %	54,0 %	54,3 %	52,8 %	49,9 %

Tab. 3-35: Verhältnis der Leistungsarten 2013  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Die Tabelle verdeutlicht, dass von den verschiedenen Leistungsarten das Pflegegeld nach wie vor die größte Bedeutung hat, auch wenn hier ab dem Jahr 2007 ein Rückgang von insgesamt 4,4 % erfolgte. Die Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege steigen, nach einem Rückgang in den Jahren 2001 bis 2007, im Jahr 2013 um 1,3 % über den Wert von 2001. Die Schwankungen im Segment der stationären Pflege





sind marginal. Insgesamt lässt sich eine schwache Tendenz zur steigenden Nutzung von professioneller Pflege erkennen.

Altersspezifische Pflegequote 2007	Landkreis Kassel		
	männlich	weiblich	gesamt
Unter 50 Jahre	0,5 %	0,5 %	0,5 %
50-54 Jahre	0,9 %	1,0 %	0,9 %
55-59 Jahre	1,5 %	1,4 %	1,5 %
60-64 Jahre	2,1 %	2,1 %	2,1 %
65-69 Jahre	3,4 %	3,7 %	3,6 %
70-74 Jahre	5,6 %	6,5 %	6,1 %
75-79 Jahre	11,2 %	13,7 %	12,6 %
80-84 Jahre	18,2 %	29,9 %	25,7 %
85-89 Jahre	35,8 %	52,6 %	47,8 %
90-94 Jahre	71,2 %	84,2 %	81,4 %
95 und mehr Jahre	24,4 %	60,0 %	50,6 %

Tab. 3-36: Altersspezifische Pflegequote 2007  
Quelle: Hessisches Sozialministerium

Für Frauen steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit dramatisch nach dem 80. Lebensjahr. Entsprechend ihrem höheren Anteil bei der Altenpopulation stellen Frauen die Mehrheit der Pflegebedürftigen. Die Daten umfassen allerdings nur Personen, die pflegebedürftig im Sinne des Pflegebegriffs der Pflegekassen sind, d.h. täglich mindestens 90 Minuten Hilfe benötigen. Ihnen steht eine mindestens doppelt so große Zahl an überwiegend älteren und hochaltrigen Menschen gegenüber, die auf Hilfen bei der Alltagsbewältigung unterhalb dieser zeitlichen Grenze angewiesen sind.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat den gesetzlichen Auftrag, im Abstand von vier Jahren den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu berichten. Die folgenden Tabellen sind dem „Fünfte Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ (Stand 05.12.2011) entnommen und beziehen sich auf die Jahre 2007-10.

#### Leistungsempfänger/innen nach Leistungsart und Pflegestufe in 2010

Leistungsart	Pflegestufe		
	1	2	3
Ambulant Pflegebedürftige	61,3 %	29,9 %	8,8 %
Stationär Pflegebedürftige	41,0 %	39,3 %	19,7 %
gesamt	55,0	32,8	12,2

Tab. 3-37: Leistungsempfänger/innen nach Leistungsart und Pflegestufe 2010  
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Bei den Empfängerinnen und Empfängern ambulanter und stationärer Leistungen ist in den letzten Jahren der Anteil der Pflegestufe I an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen weiter gestiegen. Die Verteilung auf die Leistungsarten unterscheidet sich deutlich nach den Pflegestufen: In Pflegestufe I besteht eine deutli-



che Überrepräsentierung des Pflegegeldes, in Pflegestufe II nimmt dessen Bedeutung zugunsten der Kombinationsleistung und der vollstationären Pflege ab, in Pflegestufe III schließlich ist die vollstationäre Pflege vor dem Pflegegeld die wichtigste Leistungsart.

An dieser Stelle sei hingewiesen auf Kap. 3.2.6, in dem beschrieben wird, dass die Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr“) nur eine monatliche Mindestleistungshöhe in Stufe III von 600 € gesetzlich vorschreibt. Leistungen für niedrigere Stufen müssen nicht in den Tarifen enthalten sein.

Die beiden folgenden Tabellen geben einen Gesamtüberblick über die Empfänger/innen von Leistungen nach dem SGB XI, differenziert nach Pflegestufe, Leistungsart und Ausgabebeziehung sowie eine abgestufte Darstellung der ambulanten und stationären Versorgungssituation.

### SGB XI-Empfänger/innen nach Ausgabenarten

	Leistungsempfänger/innen						Ausgaben			
	ge- sam 1.000	Pflegestufe			ambu- lant	vollstatio- när	Leistungsausgaben			ge- sam
		I	II	III			Pflegegeld	Pflegesach- leistung	vollstat. Pflege	
							Mill. €			
2006	1.969	1.033	683	252	1.310	659	4.017	2.437	8.671	18.065
2008	2.113	1.137	713	264	1.433	681	4.225	2.605	9.054	19.163
2010	2.288	1.259	751	278	1.578	710	4.672	2.907	9.555	21.448

Tab. 3-38: SGB XI-Empfänger/innen nach Ausgabenarten  
Quelle: Statistisches Bundesamt

### Pflegebedürftige nach Geschlecht, Pflegestufe und Art der Versorgung

Gegenstand der Nachweisung	Pflegebedürftige		Pflegestufe		
	gesamt	davon weiblich	I	II	III
	Anzahl	%	Anzahl		
<b>Pflegebedürftige zu Hause versorgt</b>	1.620.762	63,4	983.399	491.102	146
Davon durch:					
ausschließlich Angehörige	1.065.564	61,0	680.671	303.111	81.782
ambulante Dienste	555.198	68,2	302.728	187.991	64.479
<b>Pflegebedürftige im Heim</b>	717.490	75,0	264.165	295.916	146.835
<b>gesamt</b>	2.338.525	67,0	1.247.564	787.018	293.096

Tab. 3-39: Pflegebedürftige nach Geschlecht, Pflegestufe und Art der Versorgung  
Quelle: Statistisches Bundesamt



### 3.4.4 Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Inanspruchnahme von Sozialhilfe

Sofern im Einzelfall keine oder nicht ausreichende Leistungen der Pflegeversicherung erbracht werden und der Pflegebedürftige oder seine unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht über genügend Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten für einen notwendigen und angemessenen Pflegebedarf zu tragen, können Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.

Die folgenden Tabellen gibt einen Überblick über die Anzahl der Empfänger/innen und die Ausgabenhöhe unterteilt nach Leistungen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen:

	gesamt		ambulant		stationär	
	Empfänger/-innen	Ausgaben in Tsd. €	Empfänger/-innen	Ausgaben in Tsd. €	Empfänger/-innen	Ausgaben in Tsd. €
2001	255.883	2.349.025	60.514	439.419	195.531	1.909.605
2003	242.066	2.420.352	55.405	514.889	186.867	1.905.463
2005	261.316	2.610.673	59.771	546.963	202.361	2.063.709
2007	266.701	2.666.213	64.067	623.611	203.584	2.042.602
2009	299.321	2.878.313	76.801	714.033	233.600	2.164.280
2011	330.400	3.104.107	90.213	801.913	241.420	2.302.194

Tab. 3-40: Leistungen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

#### Ausgaben pro Empfänger/in

	gesamt	ambulant	stationär
	in Tsd. €		
2001	9,18	7,26	9,77
2003	10,00	9,29	10,20
2005	9,99	9,15	10,20
2007	10,00	9,73	10,03
2009	9,62	9,30	9,26
2011	9,39	8,89	9,54

Tab. 3-41: Ausgaben pro Empfänger/in

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Wie die amtliche Sozialhilfestatistik zeigt, ist die Zahl der Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege nach SGB XII mit der Einführung der Pflegeversicherung stark zurückgegangen. Von 1994 bis 1998 fiel die Zahl dieser Sozialhilfeempfänger/innen in der Bundesrepublik Deutschland von 451.000 auf 222.000 (-51 %). Bis 2000 stieg die Zahl der Empfänger/innen auf rund 261.400 an, sank bis 2004 um 15.000 und erreichte 2005 erneut den Stand des Jahres 2000. Am Jahresende 2011 betrug die Zahl der Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege 330.400. Dies bedeutet, dass in Deutschland insgesamt die Zahl der Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen Ende des Jahres 2011 um 120.600 und somit rund 27 % niedriger lag als 15 Jahre zuvor Ende 1994.

Bei der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen waren die Empfängerzahlen nach Einführung der Pflegeversicherung um gut zwei Drittel zurückgegangen (1994: 189.000, 1999: 56.000). Zwischen 1999 und 2001 ist hier ein leichter Anstieg auf 60.500 zu verzeichnen, danach sinken die Empfängerzahlen bis 2004 und erreichen Ende 2006 mit 60.500 wieder den Stand von 2001. Bis Ende 2011 stieg die Zahl dieser



Leistungsempfänger/innen dann auf 90.200. Insgesamt ist die Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich jedoch nur gering verbreitet. So stehen den 90 Tsd. Empfängerinnen und Empfängern von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen im Jahr 2011 1,76 Mio. Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich gegenüber. Damit kommen auf eine/n Empfänger/in von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen etwa 20 Empfänger/innen von Pflegeversicherungsleistungen bei häuslicher Pflege.

Die Anzahl der Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen hat sich ausgehend von 1994 anfangs noch leicht erhöht. Mit der Umsetzung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung zum 1. Juli 1996 ist bei diesen dann ein deutlicher Rückgang der Empfängerzahlen feststellbar, wenn auch nicht in gleicher Größenordnung wie im ambulanten Bereich. Vom Jahresende 1995 bis zum Jahresende 2003 sank die Zahl der Personen, die auf pflegebedingte Sozialhilfeleistungen angewiesen waren, im stationären Bereich um rund 100 000 Personen (minus 35 %) auf 187 000. Seitdem stiegen die Empfängerzahlen an (plus 37.000). Am Jahresende 2011 wurde 241.400 Personen Hilfe zur Pflege gewährt. Im stationären Bereich ist die Zahl der Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege deutlich höher, was im Wesentlichen auf die Höhe der Heimentgelte zurückzuführen ist und auf die Schwierigkeiten, die erforderlichen erheblichen Eigenanteile zu tragen.

Bei der Gegenüberstellung der Empfängerinnen und Empfängern von Hilfe zur Pflege mit der Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Heimbewohner/innen grundsätzlich keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat (Nichtversicherte und insbesondere Heimbewohner/innen mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I – sog. „Pflegestufe 0“). Ihre Zahl wurde bisher grob mit 50 000 geschätzt. Berücksichtigt man dies, so sind nach wie vor nur etwa 25 % der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen auf ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen. Die folgende Tabelle gibt die regionale Vorausschätzung der pflegebedürftigen Personen im Alter von 65 und mehr Jahren in stationärer Dauerpflege wieder. Es ist eine Modellrechnung mit fester Messziffer gemäß Bedarfsanhaltwert von 25 stationären Dauerpflegeplätzen je 1.000 Einwohner/innen in einem Alter von 65 und mehr Jahren. Ähnliche Projektionen für die anderen Leistungsarten nach dem SGB XI liegen leider nicht vor.

Verwaltungs- bezirk	Personen in einem Alter von 65 und mehr Jahren in stationärer Dauerpflege							
	Bestand 2007	Vorausschätzung					Veränderung	
		2010	2020	2030	2040	2050	2007-30	2007-50
LK* Kassel	2.027	1.350	1.547	1.792	1.876	1.708	-11,6 %	-15,7 %
Land Hessen	39.694	30.210	34.153	41.239	44.509	43.200	3,9 %	8,8 %

Tab. 3-42: Vorausschätzung stationäre Dauerpflege  
Quelle: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

\*Landkreis Kassel

Obwohl die Prognose bis zum Jahr 2040 von einer Steigerung der Bewohnerzahlen ausgeht, wird im Vergleich der Jahre 2007/2030 bzw. 2007/2050 der sinkende Bedarf an stationärer Dauerpflege deutlich. Ob sich damit gleichzeitig auch die Ausgaben der Pflegeversicherung und der Sozialhilfeträger/innen reduzieren, bleibt abzuwarten.

An dieser Stelle sei auch verwiesen auf das Kapitel 8 „Menschen mit existenziellem Hilfebedarf“.



### 3.5 Schlussbetrachtung

Während sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 nahezu verdoppeln wird, geht die informelle Pflege durch Angehörige zurück. Der Grund für den Rückgang der Angehörigenpflege liegt in der sozio-demografischen Entwicklung. Die Zahl der potentiell pflegenden Angehörigen nimmt durch sinkende Geburtenraten und die Veränderung der familiären Strukturen ab. Die steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen führt ebenfalls zu einer Reduktion des informellen Pflegepotenzials. Das Resultat dieser Entwicklung ist ein Anstieg der Heimquote. Während die sozio-demografische Entwicklung auf eine Ausweitung der professionellen und hier insbesondere der stationären Pflege hindeutet, erfordern die Vorlieben von Bürgern und Staat sowie der Tatbestand knapper pflegerischer und finanzieller Ressourcen eine Ausweitung der häuslichen Pflege. Vor dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes muss ein alternativer Ansatz für den Pflegemix der Zukunft gesucht werden.

So sollte der Zugang zu informellen, niedrighschwellig und ambulanten Pflegestrukturen in der häuslichen Umgebung über die Wahl des Settings entscheiden und nicht allein der Pflegebedarf/Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen. Dies setzt eine flächendeckende Verbesserung der Angebotslandschaft voraus. Dem Pflegemix sollte die Überlegung zu Grunde liegen, inwieweit sich der Anteil an rein professioneller bzw. stationärer Pflege reduzieren ließe, wenn diese Versorgungsform auf Personen mit höherem Pflegebedarf konzentriert wird und geringere bzw. besser planbare Pflegebedarfe ambulant niedrighschwellig bzw. informell versorgt werden.

Systembedingte Fehlanreize führen zur unnötigen Verlagerung des Pflegegeschehens in stationäre Einrichtungen. Während bestimmte Maßnahmen der ambulanten Pflege aus den Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, erfolgt deren Finanzierung im stationären Setting aus dem Gesamtbudget der Sozialen Pflegeversicherung. Insofern besteht für die jeweilige Kasse ein gewisser ökonomischer Anreiz zur stationären Versorgung von Pflegebedürftigen.

Aus diesen Überlegungen heraus hat das Institut prognos im Auftrag der Bertelsmann Stiftung im Mai 2014 das Konzept für den Pflegemix der Zukunft entwickelt. Das Institut kommt zu folgendem Ergebnis: Sofern es gelingt, die professionelle Pflege auf Personen mit starken kognitiven und körperlichen Einschränkungen sowie besondere Bedarfskonstellationen zu beschränken lässt sich der Anteil in der stationären Pflege von 30 % auf 21 % reduziert, während der Anteil in der professionellen ambulanten Pflege um etwa 6 % (auf nunmehr 16 %) und der Anteil der Kombinationsleistungsempfänger/innen um 3 % (auf 19 %) ansteigt. Der Anteil der informellen Pflege durch Angehörige bleibt hingegen mit einem Anteil von 45 % nahezu unverändert.

Weiterhin würde es durch die Reduktion der vergleichsweise teuersten Versorgungsform der stationären Pflege durch die vermehrte Inanspruchnahme ambulanter Versorgungssettings zu einem Rückgang der Ausgaben der Pflegeversicherung von rund 10 % kommen (bezogen auf das Jahr 2020). Ebenso wird sich laut des Konzeptes der zu erwartende Fachkräftemangel durch die Verlagerung in die niedrighschwellige Versorgung reduzieren lassen und zwar um etwa 38 % auf 148.000 Vollzeitkräfte bis zum Jahr 2020.

Der Ansatz beschreibt den optimalen Mix zwischen professionellen, niedrighschwellig und informellen Versorgungsangeboten in der ambulanten sowie der stationären Pflege und basiert in der Bedarfsermittlung auf dem Konzept der fünf Pflegegrade (PSG II). Das Konzept verfolgt keinesfalls die Intention, die Pflegeleistungen der bedürftigen Personen zu kürzen oder deren Angehörige stärker zu belasten. Vielmehr wird beschrieben, wie die vorhandenen Ressourcen bedarfsgerechter eingesetzt werden können.



Umsetzbar wären diese Überlegungen durch die Einführung des Regionalen Pflegebudgets, denn den Kommunen fehlen häufig die Mittel zur Wahrnehmung ihrer Gestaltungsaufgabe im Bereich der Pflege. So hat die Einführung der Pflegeversicherung die Kommunen zwar zunächst finanziell entlastet, sie aber zugleich auch aus der Steuerungsverantwortung für die Versorgung entbunden. Die neue Kostenträgerin „Pflegekasse“ konnte diese Lücke nicht schließen, sondern sichert gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag im Wesentlichen die individuellen Leistungsansprüche der pflegebedürftigen Versicherten ab. Dieser Rechtsanspruch, der sich aus dem Prinzip der Pflegeversicherung ergibt, ist eine wichtige sozialpolitische Errungenschaft und muss in jedem Fall erhalten werden. Eine zentrale pflegepolitische Herausforderung besteht somit darin, die Verantwortung und Ausstattung der Kommunen strukturell und finanziell zu stärken, ohne die Grundprinzipien der Sozialversicherung in der Pflege zu verletzen. Genau an dieser Stelle setzt das Konzept zum Regionalen Pflegebudget an. Es geht dabei im Wesentlichen darum, die Leistungsmittel der Pflegeversicherung mit der kommunalen Gestaltungsverantwortung zu verbinden, indem Kommunen entsprechend der Anzahl und Einstufung ihrer pflegebedürftigen Bürger/innen Mittel aus der Pflegeversicherung erhalten. Die Zuweisung ist unabhängig vom gewählten Pflegesetting (informell, ambulant, stationär) und setzt somit einen finanziellen Anreiz zur Förderung ambulanter Versorgungsangebote vor Ort. Zugleich bleiben die individuellen Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen und ihre Wahlmöglichkeiten unangestastet.

Dabei stellt die Bertelsmann Stiftung als Konzeptentwicklerin bewusst die Rolle der Kommunen ins Zentrum ihrer Überlegungen, weil gute Pflege nur vor Ort gestaltet und verantwortet werden kann.

Durch den Ausbau von innovativen und passgenauen regionalen Versorgungsstrukturen werden Anreize geschaffen, dass Pflegebedürftige vermehrt ambulante niedrigschwellige Angebote wahrnehmen. Dies erfordert insbesondere die Entwicklung eines vielschichtigen Netzes mit zielgenauen Kooperationen zwischen professionellen Leistungserbringerinnen/-erbringern, niedrigschwelligen Hilfen und zivilgesellschaftlichen Engagements auf regionaler Ebene.

Der sachgerechtere Einsatz des vorhandenen Fachpersonals kann zudem zu einer Entlastung der personalintensiven Pflege beitragen, indem Pflegebedürftige der Pflegestufe I oder Schwerpflegebedürftige (Pflegestufe II) verstärkt ambulant versorgt werden können.

Dem Regionalen Pflegebudget liegt folgender Mechanismus zugrunde: die Kreise und kreisfreien Städte erhalten ein monatliches Budget aus der sozialen Pflegeversicherung. Der Umfang des Budgets bemisst sich an der Anzahl der im jeweiligen Kreis bzw. der jeweiligen kreisfreien Stadt gemeldeten Pflegebedürftigen sowie am jeweiligen Grad der Pflegebedürftigkeit. In welchem Pflegesetting die Pflegebedürftigen versorgt werden (informelle Pflege durch Angehörige, ambulant professionelle Pflege, stationäre Pflege), hat keinen Einfluss auf die Höhe des Budgets. Die Kreise und kreisfreien Städte sichern mit diesem Budget den heutigen individuellen Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen.

Die Pauschalvergütung nach Pflegestufen setzt finanzielle Anreize, insbesondere die teurere und personalintensive stationäre Pflege zu vermeiden. Gelingt es, die Pflegebedürftigen bedarfsgerecht – nämlich primär ambulant – zu versorgen, werden finanzielle Ressourcen für die Optimierung der pflegerischen Versorgung in der Region frei. Gelingt dies nicht, so werden nicht bedarfsadäquate regionale Pflegestrukturen für die Verantwortlichen auch finanziell spürbar.

Auf Grund ihrer Planungs- und Steuerungshoheit können Kreise und kreisfreie Städte im Rahmen des Regionalen Pflegebudgets passgenaue Versorgungsstrukturen in der Region schaffen. Sie haben es in der



Hand, etwa durch Versorgungsverträge oder andere Anreizsysteme, niedrighschwellige Pflegesettings (insbesondere ambulante und integrierte Versorgungssettings) zu sichern, bei denen professionelle Pflegeleistungen und niedrighschwellige Hilfen optimal ineinandergreifen. Die frei werdenden Mittel sind zweckgebunden und müssen daher im Regionalen Pflegebudget des Kreises verbleiben. Aber auch deren Verwendung für Lohnsteigerungen der Pflegekräfte sollte angesichts des absehbaren Mangels an qualifizierten Fachkräften und der in der Pflege zu erwartenden überproportionalen Lohnsteigerungen in Betracht gezogen werden. Denn höhere Arbeitszufriedenheit und längerer Berufsverbleib der Pflegekräfte kommen indirekt auch den Pflegebedürftigen zugute.

Damit schafft es das Regionale Pflegebudget,

- einen Teil des Personalbedarfs in der Pflege und
- eine qualitativ hochwertige Pflege zu sichern,
- die Pflege an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten,
- die langfristige Stabilisierung kommunaler Haushalte sowie
- die langfristige Finanzierbarkeit der Pflege zu gewährleisten.

Um die Schnittstelle zur Krankenversicherung möglichst durchlässig zu gestalten, sollten die Krankenkassen auf Landesebene jedoch in die Strukturen der jeweiligen Pflegekasse eingebunden sein. – Nimmt man stattdessen eine Grundgesetzänderung in Kauf, könnte die Zuständigkeit für die Pflegeversicherung bei den Krankenkassen verbleiben.

Der Hessische Landkreistag kommt diesen Überlegungen mit seiner Pressemitteilung vom 08.07.2014 sehr nahe. Dort heißt es:

*„Die demografische Entwicklung macht die Schaffung eines tragfähigen Gesamtsystems notwendig. Dazu gehört, den Landkreisen wichtige Steuerungsinstrumente im Pflegebereich an die Hand zu geben, damit die umfangreiche kommunale Unterstützung pflegebedürftiger Menschen im Zusammenspiel mit den Leistungen der Pflegeversicherung zu einem zukunftsfähigen Gesamtpaket wird. Insbesondere sei erforderlich, das Fallmanagement für pflegebedürftige Menschen von den Pflegekassen zu den Landkreisen zu verlagern. Dem breiten Leistungsspektrum der Landkreise stehen nur äußerst geringe Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten gegenüber. Durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 wurden die Landkreise zunächst von den Kosten der Hilfe zur Pflege entlastet, zugleich aber auch maßgeblicher Steuerungsinstrumente beraubt. Mittlerweile ist aber wieder ca. 1/3 der stationär betreuten Pflegebedürftigen auf Leistungen der Sozialhilfe „als letztes Auffangnetz“ angewiesen. Aus diesem Grund sollte die strukturelle Planung und Steuerung auf Ebene der Landkreise angesiedelt werden. Nur so wäre es möglich, sämtliche Angebote für pflegebedürftige Menschen kommunal zu bündeln, zu steuern und an die tatsächlichen Bedürfnisse anzupassen. Darüber hinaus ist es erforderlich, den Landkreisen die Verantwortung für das Fallmanagement nicht nachrangig zu den Pflegekassen, sondern federführend zu übertragen sowie die Zuständigkeit für Pflegestützpunkte oder ähnliche Beratungsangebote zu übertragen – eine entsprechende Finanzausstattung vorausgesetzt.“*

Inwieweit der 7. Altenbericht<sup>10</sup>, der unter dem Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ weitere Hinweise geben wird, bleibt abzuwarten. Die Sachverständigenkommission wird bei der Bearbeitung dieses Themas zunächst die Rahmenbedingungen betrachten, unter denen die Akteurinnen und Akteure der lokalen Politik in den verschiedenen Regionen, Landkreisen, Städten und Gemeinden handeln. Es gibt sehr große Unterschiede zwischen den Kommunen, etwa im Hinblick auf die finanzielle Lage, die Wirtschaftskraft und die Bevölkerungsstruktur. Daraus ergeben sich unterschiedliche Handlungs- und Gestaltungsspielräume für die lokale Politik. Bei

<sup>10</sup> Die Altenberichterstattung geht zurück auf einen Beschluss des Deutschen Bundestages aus dem Jahr 1994. Er gibt der Bundesregierung auf, in jeder Legislaturperiode einen Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland vorzulegen. Erarbeitet werden die Berichte von unabhängigen Sachverständigenkommissionen, die mit Expertinnen und Experten unterschiedlicher Fachrichtungen besetzt werden. Die Altenberichte der Bundesregierung sind eine der wichtigsten Grundlagen für die öffentliche Diskussion zu Fragen der Politik für ältere Menschen.



vielen Kommunen stellt sich die Frage, inwiefern sie angesichts ihrer prekären wirtschaftlichen Situation ihre Aufgaben überhaupt angemessen erfüllen können. In diesem Zusammenhang nimmt die Sachverständigenkommission auch die Verteilung von Zuständigkeiten und Finanzmitteln zwischen Bund, Ländern und Kommunen in den Blick.

Im Mittelpunkt des Altenberichts wird die Sorge und Unterstützung für älter werdende Menschen stehen. Dabei spielen informelle sowie formelle Sorgestrukturen eine Rolle. Der Kommission ist es dabei ein großes Anliegen, ältere Menschen nicht nur als Umsorgte zu sehen, sondern genauso in ihrer Rolle als Pflegende, als Helfende und als Engagierte. Weiter müssen die informellen Hilfeleistungen im Zusammenhang mit formellen Unterstützungs- und Dienstleistungen gesehen werden.

Bei der Bearbeitung dieser Themen wird die Kommission gesellschaftliche Ungleichheiten berücksichtigen müssen. Unterschiede beim Einkommen und bei der Bildung, aber auch hinsichtlich der Zugehörigkeit zu verschiedenen Ethnien und Kulturen erfordern zum Teil unterschiedliche Angebote an Unterstützungs- und Hilfeleistungen. Auch die ungleiche Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen bei der Sorgearbeit wird im Siebten Altenbericht reflektiert werden.

Insgesamt soll herausgearbeitet werden, an welche lokalen Voraussetzungen die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen geknüpft ist und welche Aufgaben sich insbesondere den Kommunen bei der Gestaltung von Sorge- und Partizipationsstrukturen stellen.





## 4 Ehrenamt

*„Aber wenn sich mehr Menschen darauf einstellen, 90 zu werden und bis Mitte 70 einigermaßen gesund bleiben, werden 50jährige Studenten, 60jährige Unternehmensgründer, aber auch Ruhephasen für Mitteldreißiger nicht exotisch, sondern selbstverständlich sein. Die Alten von morgen hat man sich als bunten Haufen vorzustellen – einige im Ruhestand, andere in Hochleistungsjobs, wieder andere an der Universität.“*

Elisabeth Niejahr, 2007

Der Begriff Ehrenamt steht synonym für bürgerschaftliches Engagement und sog. Freiwilligenarbeit. Nicht zuletzt durch den „Armutsbericht für den Landkreis Kassel“ aus dem Jahr 2013 wurde auch die Bedeutung des Themas Engagement Älterer offensichtlich. Armut, so können wir nachweisen, deutet u.a. auf Mangel an gesellschaftlicher Teilhabe hin. Betroffenen, egal welchen Alters, Teilhabemöglichkeiten zu eröffnen, ist eine gesellschaftliche Aufgabe, der sich der Landkreis Kassel verpflichtet sieht und nur im unmittelbaren Lebensumfeld der Menschen gelingen kann.

### 4.1 Das Bild des Alters in unserer heutigen Zeit

Die Menschen werden immer älter, das Gleichgewicht der Generationen verlagert sich zu Gunsten der Älteren unter uns (s. auch Kap. 1.1). Aus dieser demografischen Entwicklung sind daher die richtigen Rückschlüsse zu ziehen. Die Zunahme der Lebenserwartung und somit die Ausdehnung der Altersphase ist dabei grundsätzlich als Gewinn zu betrachten, insbesondere weil sie den Menschen mehr behinderungsfreie Jahre schenkt. Zusammen mit dem gleichzeitig stattfindenden Rückgang der Geburtenzahl führt die steigende Lebenserwartung aber zu einer veränderten Zusammensetzung der gesellschaftlichen Altersstruktur.

Alter ist kein rechtlich exakt eingegrenzter Lebensabschnitt, der bei Erreichen eines bestimmten Lebensjahres beginnt. Dies widerspricht auch dem Selbstbild und dem Lebensgefühl älterer Menschen. Hingegen sind vielfältige Lebensstile, Lebensweisen, Kompetenzen und gesundheitliche Verfassungen älterer Menschen zu beachten. Da gibt es den kompetenten, erfahrenen, rüstigen älteren Menschen, der noch alleine seinen Alltag meistert, und da gibt es den pflegebedürftigen älteren Menschen, der auf Hilfe und Unterstützung angewiesen ist. Es zeigt sich eine große Spanne zwischen denjenigen, die sich in der Übergangsphase von Beruf und Ruhestand befinden und den Hochbetagten. Und innerhalb dieser Spanne wird immer wieder deutlich, dass das Lebensalter nicht unbedingt etwas über den Grad der Aktivität und Selbstständigkeit aussagen muss.

Der Großteil der älteren Menschen ist gesünder, aktiver, mobiler und auch besser ausgebildet als frühere Generationen. In einer älter werdenden Gesellschaft wird es aber auch eine erheblich größere Zahl von Pflegebedürftigen, Demenzkranken und Menschen mit Behinderungen geben (s. auch Kap. 3). Konzepte für die Zukunft müssen daher eine sehr weite Bandbreite von individuellen und gesellschaftlichen Bedürfnissen und Potenzialen im Blick haben. So vielfältig unsere Gesellschaft ist, so vielfältig müssen unsere Altersbilder sein und ebenso vielfältig auch die Angebote für ältere Menschen.

Ältere Menschen verfügen über wertvolle Erfahrungen, die sie durch vielfältiges bürgerschaftliches und ehrenamtliches Engagement für die Gemeinschaft quasi mitbringen bzw. einsetzen können. Dieses Engagement zu fördern, auszubauen und durch Fortbildungsangebote qualifiziert zu begleiten, ist auch Aufgabe der Politik auf allen Ebenen. In einer alternden Gesellschaft gilt es ferner, die politische Teilhabe der Seniorinnen und Senioren zu fördern und ihre Sichtweisen besonders in das kommunale Geschehen stärker einzubinden. Expertinnen und Experten stellen fest, dass das Engagement der Älteren durch deren zunehmende körperliche und geistige Fitness begünstigt werde und sich auch positiv auf das Wohlbefinden der Seniorinnen und Senioren auswirke. Erhebungen wie die GENERALI Altersstudie 2013 (Bundeszentrale



für politische Bildung, 2013) zeigen auch, dass es bei älteren Menschen noch hohe Engagementpotenziale gibt. Viele sind bereit zu ehrenamtlichen Tätigkeiten, suchen aber noch nach Möglichkeiten, wie sie sich einsetzen können.

Es geht also darum, Vorbehalte gegenüber den Potenzialen des Alters abzulegen und verstärkt die Engagementbereitschaft der Älteren zu aktivieren. Engagement bedeutet schließlich Aktivität, Herausforderung der körperlichen und geistigen Kräfte sowie soziale Integration. Teilhabe an der Gesellschaft, sich einzumischen und sich für andere einzusetzen, um damit auch Lebenssinn und Lebensqualität zu gewinnen, gehört verstärkt zum Lebensstil.

#### 4.2 Grundlagen des ehrenamtlichen Engagements Älterer

Dem Ehrenamt liegt zu Grunde, dass die entsprechenden Tätigkeiten freiwillig erbracht werden und nicht auf Entgelt ausgerichtet sind. Ferner werden die Tätigkeiten auch zu Gunsten familienfremder Personen und in der Regel im Rahmen von Organisationen oder verfestigten Gruppen erbracht, und erstrecken sich über einen gewissen Zeitraum. Dabei werden ehrenamtliche Tätigkeiten inzwischen vermehrt als *Freiwilligenarbeit* bzw. als *bürgerschaftliches Engagement* bezeichnet. Ebenso kann festgestellt werden, dass das Engagement im klassischen Ehrenamt (Vereinswesen) schrumpft, während die Zahl der Engagierten beispielsweise in Initiativen, Netzwerken und Selbsthilfegruppen steigt. Aus der „GENERALI Altersstudie 2013 – Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren“ können hinsichtlich des bürgerschaftlichen Engagements Älterer u.a. folgende Grundlagen bzw. Erkenntnisse zusammengefasst werden:

- 65-85-Jährige sehen für sich noch eine Mitverantwortung, wie sich unsere Gesellschaft entwickelt (über 60 %); diese Erkenntnis differiert je nach Schulbildung
- die Über-65-Jährigen zeigen ein breites Engagement vorwiegend in Bereichen wie Kirche, Seniorenarbeit, Geselligkeit, Bewegung und Kultur (davon 45 % mindestens in einem Bereich)
- den größten Einfluss, sich ehrenamtlich zu engagieren, haben bei Älteren Bildung und Gesundheit
- der Umfang der ehrenamtlichen Arbeit vor dem Eintritt in die Ruhestandsphase liegt im Durchschnitt bei 4 Stunden in der Woche; dies erhöht sich bei Über-65-Jährigen im Schnitt auf 6 Stunden in der Woche; zudem ist festzustellen, dass ein hohes Potenzial für ein stärkeres Engagement im Alter erkennbar wird; für knapp 20 % der über-65-jährigen Engagierten käme es in Frage, sich noch stärker zu engagieren
- die Motivation Älterer, sich ehrenamtlich zu engagieren, liegen in folgenden Gründen:
  - Spaß
  - anderen helfen
  - Kontakte haben und pflegen
  - etwas bewegen
  - Freizeit nützlich gestalten
  - Pflichtgefühl
- die Voraussetzungen für ein stärkeres Engagement Älterer sind dabei:
  - muss interessant sein
  - selbstbestimmt auch in zeitlicher Hinsicht muss gewährleistet sein
  - keine langfristige Bindung
  - Freiräume, um individuelle Aufgaben zu erledigen
  - gute Erreichbarkeit der jeweiligen Einsatzorte
  - wollen angesprochen werden.



Die Motive sich zu engagieren, haben sich in den vergangenen Jahren auch bei den Älteren verändert. Nach wie vor wollen ältere Ehrenamtliche helfen und der Gesellschaft etwas zurückgeben. Dabei rückt jedoch der Wunsch nach individueller Weiterentwicklung, Gestaltungsspielräume und auch Selbstverwirklichung in der Freiwilligenarbeit immer mehr in den Vordergrund. Waren es in der Vergangenheit eher traditionelle Werte wie Pflichtgefühl oder Hilfsbereitschaft, die zum Ehrenamt motivierten, so sind Engagierte heute eher zu gewinnen, wenn sie mehr über ihr jeweiliges Handeln bestimmen können, also wie lange und wie oft sie ihre Zeit spenden und dabei auch die Übersicht in Bezug auf das Ende der Tätigkeit behalten. Zudem ist auch festzustellen, dass Engagierte immer mehr formalen Mitgliedschaften und hierarchischen Strukturen und damit einhergehenden Pflichtaufgaben eher skeptisch gegenüber stehen.

Nicht alle Menschen wollen und können ausschließlich selbstlose und uneigennützig Menschen sein, die sich für andere engagieren. Für viele gilt auch, etwas für sich zu tun: Das Engagement bietet Freude, Kontakte, Möglichkeiten der Selbstverwirklichung und der aktiven Gestaltung in der Gesellschaft. Die Mehrheit engagiert sich daher besonders dann, wenn das Betätigungsfeld den eigenen persönlichen Neigungen und Interessen entspricht.

Dieser Wandel in den jeweiligen Motiven stellt dabei höhere Anforderungen an die Organisatoren des Freiwilligenmanagements. Unterschiedlichen Motivmustern kann dabei durch differenzierte Angebotsformen entsprochen werden, wozu gerade auch zeitlich abgestufte Mitmachmöglichkeiten gehören. Nicht jedes Ehrenamt ist teilbar, und in vielen Bereichen, z.B. im Pflege- und Betreuungsbereich, ist Kontinuität eine wichtige Bedingung. Dies trifft aber längst nicht auf alle Bereiche zu. Deshalb empfiehlt es sich, wo immer möglich, Angebote zu zeitlich befristeter oder zeitlich begrenzter Mitarbeit zu schaffen, die dann ggf. bei beiderseitigem Interesse später verlängert oder ausgedehnt werden kann. Die Zukunft liegt in flexiblen Zeitmodellen, die einerseits den Anforderungen der Organisationen, andererseits aber den Wünschen der am Engagement Interessierten gerecht werden.

Umso größere Bedeutung kommt der persönlichen Ansprache potenziell Interessierter zu. Sie setzt voraus, dass klar ist, für welche konkreten Aufgaben man einen Freiwilligen gewinnen will und welche Erwartungen und Verpflichtungen damit verbunden sein sollen. Dabei sind möglichst exakte, vor allem auch ehrliche Angaben über den voraussichtlichen Zeitaufwand, erforderliche Voraussetzungen und die Rahmenbedingungen wie Versicherungsschutz, Fortbildung und auch Kostenersatz ganz wichtig.

#### **4.3 Netzwerkstrukturen auf neue Ziele ausrichten**

Die künftige Ausgestaltung unseres Sozialgefüges im unmittelbaren Lebensumfeld ist eng damit verknüpft, inwieweit es gelingt, Ältere einzubeziehen, um vor allem ihre Kompetenzen für Aktivitäten und Projekte in den Kommunen nutzen zu können. Dabei sind vor allem entsprechende Handlungsspielräume im Rahmen der Mitgestaltung auf den Prüfstand zu stellen und ggf. anzupassen. Deutlich muss auch hervorgehoben werden, dass es für jeweilige Ansätze und Prozesse vor Ort keine Standards gibt. Vielmehr geht es darum, die örtlichen Gegebenheiten zu berücksichtigen, u.a. welche Akteurinnen und Akteure, Einrichtungen, Vereine und Organisationen für neue Vorhaben und Ansätze einzubeziehen sind. Dabei kann man sich ggf. auch an erfolgreichen Beispielen anderorts orientieren, bei denen durch neue Projekte verstärkte Aktivitäten älterer Mitbürger/innen erreicht wurden und welche Erfahrungen zu Grunde gelegt werden können, die bei der eigenen Umsetzung berücksichtigen werden sollten.

Das jeweilige Spektrum von Akteurinnen und Akteuren und Beteiligten für bürgerschaftliches Engagement und den damit verbundenen Netzwerken ist möglichst breit zu fassen und hängt von den Gegebenheiten vor Ort zusammen:



- Bürger/innen als „Herzstück“ der Freiwilligenarbeit
- Verwaltung als Unterstützer/in bzw. Servicestelle von Projekten
- Bürgermeister/in als Anstoßgeber/in bzw. Rückhalt
- Seniorenvertretung als organisierte Mitsprache auf politischer Ebene
- Initiativen, Vereine und Organisationen mit ihren unterschiedlichsten Angeboten und Möglichkeiten
- Wohlfahrtsverbände als Trägere/innen von Einrichtungen und
- Unternehmen und Geschäftsinhaber/innen als Förderer von Projekten.

Mittels Vernetzungen kann ein verstärkter Austausch aller Beteiligten angestoßen werden und trägt zur Stärkung von Gemeinsamkeiten bei. Dabei ist es wichtig, aktuelle Vernetzungsstrukturen bei Bedarf zu überprüfen auch im Hinblick darauf, dass für neue Projektansätze auch neue Formen der Kooperation bzw. Zusammenarbeit erforderlich sein können, auch wie verschiedene Angebote und Akteurinnen und Akteure ggf. besser vernetzt werden können. Dies hat sich beispielsweise beim Aufbau von Generationen-, Nachbarschafts- bzw. Seniorenhilfen (u.a. Schaffung einer zentralen Anlaufstelle, Mobilitäts- und Begleithilfen, haushaltswirtschaftliche Unterstützungen verschiedenster Art) als wichtige Grundlage herausgestellt.

Folgende Zielsetzungen liegen der Überprüfung und der Neuausrichtung örtlicher Netzwerkstrukturen durch einen möglichst breit angelegten Informationsaustausch zu Grunde:

- zusätzliche Informationsgewinnung
- Entwicklung einer neuen Vertrauenskultur
- stärkere Sensibilisierung zum bürgerschaftlichen Engagement
- zusätzliche Gewinnung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bzw. Freiwilligen
- Erschließung neuer Geldquellen bzw. neue Formen der Finanzierung
- Erkennung eventueller Konkurrenzsituationen
- neue Formen der Zusammenarbeit und
- gemeinsame Fortbildungsmaßnahmen.

Die Methoden der Beteiligungen sind dabei vielfältig und somit den Anforderungen und Möglichkeiten vor Ort anzupassen. Ob die bürgerschaftliche Beteiligung in Form von Bürgerversammlungen, Runden Tischen oder Bürgerforen oder in Form eines Dorf Cafés oder eines Workshops, einer Zukunftswerkstatt oder durch gemeinsame Erkundungsgänge (z.B. barrierefreies Dorf), durch aktivierende Befragungen (wer kann welche Talente bzw. Erfahrungen einbringen) oder dem Aufbau eines Treffpunktes für Generationen organisiert wird, bleibt jeweils örtlicher Interessenslagen vorbehalten und hängt entscheidend von handelnden Personen bzw. deren Zusammensetzung ab.

Nicht zuletzt verdeutlicht die demografische Entwicklung, dass man sich gerade im kommunalen Bereich stärker auf die Bedürfnisse älterer Menschen einrichten muss. Wie eine Vielzahl von Untersuchungen aufzeigt, wollen die meisten Menschen so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Dienstleistungsangebote, gerade auch die, die ehrenamtlich organisiert sind.

Schwerpunktmäßig geht es deshalb darum, durch Maßnahmen und Aktivitäten in den Kommunen bestehendes Engagement zu stabilisieren und neue Potenziale des freiwilligen Engagements zu aktivieren. Wissenstransfer und Netzwerkstärkung bilden dabei wichtige Grundlagen im Sinne einer zukunftsfähigen Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene. Im Zuge dieser jeweils örtlich angepassten Engagementförderung



müssen die Motive und Erwartungen der beteiligten Engagierten ergründet und berücksichtigt sowie Gestaltungsspielräume und Möglichkeiten der Teilhabe einbezogen werden. Sehr deutlich ist auch darauf hinzuweisen, dass die Attraktivität einer Gemeinde nicht alleine an der vorhandenen Infrastruktur zu messen ist. Ebenso wichtig ist ein aktives soziales und kulturelles Leben vor Ort verbunden mit einem ausgeprägten Gemeinschaftsgefühl.

Um gemeinsame Ziele erreichen zu können, bedarf es einer teilweisen Neuausrichtung lokaler Engagementstrategien aller beteiligten Akteure mittels verbesserter Abstimmungsprozesse, auch wenn dies wiederum zumindest zum Teil mit der Aufgabe bisheriger Verantwortungsbereiche und dem Zusammenlegen von Ressourcen verbunden ist.

#### **4.4 Projektansätze im Landkreis Kassel**

##### **4.4.1 AG „Leben im Alter“ / DemografieAgentur**

Der Landkreis Kassel zeigt durch verschiedene Ansätze und Projekte Möglichkeiten und Ansätze zur Einbindung Älterer im Alltagsleben auf, um u.a. durch die Erschließung neuer ehrenamtlicher Potenziale die Lebensstandards in den einzelnen Ortschaften zu erhalten. So hat zum Beispiel die im Rahmen des Arbeitskreises Demografie im Landkreis Kassel ins Leben gerufene Arbeitsgruppe „Leben im Alter“ für ihre Arbeit folgenden Leitsatz entwickelt:

Im Landkreis Kassel haben alle Menschen im Alter ihren Platz. In ihrem Lebensumfeld erleben sie soziale Teilhabe, Integration und Inklusion. Es bestehen haupt- und ehrenamtliche Strukturen, die im Netzwerk die aktive Mitgestaltung auf allen gesellschaftlichen Ebenen möglich machen.

In diesem Sinne ist die Arbeitsgruppe auf dem Weg, vorhandene Strukturen und Angebotsformen des bürgerschaftlichen Engagements im Landkreis zu analysieren, die teilweise erforderliche Neuausrichtung von Netzwerken aufzuzeigen, mit Best Practice Beispielen Anregungen zu geben, um damit letztendlich mittels eines Maßnahmebündels gezieltere Förderungen des bürgerschaftlichen Engagements unter verstärkter Berücksichtigung Älterer zu ermöglichen. Hierbei sollen im Rahmen von Cluster wie

- Wohnen im Alter
- Gesundheit im Alter
- Begegnung der Generationen
- Aktiv beteiligt am Gemeindeleben
- Unterstützung im Alter
- Soziale Integration / Teilhabe
- Strukturen kommunaler Seniorenarbeit

vorhandene Strukturen und derzeitige Angebote aufgezeigt sowie Möglichkeiten zu deren Anpassung an künftige Anforderungen erarbeitet werden.

Im Zuge der Entwicklung neuer Konzepte geht es auch um die Beteiligung älterer Menschen an der Gestaltung kommunaler Daseinsvorsorge. Die DemografieAgentur des Landkreises Kassel hat daher 2013 gemeinsam mit der Universität Kassel und der Ev. Akademie in Hofgeismar eine Studie „Bürgerschaftliches und politisches Engagement als Faktoren demografischer Zukunftsfähigkeit“ initiiert, deren Ergebnisse im Laufe dieses Jahres vorgelegt werden. In diese Studie sind als Referenzstandorte die Städte Bad Karlshafen und Hofgeismar, der Trendelburger Stadtteil Stammen sowie zwei Kasseler Stadtteile einbezogen.



#### 4.4.2 Entwicklungsprogramm „Neue Nachbarschaftshilfen im Landkreis Kassel“

Der Landkreis Kassel hat 2010 auf Initiative der Stiftung ProAlter das Vorhaben „Neue Nachbarschaftshilfen im Landkreis Kassel“ ins Leben gerufen. Mit diesem Projekt war u.a. die Zielsetzung verknüpft, Kenntnisse und Erfahrungen älterer Menschen zu Gunsten eines bürgerschaftlichen Engagements für Ältere zu erschließen sowie Kooperationen mit vorhandenen Initiativen und Engagierten vor Ort anzustoßen. Durch verschiedene Maßnahmen im Rahmen geeigneter Hilfeangebote soll damit dazu beigetragen werden, die Selbstständigkeit und die Lebensqualität Älterer zu erhalten bzw. zu verbessern. Das gegenseitige Für- und Miteinander zwischen Hilfegeberinnen/-gebern und Hilfenehmerinnen/-nehmern und ein besserer Zugang zur Freiwilligenarbeit sind weitere Zielsetzungen des Projektes.

In der Projektphase waren insgesamt acht Städte und Gemeinden des Landkreises Kassel einbezogen. Verlauf und Ergebnisse des Projekts haben gezeigt, dass es möglich ist, auf dem eingeschlagenen Weg neue Nachbarschaftshilfen ins Leben zu rufen. Allerdings wird dafür mehr Zeit gebraucht als im konkreten Fall zur Verfügung stand. Der Landkreis Kassel hat sich deswegen entschlossen, die Gründung neuer Nachbarschaftshilfen im Landkreis weiter zu fördern und deren Vernetzung zu koordinieren. Das " Entwicklungsprogramm Neue Nachbarschaftshilfen im Landkreis Kassel" hat sich mit guten Gründen an die Über-60-Jährigen gewendet. Bedarf und Potenzial sind hier mit Abstand am größten. Zugleich sollen die auf diese Weise nach außen sichtbar gemachten Aktivitäten der Älteren einen Beitrag zur Veränderung des Altersbildes in den Gemeinden leisten, in dem immer noch die Assoziation „Alterslast“ dominiert. Das alles schließt natürlich nicht aus, dass auch jüngere Menschen Empfänger/innen und Geber/innen solcher Hilfen sind. Die Entwicklung und die Ergebnisse aus dem Projekt „Neue Nachbarschaftshilfen im Landkreis Kassel“ sind in einem Endbericht zusammen gefasst, dieser kann im Internet über folgenden Link abgerufen werden: [www.nachbarschaftshilfe-kassel-land.de/files/Endbericht-2103-NNH-LKS.pdf](http://www.nachbarschaftshilfe-kassel-land.de/files/Endbericht-2103-NNH-LKS.pdf).

Inzwischen hat sich auf der Grundlage des Nachbarschaftsprojektes eine Fahr- und Begleithilfe in Breuna im September 2014 im Rahmen der Initiative „Dorf mobil“ gebildet. In Kaufungen startete Anfang 2015 die Nachbarschaftshilfe Kaufungen mit der Zielsetzung, generationsübergreifende Unterstützung im Alltag durch einen Zusammenschluss örtlicher Organisationen und Vereine anzubieten.

#### 4.4.3 Projekt Bildungspatenschaften

Das im Aufbau befindliche Projekt Bildungspatenschaften hat die Zielsetzung, Patenschaften zwischen ehrenamtlich Engagierten mit Kindern aus armutsgefährdeten Familien zu organisieren. Dabei kommt den Patinnen und Paten die Aufgabe zu, den Kontakt zwischen Bildungssystem, also Kindergarten, Schule oder Ausbildungsstätte und Eltern zu fördern. Darüber hinaus sollen Lernprozesse u.a. durch Hausaufgabenbegleitung oder die Teilnahme an außerschulischen Bildungsangeboten angeregt werden. Bildungspatinnen/-paten begleiten auch den Übergang in den Beruf.

Wichtige konzeptionelle Grundlagen für das bürgerschaftliche Engagement hinsichtlich der Erkenntnisse über Ressourcen, Entwicklungspotenzial und –grenzen sowie günstige Rahmenbedingungen und Förderinstrumente treten hierbei ebenso auf wie bei dem bereits beschriebenen Nachbarschaftsprojekt. Das Bildungspatenschaftsprojekt setzt bei den vorhandenen gesellschaftlichen Defiziten und Problemlagen und nutzt dabei Ressourcen des ehrenamtlichen Engagements.



#### 4.5 Schlussbetrachtung

Stellt man sich die Frage, wie man selbst im Alter leben möchte, steht damit auch die Frage des eigenen Engagements für die Gesellschaft im Raum. Die Wahrscheinlichkeit, dass die meisten von uns mit steigendem Alter auf Hilfe angewiesen sind ist dabei nicht von der Hand zu weisen, auch wenn es für den eigenen Beitrag zum Gemeinwohl keine Garantien für eine spätere „Rückzahlung“ gibt. Unstrittig ist, dass der Mensch ein soziales Wesen ist, das die meiste Zeit seines Lebens in Gesellschaft anderer Menschen verbringt. Der deutsche Zukunftsforscher Horst W. Opaschowski spricht von einem Wechsel vom Wohlstand zum Wohlergehen und zeichnet in seinem Buch „Wir!“ ein positives Bild hinsichtlich des Ausbaus der Sozialkompetenz in der Gemeinschaft:

*„Ichlinge passen nicht ins Bild von Krisenzeiten, auch und gerade im zwischenmenschlichen Bereich werden Prinzipien wie Verlässlichkeit und Beständigkeit wieder Bedeutung zugeschrieben ... In dem Maße, in dem sich der wirtschaftliche Spielraum für den einzelnen verringert, in dem Maße steigt die Bedeutung der Gemeinschaft.“*

Horst W. Opaschowski, 2010



## 5 Menschen mit Behinderungen

### 5.1 Konsequenzen aus der UN Behindertenrechtskonvention

#### – Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen –

Die UN Behindertenrechtskonvention (BRK) ist am 26.3.2009 für Deutschland in Kraft getreten. Damit hat sich Deutschland unter anderem verpflichtet, Behinderung nicht nur aus medizinischem Blickwinkel als individuelles Defizit zu sehen, sondern „...dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern.“

Bund und Länder haben sich verpflichtet (Artikel 4. BRK),

- die Menschenrechte von Menschen mit Behinderung sicherzustellen
- Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu verhindern
- geeignete Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstige Maßnahmen zu treffen, damit die Vorgaben der Konvention realisiert werden.

Die Artikel 4 Abs. 3, Artikel 33 Abs. 3 und Artikel 34 Abs. 3 der BRK legen fest, „dass Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen bei dem gesamten Umsetzungs- und dem Überwachungsprozess eng zu konsultieren und aktiv einzubeziehen sind“.

Die BRK zielt darauf hin, den wertvollen Beitrag, den Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten und leisten können, anzuerkennen. Daraus ergibt sich die Forderung nach Inklusion.

**Inklusion** ist ein soziales Netzwerk, das alle Bürger/innen einbezieht und jeden Menschen als vollwertiges Mitglied in der Gesellschaft (Ziel: Soziale Ungerechtigkeit in den Systemen aufzuheben) anerkennt. Im Ergebnis bedeutet dies eine Gesellschaft für alle Menschen.

Für behinderte Menschen würde dies bedeuten, dass sie in Regelkindergärten betreut werden, Regelschulen besuchen, ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechend Ausbildung und Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erhalten, ihre Freizeit im normalen Umfeld verbringen und alle notwendigen Hilfen erhalten, dass sie, wenn sie es wünschen, im angestammten Umfeld verbleiben können.

Ziel des Landkreises Kassel ist es, mit allen Beteiligten daran zu arbeiten, „Inklusive Sozialräume“ zu schaffen.

**Der Inklusive Sozialraum** ist der Ort, an dem Menschen leben, einen Teil ihrer Freizeit verbringen, wo sie einkaufen, zur/m Ärztin/Arzt gehen und den sie auf ihre eigene Weise gestalten, also die überwiegende Lebenswelt. Als Sozialraum wird weiterhin die soziale und institutionelle Infrastruktur einer bestimmten Region bezeichnet. Diese Region orientiert sich an den Verwaltungsgliederungen (Städte: Sozialraum = Stadtteil/Quartier). In ländlichen Gebieten könnten mehrere Gemeinden zusammengefasst sein, die gemeinsame oder ähnliche Strukturen besitzen.

In der Psychiatrieentwicklungsplanung wurden 5 Gebiete identifiziert, die als Sozialräume für psychisch kranke Menschen zur Verfügung stehen:

- der Altkreis Hofgeismar,
- die Stadtrandgemeinden im Norden des Landkreises Kassel,
- der Altkreis Wolfhagen,
- der südliche Bereich des Landkreises Kassel mit Baunatal und
- der östliche Bereich des Landkreises Kassel.





## 5.2 Definition von Behinderung

Seit Jahren unterliegt die Definition von Behinderung einem ständigen Wandel. Ursprünglich stellte sich Behinderung als Folge von Defiziten dar, die ursächlich in der Person des behinderten Menschen liegen (medizinisch defektorientierte Sichtweise). Nunmehr gilt eine differenzierte Sichtweise von Behinderung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat dem Begriff der Behinderung die Person-Umweltbeziehung hinzugefügt. Damit wäre Behinderung nicht in erster Linie in der Person begründet, sondern Ergebnis von Normen und Werten, Barrieren und Zuschreibungen im gesellschaftlichen System und in der sozialen Umwelt.

Wenn wir einvernehmlich von den Grundprinzipien der Gleichheit und Menschenwürde ausgehen, würde das „Normalisierungsprinzip“ darauf abzielen, auch für Menschen mit Behinderungen vergleichbare Lebensstandards zu anderen Mitbürgerinnen und Mitbürgern zu schaffen, so dass Menschen mit Behinderung „ein Leben so normal wie möglich“ führen können.

Mit § 1 SGB I werden allgemeine Ziele wie soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit proklamiert, die die Belange von behinderten Menschen (§ 10 SGB I) selbstverständlich einbeziehen. Das Recht soll unter anderem „Hilfen zur Selbsthilfe“ initiieren, um besondere Belastungen abzumildern und dazu beizutragen, dass soziale Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Mit § 2 SGB IX wird „Behinderung“ folgendermaßen definiert:

- Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen, und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.
- Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.
- Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

Im Landkreis Kassel sind in den vergangenen Jahrzehnten entsprechende Dienste und Einrichtungen durch überwiegend freie Träger/innen mit Unterstützung des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV) Hessen, des Landes Hessen, des Landkreises Kassel und durch Förderinitiativen planvoll, so z.B. durch den Psychiatrieentwicklungsplan des Landkreis Kassel, entstanden. Soziale Angebote, die in diesem Kapitel noch beschrieben werden, wurden regional so verortet, dass sie eine gute Erreichbarkeit für die betroffenen Bürger/innen des Landkreises gewähren. Bei entsprechender Notwendigkeit bieten sie aufsuchende Hilfen bzw. einen proaktiven Ansatz an, da die meisten behinderten Menschen in ihrem gewohnten Lebensumfeld verbleiben möchten.

### 5.3 Behinderte Menschen in den Gemeinden

Der bereits im vorausgegangenen Sozialatlas dokumentierte Abwärtstrend der Anzahl der *schwerbehinderten* Menschen im Landkreis Kassel setzte sich lediglich bis 2013 weiter fort. Waren 2011 noch 31.232 Menschen schwerbehindert, reduzierte sich ihre Anzahl auf 29.538 in 2013. 2014 hingegen erhöhte sich ihre Anzahl wieder, und überstieg mit 31.379 Menschen den Wert von 2011 (31.232 schwerbehinderte Menschen). Die Anzahl der *leichtbehinderten* Menschen hingegen erhöhte sich über den Beobachtungszeitraum stetig von 21.303 in 2011 auf 22.980 in 2014.

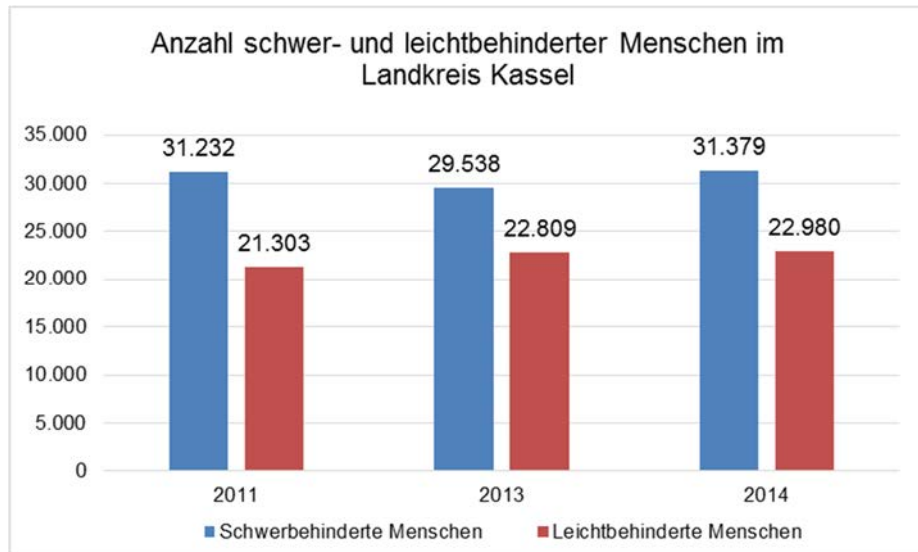


Abb. 5-1: Anzahl schwer- und leichtbehinderter Menschen im LK Kassel

Quelle: Regierungspräsidium Gießen



Die folgende Tabelle zeigt die Veränderung der Anzahl der schwer- und leichtbehinderten Menschen in den Städten und Gemeinden des Landkreises Kassel von 2013 auf 2014.

Ortsteile	Schwerbehinderte Menschen		Leichtbehinderte Menschen	
	2014	Veränderung zu 2013	2014	Veränderung zu 2013
Ahnatal	1.046	5 %	748	1 %
Bad Emstal	848	6 %	592	1 %
Bad Karlshafen	434	5 %	324	-0,3 %
Baunatal	3.748	6 %	2.772	1 %
Breuna	428	8 %	331	1 %
Calden	978	7 %	702	-1 %
Espenau	661	6 %	459	2 %
Fuldabrück	1.192	8 %	921	1 %
Fulda	1.531	5 %	1.166	1 %
Grebenstein	737	7 %	530	0,4 %
Habichtswald	696	6 %	429	-2 %
Helsa	908	7 %	601	-0,5 %
Hofgeismar	2.258	5 %	1.496	1 %
Immenhausen	948	6 %	732	2 %
Kaufungen	1.513	5 %	1.141	1 %
Liebenau	382	6 %	321	0 %
Lohfelden	1.804	5 %	1.337	-0,4 %
Naumburg	725	6 %	491	-1 %
Nieste	171	8 %	181	0 %
Niestetal	1.280	5 %	990	1 %
Oberweser	446	7 %	359	1 %
Reinhardshagen	645	4 %	435	3 %
Schauenburg	1.255	5 %	1.002	2 %
Söhrewald	668	6 %	534	1 %
Trendelburg	683	6 %	586	1 %
Vellmar	2.584	6 %	1.768	1 %
Wahlsburg	306	3 %	210	2 %
Wolfhagen	1.588	8 %	1.193	2 %
Zierenberg	916	6 %	629	-0,2 %

Tab. 5-1: Veränderung der Anzahl schwer- und leichtbehinderte Menschen von 2013 auf 2014

Quelle: Regierungspräsidium Gießen

Die Zahl der *schwerbehinderten* Menschen im Landkreis Kassel erhöhte sich von 2013 auf 2014 um durchschnittlich 6 %. Die höchsten Zuwächse von 8 % sind in Breuna, Fuldabrück, Nieste und Wolfhagen zu verzeichnen, die geringsten von 3 % in Wahlsburg und 4 % in Reinhardshagen.

Bei den *leichtbehinderten* Menschen hat sich in diesem Zeitraum wenig verändert. Die Anzahl hat sich von 2013 auf 2014 um durchschnittlich 1 % erhöht. Die höchste Zuwachsrate von 3 % wurde in Reinhardshagen erzielt. In sieben Gemeinden ging die Zahl der leichtbehinderten Menschen zurück, in Liebenau und Nieste blieb die Anzahl 2014 mit der von 2013 konstant.

Während sich die Anzahl schwerbehinderter Frauen von 13.793 in 2013 auf 13.865 in 2014 nur geringfügig erhöhte, steigerte sich die Anzahl der Männer von 145.745 in 2013 um 10 % auf 17.514 in 2014.

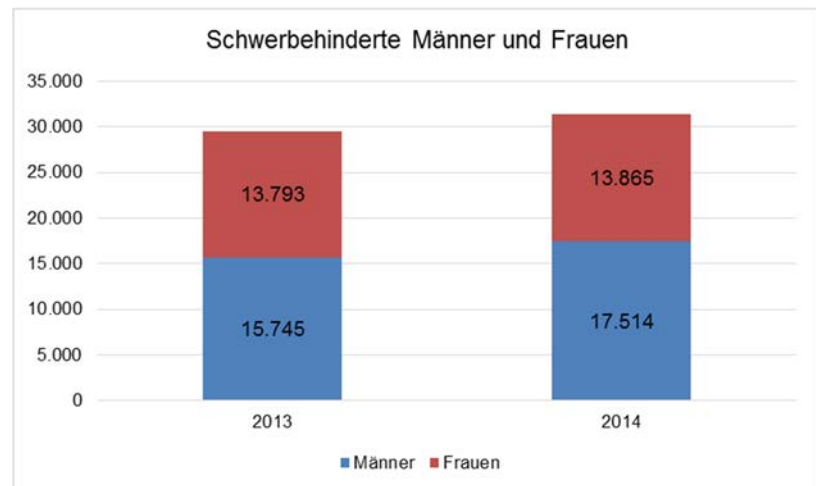


Abb. 5-2. Schwerbehinderte Männer und Frauen  
Quelle: Regierungspräsidium Gießen

#### 5.4 Menschen mit Behinderungen in offenen Hilfen - familienentlastende Dienste

Offene Hilfen für behinderte Menschen werden im Landkreis Kassel von drei Leistungserbringerinnen/erbringen durchgeführt, deren Finanzierung durch kommunalisierte Mittel des Landes Hessen und Zuwendungen des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen sichergestellt werden. Zwei Leistungserbringer/innen offerieren ihre Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung und Mehrfachbehinderung, ein/e Träger/in bietet die Hilfen für Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung und jeweils deren Angehörigen nach dem SGB XII an. Die offenen Hilfen sind ambulante soziale Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung und deren Angehöriger. Sie sollen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bzw. am Leben im Gemeinwesen führen und die Bewältigung von alltäglichen Anforderungen erleichtern. Sie ergänzen das bestehende Angebot ambulanter Dienste und sollen dazu beitragen,

- tatsächliche Wahlalternativen zu stationären Angeboten und Lebensformen zu sichern
- behinderten Menschen ein Leben in alltäglichen und regelhaften sozialen Zusammenhängen sowie Selbstbestimmung zu ermöglichen
- Informations- und Entscheidungskompetenzen der Betroffenen hinsichtlich der Hilfsangebote zu stärken
- den Betroffenen Organisationskompetenzen und soziale Kompetenzen für eine angemessene, effektive selbständige Nutzung von ambulanten Hilfen zu vermitteln sowie
- Selbsthilferessourcen zu fördern.

Neben den persönlichen Hilfen, den familienunterstützenden bzw. entlastenden Hilfen (feD), liegt ein Schwerpunkt der Leistungen im Bereich der Beratung.

Darunter fällt:

- die Sozialberatung
- die Beratung und Unterstützung zur selbstständigen Pflege und Hilfeorganisation
- die Beratung bzw. Unterstützung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen
- die Psychosoziale Beratung sowie die Beratung und Information von Gruppen.

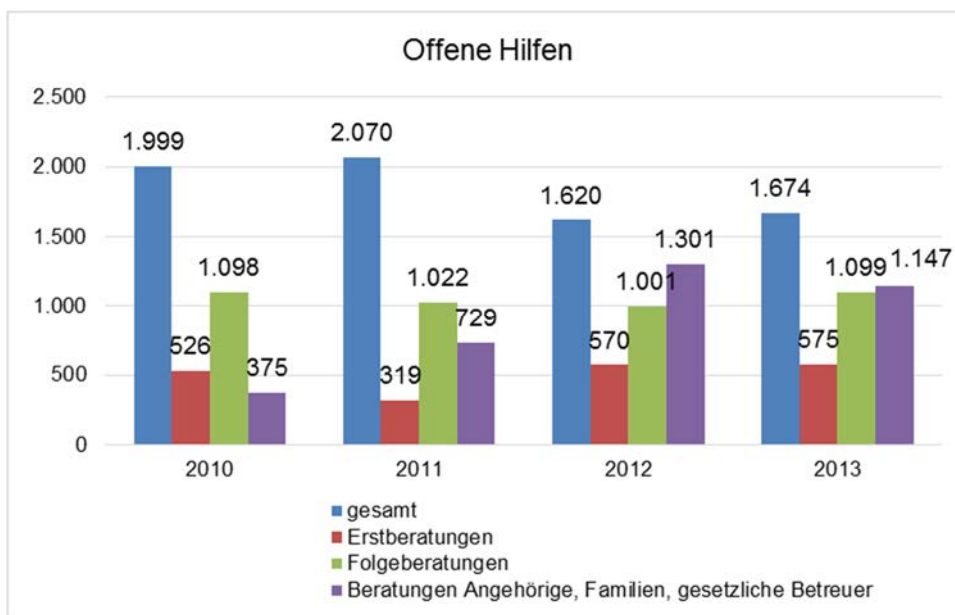


Abb. 5-3: Offene Hilfen  
Quelle: Landkreis Kassel, Sozialplanung

Bis zum Jahr 2011 ist ein Anstieg offener Hilfen zu verzeichnen. Gleichzeitig sank das Interesse junger behinderter Menschen am Angebot des stationären Wohnens.

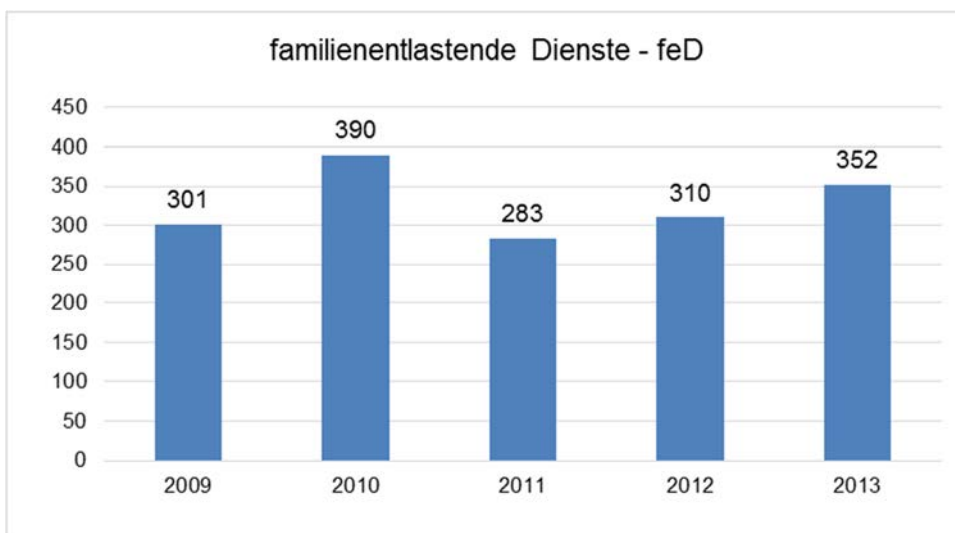


Abb. 5-4: familienentlastende Dienste –feD gesamt  
Quelle: Landkreis Kassel, Sozialplanung



In der folgenden Tabelle sind alle Menschen aus dem Landkreis Kassel mit ihren Wohnorten aufgeführt, die in den Jahren 2009 bis 2013 familienentlastende Dienste in Anspruch genommen haben.

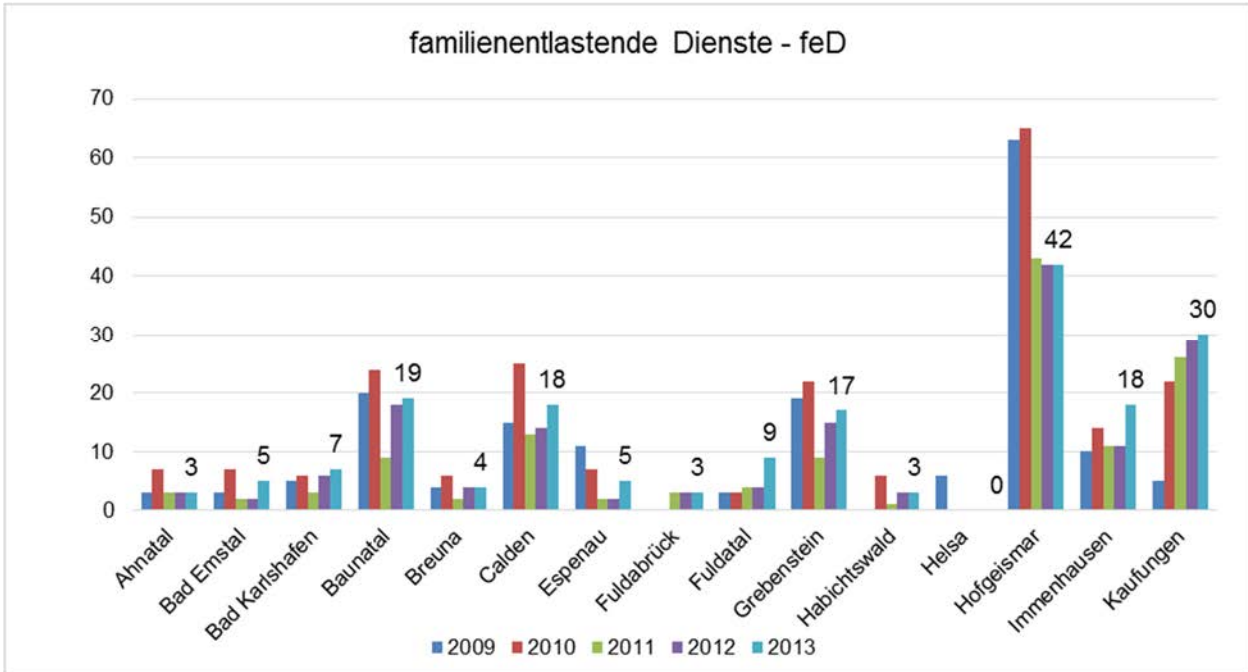


Abb. 5-5: familienentlastende Dienste – feD Teil 1  
Quelle: Landkreis Kassel, Sozialplanung

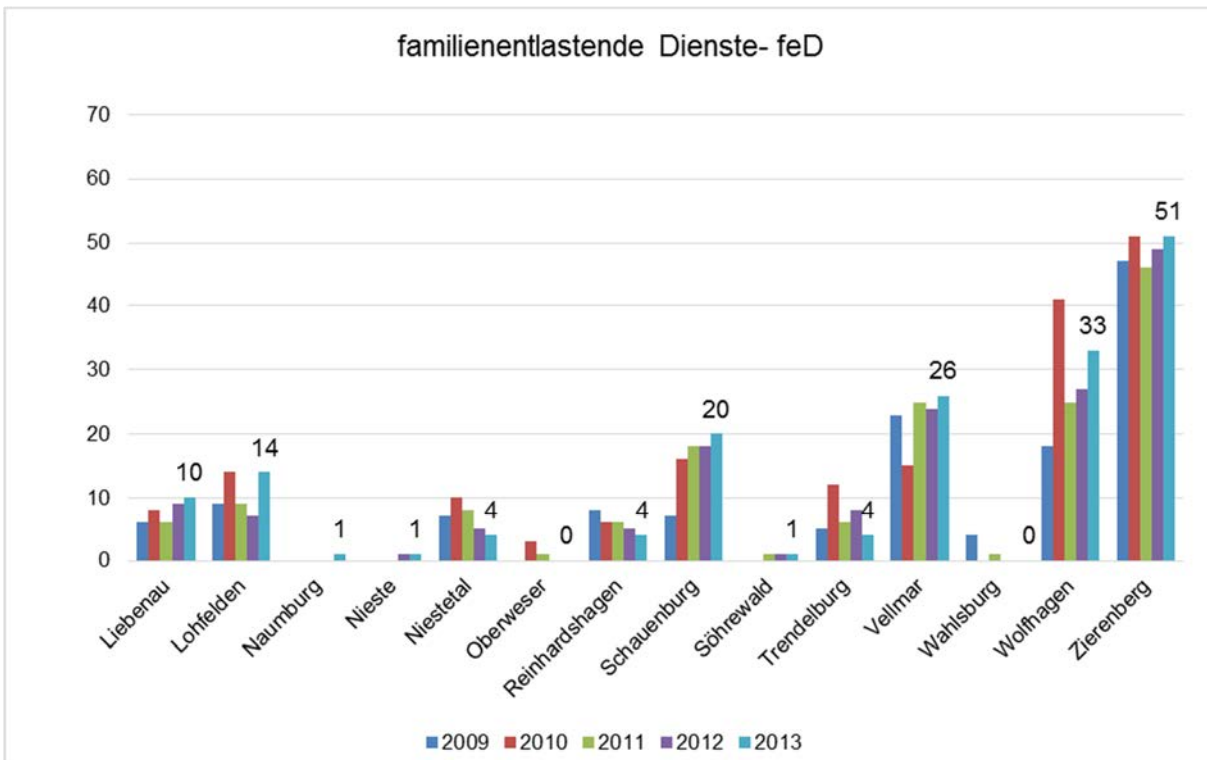


Abb. 5-6: familienentlastende Dienste – feD Teil 2  
Quelle: Landkreis Kassel, Sozialplanung



## **5.5 Eingliederungsmaßnahmen nach dem Sozialgesetzbuch XII**

### **5.5.1 Steuerungsinstrumente**

Für den Funktionsbereich „Wohnen“ finden unter Federführung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen regelhaft Hilfeplankonferenzen statt. Die individuellen Hilfepläne, in denen nicht nur die Bedarfe, sondern auch die Ressourcen der behinderten Menschen beschrieben werden, werden gemeinsam mit den Betroffenen durch die Fachquellen (z.B. Beratungsstellen, Sozialdienste von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen) erstellt, die den Betroffenen bis dahin kennen.

An den Hilfeplankonferenzen nehmen die Leistungsträger/innen, der Landeswohlfahrtsverband Hessen, bei Bedarf der örtliche Sozialhilfeträger, Leistungserbringer/innen und, wenn sie es wünschen, die Betroffenen selbst teil. Da in jedem Fall eine fachärztliche Beurteilung obligatorisch ist, ist regelhaft das Gesundheitsamt Region Kassel vertreten.

Weil die Betroffenen selbst mit eingeladen werden, haben sie nicht das Gefühl, dass über sie, sondern mit ihnen über Ziele entsprechend ihrer Bedarfe entschieden wird. Zurzeit wird für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)“ angewandt. Für den Bereich der geistig und mehrfach behinderten Menschen und der körperlich behinderten Menschen, für die Betreutes Wohnen durchgeführt werden soll, findet die „Integrierte Teilhabepanung (ITP)“ Anwendung.

Für die stationäre Eingliederung der körperlich, geistig und mehrfach behinderten Menschen wird die Metzler-Systematik, die die Hilfen nach Bedarfsgruppen einteilt, angewendet. Für seelisch und suchtkranke behinderte Menschen werden regelhaft in entsprechenden Zeitabständen Überprüfungen (ca. 6 Monate bis maximal 24 Monate) vorgenommen.

Um die verschiedenen Hilfeplanverfahren zu vereinheitlichen, laufen zurzeit Pilotversuche in drei hessischen Regionen mit dem „Integrierten Hilfeplan (IHP)“.

Mit seelisch behinderten Menschen, die eine der 5 Tagesstätten im Landkreis Kassel besuchen möchten, wird in den Hilfeplankonferenzen der für sie zutreffende „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ besprochen.

#### **5.5.1.1 Fachausschusssitzungen**

Für die Zielgruppen der geistig Behinderten, der Körperbehinderten, der seelisch Behinderten und der Suchtkranken finden regelhaft, nach der Werkstattverordnung des SGB IX, separate Fachausschusssitzungen statt. Die Geschäftsführung in den Fachausschusssitzungen wird von dem/r Träger/in der Werkstätten für behinderte Menschen gestellt. Es sollten neben den Vertreterinnen und Vertretern der Werkstatt alle Leistungsträger/innen teilnehmen. So finden die Sitzungen mit Vertreterinnen und Vertretern der Agentur für Arbeit und dem Landeswohlfahrtsverband statt. Der örtliche Sozialhilfeträger wird eingeladen. Die Vertreter/innen der Rentenversicherungsträger/innen nehmen in der Regel nicht teil, akzeptieren aber die Beschlüsse, die in den Sitzungen gefasst werden.

Es werden dort für alle Menschen, die einen Platz in einer Werkstatt haben möchten, die individuellen Hilfen besprochen und beschlossen. Die Entwicklung der Werkstattbesucher/innen wird evaluiert und die Wechsel, zwischen dem Eingangsverfahren dem Berufsbildungsbereich und dem Arbeitsbereich einer Werkstatt, werden auf dieser Grundlage festgelegt. Auch über Entlassungen und Wiederaufnahmen in die Werkstatt wird in den Fachausschusssitzungen beraten und entschieden. Eine Teilnahme der betroffenen behinderten Menschen ist grundsätzlich nicht vorgesehen.



### 5.5.1.2 Erhaltung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit

Um einer vorschnellen Ausgliederung aus dem Arbeitsleben im ersten Arbeitsmarkt zu begegnen, bestehen verschiedene Verfahren:

- **Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit besonders betroffener behinderter Menschen**

Zur Zielgruppe zählen insbesondere Menschen mit Lernbehinderung im Grenzbereich zur geistigen Behinderung, Menschen mit nachhaltigen psychischen Störungen und/ oder Verhaltensauffälligkeiten.

Die Diagnostik der Arbeitsfähigkeit (DIA-AM) dauert in der Regel 12 Wochen. Es ist eine methodisch differenzierte interdisziplinäre Eignungsdiagnostik mit Einzel- und Gruppenerprobungen (Zuweisungen in das Verfahren erfolgen durch die Agentur für Arbeit).

- **Fallmanagement**

Das beschäftigungs- und teilhabeorientierte Fallmanagement im Rechtskreis des SGB XII unterstützt auch die Wiedereingliederung behinderter Menschen in das Arbeitsleben. Mit dem arbeitsdiagnostischen Verfahren der Potenzialanalyse ist es möglich, vorhandene Fähigkeiten, Stärken und die behinderungsbedingten Einschränkungen zu erfassen. Die Potenzialanalyse bildet damit die Basis für eine gezielte arbeitsintegrative Förderung. Dabei stehen, ähnlich wie im Jobcenter (dem Rechtskreis des SGB II), die Möglichkeiten der betrieblichen Trainingsmaßnahmen oder der Arbeitsgelegenheiten als Maßnahmen zur Verfügung.

Das Fallmanagement unterstützt auch diejenigen Menschen, denen der Status der Erwerbsunfähigkeit droht. Potenzialanalysen und die sich anschließenden Hilfen werden vom Fachbereich Soziales des Landkreises Kassel durchgeführt.

Zur Schnittstellenoptimierung bei einem Wechsel zwischen dem Zuständigkeitsbereich von Jobcenter und dem Fachbereich Soziales und umgekehrt wurde eine Clearingstelle eingerichtet. Die Clearingstelle besteht jeweils aus einem/r Vertreter/in dieser Institutionen sowie einem/r ärztlichen Vertreter/in des Gesundheitsamtes als fachliche Unterstützung.

- **Unterstützte Beschäftigung**

Für Personen, bei denen sich herausstellt, dass eine berufliche Eignung für den ersten Arbeitsmarkt mit Unterstützung zu erreichen ist, wurde die „Unterstützte Beschäftigung - UB“ (§ 38 a SGB IX) eingeführt.

Hierbei steht das Ziel im Vordergrund, behinderten Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und zu erhalten. Die unterstützte Beschäftigung umfasst eine individuelle betriebliche Qualifizierung und bei Bedarf eine Berufsbegleitung. Die Zuweisung in die unterstützte Beschäftigung erfolgt durch die Agentur für Arbeit. Die Unterstützungsleistungen für die Teilnehmer/innen werden von dem/r zuständigen Rehabilitationsträger/in für bis zu 2 Jahre erbracht. Bei nachgewiesenem weiteren Bedarf kann die Laufzeit um weitere 12 Monate verlängert werden.

- **Integrationsfachdienst**

Innerhalb des Integrationsfachdienstes (IfD) gibt es für behinderte Menschen die Möglichkeit, einen Arbeitsvermittlungsdienst in Anspruch zu nehmen. Dieser Dienst wird tätig, wenn ein/e Leistungsträger/in die Beauftragung übernimmt.





### 5.5.1.3 Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen

Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen möchte Erwachsenen mit komplexen psychiatrischen und psychischen Erkrankungen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erhalten bzw. diese wieder ermöglichen. Hierbei werden die Funktionsbereiche „Wohnen“, „Freizeitgestaltung“ und „Beziehungen“ (persönliche Netzwerke) und alle beruflichen Tätigkeitsfelder in den Fokus genommen. In der überwiegenden Zahl von Fällen befindet sich die Leistungsträgerschaft bei der Deutschen Rentenversicherung. Das Besondere der Einrichtung ist die Verbindung von sozialer und medizinischer Rehabilitation. Durch eine Vielzahl von Praktikumsplätzen in Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes erfolgt die Rehabilitation realitätsnah. Je erfolgreicher die seelisch behinderten Menschen sind, umso länger kann der Aufenthalt dauern (6 Monate bis 12 Monate).

- **Tagesstätten für Menschen mit seelischer Behinderung**

Tagesstätten bieten ein tagesstrukturierendes Angebot für seelisch behinderte Menschen, die nicht oder noch nicht in der Lage sind, einer anderen Beschäftigung (z.B. WfbM oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt) nachzugehen.

Je nach Gesundheitszustand und Leistungsvermögen können sich die Menschen dort in der Gruppe erfahren und erleben, Kreativangebote oder ergotherapeutische Angebote in Anspruch nehmen.

Die Standorte Hofgeismar, Wolfhagen, Kaufungen, Baunatal und Vellmar wurden im Einklang mit dem Psychiatrieentwicklungsplan des Landkreises Kassel so gewählt, dass sie möglichst durch den ÖPNV erreichbar sind. Jede Tagesstätte verfügt über aktuell 13 Plätze. Da nicht alle Besucher/innen die gesamte Öffnungsdauer ausschöpfen, sind regelhaft circa 16-18 Besucher/innen von Montag bis Freitag in der Tagesstätte anwesend, so dass die volle Kapazität ausgeschöpft wird.

- **Werkstätten für behinderte Menschen**

Für Menschen, die auf Grund ihrer Behinderung einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht nachgehen können, bieten die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) Beschäftigung und Förderung mit dem Ziel der Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben. Aufgabe der Werkstätten ist es, die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit der Betroffenen zu erhalten, zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen und zu sichern sowie die Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern. Mitarbeiter/innen in Werkstätten für behinderte Menschen sind über diese Beschäftigung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sozialversichert.

Die Baunataler Diakonie Kassel e.V. bietet an den Standorten Baunatal, Calden, Fuldabrück, Hofgeismar und Zierenberg Werkstattplätze an, außerdem können seelisch behinderte Menschen auch eine Werkstatt in Kassel besuchen.

Die über den Landkreis verteilten Standorte ermöglichen es den Werkstattmitarbeiterinnen/-mitarbeitern, aus ihren Heimatorten im Landkreis Kassel relativ wohnortnah die Arbeitsplätze zu erreichen.

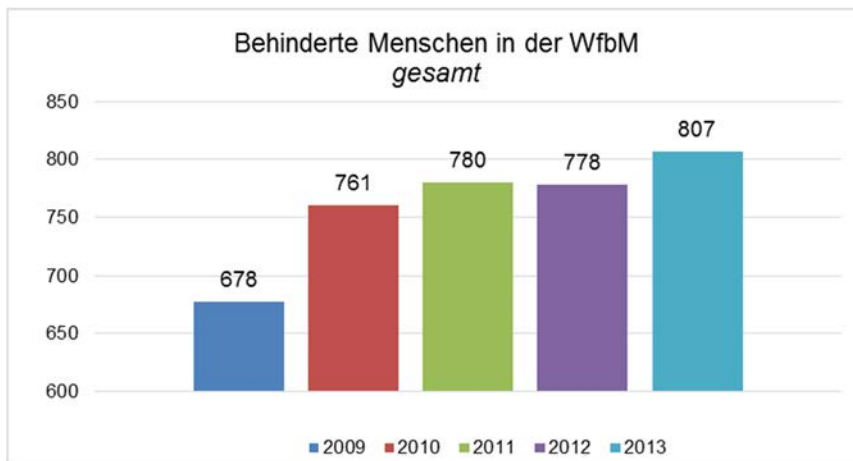


Abb. 5-7: Behinderte Menschen in der WfbM gesamt  
Quelle: LWV Hessen

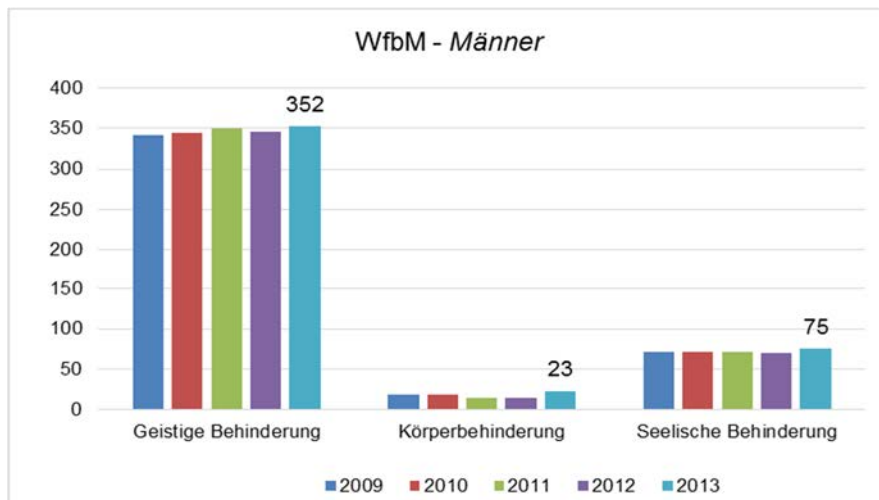


Abb. 5-8: WfbM – Männer  
Quelle: LWV Hessen

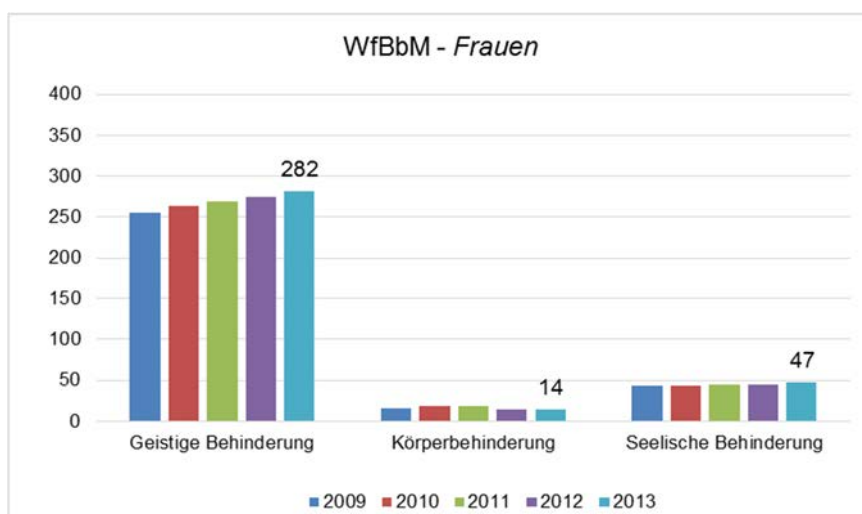


Abb. 5-9: WfbM – Frauen  
Quelle: LWV Hessen



#### 5.5.1.4 Wege aus der Werkstatt für behinderte Menschen

- **Außenarbeitsplätze der WfbM**

Um auch Wege aus der Werkstatt im Rahmen einer „Normalisierung“ aufzuzeigen, wurden in verschiedenen Betrieben der Region Außenarbeitsplätze eingerichtet. Im Jahr 2011 waren dies 35 Außenarbeitsplätze. Die behinderten Menschen behalten ihren Status als Werkstattmitarbeiter/in, finden aber mit ihrem geminderten Leistungsvermögen dank der Unterstützung durch den Sozialdienst der Werkstatt einen Arbeitsplatz in einem Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes vor.

- **Fachkräfte für berufliche Integration**

Durch den Landeswohlfahrtsverband Hessen finanziert, arbeiten in den Werkstätten Mitarbeiter/innen als Fachkräfte für berufliche Integration (FBI). Aufgabe und Zielsetzung der Integrationsfachkräfte ist die Reintegration von Werkstattmitarbeiterinnen/-mitarbeitern in den ersten Arbeitsmarkt, sofern die Betroffenen dies anstreben. Grundlage hierfür ist ihre Selbsteinschätzung und die der Gruppenleiter/innen. Die Klientinnen und Klienten können sich dann in diversen Firmen, anfangs mit Praktikantenstatus, beweisen.

- **Betriebsintegrierte Beschäftigungsplätze**

Für den Bereich der Werkstätten mit seelisch behinderten Menschen wurden einvernehmlich mit dem LWV Hessen und den betroffenen kommunalen Trägerinnen und Trägern Stadt und Landkreis Kassel 30 betriebsintegrierte Arbeitsmöglichkeiten geschaffen. Hier sollen Werkstattmitarbeiter/innen im ersten Arbeitsmarkt mit Unterstützung der Fachmitarbeiter/innen der Werkstatt ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangen. Es besteht das Ziel, dies im Laufe von 2 Jahren zu erreichen. Im Laufe dieser 2 Jahre besteht für die Betroffenen weiterhin die Möglichkeit, das Auffangnetz der Werkstätten zu nutzen.

- **Integrationsbetrieb für behinderte Menschen**

An den Standorten Baunatal und Zierenberg wurde ein Integrationsbetrieb für behinderte Menschen errichtet. In Baunatal arbeiten dort auf Außenarbeitsplätzen etwa 10 Mitarbeiter/innen der Werkstatt für seelisch behinderte Menschen.

In Zierenberg wurde innerhalb des Firmengeländes des Integrationsbetriebes eine Gruppe mit seelisch behinderten Menschen integriert. Durch diese Kooperation konnten schon circa 10 Werkstattmitarbeiter/innen in den Integrationsbetrieb wechseln.

In dem Integrationsbetrieb arbeiten die Mitarbeiter/innen unter Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen, die sie unabhängig von Grundsicherungsleistungen werden lassen. Zurzeit werden circa 200 Mitarbeiter/innen beschäftigt, von denen 95 Personen im Landkreis Kassel wohnen.

#### 5.5.2 Wohnen für behinderte Menschen

##### 5.5.2.1 Wohnheime

Wohnheimbetreuung ist für eine begrenzte Anzahl von Menschen notwendig, die eine Betreuung rund um die Uhr benötigen oder für die aus anderen Gründen der individuelle Betreuungsbedarf nicht im Rahmen des „Betreuten Wohnens“ abgedeckt werden kann. Die Wohnheime bieten gegenüber dem „Betreuten Wohnen“ ein höheres Maß an Sicherheit, Struktur und Schutz.



Sie sind ein Feld für soziales Lernen, bieten Rückzug, beugen Vereinsamung vor und bieten den Bewohnerinnen und Bewohnern Kontakt zu Mitbewohnerinnen/-bewohnern sowie Betreuerinnen und Betreuern und ermöglichen gemeinsame Aktivitäten, aber auch Auseinandersetzungen.

Für unterschiedliche Zielgruppen von behinderten Menschen gibt es im Landkreis Kassel an den Standorten Bad Emstal, Baunatal, Grebenstein, Habichtswald, Helsa, Hofgeismar und Naumburg Wohnheime. Es wurden Absprachen getroffen, dass auf Grund besonderer Bedarfe Wohnheime in Guxhagen und Kassel durch Bürger/innen des Landkreises mitbelegt werden können.

#### **5.5.2.2 Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen in Familien**

Darunter versteht man das gemeinsame Leben eines behinderten Menschen in einer Gastfamilie. Das Wohnen in Gastfamilien ermöglicht, am normalen Leben teilzunehmen und in einem nicht professionellen Umfeld Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen. Dieser Rahmen soll den behinderten Menschen die Möglichkeit geben, alltagspraktische und soziale Kompetenzen wiederzuerlangen. Für die Betreuung der Mitbewohnerin/des Mitbewohners erhält die Gastfamilie eine steuerfreie Aufwandsentschädigung. Sowohl die Gastfamilie als auch der oder die Betreute werden durch ein „Familienpflegeteam“ professionell begleitet und unterstützt.

#### **5.5.2.3 Betreutes Wohnen für behinderte Menschen**

Das „Betreute Wohnen“ ist ein Betreuungsangebot an erwachsene behinderte Menschen im Alter ab 18 Jahren. Es ist ein Hilfeangebot für diejenigen, die

- vorübergehend oder auf unabsehbare Zeit nicht völlig selbstständig leben können
- keine stationäre Vollversorgung in einem Wohnheim oder in einer Gastfamilie wünschen oder für die dies nicht mehr erforderlich ist und
- für diejenigen, für die bestehende ambulante Angebote nicht ausreichend sind.

Die Plätze des Betreuten Wohnens im Landkreis Kassel wurden weniger angebots-, sondern mehr bedarfsorientiert eingerichtet. D.h., dass die überwiegende Anzahl der betreuten Menschen im Betreuten Einzelwohnen in einer eigenen Wohnung leben.

Grundvoraussetzung für das Betreute Wohnen ist, dass der in Frage kommende Personenkreis über ein gewisses Maß an lebenspraktischen Fähigkeiten und sozialen Kompetenzen verfügen muss. D.h., dass er oder sie in der Lage ist, selbstständig und eigenverantwortlich die Lebensführung über täglich mehrere Stunden zu organisieren. Die Betreuungspersonen übernehmen häufig die Rolle des Case-Managers/der Case-Managerin, indem sie eine zentrale Rolle bei der Vernetzung anderer erforderlicher Hilfemaßnahmen einnehmen.



In den folgenden Grafiken wird als Zeitreihe nach Stichtagserhebung für die Jahre 2009 bis 2013 der Umfang der Leistungen an behinderte Menschen nach Wohnformen und in den Werkstätten für behinderte Menschen beschrieben.

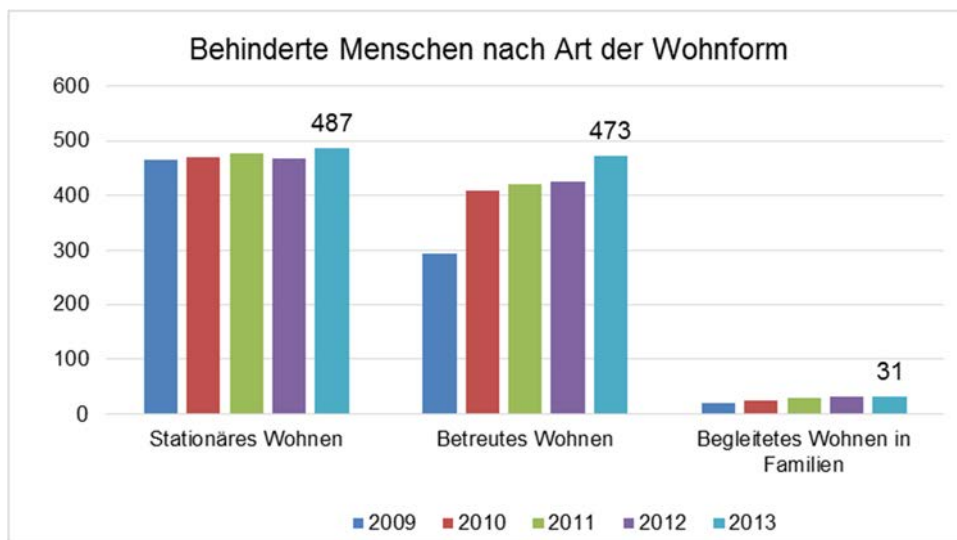


Abb. 5-10: Behinderte Menschen nach Art der Wohnform  
Quelle: Landeswohlfahrtsverband Hessen

Während die Anzahl ambulant betreuter Menschen mit Behinderungen im Landkreis Kassel seit 2009 zugenommen hat, stagnieren die Zahlen im Bereich des stationären Wohnens. Basierend auf den Daten des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen werden in den folgenden Grafiken nach Geschlecht und Behinderungsarten der Umfang der jeweiligen Wohnformen, ihre Integration in Werkstätten sowie ihre Verteilung nach Herkunftsorten dargestellt.

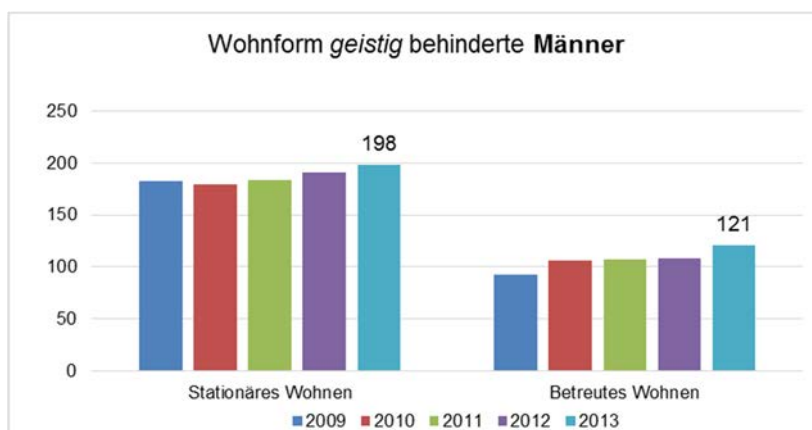


Abb. 5-11: Wohnform geistig behinderte Männer  
Quelle: Landeswohlfahrtsverband Hessen

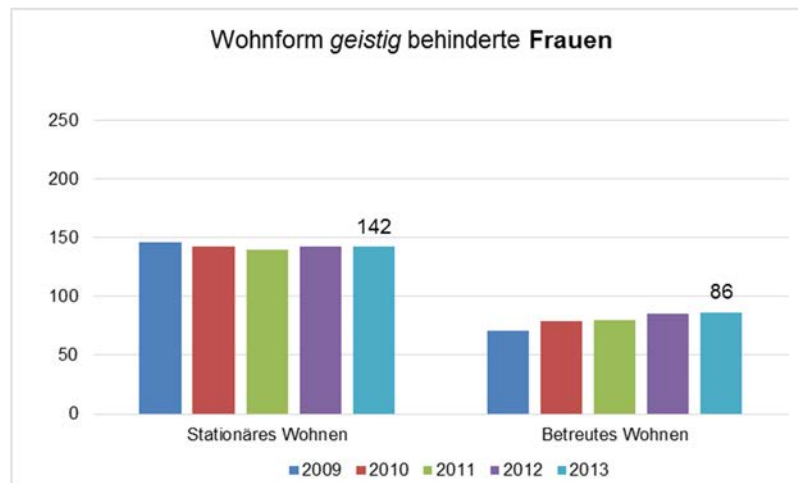


Abb. 5-12: Wohnform geistig behinderte Frauen  
Quelle: Landeswohlfahrtsverband Hessen

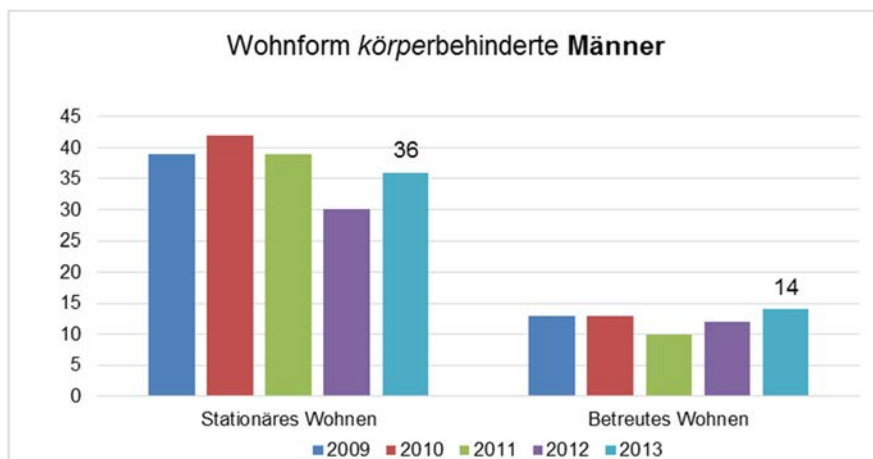


Abb. 5-13: Wohnform körperbehinderte Männer  
Quelle: Landeswohlfahrtsverband Hessen

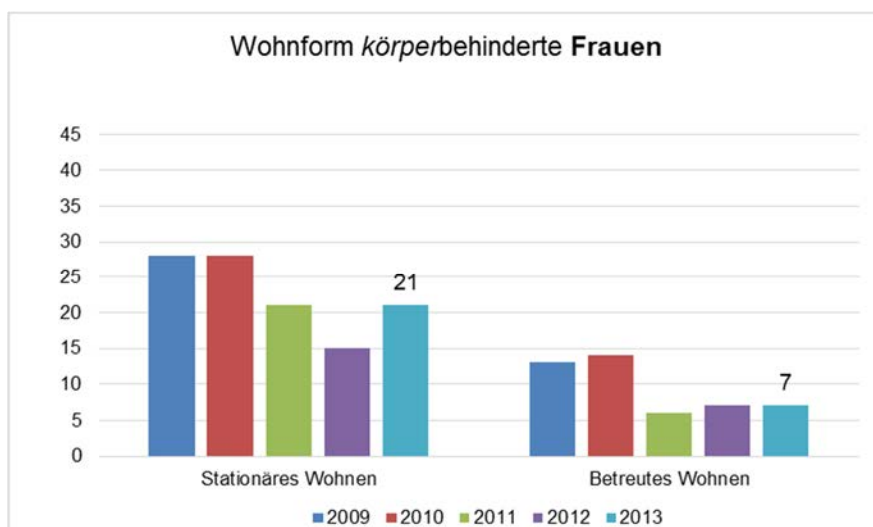


Abb. 5-14: Wohnform körperbehinderte Frauen  
Quelle: Landeswohlfahrtsverband Hessen

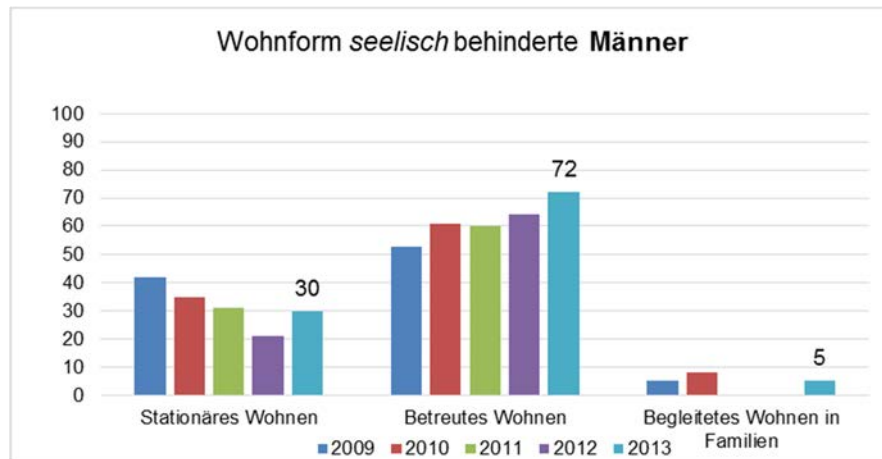


Abb. 5-15: Wohnform *seelisch* behinderte Männer  
Quelle: Landeswohlfahrtsverband Hessen

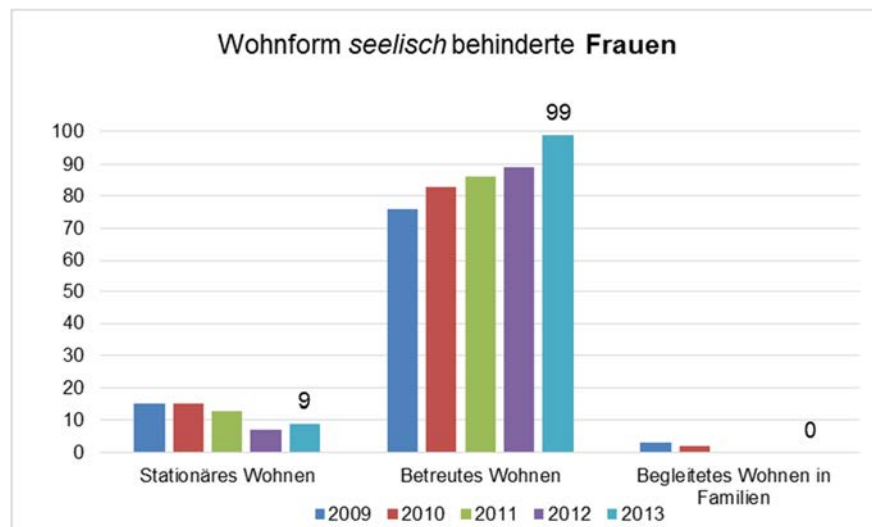


Abb. 5-16: Wohnform *seelisch* behinderte Frauen  
Quelle: Landeswohlfahrtsverband Hessen

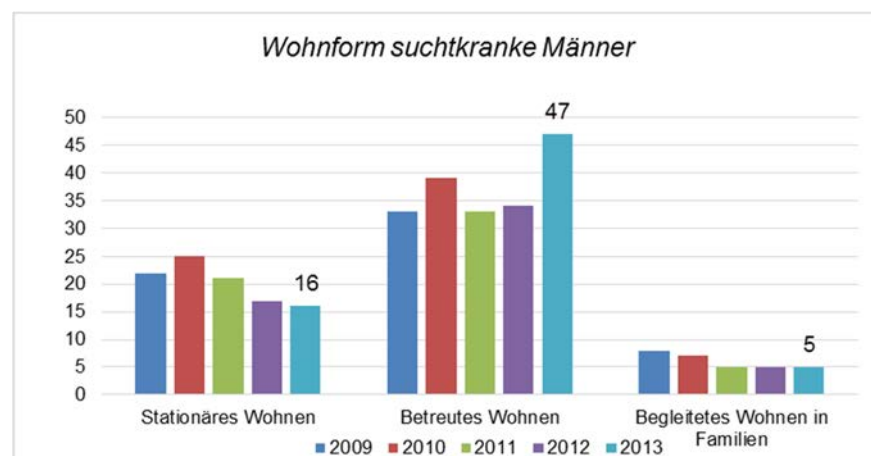


Abb. 5-17: Wohnform *suchtkranke* Männer  
Quelle: Landeswohlfahrtsverband Hessen

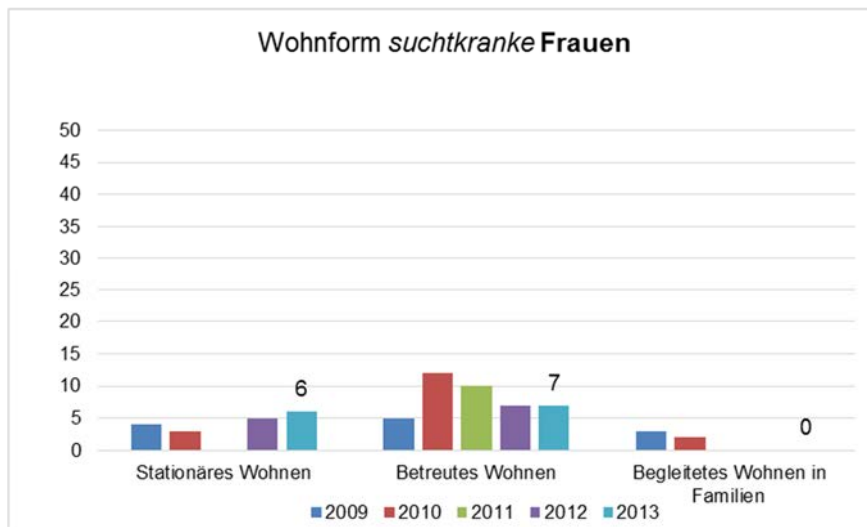


Abb. 5-18: Wohnform suchtkranke Frauen  
Quelle: Landeswohlfahrtsverband Hessen

### Anzahl leistungsberechtigter Menschen für *Stationäres* Wohnen pro 1.000 Einwohner/innen

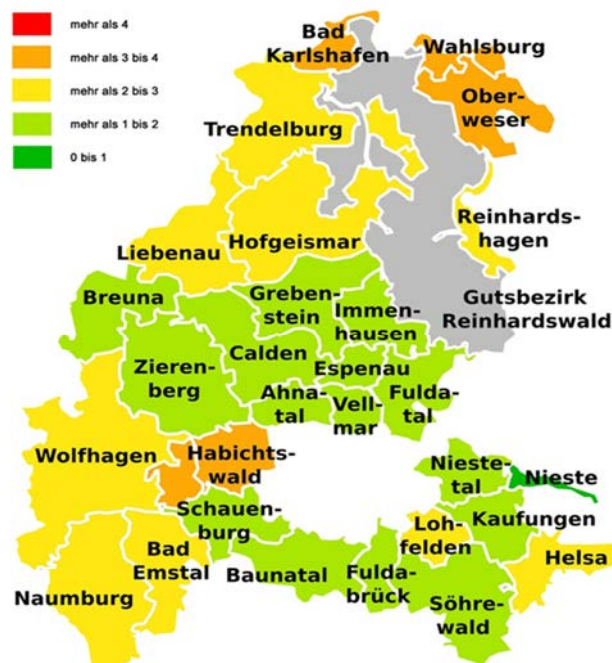


Abb. 5-19: Anzahl leistungsberechtigter Menschen für Stationäres Wohnen  
Quelle: LWV Hessen





**Anzahl leistungsberechtigter Menschen für *Betreutes Wohnen* pro 1.000 Einwohner/innen**

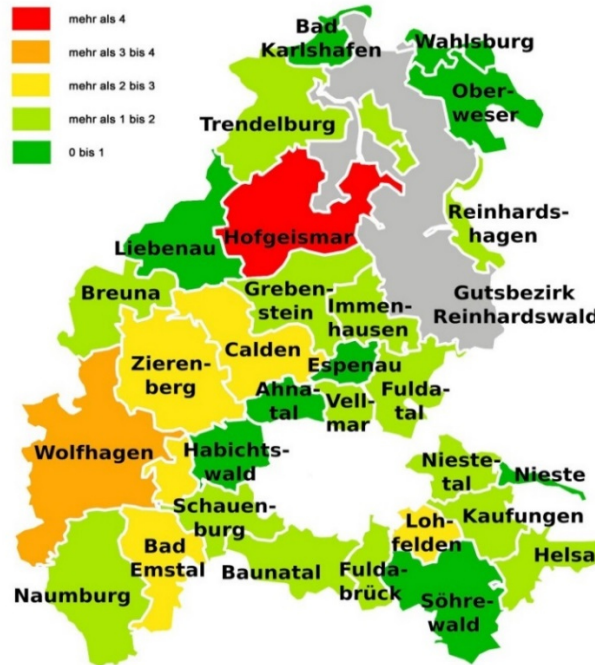


Abb. 5-20: Anzahl leistungsberechtigter Menschen für Betreutes Wohnen  
Quelle: LWV Hessen

**Anzahl der Leistungsberechtigten für Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) pro 1.000 Einwohner/innen**

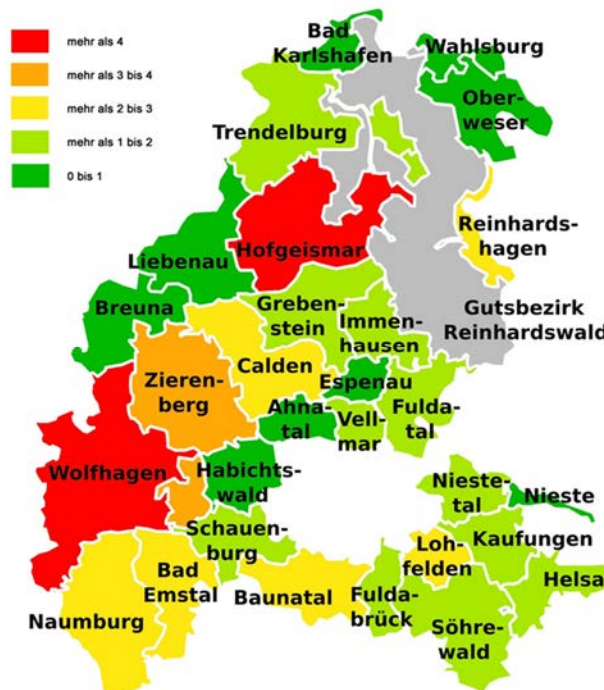


Abb. 5-21: Anzahl der Leistungsberechtigten für Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)  
Quelle: LWV Hessen

### Exkurs: Älter werdende behinderte Menschen

Älter werdende behinderte Menschen haben die gleichen Erwartungen an das Alter und stehen vor den gleichen Herausforderungen wie Menschen ohne Behinderung. So sollte der Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand z.B. im Werkstattbereich vorbereitet und begleitet werden. Eine solche Vorbereitung sollte frühzeitig erfolgen, damit die Mitarbeiter/innen physisch und psychisch in der Lage sind, neue soziale Kontakte zu knüpfen und eigene Interessen zu entwickeln und wahrzunehmen.

Von 2007-2009 fand für die Planungsregionen Hersfeld-Rotenburg, Landkreis Kassel, Schwalm-Eder-Kreis, Waldeck-Frankenberg und Werra-Meißner-Kreis ein Modellprojekt mit dem Titel „Selbstbestimmt Wohnen im Alter - Gestaltung sozialer Infrastruktur für Menschen mit Behinderung angesichts demographischer Herausforderungen“ statt. Dabei wurden Vorstellungen entwickelt im Hinblick auf die Mobilitätsverbesserung, Nahversorgung, soziale Infrastruktur für Menschen mit Behinderung, gesundheitliche Versorgung und die gesellschaftliche Inklusion für und in dem ländlichen Raum.

## 5.6 Inklusive Angebote für Kinder mit Behinderungen

### 5.6.1 Beratungsstelle für Frühförderung

Die Beratungsstelle für Frühförderung erbringt ihre Leistungen nach dem SGB IX und hat die Eingliederung körperlich, geistig behinderter Kinder sowie von einer Behinderung bedrohter entwicklungsbeeinträchtigter Kinder bis zum Schuleintritt zum Ziel. Fallzahlen der Beratungsstelle für Frühförderung sind auf den ersten Blick als Planungsdaten nicht von vordergründiger Bedeutung. Jedoch

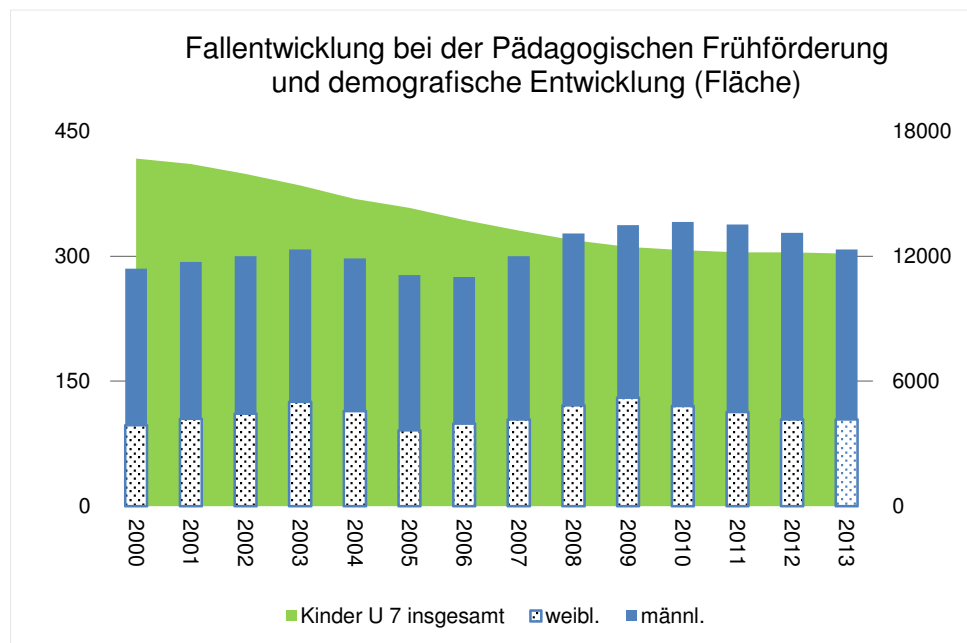


Abb. 5-22: Fallentwicklung bei der Pädagogischen Frühförderung  
Quelle: Landkreis Kassel, Sozialplanung

können sie Aufschluss geben über den aktuellen Bedarf an Eingliederungshilfen für kleinere Kinder und kommenden Integrationsbedarf im Hinblick auf die wohnortnahe Versorgung, die ihnen auch später das Leben in der gewohnten sozialen Umgebung ermöglicht. Ein Rückblick auf die vergangenen Jahre zeigt einen deutlichen Fallanstieg bis 2003 und seit 2006. Dies kann beruhen auf:

- zunehmender Bekanntheit und Akzeptanz des Angebotes
- zunehmender Sensibilität bei Eltern, Kinderärzten oder Kindergartenpersonal
- gestiegener Besorgnis von Eltern und zunehmendem gesellschaftlichen Anspruch im Hinblick auf Bildung und Förderung



- zunehmender Zahl von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern durch Verbesserungen bei der medizinischen Versorgung um das Geburtsgeschehen (bei gleichzeitigem Geburtenrückgang).

Im Jahr 2013 entfielen im Landkreisdurchschnitt auf 100 Kinder bis 6 Jahren fast 3,0 Fälle, in denen die Beratungsstelle für Frühförderung aktiv war.

Der ab 2010 festzustellende Rückgang der Fallzahlen kann eine Analogie zu den stark rückläufigen Kinderzahlen (minus 38 % zwischen 2000 und 2013) in der Gruppe der bis sechsjährigen Kinder sein.

Die Inanspruchnahme der Leistungen der Beratungsstelle für Frühförderung ist in den Städten und Gemeinden unterschiedlich stark ausgeprägt. Örtliche Abweichungen in der Nachfrage beruhen sowohl auf sozialstrukturellen Faktoren wie auch auf unterschiedlichem konzeptionellen Entwicklungsstand der Kindertagesstätten sowie der Versorgungsstruktur mit heilpädagogisch/therapeutischen Angeboten.

### Fälle der Beratungsstelle für Frühförderung 2011 pro 100 Kinder unter 6 Jahren

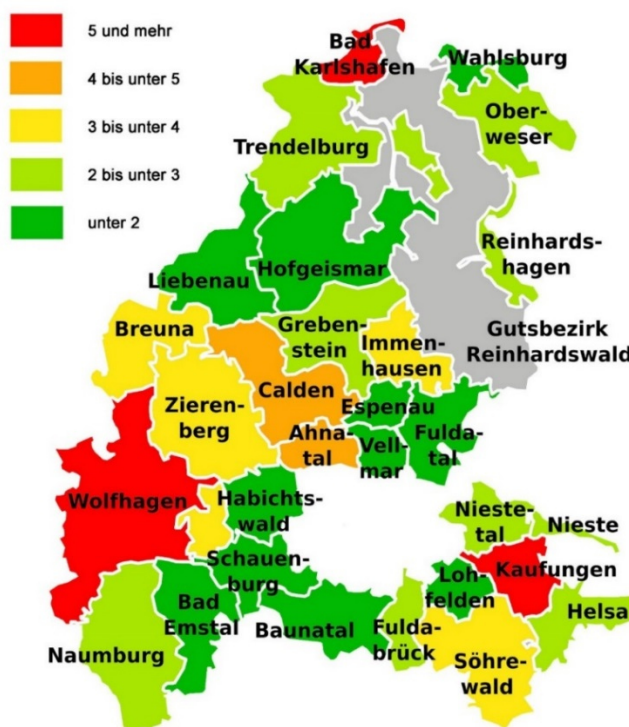


Abb. 5-23: Fälle der Beratungsstelle für Frühförderung 2011  
Quelle: Landkreis Kassel, Sozialplanung

### 5.6.2 Inklusive Bildung und Betreuung von Kindern mit Behinderungen in Tagesstätten

Der gemeinsamen Förderung von behinderten und nicht behinderten Kindern hat der Gesetzgeber im SGB IX (§ 4 Abs. 3) besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Ziel dieser Vorschrift ist der Verbleib der behinderten Kinder in ihrem sozialen Umfeld.

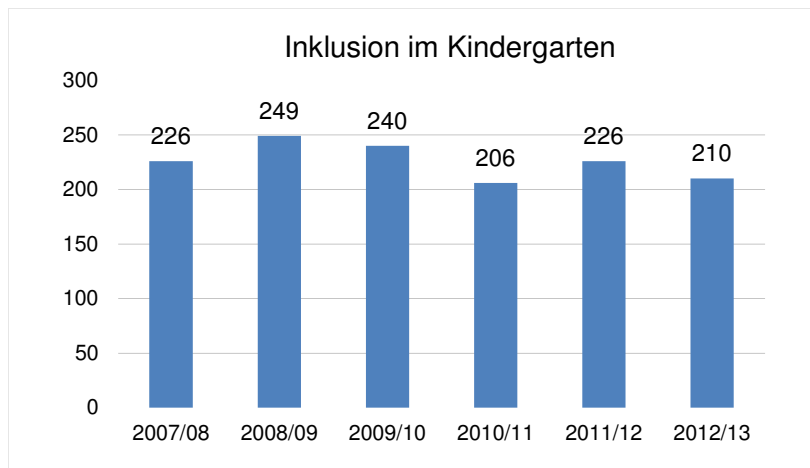


Abb. 5-24: Inklusion im Kindergarten  
Quelle: Landkreis Kassel, Sozialplanung

Darüber hinaus ist ein weiterer Aspekt, der so nicht explizit im Gesetz formuliert wurde, von großer Bedeutung: Nicht behinderte Kinder erhalten so die Möglichkeit, mit behinderten Menschen frühzeitig in einem selbstverständlichen Kontext aufzuwachsen. Damit erhält der integrative Ansatz, neben dem Charakter der besonderen individuellen Förderung, vor allem eine präventive Funktion zum Abbau gesellschaftlicher Vorbehalte gegenüber Menschen mit Behinderungen.

Die tendenziell sinkende Zahl der Integrationen in Kindertagesstätten im Landkreis Kassel in den letzten Jahren entspricht nur zum Teil den deutlich gesunkenen Kinderzahlen. Dies liegt vor allem an der bereits erwähnten Verbesserung der medizinischen Versorgung um das Geburtsgeschehen.

### 5.6.3 Kinder mit Behinderungen im inklusiven Unterricht; Assistenzleistungen

Der Logik der Sozialgesetzgebung folgend, gewinnt auch die gemeinsame Beschulung von behinderten und nicht behinderten Kindern an Bedeutung (SGB XII, § 54 Abs. 1 Satz 1).

Zunehmend beantragen die Eltern behinderter Kinder die erforderlichen Hilfen für dieses Integrationsfeld. Der Landkreis Kassel als Kostenträger fördert den Schulbesuch an Förder- und Regelschulen mit Assistenzleistungen. Dabei erhalten über den Fachbereich Soziales junge Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung diese Hilfen und über den Fachbereich Jugend werden Kinder mit einer seelischen Behinderung gefördert.

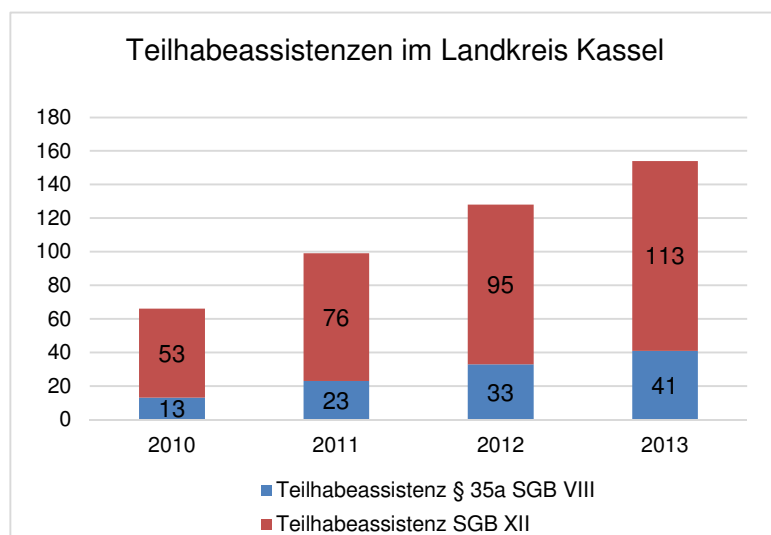


Abb. 5-25: Teilhabeassistenzen im Landkreis Kassel  
Quelle: Landkreis Kassel, Sozialplanung

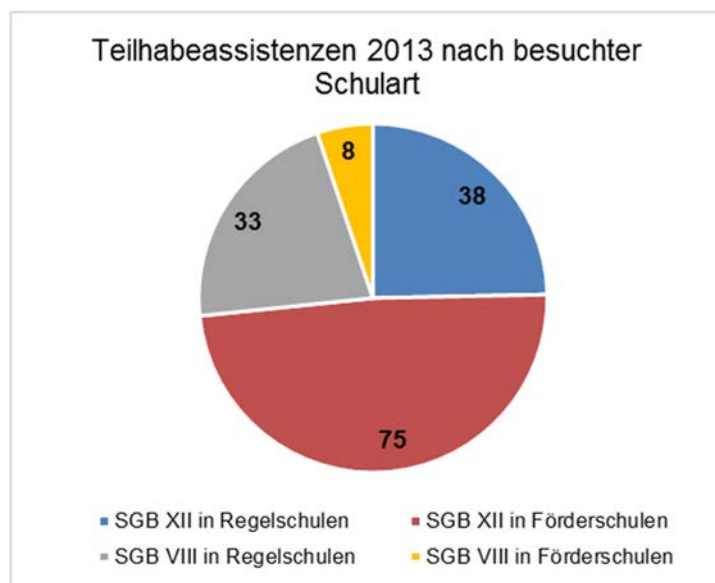


Abb. 5-26: Teilhabeassistenzen nach besuchter Schulart, 2013  
Quelle: Landkreis Kassel, Sozialplanung

Weniger als die Hälfte der Leistungsempfänger/innen erhielten die Unterstützung für die Teilnahme am gemeinsamen Unterricht der Regelschule.

Artikel 24 Abs. 2 S. 1 BRK verpflichtet zur Gewährleistung eines inklusiven Schulsystems. In gestuften Schulsystemen bezieht sich die Inklusionsverpflichtung auch auf alle Schularten.

Den Eltern der betroffenen Schüler/innen kommt eine maßgebliche Rolle zu, da sich diese nicht selten bewusst gegen den inklusiven Unterricht entscheiden, weil sie der Auffassung sind, dass den Bedürfnissen ihrer Kinder in den Förder- bzw. Sonderschulen besser Rechnung getragen werden kann. Dies könnte wiederum damit zusammenhängen, dass es an den allgemeinbildenden Schulen bisher noch zu wenig sonderpädagogisch qualifizierte Lehrkräfte gibt.

Noch zu klären ist die Frage des Weiterbestehens von Leistungsverpflichtungen der Reha-Träger/innen nach SGB IX bei der Ermöglichung eines barrierefreien Zugangs zum allgemeinen Bildungssystem. Bei konsequent umgesetzter Inklusion müsste jedoch das Regelsystem Schule alle Unterstützungsleistungen vorsehen.

## 6 Gesundheit und Gesundheitsversorgung

### 6.1 Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum

Die allgemeine medizinische Versorgung im Landkreis Kassel ist im Augenblick noch als ausreichend zu bezeichnen. Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) für den Landkreis Kassel zufolge liegt der hausärztliche Versorgungsgrad zum Stichtag 1. Juni 2013 insgesamt zwischen 100 % bis über 110 % (KVH, 2014, S. 13). Innerhalb des Landkreises variieren die Versorgungsgrade und zeigen ein deutliches Ost-West-Gefälle. Die weitesten Anfahrtswege müssen Patientinnen und Patienten in den Gemeinden Trendelburg, Liebenau und Naumburg hinnehmen. Mit 7,0 bis unter 9,0 km Entfernung vom Wohnort zum nächstgelegenen Hausarzt liegen diese Bereiche deutlich über dem Hessendurchschnitt von 5,1 km.

#### 6.1.1 Versorgung mit Hausärztinnen und Hausärzten

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Standorte der Hausarztpraxen im Landkreis Kassel. Hierzu zählen die Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und die hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten.

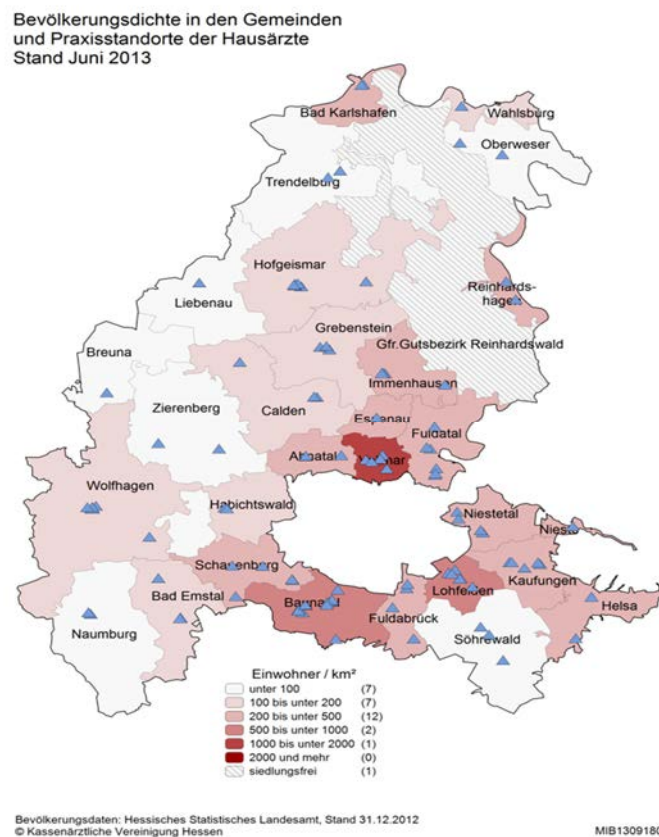


Abb. 6-1: Praxisstandorte der Hausärztinnen/-ärzte 2013  
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Der Anteil der Hausärzteschaft mit über 55 Jahren liegt in Ost- und Nordhessen bei über 50 %. Der aktuelle Versorgungsgrad mit Hausärztinnen/-ärzten wird aller Voraussicht nach aber immer schwerer aufrecht zu erhalten sein. Denn im Zuge des demografischen Wandels steigt auch der Wiederbesetzungsbedarf freier werdender Arztsitze in den kommenden Jahren stetig an, da die Anzahl jener Ärztinnen und Ärzte, die in den Ruhestand wechseln, kontinuierlich steigt.



Von den 148 in 2013 gemeldeten Hausärztinnen/-ärzten werden im Jahr 2015 altersbedingt voraussichtlich 24 Arztsitze frei. Dieser Trend setzt sich aller Wahrscheinlichkeit nach in 2017 mit 43 freien Arztsitzen und einem Wiederbesetzungsbedarf von 55 Sitzen in 2020 fort (KVH 2014, S. 13). Unter der Annahme der Praxisabgabe mit 65 Jahren kann für den Landkreis Kassel bis 2020 prognostiziert werden, dass sich die Anzahl der Hausarztpraxen um mehr als ein Drittel reduziert. In entsprechender Höhe wird dann auch der Nachfolgebefehl sein.

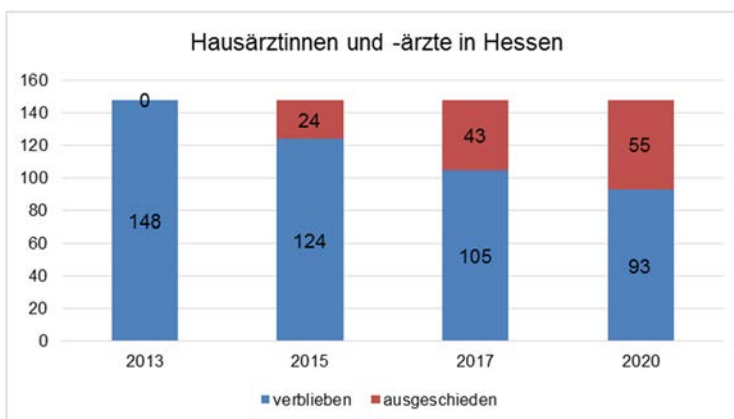
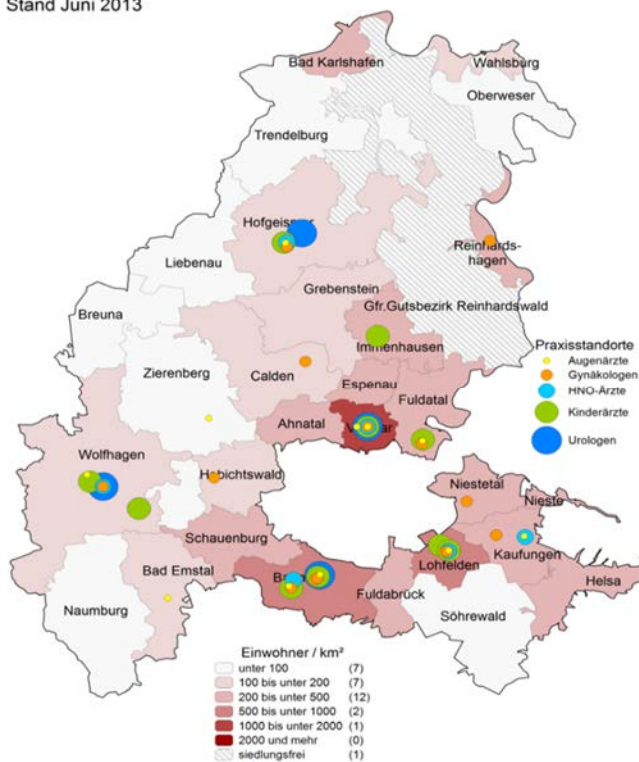


Abb. 6-2: Hausärztinnen/-ärzte in Hessen  
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen

### 6.1.2 Versorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten

Auch den Versorgungsgrad mit Fachärztinnen/-ärzten im Landkreis Kassel sieht die Kassenärztliche Vereinigung Hessen aktuell noch als gesichert an (KVH 2014, S. 20).

Bevölkerungsdichte in den Gemeinden und Praxisstandorte der Fachärzte  
Stand Juni 2013



Bevölkerungsdaten: Hessisches Statistisches Landesamt, Stand 31.12.2012  
© Kassenärztliche Vereinigung Hessen

MIB14011402

Abb. 6-3: Praxisstandorte der Fachärztinnen/-ärzte 2013  
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen



Allerdings sind auch hier in einzelnen Facharztgruppen in den nächsten Jahren mit wachsenden altersbedingten Wiederbesetzungsbedarfen zu rechnen. Ungeachtet dessen haben Patientinnen und Patienten schon heute zum Teil Wegstrecken von über 22,0 km bis zur nächstgelegenen Facharztpraxis zurückzulegen. Der hessenweite Durchschnitt lag im Jahr 2013 bei 11,2 km.

### **6.1.3 Ärztlicher Notfallvertretungsdienst**

Der Notfallvertretungsdienst der niedergelassenen Ärzteschaft wird sich Patientinnen und Patienten durch die frei werdenden Arztstühle künftig weiter verschlechtern. Das Zusammenlegen von kassenärztlichen Vertretungsbezirken hat bereits in den letzten Jahren zu spürbar längeren Anfahrtswegen geführt. Dies scheint auch beim Rettungsdienst bemerkt, wo die Umstellung des Notfalldienstes zu einem vermehrten Inanspruchnahmeverhalten in Notfällen geführt haben soll.

## **6.2 Lösungsansätze für die zukünftige ärztliche Versorgung**

Die zunehmenden altersbedingten Lücken im Versorgungsgrad werden nur teilweise durch Nachbesetzungen von der Kassenärztlichen Vereinigung künftig geschlossen werden können. Ursache für diese Entwicklung ist einerseits der sich insgesamt in Deutschland ausweitende Ärztemangel, andererseits aber auch der Wunsch vieler junger Ärztinnen und Ärzte nach der sog. *Work-Life-Balance*, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie angemessener Freizeit, und zwar in einer Umgebung, in der sich all diese Aspekte verwirklichen lassen.

Lösungsansätze sollten deshalb zum Ziel haben, die medizinische Versorgung für die Bevölkerung insbesondere in dünn besiedelten ländlichen Regionen im Landkreis Kassel langfristig zu sichern. Nachfolgend sind erste Ideen für mögliche Lösungsansätze skizziert.

### **6.2.1 Kleinräumige Versorgung**

Derzeit wird zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung geprüft, ob eine kleinräumigere Versorgungsplanung dazu beitragen kann, die allgemeine medizinische Versorgung im ländlichen Raum zu erhöhen. Damit könnten regionale demografische Besonderheiten berücksichtigt und auch in den Regionen erkannte Sonderbedarfe abgedeckt werden.

### **6.2.2 Gemeinsame Versorgungsstrukturen**

Aus Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Region Kassel wird gerade für ländliche Gebiete empfohlen, sowohl für den *ambulant* als auch im *stationären* Bereich gemeinsame Versorgungsstrukturen auf- und auszubauen, in dem Hausärztinnen/-ärzte, ambulant tätige Fachärztinnen/-ärzte sowie Krankenhausärztinnen/-ärzte eng miteinander kooperieren.

Es könnten Kooperationsformen gefördert werden, die Tätigkeiten in den klassischen Einzelpraxen reduzieren. Die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten als Angestellte – auch in Teilzeit – wäre eine mögliche Antwort auf diese Herausforderung. Ebenso gibt es eine Tendenz in Richtung Gemeinschaftspraxen, in welcher sich mehrere Fachärztinnen/-ärzte zusammenschließen. Die Teams könnten auch ein Professions-Mix sein, der sich vor allem aus Medizin und Pflege zusammensetzt. Dabei nehmen akademisch qualifizierte Pflegenden eigenverantwortlich Aufgaben wahr, die bislang hierzulande der Ärzteschaft vorbehalten sind. Dadurch würden die Kompetenzen und Handlungsspielräume der Pflege erweitert wie es z.B. in Finnland praktiziert wird. Eine bessere Verzahnung des medizinischen Versorgungssystems und der Pflege ist





unabdingbar ebenso wie die Schaffung eines regionalen Versorgungsnetzwerkes. Die entstandene Zeiterparnis der Ärztinnen und Ärzte könnten dann für die Versorgung weiterer Patientinnen und Patienten in der Praxis genutzt werden.

Als Beispiel sei das Heilbad Büsum in Schleswig Holstein genannt. Hier will eine Gemeinde ein Ärztehaus in kommunaler Eigenregie mit kommunalen Angestellten betreiben. Die Ärztinnen und Ärzte sollen aus der Gemeindekasse bezahlt werden, und u.a. auch in Teilzeit im Team arbeiten können.

### **6.2.3 Mobile Angebote**

Die Einrichtung mobiler Praxen könnte eine weitere Option für den ländlichen Raum sein. So übernimmt in Niedersachsen beispielsweise eine rollende Arztpraxis die hausärztliche Versorgung mehrerer Gemeinden und versorgt die Patientinnen und Patienten mit typischen hausärztlichen Leistungen wie Blutdruckmessen, EKG und Verbandswechsel. Damit wird den langen Anfahrtswegen zwischen Arztpraxis und Patientin/Patient entgegen gewirkt, und dem Umstand der höheren Behandlungsfrequenz und umfangreicheren Behandlung älterer Patientinnen und Patienten Rechnung getragen. Das mobile Angebot wäre sinnvollerweise durch eine/n mobile/n Gemeindeschwester/-pfleger zu ergänzen.

### **6.2.4 Außensprechstunden**

Zum Ausbau mobiler Versorgungskonzepte gehören auch Außensprechstunden niedergelassener Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen sowie der Krankenhäuser auf dem Land. Sie könnten zusätzlich dem Leerstand in vielen Kommunen entgegenwirken.

### **6.2.5 Attraktive Arbeitszeitmodelle**

Um die ärztliche Tätigkeit in ländlichen Räumen attraktiv zu machen, bedarf es neuer Arbeitszeitmodelle und einer Flexibilisierung der Residenzpflicht.

### **6.2.6 Telemedizinische Angebote**

Telemedizinischer Angebote und der Einsatz nichtmedizinischer Gesundheitsfachberufe könnten überall dort integriert werden, wo Gesundheitsleistungen sinnvoll an unterschiedliche Assistenzberufe zu delegieren sind. Damit könnten u.a. Assistenzsysteme für ältere Menschen etabliert werden.

### **6.2.7 Gemeinsame Weiterbildungen**

Gemeinsame Aus- und Weiterbildungsangebote für angehende Haus- und Fachärztinnen/-ärzte könnten diese neuen Lösungsansätze auf eine einheitliche inhaltliche Basis stellen.

## **6.3 Gesundheitszustand von Kindern bei der Schuleingangsuntersuchung**

Die Schuleingangsuntersuchung (SEU) ist die einzige flächendeckend in Hessen durchgeführte Untersuchung eines ganzen Kinderjahrgangs nach einer standardisierten Arbeitsanweisung und mit standardisierten Testverfahren. Sie ist für alle Kinder verpflichtend. Sie unterscheidet sich von den Früherkennungsuntersuchungen der niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte durch den schulbezogene Fokus. Eltern werden von den Schulärztinnen/-ärzten des Gesundheitsamtes über den Gesundheits- und Entwicklungsstand ihres Kindes informiert und über geeignete Fördermaßnahmen beraten. Die Ergebnisse der SEU sind zudem die Basis für die Empfehlungen des Gesundheitsamtes an die Schule im Hinblick auf die geeignete schulische Betreuung und gegebenenfalls erforderliche Förderung.

Die Untersuchungsergebnisse werden regelmäßig im Rahmen einer Gesundheitsberichtserstattung anonym ausgewertet. Sie dienen den Kommunalpolitikerinnen/-politikern als Entscheidungsgrundlage bei entsprechenden Fragestellungen. In Form von Karten stehen die Ergebnisse auf der Internetseite des Gesundheitsamtes allen zur Verfügung. Diese veranschaulichen regionale Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede (Gesundheitsamt Region Kassel, 2014). Sie beziehen sich auf:

- den Anteil zu schwerer Kinder
- die vorgelegten Impfbücher bei der Untersuchung
- die Impfrate für die Hepatitis B-Impfung
- die Impfrate für die Masern-Mumps-Röteln-Impfung und darauf
- wie viele Kinder einen auffälligen Sehtest hatten
- wie viele Kinder einen auffälligen Hörtest hatten
- wie viele Kinder einen auffälligen Sprachtest hatten
- wie viele Kinder eine auffällige Körperkoordination hatten
- wie viele Kinder Auffälligkeiten bei der Wahrnehmung durch Sehen hatten
- wie viele Kinder Auffälligkeiten bei der Wahrnehmung durch Hören hatten
- wie viele Kinder Auffälligkeiten bei der Feinmotorik hatten
- bei wie vielen Kindern das Vorsorgeheft nicht vorgelegt wurde und
- wie viele Kinder an der Vorsorgeuntersuchung U8 teilnahmen.

Die Aussagen über den Impfstatus der Kinder beziehen sich nur auf die nachgewiesenen Impfungen in den Impfbüchern. Über den Impfstatus der Kinder ohne Vorlage eines Impfbuches lassen sich keine korrekten Aussagen machen. Ab 2014 werden die Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung U6 und die Impfungen gegen Tetanus-Diphtherie-Pertussis nicht dargestellt, da keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gemeinden bestehen.

Als wesentliche Indizien der Kindergesundheit werden nachfolgend das Übergewicht, die Zahngesundheit und Sprachauffälligkeiten bei Kindern des Landkreises Kassel aufgeführt.

### 6.3.1 Übergewicht

Die Zahl übergewichtiger Kinder nimmt seit Jahren weltweit zu. Übergewicht ist die Grundlage vieler schwerer chronischer Erkrankungen unter anderem des Herz-Kreislaufsystems, des Stoffwechsels und der Muskel und Gelenke. Zusätzlich bringt es für viele Betroffene eine hohe psychische Belastung. Eine wichtige Prävention ist, dem Übergewicht schon bei Kindern vorzubeugen.

Im Landkreis Kassel ist die Anzahl übergewichtiger Kinder seit 2009 von 12 % auf 9,6 % gesunken.

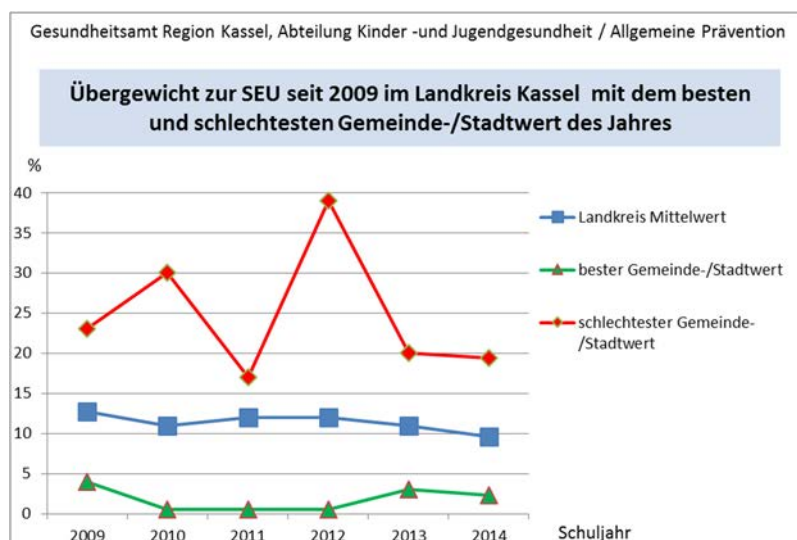


Abb. 6-4: Beste/Schlechteste Gemeindewerte in der Anzahl übergewichtiger Kinder  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel



Während im Mittel 9,6 % der untersuchten Kinder im Landkreis Kassel übergewichtig sind, gibt es zwischen den einzelnen Gemeinden große Unterschiede.

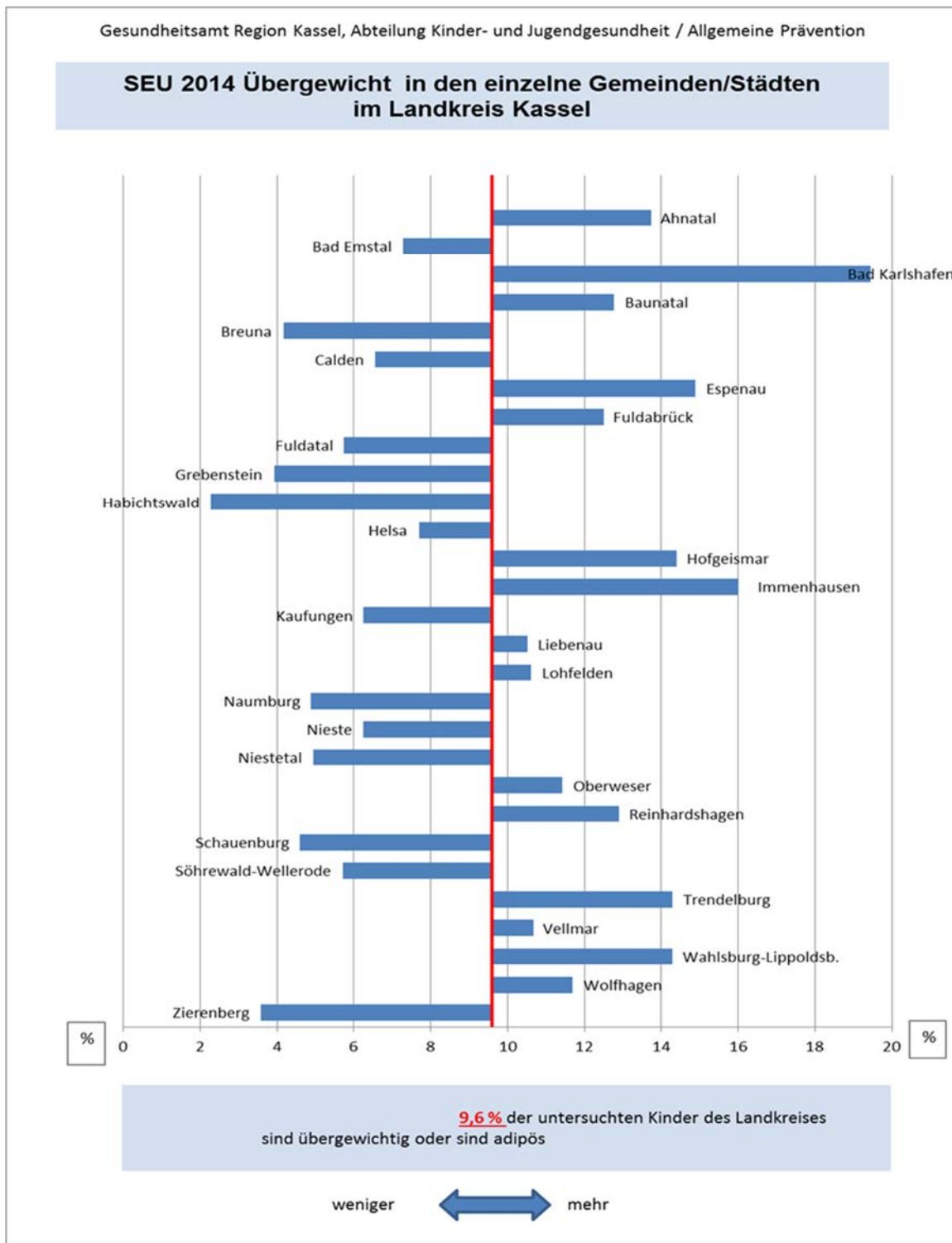
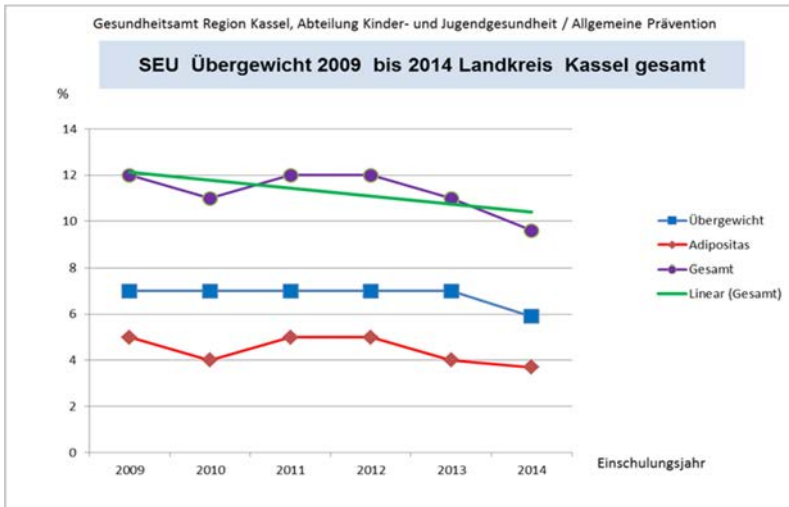


Abb. 6-5: Übergewichtige Kinder im Landkreis Kassel 2014  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel



In nebenstehender Abbildung werden die übergewichtigen Kinder nochmals nach krankhaft übergewichtigen, sog. „adipöse“ Kinder und *leicht übergewichtigen* Kindern unterschieden. Erfreulicherweise zeigen sich bei beiden sinkende Werte. Das ist deshalb bedeutsam, da in der Literatur ein gegenläufiger Trend beschrieben wird. Hier nimmt die Gesamtzahl der übergewichtigen Kinder ab, während gleichzeitig die Anzahl adipöser Kinder zunimmt.

Abb. 6-6: Anzahl übergewichtige und adipöse Kinder

Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

### 6.3.2 Zahngesundheit

Ab dem ersten Schuljahr werden die Kinder regelmäßig von der/m Schulzahnärztin/-arzt untersucht. Der Zahnstatus wird standardisiert erhoben und anonymisiert ausgewertet. Hat ein Kind einen behandlungsbedürftigen Befund, wird den Eltern eine Vorstellung des Kindes bei der/m Zahnärztin/-arzt empfohlen. Kinder, bei denen alle Zähne gesund sind und kein Zahn behandelt wurde, werden als „natur gesund“ bewertet. Seit 2008 zeigt sich eine geringfügige Steigerung der Kinder mit „natur gesunden“ Zähnen von

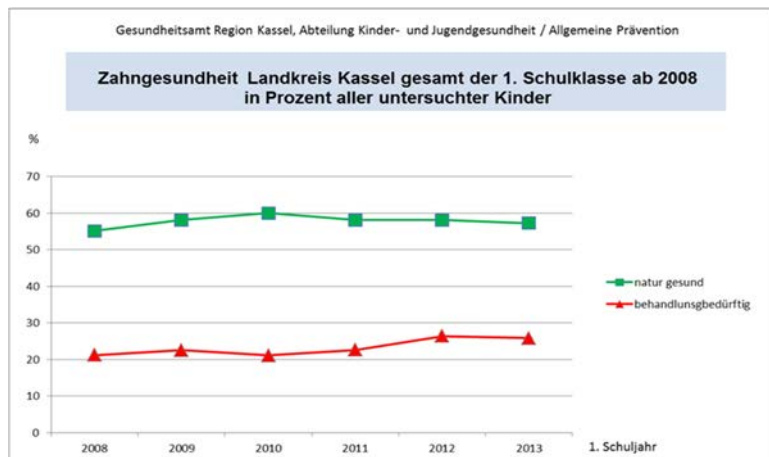


Abb. 6-7: Zahngesundheit 1. Schuljahr

Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

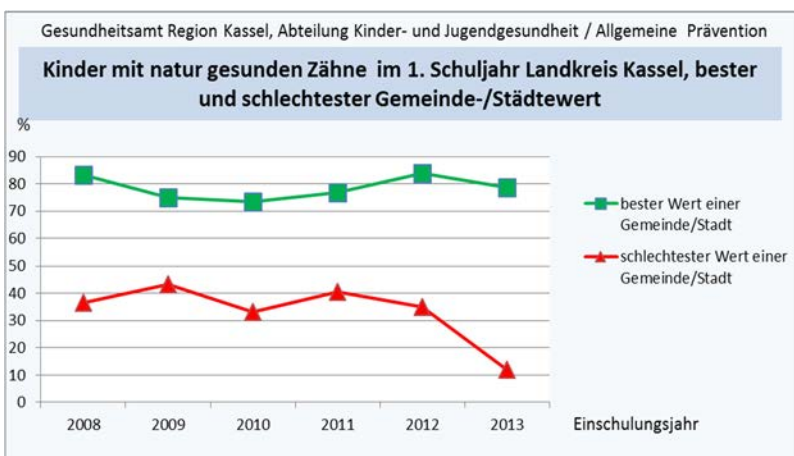


Abb. 6-8: Beste/Schlechteste Gemeindegewerte in der Zahngesundheit 1. Schuljahr

Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

55,1 % auf 57,3 %. Die Zahl der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen hingegen hat sich leider von 21,1 % auf 25,8 % erhöht (s. Abb. 6-7).

Auch hier gibt es wieder starke Unterschiede zwischen den einzelnen Kommunen mit dem besten Wert von 78,6 % der Kinder mit „natur gesunden“ Zähnen und dem schlechtesten Gemeindegewert von 12 % Kindern mit ganz gesunden Zähnen (s. Abb. 6-8).



Eine detaillierte Aufstellung nach Gemeinden zeigt die nächste Abbildung mit den entsprechenden Abweichungen vom Mittelwert aller untersuchten Kinder im Landkreis Kassel.

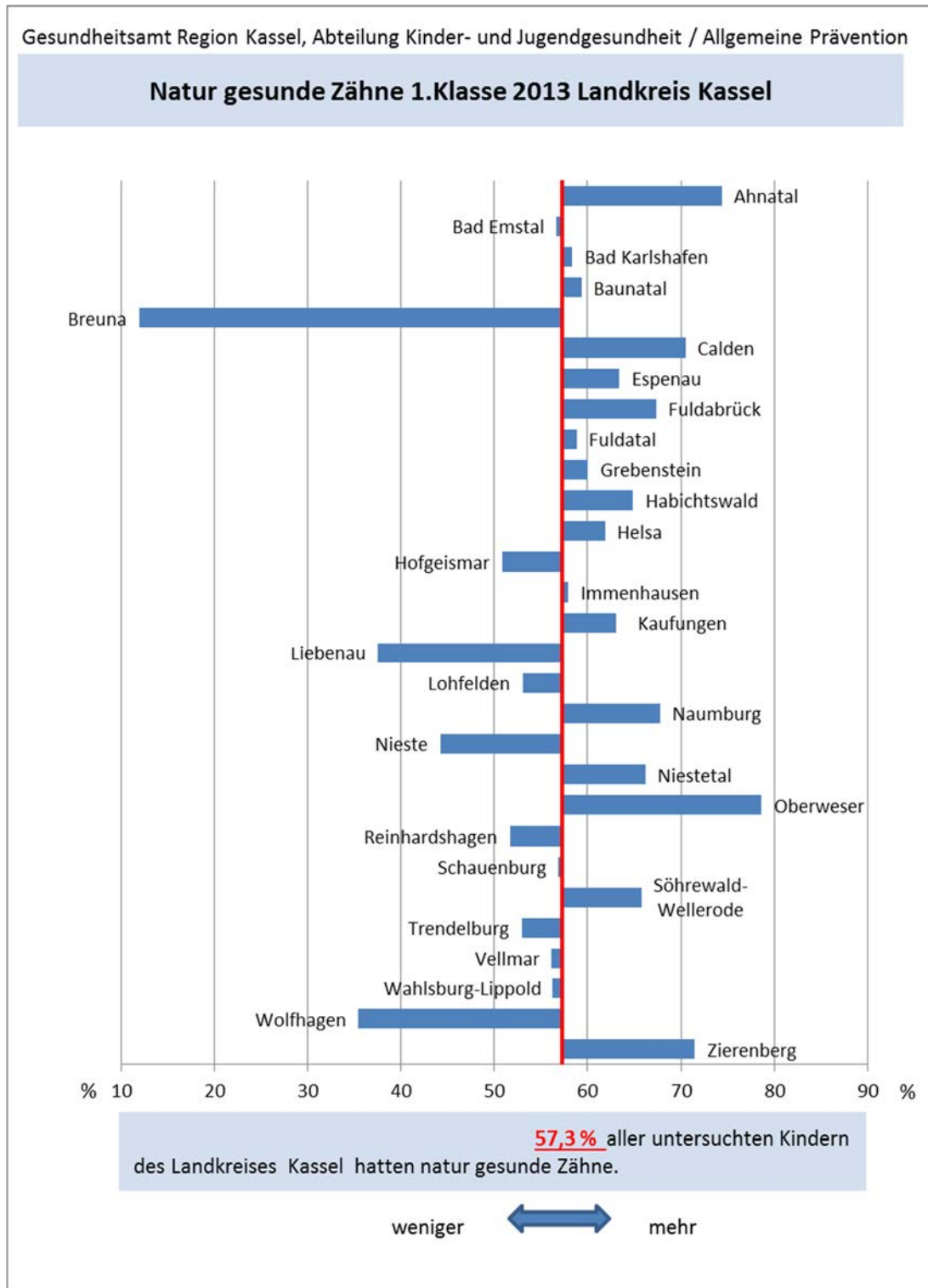


Abb. 6-9: "Natur gesunde" Zähne 1. Schuljahr  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

### 6.3.3 Sprachauffälligkeiten

Sprache ist ein grundlegendes Kommunikationsmittel der Menschen und entscheidet auch in hohem Maße über den Platz, den ein heranwachsender Mensch in einer Gesellschaft erreichen kann. Besonders sensibel ist das Kind für das Lernen von Sprache im Alter zwischen einem und drei Jahren. Damit wird die große Verantwortung für die Eltern deutlich, denn die meisten Kinder leben in diesem Alter in der elterlichen und familiären Obhut. Die sprachlichen Beeinträchtigungen haben in der Regel mehrere Ursachen und sind nicht isoliert zu betrachten und zu behandeln. Sie sind

im Zusammenhang der Gesamtentwicklung des Kindes zu verstehen. Hierzu gehören die Bewegung, die Wahrnehmungsfähigkeit, die Entwicklung des Körpers und der Sinne, das Denken und das Gedächtnis sowie das Sozialverhalten. Kinder benötigen für einen guten Spracherwerb also eine umfassende Förderung der allgemeinen Entwicklung. Zu den vorsprachlichen Erfahrungen gehört die Aneignung der kindlichen Umwelt mit allen Sinnen, aktiv und voller Bewegung.

Die Sprachauffälligkeiten zur SEU im Landkreis Kassel stehen für den Beobachtungszeitraum ab 2009 zur Verfügung. Insgesamt haben die Sprachauffälligkeiten von 16 % auf 14,7 % der untersuchten Kinder abgenommen. Der Unterschied zwischen den Gemeinden liegt bei 0 % bis 27 % zum Schuljahresbeginn 2014.

Die folgende Abbildung zeigt, dass es große Unterschiede zwischen den Gemeinden gibt. Allerdings muss bei den prozentualen Zahlen auch berücksichtigt werden, dass in einzelnen Gemeinden sehr wenige Kinder untersucht werden und damit schon wenige Kinder eine hohe prozentuale Veränderung bewirken können. Hier muss der Verlauf mehrerer Jahre ausgewertet werden.

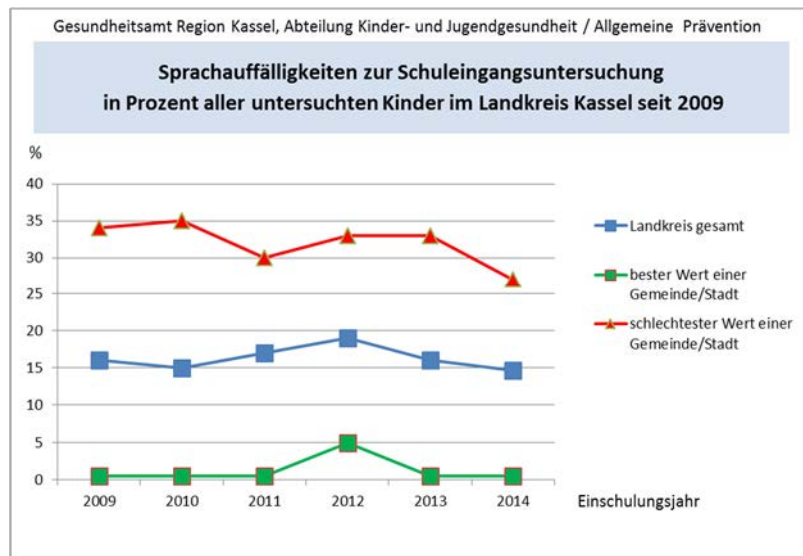


Abb. 6-10: Sprachauffälligkeiten zur Schuleingangsuntersuchung  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

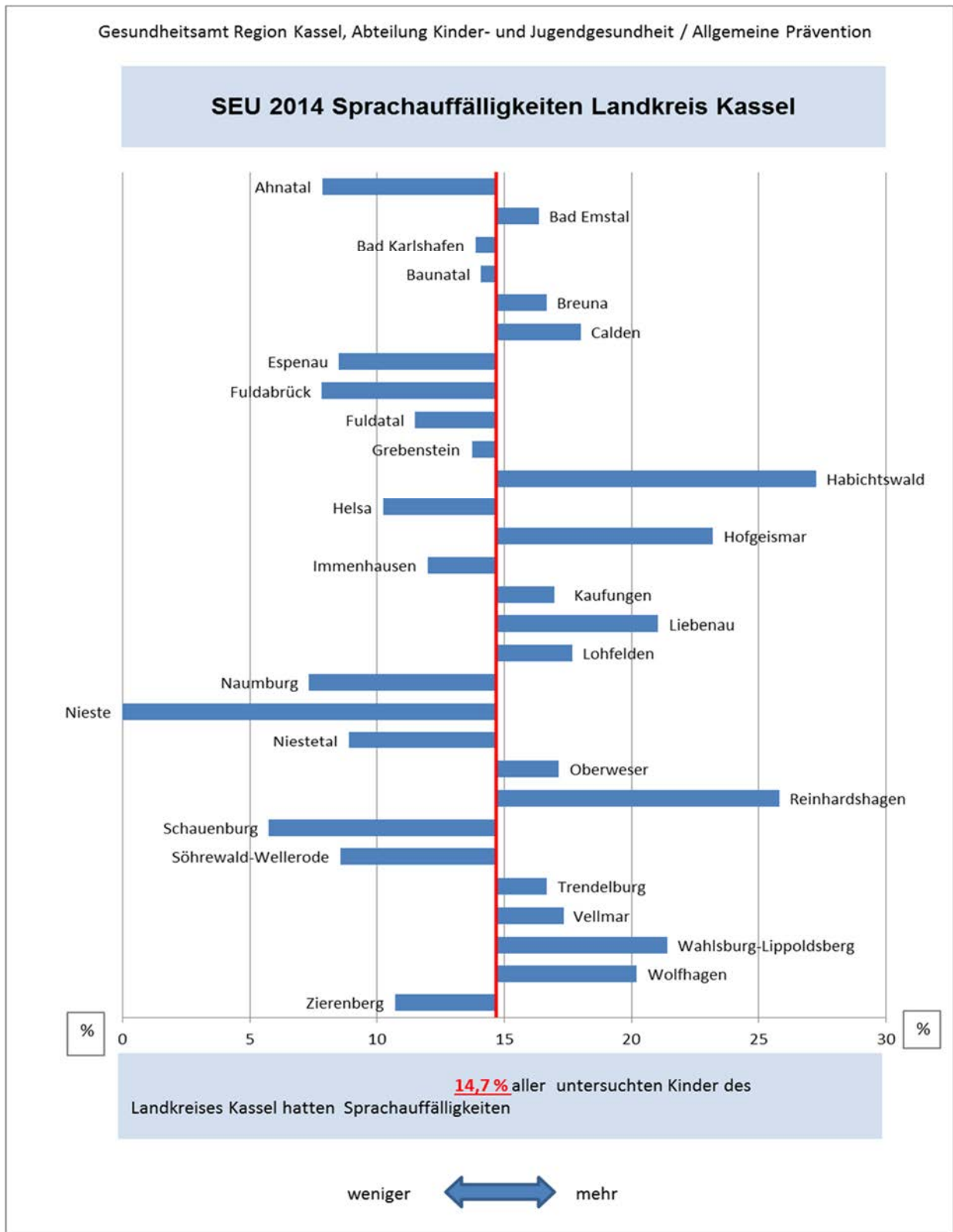


Abb. 6-11: Sprachauffälligkeiten im Landkreis Kassel 2014  
 Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

Abschließend kann man den allgemeinen Gesundheitszustand der meisten Kinder im Landkreis Kassel als gut bzw. sehr gut bezeichnen, konnten doch in den letzten Jahrzehnten durch Impfungen hochwirksam viele ansteckende Krankheiten zurückgedrängt werden. Zudem verbessern neue therapeutische Möglichkeiten wesentlich die Behandlung von Krankheiten. Gleichzeitig mindern verschiedene Faktoren das Wohlergehen der Kinder deutlich wie chronische Krankheiten beispielsweise allergische Krankheiten, wiederkehrende Schmerzen, Ängste und psychische Auffälligkeiten, Schlafprobleme, schulische Schwierigkeiten und psychosoziale und familiäre Belastungen.

Die große bundesweite KiGGS – Studie (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Robert Koch-Institut, 2013) verdeutlichte erneut die deutlichen sozialen Unterschiede bei den gesundheitlichen Risikofaktoren. Daher bleibt es unverändert die Aufgabe, genau hinzuschauen, wo gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen die Chancen auf gleiche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen unterstützen können.

## 6.4 Sozialpsychiatrischer Dienst

### 6.4.1 Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SoPD) des Landkreises Kassel wird zumeist auf Anfragen der Angehörigen oder Nachbarinnen und Nachbarn aktiv. Sind andere Einrichtungen bzw. Kostenträger/innen mit einzubeziehen, wird Art, Umfang und Dauer der Maßnahme in einer sog. *Hilfeplankonferenz* gemeinsam mit den betroffenen bzw. der Betreuungsperson geklärt. Die nachfolgenden Abbildungen geben einen Überblick, wie sich die Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den einzelnen Gemeinden des Landkreises Kassel bis 2013 entwickelt hat.

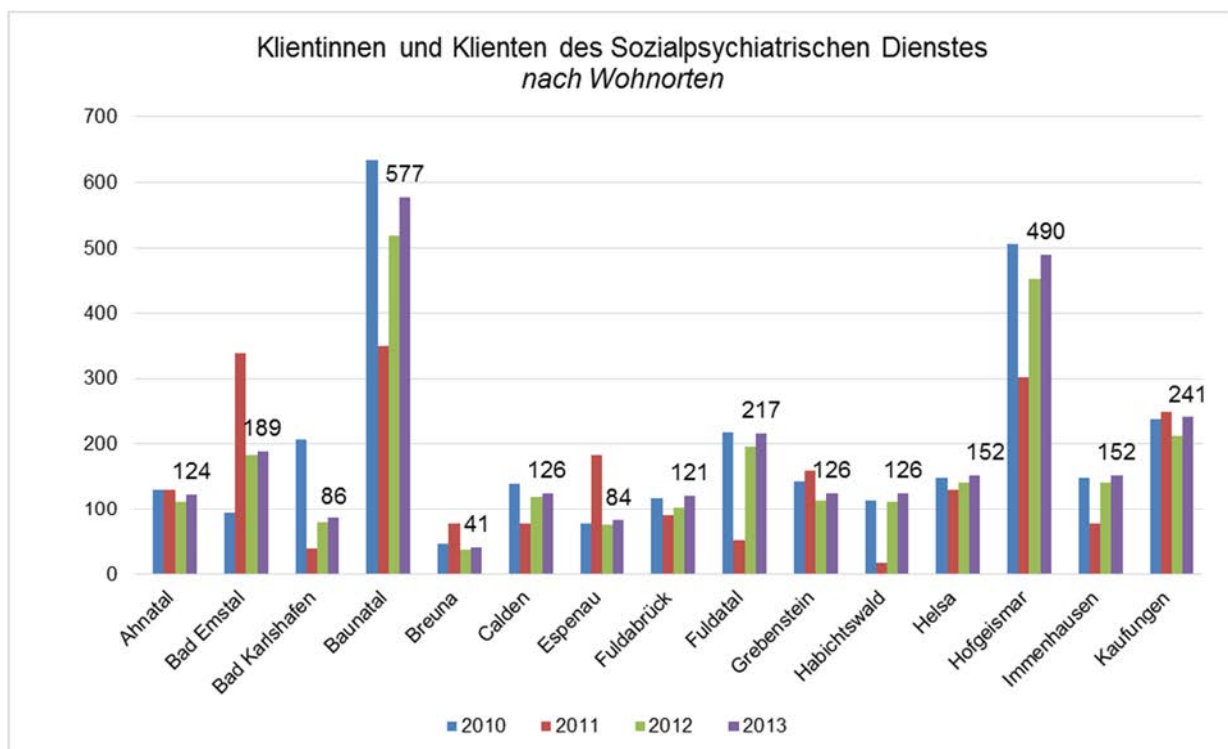


Abb. 6-12: Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes nach Wohnorten Teil 1  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel



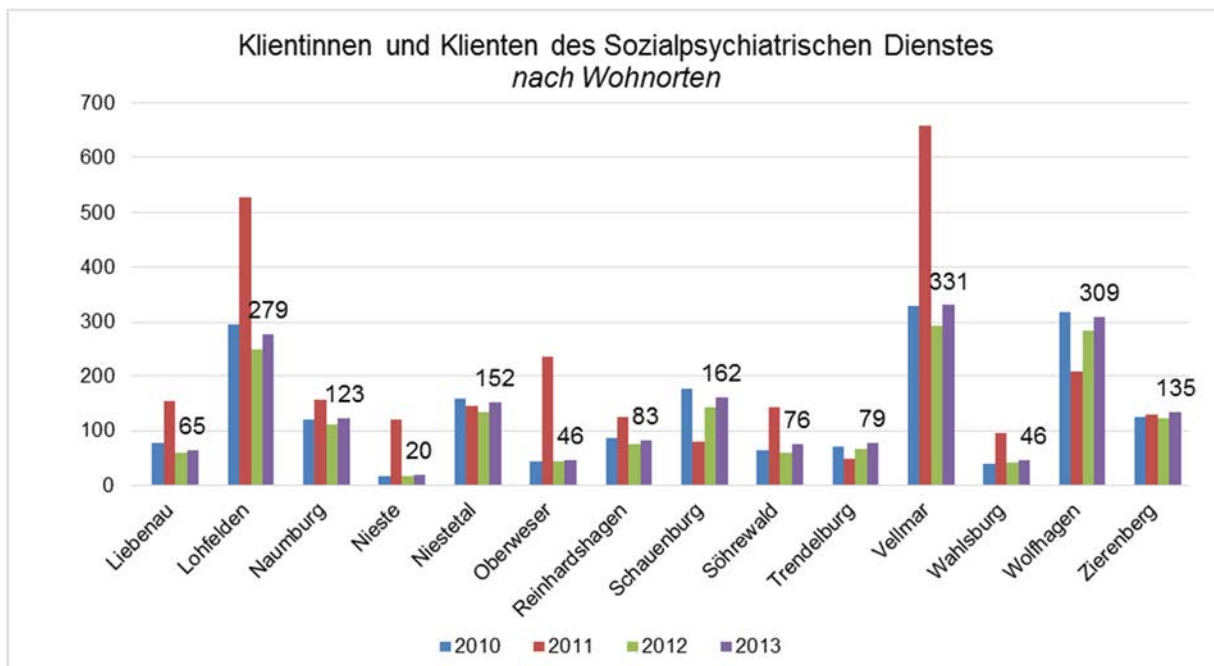


Abb. 6-13: Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes nach Wohnorten Teil 2  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

In allen Gemeinden des Landkreises Kassel wurde 2013 der Sozialpsychiatrische Dienst im Vergleich zu 2012 in höherem Maße in Anspruch genommen. Die höchsten Zuwächse sind in Söhrewald (+25 %), Trendelburg (+20 %) und Fuldabrück (+18 %) zu verzeichnen.

### 6.4.2 Hilfen gemäß Hilfeplankonferenzen im Bereich Psychiatrie

41 % der Gemeinden nahmen 2013 weniger Hilfen gemäß Hilfeplankonferenzen im Bereich *Psychiatrie* in Anspruch. Der relative Rückgang war in Fuldaatal (- 6), Zierenberg (- 5) und Bad Emstal (-5) am höchsten; deutliche Zuwächse im Vergleich zu 2012 zeigten sich in Trendelburg (+5) und Espenau (+2).

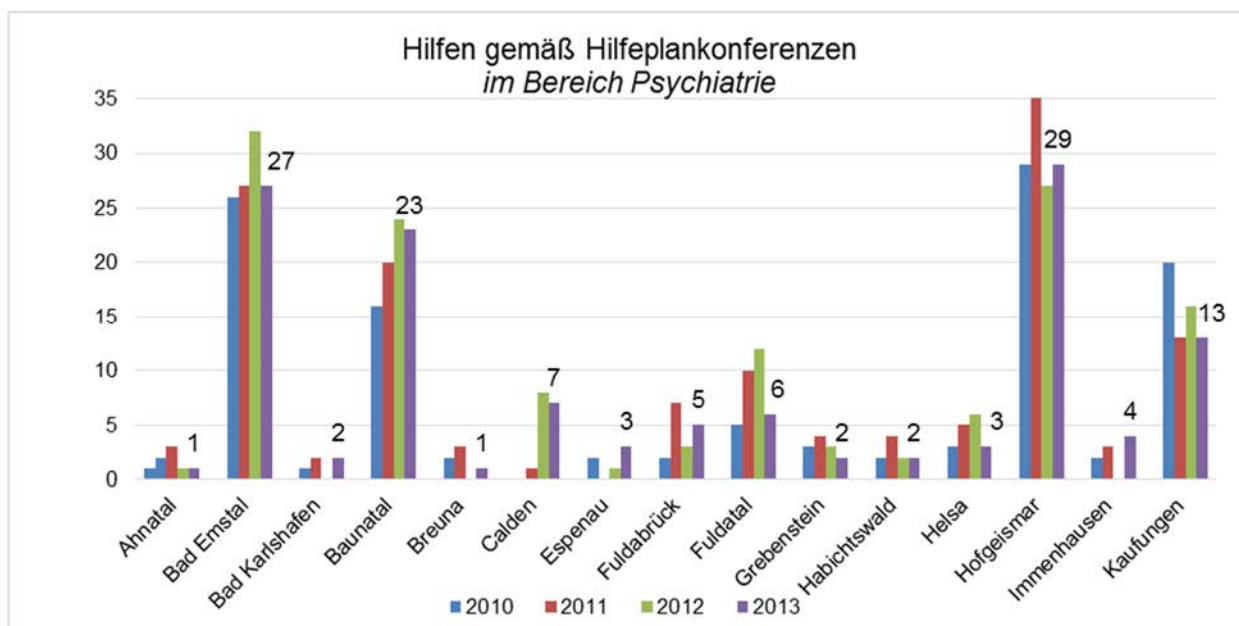


Abb. 6-14: Hilfen gemäß Hilfeplankonferenzen im Bereich Psychiatrie Teil 1  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

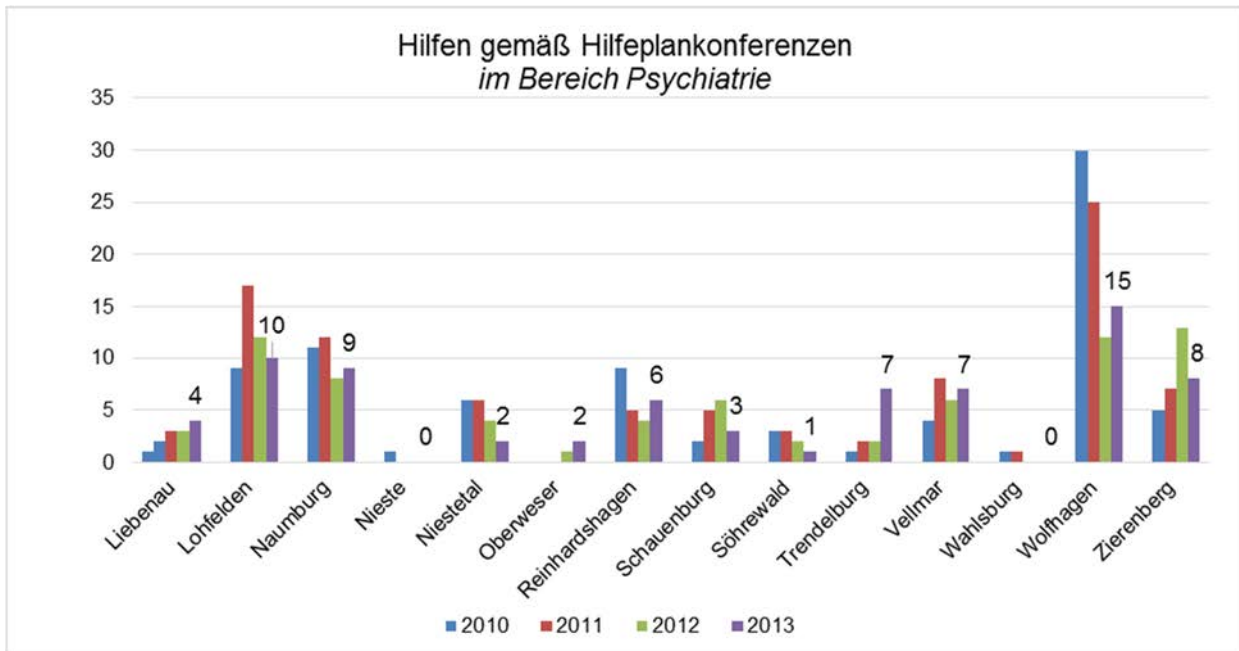


Abb. 6-15: Hilfen gemäß Hilfeplankonferenzen im Bereich Psychiatrie Teil 2  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

### 6.4.3 Hilfen gemäß Hilfeplankonferenzen im Bereich Alkohol

48 % der Gemeinden des Landkreises Kassel nahmen der Hilfen gemäß Hilfeplankonferenzen im Bereich *Alkohol* in gleichem Umfang wie 2012 wahr – die meisten davon gar nicht. Bad Karlshafen und Oberweser haben in den letzten vier Jahren die Hilfen überhaupt noch nie in Anspruch genommen.

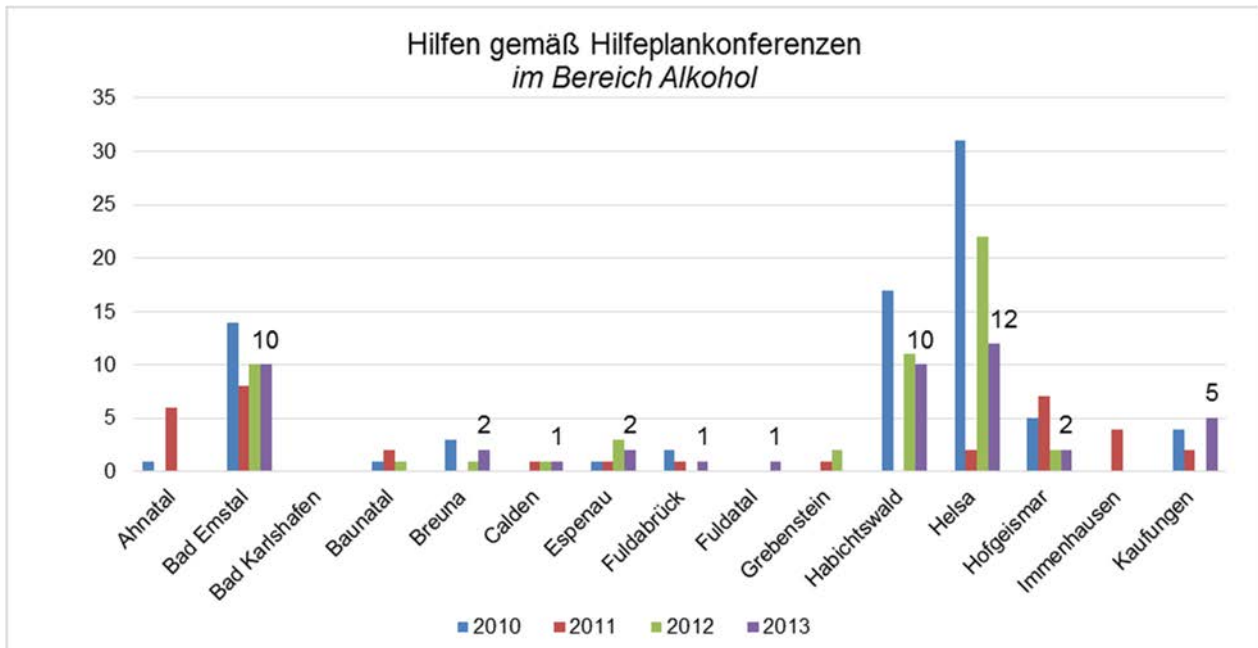


Abb. 6-16: Hilfen gemäß Hilfeplankonferenzen im Bereich Alkohol Teil 1  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

Deutliche Rückgänge waren in Wolfhagen (-67 %), Helsa (-55 %) und Naumburg (-40 %) zu verzeichnen. In Fuldaabrück, Fuldataal und Zierenberg wurden die Hilfen mehr als 2012 (je +1) in Anspruch genommen.

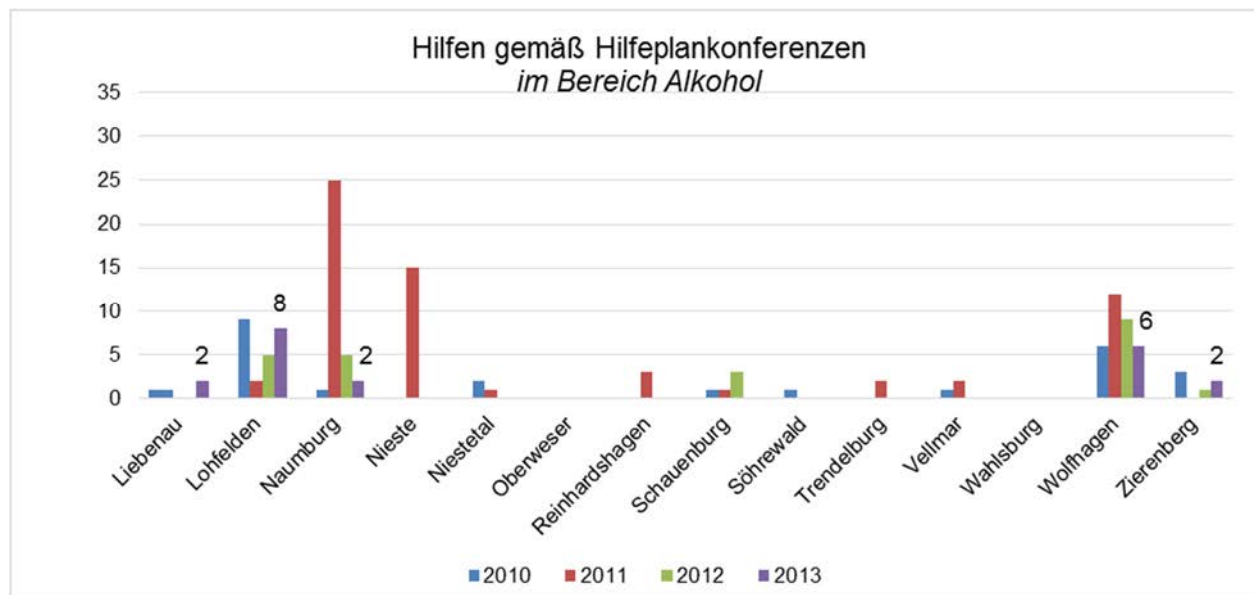


Abb. 6-17: Hilfen gemäß Hilfeplankonferenzen im Bereich Alkohol Teil 2  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

### 6.5 Psychosoziale Kontakt – und Beratungsstelle

In der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle (PSKB) haben sich die Fallzahlen insgesamt im Landkreis Kassel in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht. Während sie 2010 bei 429 Klientinnen und Klienten lagen, waren es 2013 bereits 2.447. Die höchste Zunahme zeichnete sich 2011 ab. Hier stieg die Zahl von 429 (2010) auf 2.366 (2011). Beim Vergleich der Fallzahlen in den einzelnen Ortsteilen zeigt sich, dass sich die Fallzahlen 2013 im Vergleich zu 2012 in der Hälfte der Ortsteile erhöht hat, bei einem Drittel hingegen verringerten sie sich. Lediglich in Bad Emstal, Bad Karlshafen, Fuldaabrück und Liebenau blieben sie 2013 gegenüber 2012 konstant.

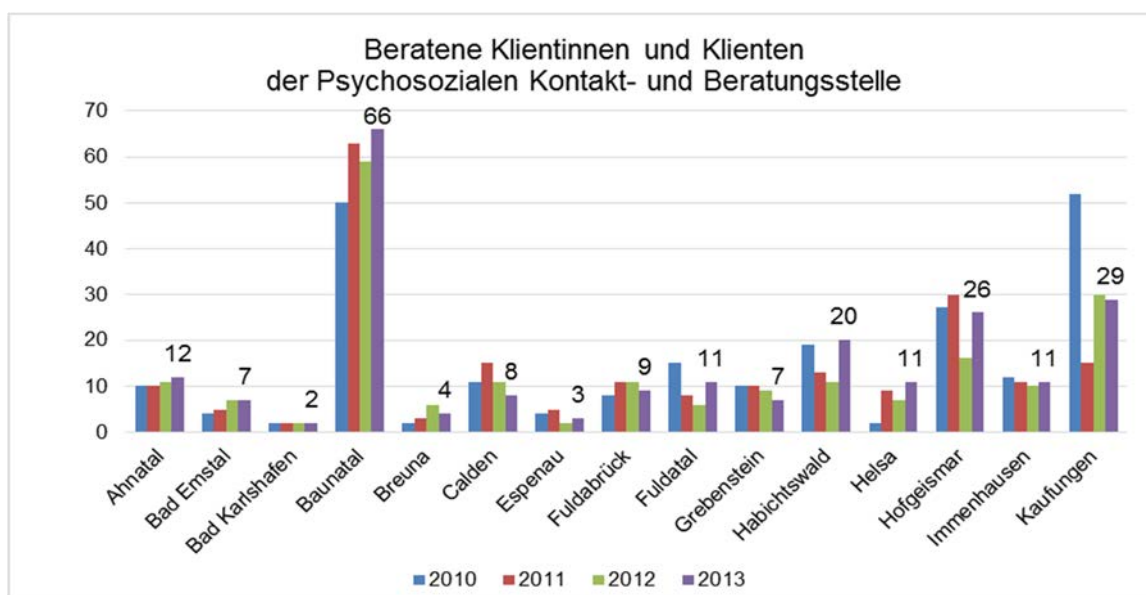


Abb. 6-18: Beratene Klientinnen und Klienten der PSKB Teil 1  
Quelle: Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle

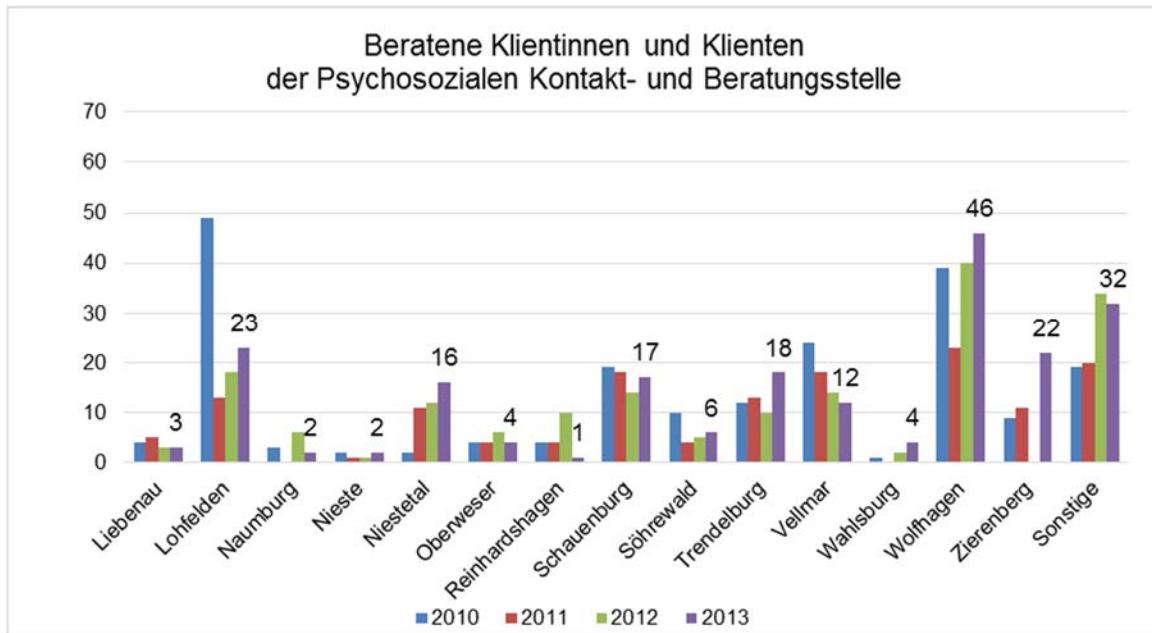


Abb. 6-19: Beratene Klientinnen und Klienten der PSKB Teil 2  
Quelle: Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle

Betrachtet man die Klientenkontakte im Hinblick auf die zugrundeliegende *Hauptdiagnose* zeigt sich 2013 gegenüber 2012 ein Zuwachs bei den Persönlichkeitsstörungen (+21 %), der Depression (+16 %) und Psychose (+13 %).

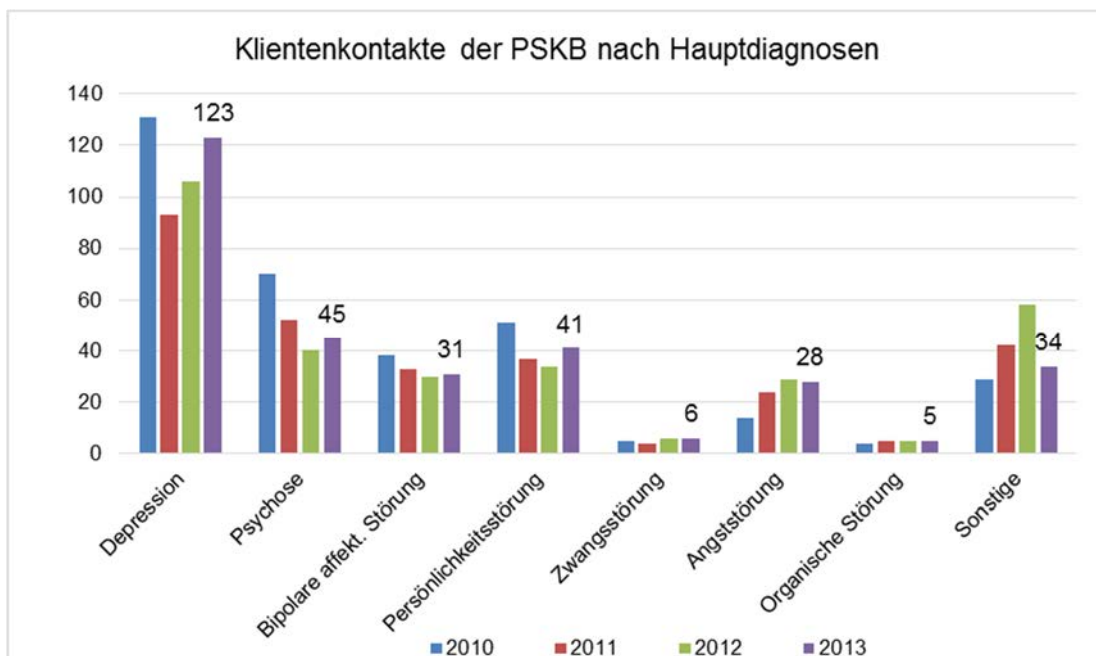


Abb. 6-20: Klientenkontakte der PSKB nach Hauptdiagnosen  
Quelle: Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle

Wurde 2012 der Anstieg in der Kategorie „Sonstige“ von 42 auf 58 Fallzahlen als Indikator für die *Niedrigschwelligkeit* der PSKB interpretiert, zeigt sich gerade hier 2013 ein deutlicher Rückgang um 59 %.



## 6.6 Ambulante Suchthilfe

Für Personen mit substanz- und verhaltensbezogenen Süchten sowie deren Angehörige sind die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe die zentralen Fachstellen in einem regionalen Hilfesystem. Sie stellen für die Hilfesuchenden wie für die Kommune die Umsetzung von Leistungen der kommunalen Daseinsvorsorge sicher und ermöglichen den Zugang zu weiteren Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.

Daten, die unmittelbar Auskunft über die tatsächliche Häufigkeit von Suchtmittelabhängigkeit in einer abgrenzbaren Region geben, stehen in der Regel nicht zur Verfügung. Jedoch ermöglichen die Fallzahlen aus den regionalen Suchtberatungsstellen Aussagen über die Häufigkeit und Verteilung der Inanspruchnahme von ambulanter Suchthilfe durch Einwohner/innen des Landkreises Kassel.

Die Inanspruchnahme des ambulanten Suchthilfesystems als primäre Anlaufstelle für Beratung, ambulante Therapie sowie zur Weitervermittlung in stationäre Hilfen ist für die Klientinnen und Klienten nicht einfach, da sie ihren eigenen Suchtmittelkonsum als beratungs- oder behandlungsbedürftig erleben müssen. Faktisch findet damit nur ein kleiner Teil der Menschen, die von Suchtproblemen betroffen sind, rechtzeitig den Weg zu Beratungsstellen. Darüber hinaus beeinflussen viele weitere Faktoren die Inanspruchnahme von ambulanter Suchtberatung. Diese sind u.a.:

1. die Sensibilisierung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vor Ort,
2. eine dezentrale Angebotsstruktur und deren Bekanntheit,
3. eine fachlich gute Vernetzung und Kooperation zwischen dem Hilfesystem und behördlichen Institutionen sowie
4. eine aktive Suchtselbsthilfe.

Die Zuständigkeiten der Ambulanten Suchthilfe im Landkreis Kassel sind wie folgt geregelt: Bei Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln (Alkohol, Medikamenten) und bei Glückspielsucht erfolgt die Versorgung der Altersgruppe der über 27-jährigen Klientinnen und Klienten schwerpunktmäßig durch die Suchtberatungsstellen des Diakonischen Werkes und des Blaukreuzentrums.

Bis zum 27. Lebensjahr erfolgen die ambulanten Beratungs- und Behandlungsangebote schwerpunktmäßig über die Drogenhilfe Nordhessen e.V. unabhängig davon, ob die Hauptproblematik der Klientinnen und Klienten hinsichtlich eines legalen oder illegalen Suchtmittels besteht. Bei illegalen Suchtmitteln besteht diese Zuständigkeit unabhängig vom Alter.

Die folgenden Fallzahlen beziehen sich ausschließlich auf die Inanspruchnahme von ambulanter Suchtberatung bzw. Suchtbehandlung durch Einwohner/innen des Landkreises Kassel in den Jahren 2011 bis 2013. Vergleichbare Zahlen zur Nutzung stationärer Behandlungsformen liegen nicht vor.

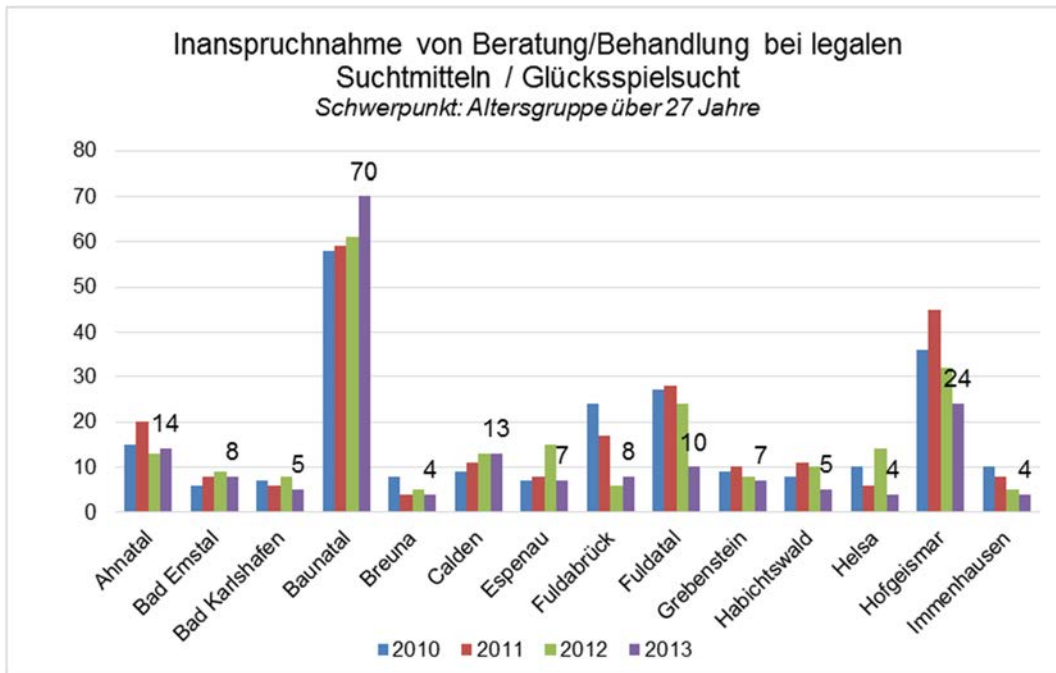


Abb. 6-21: Inanspruchnahme von Beratung/Behandlung bei legalen Suchtmitteln / Glücksspielsucht. Schwerpunkt: Altersgruppe über 27 Jahre. Teil 1  
Quelle: Diakonisches Werk Kassel / Blaukreuzzentrum

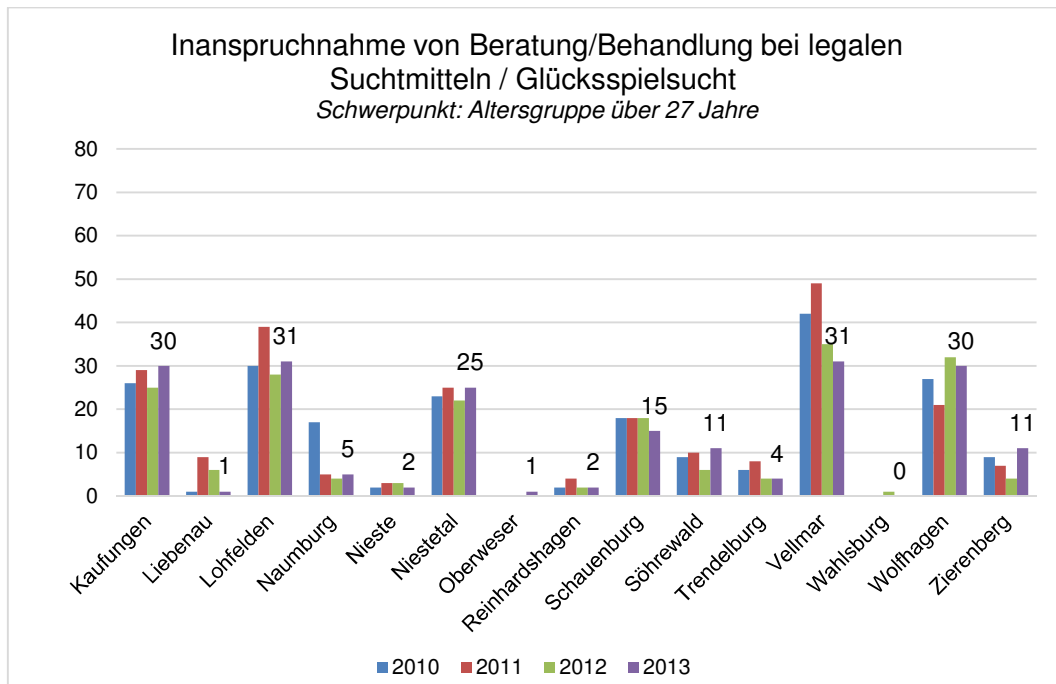


Abb. 6-22: Inanspruchnahme von Beratung/Behandlung bei legalen Suchtmitteln / Glücksspielsucht. Schwerpunkt: Altersgruppe über 27 Jahre. Teil 2  
Quelle: Diakonisches Werk Kassel / Blaukreuzzentrum

In den Grafiken wird nicht zwischen den Suchtformen unterschieden. Der überwiegende Teil bezieht sich auf die Alkoholabhängigkeit, gefolgt von der Glücksspielsucht und der Medikamentenabhängigkeit.



Hinsichtlich der Glücksspielproblematik besteht seit vielen Jahren ein spezialisiertes Beratungs- und Behandlungsangebot des Diakonischen Werkes Kassel. Die Inanspruchnahme der von Glücksspielsucht betroffenen Menschen aus dem Landkreis Kassel ist von 2011 auf 2013 sprunghaft gestiegen. Die Zahlen 2013 sind geringfügig zurückgegangen. Die Zahl der Angehörigen hingegen ist über die Jahre hinweg nahezu gleich geblieben.

	Glücksspieler/innen	Angehörige
2011	15	10
2012	63	8
2013	57	10

Tab. 6-1: Inanspruchnahme von Beratung und Behandlung bei Glücksspielsucht  
Quelle: Diakonisches Werk Kassel

In 2011 kamen 13% aller vom Diakonischen Werk beratenen Glücksspieler/innen aus dem Landkreis Kassel, in 2012 waren es schon 28,5 % und in 2013 waren es 25,4 %.

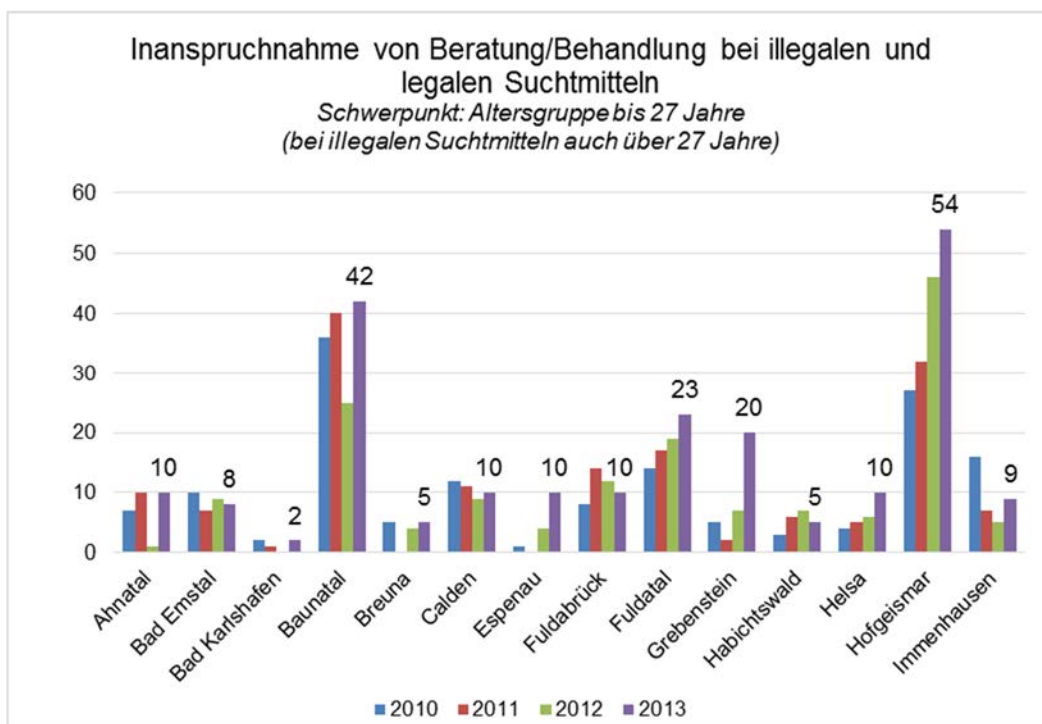


Abb. 6-23: Inanspruchnahme von Beratung/Behandlung bei illegalen und legalen Suchtmitteln. Schwerpunkt: Altersgruppe bis 27 Jahre (bei illegalen Suchtmitteln auch über 27 Jahre). Teil 1  
Quelle: Drogenhilfe Nordhessen e.V.

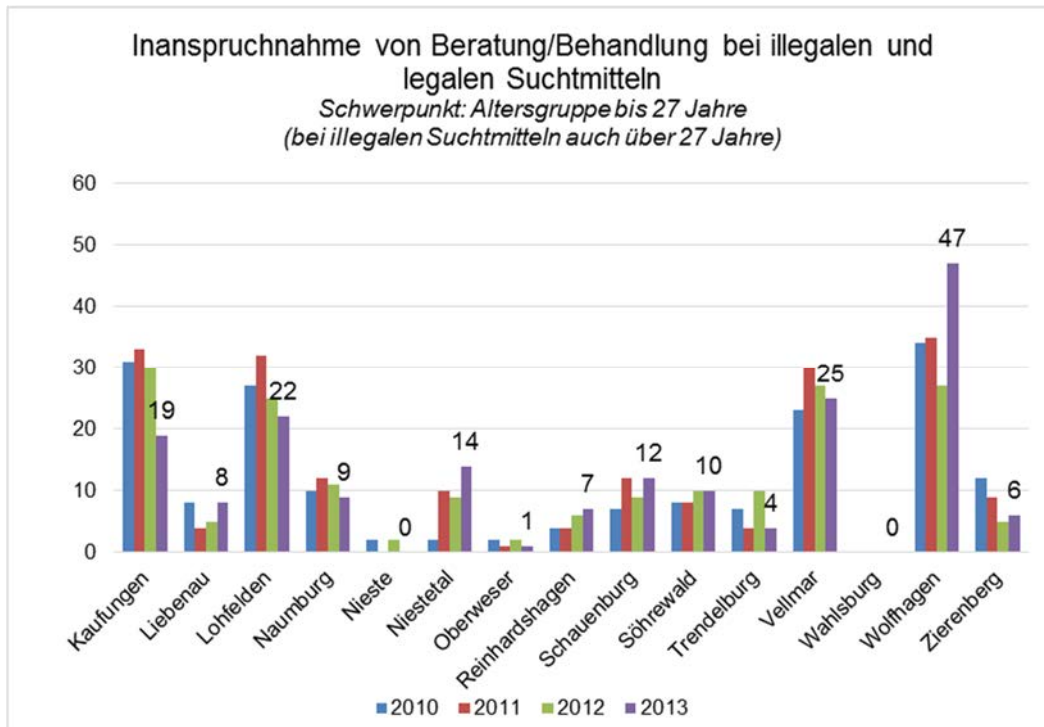


Abb. 6-24: Inanspruchnahme von Beratung/Behandlung bei illegalen und legalen Suchtmitteln. Schwerpunkt: Altersgruppe bis 27 Jahre (bei illegalen Suchtmitteln auch über 27 Jahre). Teil 2  
Quelle: Drogenhilfe Nordhessen e.V.

Nachfolgende Abbildungen geben einen Überblick über die kumulierten Fallzahlen der Suchtberatungsstellen des Diakonischen Werkes, des Blaukreuzzentrums und der Drogenhilfe Nordhessen e.V. im Verhältnis zur Einwohnerzahl der jeweiligen Gemeinden. Die Anzahl der Beratungssuchenden korreliert im Wesentlichen erwartungsgemäß mit der Größe der Einwohnerzahlen der jeweiligen Gemeinden.

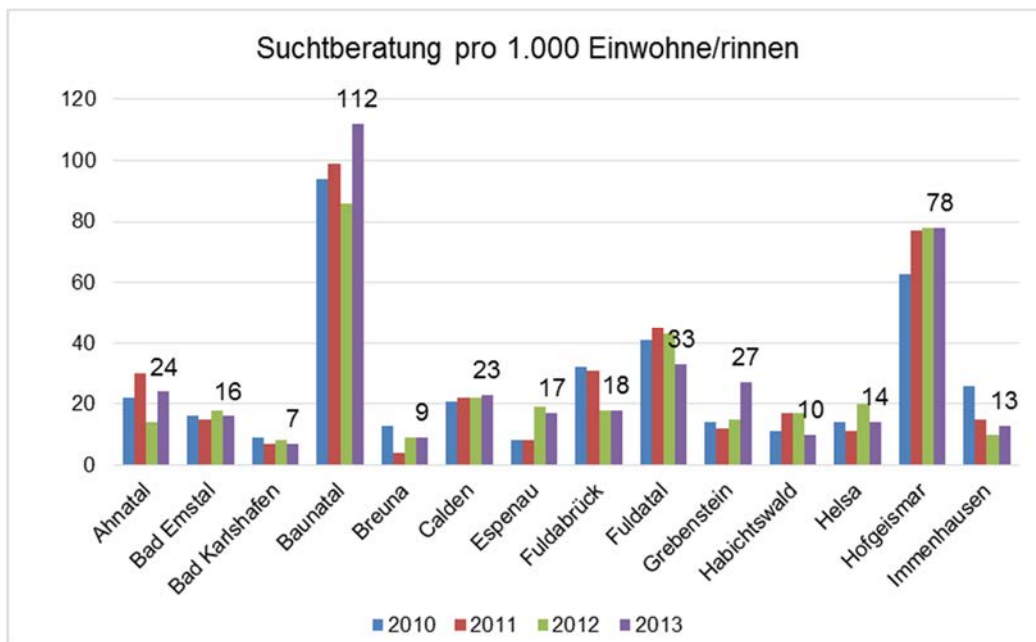


Abb. 6-25: Suchtberatung pro 1.000 Einwohner/innen Teil 1  
Quelle: Diakonisches Werk Kassel / Blaukreuzzentrum / Drogenhilfe Nordhessen e.V.



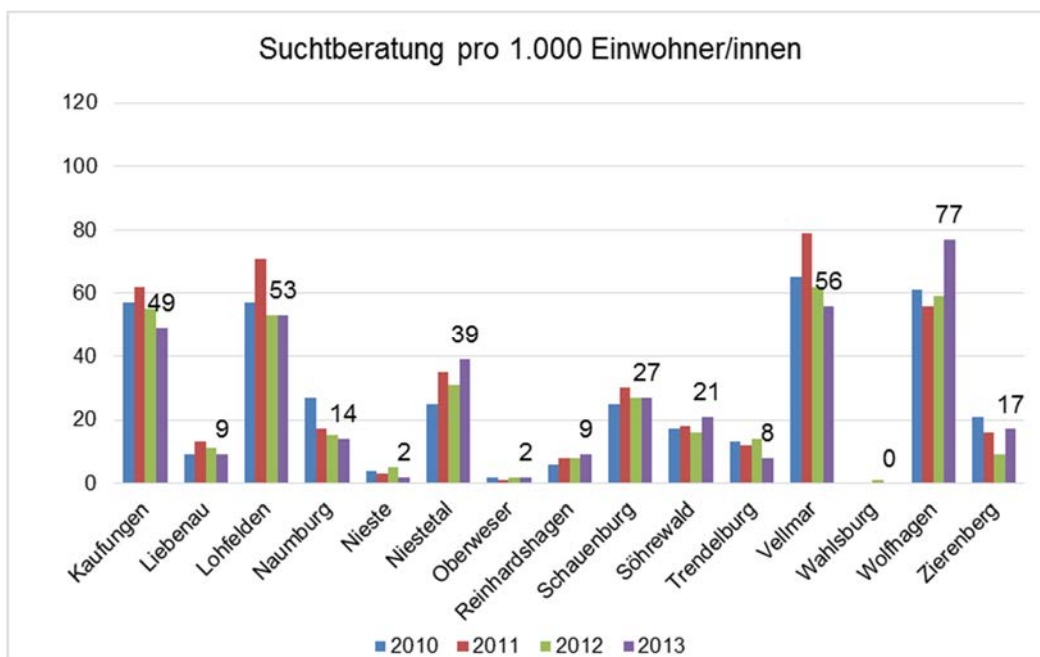


Abb. 6-26: Suchtberatung pro 1.000 Einwohner/innen Teil 2  
 Quelle: Diakonisches Werk Kassel / Blaukreuzzentrum / Drogenhilfe Nordhessen e.V.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass diese Fallzahlen keine Aussage über den tatsächlichen Umfang der Suchtmittelproblematik im Landkreis Kassel zulassen. Sie geben lediglich einen Überblick über die Inanspruchnahme der ambulanten Suchtberatungsstellen. Epidemiologische Studien schätzen z.B. allein den Anteil der Menschen mit Alkoholerkrankung auf ca. 2,4 % der erwachsenen Gesamtbevölkerung. Die obigen Abbildungen zeigen, dass der Anteil der nicht versorgten Menschen mit Suchterkrankung entsprechend hoch einzuschätzen ist. Vor diesem Hintergrund sollte eine hohe Inanspruchnahme auch positiv bewertet werden und auf eine gute Vermittlung und fachlich gelungene Vernetzung vor Ort hinweisen.

Wichtige Faktoren, welche die Inanspruchnahme unterstützen oder einschränken, sind die jeweiligen Zugangswege bzw. Zugangsmöglichkeiten zum nächsten Beratungsangebot. Bestehende Beratungszentren dieser drei Träger/innen im Bereich der Stadt Kassel werden von Einwohner/innen aus den umliegenden Landkreisgemeinden genutzt. Zusätzlich zu nennen sind die tagesklinischen und stationären Behandlungsmöglichkeiten beim Blaukreuzzentrum. Auch der Umzug aller suchtspezifischen Angebote des Diakonischen Werkes in das neue Zentrum für Sucht- und Sozialtherapie in der Frankfurter Straße 78a in Kassel hat deutlich bestätigt, dass weiterhin Menschen mit Suchtproblemen aus dem Landkreis die Hauptstelle dort wegen der sehr guten Verkehrsanbindung aufsuchen (direkte Regiotramanbindung). Ratsuchende, die eine Versorgung direkt vor Ort bevorzugen, orientieren sich an den Außenstellen der Drogenhilfe Nordhessen e.V. und des Diakonischen Werkes in Hofgeismar und Wolfhagen. In der Außenstelle in Wolfhagen ist die Zusammenarbeit mit der qualifizierten Entgiftung der Vitos Klinik Merxhausen hervorzuheben, die eine fast nahtlose Beratung mit weiterführenden Angeboten für die betroffenen Menschen bedeutet. Beim Diakonischen Werk hat sich der Umzug von Kaufungen nach Lohfelden mit zentralem Beratungsraum im Rathaus Lohfelden bewährt. Das besondere Angebot der poststationären ambulanten Therapie in der Außenstelle Baunatal wird ebenfalls gut angenommen, wie der deutliche Anstieg der Klientenzahlen zeigt. Einige Betroffene im Landkreis orientieren sich auf Grund der randständigen Lage ihrer Herkunftsgemeinden an näheren suchtspezifischen Beratungsangeboten in anderen Landkreisen.



### 6.6.1 Frühhilfeprojekte

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit riskantem Konsum legaler oder illegaler Suchtmittel oder exzessivem Medienkonsum sollten grundsätzlich zum frühesten Zeitpunkt jugendspezifische Beratungen und Hilfen angeboten werden, um rechtzeitig eine Suchtgefährdung bzw. Suchtentwicklung zu vermeiden.

Die folgenden Projekte „Just in Time“, „HaLT“ (Hart am Limit) und „Real Life“ sind Beratungsangebote, die versuchen, diesen Frühhilfeansatz zu verwirklichen. Sie werden zunehmend von jungen Menschen aus dem Landkreis Kassel in Anspruch genommen.

#### 6.6.1.1 „Just in Time“

„Just in time“ ist ein aufsuchendes Beratungsangebot der Drogenhilfe Nordhessen e.V., das sich gezielt an junge Menschen im Landkreis Kassel richtet, die an unterschiedlichen Orten und Institutionen (Schule, Krankenhäuser, Jugendamt, Polizei) mit riskantem Konsum legaler und illegaler Suchtmittel auffallen. Diese aufsuchende Beratung kurz nach dem Zeitpunkt der Auffälligkeit ermöglicht eine besonders niederschwellige Unterstützung sowie im Bedarfsfall die Weitervermittlung von suchtgefährdeten jungen Menschen. Die Frühintervention „Just in time“ unterstützt seit Beginn 2009 eine zunehmende Anzahl von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (2009: 64 junge Menschen; 2013: 79 junge Menschen).

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Anzahl der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in den Jahren 2009 bis 2013 mit ihrer jeweiligen Erstauffälligkeitsproblematik über das Frühhilfeprojekt „Just in time“ erreicht werden konnten.

	<b>Alkohol</b>	<b>Cannabis</b>	<b>Mischkonsum</b> (Alkohol/Cannabis/Amphetamine u.a.)
<b>2009</b>	35	18	11
<b>2010</b>	29	28	13
<b>2011</b>	28	29	14
<b>2012</b>	22	30	19
<b>2013</b>	20	42	17

Tab. 6-2: Erstauffälligkeitsproblematik junger Menschen bis 21 Jahre im „Just in time“-Projekt  
Quelle: Drogenhilfe Nordhessen e.V.

In der Regel waren die Beratungsanlässe problematischer Alkoholkonsum und/oder Cannabismissbrauch. Im Laufe der Jahre hat sich der prozentuale Anteil, der durch dieses Angebot erreichten Cannabiskonsumenten prozentual erhöht. Durch seinen niedrigschwelligen Ansatz hat sich „Just in Time“ als zentrales Hilfeangebot bei erstauffälligem Suchtmittelkonsum junger Menschen im Landkreis Kassel etabliert. Auf Grund beschränkter personeller Ressourcen steht es jedoch nicht in allen Regionen des Landkreises zur Verfügung.

#### 6.6.1.2 „HaLT“ - Hart am Limit

Die Anzahl junger Menschen, die auf Grund akuter Alkoholintoxikation in Krankenhäusern behandelt werden müssen, hat sich in den letzten Jahren bundesweit mehr als verdoppelt.

Seit Mitte 2010 erfolgt für diese Kinder und Jugendlichen eine noch im Rahmen ihrer Behandlung im Klinikum Kassel stattfindende direkt aufsuchende Beratung durch die Drogenhilfe Nordhessen e.V. Dieser An-



satz einer aufsuchenden Hilfe durch sog. „Brückengespräche“ im Krankenhaus wurde dann 2011 im Rahmen des hessenweiten Präventionsprojektes „HaLT“ fortgesetzt. Diese „Brückengespräche“ im Rahmen von HaLT werden durch Elterngespräche und ein spezifisches Gruppenangebot ergänzt. Die mit Abstand größte betroffene Altersgruppe waren die 14- bis 16-jährigen Jugendlichen. HaLT basiert als gut evaluiertes Präventionsprojekt zudem auf einer kommunal vernetzten Präventionsstrategie.

	gesamt	m	w	bis 14 Jahre	bis 16 Jahre	bis 18 Jahre
2011	38	20	18	1	16	21
2012	43	33	10	2	20	21
2013	41	27	14	4	13	24

Tab. 6-3: Brückengespräche mit Kinder/ Jugendlichen nach Aufnahme auf Grund Alkoholintoxikation  
Quelle: Drogenhilfe Nordhessen e.V.

In der Krisensituation „Alkoholintoxikation“ hat sich das unmittelbar aufsuchende Hilfe- und Beratungsangebot HaLT in enger Kooperation mit dem Klinikum Kassel bewährt.

### 6.6.1.3 „Real Life“

In der heutigen Medienlandschaft verändern sich innerhalb kürzester Zeit die technischen Möglichkeiten, die medialen Angebote und die entsprechenden Nutzungsmuster (Stichworte: Onlinespiele, soziale Netzwerke, Smartphone Nutzung). Während Kinder und Jugendliche wie selbstverständlich in dieser Medienlandschaft aufwachsen, häufen sich die Sorgen der zum Teil hilflosen oder überforderten Eltern.

Im Spannungsfeld zwischen Medienwandel und -ängsten ist es eine fachlich anspruchsvolle Aufgabe zu differenzieren, ob es sich bei intensivem Mediennutzungsverhalten um ein Durchgangsstadium handelt oder eine medienspezifische Abhängigkeitsentwicklung beginnt mit erheblichen sozialen Folgen (wie z.B. Antriebsverlust, Rückzug, Isolation, Vernachlässigung von Pflichten) und einem folgenschweren Scheitern an den alterstypischen Entwicklungsaufgaben.

Das Projekt „Real Life“ ist seit 2008 ein Beratungsangebot des Diakonischen Werkes für Menschen, die einen problematischen Umgang mit den neuen Medien entwickeln (z.B. durch exzessive Computer- oder Internetnutzung) oder deren Angehörige und Bezugspersonen, die Unterstützung und Rat suchen.

Der Schwerpunkt liegt in der Beratung der betroffenen Kinder und Jugendlichen. In den letzten Jahren waren etwa 40 % der beratenen Klientinnen und Klienten minderjährig.

2011 wurden im Landkreis Kassel 32 Klientinnen und Klienten intensiv beraten und betreut. In den beiden Folgejahren stieg diese Zahl auf 46 Klientinnen und Klienten. In der Regel wohnen 35 % – 50 % aller Ratsuchenden im Landkreis Kassel.

Die zunehmende Beratungsanzahl bei „Real Life“ von Angehörigen wie Betroffenen spiegelt die Entwicklung und Verunsicherung wider, die durch die intensive Nutzung neuer digitaler Medien entstanden ist. Folglich ist es auch ein wesentlicher Auftrag dieser spezifischen Beratungsstelle über aktuelle Entwicklungen, Chancen und Risiken medialer Nutzung zu informieren und aufzuklären. Hierzu fanden in der Region jährlich bis zu 30 Informationsveranstaltungen statt.

Um medienaffines Handeln junger Menschen nicht vorschnell zu pathologisieren ist eine medienspezifische Professionalisierung in allen pädagogischen Arbeitsfeldern und psychosozialen Hilfesystemen nötig. Die Vermittlung und Abstimmung fachlich fundierter Standards zum Erkennen von exzessivem Medienkonsum mit Abhängigkeitspotenzial bei jungen Menschen und deren qualifizierte Weiterleitung an vorhandene spezifische Behandlungsangebote ist eine vordringliche Netzwerkaufgabe.

## 6.7 HIV-Infizierte und AIDS-Erkrankte

Da es keine Meldepflicht für Menschen mit HIV und AIDS gibt, liegen nach wie vor aus dem Landkreis Kassel keine statistischen Daten vor. Die einzigen vorliegenden Zahlen sind Schätzungen für gesamt Hessen seitens des Robert Koch-Instituts (RKI). Die Zahl der Menschen, die Ende 2013 mit *HIV/AIDS* in Hessen leben, wird auf 5.900 geschätzt, 80 % davon sind Männer. Die geschätzte Zahl der *nicht-diagnostizierten HIV Erkrankungen* liegt 2013 bei 1.200. Zudem gab es geschätzte 290 *Neuinfektionen*, 86 % davon Männer. Die *Erstdiagnose* wurde 2013 ebenfalls in geschätzten 290 Fällen gestellt. 2013 sind insg. geschätzte 55 Menschen an AIDS verstorben. (S. Robert Koch-Institut, 2014.)

## 6.8 Rechtliche Betreuungen

Das am 01.07.2014 in Kraft getretene „Gesetz zur Stärkung der Funktion der Betreuungsbehörden“ führte 2014 zu einer deutlichen Zunahme der Anträge auf gesetzliche Betreuung (s. Abb. 6-27).

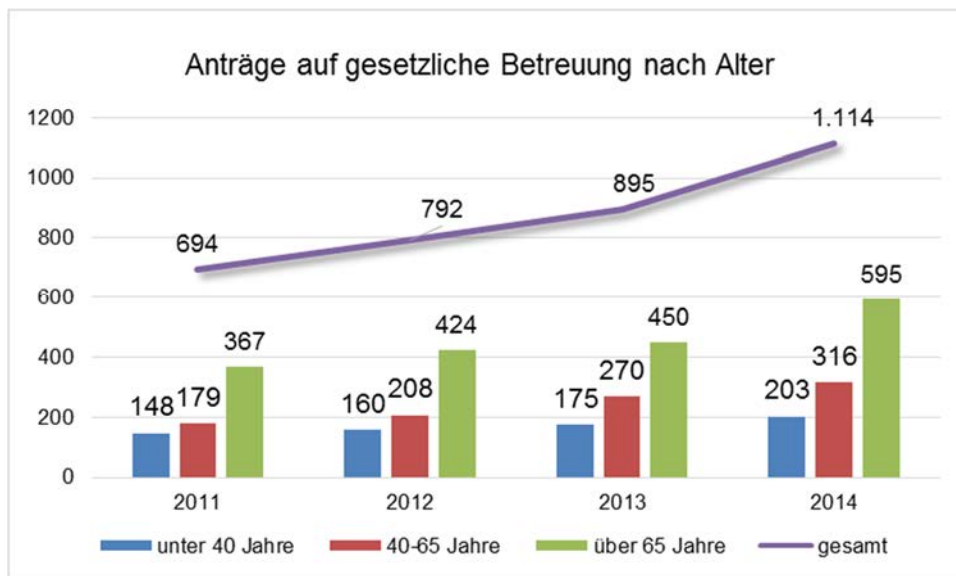


Abb. 6-27: Anträge auf gesetzliche Betreuung nach Alter  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Die Gesamtanzahl steigerte sich von 895 (2013) auf 1.114 in 2014, wobei sich der Anstieg in der Altersgruppe der Über-65-Jährigen am deutlichsten abzeichnet.

Die nachfolgenden Tabellen geben einen Überblick über die Antragstellung in den jeweiligen Gemeinden.

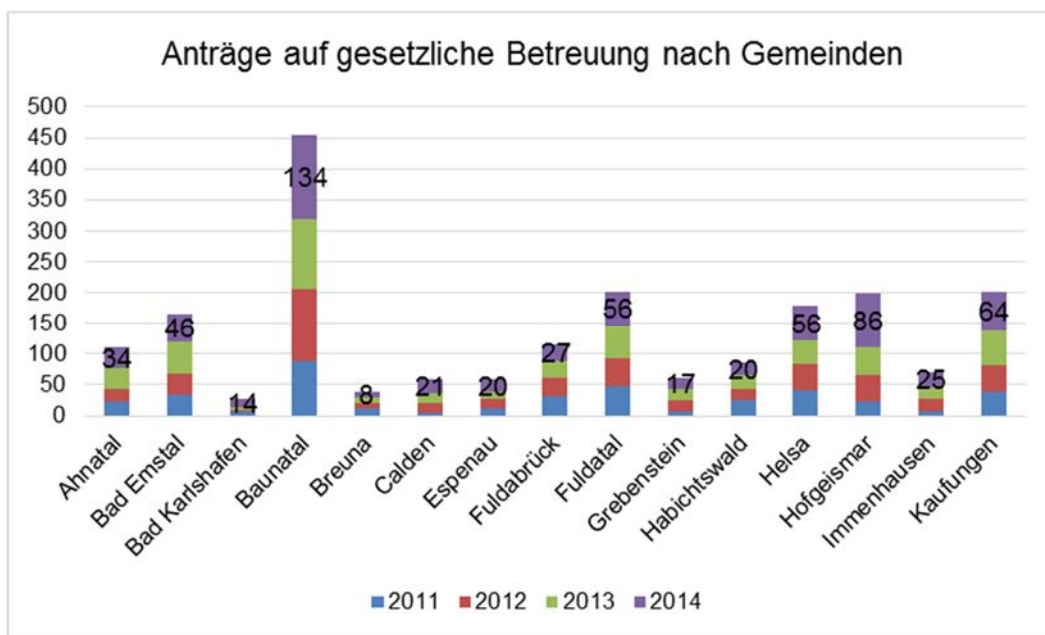


Abb. 6-28: Anträge auf gesetzliche Betreuung nach Gemeinden Teil 1  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

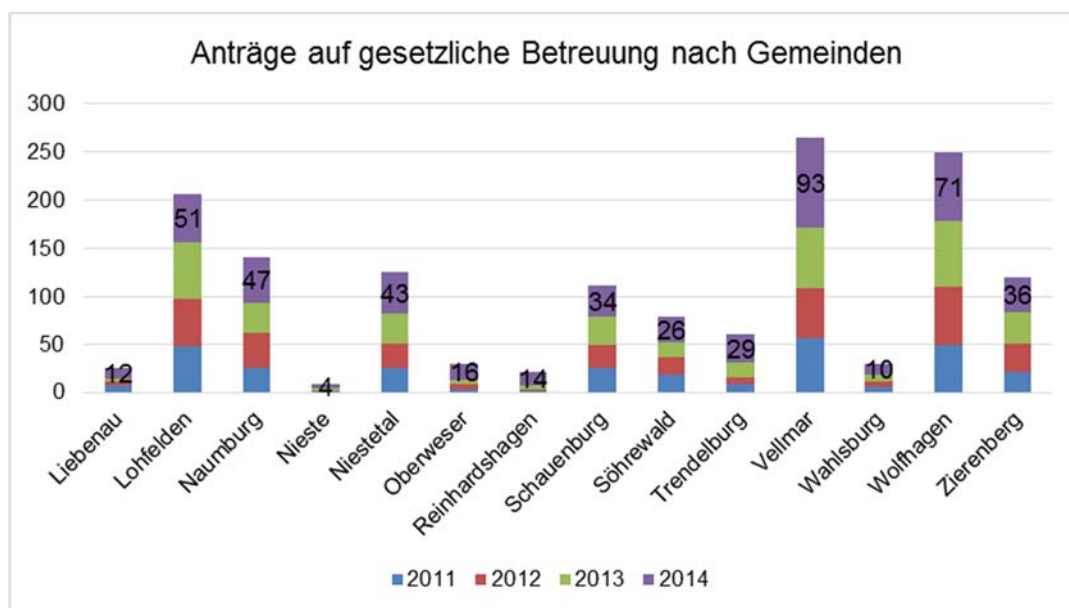


Abb. 6-29: Anträge auf gesetzliche Betreuung nach Gemeinden Teil 2  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Deutliche Zuwächse sind in Bad Karlshafen (+11), Baunatal (+19), Hofgeismar (+39), Oberweser (+12), Reinhardshagen (+10) und Vellmar (+30) zu verzeichnen. In den Orten Bad Emstal (-7), Breuna (-2), Grebenstein (-3), Habichtswald (-2) und Lohfelden (-7) ging die Zahl der Anträge 2014 gegenüber 2013 zurück.

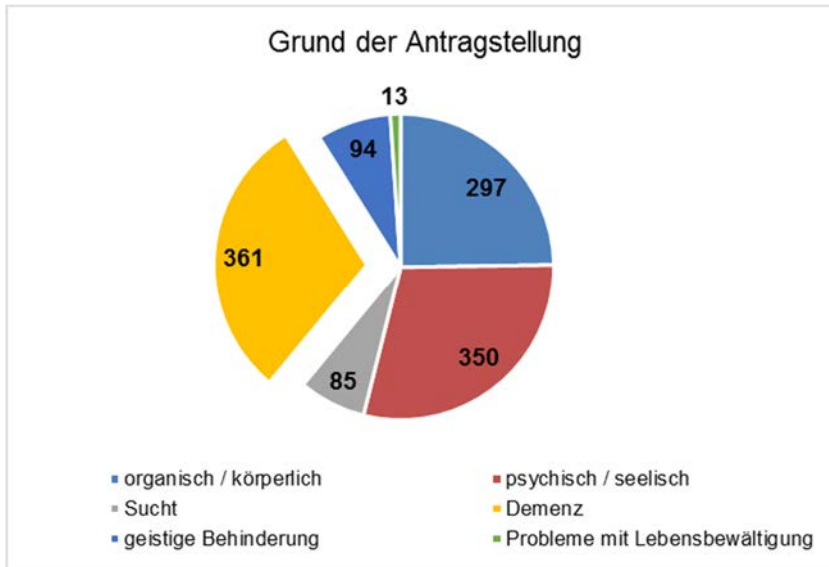


Abb. 6-30: Grund der Antragstellung  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Zwischen den Geschlechtern zeigen sich keine Unterschiede. Die Zahl der Anträge verteilt sich zu je 50 % auf Männer und Frauen. Mit Blick auf die Gründe, die zur Antragstellung geführt haben, zeigt sich, dass sich die jeweilige Antragstellung hauptsächlich durch eine vorliegende Demenz (361 Anträge) begründet, gefolgt von psychischen / seelischen Problemen (350 Anträge) und organisch / körperlichen Ursachen (297 Anträge). Den geringsten Anteil machen Suchtprobleme aus (s. Abb. 6-30).

Die Mehrzahl der Antragsteller/-innen ist in familiäre Strukturen eingebunden (insg. 385 Antragsteller/-innen). 368 Antragsteller/-innen sind alleinstehend und ein etwas geringerer Anteil (337 Antragsteller/-innen) wird stationär betreut. 24 Antragsteller/-innen machten zu ihrer Lebenssituation keine Angaben (s. Abb. 6-31).

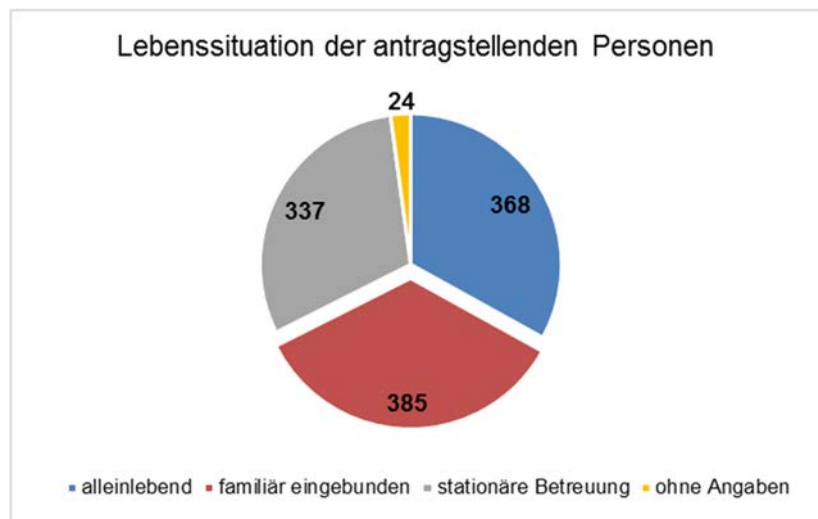


Abb. 6-31: Lebenssituation der antragstellenden Personen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Wie die nachfolgende Grafik zeigt, wächst die Zahl der gesetzlich betreuten Klientinnen und Klienten, die im Kontakt mit der Behörde stehen, kontinuierlich. Ausgehend von 3.190 Kontakten in 2004 kam es in 2014 zu 4.738 Kontakten (s. Abb. 6-32). Die Behörde hat hier die direkt über das Amtsgericht eingerichteten Betreuungen als auch privatrechtliche Regelungen in Form von Versorgungsvollmachten nicht erfasst.

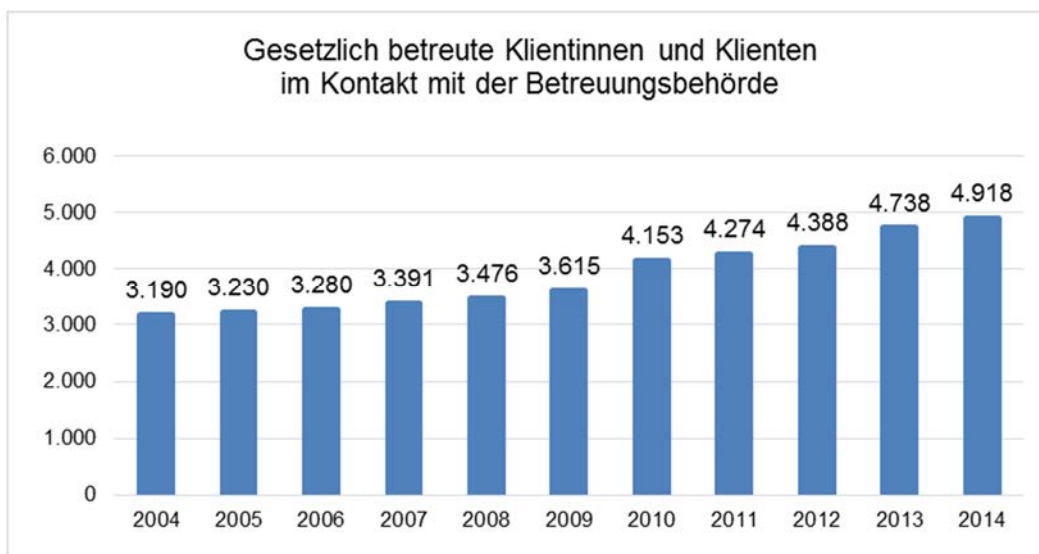


Abb. 6-32: Gesetzlich betreute Klientinnen und Klienten im Kontakt mit der Betreuungsbehörde  
 Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Die Berufsbetreuer/innen hatten im Vergleich mit 2013 in 2014 die höchsten Zuwächse (+73 Klientinnen und Klienten) zu verzeichnen, gefolgt von den Ehrenamtlichen Betreuer/innen bzw. Familienangehörigen (+70 Klientinnen und Klienten), den Vereinsbetreuer/innen (+20 Klientinnen und Klienten) und den Rechtsanwältinnen/-anwälten (+17 Klientinnen und Klienten) (s. Abb. 6-33).

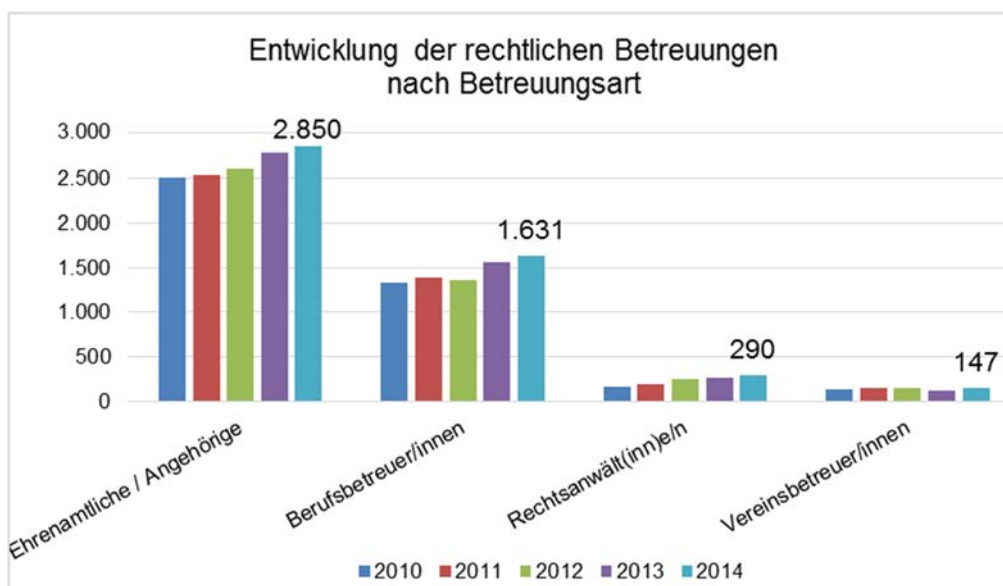


Abb. 6-33: Entwicklung der rechtlichen Betreuungen nach Betreuungsart  
 Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

## 7 Beschäftigung und Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit und ihre direkten und indirekten Folgen durchziehen alle Kapitel des Sozialatlases wie ein roter Faden. Einzelne Bevölkerungsgruppen sind unterschiedlich von Armuts- und Arbeitslosigkeitsrisiken betroffen. Daher befasst sich das folgende Kapitel zu Beginn allgemein mit dem Umfang von Beschäftigung und Arbeitslosigkeit. Im Fokus stehen einzelne Betroffenengruppen wie arbeitslose Alleinerziehende (insbesondere Frauen), arbeitslose ältere Menschen am Ende ihres Berufslebens, arbeitslose junge Menschen beim Versuch, in das Berufsleben einzusteigen oder behinderte arbeitslose Menschen. Neben eindeutigen Fakten wie Umfang, Dauer und die Verteilung nach Wohnorten der Betroffenen wird auch die Kategorisierung ihrer jeweiligen Problemlagen dargestellt.

Konzepte zur Überwindung von Arbeitslosigkeit setzen voraus, dass zu Beginn dieses Prozesses eine umfassende Analyse des individuellen Hilfebedarfs erfolgt. Die vorliegenden Evaluationsergebnisse helfen im weiteren Fallgeschehen zielgerichtet die sozial- und arbeitsintegrativen Hilfen zu erkennen und entsprechend zu aktivieren. So wie im Einzelfall bei der Hilfe zur Überwindung der Arbeitslosigkeit eine umfassende Analyse des individuellen Hilfebedarfs steht, so kann die vorliegende Evaluation als Basis bei der Ermittlung von sozial- und arbeitsintegrativen Hilfen genutzt werden.

### 7.1 Erwerbsquote

Die Erwerbsquote beschreibt das Verhältnis von potentiell erwerbsfähigen Menschen im Alterssegment von 15-65 Jahren im Vergleich zur Anzahl der Menschen, die tatsächlich einer beruflichen Tätigkeit nachgehen. Im Dezember 2013 waren 149.124 Menschen im Landkreis Kassel im erwerbsfähigen Alter. Unter die „nicht Erwerbstätigen“ in diesem Alterssegment fallen Schüler/innen, Arbeitslose, Hausfrauen und -männer, sowie nicht erwerbsfähige Personen. Neben den nachstehend aufgeführten sozialversicherungspflichtig und den geringfügig Beschäftigten zählen zur Ermittlung der Erwerbsquote zusätzlich Beamte und Selbständige.

#### 7.1.1 Beschäftigungsentwicklung

Die Beschäftigungsquote verdeutlicht seit 2007 einen positiven Trend auf dem Arbeitsmarkt (s. Abb. 7-1, Stand jeweils Juni des Jahres).

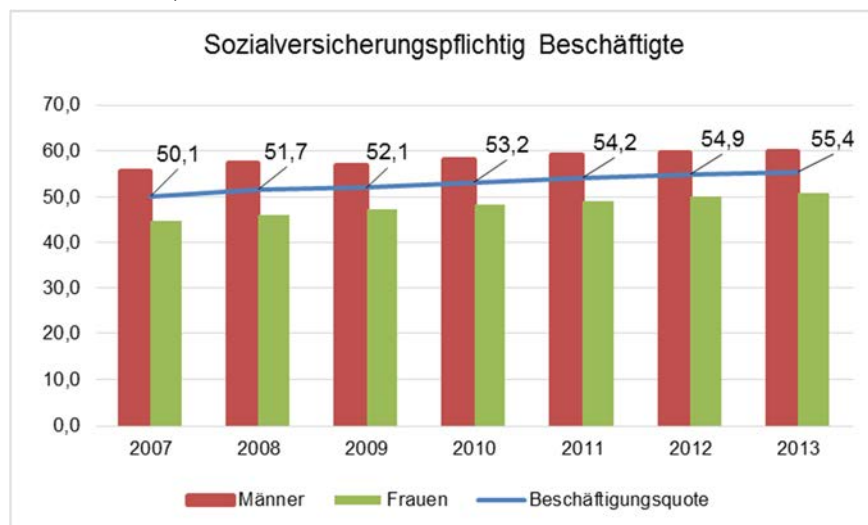


Abb. 7-1: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest





Eine differenzierte Betrachtung der Beschäftigungsformen weist darauf hin, dass diese Zunahme im Wesentlichen auf den Anstieg sogenannter *atypischer* Beschäftigungsverhältnisse zurückzuführen ist. Darunter fallen sowohl Tätigkeiten im Bereich der Zeitarbeitsfirmen, Teilzeitverträge, aber auch Minijobs, wie die sog. 450 €-Jobs, für die von dem/r Arbeitgeber/in nur geringe und für den/die Arbeitnehmer/in keine Sozialversicherungsabgaben zu entrichten sind.

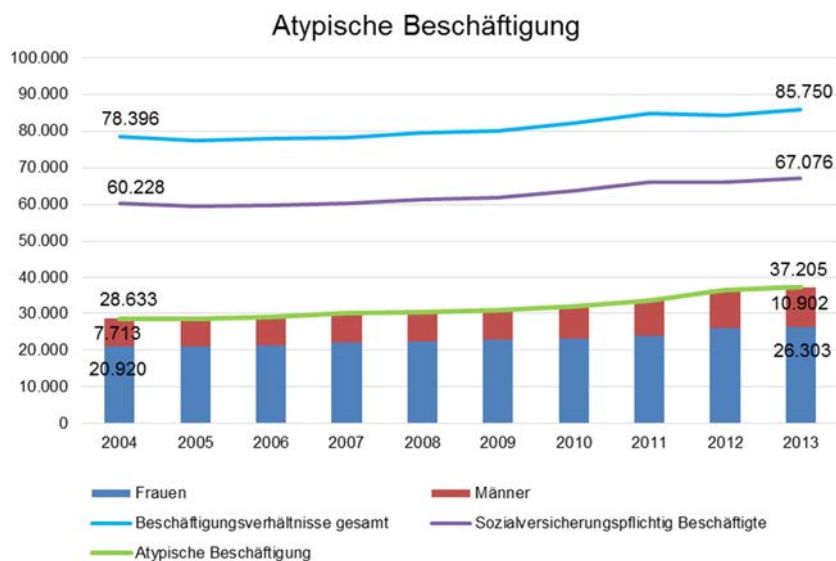


Abb. 7-2: Atypische Beschäftigung  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Diese atypischen Arbeits-

plätze werden vorrangig von Frauen besetzt (s. Abb. 7-2). Die Flexibilisierung des Arbeitsmarktes im Rahmen der Agenda 2010 konnte diesen Anstieg ermöglichen. Da in diesen Beschäftigungssegmenten keine oder nur geringe Kündigungsschutzregelungen greifen, sind diese Arbeitsformen in hohem Maße auftrags- bzw. konjunkturabhängig. Die Gefahr ist bereits real, dass mit der Aufspaltung in typische und atypische Beschäftigungsverhältnisse am Arbeitsmarkt auch eine Aufspaltung der Einkommen - wie auch im Armutsbericht des Landkreis Kassel (2013) dargestellt - verbunden ist. Geringere Rentenansprüche für die wachsende Zahl an Geringverdienern und eine höhere Zahl von Leistungsberechtigten in der Grundsicherung sind zwangsläufige Folgen dieser Entwicklung.

## 7.2 Umfang der Arbeitslosigkeit im Landkreis Kassel

### 7.2.1 Arbeitslose im Leistungsbezug von ALG-I und ALG-II

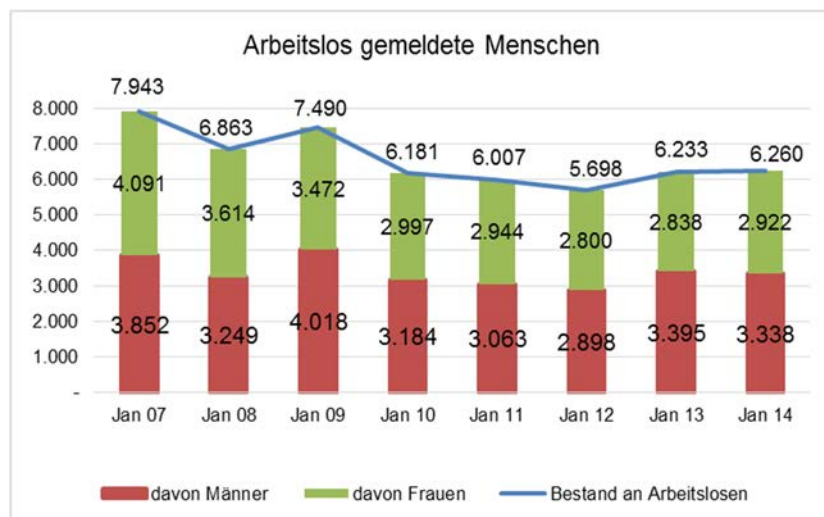


Abb. 7-3: Arbeitslos gemeldete Menschen  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Auch wenn für 2013 und 2014 ein leichter Anstieg der Arbeitslosenzahlen zu verzeichnen ist, machen sich die Effekte der oben beschriebenen Beschäftigungsentwicklung in den noch immer geringen Arbeitslosenzahlen bemerkbar. Insbesondere Menschen, die erst kurze Zeit arbeitslos sind und noch Anspruch auf Arbeitslosengeld I-Leistungen haben, profitieren besonders vom Bedarf an Arbeitskräften (s. Abb. 7-3).



Leicht sinkende Arbeitslosenzahlen bei den ALG I-Bezieherinnen und -Beziehern und leicht ansteigende Zahlen bei den Bezieherinnen und Beziehern von Hartz IV-Leistungen deuten darauf hin, dass der Bedarf in erster Linie von den qualifikatorischen Voraussetzungen der Bewerber/innen abhängt (s. Abb.7-4).

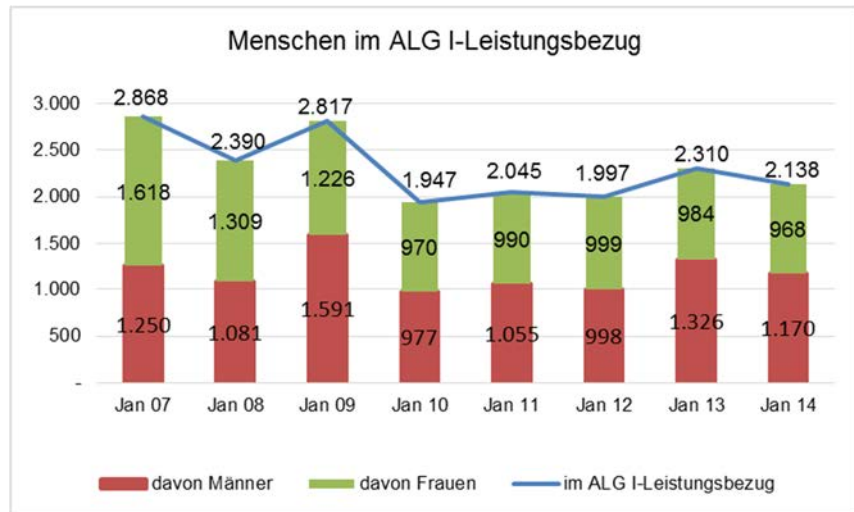


Abb. 7-4: Menschen im ALG I-Leistungsbezug  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

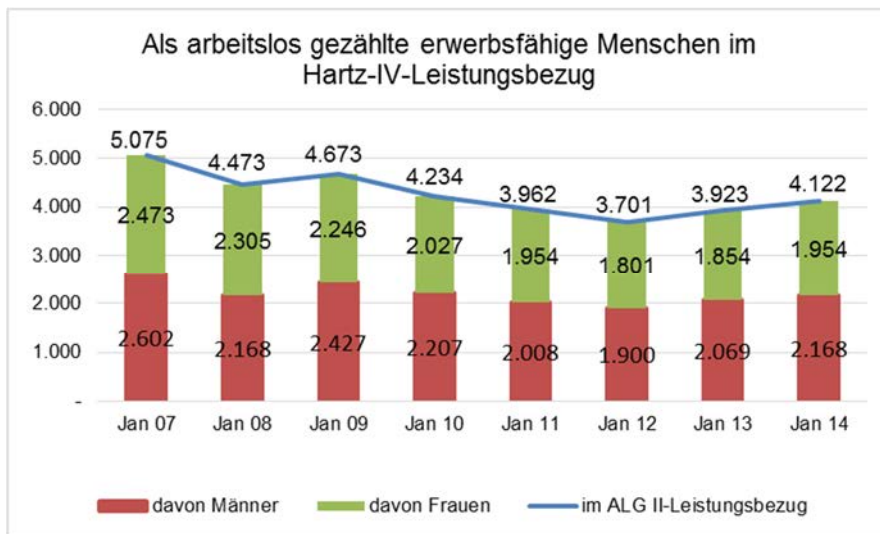


Abb. 7-5: Als arbeitslos gezählte erwerbsfähige Menschen im Hartz-IV-Leistungsbezug  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Nebenstehende Grafik verdeutlicht, dass nicht jede/r Leistungsbezieher/in arbeitslos gemeldet ist. Als nichtarbeitslose Leistungsbezieher/innen werden vor allem marginal Beschäftigte, die zur Bedarfsdeckung ergänzende Hilfen benötigen, gezählt, sowie Schüler/innen über 15 Jahre.

### 7.2.2 Dauer der Arbeitslosigkeit

Die beiden folgenden Grafiken geben einen Überblick über die Dauer der Arbeitslosigkeit bei Frauen und Männern über den Zeitraum der letzten sieben Jahre. Während die blauen Säulen die eher kurzfristig Arbeitslosen SGB II-Leistungsbezieher/innen ausweisen, verdeutlichen die roten und grünen Säulen den Anteil der Langzeitarbeitslosen. Per definitionem zählen zu ihnen diejenigen, die ein Jahr und länger arbeitslos gemeldet sind. Menschen die weniger als ein Jahr arbeitslos sind und dennoch SGB II-Leistungen erhalten, sind häufig von kurzfristigem Arbeitsplatzwechsel betroffen. Etwa, wenn sie in Leiharbeitsbetrieben auftragsbezogen und damit befristet beschäftigt sind, sind sie eher von Personalfuktuation betroffen. Auftragsrückgänge führen folglich zu erneuter Arbeitslosigkeit und damit ALG II-Beantragung. Auf Grund der



Kürze der Beschäftigung und der Lohnhöhe sind viele der Betroffenen dann nicht in der Lage, ALG I-Ansprüche zu erwerben.

Die beiden nachfolgenden Grafiken weisen auch auf die fortbestehende hohe Sockelarbeitslosigkeit hin. Langzeitarbeitslose stellen weiterhin über zwei Drittel aller Erwerbslosen. Bei Menschen, die über zwei Jahre arbeitslos sind, ist ein leichter aber kontinuierlicher Rückgang zu verzeichnen. Da ihre Jobchancen - wie dargestellt - außerordentlich gering sind, ist nach den Gründen dieses Rückgangs zu fragen.

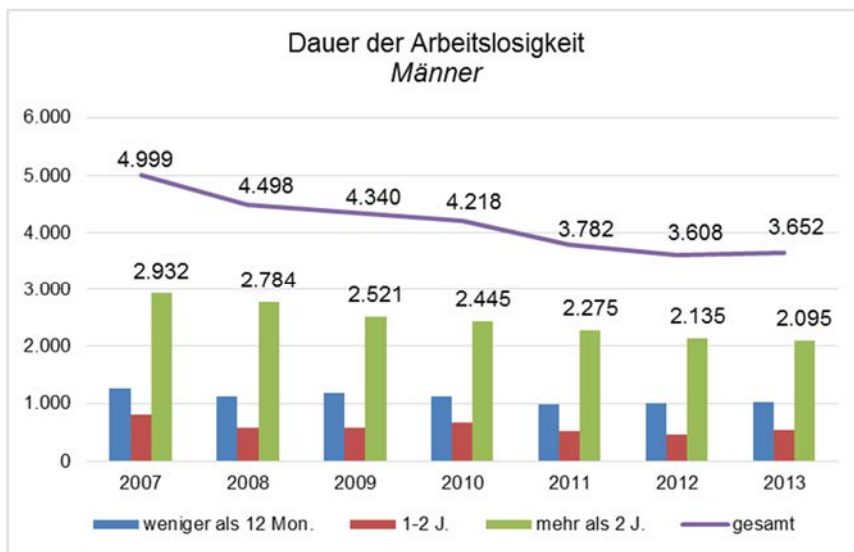


Abb. 7-6: Dauer der Arbeitslosigkeit bei Männern

Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

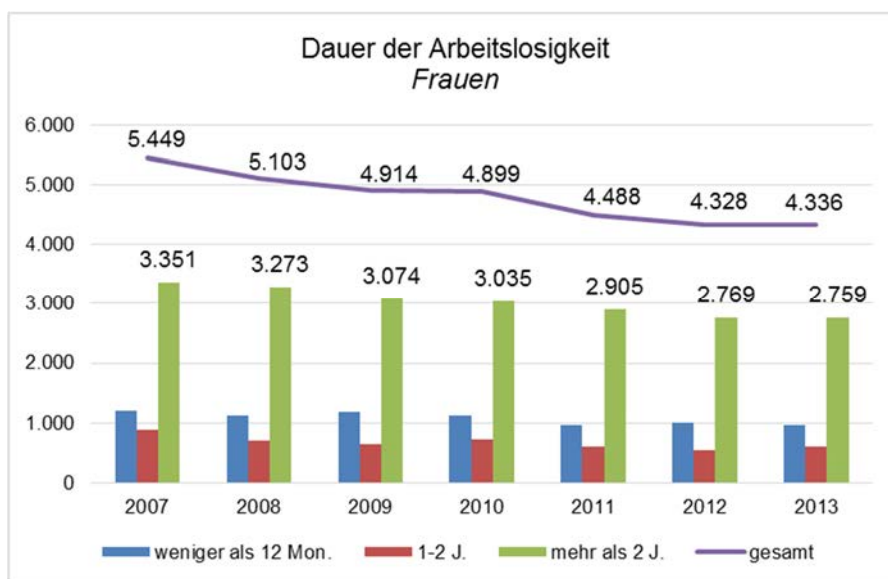


Abb. 7-7: Dauer der Arbeitslosigkeit bei Frauen

Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Diese Entwicklung muss vor dem Hintergrund ihrer individuellen Problemlagen betrachtet werden. Rund drei Viertel der Leistungsbezieher/innen sind in oft hohem Maße gesundheitlich belastet. Sofern eine amtsärztlich diagnostizierte Erwerbsunfähigkeit von länger als 6 Monaten vorliegt, wechselt der betroffene Langzeitarbeitslose dann in den Zuständigkeitsbereich der Sozialhilfe. (s. auch Kap. 8.1)

### 7.2.3 Erwerbsfähige ALG II-Leistungsbezieher/innen in Städten und Gemeinden

Die folgende Grafik visualisiert den Umfang und die Verteilung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im SGB II nach Städten und Gemeinden im Landkreis Kassel. Die Prozentwerte beziehen sich auf den Bevölkerungsanteil der 15 bis 65-Jährigen in der jeweiligen Stadt bzw. Gemeinde im Jahr 2013.

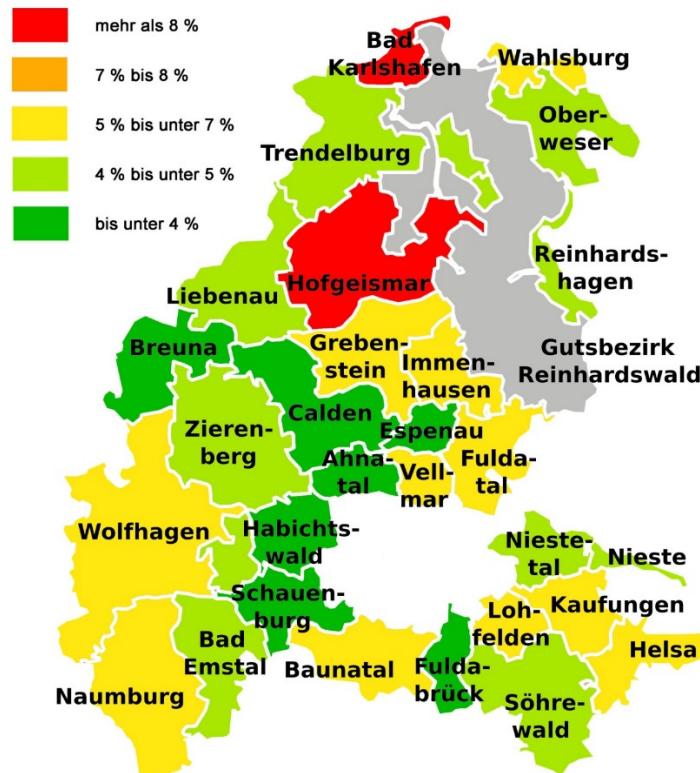


Abb. 7-8: Verteilung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im SGB II  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Die jeweilige Anzahl der Leistungsbezieher/innen ist den Gemeindedaten aus Teil II zu entnehmen.

### 7.2.4 Bedarfsgemeinschaften und ihre Mitglieder

Seit 2007 ist die Anzahl der Personen in Hart-IV-Bedarfsgemeinschaften kontinuierlich gesunken. 2013 zeichnet sich erstmals wieder eine leichte Erhöhung (11.289 Personen) gegenüber 2012 (11.230 Personen) ab. Bei den Männern erhöht sich die Anzahl von 5.929 (2012) auf 5.971 (2013), bei den Frauen fällt der Anstieg von 5.301 (2012) auf 5.318 (2013) etwas niedriger aus (s. Abb. 7-9).

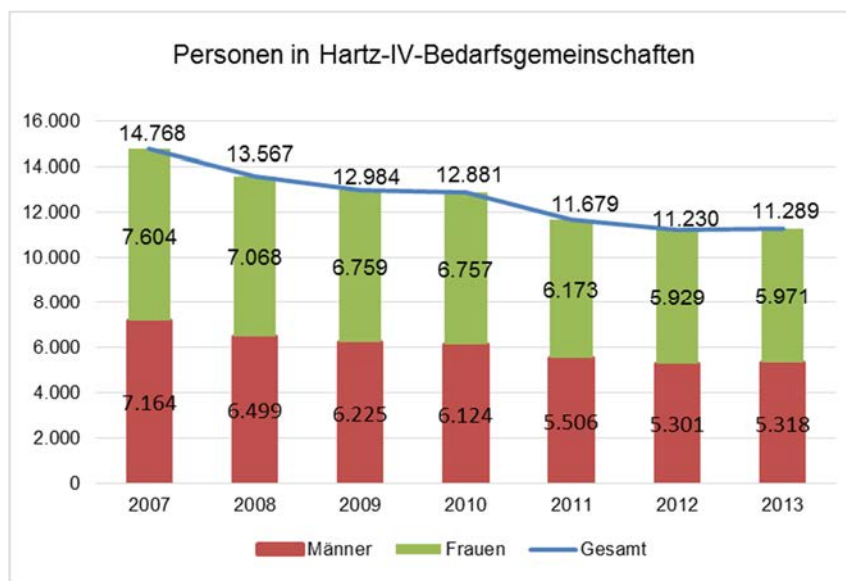


Abb. 7-9: Personen in Hartz-IV-Bedarfsgemeinschaften  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Nicht nur die Gesamtzahl der Familienmitglieder im Hartz IV-Leistungsbezug ist zwischen 2012 und 2013 erstmals seit sieben Jahren wieder angestiegen, auch die Zahl der erwerbsfähigen Leistungsbezieher/innen hat sich in diesem Zeitraum erstmals erhöht (s. Abb. 7-9).

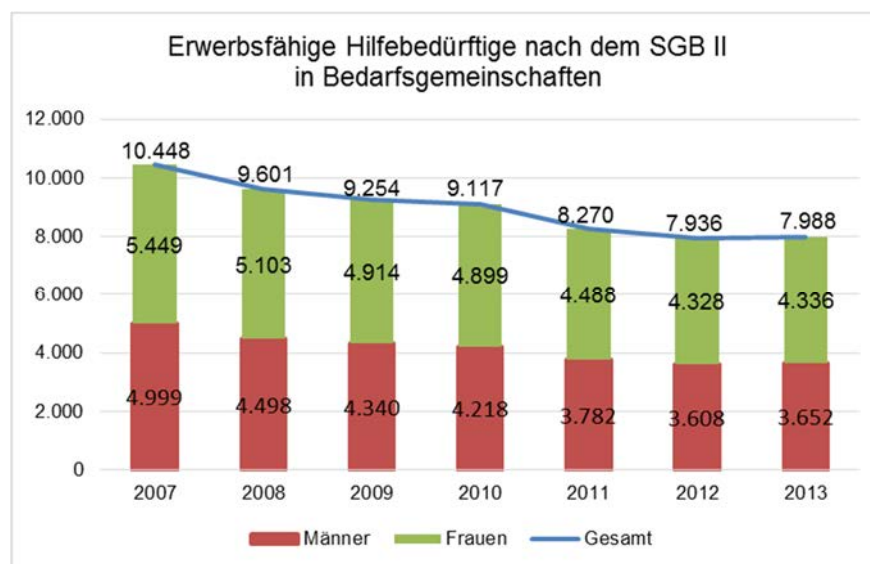


Abb. 7-10: Erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem SGB II in Bedarfsgemeinschaften  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Noch immer beziehen über 3.000 Kinder im Landkreis Kassel Hartz IV-Leistungen. Sie sind es, die in besonderen Maße von den Armutsfolgen betroffen sind. (s. Armutsbericht des Landkreises Kassel, 2013)

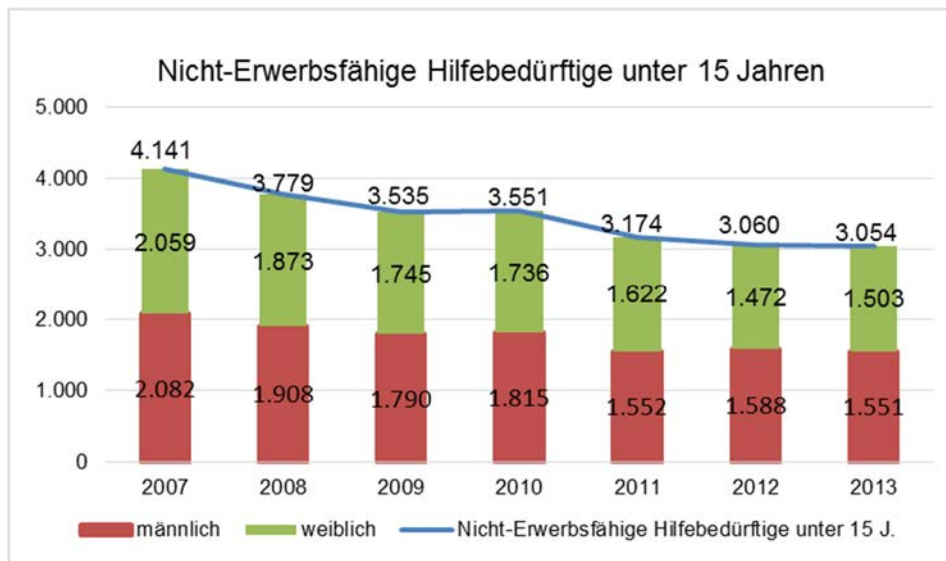


Abb. 7-11: Nicht-Erwerbsfähige Hilfebedürftige unter 15 Jahre  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Im Jahr 2013 wurden 1.337 Alleinerziehende registriert. Ihre Situation, weder am Arbeitsleben noch am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, hat in aller Regel auch unmittelbare Auswirkungen auf ihre Kinder. Sie sind es, die als sog. „Bildungsbenachteiligte“ geringere Chancen haben, an schulischer und beruflicher Bildung teilhaben zu können.

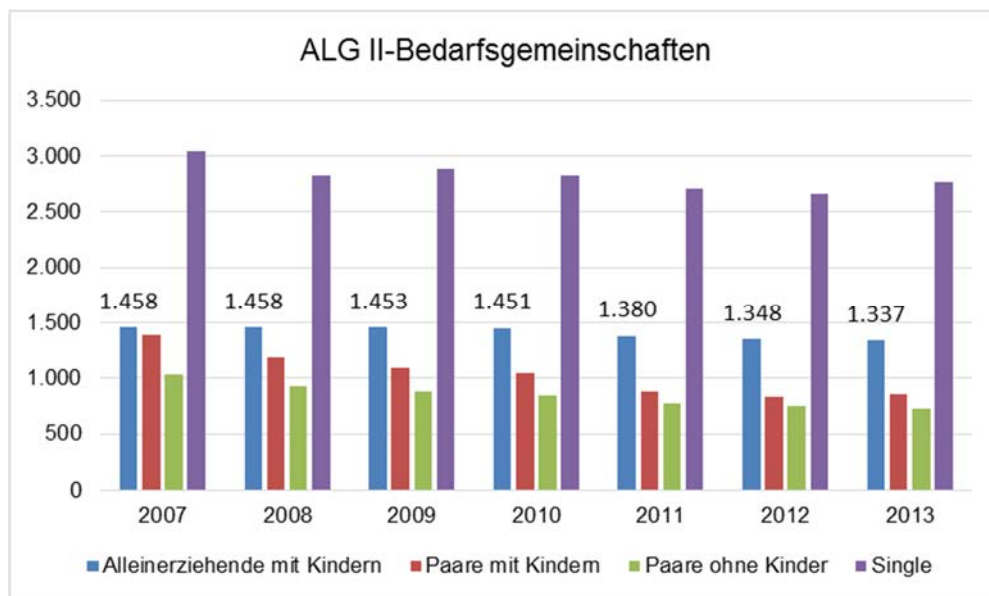


Abb. 7-12: ALG II-Bedarfsgemeinschaften  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest



### 7.2.5 Arbeitslosigkeit bei Frauen, marginale Beschäftigungsformen und Alleinerziehende im SGB II

Die Gefahr, auf Hartz IV-Leistungen angewiesen zu sein, ist für Frauen, unabhängig von der Höhe der Arbeitslosigkeit, insgesamt um rund 10 % höher als für Männer. Die deutliche Mehrheit aller marginal (geringfügig) Beschäftigten im Landkreis Kassel sind Frauen. Vorrangig handelt es sich um sog. 450 €-Jobs. Die absolute Zahl hat sich zwischen 2009 und 2013 kaum verändert. Es ist ein Anstieg dieser Beschäftigungsart zwischen 2013 und 2014 zu verzeichnen,

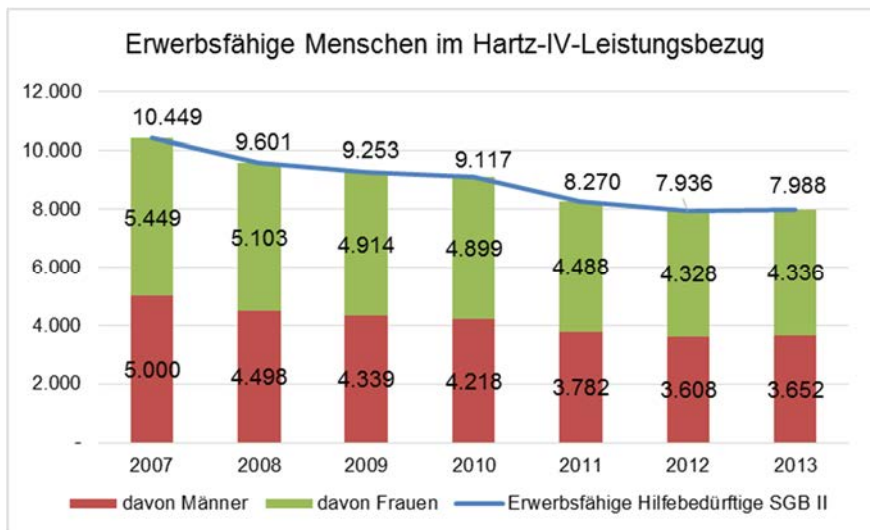


Abb. 7-13: Erwerbsfähige Menschen im Hartz-IV-Leistungsbezug  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

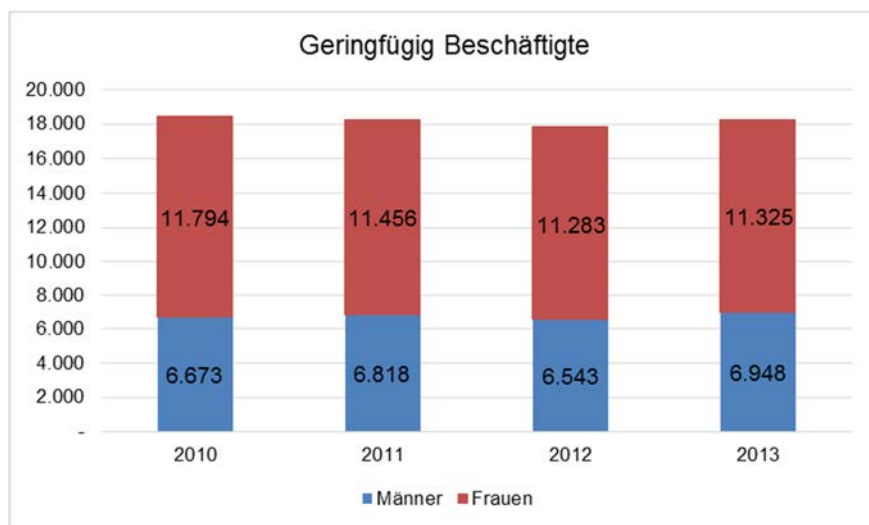


Abb. 7-14: Geringfügig Beschäftigte  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik Service Südwest

der einem bundesweiten Trend folgt. Dabei fällt insbesondere der Anstieg bei den Männern auf. Mit dieser Beschäftigungsform können keine Rentenansprüche erworben werden. Dies birgt die Gefahr der Altersarmut, sofern diese Nebenbeschäftigung als Form des dauerhaften Erwerbseinkommens genutzt wird bzw. wegen mangelnder Alternativen genutzt werden muss.

Wie wir im Armutsbericht für den Landkreis Kassel (2013) nachweisen konnten, wird

diese Beschäftigungsform zunehmend auch von Menschen über dem fünfundsechzigsten Lebensjahr genutzt, um ihre geringen Renten aufzubessern.

Nachfolgende Grafik verdeutlicht das Dilemma der Alleinerziehenden. Rund 94 % von ihnen sind Frauen, 45 % davon gehen einer Beschäftigung nach. Bezogen auf alle erwerbsfähigen Leistungsbezieher/innen sind dies lediglich 32 %. Da diese Beschäftigungszeiten im Einklang mit den Kinderbetreuungszeiten stehen müssen, steht in aller Regel nur ein schmaler zeitlicher Korridor für eine berufliche Tätigkeit zur Verfügung. Seit 2012 hat sich weder an der Anzahl der Alleinerziehenden im Leistungsbezug des SGB II noch

an dem Umfang ihrer gleichzeitigen Erwerbstätigkeit eine signifikante Änderung ergeben (s. Abb. 7-15). Dies bestätigt das Ergebnis des Armutsberichtes des Landkreises Kassel (2013), nach dem Alleinerziehende in besonderem Maße von Armut betroffen sind. Sie sind es, die die erwähnten *atypischen* Beschäftigungsformen nutzen bzw. nutzen müssen.

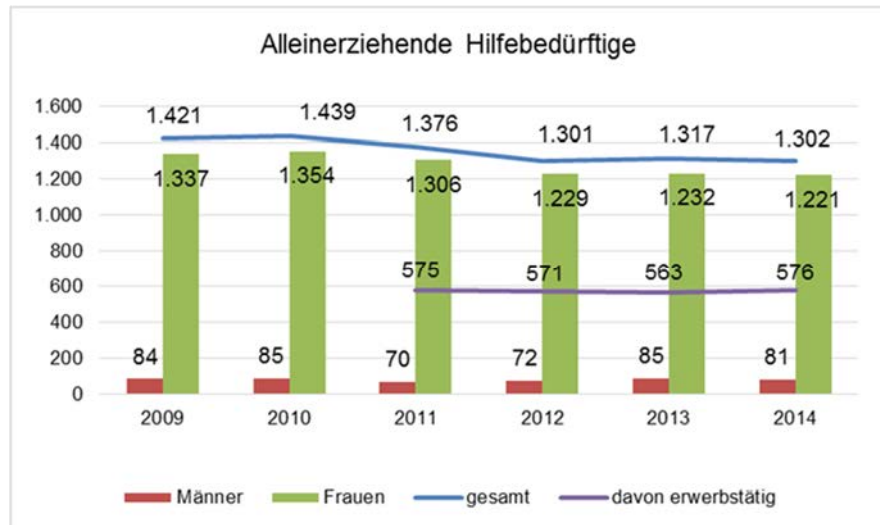


Abb. 7-15: Alleinerziehende Hilfebedürftige  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Wie nachfolgende Grafik zeigt, verfügt nahezu die Hälfte der alleinerziehenden Frauen über eine abgeschlossene Berufsausbildung.

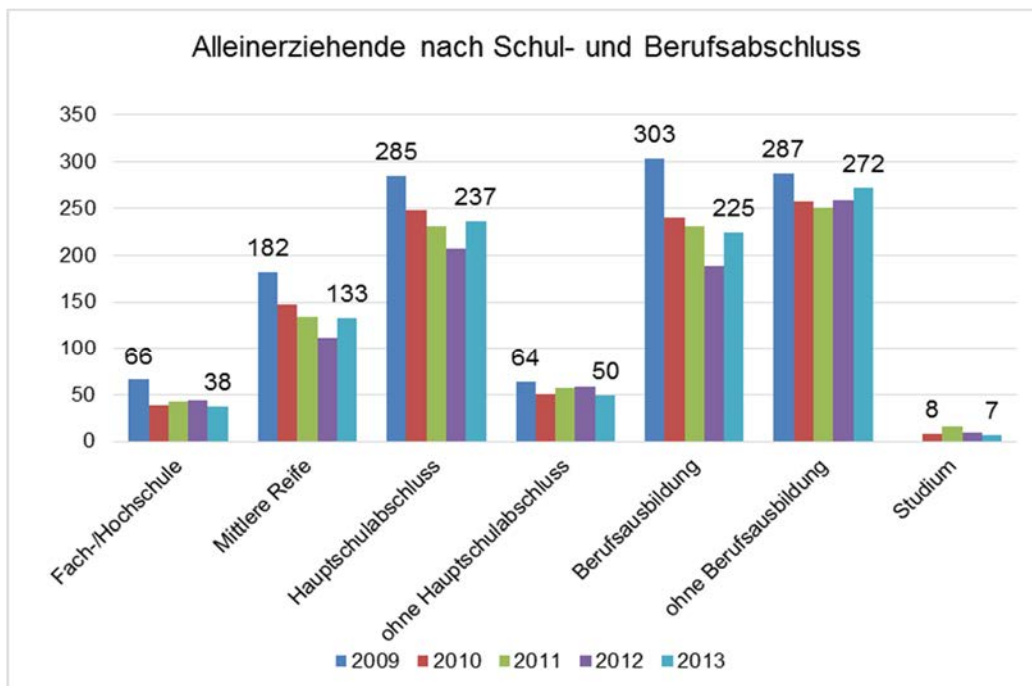


Abb. 7-16: Alleinerziehende nach Schul- und Berufsabschluss  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest





### 7.3 Arbeitslosigkeit bei Ausländerinnen und Ausländern

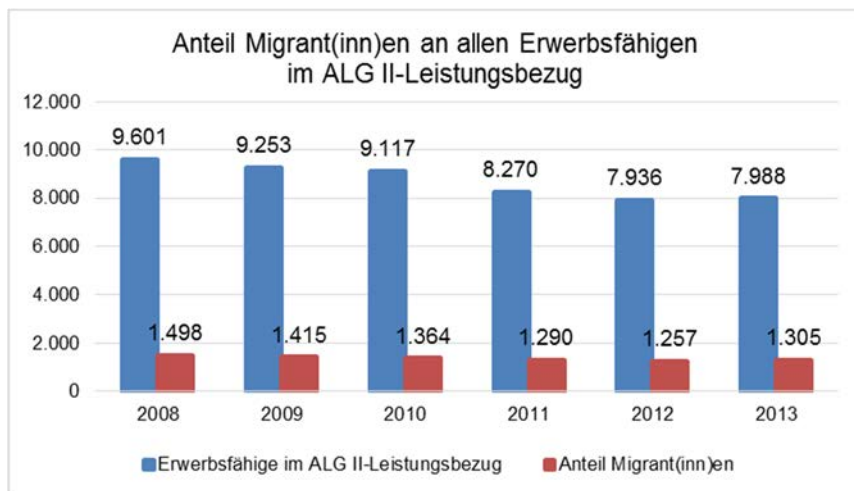


Abb. 7-17: Anteil Migrant(inn)en an allen Erwerbsfähigen im ALG II-Leistungsbezug  
Quelle: Stat. Landesamt Hessen / Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Der Anteil der Migrantinnen und Migranten liegt seit 2008 kontinuierlich bei rund 16 % aller SGB II-Leistungsbezieher/innen. Diese Parallelität ist auch bei der leichten Zunahme zwischen 2012 und 2013 zu verzeichnen.

Die beiden folgenden Grafiken setzen den deutschen und ausländischen Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung zu den ALG II-Leistungsbezieherinnen/-bezieher für den Zeitraum 2010 und 2013 in Beziehung.

Anders als bei der deutschen Bevölkerung steigt die Zahl der Migrantinnen und Migranten im erwerbsfähigen Alter, trotzdem sinkt auch ihr Anteil an den Transferleistungsbezieherinnen/-bezieher nach dem SGB II.

Laut Bildungsbericht von Bund und Ländern im Juni 2010 nimmt der Anteil junger Menschen ohne Berufsabschluss im Alter von 20 bis 30 Jahren kontinuierlich zu. Im Verhältnis zu jungen Deutschen, von denen 17 % keinen Berufsabschluss besitzen, können junge Menschen mit Migrationshintergrund mit über 30 % keinen beruflichen Abschluss nachweisen. Besonders gravierend ist die Situation bei jungen Türkinnen, von denen 47,5 % keinen Beruf erlernt haben.

Allerdings wird im Bildungsbericht auch erklärt, dass Arbeitgeber/innen ein hohes Maß an Zurückhaltung und Vorbehalte zeigen, wenn es um die Einstellungen von jugendlichen Migrantinnen und Migranten geht. Das Altersarmutsrisiko bei Migrantinnen und Migranten ist im Landkreis Kassel gering ausgeprägt.

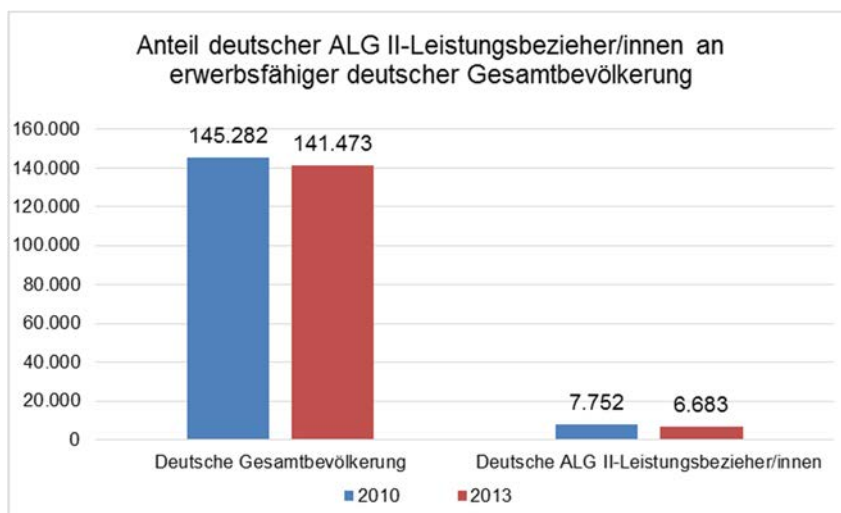


Abb. 7-18: Anteil deutscher ALG II-Leistungsbezieher/innen an erwerbsfähiger deutscher Gesamtbevölkerung  
Quelle: Stat. Landesamt Hessen / Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Der Anteil älterer Migrantinnen und Migranten an den Leistungsbezieherinnen/-bezieher nach dem SGB II beträgt lediglich 1 %, und damit weniger als 140 Personen. Dies ist vor allem darin begründet, dass mit dem Erreichen des Rentenalters

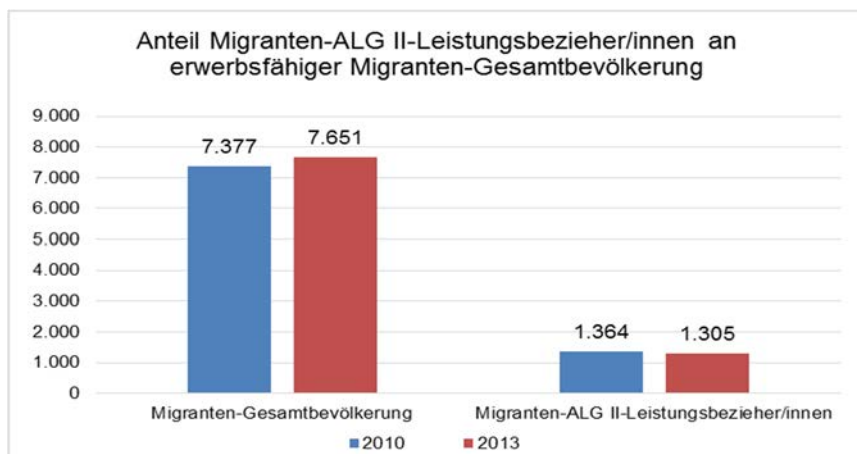


Abb. 7-19: Anteil Migranten-ALG II-Leistungsbezieher/innen an erwerbsfähiger Migranten-Gesamtbevölkerung

Quelle: Stat. Landesamt Hessen / Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

viele Migrantinnen und Migranten der ersten und zweiten Generation in ihre Herkunftsländer zurückkehren (s. auch Kap. 1.4). Das zahlenmäßige Verhältnis der Kinder bis 15 Jahren zu den älteren Migrantinnen und Migranten ab einem Alter von 65 Jahren beträgt 2:1. Altersarmut bei Migrantinnen und Migranten ist eher ein großstädtisches und insbesondere ein stadtteilbezogenes Problem.

#### 7.4 Problemlagen im Vermittlungskontext der Hilfebezieher/innen

Um dem unterschiedlichen Hilfebedarf der Menschen im Rahmen des SGB II gerecht werden zu können wurde 2007 bundesweit für jede/n erwerbsfähige/n Hilfeempfänger/in verpflichtend ein „Profiling“ eingeführt. Das Profiling dient dazu, persönliche Kompetenzen als auch vermittlungshemmende Problemlagen zu ermitteln. Die schnelle und nachhaltige Vermittlung in Arbeit und die Hilfe beim Abbau der persönlichen Problemlagen sind durch das Betreuungspersonal konzeptionell aufeinander abzustimmen. Persönliche Ansprechpartner/innen (pAp) kümmern sich vorrangig um die Vermittlung sog. „marktgängiger Kunden“, während der Schwerpunkt im Fallmanagement auf dem Abbau von persönlichen Problemlagen liegt, wobei auch bei ihnen die Beschäftigungsförderung weiterhin die Leitlinie ist. Sollten lediglich qualifikatorische Defizite einer umgehenden Vermittlung im Wege stehen (bei Kundinnen und Kunden mit Förderprofil), können Hilfen im Rahmen der aktiven Arbeitsmarktförderung angeboten werden.

Nachfolgend werden die Profillagen im Vermittlungs- und Betreuungskontext der Jobcenter erläutert.

	Profil	Erläuterung
<b>MP</b>	<b>Marktpprofil</b>	Menschen, die über die persönlichen als auch qualifikatorischen Voraussetzungen verfügen, um auf dem Arbeitsmarkt umgehend vermittelt zu werden
<b>AP</b>	<b>Aktivierungsprofil</b>	Menschen mit vermittlungsrelevantem Handlungsbedarf in der Dimension „Motivation“. Diese Profile bedürfen primär der Aktivierung („Fordern“)
<b>FP</b>	<b>Förderprofil</b>	Menschen mit Qualifikationsbedarf, z.B. nach einer Weiterbildung auf der Basis bisheriger beruflicher Kenntnisse
<b>EP</b>	<b>Entwicklungsprofil</b>	Menschen mit persönlichen Problemlagen und qualifikatorischem Unterstützungsbedarf
<b>SP</b>	<b>Stabilisierungsprofil</b>	Menschen mit vermittlungsrelevantem Handlungsbedarf in der Dimension „Leistungsfähigkeit“ und mindestens zwei weiteren Schlüsselgruppen
<b>UP</b>	<b>Unterstützungsprofil</b>	Menschen mit sog. multiplen Problemlagen und damit hohem und umfassendem Hilfebedarf

Tab. 7-1: Profillagen im Vermittlungs- und Betreuungskontext

Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales



Es ist unbestritten, dass Arbeitslosigkeit krank macht. Zwei Drittel aller SGB II-Leistungsbezieher/innen sind langzeitarbeitslos - mit steigender Tendenz (s. Kap. 7.2.2).

Die Entwicklung der Profillagen in den beiden folgenden Grafiken weisen auf diesen Zusammenhang hin.

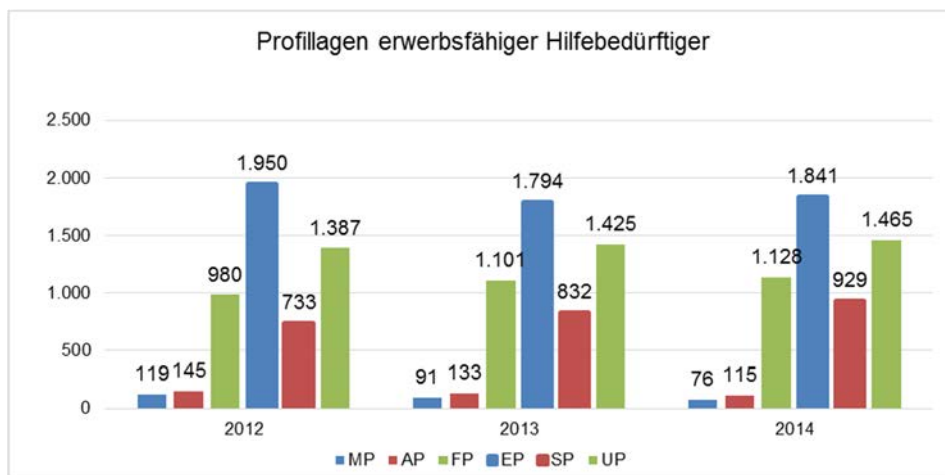


Abb. 7-20: Profillagen erwerbsfähiger Hilfebedürftiger  
Quelle: Jobcenter Landkreis Kassel

Die ersten drei Profillagen, Markt-, Aktivierungs- und Förderprofil, werden als *Integrationsnahe* Profillagen bezeichnet, die letzten drei, die Entwicklungs-, Stabilisierungs- und Unterstützungsprofile als *komplexe* Profillagen. Diese komplexen Profillagen erfordern vorwiegend fallmanagement-spezifischen Unterstützungsbedarf.

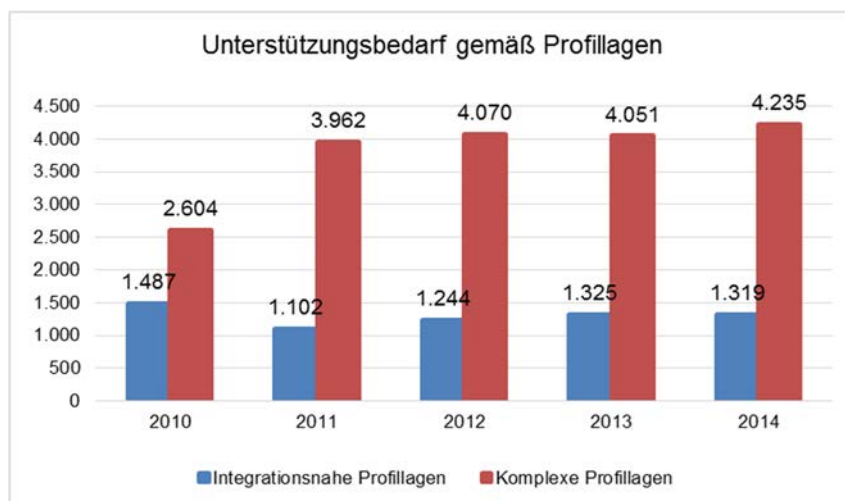


Abb. 7-21: Unterstützungsbedarf gemäß Profillagen  
Quelle: Jobcenter Landkreis Kassel

Die Auswertung der Profillagen ergibt, dass 70 % der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen aktuell komplexe, d.h. in ihrer Person liegende Probleme aufweisen, die einer zeitnahen Vermittlung in Arbeit entgegenstehen.

Der Anteil derjenigen, die ohne persönliche Einschränkungen vermittelt werden könnte - dies betrifft die Menschen mit dem Kennzeichen „Marktprofil“ - ist von 2012 auf 2014 um 64 % auf lediglich 76 Personen gesunken. Auch wenn man die Personen mit dem Kennzeichen „Aktivierungsprofil“ - die als sog. „Aktivierungskunden“ lediglich einer motivationalen Unterstützung bedürfen - mit dazu rechnet, liegt dieser Gesamtanteil arbeitsmarktnaher Leistungsbezieher/innen bei insgesamt 191.

Dies entspricht 3,4 % der 5.554 Leistungsbezieher/innen, für die ein Profil angelegt wurde.

Damit die Hilfen der Komplexität der Problemlagen angepasst werden können und Hilfesuchende wie auch die zuständigen Mitarbeiter/innen im Jobcenter den Hilfebedarf angemessen einleiten und steuern können,



wurde das Fallmanagement im SGB II eingerichtet. Näheres zu den Inhalten des Fallmanagements (s. Agentur für Arbeit, 2013).

Die hohe Zahl von Menschen mit komplexen Problemlagen im Jobcenter wirft Fragen auf, die sich sowohl auf die Hilfeangebote als auch auf die Zahl und die qualifikatorischen Voraussetzungen von Fallmanagerinnen/-managern als auch der persönlichen Ansprechpartner/innen beziehen.

- **Hilfsangebote**

- Stehen für diesen Personenkreis in qualitativ und quantitativ ausreichender Form passgenaue Hilfsangebote zur Verfügung?
- Ist sichergestellt, dass die Hilfen und die Hilfepläne an den individuellen Rahmenbedingungen des jeweiligen erwerbsfähigen Leistungsbeziehers/der Leistungsbezieherin ausgerichtet sind?

- **Qualifikatorische Voraussetzungen**

Um Überforderungen bei betroffenen Hilfebedürftigen, aber auch bei den zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu vermeiden ist zu fragen:

- Stehen in ausreichender Anzahl Mitarbeiter/innen mit fallmanagementspezifischen Qualifikationen zur Verfügung?
- Welchen Stellenwert hat das Fallmanagement im arbeitsmarktpolitischen Programm des Jobcenters?

Bezogen auf adäquate Maßnahmeformen wurde in einer Reflexion der Fallmanager/innen des Jobcenters Landkreis Kassel im Oktober 2014 betont, dass die bisherigen Erfahrungen vorwiegend dann erfolgreich waren, wenn Menschen mit komplexen Problemlagen im Maßnahmekontext psychologische Unterstützung erhielten. Diese Erkenntnis soll bei zukünftigen Maßnahmeausschreibungen für diese Klientel berücksichtigt werden.

Ein verzahntes Förderkonzept sieht nach Einschätzung der Fallmanager/innen auch die Einbeziehung der Arbeitsförderungs-gesellschaft (AGIL) in ein Gesamtmaßnahmekonzept vor. Es wurde betont, dass die Leistungserwartung der Einsatzstellen an die zugewiesenen Hilfskräfte und deren eingeschränkte Leistungsfähigkeit als grundsätzliche Problematik fortbesteht.

Den qualifikatorischen Anforderungen an die Mitarbeiter/innen wird aktuell mit der Einführung der BA-Beratungskonzeption (BeKo) begegnet. Mit ihr ist die Hoffnung verbunden, Überforderungssituationen für Klientinnen und Klienten und Mitarbeiter/innen zu reduzieren. Die Beratungskompetenz soll gestärkt und passgenaue Hilfen ermöglicht werden. Diese Sicht impliziert, dass Überforderungssituationen ursächlich auf individuelle Defizite bei den Beraterinnen und Beratern zurückzuführen sind. Strukturelle Fragen, die die Beratungsatmosphäre maßgeblich beeinflussen, werden im Konzept der Bundesagentur für Arbeit nicht thematisiert. Hierrunter fällt etwa die Anzahl der zu betreuenden Klientinnen und Klienten, die bei den persönlichen Ansprechpartnerinnen/-partnern - synonym auch als *Integrationsfachkräfte* bezeichnet - deutlich über 200 liegen können. Oder der Frage ob passgenaue Hilfen in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen.

Im Gespräch wurde betont, dass ein nicht unerheblicher Teil der Menschen, die mit einem Unterstützungsprofil gekennzeichnet sind, vom Fallmanagement wieder zu den persönlichen Ansprechpartnerinnen/-partnern abgegeben wurden. Der Grund liege in den mangelnden Erfolgsaussichten in Bezug auf eine Verbesserung der Profillage.

Diese Einschätzung korrespondiert mit der arbeitsmarktpolitischen Strategie im SGB II, nach der bei abnehmenden Zahlen im Leistungsbezug des SGB II, arbeitsmarktpolitische Anstrengungen zurückgefahren werden könnten. Seinen Ausdruck findet dies im kontinuierlich sinkenden Budget der Eingliederungsleistungen (s. Abb. 7-22).

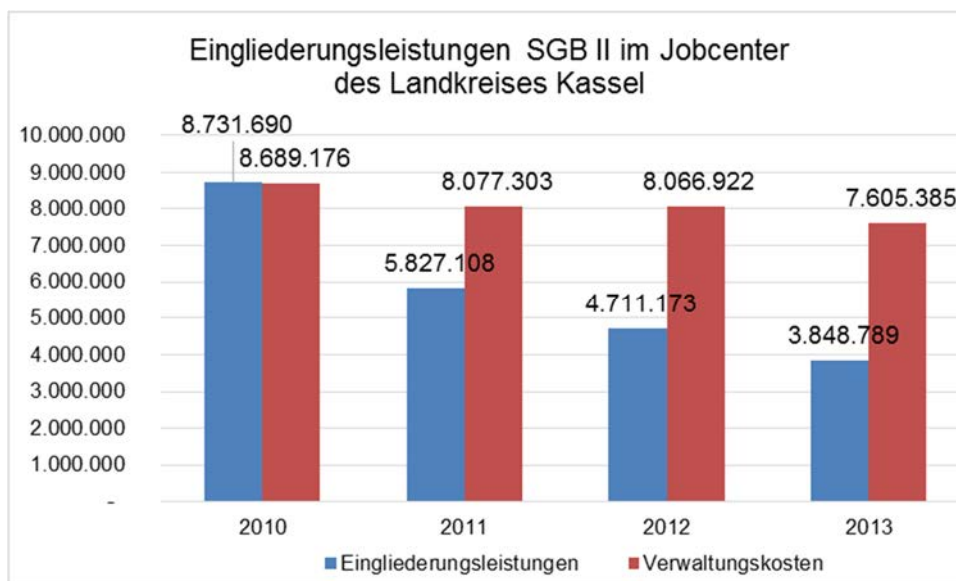


Abb. 7-22: Eingliederungsleistungen SGB II im Jobcenter des Landkreises Kassel  
Quelle: Jobcenter Landkreis Kassel

Fallmanagement wird im internen Sprachgebrauch der Jobcenter auch als „Hohes Gut“ bezeichnet. Wenn aktuell neun Fallmanager/innen mit einem Personalschlüssel von 1:75 (nicht alle nehmen diese Funktion in Vollzeit war) ca. 600 Klienten betreuen können, so müssen über 3.500 Leistungsbezieher/innen mit komplexen Profillagen auf diese Unterstützung verzichten.

Finden im Betreuungskontext des Wechsels von dem/r Fallmanager/in zur/m persönlichen Ansprechpartner/in keine kurativen oder sozial integrativen Unterstützungsleistungen - die eine hohe fachliche Kompetenz voraussetzen - statt, wird bereits der Prozess des Rechtskreiswechsels vorweg genommen. Der/Die Klient/in sei gleichsam „austherapiert“.

Die Gefahr besteht, dass sie zu „Bestandskunden“ im Verwaltungshandeln der Integrationsfachkräfte werden. Es droht nicht nur die fortdauernde Passivität der Hilfebedürftigen, sondern auch die Überforderung der Integrationsfachkräfte.

„Abhilfe“ kann hier der krankheitsbedingte Wechsel vom SGB II in den Rechtskreis des SGB XII bringen. Sollte die/der eingeschaltete Amtsärztin/-arzt dieser Einschätzung folgen, dass die/der Klient/in nicht mehr dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, kann eine grundsätzliche Erwerbsunfähigkeit diagnostiziert werden, die eine Voraussetzung für den Rechtskreiswechsel in das SGB XII ist.

## 7.5 Sozialintegrative Leistungen

Sozialintegrative Leistungen werden in § 16 a des SGB II als „Kommunale Eingliederungsleistungen“ bezeichnet. Sie umfassen neben Leistungen zur Betreuung minderjähriger behinderter Kinder und Leistungen zur Pflege von Angehörigen auch Leistungen der Schuldnerberatung, der Suchtberatung sowie psychosoziale Hilfen. Diese kommunalen Leistungen und insbesondere die Beratungsleistungen sind Hilfsangebote an betroffene Leistungsbezieher/innen.

Wie nebenstehende Grafik zeigt, ist nach wie vor die Bereitschaft, Hilfen bei finanziellen Problemlagen anzunehmen, deutlich ausgeprägter als bei gesundheitlichen und insbesondere psychischen Problemen.

Insgesamt reduzierten sich 2013 im Vergleich mit 2012 in allen Beratungskategorien die Beratungsleistungen. Dieser Rückgang ist angesichts der beschriebenen Zunahme der Problemlagen (s. Kap. 7.4) nicht erklärbar.

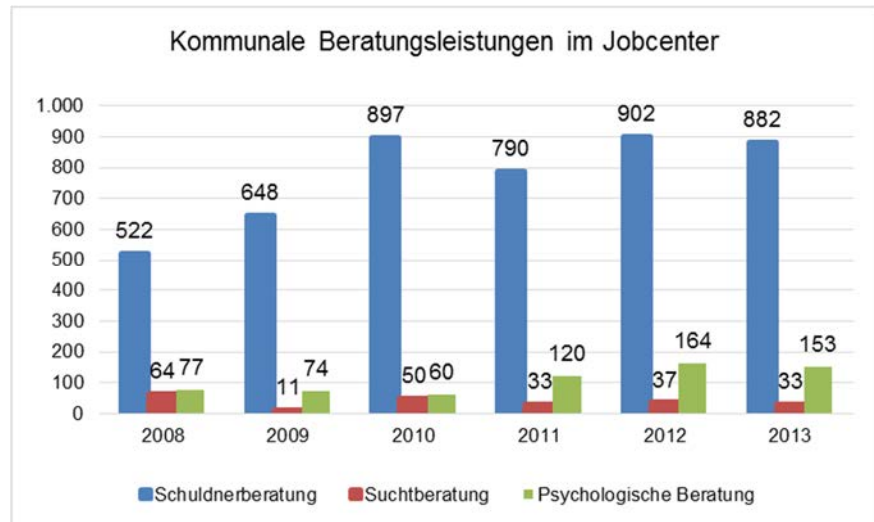


Abb. 7-23: Kommunale Beratungsleistungen im Jobcenter  
Quelle: Jobcenter Landkreis Kassel

## 7.6 Arbeitslosigkeit und der Übergang in die Grundsicherung bei älteren Menschen (50+)

Bisher wurden ältere Arbeitslose im Jobcenter Landkreis Kassel von dem Kompetenzteam „50+“ im Rahmen eines speziellen Förderprogrammes des Bundes betreut. Da diese Förderung ausläuft, werden die Mitarbeiter/innen dieses Programmes in die jeweiligen regional zuständigen Teams integriert. Die individuellen Problemlagen so wie sie in der oberen Grafik zu entnehmen sind, der Anstieg der Leistungsempfänger/innen ab dem 60. Lebensjahr aber auch die hohe Zahl der Langzeitarbeitslosen sind ein Beleg dafür, dass mit zunehmendem Alter die Chancen auf dem Arbeitsmarkt drastisch sinken.

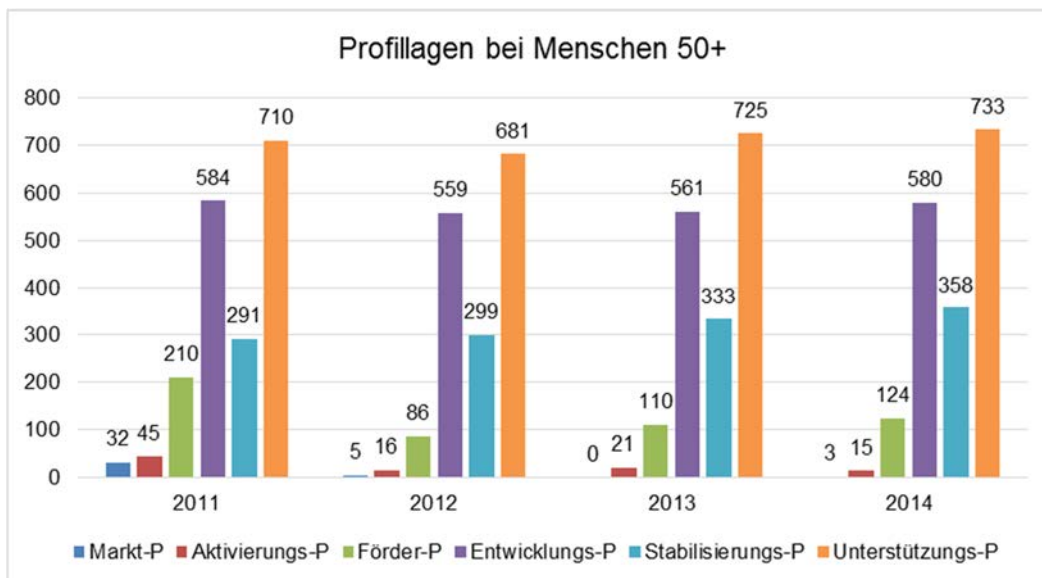


Abb. 7-24: Profillagen bei Menschen 50+  
Quelle: Jobcenter Landkreis Kassel



Mit dem Anwachsen der Zahl von Leistungsempfängerinnen/-empfängern, die 60 Jahre und älter sind, wächst auch die Zahl derjenigen, die dauerhaft in der rein kommunalen Form der Grundsicherung nach dem SGB XII (der früheren Sozialhilfe) verbleiben werden.

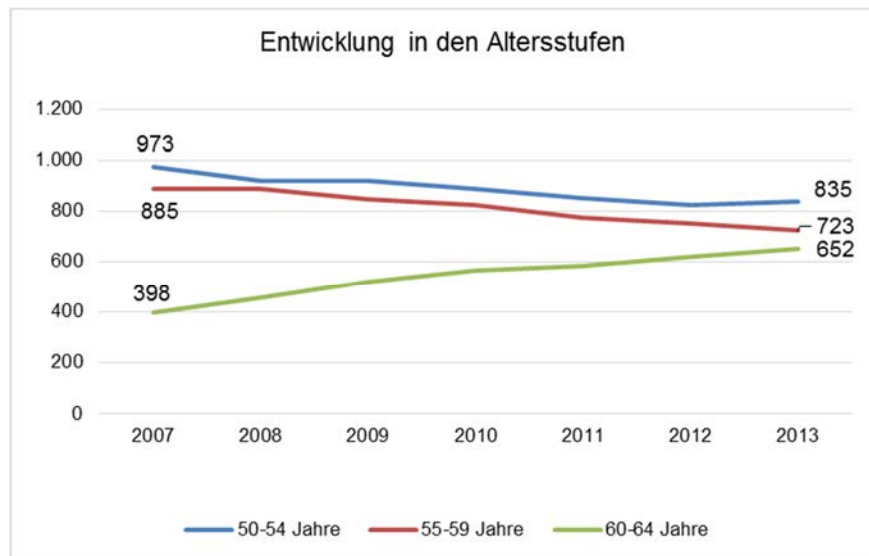


Abb. 7-25: Entwicklung in den Altersstufen  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Die deutliche Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger/innen der letzten Jahre, insbesondere aber auch von denen, die als Erwerbsunfähige noch im arbeitsfähigen Alter sind, wird im Kap. 8.1 dargestellt.

Um die Lebenswirklichkeit der Menschen hinter diesen Zahlen und Tendenzen zu verstehen, wurden zwei Mitarbeiterinnen aus dem Kompetenzteam 50+ befragt. Ein Hauptproblem sehen diese in den gesundheitlichen Problemen und insbesondere in psychischen

Erkrankungen der älteren Hilfebedürftigen, die sich im Laufe ihrer Langzeitarbeitslosigkeit entwickelt haben. Die Altersgruppe 50+ hat verstärkt mit Perspektivlosigkeit, Resignation und Angst vor Altersarmut zu kämpfen, was eine besondere Zuwendung durch intensive Beratung und umfangreiche aktivierende Hilfen notwendig macht.

Die nachfolgenden Grafiken verdeutlichen die enorme Langzeitarbeitslosigkeit. Insbesondere bei den Frauen 50+ hat sich im Vergleich mit 2012 die Anzahl erhöht. Während 2012 insgesamt 821 Frauen 50+ langzeitarbeitslos waren, steigerte sich die Anzahl 2013 auf 836 (vgl. Abb. 7-25).

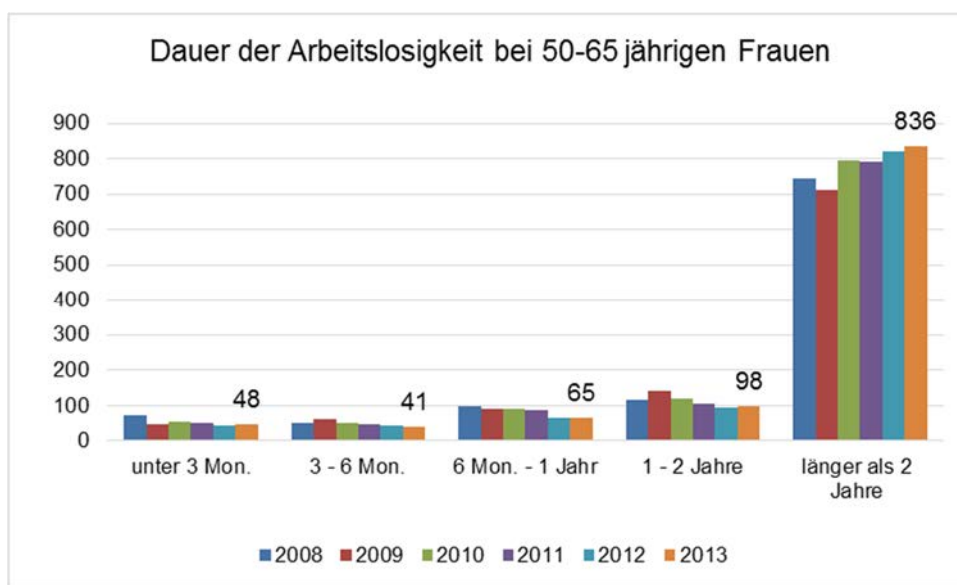


Abb. 7-26: Dauer der Arbeitslosigkeit bei 50-65 jährigen Frauen  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest



Im gleichen Zeitraum erhöhte sich die Zahl der langzeitarbeitslosen Männern 50+ von 809 (2012) auf 813 (2013) (vgl. Abb. 7-26).

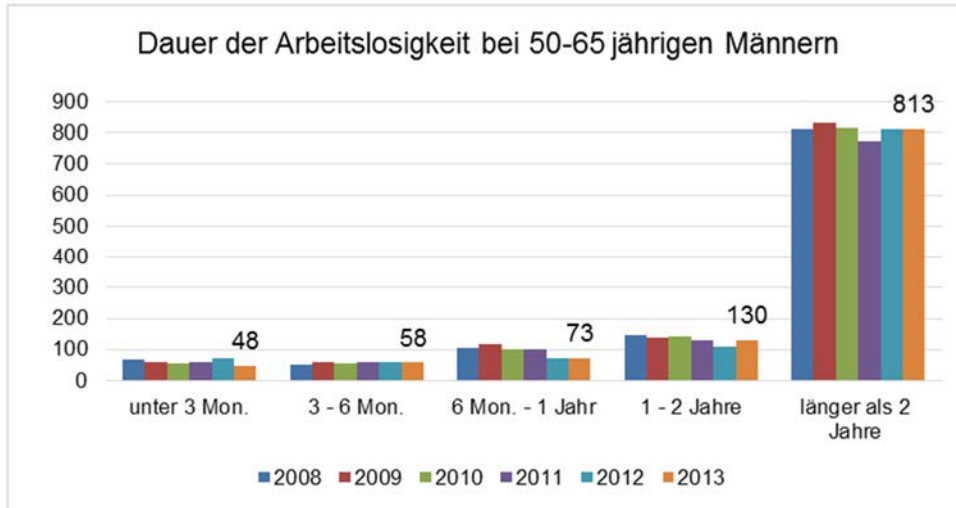


Abb. 7-27: Dauer der Arbeitslosigkeit bei 50-65 jährigen Männern  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

### Menschen mit Schwerbehinderungen im Bereich Beschäftigung

Der Anspruch auf Förderung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben ist formell im 7. Abschnitt des SGB III geregelt. Die Leistungsgewährung und die adäquate Förderung tangierten im hohen Maße die jeweiligen Haushaltstitel der Reha-Trägerin Bundesagentur für Arbeit im Rahmen der Erstausbildung (Reha) und den Leistungserbringerinnen/-erbringern Jobcenter im Falle der Wiedereingliederung, sofern

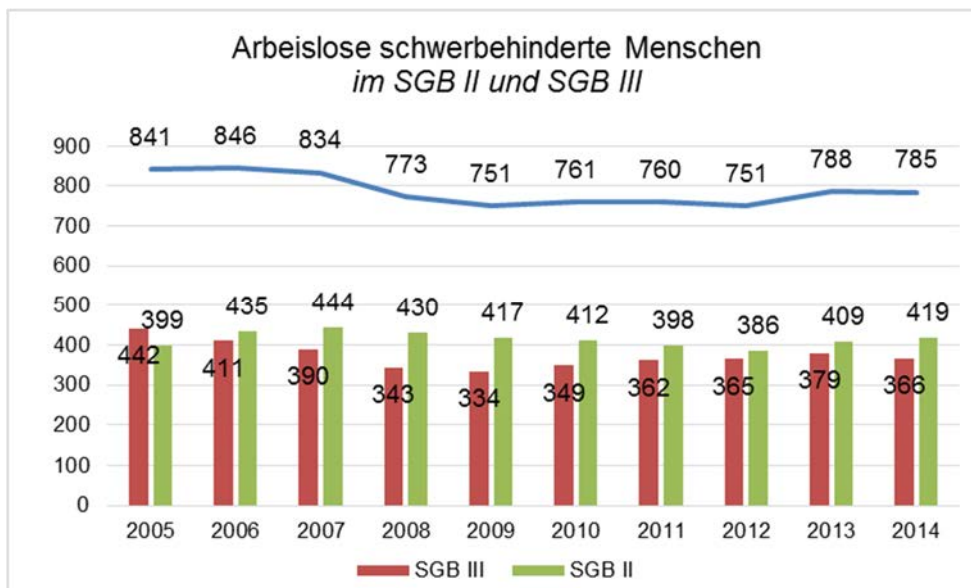


Abb. 7-28: Arbeitslose schwerbehinderte Menschen im SGB II und III  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik Service Südwest

der/die Antragsteller/in Leistungen nach dem SGB II bezieht. Wer anspruchsberechtigt ist und wer tatsächlich Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben bekommt, entscheidet der/die Reha-Träger/in unter Zuhilfenahme von Gutachten der Fachdienste aus den regionalen Arbeitsagenturen.

Nebenstehende Grafik zeigt die Entwicklung der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen im Landkreis Kassel. Es fällt auf, dass die Mehrzahl von ihnen auf Hartz-IV-Leistungen angewiesen ist.

Es fällt auf, dass die Mehrzahl von ihnen auf Hartz-IV-Leistungen angewiesen ist.





Obwohl der Bestand arbeitslos gemeldeter schwerbehinderter Menschen relativ konstant ist, unterliegt er doch einer hohen Fluktuation. So sind allein 2014 fast so viele Zugänge (insgesamt 769) zu verzeichnen wie der Gesamtbestand in diesem Jahr. Die Mehrzahl (610 Personen) war vor der Antragstellung erwerbstätig. Beim Blick auf den Verbleib kann vermutet werden, dass die Arbeitslosengeld-Empfänger/innen nach dem SGB III größere Beschäftigungschancen haben als Langzeitarbeitslose oder von Langzeitarbeitslosigkeit bedrohte SGB II-Leistungsempfänger/innen.

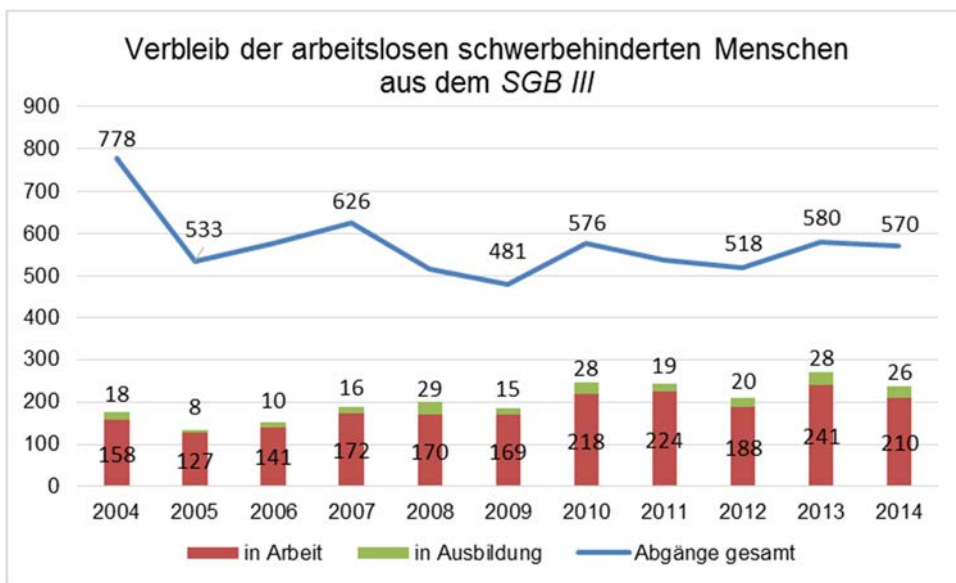


Abb. 7-29: Verbleib der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen aus dem SGB III  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Die Grafiken geben differenzierte Antwort auf diese Vermutung. Im Jahr 2014 sind insgesamt 570 schwerbehinderte Menschen als arbeitslos abgemeldet worden. Von ihnen konnten 210 wieder eine Arbeit aufnehmen.

Über 300 schwerbehinderte Menschen sind in die sog. Nichterwerbstätigkeit abgemeldet worden. Hierunter

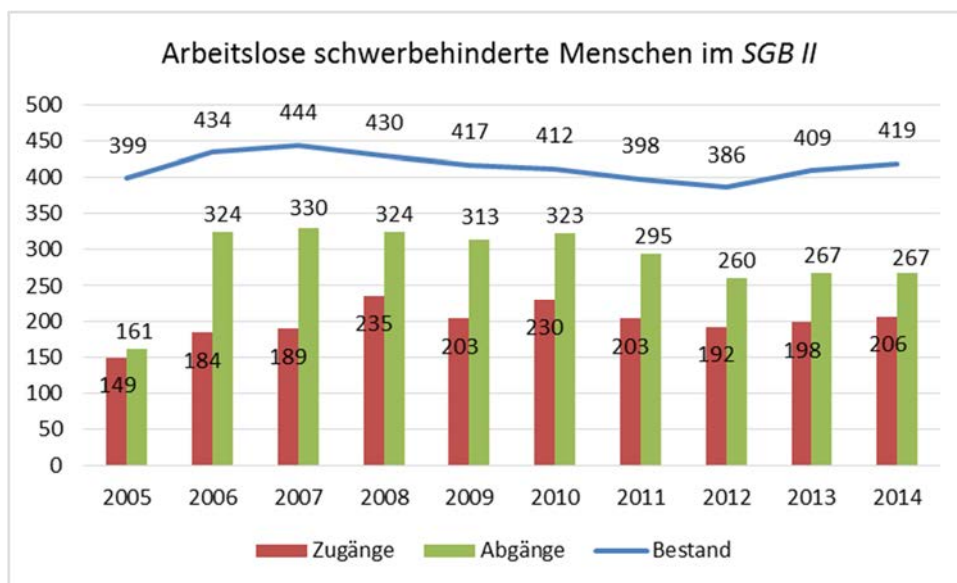


Abb. 7-30: Arbeitslose schwerbehinderte Menschen im SGB II  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

fällt die Ummeldung in den Hartz-IV-Leistungsbezug, den Rentenbezug oder in den Bezug von Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz, sofern bei den Betroffenen Erwerbsunfähigkeit diagnostiziert wurde. Die Fluktuation von schwerbehinderten Menschen im Bezug von Hartz IV-Leistungen ist im Gegensatz zum SGB III weit weniger ausgeprägt. Auffällig ist, wie der Grafik zu entnehmen

ist, der wachsende Bestand an schwerbehinderten Menschen zwischen 2012 und 2014.



Im Jahr 2014 wurden 267 schwerbehinderte Menschen im Jobcenter des Landkreises Kassel abgemeldet. Von ihnen konnten lediglich sieben Personen eine Arbeit aufnehmen. Die Wiedereingliederung schwerbehinderter Menschen durch Fördermaßnahmen der Agentur für Arbeit (s. Abgänge in Ausbildung) als gesetzlichem Anspruch im Rahmen der sog.

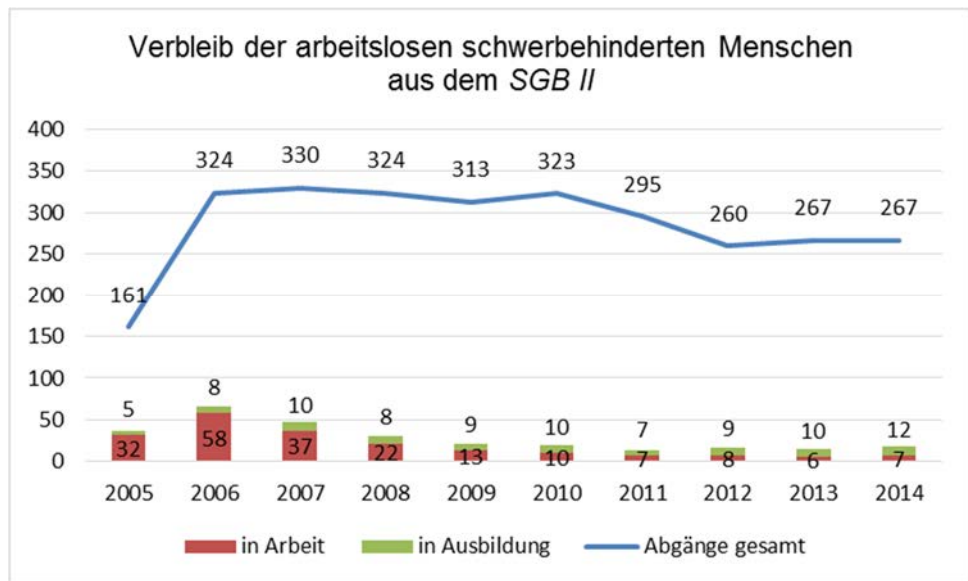


Abb. 7-31: Verbleib der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen aus dem SGB II  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Reha-Förderung, erfolgte für schwerbehinderte Hartz VI-Leistungsbezieher/innen im Schnitt der letzten 10 Jahre lediglich für 2,5 % der potentiell Anspruchsberechtigten. Die Chancen auf dem Arbeitsmarkt für schwerbehinderte Hartz IV-Bezieher/innen sind verschwindend gering. Mit den Abgängen aus dem Rechtskreis des SGB II in die *Nichterwerbsfähigkeit* erfolgt in der Regel die Ummeldung zudem/r jeweils zuständigen Rentenversicherungsträger/in und in den Rechtskreis des SGB XII (s. Kap.8.1). Schwerbehinderung ist in erster Linie ein Problem älterer Arbeitssuchender (s. Kap. 7.6). Nur 5 % der schwerbehinderten Arbeitssuchenden sind unter 25 Jahre alt.



## 7.7 Arbeitslosigkeit und Hartz IV-Bezug bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

### 7.7.1 Umfang und Dauer der Arbeitslosigkeit bei jungen Menschen

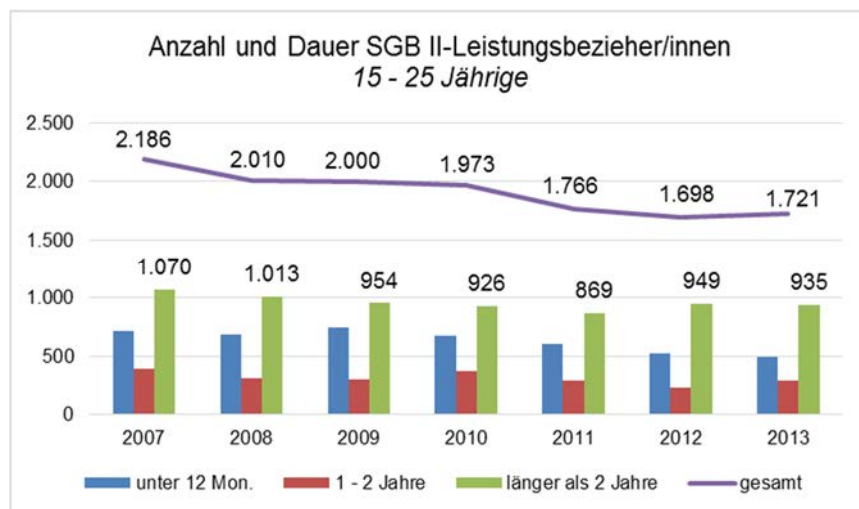


Abb. 7-32: Anzahl und Dauer SGB II-Leistungsbezieher/innen 15-25 Jährige  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Zum Verständnis nebenstehender Grafik ist anzumerken, dass hier auch diejenigen aufgeführt sind, die als Schüler/in sowie als junge Erwachsene in Elternzeit nicht der Ausbildungs- oder Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen. Die Grafik zeigt aber auch, dass Langzeitarbeitslosigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Vergleichszeitraum 2007 bis 2013 ein zentrales Problem bleibt. Deutlich mehr als die Hälfte der Leistungsbezieher/innen in diesem Alters-

segment waren als Langzeitarbeitslose registriert und damit länger als 6 Monate arbeitslos.

Auch wenn durch die geburtenschwachen Jahrgänge weniger junge Menschen auf den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt drängen und sich die Lage für Neubewerber/innen entschärft, bleibt insbesondere die hohe Sockelarbeitslosigkeit eine Hypothek auf die Zukunft, die weitere gesellschaftlichen Folgewirkungen erahnen lässt. Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit wachsen die Probleme. Auch in den Profillagen über den Vergleichszeitraum 2007 bis 2014 spiegeln sich die Folgen der Langzeitarbeitslosigkeit wider.

### 7.7.2 Ausprägungen der Arbeitslosigkeit bei jungen Menschen und die sich daraus ergebenden Förderanforderungen

Die von Handwerk und Industrie oft beklagte mangelnde Ausbildungsreife junger Menschen wird durch die vorliegenden Zahlen leider bestätigt. Nur ein äußerst geringer Teil der jungen Hartz IV-Bezieher/innen ist danach als „marktnah“ gekennzeichnet. Neben qualifikatorischen Problemen sind es auffallend viele persönliche und sog. multiple

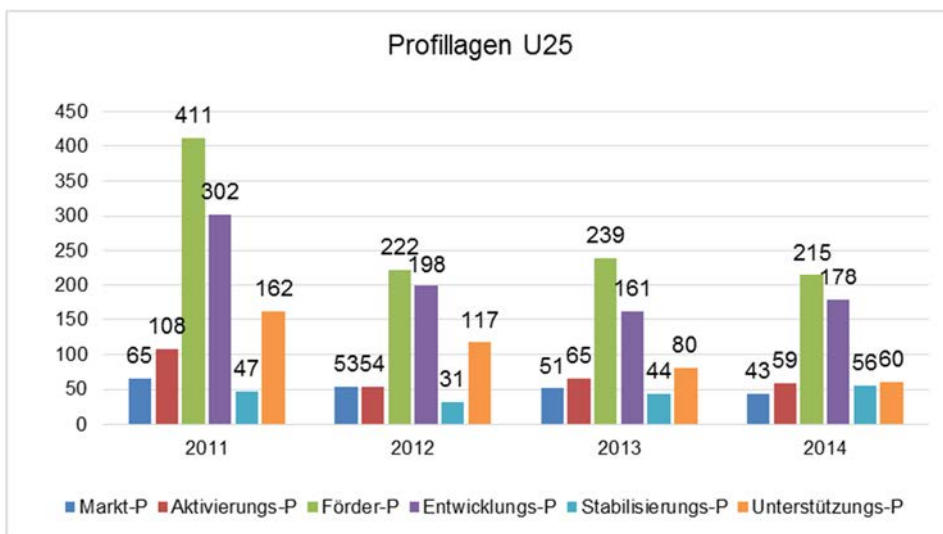


Abb. 7-33: Profillagen U25  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Problemlagen, die dafür ursächlich sind, dass vielen jungen Menschen der Weg in Ausbildung und Beschäftigung verwehrt bleibt. Unbedingt erforderlich ist die Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit bei jungen Menschen. Dafür sind adäquate und passgenaue Angebote unabdingbar. Sie müssen den hilfebedürftigen jungen Menschen Perspektiven eröffnen, die für sie auch erkennbar sind. Der Begriff „Maßnahmekarriere“ beschreibt den gegenteiligen Effekt. Mit kurzfristigen Maßnahmeangeboten wird zwar die Aktivierungsquote als statistische Größe verbessert, allerdings ist zu befürchten, dass mit dem Zweifel an der Sinnhaftigkeit von Aktivierungsmaßnahmen sowohl die Motivation leidet, als auch die nachhaltige Integration in den Ausbildungs- und Arbeitsprozess verhindert wird. Notwendig sind abgestimmte Förderstrategien, die im Rahmen der sog. Fallverantwortung durch die Betreuer/innen des Jobcenters eingeleitet werden sollten und insbesondere die Berufsberatung, aber auch die Reha-Berufsberatung einbindet.

### 7.7.3 Kinder in der Grundsicherung nach dem SGB II

Das SGB II unterscheidet die Hilfeempfänger/innen nach erwerbsfähigen und nicht erwerbsfähigen Leistungsbeziehern/-bezieherinnen. Nicht erwerbsfähige Leistungsbeziehern/-bezieherinnen unterscheiden sich zu den Leistungsbeziehern/-bezieherinnen nach dem SGB XII dadurch, dass ihre Erwerbsunfähigkeit lediglich vorübergehend ist. Neben Eltern im Erziehungsurlaub sind es vor allem Kinder (bis 15 Jahren) in den sog. „Hartz IV“-Bedarfsgemeinschaften. Wie viele dieser Kinder in den Städten und Gemeinden im Landkreis Kassel leben, visualisieren die folgenden Karten.

#### SGB II-Quote bezogen auf

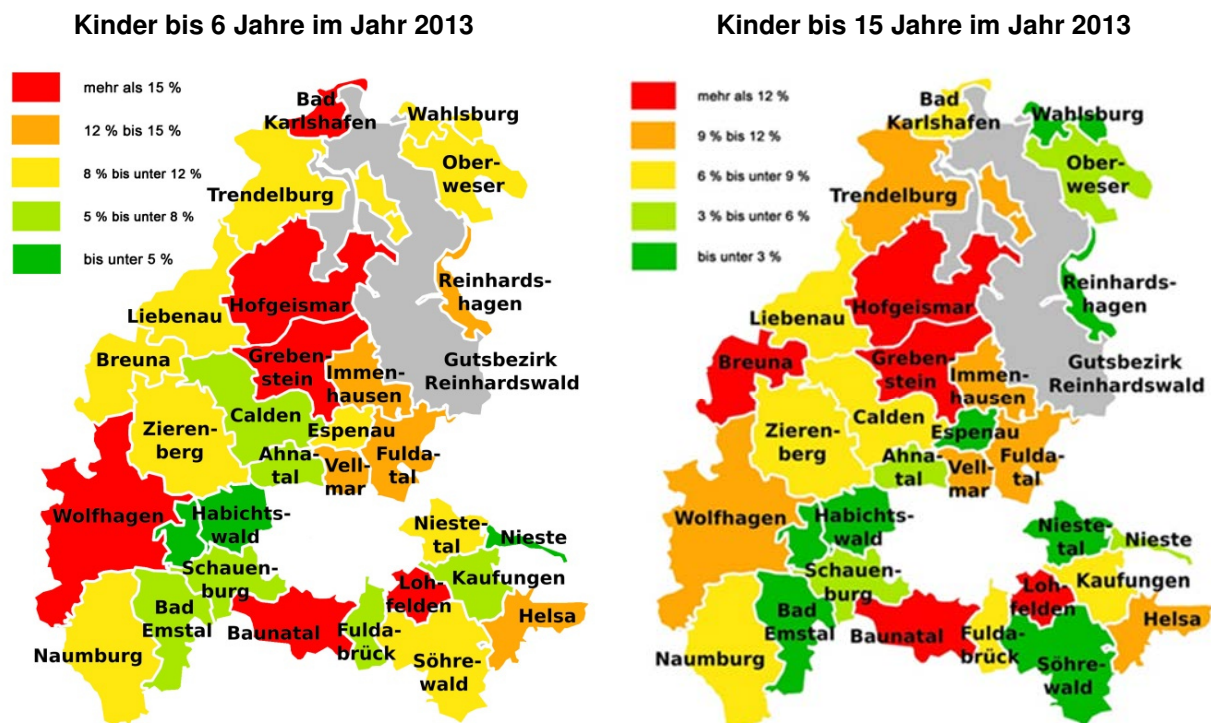


Abb. 7-34: Kinder bis 6 Jahre im Landkreis Kassel 2013

Abb. 7-35: Kinder bis 15 Jahre im Landkreis Kassel 2013

Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

Die Prozentwerte beziehen sich auf den Anteil aller Kinder dieser Altersgruppe je Stadt oder Gemeinde. Die Einzelwerte und die Entwicklung dieser Werte über die letzten drei Jahre sind den jeweiligen Gemeindedaten im Teil II zu entnehmen.



### 7.7.4 Jugendberufshilfe

#### 7.7.4.1 Aktuelle Tendenzen im Übergang von der Schule in den Beruf

Der demografische Wandel ist auch im Landkreis Kassel spürbar; die Schülerzahlen sinken kontinuierlich.

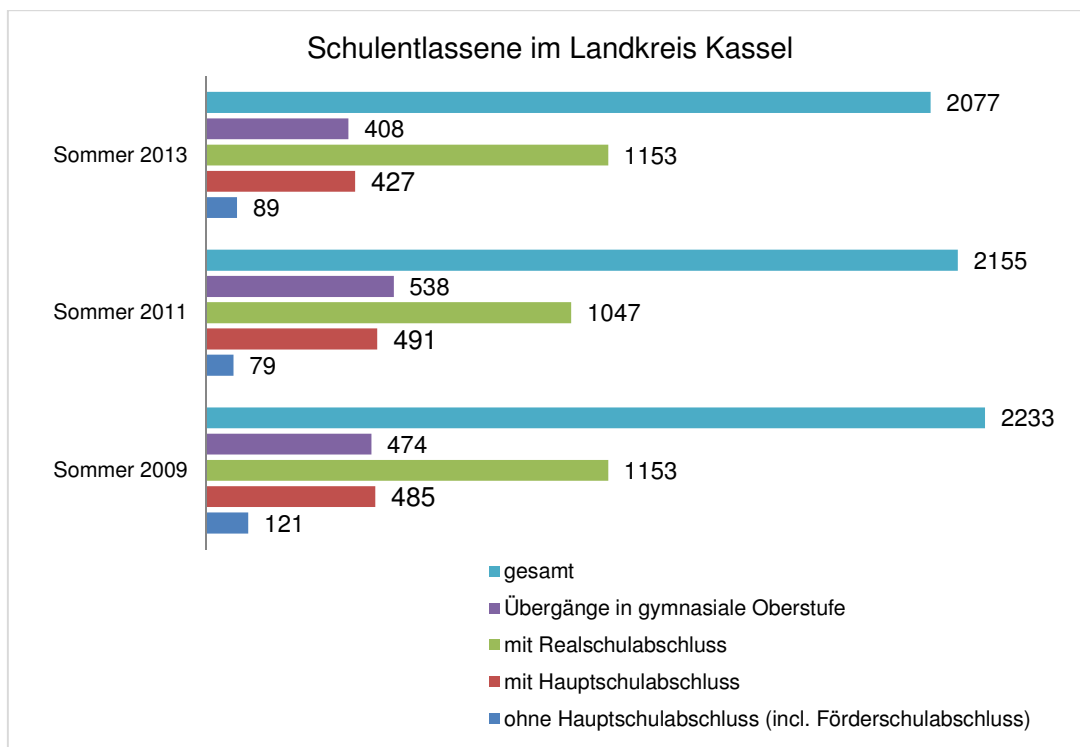


Abb. 7-36: Schulentlassene im Landkreis Kassel  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

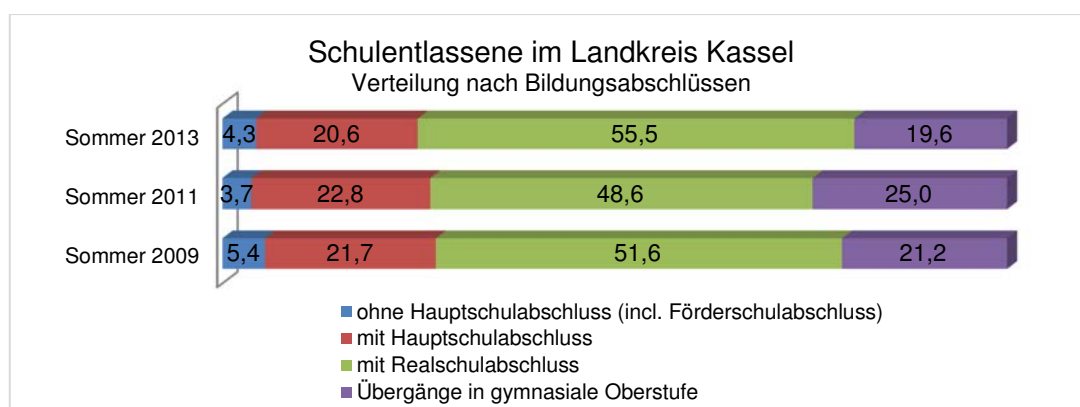


Abb. 7-37: Schulentlassene im Landkreis Kassel – Verteilung nach Bildungsabschlüssen in %  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

### 7.7.4.2 Jugendliche entscheiden sich für Ausbildung

Entgegen des bundesweiten Trends der Akademisierung - 2014 lag die Zahl der Studienanfänger/innen erstmals höher als die Zahl derer, die eine Ausbildung begonnen haben - verlaufen die Übergänge in den Beruf im Landkreis Kassel durchaus noch in Richtung Ausbildung. 2013 haben sich 44,6 % der Jugendlichen (2010: 36,1 %) für eine duale oder schulische Ausbildung entschieden.

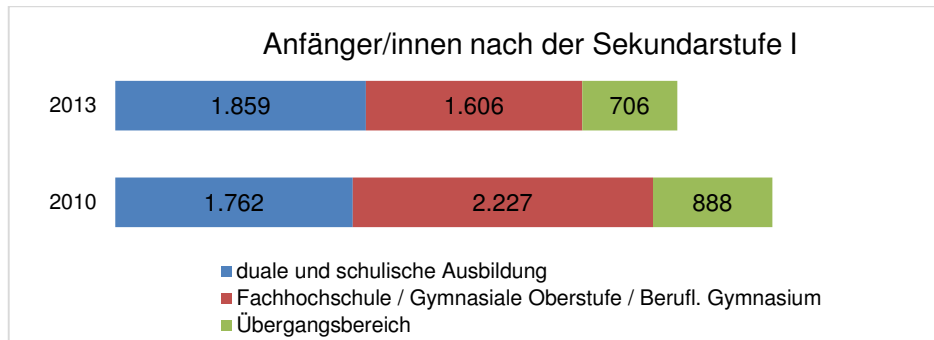


Abb. 7-38: Anfänger/innen nach der Sekundarstufe (Sek.) I  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

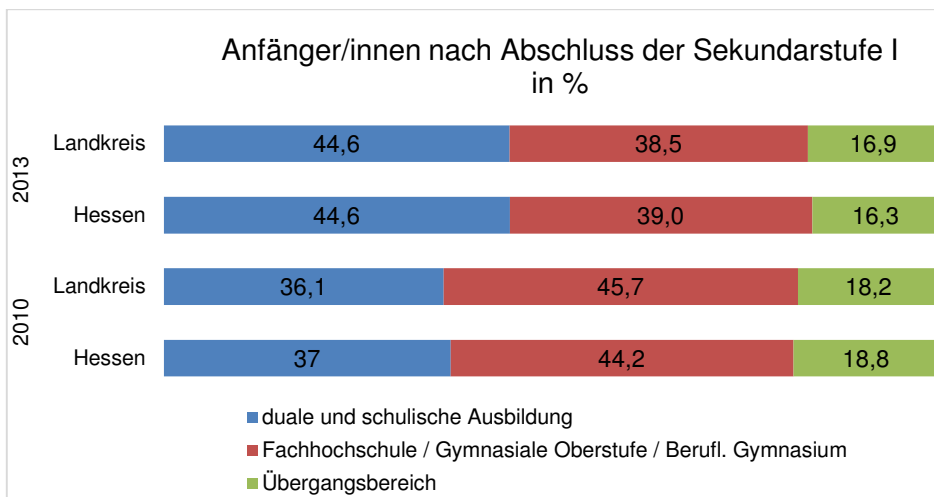


Abb. 7-39: Anfänger/innen nach Abschluss der Sekundarstufe (Sek.) I in %  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

### 7.7.4.3 Übergangsbereich

Der Übergangsbereich verkleinert sich auf Grund des demografischen Wandels. Zum Übergangsbereich gehören Angebote die vollzeitschulischen Berufsvorbereitenden Bildungsgänge an den Berufsschulen (BzB/EIBE), die Berufsfachschulklassen sowie die Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen der Arbeitsagentur (BVB).

Leistungsschwächere Hauptschüler/innen münden nach der allgemein bildenden Schule i.d.R. in das sog. „Übergangssystem“ ein. Sie besuchen die Berufsvorbereitenden Bildungsgänge an der Berufsschule. Gelingt der Übergang in eine Ausbildung nach Erfüllung der verlängerten Vollzeitschulpflicht nicht, treten die Jugendlichen in eine Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme der Arbeitsagentur ein oder wechseln bei Eignung in die Berufsfachschule.



Das Übergangssystem bietet einerseits die Chance, sich auf den Berufseinstieg vorzubereiten und die Berufswahlentscheidung für sich weiter zu klären. Bei beruflicher Orientierungslosigkeit und Bildungsmüdigkeit führt ein zu langes Verweilen im Übergangssystem allerdings häufig zu resignativen Haltungen und Motivationslosigkeit. Der Berufseinstieg verzögert sich dann häufig um zwei Jahre, ohne dass sich die beruflichen Einstiegschancen wesentlich verbessert haben. Durch das zwischengeschaltete Übergangssystem und den Drift zum höheren Bildungsabschluss liegt das durchschnittliche Einstiegsalter in eine Ausbildung seit einigen Jahren sehr hoch, aktuell bei 19,3 Jahren (Hessen 19,5 Jahren), (s. Statistisches Landesamt Hessen, 2013).

**Die Chancen für Hauptschüler/innen, einen Ausbildungsplatz zu erhalten, haben sich deutlich verbessert.** Ausbildungsbetriebe sind zunehmend bereit, auch Jugendliche mit einem schwächeren Bildungsabschluss in Ausbildung zu nehmen.

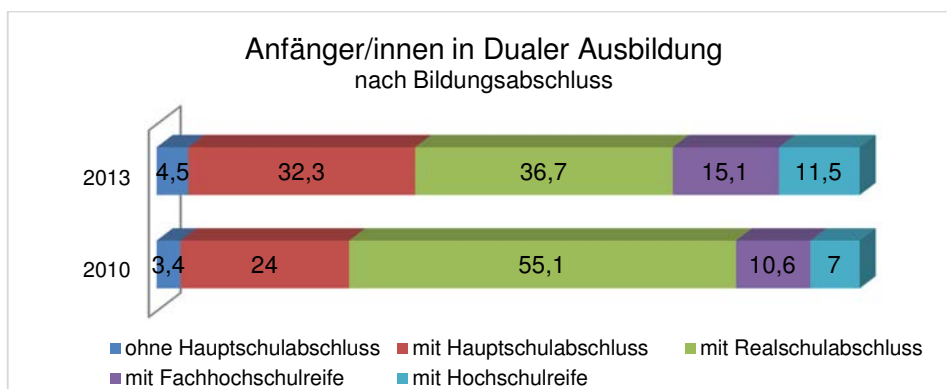


Abb. 7-40: Anfänger/innen in Dualer Ausbildung nach Bildungsabschluss in %  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Allerdings ist der Einstieg in eine Berufsausbildung für viele Hauptschüler/innen sowie leistungsschwächere Realschüler/innen aus dem Landkreis Kassel nach wie vor nicht einfach. Betriebe beklagen das schlechte Leistungsniveau, eine diffuse Berufswahlmotivation und eine unzureichende Ausbildungsreife. Aus diesem Grund entscheiden sie sich eher, Ausbildungsstellen unbesetzt zu lassen, als mit einer/m „riskanten“ Bewerber/in zu besetzen. Dadurch geraten leistungsschwächere Bewerber/innen in Warteschleifen, werden zu sog. „Altbewerberinnen/-bewerbern“, während leistungsstärkere Bewerberinnen und Bewerber die Qual der Wahl an Ausbildungsstellen haben. Durch ein zu enges oder zu festgelegtes Berufswahlspektrum seitens der Jugendlichen verschärfen sich die Besetzungsprobleme auf dem Ausbildungsmarkt.

Der Trend, einen möglichst hohen schulischen Bildungsabschluss zu erreichen, hält trotzdem ungebrochen an. Dies zeigt sich vor allem bei den Realschülerinnen/-schülern. Ca. 55 % haben die Allgemeinbildende Schule mit der Mittlerer Reife verlassen, aber nur ca. 36 % treten in eine Ausbildung ein. Die übrigen Jugendlichen steuern die fachgebundene bzw. die allgemeine Hochschulreife an. Durch den höheren Bildungsabschluss können attraktivere berufliche Ziele realisiert bzw. kann die Berufswahlentscheidung noch aufgeschoben werden, wenn noch keine klare berufliche Richtung entwickelt werden konnte.

Hauptschüler/innen, die bereits mit ca. 15 Jahren vor der Berufswahlentscheidung stehen und den Berufseinstieg bewältigen müssen, haben allerdings eine große Aufgabe zu schultern. Wenn sie zudem aus schwierigen sozialen Verhältnissen kommen und nur über begrenzte Bildungsressourcen verfügen, ist diese Hürde häufig nicht aus eigener Kraft zu bewältigen. Hauptschüler/innen haben die höchste Vertragsauflösungsquote, nur 62 % schließen ihre Ausbildung erfolgreich ab. (s. Baethge & Weil, 2014)



#### 7.7.4.4 Regionale Handlungsbedarfe und Handlungsansätze

Um Jugendarbeitslosigkeit frühzeitig entgegen zu wirken, ist es notwendig, Jugendliche mit einer riskanten beruflichen Einstiegsprognose möglichst frühzeitig zu unterstützen. Wesentliche Elemente dabei sind:

1. eine praxisnahe- und handlungsorientierte Berufsorientierung in der allgemein bildenden Schule sowie Angebote zur Förderung der sozialen Kompetenzen
2. eine frühzeitig einsetzende Berufsorientierung in der allgemein bildenden Schule ist von großer Wichtigkeit, da auch der Übergang in die Berufsschule bereits die Einwahl in eine berufsfeldspezifische Schulform voraussetzt
3. Förderung der Unterstützungskompetenzen im Elternhaus durch Beratungsangebote und frühzeitige Einbindung der Eltern in die Berufsorientierung an der Schule und Angeboten weiterer Akteurinnen und Akteure
4. individuelle Unterstützungsangebote für Jugendliche mit Bedarf, insbesondere auch bei der Ausbildungsplatzsuche und bei den Übergängen zwischen den Bildungssystemen für Jugendliche im Übergang Schule – Beruf (Mentorensystem / Berufseinstiegsbegleitung)
5. Verringerung der Zahl der Jugendlichen, die ohne Schulabschluss die allgemein bildende Schule verlassen u.a. durch praxisnahe Schulangebote (z.B. SCHUB-Klassen) und individuelle Unterstützungs- und Lernangebote
6. für junge Menschen in besonderen Lebenslagen (junge Mütter, Haftentlassene, langzeitarbeitslose junge Menschen) sind besondere, ggf. auch niedrigschwellige berufsvorbereitende Unterstützungsangebote notwendig, damit die berufliche Integration gelingen kann.

#### 7.7.5 Junge Rehabilitand(inn)en - Schulabgangszahlen junger Behinderter

Die überwiegende Mehrheit junger lern- und/oder seelisch behinderter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden besucht die Schulen für Erziehungs- und Lernhilfe. Um als Rehabilitand/in Förderleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch nehmen zu können, ist eine diagnostizierte, dauerhafte Behinderung zu belegen. Schulen für Lernhilfe existieren in Baunatal, Wolfhagen und Hofgeismar und eine Schule für Erziehungshilfe in Immenhausen (s. auch Kap. 3.3.3). Darüber hinaus besuchen Schüler/innen mit sonderpädagogischem Bedarf aus dem Landkreis entsprechende Schulen im Stadtgebiet von Kassel.

Der Anteil der Lernbehinderten macht mit ca. 80 % den größten Anteil an dieser Gruppe aus. Seelisch Behinderte und Körperbehinderte sind mit je 10 % vertreten. Zu den Schulabgängerzahlen kommen, auch als Folge der Langzeitarbeitslosigkeit im SGB II-Bezug, weitere seelisch behinderte junge Erwachsene als potentiell Anspruchsberechtigte hinzu (s. Kap. 6.7 Gesetzliche Betreuungen bei jungen Erwachsenen). Ob nach dem Förderschulbesuch eine wie auch immer geartete Behinderung weiter besteht und damit ein Förderanspruch, obliegt der Entscheidung der Reha-Berufsberatung in der regionalen Arbeitsagentur.

#### 7.7.6 Junge Rehabilitand(inn)en - Übergang in das Berufsleben

Seit dem Jahr 2010 werden die Behinderungsarten nicht mehr als statistische Merkmale von der Bundesagentur ausgewiesen, so dass die Einmündung von Schülerinnen und Schülern aus den Lern- und Erziehungshilfeschulen in behindertengerechte Ausbildungen über diesen Weg nicht mehr darzustellen ist.

Ein erheblicher Teil der Schüler/innen nimmt im Anschluss an die sonderpädagogischen Bildungsgänge an berufsorientierenden Angeboten der beruflichen Schulen teil. Mit der Berufsorientierung wird auch der nachträgliche Erwerb des Hauptschulabschlusses angestrebt. Dieser, oft unter großen Mühen für den/die einzelnen Schüler/in erworbene Schulabschluss, verhindert in der Regel den Anspruch auf eine Förderung



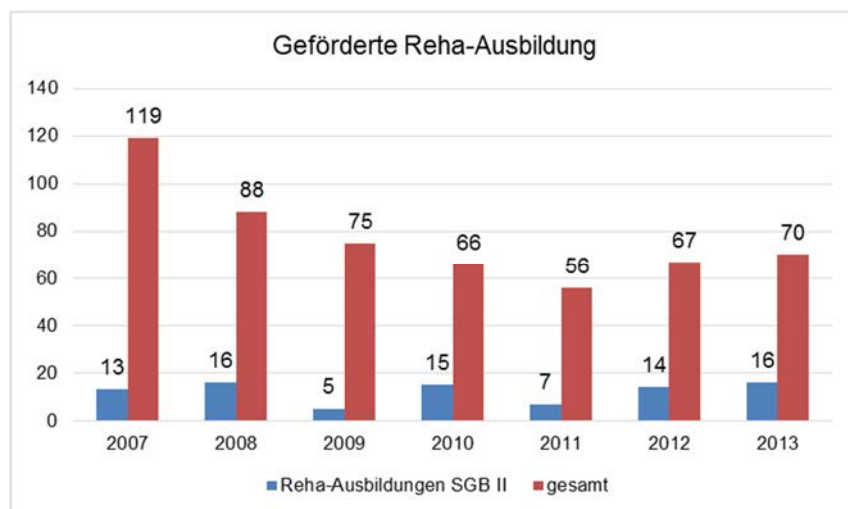


Abb. 7-41: Geförderte Reha-Ausbildung  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit Statistik-Service Südwest

durch die Reha-Berufsberatung, weil sich Hauptschulabschluss und Lernbehinderung vermeintlich ausschließen. Entscheidend für den möglichen weiter bestehenden Förderanspruch ist aber die diagnostizierte Lernbehinderung; unabhängig von einem wie auch immer erworbenen Schulabschluss.

Ein hoher Anteil junger Hartz IV-Bezieher/innen mit Reha-Anspruch kann den gesetzlichen Anspruch auf die Teilhabe am Arbeitsleben aus unterschiedlichen Gründen nicht realisieren.

Ohne diese adäquate Förderung droht aber das Abrutschen in Langzeitarbeitslosigkeit, wie es bereits für die Hälfte aller jungen Hartz IV-Leistungsbezieher/innen Realität ist. Der Verbleib als sog. „integrationsferner Kunde“ im Betreuungskontext des Jobcenters Landkreis Kassel ist dann die logische und tragische Folge.

Die Arbeitsagentur sieht zwei Gründe, die ausschlaggebend vor allem für einen geringeren Reha-Förderbedarf sind:

- Durch berufsvorbereitende Angebote (vor allem der beruflichen Schulen) nach der Förderschule steigen die formal-schulischen Qualifikationen, so dass vermeintlich keine Lernbehinderung mehr vorliegt
- Die Reha-Berufsberatung stellt bei einem erheblichen Teil der Reha-Antragsteller/innen mangelnde Ausbildungsreife und vor allem mangelnde Mitwirkung fest.

Es ist allerdings festzuhalten, dass es die Aufgabe der Reha-Förderung nach dem SGB III und damit der Arbeitsagentur ist, diese Ausbildungsreife herzustellen.

Durch den formalen Verlust des Status als „Rehabilitand/in“ werden eventuelle berufs- und ausbildungsfördernde Angebote aus dem SGB III dann im Rahmen des arbeitsmarktpolitischen Programms des SGB II organisiert. Lösungen sollten auf der Basis der Profilingergebnisse von Fallmanagerinnen/-managern des Jobcenter Landkreis Kassel und der Diagnostik im Bereich Reha-Berufsberatung erfolgen. So können aus gemeinsamen, verbindlichen und sachbezogenen Fallkonferenzen zwischen den Institutionen Jobcenter und der Arbeitsagentur abgestimmte und fachlich adäquate Förderstrategien entwickelt werden.

Das folgende Ablaufschema verdeutlicht den Weg der antragsberechtigten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über die Genehmigung bzw. Ablehnung ihres Antrages bis zu ihrem Verbleib.



### 7.7.6.1 Ablauf der Reha-Antragstellung

Im Folgenden ist der Ablauf der Antragstellung auf Rehabilitation mit den verschiedenen Verbleibsoptionen dargestellt.

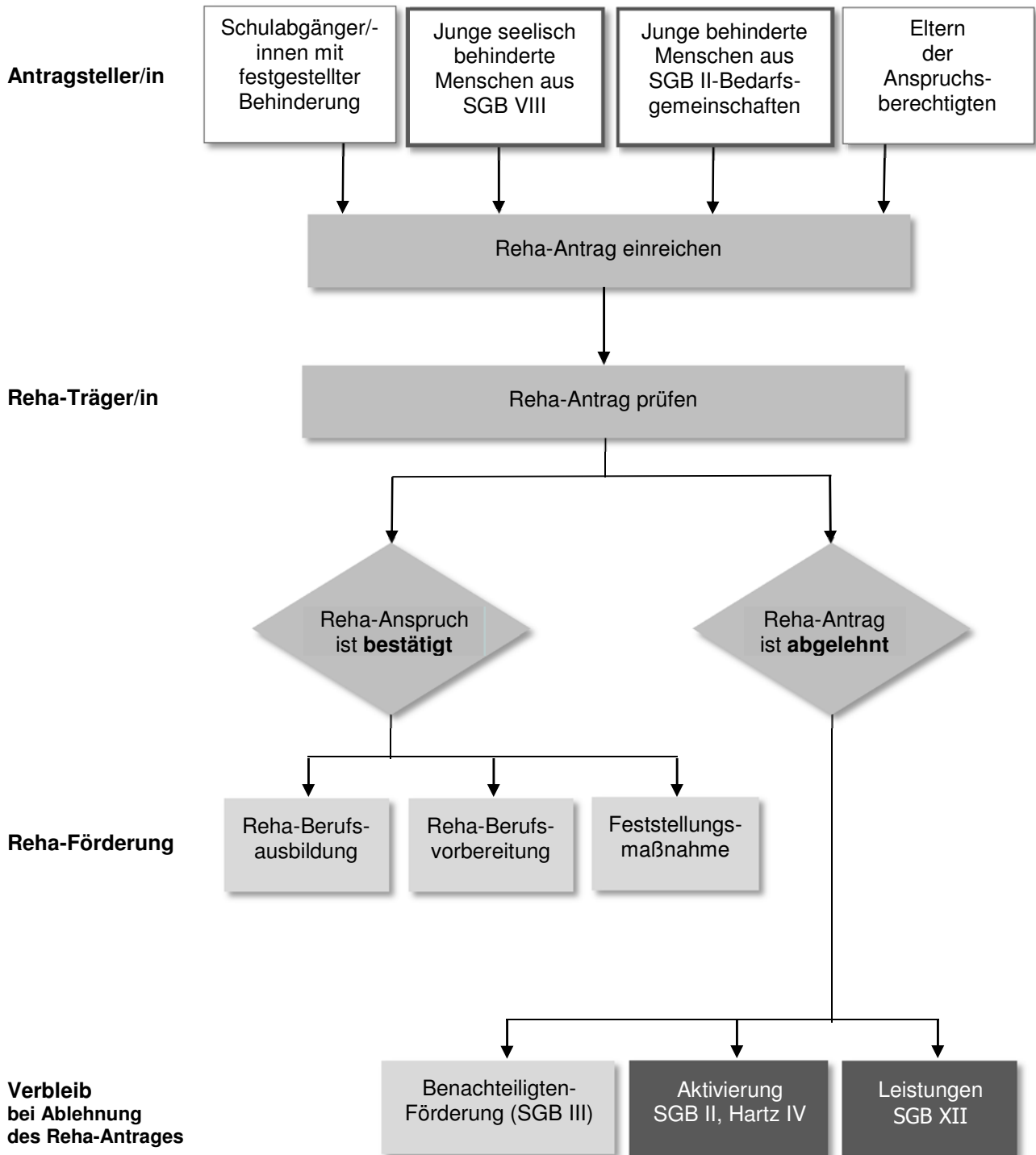


Abb. 7-42: Ablauf der Reha-Antragstellung  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales



### Erläuterung zur Abbildung

Die Antragsteller/innen auf Reha-Förderung sind Schulabgänger/innen mit festgestellter Behinderung, junge seelisch behinderte Menschen aus dem SGB VIII, junge behinderte Menschen aus den SGB II-Bedarfsgemeinschaften oder die Eltern der Anspruchsberechtigten.

1. Der/Die Anspruchsberechtigte (mit oder ohne medizinische Gutachten) bzw. dessen/deren Eltern stellen den Reha-Antrag bei der Reha-Berufsberatung der Agentur für Arbeit
2. Die Reha-Berufsberatung der Agentur für Arbeit prüft den eingegangenen Antrag
3. Und trifft auf Basis des vorgelegten oder eines erstellten medizinischen Gutachtens eine Entscheidung
4. Wird der Reha-Anspruch bestätigt, startet der/die Antragsteller/in entweder in die Reha-Ausbildung, Reha-Berufsvorbereitung oder eine Maßnahme zur Feststellung der persönlichen Fähigkeiten
5. Wird der Reha-Antrag abgelehnt, mündet der/die Antragsteller/in entweder in die Benachteiligten-Förderung (SGB III), werden SGB II bzw. Hartz IV aktiviert oder Leistungen nach SGB XII gewährt.

Der Landkreis Kassel hat im Reha-Antragsverfahren Einflussmöglichkeiten auf die Gruppe der Antragsteller/innen *junge seelisch behinderte Menschen aus dem SGB VIII* und *junge behinderte Menschen aus den SGB II-Bedarfsgemeinschaften* (fett umrandete Felder). Wird der Reha-Antrag abgelehnt, erwachsen ihm Aufgaben bei der Aktivierung von SGB II oder Hartz IV und den Leistungen nach SGB XII (dunkelgrau unterlegte Felder).

Nach wie vor wachsen und verfestigen sich mit der Dauer der Arbeitslosigkeit – unabhängig vom Alter der Langzeitarbeitslosen – die Vermittlungshemmnisse. Es sind vor allem die persönlichen Problemlagen, die einer schnellen Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt entgegenstehen. Eine passgenaue Förderung setzt die detaillierte Kenntnis des persönlichen und qualifikatorischen Profils des Leistungsempfängers/der Leistungsempfängerin voraus.

Ein qualitativ gutes Profiling spiegelt sich nicht nur in einer erfolgreichen Vermittlung in Arbeit wider, sondern bildet die Basis, die Langzeitarbeitslosen bei der Überwindung ihrer persönlichen Problemlagen adäquat unterstützen zu können.

## 8 Menschen mit existenziellem Hilfebedarf

### 8.1 Menschen in der Sozialhilfe nach dem SGB XII

Leistungen nach dem SGB XII erhalten Menschen, die ihren Lebensunterhalt aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht bestreiten können und entweder auf Grund ihres Alters oder einer Erkrankung dauerhaft nicht erwerbsfähig sind. Darüber hinaus werden Leistungen in besonderen Lebenslagen wie Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder Krankheit gewährt. In der Regel wird in diesen Fällen der Lebensunterhalt aus dem eigenen Einkommen (oder Vermögen) oder aus dem der Eltern gedeckt. In Einzelfällen findet aber auch die gleichzeitige Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur Unterstützung in besonderen Lebenslagen statt. Durch die notwendigen Hilfen zum Lebensunterhalt einschließlich vorbeugender Gesundheitshilfen und präventiver Hilfen in besonderen Notlagen wird die Grundversorgung sichergestellt. Eingliederungshilfen fördern die Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben behinderter Menschen. Hilfen zur Pflege folgen dem Prinzip „ambulant vor stationär“. Mit zunehmendem Alter wächst der Hilfe- bzw. Pflegebedarf.

Im Folgenden lassen wir diejenigen Kapitel des SGB XII unberücksichtigt, die sich im Wesentlichen mit allgemeinen Vorschriften, Leistungsbeschreibungen und Einzelfallhilfen befassen. Zur Darstellung des Umfangs und der Entwicklung von Sozialhilfeleistungen und den sich daraus ergebenden Kostenentwicklungen beschränken wir uns auf die Kapitel 3, 4 und 7 des SGB XII. Eingliederungsleistungen nach Kapitel 6 des SGB XII werden hier benannt aber im Kapitel „Menschen mit Behinderungen“ ausführlich behandelt. Nach dem **3. Kapitel des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt)** erhalten Menschen Sozialhilfeleistungen, deren Leistungsminderung voraussichtlich nicht auf Dauer besteht. Dies können Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres und nicht dauerhaft erwerbsgeminderte oder erwerbsunfähige Personen sein. Erwerbsgemindert oder erwerbsunfähig in diesem Sinne sind Personen, die mehr als 6 Monate nicht 3 Stunden täglich arbeiten können. Für diesen Personenkreis werden bedarfsorientierte Leistungen nach dem SGB XII gewährt sofern sie ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichend oder überhaupt nicht aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, sicherstellen können. Die Anzahl der Leistungsberechtigten wird zum 31.12. des jeweiligen Jahres ausgewiesen. Im Jahresmittel haben allerdings mehr Menschen Leistungen nach dem SGB XII erhalten, als es die Stichtagszahlen der folgenden Grafiken zeigen.

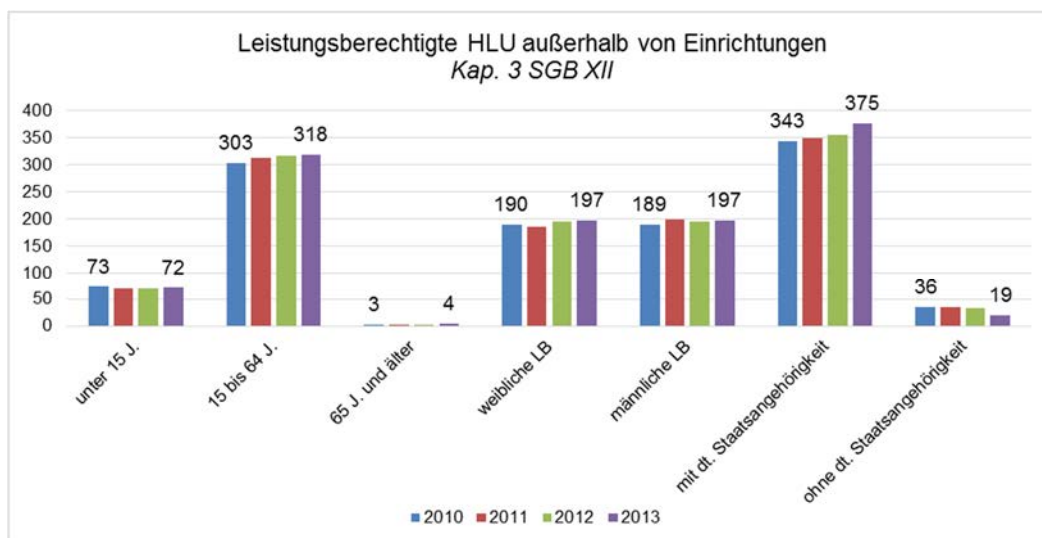


Abb. 8-1: Leistungsberechtigte HLU außerhalb von Einrichtungen Kap. 3 SGB XII

Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales



Die folgende Grafik belegt die weiter bestehende Tendenz, dass Menschen aus den Förderstrukturen des SGB II (Eingliederung in Erwerbstätigkeit) in die Strukturen des SGB XII (Sozialhilfe) übergehen. Die Rückflüsse in den Zuständigkeitsbereich des Jobcenters sind geringer als die Zugänge in der Sozialhilfe.

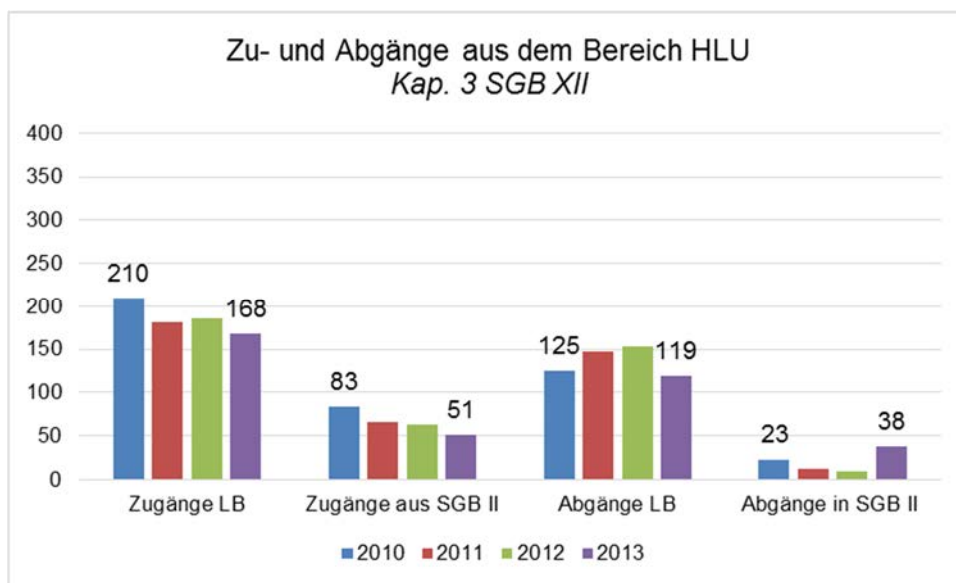


Abb. 8-2: Zu- und Abgänge aus dem Bereich HLU Kap. 3 SGB XII  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Da es von 2009 zu 2010 keine Erhöhung der Regelsätze gab, ist die Erhöhung der Gesamtausgaben in diesem Bereich auf die gestiegene Anzahl von Leistungsberechtigten und der gestiegenen Kosten für Unterkunft und Energie zurückzuführen.

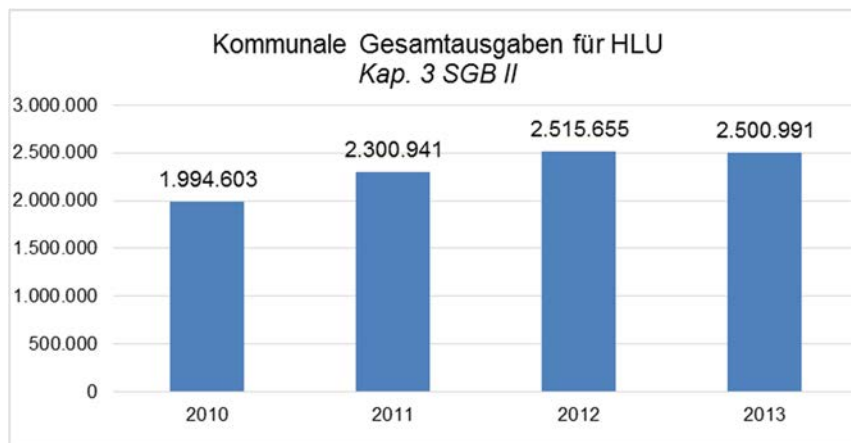


Abb. 8-3: Kommunale Gesamtausgaben für HLU Kap. 3 SGB II  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Wenn kontinuierlich mehr Menschen aus dem Jobcenter in die Sozialhilfe übergehen als umgekehrt, geht damit auch parallel die Ausgabensteigerung im Bereich des Kapitel 3 des SGB XII einher. Im Sozialatlas 2010 wurde bereits dieser Zusammenhang aufgezeigt. Seit dem stiegen die Leistungen nach dem 3. Kapitel in 2 Jahren um 656.586 € und damit um über 40 % an. Als Konsequenz aus dieser Erkenntnis erfolgte im Jahr 2011 die Einrichtung des Fallmanagements im SGB XII (s. hierzu auch Kap. 4).

Fallmanagement zielt auf die Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben und damit auf ein Leben ohne die Unterstützung durch staatliche Transferleistungen. Voraussetzung dafür ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher. Die Ermittlung individueller Hilfebedarfe, die Entwicklung von Hilfeplänen, die Organisation individueller Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, sind dabei die Inhalte des Fallmanagements und originäre Leistungen nach dem SGB XII.

Nach dem **4. Kapitel des SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)** erhalten ältere Menschen ab Vollendung des 65. Lebensjahres und dauerhaft Erwerbsunfähige ab dem 18. Lebensjahr Hilfeleistungen, sofern sie ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichend oder überhaupt nicht aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, sicherstellen können. Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung setzen also voraus, dass Bedürftigkeit vorliegt.

Der Personenkreis umfasst neben älteren Menschen insbesondere dauerhaft Erkrankte und Behinderte.

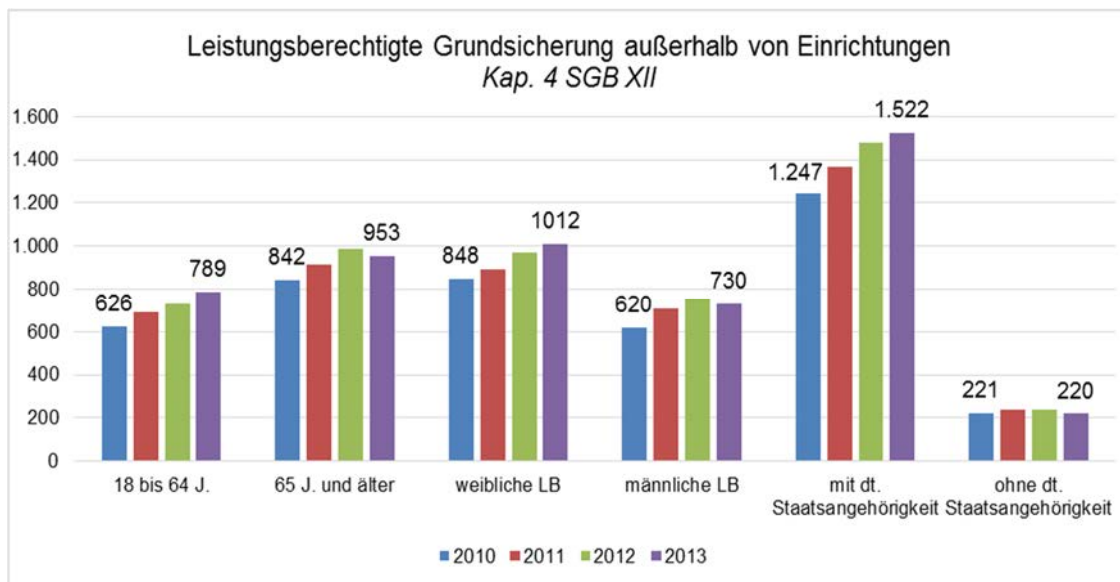


Abb. 8-4: Leistungsberechtigte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen Kap 4 SGB XII

Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Die relativ konstanten Ausgaben deuten auf ein (noch) stabiles Rentenniveau hin. Mit zunehmender Altersarmut kommender, rentenschwächerer Jahrgänge wird auch im Kapitel 4 des SGB XII mit deutlichen Ausgabensteigerungen zu rechnen sein.

Allerdings wurden diese Kosten im Jahr 2011 zu 16 %, im Jahr 2012 zu 45 % und zu 75 % im Jahr 2013 durch den Bund erstattet. Seit dem Jahr 2014 erfolgt die Kostenerstattung zu 100 % durch den Bund.

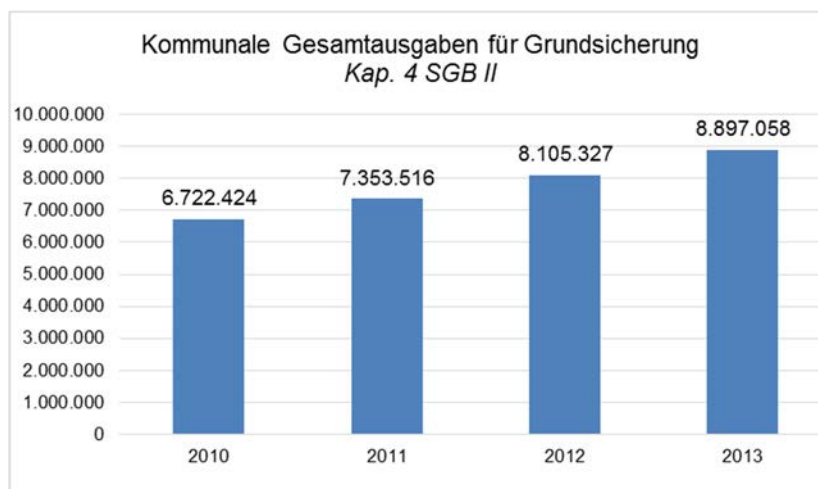


Abb. 8-5: Kommunale Gesamtausgaben für Grundsicherung Kap. 4 SGB II  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Teilhabeleistungen für behinderte Menschen nach dem **6. Kapitel des SGB XII** werden zum einen durch den überörtlichen Sozialhilfeträger, den LWV, erbracht. Wie etwa die Förderung in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), oder die Angebote in den Tagesstätten.

Zum anderen werden Eingliederungsleistungen durch den örtlichen Sozialhilfeträger, den Fachbereich Soziales im Landkreis Kassel, erbracht. Hier sind in erster Linie die Leistungen der Familien entlasteten Dienste (feD) und der Sozialassistenzen zu nennen. Die Teilhabeleistungen werden im Kapitel 5 „Menschen mit Behinderungen“ ausführlich beschrieben.

Eingliederungshilfen nach dem sechsten Kapitel des SGB XII zielen neben den Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auf die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben.

In diesem Themenbereich ist, gefördert durch das Sozialministerium des Landes Hessen, das Fallmanagement im SGB XII angesiedelt. Es bildet im Hinblick auf arbeitsintegrative Hilfen die Schnittstelle zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger.

Diese Fallsteuerung für Menschen, deren Erwerbsunfähigkeit befristet besteht und damit überwunden werden kann, beginnt mit dem Wechsel zwischen dem Rechtskreis SGB II und SGB XII und damit mit der Frage der Erwerbsfähigkeit. (näheres s. auch Kap. 5)

Das **7. Kapitel des SGB XII** regelt die Hilfen zur Pflege, sowohl außerhalb wie innerhalb von Einrichtungen. Mit dem demografischen Wandel wird, wie im Kapitel 1 beschrieben, der Anteil älterer und hochbetagter Menschen steigen. Einhergehend mit dieser Entwicklung werden in Zukunft auch die Fallzahlen in der Hilfe zur Pflege steigen.

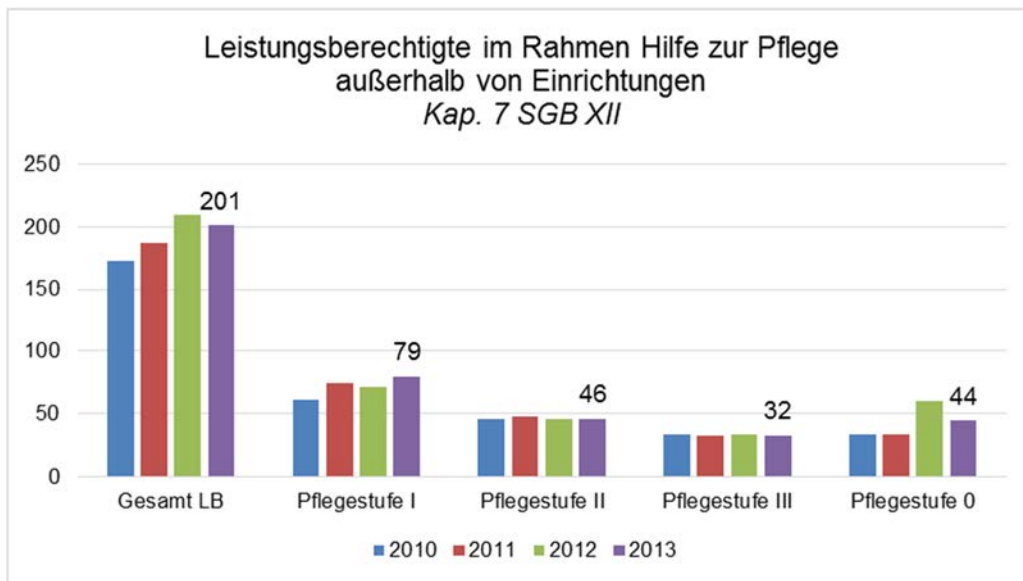


Abb. 8-6: Leistungsberechtigte im Rahmen Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen Kap. 7 SGB XII  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

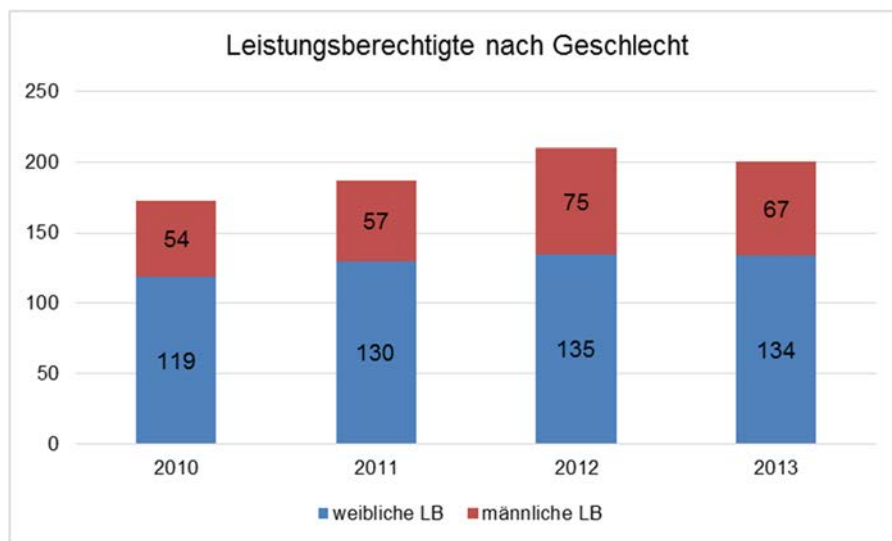


Abb. 8-7: Leistungsberechtigte nach Geschlecht  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Für Leistungsbezieher/innen aus dem Bereich der **Hilfen zur Pflege in Einrichtungen** sind die örtlichen Sozialhilfeträger zuständig, wenn diese über 65 Jahre alt sind.

Auch hier sind noch die Jahrgänge mit relativ stabilen und leicht steigenden Renteneinkommen dominierend. So lässt sich trotz leicht ansteigender Fallzahlen die Reduzierung der Kosten erklären. Mit zunehmender Altersarmut und verstärkt durch wachsende Fallzahlen aufgrund des demografischen Wandels, wird aber auch hier zukünftig mit deutlichen Kostensteigerungen zu rechnen sein.



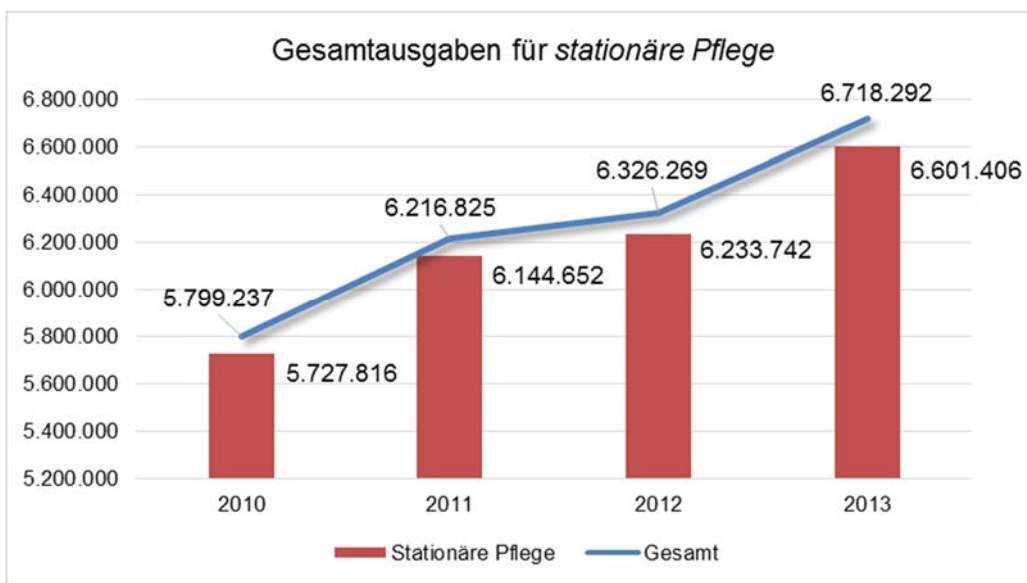


Abb. 8-8: Gesamtausgaben für stationäre Pflege  
 Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

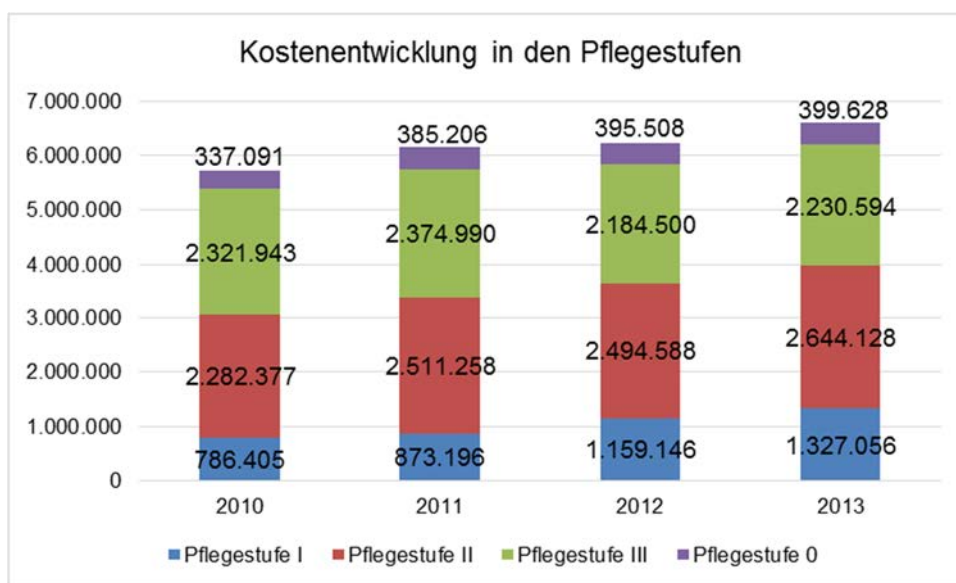


Abb. 8-9: Kostenentwicklung in den Pflegestufen  
 Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

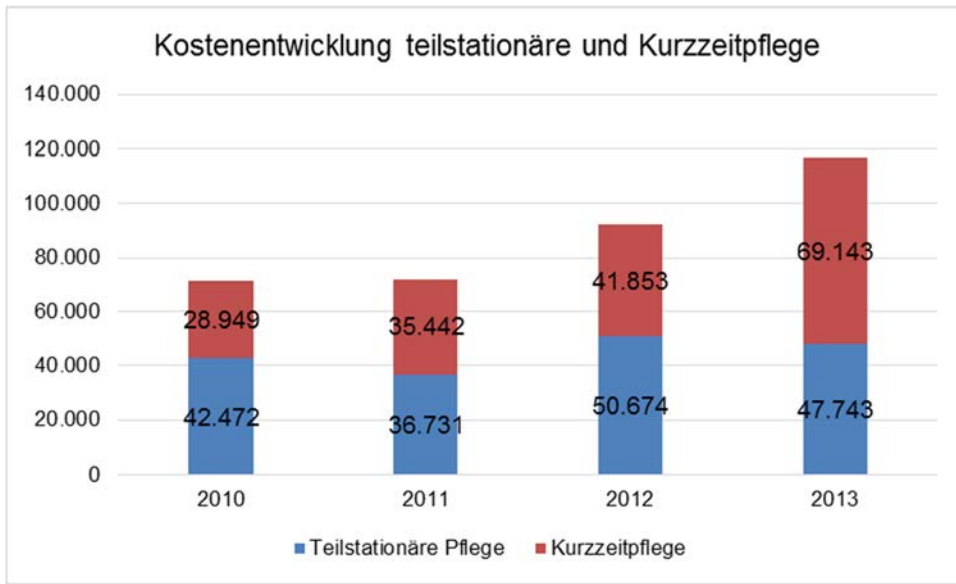


Abb. 8-10: Kostenentwicklung teilstationäre und Kurzzeitpflege  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

### 8.1.1 Kostenentwicklung für Leistungen nach dem SGB XII

Der Vergleich zur Entwicklung der Nettoausgaben für Leistungen nach dem SGB XII des Landkreises Kassel mit den Gesamtzahlen des Landes Hessen verdeutlicht, dass die hier beschriebenen Zusammenhänge Thema aller kommunalen Träger/innen der Sozialhilfe ist.

Seit 2006 stiegen die Gesamtausgaben im Landkreis Kassel um 54 %, in Hessen um 37 %

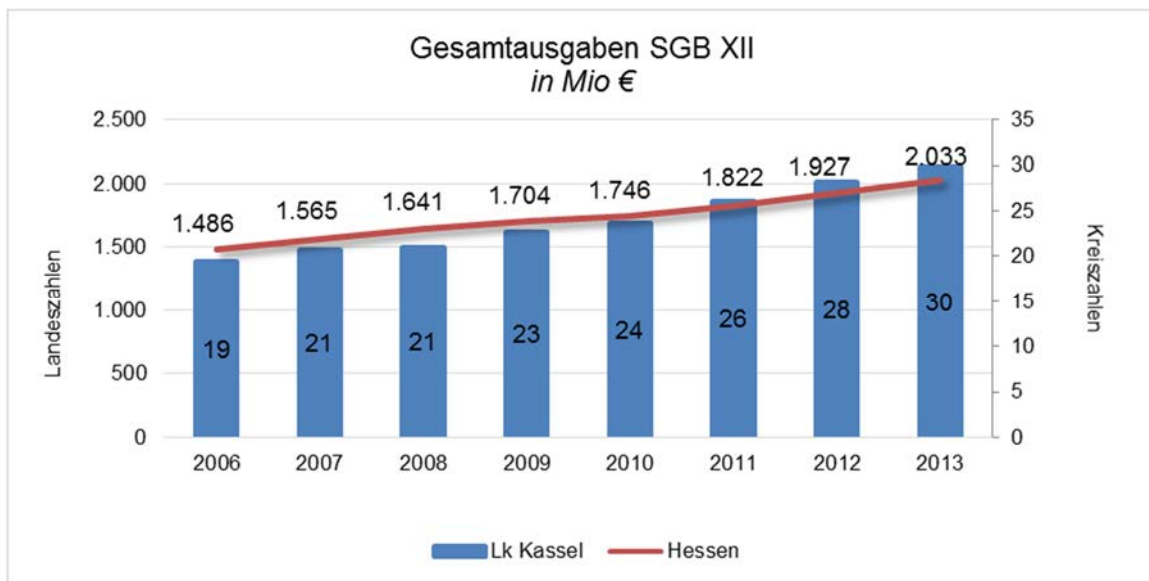


Abb. 8-11: Gesamtausgaben SGB XII in Mio. €  
Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt, Die Sozialhilfe in Hessen



## 8.2 Überschuldung privater Haushalte und Insolvenzen

In Deutschland gilt derzeit jeder 12. Haushalt als überschuldet. Im Landkreis Kassel liegt die Schuldnerquote nach Erhebungen der Auskunftstabelle „Creditreform“ leicht unter dem Bundesdurchschnitt.

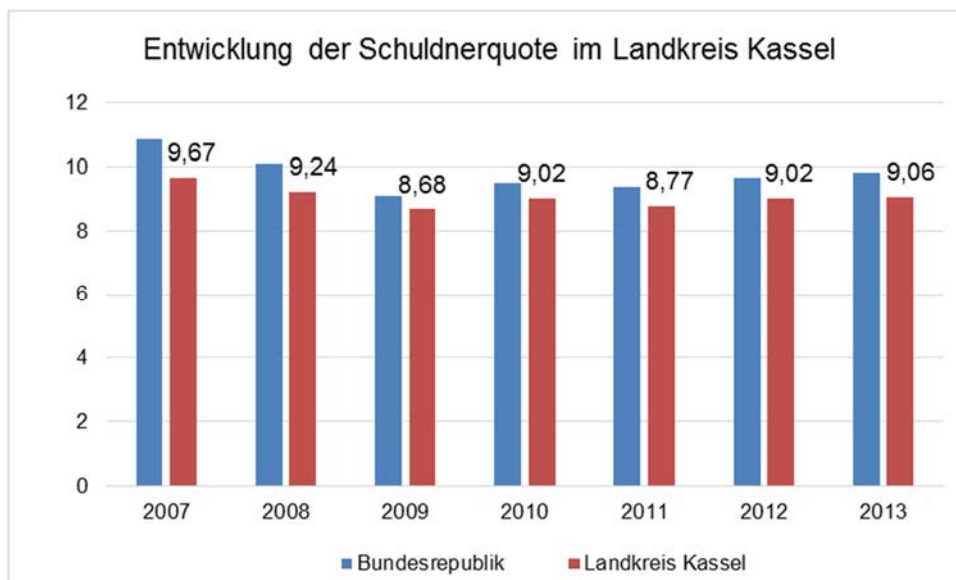


Abb. 8-12: Entwicklung der Schuldnerquote im Landkreis Kassel

Quelle: Schuldneratlas Creditreform / Statistisches Landesamt Hessen

Die Zunahme überschuldeter Privathaushalte geht nicht zwangsläufig mit einer permanenten Erhöhung der eröffneten Verbraucherinsolvenzverfahren einher, wie die nachfolgende Abbildung zeigt. Bundes- und landesweit ist der Trend eher rückläufig.

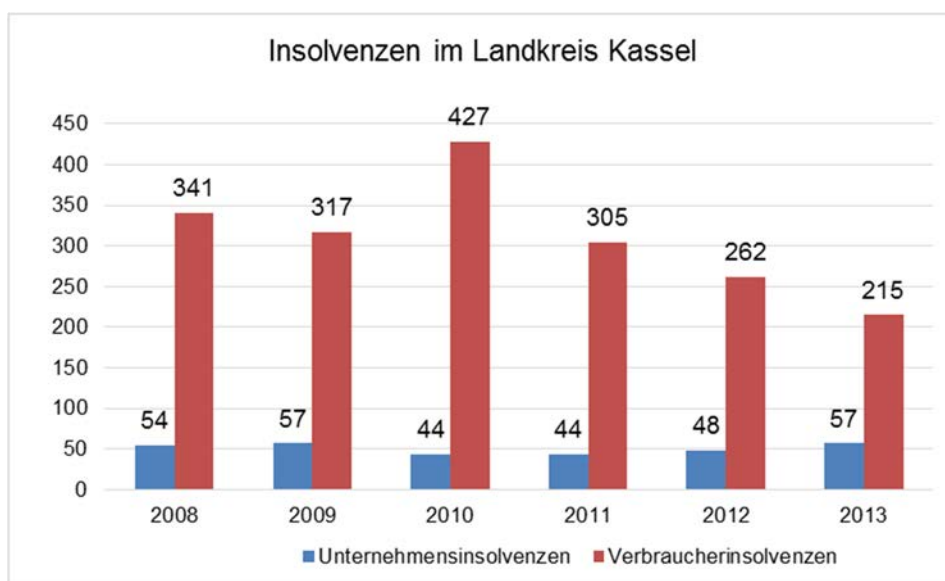


Abb. 8-13: Insolvenzen im Landkreis Kassel

Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Eine der möglichen Ursachen kann in der Über- und Auslastung der geeigneten Stellen liegen, die einen Flaschenhals zum Verfahrenszugang bedeuten. Diese stellen nach § 305 (1) InsO (Insolvenzordnung) die

Bescheinigung über eine erfolglose außergerichtliche Einigung mit allen beteiligten Gläubigerinnen und Gläubigern aus, die zwingende Verfahrensvoraussetzung ist.

Das Land Hessen hat die Förderung der nach § 305 InsO anerkannten Beratungsstellen seit 2004 eingestellt. Ohne ausreichenden Zugang zu kostenfreier Schuldnerberatung mit gesicherter adäquater Finanzierung wird auch der Zugang der Schuldner/innen zum Verfahren erschwert oder verlangsamt. Weiterhin bedeutet nicht jede Überschuldung die Regulierung über ein Insolvenzverfahren.

Schuldnerberatungsstellen informieren als Teil ihrer Tätigkeit über unterschiedliche Möglichkeiten im Umgang mit der Überschuldung. Dies beinhaltet bei der Regulierung eine Bandbreite von Stundung, Ratenzahlungen, Ausbuchung, Einrede der Verjährung, Einzelvergleichen oder Gesamtregulierungskonzepten mit allen Gläubigerinnen und Gläubigern bis hin zu einem gerichtlichen Schuldenbereinigungsplanverfahren, das kein Verbraucherinsolvenzverfahren darstellt. Viele Ratsuchenden entscheiden sich auch bewusst gegen ein Verfahren mit seinen Obliegenheiten und leben mit ihren Schulden. Dies ist bei Menschen mit langfristig unpfändbaren laufenden Einkünften, die mit einem Pfändungsschutzkonto gesichert sind, häufiger der Fall.

### 8.2.1.1 Schuldnerberatung des Landkreises Kassel

Mit der Schuldner- und Insolvenzberatungsstelle im Kasseler Kulturbahnhof bietet der Landkreis Kassel seinen Bewohnerinnen und Bewohnern eine kostenfreie Schuldnerberatung an. Für die Bewohner/innen des Altkreises Hofgeismar gibt es zudem eine kostenfreie Beratungsstelle des Diakonischen Werks in Hofgeismar.

Schulden bedeuten neben dem finanziellen Druck auch häufig eine psychosoziale Belastung. Eine qualifizierte Schuldnerberatung hilft bei der Bewältigung dieser Probleme. Ziel ist es, zu einer nachhaltigen Stabilisierung der wirtschaftlichen und persönlichen Situation beizutragen, um auch zukünftiger Überschuldung und Hilfebedürftigkeit vorzubeugen. Am Ende eines Beratungsprozesses kann eine vollständige Entschuldung durch eine außergerichtliche Regulierung oder ein Insolvenzverfahren stehen.

2010 nahmen 816 und 2011 insgesamt 732 Personen die Beratungsangebote in Anspruch. Dabei waren keine signifikanten genderspezifischen Unterschiede festzustellen. Erst ab 2010 wurde die Beratungsstelle Hofgeismar in die Statistik einbezogen.

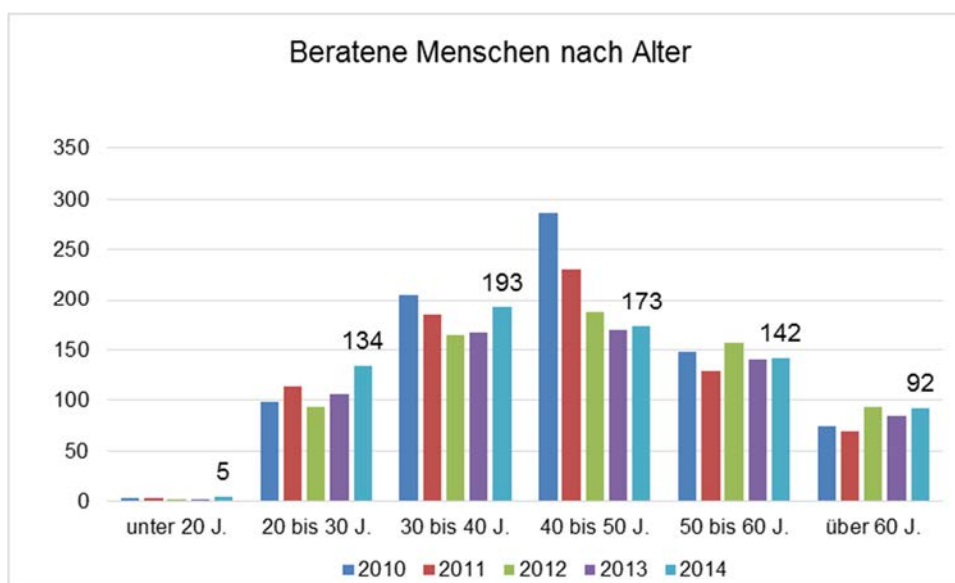


Abb. 8-14: Von der Schuldnerberatung beratene Menschen nach Alter  
Quelle: Schuldnerberatung des Landkreises Kassel

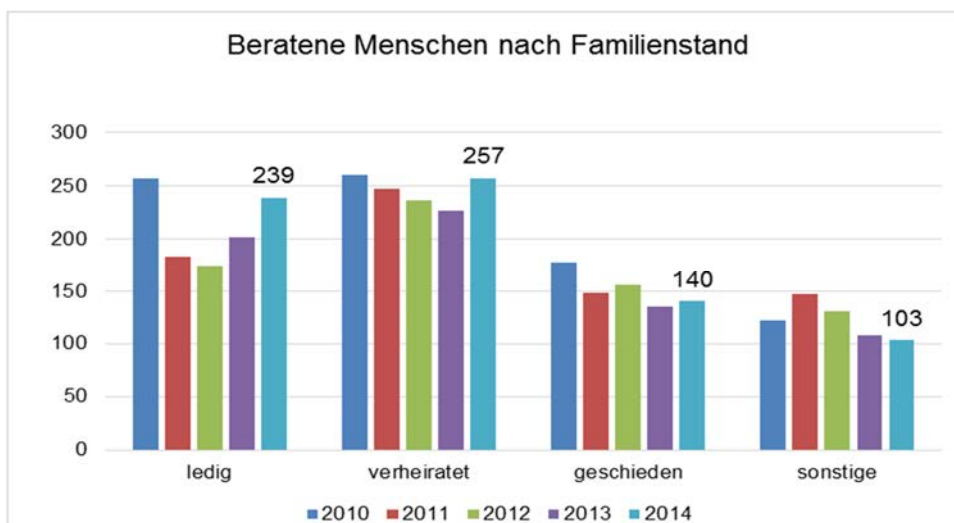


Abb. 8-15: Beratene Menschen nach Familienstand  
Quelle: Schuldnerberatung des Landkreises Kassel

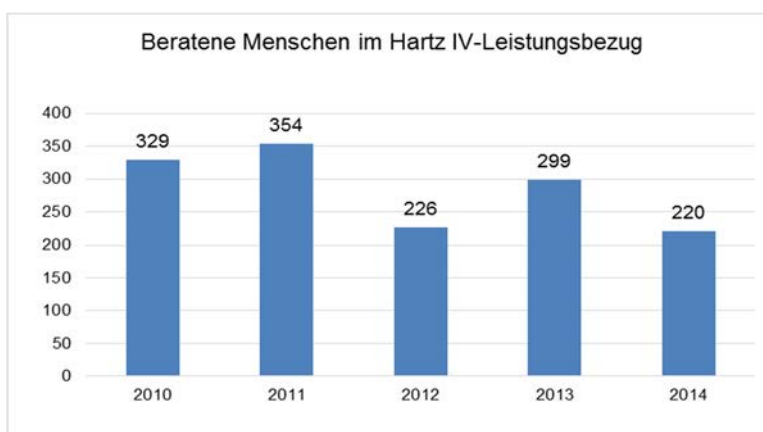


Abb. 8-16: Beratene Menschen im Hartz IV-Leistungsbezug  
Quelle: Schuldnerberatung des Landkreises Kassel

Der Anteil von Arbeitslosengeld II-Empfängerinnen/-Empfängern unter den Beratenen betrug 44 % im Jahr 2010 und 35 % im Jahr 2011. Für diesen Personenkreis stand 2010 in Hofgeismar und Kassel jeweils ein/e Schuldnerberater/in zur Verfügung. Arbeitslosengeld II-Empfänger/innen werden von der Arbeitsgemeinschaft - ARGE bzw. vom Jobcenter Landkreis Kassel im Rahmen einer Eingliederungsvereinbarung an die Schuldnerberatung überwiesen. (s. auch Kap. 7.8). Für die anderen Ratsuchenden aus dem Landkreis Kassel waren am Standort Kassel Berater/innen im Umfang von ca. 1 3/4 Vollzeitstellen tätig. Im Jahr 2010 betrug die Wartezeiten für eine persönliche Erstberatung 4 – 6 Monate. Folgetermine wurden kurzfristiger vergeben. Außerdem bestanden während der täglichen telefonischen Beratungszeiten die Möglichkeiten, zeitnah, qualifizierte Auskünfte zu erhalten. Die hessische Landesregierung beabsichtigt, die im Jahr 2004 eingestellte Förderung der Schuldner- und Insolvenzberatungsstellen aufzuheben. Über die Kommunalisierung sozialer Hilfen soll ein bedarfsgerechter Ausbau dieser Stellen umgesetzt werden. Nach dem Haushaltsentwurf 2015 ist ein Neueinstieg in die Finanzierung in Höhe von 2 Mio. € vorgesehen. Zurzeit wird bei den Schuldnerberatungsstellen eine Umfrage durchgeführt, aus der Erkenntnisse über die Arbeit



vor Ort gewonnen werden sollen. Darauf aufbauend soll entschieden werden, nach welchen Kriterien die zur Verfügung stehenden Gelder verteilt werden sollen.

### 8.3 Asylsuchende im Landkreis Kassel

Aus den Krisengebieten der gesamten Welt suchen zunehmend Flüchtlinge in sicheren Ländern Zuflucht. In Deutschland kann ein Asylantrag nur beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge gestellt werden. Stellt der Flüchtling einen Asylantrag, wird er in die nächstgelegene Aufnahmeeinrichtung des jeweiligen Bundeslandes verwiesen. Die Erstverteilung erfolgt auf Grundlage der Herkunftsländerzuständigkeit und eines Quotensystems („Königsteiner Schlüssel“), das eine Verteilung auf alle Bundesländer vorsieht. Nachdem das zuständige Bundesland ermittelt ist, findet der Flüchtling in einer Erstaufnahmeeinrichtung dieses Bundeslandes Unterbringung. Für Hessen ist hier die Hessische Erstaufnahmeeinrichtung in Gießen zuständig. Die Zuweisung auf die Landkreise und kreisfreien Städte erfolgt ebenfalls nach einem Verteilungsschlüssel. Die Zuständigkeit für die Verteilung der Flüchtlinge auf die Landkreise liegt beim Regierungspräsidium Darmstadt. Dem Landkreis Kassel werden auf diesem Weg wöchentlich zurzeit rd. 25 Flüchtlinge zugewiesen (Stand Februar 2015), die dann ihren Weg in Unterkünfte im Landkreis Kassel finden. Im Jahr 2014 wurden dem Landkreis Kassel 570 Personen zugewiesen, am 31.12.2014 lebten 984 Flüchtlinge im Landkreis Kassel. Für das Jahr 2015 rechnet der Landkreis Kassel mit einem Aufnahmesoll von rd. 1.200 Flüchtlingen. Wie aus der folgenden Tabelle zu entnehmen ist, kamen im Jahr 2014 die meisten Flüchtlinge aus Serbien (148), Eritrea (131), Syrien (115) und Somalia (111).

Staatsangehörigkeit	Anzahl	Staatsangehörigkeit	Anzahl
Serbien	148	Bulgarien	3
Eritrea	131	Jamaika	3
Syrien	115	Nigeria	3
Somalia	111	Übriges Asien	3
Afghanistan	81	Jugoslawien	2
Armenien	45	Kenia	2
Albanien	42	Senegal	2
Pakistan	39	Thailand	2
Kosovo	37	Angola	1
Iran	33	Elfenbeinküste	1
Irak	30	Ghana	1
Algerien	26	Kamerun	1
Mazedonien	23	Kasachstan	1
Russische Föderation	17	Kuwait	1
Bosnien-Herzegowina	14	Libanon	1
Türkei	14	Marokko	1
Aserbaidschan	10	Moldau	1
Jemen	8	Sierra Leone	1
Indien	7	Slowenien	1
Staatenlos	7	Unbekannt	1
Äthiopien	6	Vietnam	1
Kongo, Demokratische Republik	6		

Tab. 8-1: Asylsuchende im Landkreis Kassel  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales



Die Aufgabe des Landkreises Kassel besteht darin, den Flüchtlingen eine menschenwürdige Unterkunft zur Verfügung zu stellen, die notwendige Betreuung zu gewährleisten und ihren Lebensunterhalt durch die Gewährung von finanziellen Leistungen, die sich nach dem Asylbewerberleistungsgesetz richten, zu sichern.

Die Flüchtlinge finden ihr erstes zu Hause zumeist in sog. *Gemeinschaftsunterkünften*, die der Landkreis Kassel zur Verfügung stellt. Im Februar 2015 betrieb der Landkreis Kassel in eigener Verantwortung Gemeinschaftsunterkünfte in Wolfhagen, Trendelburg, Vellmar, Fuldata, Helsa, Oberweser, Hofgeismar und Nieste. In den nächsten Monaten wird der Landkreis weitere Gemeinschaftsunterkünfte in den kreisangehörigen Gemeinden errichten. Konkrete Planungen bestehen in Espenau, Fuldata, Niestetal und Bad Karlshafen. Der Landkreis Kassel ist dabei auf die Mitwirkung der kreisangehörigen Kommunen angewiesen. Neben der Errichtung von Gemeinschaftsunterkünften ist der Landkreis Kassel bemüht, Flüchtlingen, deren Bleiberecht positiv prognostiziert wird, zeitnah privaten Wohnraum zu beschaffen.

Die besondere Herausforderung der Unterbringung von Flüchtlingen war auch Thema der Kreistagssitzung am 10.11.2014. Hierzu war in der HNA am 11.11.2014 zu lesen:

*„Der Landkreis Kassel sucht weitere Unterkünfte für Flüchtlinge, deren Zahl stark wächst. In Notunterkünften wie Turnhallen und Containern sollen die Asylbewerber aber nicht untergebracht werden. Containerlösung in Thüringen: Der Kreistag lehnt so etwas im Landkreis Kassel ab – auch wenn es schwer ist, für die steigende Zahl der Flüchtlinge Unterkünfte zu finden. Das hat der Kreistag nun bekräftigt und sich hinter die Politik des Landkreises in Sachen Flüchtlinge gestellt.“*

Die Erstaufnahme in Gemeinschaftsunterkünften bietet für Flüchtlinge die große Chance, auf Menschen mit gleichem Schicksal zu treffen und Kontakte zu schließen. Durch die intensive Betreuung der Mitarbeiter/innen vor Ort und der vielen ehrenamtlichen Helfer/innen soll es gelingen, die Flüchtlinge in ihrem neuen zu Hause willkommen zu heißen. Mit dem Zuzug der Flüchtlinge bekommt für viele Bürger/innen in den Städten und Gemeinden im Landkreis Kassel das durch Flucht und Vertreibung verursachte Leid ein Gesicht. In den Kommunen, in denen sich die Gemeinschaftsunterkünfte befinden, haben sich deshalb Menschen in Unterstützernetzen zusammen gefunden, die den Flüchtlingen vielfältige Hilfsangebote zur Verfügung stellen. Die Unterstützung ist breit gefächert und umfasst u.a. Hilfe bei Einkäufen, Sprachkurse, Hausaufgabenhilfe, Integration in Sportvereine, Begleitung bei Behördengängen und Arztbesuche sowie Hilfe bei Übersetzungen. Die Mitarbeit der Unterstützernetze beschleunigt die Integration in die Bevölkerung und erleichtert es den Flüchtlingen, sich in einem für sie fremden Land zurecht zu finden und letztlich in eigene Wohnungen umzuziehen.

Die vielen Krisenherde auf der Welt werden den Landkreis Kassel vor die große Herausforderung stellen, auch in den künftigen Jahren eine hohe Anzahl von Asylbewerberinnen/-bewerbern aufnehmen und unterbringen zu müssen. Dabei gilt es, die Potenziale der zu uns kommenden Menschen zu erkennen und entsprechend zu nutzen. Hierbei wird der Landkreis Kassel auch auf das Engagement aller Bürger/innen des Landkreises angewiesen sein. Das eigene Betreuungsangebot gilt es aufrecht zu erhalten und zu erweitern, z. B. auch durch die Möglichkeit an zusätzlicher gemeinnütziger Arbeit, an der bereits schon jetzt durch die Schaffung von Arbeitsgelegenheiten für die Asylbewerber/innen gearbeitet wird. Zudem sind Qualifizierungsmaßnahmen zur Vorbereitung auf Berufsausbildungen in Planung.



## Abkürzungen

AiQuA	= Arbeitsintegrierte Qualifizierung in der Altenpflege
AG	= Arbeitsgruppe
AGiL	= Arbeitsfördergesellschaft
ALG	= Arbeitslosengeld
AP	= Aktivierungsprofil
ARGE	= Arbeitsgemeinschaften der Arbeitsagentur (heute: Jobcenter)
ASD	= Allgemeiner Sozialer Dienst
BA	= Bundesagentur für Arbeit
BeKo	= Beratungskonzeption
BEP	= Hessischer Bildungs- und Erziehungsplan
BMFSFJ	= Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	= Bundesministerium für Gesundheit
BMVBS	= Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
BRK	= Behindertenrechtskonvention
BTM	= Betäubungsmittelgesetz
BVB	= Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme
BzB	= Bildungsgänge zur Berufsvorbereitung
DEVAP	= Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.
DGG	= Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
DIA-AM	= Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit
DIW	= Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
EIBE	= Programm zur Eingliederung in die Berufs- und Arbeitswelt
EP	= Entwicklungsprofil
FamilienZG	= Familienpflegezeitgesetz
FBI	= Fachkräfte für berufliche Integration
FM	= Fallmanagement
FP	= Förderprofil
GewSchG	= Gewaltschutzgesetz
GIZ	= Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
HaLT	= Hart am Limit
HessKiFöG	= Hessisches Kinderförderungsgesetzes
HKJGB	= Hessisches Kinder- und Jugendhilfegesetzbuch
HLT	= Hessischer Landtag
HMSI	= Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
HZE	= Hilfen zur Erziehung
IBRP	= Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
IFD	= Integrationsfachdienst
IfD	= Institut für Demoskopie Allensbach
IGLU	= Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung
IHP	= Integrierter Hilfeplan
InsO	= Insolvenzordnung
ITP	= Integrierte Teilhabepaltung
IWAK	= Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur





JGH	= Jugendgerichtshilfe
Juleica	= Jugendgruppenleitercard
KDA	= Kuratorium Deutsche Altenhilfe
KAIP	= Kooperatives Gewaltinterventionsprogramm Region Kassel
KiGGS	= Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
Kita	= Kindertagesstätte
km	= Kilometer
KVH	= Kassenärztliche Vereinigung Hessen
LKKS	= Landkreis Kassel
LWV	= Landeswohlfahrtsverband Hessen
MDK	= Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MP	= Marktprofil
MUG	= Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung
NRW	= Nordrhein-Westfalen
ÖPNV	= Öffentlicher Personennahverkehr
pAp	= Persönlicher Ansprechpartner
PfWG	= Pflegeweiterentwicklungsgesetz
PflegeZG	= Pflegezeitgesetz
PKH	= Psychiatrisches Krankenhaus
PKV	= Private Krankenversicherung
PNG	= Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes
PSG	= Pflegestärkungsgesetz
PSKB	= Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle
Reha	= Rehabilitation
s.	= siehe
SCHuB	= Lernen und Arbeiten in Schule und Betrieb
Sek.	= Sekundarstufe
SEU	= Schuleingangsuntersuchung
SGB	= Sozialgesetzbuch
SOEP	= Sozioökonomisches Panel
sog.	= sogenannte
SoPD	= Sozialpsychiatrischer Dienst
SP	= Stabilisierungsprofil
TK	= Techniker Krankenkasse
TIMSS	= Trends in International Mathematics and Science Study
Tsd.	= Tausend
UP	= Unterstützungsprofil
UVG	= Unterhaltsvorschussgesetz
VhU	= Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände
WfbM	= Werkstätten für behinderte Menschen
ZAV	= Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit
ZQP	= Zentrum für Qualität in der Pflege



## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1-1: Einwohnerentwicklung im Landkreis Kassel.....	7
Abb. 1-2: Prognose der Bevölkerungsentwicklung 2008 bis 2030.....	7
Abb. 1-3: Saldo der natürlichen Bevölkerungsbewegung .....	8
Abb. 1-4: Wanderungssalden .....	8
Abb. 1-5: Haushalte 2011 im Vergleich .....	9
Abb. 1-6: Haushaltstypen im Landkreis Kassel.....	10
Abb. 1-7: Anteil Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung .....	12
Abb. 1-8: Ausländische Bevölkerung nach Alter .....	12
Abb. 1-9: Deutsche Bevölkerung nach Alter.....	12
Abb. 1-10: Einbürgerungen im Landkreis Kassel .....	13
Abb. 1-11: Einbürgerungen nach Alter .....	13
Abb. 1-12: Teilnehmende an Jugendförderung / Jugendbildung 2013 .....	21
Abb. 1-13: Teilnehmende Jugendförderung /-bildung 2013 .....	22
Abb. 1-14: Schüler/innen an privaten und öffentlichen Schulen .....	23
Abb. 1-15: Vorausberechnung der Schülerzahlen im Landkreis Kassel.....	25
Abb. 1-16: Schulentlassene aus allgemeinbildenden Schulen.....	26
Abb. 1-17: Schulabschlüsse nach Gemeinden .....	28
Abb. 1-18: Entwicklung der Schülerzahlen in den Förderschulen.....	29
Abb. 1-19: Kapazität der Schulsozialarbeit in Vollzeitstellen.....	30
Abb. 1-20: Beratung und Begleitung der Sozialarbeit in Schulen .....	31
Abb. 1-21: Anzahl der Gespräche mit Eltern und Lehrpersonen .....	32
Abb. 1-22: Gruppenangebote, Projekte und Veranstaltungen .....	32
Abb. 1-23: Prozentualer Anteil der Beratungsleistungen 2013 pro Unter-18-Jährigen.....	33
Abb. 1-24: Entwicklung der Hilfen zur Erziehung .....	35
Abb. 1-25: Prozentualer Anteil der Hilfen zur Erziehung 2013 pro unter-21-jährigen Einwohner/innen ....	37
Abb. 1-26: Fallzahlen im Frauenhaus Landkreis Kassel.....	40
Abb. 1-27: Jugendgerichtshilfefälle aus dem Tatjahr 2011 .....	41
Abb. 1-28: Deliktarten nach Altersgruppen.....	42
Abb. 1-29: JGH-Fälle im Alter 14-21 Jahre .....	43
Abb. 1-30: Beistandschaften, Pflegschaften, Vormundschaften 2013 .....	44
Abb. 1-31: Entwicklung der Unterhaltsvorschussleistungen .....	45
Abb. 1-32: Fälle nach dem Unterhaltsvorschussgesetz 2013.....	46
Abb. 1-33: Strategien für einen guten Start ins Leben .....	47
Abb. 3-1: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit.....	50
Abb. 5-1: Anzahl schwer- und leichtbehinderter Menschen im LK Kassel.....	122
Abb. 5-2: Schwerbehinderte Männer und Frauen .....	124
Abb. 5-3: Offene Hilfen .....	125
Abb. 5-4: familienentlastende Dienste –feD gesamt .....	125
Abb. 5-5: familienentlastende Dienste – feD Teil 1 .....	126
Abb. 5-6: familienentlastende Dienste – feD Teil 2 .....	126
Abb. 5-7: Behinderte Menschen in der WfbM gesamt.....	130
Abb. 5-8: WfbM – Männer.....	130
Abb. 5-9: WfbM – Frauen .....	130



Abb. 5-10: Behinderte Menschen nach Art der Wohnform .....	133
Abb. 5-11: Wohnform geistig behinderte Männer .....	133
Abb. 5-12: Wohnform geistig behinderte Frauen .....	134
Abb. 5-13: Wohnform körperbehinderte Männer .....	134
Abb. 5-14: Wohnform körperbehinderte Frauen.....	134
Abb. 5-15: Wohnform seelisch behinderte Männer.....	135
Abb. 5-16: Wohnform seelisch behinderte Frauen.....	135
Abb. 5-17: Wohnform suchtkranke Männer.....	135
Abb. 5-18: Wohnform suchtkranke Frauen .....	136
Abb. 5-19: Anzahl leistungsberechtigter Menschen für Stationäres Wohnen.....	136
Abb. 5-20: Anzahl leistungsberechtigter Menschen für Betreutes Wohnen.....	137
Abb. 5-21: Anzahl der Leistungsberechtigten für Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).....	137
Abb. 5-22: Fallentwicklung bei der Pädagogischen Frühförderung .....	138
Abb. 5-23: Fälle der Beratungsstelle für Frühförderung 2011 .....	139
Abb. 5-24: Inklusion im Kindergarten .....	140
Abb. 5-25: Teilhabeassistenzen im Landkreis Kassel.....	140
Abb. 5-26: Teilhabeassistenzen nach besuchter Schulart 2013.....	141
Abb. 6-1: Praxisstandorte der Hausärztinnen/-ärzte 2013 .....	142
Abb. 6-2: Hausärztinnen/-ärzte in Hessen .....	143
Abb. 6-3: Praxisstandorte der Fachärztinnen/-ärzte 2013 .....	143
Abb. 6-4: Beste/Schlechteste Gemeindewerte in der Anzahl übergewichtiger Kinder .....	146
Abb. 6-5: Übergewichtige Kinder im Landkreis Kassel 2014 .....	147
Abb. 6-6: Anzahl übergewichtige und adipöse Kinder .....	148
Abb. 6-7: Zahngesundheit 1. Schuljahr .....	148
Abb. 6-8: Beste/Schlechteste Gemeindewerte in der Zahngesundheit 1. Schuljahr .....	148
Abb. 6-9: "Natur gesunde" Zähne 1. Schuljahr .....	149
Abb. 6-10: Sprachauffälligkeiten zur Schuleingangsuntersuchung.....	150
Abb. 6-11: Sprachauffälligkeiten im Landkreis Kassel 2014.....	151
Abb. 6-12: Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes nach Wohnorten Teil 1 .....	152
Abb. 6-13: Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes nach Wohnorten Teil 2.....	153
Abb. 6-14: Hilfen gemäß Hilfeplankonferenzen im Bereich Psychiatrie Teil 1 .....	153
Abb. 6-15: Hilfen gemäß Hilfeplankonferenzen im Bereich Psychiatrie Teil 2.....	154
Abb. 6-16: Hilfen gemäß Hilfeplankonferenzen im Bereich Alkohol Teil 1.....	154
Abb. 6-17: Hilfen gemäß Hilfeplankonferenzen im Bereich Alkohol Teil 2.....	155
Abb. 6-18: Beratene Klientinnen und Klienten der PSKB Teil 1.....	155
Abb. 6-19: Beratene Klientinnen und Klienten der PSKB Teil 2.....	156
Abb. 6-20: Klientenkontakte der PSKB nach Hauptdiagnosen .....	156
Abb. 6-21: Inanspruchnahme von Beratung/Behandlung bei legalen Suchtmitteln / Glücksspielsucht. Schwerpunkt: Altersgruppe über 27 Jahre. Teil 1 .....	158
Abb. 6-22: Inanspruchnahme von Beratung/Behandlung bei legalen Suchtmitteln / Glücksspielsucht. Schwerpunkt: Altersgruppe über 27 Jahre. Teil 2.....	158
Abb. 6-23: Inanspruchnahme von Beratung/Behandlung bei illegalen und legalen Suchtmitteln. Schwerpunkt: Altersgruppe bis 27 Jahre (bei illegalen Suchtmitteln auch über 27 Jahre). Teil 1 .....	159



Abb. 6-24: Inanspruchnahme von Beratung/Behandlung bei illegalen und legalen Suchtmitteln. Schwerpunkt: Altersgruppe bis 27 Jahre (bei illegalen Suchtmitteln auch über 27 Jahre). Teil 2.....	160
Abb. 6-25: Suchtberatung pro 1.000 Einwohner/innen Teil 1.....	160
Abb. 6-26: Suchtberatung pro 1.000 Einwohner/innen Teil 2.....	161
Abb. 6-27: Anträge auf gesetzliche Betreuung nach Alter .....	164
Abb. 6-28: Anträge auf gesetzliche Betreuung nach Gemeinden Teil 1 .....	165
Abb. 6-29: Anträge auf gesetzliche Betreuung nach Gemeinden Teil 2 .....	165
Abb. 6-30: Grund der Antragstellung.....	166
Abb. 6-31: Lebenssituation der antragstellenden Personen .....	166
Abb. 6-32: Gesetzlich betreute Klientinnen und Klienten im Kontakt mit der Betreuungsbehörde.....	167
Abb. 6-33: Entwicklung der rechtlichen Betreuungen nach Betreuungsart.....	167
Abb. 7-1: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.....	168
Abb. 7-2: Atypische Beschäftigung.....	169
Abb. 7-3: Arbeitslos gemeldete Menschen.....	169
Abb. 7-4: Menschen im ALG I-Leistungsbezug.....	170
Abb. 7-5: Als arbeitslos gezählte erwerbsfähige Menschen im Hartz-IV-Leistungsbezug.....	170
Abb. 7-6: Dauer der Arbeitslosigkeit bei Männern.....	171
Abb. 7-7: Dauer der Arbeitslosigkeit bei Frauen .....	171
Abb. 7-8: Verteilung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im SGB II .....	172
Abb. 7-9: Personen in Hartz-IV-Bedarfsgemeinschaften .....	173
Abb. 7-10: Erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem SGB II in Bedarfsgemeinschaften .....	173
Abb. 7-11: Nicht-Erwerbsfähige Hilfebedürftige unter 15 Jahre.....	174
Abb. 7-12: ALG II-Bedarfsgemeinschaften.....	174
Abb. 7-13: Erwerbsfähige Menschen im Hartz-IV-Leistungsbezug.....	175
Abb. 7-14: Geringfügig Beschäftigte.....	175
Abb. 7-15: Alleinerziehende Hilfebedürftige .....	176
Abb. 7-16: Alleinerziehende nach Schul- und Berufsabschluss.....	176
Abb. 7-17: Anteil Migrant(inn)en an allen Erwerbsfähigen im ALG II-Leistungsbezug .....	177
Abb. 7-18: Anteil deutscher ALG II-Leistungsbezieher/innen an erwerbsfähiger deutscher Gesamtbevölkerung.....	177
Abb. 7-19: Anteil Migranten-ALG II-Leistungsbezieher/innen an erwerbsfähiger Migranten- Gesamtbevölkerung.....	178
Abb. 7-20: Profillagen erwerbsfähiger Hilfebedürftiger.....	179
Abb. 7-21: Unterstützungsbedarf gemäß Profillagen .....	179
Abb. 7-22: Eingliederungsleistungen SGB II im Jobcenter des Landkreises Kassel .....	181
Abb. 7-23: Kommunale Beratungsleistungen im Jobcenter .....	182
Abb. 7-24: Profillagen bei Menschen 50+ .....	182
Abb. 7-25: Entwicklung in den Altersstufen .....	183
Abb. 7-26: Dauer der Arbeitslosigkeit bei 50-65 jährigen Frauen .....	183
Abb. 7-27: Dauer der Arbeitslosigkeit bei 50-65 jährigen Männern .....	184
Abb. 7-28: Arbeitslose schwerbehinderte Menschen im SGB II und III .....	184
Abb. 7-29: Verbleib der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen aus dem SGB III .....	185
Abb. 7-30: Arbeitslose schwerbehinderte Menschen im SGB II.....	185
Abb. 7-31: Verbleib der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen aus dem SGB II .....	186



Abb. 7-32: Anzahl und Dauer SGB II-Leistungsbezieher/innen 15-25 Jährige.....	187
Abb. 7-33: Profillagen U25 .....	187
Abb. 7-34: Kinder bis 6 Jahre im Landkreis Kassel 2013 .....	188
Abb. 7-35: Kinder bis 15 Jahre im Landkreis Kassel 2013 .....	188
Abb. 7-36: Schulentlassene im Landkreis Kassel .....	189
Abb. 7-37: Schulentlassene im Landkreis Kassel – Verteilung nach Bildungsabschlüssen in %.....	189
Abb. 7-38: Anfänger/innen nach der Sekundarstufe (Sek.) I .....	190
Abb. 7-39: Anfänger/innen nach Abschluss der Sekundarstufe (Sek) I in %.....	190
Abb. 7-40: Anfänger/innen in Dualer Ausbildung nach Bildungsabschluss in % .....	191
Abb. 7-41: Geförderte Reha-Ausbildung .....	193
Abb. 7-42: Ablauf der Reha-Antragstellung.....	194
Abb. 8-1: Leistungsberechtigte HLU außerhalb von Einrichtungen Kap. 3 SGB XII .....	196
Abb. 8-2: Zu- und Abgänge aus dem Bereich HLU Kap. 3 SGB XII .....	197
Abb. 8-3: Kommunale Gesamtausgaben für HLU Kap 3 SGB II.....	197
Abb. 8-4: Leistungsberechtigte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen Kap 4 SGB XII .....	198
Abb. 8-5: Kommunale Gesamtausgaben für Grundsicherung Kap. 4 SGB II .....	199
Abb. 8-6: Leistungsberechtigte im Rahmen Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen Kap. 7 SGB XII .....	200
Abb. 8-7: Leistungsberechtigte nach Geschlecht.....	200
Abb. 8-8: Gesamtausgaben für stationäre Pflege .....	201
Abb. 8-9: Kostenentwicklung in den Pflegestufen.....	201
Abb. 8-10: Kostenentwicklung teilstationäre und Kurzzeitpflege .....	202
Abb. 8-11: Gesamtausgaben SGB XII in Mio. € .....	202
Abb. 8-12: Entwicklung der Schuldnerquote im Landkreis Kassel.....	203
Abb. 8-13: Insolvenzen im Landkreis Kassel .....	203
Abb. 8-14: Von der Schuldnerberatung beratene Menschen nach Alter .....	204
Abb. 8-15: Beratene Menschen nach Familienstand .....	205
Abb. 8-16: Beratene Menschen im Hartz IV-Leistungsbezug .....	205



## Tabellenverzeichnis

Tab. 1-1: Privathaushalte in den Städten und Gemeinden des Landkreises Kassel .....	11
Tab. 1-2: Einwahlverhalten in weiterführende Schulen .....	24
Tab. 1-3: Schularartwechsel .....	26
Tab. 1-4: Anteil Schulentlassene 2012/13.....	27
Tab. 1-5: Hilfekategorien .....	34
Tab. 1-6: Fallzahlen häuslicher Gewalt .....	39
Tab. 1-7: Fallzahlen des Frauenhauses Landkreis Kassel .....	39
Tab. 3-1: Pflegebedürftige nach Leistungsart im Vergleich Hessen und Landkreis Kassel.....	51
Tab. 3-2: Verteilung der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung.....	51
Tab. 3-3: Niederschwellige Betreuungsangebote 2013 .....	54
Tab. 3-4: Pflegedienste nach Trägerinnen und Trägern .....	55
Tab. 3-5: Pflegebedürftige ältere Menschen .....	55
Tab. 3-6: Platzzahlen in den Alten- und Pflegeheimen .....	61
Tab. 3-7: Pflegeheime nach Trägerinnen und Trägern .....	63
Tab. 3-8: Möglicher Pflegebedarf .....	63
Tab. 3-9: Mögliche Pflegebedürftige Landkreis Kassel.....	63
Tab. 3-10: Pflegewahrscheinlichkeit.....	64
Tab. 3-11: Pflegewahrscheinlichkeiten Landkreis Kassel .....	64
Tab. 3-12: Pflegebedürftige nach Gebietskörperschaften 2011-2020 .....	64
Tab. 3-13: Pflegebedürftige in stationärer Dauerpflege nach Gebietskörperschaften 2011-2020.....	65
Tab. 3-14: Pflegeprognose Landkreis Kassel .....	65
Tab. 3-15: Angehörigenpflegepotenzial.....	66
Tab. 3-16: Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Hessen .....	67
Tab. 3-17: Gründe für Stellenbesetzungsprobleme .....	67
Tab. 3-18: Pflegekräfte in ambulanten Diensten .....	68
Tab. 3-19: Pflegekräfte in stationären Einrichtungen .....	68
Tab. 3-20: Gesuchte Altenpfleger/innen.....	68
Tab. 3-21: Angebot und Nachfrage von Altenpflegerinnen/-pflegern.....	68
Tab. 3-22: Erhöhungsschritte Mindestlohn.....	74
Tab. 3-23: Charakteristika der Pflegebedürftigen nach Haushaltsgröße .....	82
Tab. 3-24: Auslastungsquote der stationären Dauerpflege.....	93
Tab. 3-25: Pflegestufenverteilung bei den Männern .....	93
Tab. 3-26: Entwicklung der Pflegekosten .....	94
Tab. 3-27: Pflegesätze.....	94
Tab. 3-28: Pflegekosten vom Beginn der Pflege bis zum Tod .....	95
Tab. 3-29: Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken .....	98
Tab. 3-30: Rechnerisch mögliche Demenzerkrankungen im Landkreis Kassel.....	98
Tab. 3-31: Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle .....	102
Tab. 3-32: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung .....	103
Tab. 3-33: Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung .....	104
Tab. 3-34: Vergleich der Pflegebedürftigen 2007-2013 .....	104
Tab. 3-35: Verhältnis der Leistungsarten 2013 .....	104
Tab. 3-36: Altersspezifische Pflegequote 2007 .....	105



Tab. 3-37: Leistungsempfänger/innen nach Leistungsart und Pflegestufe 2010.....	105
Tab. 3-38: SGB XI-Empfänger/innen nach Ausgabenarten .....	106
Tab. 3-39: Pflegebedürftige nach Geschlecht, Pflegestufe und Art der Versorgung .....	106
Tab. 3-40: Leistungen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen .....	107
Tab. 3-41: Ausgaben pro Empfänger/in .....	107
Tab. 3-42: Vorausschätzung stationäre Dauerpflege.....	108
Tab. 5-1: Veränderung der Anzahl schwer- und leichtbehinderte Menschen von 2013 auf 2014 .....	123
Tab. 6-1: Inanspruchnahme von Beratung und Behandlung bei Glücksspielsucht .....	159
Tab. 6-2: Erstauffälligkeitsproblematik junger Menschen bis 21 Jahre im „Just in time“-Projekt.....	162
Tab. 6-3: Brückengespräche mit Kinder/ Jugendlichen nach Aufnahme auf Grund Alkoholintoxikation .....	163
Tab. 7-1: Profillagen im Vermittlungs- und Betreuungskontext.....	178
Tab. 8-1: Asylsuchende im Landkreis Kassel.....	206



## Literaturverzeichnis

- Afentakis, A. & Maier, T. (2013). Sind Pflegekräfte aus dem Ausland ein Lösungsansatz, um den wachsenden Pflegebedarf decken zu können? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. *Bundesgesundheitsblatt*, 8.
- Arbeitsagentur (2013). *Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement*. Verfügbar unter <http://www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/Institutionen/Wissenschaft/Detail/index.htm?dfContentId=L6019022DSTBAI510034>.
- Arolt, V. (1997). *Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten: Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten*. Berlin: Springer.
- Baethge, M. & Weil, M. (2014). Berufsausbildung: Vor unsicheren Zeiten. *Impulse*, 3, S. 18.
- Barmer GEK (2013). Barmer GEK Pflegereport 2013. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 23*.
- Barmer GEK (2012). *GEK Pflegereport 2012*. Schwäbisch Gmünd: Barmer GEK.
- Bertelsmann Stiftung, Institut für Schulentwicklungsforschung der Technischen Universität Dortmund, Institut für Erziehungswissenschaften der Friedrich-Schiller-Universität Jena (2014). *Chancenspiegel 2014. Regionale Disparitäten in der Chancengerechtigkeit und Leistungsfähigkeit der deutschen Schulsysteme*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Grundriss Gerontologie, Band 14*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2011). *IGLU – Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung*. Berlin: BMBF.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2011). *TIMSS – Trends in International Mathematics and Science Study*. Berlin: BMBF.
- Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland*. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (2011). *Kommune gemeinsam gestalten – Handlungsansätze zur Beteiligung Älterer vor Ort*. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011). *Fünfter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: BMG.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2010). *Wohnen im Alter*. Berlin: BMVBS.
- Deutscher Bundestag: Drucksache (1999). Kosten der häuslichen Gewalt von Männern gegen Frauen. *Drucksache 14/849*.
- empirica ag, Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung mbH (2003). *Empirica-Studie*. Bonn: empirica.
- FÖBE, Förderstelle für Bürgerschaftliches Engagement (2014). *In München alt werden – ja gerne. Ein Handlungsleitfaden für Freiwilligenkoordinatoren*. München: FÖBE.
- Forschungsverbund Technische Universität Dortmund & Deutsches Jugendinstitut (2014). *Kommunale Bedarfserhebungen. Der regionalspezifische Betreuungsbedarf U3 und seine Bedingungsfaktoren*. Dortmund: TU.
- Frauen helfen Frauen (FiF) (2013). Beratung und Betreuung von Frauen bei häuslicher Gewalt. *Jahresbericht 2012*. Kassel: FiF.





- Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) und Institut für Demoskopie Allensbach (2013). *GENERALI ALTERSSTUDIE 2013, Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren*. Frankfurt: Fischer.
- Gesundheitsamt Region Kassel (2014). *Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung*. Verfügbar unter <http://gesundheitsamt.stadt-kassel.de/miniwebs/gesund/16409/index.html>.
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2014). *Regionaler Gesundheitsreport 2014. Gesundheitliche und pflegerische Versorgung, Daten-Fakten-Ausblicke*. Berlin: HMSI.
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration & Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2014). *Regionaler Gesundheitsreport 2014. Gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Daten – Fakten – Ausblicke. Landkreis Kassel*. Wiesbaden: HMSI.
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2010). *Entwicklung der Pflegedürftigkeit in Hessen*. Report Nr. 756. Wiesbaden: HMSI.
- Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung (2010). *Bevölkerungsvorausschätzung für die hessischen Landkreise und kreisfreien Städte, Report Nr. 792*.
- Hessisches Statistisches Landesamt (2010, 2013). *Integrierte Ausbildungsberichterstattung*. Wiesbaden.
- Hirsch, R. D. (2003). Störfaktor dementer Patient? *Krankenhaus Umschau* 3, S. 172-175.
- Institut für Demoskopie Allensbach, (2012). *Pflegeleistung und Pflegeerfahrung von Frauen*. Allensbach: IfD Allensbach.
- Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) (2014). *Hessischer Pflegemonitor 2013*. Frankfurt: IWAK.
- Jost, A. (2013). Altenpflegekräfte länger im Beruf halten. *Bundesgesundheitsblatt*, 8.
- Kirchen-Peters, S. (2011). *Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern*. Saarbrücken: ISO-Institut.
- Krüger, R. & Sittler, L. (2011). *Wir brauchen euch! – Wie sich die Generation 50plus engagieren und verwirklichen kann*. Hamburg: Murmann Verlag.
- Kruse, A. (1998). *Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe (2014). *Moderne Altenhilfe-Landschaften – Aufgaben und Herausforderungen für Kommunen. ProAlter 6/2014*.
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe (2014). *WIR machen das! Selbstorganisierte Angebote als Antwort auf den demografischen Wandel. ProAlter 6/2014*.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2011). *Wohnen im Alter*. Köln: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung.
- Landkreis Kassel (2013). *Armutbericht für den Landkreis Kassel*. Kassel: LKKS.
- Landkreis Kassel (2012). *Sozialatlas 2012*. Kassel: LKKS.
- Langehennig, M., Betz, D. & Dosch, E. (2012). *Männer in der Angehörigenpflege*. Weinheim: Beltz.
- Lenz, J. (1996). *Spirale der Gewalt*. Berlin: Morgenbuch-Verlag.
- Niejahr, E. (2007). *Alt sind nur die Anderen*. Frankfurt: Fischer Verlag.
- Opaschowski, H. (2010). *Wir!* Hamburg: Murmann Verlag.
- Panhorst, H. & Möller, J. (2013). *Begleitforschung zur Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz. Abschlussbericht*. Hamburg: HFH Hamburger Fern-Hochschule.
- Pfeiffer, C., Wetzels, P. & Enzmann, D. (1999). *Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. Forschungsbericht Nr. 80*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN).
- Robert Koch-Institut (2014). *HIV/AIDS in Hessen – Eckdaten der Schätzung*. Berlin: RKI.
- R+V Versicherung (2014). *Die Ängste der Deutschen 2014. Deutsche im Stimmungshoch – aber weiterhin Angst ums Geld, die Umwelt und die Gesundheit*. Wiesbaden: R+V Infocenter.



- Schneekloth, U. & Wahl, H. (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)*. München: Deutsches Zentrum für Altenforschung.
- Stiftung ProAlter (2010). *Neue Nachbarschaftshilfen im Landkreis Kassel*. Verfügbar unter <http://www.www.nachbarschaftshilfe-kassel-land.de/files/Endbericht-2103-NNH-LKS.pdf>.
- Techniker Krankenkasse (2014). *Meinungsplus*. Hamburg: TK.
- Universität Kassel (2014). *Bürgerliches und politisches Engagement als Faktoren demografischer Zukunftsfähigkeit*. Studie. Kassel: Universität Kassel.
- Wingenfeld, K. & Kleina, T. (2007). *Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus*. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Uni Bielefeld.
- Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2013). *Vereine an den Grenzen der Belastbarkeit, WZBrief Zivil-Engagement 07. April 2013*.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (2013). *Potenziale des Ehrenamtes nutzen*. Berlin: ZQP.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (2014). *Pflegearrangement in Privathaushalten*. Berlin: ZQP.
- Zimmer, R. & Förstl, H. (2004). Demenz. In: V. Arolt & A. Diefenbacher (Hrsg.), *Psychiatrie in der klinischen Medizin*, S. 285.)

### Statistische Datenquellen

- Bertelsmann-Stiftung
- Frauenhaus Kassel
- Hessischer Pflegemonitor
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
- Jobcenter des Landkreises Kassel
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- Landeswohlfahrtsverband Hessen
- Landkreis Kassel, Altenplanung
- Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales
- Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend
- Landkreis Kassel, Sozialplanung
- Polizeipräsidium Kassel
- Regierungspräsidium Gießen
- Statistisches Bundesamt
- Stadt Kassel
- Statistisches Landesamt Hessen
- Statistik Service Südwest der Arbeitsagentur
- Verband der Pflegekassen
- Verein Frauen helfen Frauen e.V.

### Gesetzliche Grundlagen

- Sozialgesetzbuch – SGB II: Grundsicherung für Arbeitssuchende
- Sozialgesetzbuch – SGB III: Arbeitsförderung
- Sozialgesetzbuch – SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe
- Sozialgesetzbuch – SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- Sozialgesetzbuch – SGB XI: Soziale Pflegeversicherung
- Sozialgesetzbuch – SGB XII: Sozialhilfe



# Teil II

## Strukturdaten der Städte und Gemeinden

### Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>220</b>
<b>Landkreis Kassel</b> .....	<b>221</b>
1 Gemeinde Ahnatal .....	223
2 Gemeinde Bad Emstal .....	227
3 Stadt Bad Karlshafen .....	231
4 Stadt Baunatal.....	235
5 Gemeinde Breuna .....	241
6 Gemeinde Calden .....	245
7 Gemeinde Espenau .....	249
8 Gemeinde Fuldabrück.....	253
9 Gemeinde Fuldataal.....	257
10 Stadt Grebenstein .....	263
11 Gemeinde Habichtswald .....	267
12 Gemeinde Helsa .....	271
13 Gemeinde Hofgeismar .....	275
14 Gemeinde Immenhausen.....	281
15 Gemeinde Kaufungen .....	287
16 Stadt Liebenau .....	293
17 Gemeinde Lohfelden.....	297
18 Stadt Naumburg .....	303
19 Gemeinde Nieste .....	307
20 Gemeinde Niestetal.....	311
21 Gemeinde Oberweser .....	315
22 Gemeinde Reinhardshagen .....	319
23 Gemeinde Schauenburg .....	323
24 Gemeinde Söhrewald.....	327
25 Stadt Trendelburg .....	331
26 Stadt Vellmar.....	335
27 Gemeinde Wahlsburg .....	339
28 Stadt Wolfhagen.....	343
29 Stadt Zierenberg .....	349



## Einleitung

In den vorhergehenden Kapiteln wurden die sozial relevanten Themen vorrangig kreisbezogen als Vergleichs- und Verlaufsdaten aufgeführt. Im nun folgenden Teil II des Sozialatlasses werden ausschließlich die **Strukturdaten** der Städte und Gemeinden, unterteilt in die Themenbereiche

1. Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsstruktur
2. Arbeitsmarkt
3. Soziale Sicherung und
4. Jugendhilfedaten

dargestellt. Sie umfassen die Daten der Jahre 2011 bis 2013, und werden in ihrem Verlauf als auch ihrer jeweiligen Tendenz beschrieben und mit dem Kreisdurchschnitt des Jahres 2013 in Beziehung gesetzt. Diese Darstellung ist für weitere sozialplanerische Aufgaben relevant. So werden sozialräumliche Unterschiede auf Stadt- und Gemeindeebene deutlich und die Möglichkeit geschaffen, in den unterschiedlichen sozialen Feldern die Förderungsstrukturen den vorliegenden Förderbedarfen anzupassen bzw. zu optimieren. Auf der jeweils letzten Seite zu den einzelnen Städten und Gemeinden werden unter der Überschrift „**Bildungsangebote und soziale Infrastruktur**“ die Einrichtungen mit den aktuellen Angeboten für Kinder, Jugendliche, behinderte Menschen und Seniorinnen und Senioren aufgelistet. Hierzu zählen:

- Kindertageseinrichtungen
- Schulen
- Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen
- Behinderteneinrichtungen und
- Einrichtungen der Altenhilfe (Stationäre Bereiche, Tagespflege und Ambulante Dienste).

Weitere Informationen sind über die Gemeindedatenbank des Landes Hessen im Internet unter <http://www.hessen-nachhaltig.de/web/vitale-orte-2020/gemeindedatenbank> abrufbar. Als Quelle diente u.a. die jeweilige Homepage der einzelnen Städte und Gemeinden (Stand Februar 2015). Es handelt sich hierbei um ein Nachschlagewerk, das mit der jeweiligen Neuauflage des Sozialatlasses aktualisiert wird. Der Vielfältigkeit der kommunalen Aktivitäten ist es geschuldet, dass an dieser Stelle nicht der Anspruch auf eine lückenlose Darstellung aller - insbesondere der ehrenamtlich organisierten Angebote - realisiert werden kann.

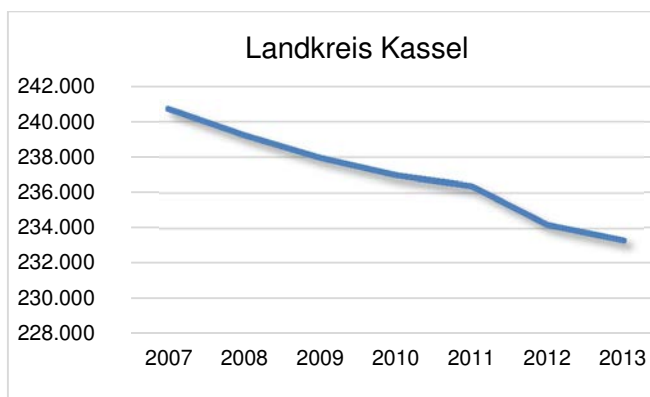


**Landkreis Kassel**



Landkreis Kassel	
<b>29 Kommunen</b>	Ahnatal, Bad Emstal, Bad Karlshafen, Baunatal, Breuna, Calden, Espenau, Fulda, Fulda, Grebenstein, Habichtswald, Helsa, Hofgeismar, Immenhausen, Kaufungen, Liebenau, Lohfelden, Naumburg, Nieste, Niestetal, Oberweser, Reinhardshagen, Schauenburg, Söhrewald, Trendelburg, Vellmar, Wahlsburg, Wolfhagen und Zierenberg
<b>Einwohnerzahl</b>	233.352
<b>Gemeindefläche</b>	1.292,76 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	184 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.landkreis-kassel.de">www.landkreis-kassel.de</a>

**Bevölkerungsentwicklung**



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

## Die Jugend- und Freizeiteinrichtungen - Eigenbetriebe des Landkreises Kassel



Jugend- und Freizeiteinrichtungen

Der Eigenbetrieb Jugend- und Freizeiteinrichtungen betreibt sowohl Jugend- und Gästehäuser als auch den Tierpark Sababurg. Zweck des Betriebes ist es, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen, die Möglichkeit von günstigen Erholungs-, Freizeit- und Bildungsaufenthalten zu bieten.



### Jugendseeheim Kreis Kassel auf Sylt

Auf dem 23 ha großen Gelände stehen 350 Betten in 10 Häusern und ein Zeltplatz mit 160 Betten zur Verfügung. Das weitläufige Gelände bietet viele Sport- und Freizeitmöglichkeiten. Das Jugendseeheim ist ideal für Klassenfahrten und Jugendfreizeiten, aber auch Familien haben die Möglichkeit, hier kostengünstig Urlaub zu machen. Seniorenfreizeiten mit Busanreise werden organisiert.

### Haus Panorama in Schönau am Königssee

Das gemütliche Haus mit 114 Betten und einem kleinen Matratzenlager ist idealer Ausgangsort für Bergtouren und zum Skifahren. Der hauseigene Skiverleih macht Skifreizeiten für Schulklassen besonders günstig. Aber auch Familien und Vereine nutzen das Haus gerne. Hier bietet der Eigenbetrieb ebenfalls Seniorenfreizeiten an.



### Jugendburg/Sportbildungsstätte Sensenstein bei Nieste

Die Jugendburg Sensenstein betreibt der Landkreis Kassel gemeinsam mit dem Landessportbund Hessen e.V. Der Sensenstein mit 125 Betten und wettkampfgerechten Trainingsmöglichkeiten ist die einzige Sportbildungsstätte in Nordhessen. Auch für Seminare und Tagungen sind die Räume ideal. Für die Grundschulkin- der des Landkreises findet hier die Verkehrserziehung statt.

### Wasserschloss Wülmersen bei Trendelburg

Das ehemalige landwirtschaftliche Gut wurde mit Mitteln der Denkmalpflege liebevoll restauriert. Ein Gruppenhaus mit 35 Betten und ein Zeltplatz für 120 Personen stehen für Selbstversorger zur Verfügung. Mit dem Land-Museum und einem eigenen Veranstaltungsprogramm ist das Wasserschloss Wülmersen ein wichtiger kultureller Anziehungspunkt im nördlichen Kreisteil.

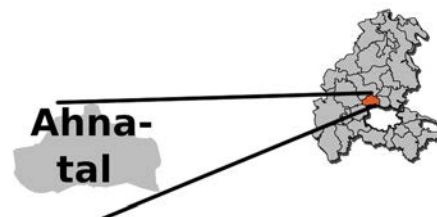


### Tierpark Sababurg

Mitten im Reinhardswald liegt der 130 ha große historische Tierpark. Über 650 Tiere aus 85 Arten werden hier gehalten. Mit dem Konzept „Tiere ohne Grenzen“ und vielfältigen Veranstaltungen ist der Tierpark nicht nur für Familien die größte Attraktion im Landkreis Kassel.

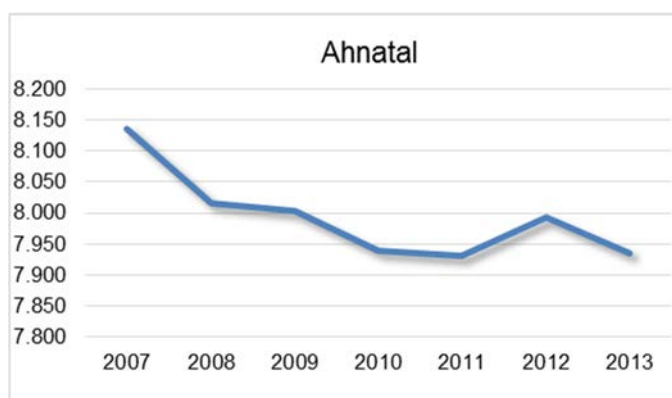


## 1 Gemeinde Ahnatal



	<b>Ahnatal</b>
<b>Ortsteile</b>	Heckershausen und Weimar
<b>Einwohnerzahl</b>	7.935 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	18,03 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	444 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.ahnatal.de">www.ahnatal.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



**1.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

Ahnatal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	3877	4054	3870	4025	3909	4026	↘	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	653	607	640	604	624	578		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,8%	15,0%	16,5%	15,0%	16,0%	14,4%	↓	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	435	358	445	343	444	359		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,2%	8,8%	11,5%	8,5%	11,4%	8,9%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	647	748	623	727	612	675		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,7%	18,5%	16,1%	18,1%	15,7%	16,8%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1195	1235	1212	1251	1261	1333		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	30,8%	30,5%	31,3%	31,1%	32,3%	33,1%	↑	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	757	777	762	788	785	798		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	19,5%	19,2%	19,7%	19,6%	20,1%	19,8%	↗	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	190	329	188	312	183	283		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,9%	8,1%	4,9%	7,8%	4,7%	7,0%	↘	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	43	73	55	83	92	99		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,1%	1,8%	1,4%	2,1%	2,4%	2,5%	↑	4,1%	4,1%

**1.2 Arbeitsmarkt**

Ahnatal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1404	1194	1425	1217	1452	1268		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	57,94%	48,28%	58,74%	49,41%	59,02%	50,68%	↗	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	204	403	197	411	209	407		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,42%	16,30%	8,12%	16,69%	8,50%	16,27%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	76	74	61	60	93	72		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,14%	2,99%	2,51%	2,44%	3,78%	2,88%	→	4,56%	3,80%





### 1.3 Soziale Sicherung

Ahnatal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	67	75	65	77	63	84		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	2,77%	3,03%	2,68%	3,13%	2,56%	3,36%	↗	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	24	22	22	22	28	30		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	4,7%	4,6%	4,5%	4,8%	5,8%	6,8%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	35		34		39			2192	
davon Alleinerziehende	21		18		21			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	60,00%		52,94%		53,85%		→	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	38	31	26	26	51	33		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,57%	1,25%	1,07%	1,06%	2,07%	1,32%	↗	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	16	14	13	11	11	15		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,41%	0,35%	0,34%	0,27%	0,28%	0,37%	↗	0,63%	0,83%

### 1.4 Jugendhilfedaten

Ahnatal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	34,30%		40,10%		45,30%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	24	15	19	13	13	18		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	3,0%	2,1%	2,5%	1,8%	1,7%	2,6%	→	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 1.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 1.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Weimar	Königsfahrt 7, 34292 Ahnatal	05609 / 303
Kindergarten Heckershausen	Dorfplatz 2, 34292 Ahnatal	05609 / 804015
Kindergarten „Regenbogen“	Berliner Str. 31, 34292 Ahnatal	05609 / 350

### 1.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule „Helfensteinschule“ Ahnatal- Weimar	Schulstr. 12, 34292 Ahnatal	05609 / 9812
Grundschule Heckershausen	An der Ahna 9, 34292 Ahnatal	05609 / 2505

### 1.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Werkhilfe Calden e.V. - Wohn- haus Ahnatal-Heckershausen	Hauptstr. 21 a, 34292 Ahnatal	05674 / 99820	19 Plätze

*Behindertenbeauftragte/r:* Katja Zöller, Markus Budenz, Frank Kraus

### 1.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Ev. Altenhilfezentrum Ahnatal	Casselbreite 5, 34292 Ahnatal	56 Plätze 4 KZP-Plätze 4 TP-Plätze
Pflegehaus Ahnataler Hausgemeinschaft	Im Kreuzfeld 11, 34292 Ahnatal	24 Plätze
<b>Tagespflege</b>		
Ahnataler Tagespflege		22 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Sozialstation der Gemeinde Ahna- tal	Wilhelmtaler Str. 3, 34292 Ahnatal	
G & G Pflegedienst	Hauptstr. 23, 34292 Ahnatal	

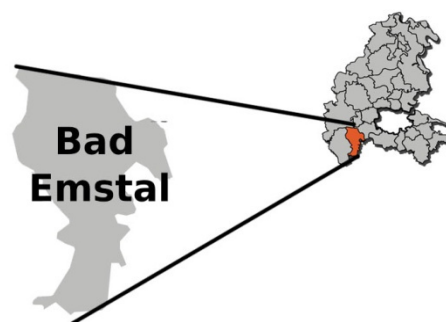
*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Hans Jürgen Peperkorn

*Senioresenbeirat:* Walter Plätzer

KZP = Kurzzeitpflege  
TP = Tagespflege

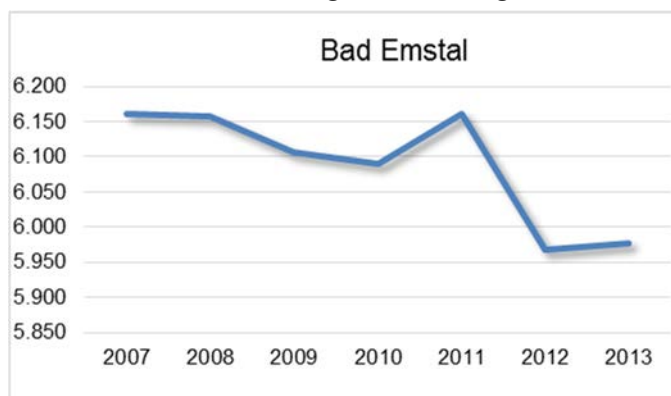


## 2 Gemeinde Bad Emstal



	<b>Bad Emstal</b>
<b>Ortsteile</b>	Balhorn, Merxhausen, Riede und Sand hat
<b>Einwohnerzahl</b>	5.976 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	38,67 km
<b>Bevölkerungsdichte</b>	158 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.bad-emstal.de">www.bad-emstal.de</a>

**Bevölkerungsentwicklung**



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



## 2.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Bad Emstal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	3057	3103	3034	3078	2960	3016		113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	458	478	462	464	444	452		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,0%	15,4%	15,2%	15,1%	15,0%	15,0%		16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	396	370	368	357	370	324		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,0%	11,9%	12,1%	11,6%	12,5%	10,7%	↘	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	620	542	602	514	563	508		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	20,3%	17,5%	19,8%	16,7%	19,0%	16,8%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1011	974	1018	997	1015	992		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	33,1%	31,4%	33,6%	32,4%	34,3%	32,9%		32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	454	544	469	552	465	543		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,9%	17,5%	15,5%	17,9%	15,7%	18,0%	↗	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	118	195	115	194	103	197		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,9%	6,3%	3,8%	6,3%	3,5%	6,5%		4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	120	149	116	143	94	88		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,9%	4,8%	3,8%	4,6%	3,2%	2,9%	↘	4,1%	4,1%

## 2.2 Arbeitsmarkt

Bad Emstal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1205	1010	1205	997	1223	994		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	57,00%	51,01%	57,96%	50,95%	60,10%	52,01%	↗	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	163	347	182	330	185	314		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	7,71%	17,53%	8,75%	16,86%	9,09%	16,43%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	76	68	69	57	84	60		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,60%	3,43%	3,32%	2,91%	4,13%	3,14%	→	4,56%	3,80%



## 2.3 Soziale Sicherung

Bad Emstal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	69	94	68	93	73	94		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,26%	4,75%	3,27%	4,75%	3,59%	4,92%	↗	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	24	32	26	28	27	30		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	6,5%	8,3%	7,0%	7,5%	7,6%	8,2%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	46		44		42			2192	
davon Alleinerziehende	34		32		31			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	73,91%		72,73%		73,81%		↗	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	25	29	26	21	37	19		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,18%	1,46%	1,25%	1,07%	1,82%	0,99%	↗	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	22	18	23	18	24	24		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,72%	0,58%	0,76%	0,58%	0,81%	0,80%	↗	0,63%	0,83%

## 2.4 Jugendhilfedaten

Bad Emstal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	9,50%		21,00%		24,00%		↓	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	27	17	23	8	17	8		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	4,9%	3,0%	4,3%	1,5%	3,3%	1,5%	↓	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↓ ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ ↗ Entwicklung steigend

→ → Entwicklung gleichbleibend



## 2.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 2.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten „Zwergenhöhle“	Schulstr. 6, 34308 Bad Emstal-Sand	05624 / 920162
Kindergarten „Hummelnest“	Wolfhager Str. 21 A, 34308 Bad Emstal-Sand	05624 / 2267
Kindergarten „Spatzennest“	Bruchstr. 20 A (DGH Balhorn), 34308 Bad Emstal-Balhorn	05625 / 1450

### 2.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Balhorn	Siedlungsstr. 32, 34308 Bad Emstal-Balhorn	05625 / 836
Christine-Brückner-Schule, Gesamtschule mit Grundstufe	Otto-Heinrich-Kühner Str. 2-6, 34308 Bad Emstal	05624 / 998480

### 2.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Vitos – Heilpädagogische Einrichtung	Landgraf-Philipp-Str. 8, 34308 Bad Emstal	05624 / 600	47 Plätze
Vitos Kurhessen gGmbH - Wohnheim für mehrfach geschädigte abhängige kranke Menschen	Landgraf-Philipp-Str. 8, 34308 Bad Emstal	05624 / 600	12 Plätze
Vitos Kurhessen gGmbH -Wohnheim Klostergarten	Landgraf-Philipp-Str. 8, 34308 Bad Emstal	05624 / 600	20 Plätze
Vitos Kurhessen gGmbH -Betreutes Wohnen „Sucht“	Landgraf-Philipp-Str. 8, 34308 Bad Emstal	05624 / 600	33 Plätze
Vitos Kurhessen gGmbH - Wohnen in Familie	Landgraf-Philipp-Str. 8, 34308 Bad Emstal	05624 / 600	40 Plätze

### 2.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
ASB Wohnen und Pflege Bad Emstal „Wohnen im Alter“	Tränkeweg 15, 34308 Bad Emstal	70 Plätze 3 KZP-Plätze 12 TP-Plätze

Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Konrad Ochse

KZP = Kurzzeitpflege  
TP = Tagespflege

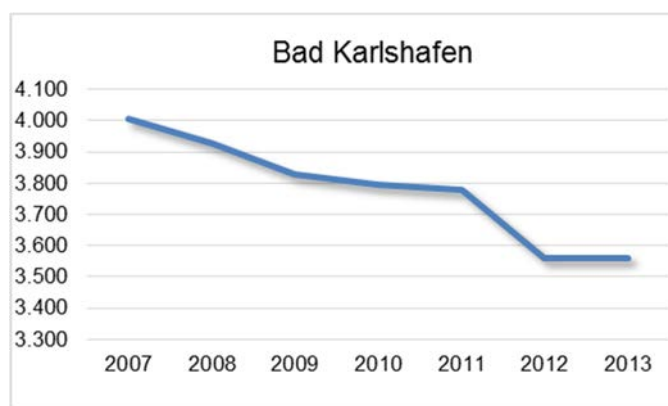


### 3 Stadt Bad Karlshafen



	<b>Bad Karlshafen</b>
<b>Ortsteile</b>	Helmarshausen und Bad Karlshafen
<b>Einwohnerzahl</b>	3.561 (Stand: 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	14,85 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	258 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.bad-karlshafen.de">www.bad-karlshafen.de</a>

#### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

### 3.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Bad Karlshafen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	1876	1902	1852	1887	1727	1807	↓	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	299	275	294	272	290	260		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,9%	14,5%	15,9%	14,4%	16,8%	14,4%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	267	221	252	216	211	187		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,2%	11,6%	13,6%	11,4%	12,2%	10,3%	↓	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	341	345	311	321	269	279		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,2%	18,1%	16,8%	17,0%	15,6%	15,4%	↓	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	574	534	595	547	570	544		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	30,6%	28,1%	32,1%	29,0%	33,0%	30,1%	↗	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	315	344	318	337	305	331		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,8%	18,1%	17,2%	17,9%	17,7%	18,3%	↗	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	80	183	82	194	82	206		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,3%	9,6%	4,4%	10,3%	4,7%	11,4%	↗	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	142	157	139	153	124	118		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	7,6%	8,3%	7,5%	8,1%	7,2%	6,5%	↘	4,1%	4,1%

### 3.2 Arbeitsmarkt

Bad Karlshafen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	640	480	660	496	634	484		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	51,86%	41,56%	54,19%	43,59%	57,12%	45,66%	↑	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	84	225	93	214	104	223		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	6,81%	19,48%	7,64%	18,80%	9,37%	21,04%	↑	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	80	58	76	60	76	48		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	6,48%	5,02%	6,24%	5,27%	6,85%	4,53%	↘	4,56%	3,80%





### 3.3 Soziale Sicherung

Bad Karlshafen	2011		2012		2013		Tenden- denz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	100	112	98	111	88	102		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,10%	9,70%	8,05%	9,75%	7,93%	9,62%	↑	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	32	35	36	31	41	34		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	13,0%	15,9%	15,4%	14,2%	17,8%	16,2%	↑	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	50		46		43			2192	
davon Alleinerziehende	26		26		24			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	52,00%		56,52%		55,81%		→	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	20	6	15	10	22	11		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,62%	0,52%	1,23%	0,88%	1,98%	1,04%	↗	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	14	18	15	17	16	22		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,75%	0,95%	0,81%	0,90%	0,93%	1,22%	↗	0,63%	0,83%

### 3.4 Jugendhilfedaten

Bad Karlshafen	2011		2012		2013		Tenden- denz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	17,30%		16,80%		18,50%		→	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	6	8	6	13	9	20		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	1,6%	2,4%	1,7%	3,9%	2,7%	6,1%	↑	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



### 3.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

#### 3.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Bad Karlshafen	C.-D.-Stunz-Weg 2, 34385 Bad Karlshafen	05672 / 1236
Kindergarten Helmarshausen	Poststr. 6, 34385 Bad Karlshafen	05672 / 564

#### 3.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Marie-Durand-Schule Bad Karlshafen, Integrierte Gesamtschule	Carlstr. 27, 34385 Bad Karlshafen	05672 / 99760
Sieburgschule Bad Karlshafen, Grundschule	C.-D.-Stunz-Weg 5, 34385 Bad Karlshafen	05672 / 2839

#### 3.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

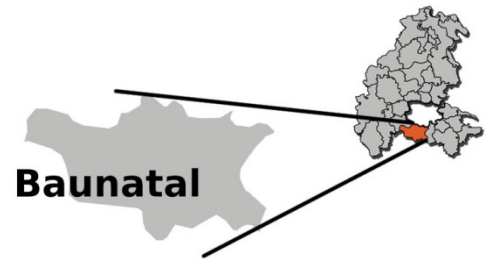
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Seniorenwohnsitz Carolinum	Mündener Str. 9-13, 34385 Bad Karlshafen	92 Plätze 6 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Pro Senior GmbH	Poststr. 74, 34385 Bad Karlshafen	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Hans-Joachim Sernal

KZP = Kurzzeitpflege

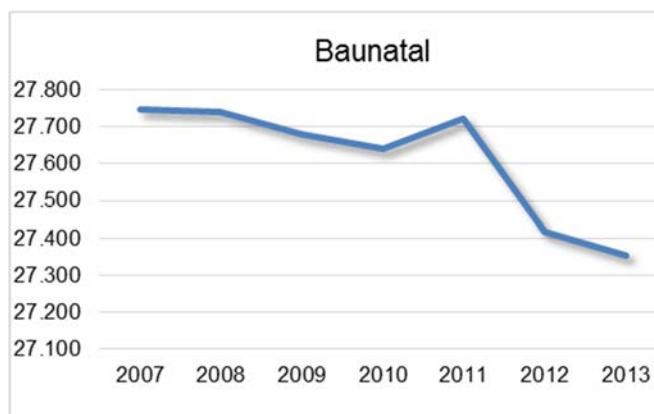


#### 4 Stadt Baunatal



	<b>Baunatal</b>
<b>Ortsteile</b>	Altenbauna, Altenritte, Großenritte, Guntershausen, Hertingshausen, Kirchbauna und Rengershausen
<b>Einwohnerzahl</b>	27.353 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	38,27 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	723 Einwohner/innen je km <sup>22</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.baunatal.de">www.baunatal.de</a>

#### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

#### 4.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Baunatal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	13507	14216	13506	14191	13267	14086	→	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	2358	2211	2326	2173	2301	2105		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,5%	15,6%	17,2%	15,3%	17,3%	14,9%	↘	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	1929	1715	1905	1722	1775	1640		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,3%	12,1%	14,1%	12,1%	13,4%	11,6%	↘	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	2399	2647	2347	2555	2256	2487		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,8%	18,6%	17,4%	18,0%	17,0%	17,7%	↓	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	4017	4175	4093	4222	4110	4299		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	29,7%	29,4%	30,3%	29,8%	31,0%	30,5%	↗	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	2253	2596	2262	2622	2233	2614		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,7%	18,3%	16,7%	18,5%	16,8%	18,6%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	551	872	573	897	592	941		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,1%	6,1%	4,2%	6,3%	4,5%	6,7%	↘	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	765	940	779	959	822	881		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	5,7%	6,6%	5,8%	6,8%	6,2%	6,3%	↘	4,1%	4,1%

#### 4.2 Arbeitsmarkt

Baunatal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	5603	4332	5709	4391	5704	4423		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	63,64%	48,27%	64,70%	49,27%	66,16%	50,08%	→	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	753	1640	757	1703	784	1644		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,55%	18,27%	8,58%	19,11%	9,09%	18,62%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	362	419	305	405	356	400		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,11%	4,67%	3,46%	4,54%	4,13%	4,53%	↘	4,56%	3,80%



### 4.3 Soziale Sicherung

Baunatal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	479	681	443	683	457	674		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	5,44%	7,59%	5,02%	7,66%	5,30%	7,63%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	286	268	285	260	269	282		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	15,1%	15,1%	15,4%	14,8%	14,8%	16,6%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	372		366		374			2192	
davon Alleinerziehende	225		229		231			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	60,48%		62,57%		61,76%		→	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	123	122	100	126	135	115		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,40%	1,36%	1,13%	1,41%	1,57%	1,30%	↗	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	91	140	106	148	101	148		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,67%	0,98%	0,78%	1,04%	0,76%	1,05%	↗	0,63%	0,83%

### 4.4 Jugendhilfedaten

Baunatal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	15,90%		21,00%		22,80%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	85	56	83	59	91	64		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	3,0%	2,1%	3,0%	2,2%	3,4%	2,6%	→	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 4.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 4.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kinderhort Janusz-Korczak-Haus	Im Wiesental 17, 34225 Baunatal	0561 / 4915548
Kindergarten Albert-Schweitzer-Haus	Lohweg 3, 34225 Baunatal	0561 / 4915542
Kindergarten Birkenallee	Bornhagen 2, 34225 Baunatal	0561 / 497137
Pestalozzi Kindergarten	Albert-Einstein-Str. 56, 34225 Baunatal	0561 / 4915547
Kindergarten und Kinderhort Am Stadtpark	Fr.-Ebert-Allee 16, 34225 Baunatal	0561 / 4911423
Kindergarten und Kinderhort Astrid-Lindgren-Haus	Schulstr. 10, 34225 Baunatal	05601 / 868369
Kindergarten Talrain	Schwengebergstr. 8, 34225 Baunatal	05601 / 86672
Kindergarten Hünstein	Hünsteinplatz 2, 34225 Baunatal	05601 / 87411
Kindertagesstätte Himmelberg	Lindenstr. 1, 34225 Baunatal	05665 / 7456
Kindergarten Hertingshausen	Mönchweg 17, 34225 Baunatal	05665 / 5755
Kindergarten und Kinderhort Rengershausen	Dor.-Viehmann-Str. 31, 34225 Baunatal	0561 / 498814
Kindergarten Kirchbauna	Hermann-Schafft-Str. 23, 34225 Baunatal	0561 / 49747
Vorkindergarten "Die Leiselzwerge" e.V.	Friedrich-Ebert-Allee 16, 34225 Baunatal	0561 / 9844953 o. 0174 / 1517341

### 4.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Erich Kästner - Schule Baunatal, Integrierte Gesamtschule	Friedrich- Ebert Allee, 34225 Baunatal	05601 / 97980
Theodor-Heuss-Schule	Friedrich-Ebert-Allee 4, 34225 Baunatal	0561 / 949660

### 4.5.3 Jugend- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
Jugendbildungswerk Baunatal	Bornhagen 3, 34225 Baunatal	0561 / 9492870
Kinder- und Jugendzentrum „Second Home“	Friedrich-Ebert-Allee 20, 34225 Baunatal	0561 / 94899510

### 4.5.4 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
bdks – Baunataler Wohnstätten	Beethovenstr. 2-6, 34225 Baunatal	0561 / 949390	66 Plätze
	Landhaus Gunterhausen, Grifter Weg 23, 34225 Baunatal	05665 / 9611-45	



<b>Fortsetzung Behinderteneinrichtungen</b>			
bdks - Betreutes Wohnen für geistig behinderte Menschen	Marktplatz 5-7, 34225 Baunatal	0561 / 579896-111	60 Plätze
bdks – Baunataler Werkstätten	Kirchbaunaer Str. 21, 34225 Baunatal	0561 / 94951-5	346 Plätze
bdks - Tagesförderstätte für geistig behinderte Menschen	Kirchbaunaer Str. 21, 34225 Baunatal	0561 / 94951-5	17 Plätze
Baunataler Integrationsbetriebe gGmbH für behinderte Menschen	Kirchbaunaer Str. 19, 34225 Baunatal	0561 / 949510	150 Plätze
Emstaler Verein e.V. - Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen	Rembrandtstr. 6, 34225 Baunatal	0561 / 94992-62	13 Plätze
Emstaler Verein e.V. - Betreutes Wohnen für seelisch behinderte Menschen	Rembrandtstr. 6, 34225 Baunatal	0561 / 94992-60	22 Plätze

*Behindertenbeirat: Bernd Kellner*

#### 4.5.5 Einrichtungen der Altenhilfe

<b>Einrichtung</b>	<b>Adresse</b>	<b>Platzzahl</b>
<b>Stationärer Bereich</b>		
AWO Altenzentrum Baunatal	Am Goldacker 4, 34225 Baunatal	103 Plätze 5 KZP-Plätze 8 TP-Plätze
Ev. Luth. Gertrudenstift	Prinzenstr. 82, 34225 Baunatal	99 Plätze 4 KZP-Plätze 8 TP-Plätze
Marie-Behre-Altenhilfezentrum	Zum Bahnhof 26, 34225 Baunatal	46 Plätze 4 KZP-Plätze 8 TP-Plätze
<b>Tagespflege</b>		
AWO-solitäre Tagespflege	Am Stadtpark 10, 34225 Baunatal	15 Plätze
ASB Tagespflege Baunatal	Am Erlenbach 7, 34225 Baunatal	12 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
AMP Amb. Mobiler Pflegedienst	Rostocker Str. 35, 34225 Baunatal	
DOMUS Sozialpflegedienst	Marktstr. 2, 34225 Baunatal	
Amb. Pflegedienst Schommer	Stettiner Str. 5, 34225 Baunatal	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Wolfram Meibaum*

*Seniorenarbeitskreis: Wolfram Meibaum*

KZP = Kurzzeitpflege

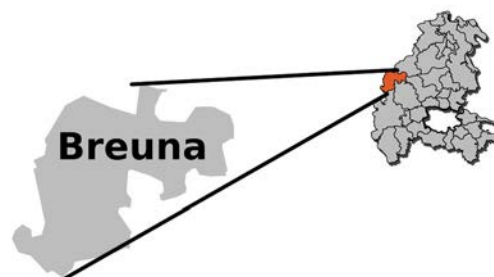
TP = Tagespflege





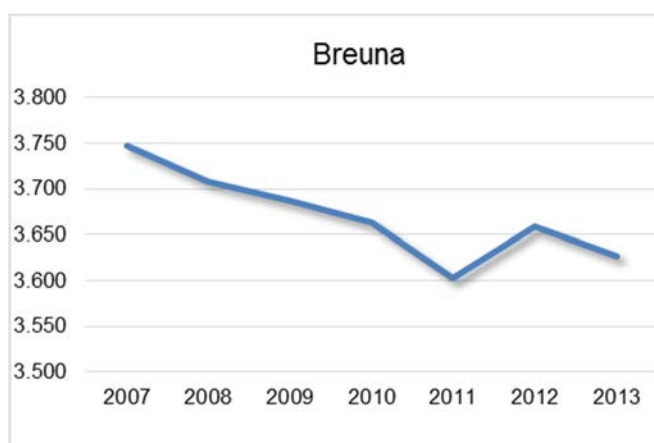


## 5 Gemeinde Breuna



	Breuna
<b>Ortsteile</b>	Rhöda, Oberlistingen, Niederlistingen und Wettesingen
<b>Einwohnerzahl</b>	3.626 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	40,47 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	91 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.breuna.de">www.breuna.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 5.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Breuna	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	1784	1818	1773	1797	1810	1816	↗	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	302	316	308	301	310	286		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,9%	17,4%	17,4%	16,8%	17,1%	15,7%	↗	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	242	207	234	200	234	192		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,6%	11,4%	13,2%	11,1%	12,9%	10,6%	↘	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	335	368	306	341	291	319		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,8%	20,2%	17,3%	19,0%	16,1%	17,6%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	560	503	573	531	621	581		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,4%	27,7%	32,3%	29,5%	34,3%	32,0%		32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	265	270	270	275	275	290		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,9%	14,9%	15,2%	15,3%	15,2%	16,0%	↗	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	80	154	82	149	79	148		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,5%	8,5%	4,6%	8,3%	4,4%	8,1%	↘	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	5	34	6	37	28	38		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	0,3%	1,9%	0,3%	2,1%	1,5%	2,1%	→	4,1%	4,1%

### 5.2 Arbeitsmarkt

Breuna	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	786	553	810	572	816	577		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	65,99%	48,59%	68,70%	50,35%	67,27%	49,83%	→	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	100	240	100	222	91	217		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,40%	21,09%	8,48%	19,54%	7,50%	18,74%	↘	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	25	34	21	34	33	34		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	2,10%	2,99%	1,78%	2,99%	2,72%	2,94%	→	4,56%	3,80%



### 5.3 Soziale Sicherung

Breuna	2011		2012		2013		Ten- denz	LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	34	40	27	39	31	38		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	2,85%	3,51%	2,29%	3,43%	2,56%	3,28%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	19	21	19	15	24	20		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	7,7%	8,2%	7,9%	6,3%	9,9%	9,1%	↑	11,13%	11,80%
Bedarfgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	24		23		23			2192	
davon Alleinerziehende	19		15		14			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	79,17%		65,22%		60,87%		→	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	9	14	9	16	18	16		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	0,76%	1,23%	0,76%	1,41%	1,48%	1,38%	↘	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	7	4	7	5	8	4		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,39%	0,22%	0,39%	0,28%	0,44%	0,22%	→	0,63%	0,83%

### 5.4 Jugendhilfedaten

Breuna	2011		2012		2013		Ten- denz	LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	12,80%		25,60%		34,60%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	12	14	19	9	21	10		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	3,2%	3,7%	5,1%	2,5%	5,6%	3,0%	→	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↑ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 5.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 5.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte „Pustebume“	Birkenweg 22 a, 34479 Breuna	05693 / 6486
Kindergarten „Regenbogen“	Stadtweg 26, 34479 Breuna-Oberlistingen	05676 / 577
Ev. Kindergarten „Arche Noah“	Kirchstraße 5, 34479 Breuna-Wettesingen	05641 / 4202

### 5.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Mittelpunktschule Braunsberg, Grundschule	Schulstr. 10, 34479 Breuna	05693 / 894

### 5.5.3 Behinderteneinrichtungen

*Behindertenbeauftragte/r:* Peter Burmester

### 5.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Alten- und Pflegeheim Haus am Walde	Waldstr. 9, 34479 Breuna	44 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
AKTIV – Mobiles Pflorgeteam	Lerchenweg 1, 34479 Breuna	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Gottfried Grebe

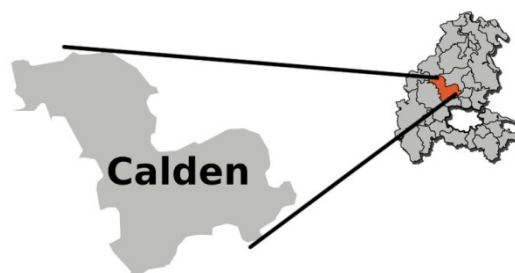
*Seniorenbeauftragte/r:* Peter Burmester

### 5.5.5 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

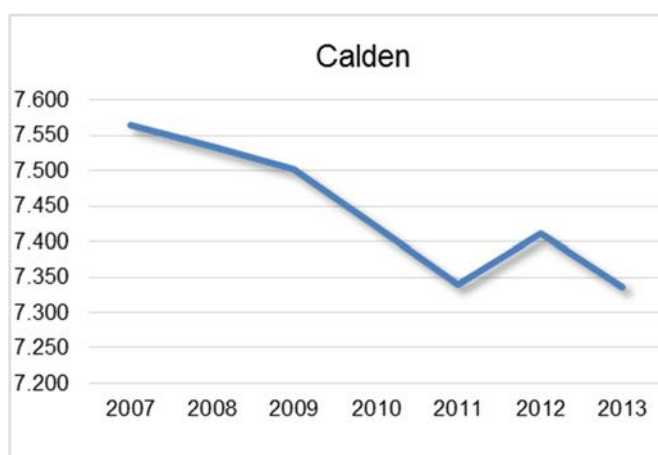


## 6 Gemeinde Calden



	<b>Calden</b>
<b>Ortsteile</b>	Ehrsten, Fürstenwald, Meimbressen, Obermeiser und Westuffeln
<b>Einwohnerzahl</b>	7.335 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	54,84 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	137 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.calden.de">www.calden.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 6.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Calden	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	3666	3674	3631	3647	3640	3695	↗	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	645	630	633	612	634	603		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,6%	17,1%	17,4%	16,8%	17,4%	16,3%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	424	379	423	374	411	372		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,6%	10,3%	11,6%	10,3%	11,3%	10,1%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	681	698	622	643	600	630		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,6%	19,0%	17,1%	17,6%	16,5%	17,1%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1216	1178	1224	1203	1247	1254		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	33,2%	32,1%	33,7%	33,0%	34,3%	33,9%	→	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	567	563	585	588	610	597		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,5%	15,3%	16,1%	16,1%	16,8%	16,2%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	133	226	144	227	138	239		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,6%	6,2%	4,0%	6,2%	3,8%	6,5%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	53	64	61	69	68	77		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,4%	1,7%	1,7%	1,9%	1,9%	2,1%	↗	4,1%	4,1%

### 6.2 Arbeitsmarkt

Calden	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1462	1199	1496	1240	1475	1235		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	59,87%	50,51%	62,26%	52,97%	61,43%	51,67%	→	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	197	444	210	438	229	420		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,07%	18,70%	8,74%	18,71%	9,54%	17,57%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	67	76	66	71	88	73		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	2,74%	3,20%	2,75%	3,03%	3,67%	3,05%	↗	4,56%	3,80%



### 6.3 Soziale Sicherung

Calden	2011		2012		2013		Tenden- denz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	68	83	65	77	63	69		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	2,78%	3,50%	2,70%	3,29%	2,62%	2,89%	↘	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	42	40	33	31	37	34		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	8,0%	7,8%	6,6%	6,3%	7,5%	7,2%	→	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	49		42		38			2192	
davon Alleinerziehende	34		30		27			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	69,39%		71,43%		71,05%		→	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	24	32	31	32	46	35		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	0,98%	1,35%	1,29%	1,37%	1,92%	1,46%	↗	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	14	26	14	27	10	27		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,38%	0,71%	0,39%	0,74%	0,27%	0,73%	↘	0,63%	0,83%

### 6.4 Jugendhilfedaten

Calden	2011		2012		2013		Tenden- denz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	31,30%		34,70%		44,60%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	17	6	24	16	30	19		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	2,1%	0,8%	3,1%	2,2%	3,9%	2,7%	↗	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 6.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 6.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Calden	Lindenstr. 6, 34379 Calden	05674 / 5394
Kindergarten Meimbressen	Schäferbreite 13, 34379 Calden	05677 / 47
Kindergarten Westuffeln	Schulstr. 6, 34379 Calden	05677 / 878
Kinderkrippe „Kleine Schritte-Große Sprünge“	Heckenweg 10, 34379 Calden	05674 / 9238818

### 6.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Mittelpunktschule Wilhelmsthal	Weserstr., 34379 Calden	0567 / 4840

### 6.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kinder und Jugendhilfe Bezirksverband Hessen Nord e.V.	Schutzhof Calden	05677 / 959810

### 6.5.4 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
mittendrin leben – Werk-Hilfe Calden Wohnheim für geistig behinderte Menschen	Schachter Str. 18, 34379 Calden	05674 / 99820	24 Plätze
bdks – Caldener Werkstätten	Breslauer Str. 15, 34379 Calden	05674 / 99860	140 Plätze

### 6.5.5 Einrichtungen der Altenhilfe

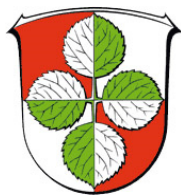
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Tagespflege</b>		
Tagespflege Kastanienhof	Schachter Str. 18, 34379 Calden	12 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
BST – Ambulanter Pflegedienst	Diemelweg 10, 34379 Calden	

Seniorenbeauftragte/r: Hilde Wielert

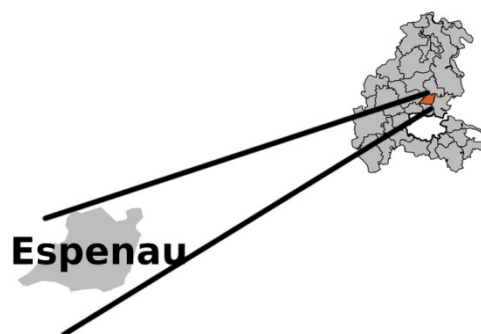
### 6.5.6 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus über die Ortsteile Obermeiser und Westuffeln	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417



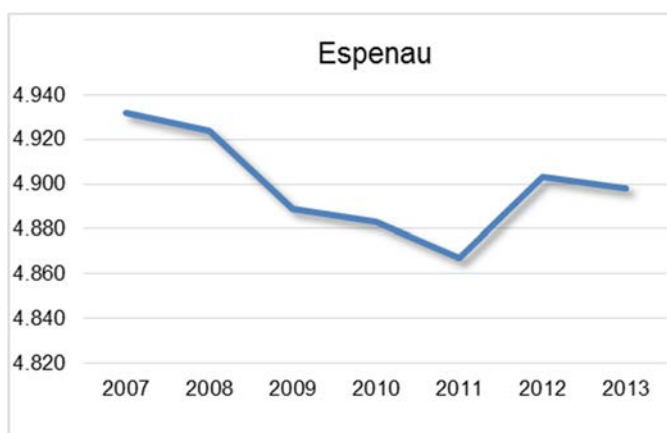


## 7 Gemeinde Espenau



	<b>Espenau</b>
<b>Ortsteile</b>	Hohenkirchen, Mönchehof, Auf der Heide und Schäferberg
<b>Einwohnerzahl</b>	4.898 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	13,59 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	360 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.espenau.de">www.espenau.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 7.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Espenau	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	2359	2508	2372	2513	2378	2520	↑	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	399	396	390	396	378	400		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,9%	15,8%	16,4%	15,8%	15,9%	15,9%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	252	261	262	260	265	256		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	10,7%	10,4%	11,0%	10,3%	11,1%	10,2%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	419	470	412	447	394	411		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,8%	18,7%	17,4%	17,8%	16,6%	16,3%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	784	800	794	819	812	839		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	33,2%	31,9%	33,5%	32,6%	34,1%	33,3%	↗	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	413	437	421	451	429	475		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,5%	17,4%	17,7%	17,9%	18,0%	18,8%	↑	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	92	144	93	140	100	139		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,9%	5,7%	3,9%	5,6%	4,2%	5,5%	↗	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	57	60	62	66	69	70		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,4%	2,4%	2,6%	2,6%	2,9%	2,8%	↗	4,1%	4,1%

### 7.2 Arbeitsmarkt

Espenau	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	902	781	898	806	899	799		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	58,19%	48,66%	57,45%	50,28%	57,55%	50,13%	↘	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	133	272	121	271	129	263		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,58%	16,95%	7,74%	16,91%	8,26%	16,50%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	52	46	46	41	61	53		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,35%	2,87%	2,94%	2,56%	3,91%	3,32%	↗	4,56%	3,80%



### 7.3 Soziale Sicherung

Espenau	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	48	61	54	63	66	64		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,10%	3,80%	3,45%	3,93%	4,23%	4,02%	↗	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	16	12	16	13	20	24		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	5,3%	3,7%	5,4%	4,1%	7,0%	7,7%	↑	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	24		24		29			2192	
davon Alleinerziehende	16		16		17			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	66,67%		66,67%		58,62%		↓	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	21	24	21	19	27	22		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,35%	1,50%	1,34%	1,19%	1,73%	1,38%	↗	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	7	6	7	8	9	12		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,30%	0,24%	0,30%	0,32%	0,38%	0,48%		0,63%	0,83%

### 7.4 Jugendhilfedaten

Espenau	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	44,80%		46,80%		35,30%		↓	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	11	4	8	10	12	12		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	2,3%	0,8%	1,7%	2,1%	2,6%	2,5%	↗	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↓ ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 7.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 7.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten „Sonnenhang“	Am Hang 10, 34314 Espenau	05673 / 4045
Kindergarten Espe-Aue	Goethestr. 7, 34314 Espenau	05673 / 6391

### 7.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Espenau	Goethestr. 9, 34314 Espenau	05673 / 1460
Brüder-Grimm-Schule Espenau-Hohenkirchen	Schulweg 3, 34314 Espenau	05673 / 1411

### 7.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Jugendzentrum	Immenhäuser Str. 5, 34314 Espenau	05673 / 4530

### 7.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Ambulante Dienste</b>		
ESPE – Pfl egeteam	Weimarer Weg 17, 34314 Espenau	
Pfl egeteam Vital GmbH	Holzhäuser Str. 30, 34314 Espenau	

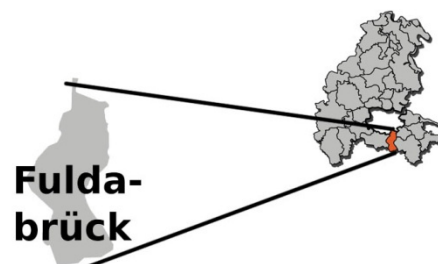
*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Hannelore Weifenbach

### 7.5.5 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

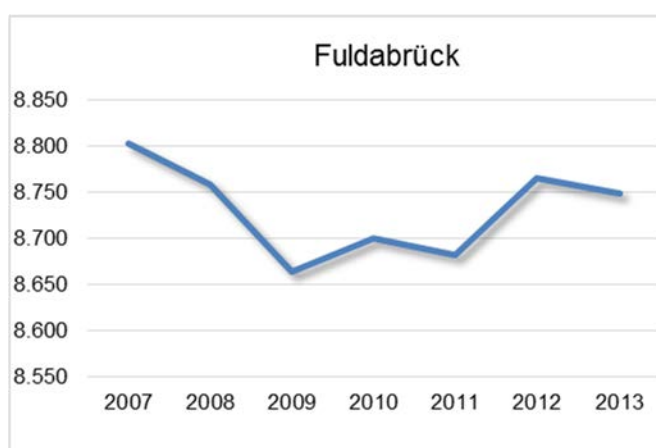


## 8 Gemeinde Fuldabrück



	<b>Fulda brück</b>
<b>Ortsteile</b>	Bergshausen, Dennhausen, Dittershausen und Dörnhausen
<b>Einwohnerzahl</b>	8.748 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	17,85 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	485 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.fuldabrueck.de">www.fuldabrueck.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 8.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Fuldabrück	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	4250	4432	4251	4460	4249	4499	→	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	590	614	579	607	580	578		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,9%	13,9%	13,6%	13,6%	13,7%	12,8%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	490	468	511	478	492	472		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,5%	10,6%	12,0%	10,7%	11,6%	10,5%	↘	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	736	750	706	737	695	710		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,3%	16,9%	16,6%	16,5%	16,4%	15,8%	↓	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1347	1342	1341	1352	1358	1423		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,7%	30,3%	31,5%	30,3%	32,0%	31,6%	↗	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	894	968	913	994	935	1010		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	21,0%	21,8%	21,5%	22,3%	22,0%	22,4%	↗	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	193	290	201	292	189	306		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,5%	6,5%	4,7%	6,5%	4,4%	6,8%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	93	148	104	153	144	143		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,2%	3,3%	2,4%	3,4%	3,4%	3,2%	↗	4,1%	4,1%

### 8.2 Arbeitsmarkt

Fuldabrück	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1635	1397	1635	1416	1682	1441		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	60,44%	52,01%	60,69%	52,70%	62,97%	53,10%	↑	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	267	480	258	521	253	493		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	9,87%	17,87%	9,58%	19,39%	9,47%	18,17%	↘	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	91	76	73	77	71	66		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,36%	2,83%	2,71%	2,87%	2,66%	2,43%	↘	4,56%	3,80%



### 8.3 Soziale Sicherung

Fuldabrück	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	89	110	78	91	81	88		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,29%	4,10%	2,90%	3,39%	3,03%	3,24%	↘	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	44	45	37	39	34	36		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	9,6%	9,2%	8,4%	8,0%	7,5%	7,7%	↓	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	61		53		45			2192	
davon Alleinerziehende	38		33		29			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	62,30%		62,26%		64,44%		↗	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	55	38	39	39	35	34		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	2,03%	1,41%	1,45%	1,45%	1,31%	1,25%	↘	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	18	16	15	16	16	18		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,42%	0,36%	0,35%	0,36%	0,38%	0,40%	↗	0,63%	0,83%

### 8.4 Jugendhilfedaten

Fuldabrück	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	29,90%		39,00%		38,70%		↘	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	19	9	15	7	11	6		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	2,7%	1,2%	2,1%	0,9%	1,5%	0,9%	↓	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 8.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 8.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte "Wackelzahn"	Das Spenglershöfchen 5, 34277 Fulda-brück-Bergshausen	0561 / 583390
Kindertagesstätte „Zwergenburg“	Parkstr. 32, 34277 Fulda Brück- Dennhausen / Dittershausen	0561 / 44191
Kindertagesstätte "Tausendfüßler"	Dennhäuser Str. 26, 34277 Fulda Brück-Dörnhagen	05665 / 2972

### 8.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule "Am Lindenplatz"	Kasseler Str. 10, 34277 Fulda Brück	0561 / 5851234

### 8.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Öffnungszeiten
Jugendclub Dittershausen	Schulstr. 5, 34277 Fulda Brück	Mo / Mi ab 19 Uhr
Jugendclub Dörnhagen	An der Sporthalle, 34277 Fulda Brück	Do 18 - 20 Uhr
Jugendclub Bergshausen	Am Bürgerhaus, 34277 Fulda Brück	Mo, Mi, Do ab 18 Uhr

### 8.5.4 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
bdks diakom Fulda Brück - Werk- statt für seelisch behinderte Men- schen	Ostring 10, 34277 Fulda Brück-Bergshausen	0561 / 959670	120 Plätze

### 8.5.5 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
AWO Altenzentrum Fulda Brück- Dörnhagen	Guntershäuser Str. 10, 34277 Fulda Brück	47 Plätze 4 KZP-Plätze 4 TP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Ambulanter Pflegedienst	Parkstr. 9, 34277 Fulda Brück	
Sozialstation der Gemeinde Fulda Brück	Am Rathaus 2, 34277 Fulda Brück	
Pflegedienst Vivantus	Oderweg 6, 34277 Fulda Brück	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Helmut Pfaff*

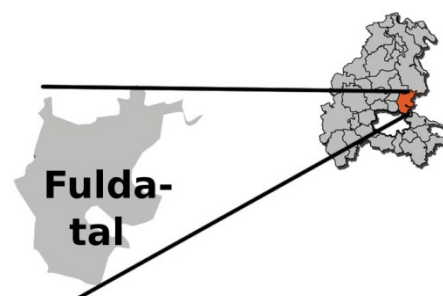
KZP = Kurzzeitpflege

TP = Tagespflege



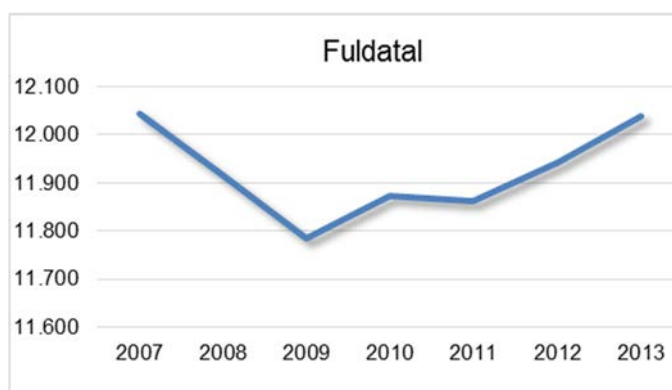


## 9 Gemeinde Fuldataal



	<b>Fuldataal</b>
<b>Ortsteile</b>	Ihringshausen, Knickhagen, Rothwesten, Simmershausen, Wahnhausen und Wilhelmshausen
<b>Einwohnerzahl</b>	12.037 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	33,68 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	350 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.fuldataal.de">www.fuldataal.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



## 9.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Fuldata	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	5883	5970	5903	6037	5968	6069	→	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	934	811	928	809	971	798		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,9%	13,6%	15,7%	13,4%	16,3%	13,1%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	752	609	760	637	763	642		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,8%	10,2%	12,9%	10,6%	12,8%	10,6%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	1060	1039	1030	1007	972	1002		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,0%	17,4%	17,4%	16,7%	16,3%	16,5%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1715	1802	1752	1836	1832	1860		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	29,2%	30,2%	29,7%	30,4%	30,7%	30,6%	↗	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	1117	1201	1125	1233	1129	1259		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	19,0%	20,1%	19,1%	20,4%	18,9%	20,7%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	305	508	308	515	301	508		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	5,2%	8,5%	5,2%	8,5%	5,0%	8,4%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	314	272	356	295	385	323		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	5,3%	4,6%	6,0%	4,9%	6,5%	5,3%	↗	4,1%	4,1%

## 9.2 Arbeitsmarkt

Fuldata	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2137	1833	2169	1881	2182	1929		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	57,40%	50,73%	57,79%	51,76%	57,74%	52,66%	→	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	364	659	382	664	408	687		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	9,78%	18,24%	10,18%	18,27%	10,80%	18,76%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	141	137	142	119	187	134		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,79%	3,79%	3,78%	3,27%	4,95%	3,66%	↗	4,56%	3,80%



### 9.3 Soziale Sicherung

Fuldataal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	176	192	188	190	222	206		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,73%	5,31%	5,01%	5,23%	5,87%	5,62%	↗	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	67	75	67	79	83	81		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	9,1%	11,6%	9,3%	12,1%	10,9%	12,7%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	97		100		103			2192	
davon Alleinerziehende	59		61		58			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	60,82%		61,00%		56,31%		↘	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	67	58	52	47	72	50		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,80%	1,61%	1,39%	1,29%	1,91%	1,37%	↘	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	31	41	38	49	35	53		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,53%	0,69%	0,64%	0,81%	0,59%	0,87%	↗	0,63%	0,83%

### 9.4 Jugendhilfedaten

Fuldataal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	33,90%		43,20%		45,80%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	32	15	37	28	42	18		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	2,8%	1,5%	3,3%	2,9%	3,5%	1,9%	↘	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 9.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 9.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Weddel	Lewalterstr. 20, 34233 Fuldata-Ihringshausen	0561 / 814204
Kindergarten Tanzplatz	Tanzplatz 4a, 34233 Fuldata-Ihringshausen	0561 / 814625
Kindergarten Simmershausen	Feldhof 2, 34233 Fuldata	0561 / 819210
Kindergarten "Hummelnest"	Am Sportplatz 1 A, 34233 Fuldata-Roth-westen	05607 / 7777
Kindergarten "Kunterbunt"	Schlesierstr. 4, 34233 Fuldata-Wilhelmshausen	05541 / 4146
Kinderhort	Schulstr. 1 + 8, 34233 Fuldata-Ihringshausen	0561 / 814115 und 8150857

### 9.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Gesamtschule Fuldata	Weserstr. 38, 34233 Fuldata	0561 / 981730
Ludwig-Emil-Grimm-Schule	Schulstr. 8, 34233 Fuldata-Ihringshausen	0561 / 8109990
Grundschule Simmershausen	Teichstr. 10, 34233 Fuldata	0561 / 8150450

### 9.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Senioren Pflege Zentrum Märchenmühle	Kurfürstenstr. 18, 34233 Fuldata	47 Plätze 4 KZP-Plätze
„Haus Sonnenhof“	Bruchstr. 4, 34233 Fuldata	80 Plätze 4 KZP-Plätze
<b>Tagespflege</b>		
Tagespflege Seeger	Veckerhagener Str. 35, 34233 Fuldata	24 Plätze
Tagespflege Märchenmühle	Veckerhagener Str. 27, 34233 Fuldata	15 Plätze
Tagespflege König	Veckerhagener Str. 104, 34233 Fuldata	16 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Mobile Kranken- und Seniorenpflege König	Veckerhagener Str. 104, 34233 Fuldata	
Häusliche Alten- und Krankenpflege Märchenmühle	Veckerhagener Str. 41, 34233 Fuldata	
Mobile Alten- und Krankenbetreuung Seeger	Veckerhagener Str. 35, 34233 Fuldata	

Mitglied des Kreissenorenbeirates: Wilhelm Kniffert

**9.5.4 Sonstige**

<b>Einrichtung</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefon</b>
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

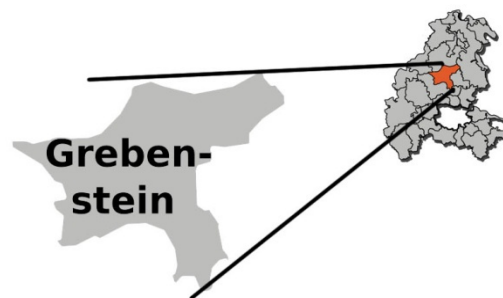
---

KZP = Kurzeitpflege



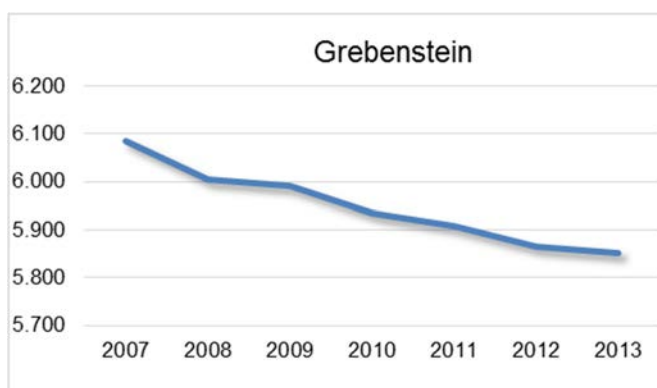


## 10 Stadt Grebenstein



	Grebenstein
<b>Ortsteile</b>	Friedrichsthal, Udenhausen, Burguffeln und Schachten
<b>Einwohnerzahl</b>	5.851 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	49,85 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	120 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.stadt-grebenstein.de">www.stadt-grebenstein.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 10.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Grebenstein	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	2940	2967	2929	2951	2900	2951	→	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	517	522	522	515	512	493		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,6%	17,6%	17,8%	17,5%	17,7%	16,7%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	359	326	344	296	329	326		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,2%	11,0%	11,7%	10,0%	11,3%	11,0%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	600	574	581	568	561	543		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	20,4%	19,3%	19,8%	19,2%	19,3%	18,4%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	885	876	895	870	916	889		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	30,1%	29,5%	30,6%	29,5%	31,6%	30,1%	→	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	449	467	458	487	454	485		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,3%	15,7%	15,6%	16,5%	15,7%	16,4%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	130	202	129	215	128	215		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,4%	6,8%	4,4%	7,3%	4,4%	7,3%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	67	75	66	83	69	77		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,3%	2,5%	2,3%	2,8%	2,4%	2,6%	→	4,1%	4,1%

### 10.2 Arbeitsmarkt

Grebenstein	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1119	864	1103	889	1108	892		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	57,86%	45,98%	57,33%	48,61%	57,92%	48,50%	→	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	192	325	185	302	175	294		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	9,93%	17,30%	9,62%	16,51%	9,15%	15,99%	↘	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	103	91	110	85	123	73		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	5,33%	4,84%	5,72%	4,65%	6,43%	3,97%	↘	4,56%	3,80%





### 10.3 Soziale Sicherung

Grebenstein	2011		2012		2013		Tenden- denz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	130	137	136	126	130	131		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	6,72%	7,29%	7,07%	6,89%	6,80%	7,12%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	55	51	57	53	56	62		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	12,9%	12,2%	13,6%	12,6%	13,8%	15,0%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	72		73		78			2192	
davon Alleinerziehende	46		44		44			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	63,89%		60,27%		56,41%		↓	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	32	24	35	29	42	26		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,65%	1,28%	1,82%	1,59%	2,20%	1,41%	↗	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	22	23	25	21	20	22		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,75%	0,78%	0,85%	0,71%	0,69%	0,75%	→	0,63%	0,83%

### 10.4 Jugendhilfedaten

Grebenstein	2011		2012		2013		Tenden- denz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	21,10%		23,00%		29,00%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	8	8	19	9	14	6		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	1,3%	1,3%	3,2%	1,5%	2,4%	1,0%	↗	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↓↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗↑ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 10.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 10.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte Grebenstein	Sauertalsweg 2, 34393 Grebenstein	05674 / 746920

### 10.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Burgbergschule Grundschule	Hofgeismarer Str. 9, 34393 Grebenstein	05674 / 1207
Heinrich-Grube Schule, Gesamtschule	Hofgeismarer Str. 9, 34393 Grebenstein	05674 / 99760

### 10.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Jugendzentrum	Steinweg 6, 34393 Grebenstein	05674 / 4526

### 10.5.4 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
bdks – Grebensteiner Wohnstät- ten	Am Kirchhof 3, 34393 Grebenstein-Bur- guffeln	05674 / 924542	26 Plätze

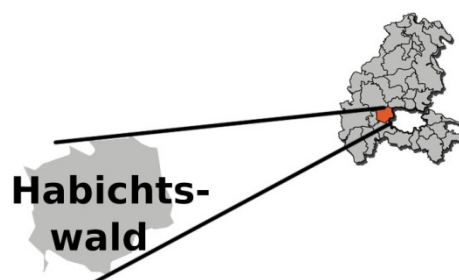
### 10.5.5 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Ambulante Dienste</b>		
Mobile Pflege	Marktstr. 22, 34393 Grebenstein	
Ambulanter Pflegedienst	Kleehöfe 9, 34393 Grebenstein	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Herbert Schröder*

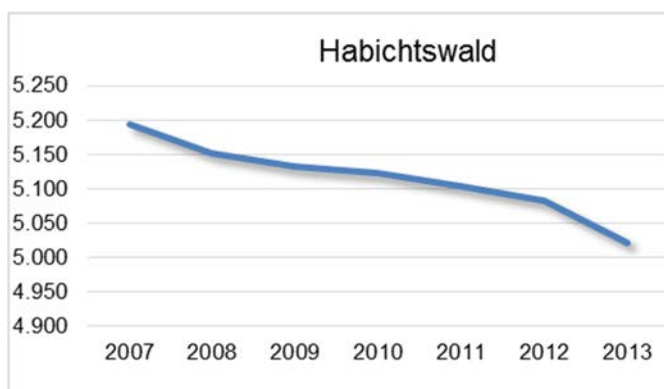


## 11 Gemeinde Habichtswald



	Habichtswald
<b>Ortsteile</b>	Dörnberg und Ehlen
<b>Einwohnerzahl</b>	5.021 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	28,21 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	182 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.habichtswald.de">www.habichtswald.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 11.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Habichtswald Merkmale	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	2518	2585	2493	2577	2462	2559	→	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	431	401	424	396	409	392		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,1%	15,5%	17,0%	15,4%	16,6%	15,3%	↘	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	295	267	284	270	274	252		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,7%	10,3%	11,4%	10,5%	11,1%	9,8%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	473	487	457	464	430	436		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,8%	18,8%	18,3%	18,0%	17,5%	17,0%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	808	801	819	806	843	830		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	32,1%	31,0%	32,9%	31,3%	34,2%	32,4%	↗	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	411	441	403	449	410	460		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,3%	17,1%	16,2%	17,4%	16,7%	18,0%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	100	188	106	192	96	189		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,0%	7,3%	4,3%	7,5%	3,9%	7,4%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	45	57	51	58	59	72		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,8%	2,2%	2,0%	2,3%	2,4%	2,8%	↗	4,1%	4,1%

### 11.2 Arbeitsmarkt

Habichtswald Merkmale	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	957	796	967	796	981	801		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	57,13%	48,60%	58,39%	48,45%	60,15%	49,35%	↗	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	142	285	129	278	133	289		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,48%	17,40%	7,79%	16,92%	8,15%	17,81%	↗	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	46	52	43	45	51	46		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	2,75%	3,17%	2,60%	2,74%	3,13%	2,83%	↘	4,56%	3,80%



### 11.3 Soziale Sicherung

Habichtswald	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	52	47	48	47	41	49		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,10%	2,87%	2,90%	2,86%	2,51%	3,02%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	14	8	12	3	15	5		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	4,2%	2,5%	3,7%	1,0%	4,6%	1,7%	→	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	22		16		18			2192	
davon Alleinerziehende	15		11		15			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	68,18%		68,75%		83,33%		↑	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	14	25	17	22	27	22		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	0,84%	1,53%	1,03%	1,34%	1,66%	1,36%	↗	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	12	9	11	9	7	8		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,48%	0,35%	0,44%	0,35%	0,28%	0,31%	↘	0,63%	0,83%

### 11.4 Jugendhilfedaten

Habichtswald	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	25,20%		27,10%		37,90%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	14	8	11	15	15	11		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	2,7%	1,7%	2,1%	3,3%	3,0%	2,4%	↑	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 11.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 11.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Ev. Kindertagesstätte Dörnberg	Saure Breite 7, 34317 Habichtswald-Dörnberg	05606 / 60582
Kindergarten "Kunterbunt"	Kasseler Str. 8, 34317 Habichtswald-Ehlen	05606 / 9554

### 11.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Schule im Erlenhof, Grundschule	Oderweg 7, 34317 Habichtswald-Ehlen	05606 / 9550
Grundschule Dörnberg	Schulweg 12, 34317 Habichtswald-Dörnberg	05606 / 9681

#### 11.5.2.1 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Haus am Dörnberg GmbH & Co KG - Wohnheim für mehrfach geschädigte abhängigkeitskranke Menschen	Wolfhager Str. 37, 34317 Habichtswald-Dörnberg	05606 / 551792-15	33 Plätze

### 11.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

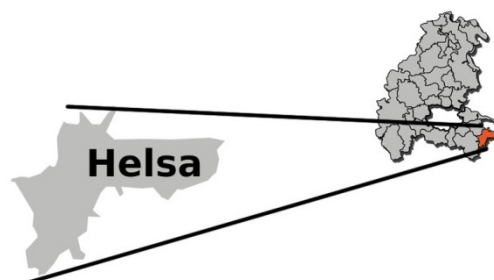
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Haus Habichtswald Knöß	Blumensteiner Str. 30, 34317 Habichtswald	44 Plätze 1 KZP-Platz
<b>Ambulante Dienste</b>		
ASB-Sozialstation Wolfhager Land	Oderweg 9, 34317 Habichtswald	
Ambulantes Pflorgeteam Reich	Wolfhager Str. 22, 34317 Habichtswald	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Ruth Nußbeck

KZP = Kurzzeitpflege

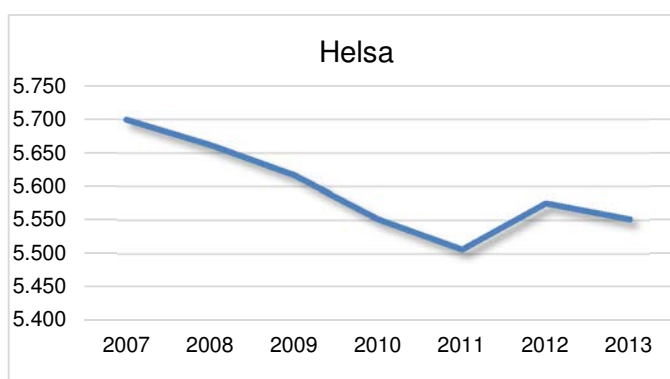


## 12 Gemeinde Helsa



	Helsa
<b>Ortsteile</b>	Eschenstruth, St. Ottilien und Wickenrode
<b>Einwohnerzahl</b>	5.552 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	25,77 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	218 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.gemeinde-helsa.de">www.gemeinde-helsa.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

## 12.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Helsa	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	2622	2885	2620	2840	2685	2867	→	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	426	403	423	390	420	390		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,2%	14,0%	16,1%	13,7%	15,6%	13,6%	↘	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	294	274	294	269	296	256		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,2%	9,5%	11,2%	9,5%	11,0%	8,9%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	471	477	464	463	449	456		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,0%	16,5%	17,7%	16,3%	16,7%	15,9%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	851	861	857	843	910	867		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	32,5%	29,8%	32,7%	29,7%	33,9%	30,2%	→	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	433	512	433	530	459	542		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,5%	17,7%	16,5%	18,7%	17,1%	18,9%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	147	358	149	345	151	356		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	5,6%	12,4%	5,7%	12,1%	5,6%	12,4%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	42	52	51	57	71	64		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,6%	1,8%	1,9%	2,0%	2,6%	2,2%	↗	4,1%	4,1%

## 12.2 Arbeitsmarkt

Helsa	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	995	866	1010	881	1039	867		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	58,05%	50,97%	59,03%	53,14%	59,34%	52,48%	↗	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	156	287	147	284	143	293		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	9,10%	16,89%	8,59%	17,13%	8,17%	17,74%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	90	90	91	86	93	81		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	5,25%	5,30%	5,32%	5,19%	5,31%	4,90%	→	4,56%	3,80%





### 12.3 Soziale Sicherung

Helsa	2011		2012		2013		Tenden- denz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	108	114	107	126	99	119		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	6,30%	6,71%	6,25%	7,60%	5,65%	7,20%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	47	42	42	35	44	32		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	14,3%	13,3%	12,8%	11,4%	13,6%	10,1%	→	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	56		57		52			2192	
davon Alleinerziehende	24		28		31			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	42,86%		49,12%		59,62%		↑	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	20	31	28	32	21	27		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,17%	1,82%	1,64%	1,93%	1,20%	1,63%	↘	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	12	16	10	16	13	15		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,46%	0,55%	0,38%	0,56%	0,48%	0,52%	→	0,63%	0,83%

### 12.4 Jugendhilfedaten

Helsa	2011		2012		2013		Tenden- denz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	33,00%		30,90%		34,70%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	13	18	26	25	24	20		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	2,5%	3,8%	5,1%	5,4%	4,8%	4,3%	↘	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 12.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 12.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten „Hirschbergzwerge“	Hirschbergstr. 10, 34298 Helsa-Wickenrode	05604 / 915770
Kindergarten „Kunterbunt“	St. Ottilier Weg 15, 34298 Helsa-Eschenstruth	05602 / 7509
Kindergarten „Lossespatzen“	Fröbelstr. 4, 34298 Helsa	05605 / 1497

#### 12.5.1.1 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Schäferland-Schule	Schulstr. 10, 34298 Helsa	05605 / 2015
Eschenwaldschule	An der Langen Wiese 11-13, 34298 Helsa-Eschenstruth	05602 / 1229

### 12.5.2 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Seniorenzentrum Waldhof - Wohnheim für seelisch behinderte und abhängigkeitskranke Menschen	Waldhof 53, 34298 Helsa	05602 / 93820	33 Plätze

### 12.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Senioren- und Therapiezentrum Helsa	Fröbelstr. 6, 34298 Helsa	199 Plätze 18 DE-Plätze 6 KZP-Plätze 4 TP-Plätze
Seniorenzentrum Waldhof	Waldhof 53, 34298 Helsa	121 Plätze 5 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Diakoniestation Helsa	Alte Berliner Str. 2, 34298 Helsa	

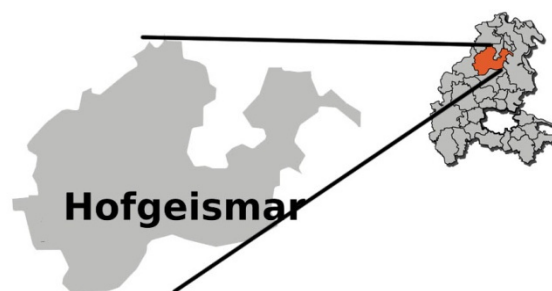
*Mitglied des Kreissenorenbeirates:* Ernst Werner

*Seniorenbeirat:* Helmut Linge

DE = Demenz  
KZP = Kurzzeitpflege  
TP = Tagespflege

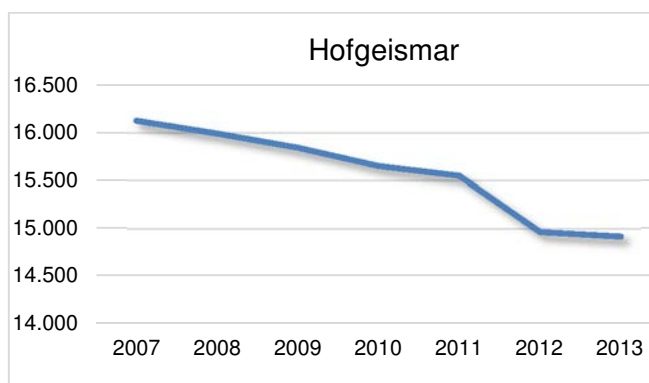


### 13 Gemeinde Hofgeismar



	Hofgeismar
<b>Ortsteile</b>	Sababurg, Beberbeck, Carlsdorf, Friedrichsdorf, Hombressen, Hümme, Kelze und Schöneberg
<b>Einwohnerzahl</b>	14.919 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	86,39 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	183 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.hofgeismar.de">www.hofgeismar.de</a>

#### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 13.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Hofgeismar	2011		2012		2013		Ten- denz	LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	7450	8104	7420	8027	7141	7778	↓	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	1281	1224	1250	1169	1275	1134		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,2%	15,1%	16,8%	14,6%	17,9%	14,6%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	995	953	983	946	965	957		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,4%	11,8%	13,2%	11,8%	13,5%	12,3%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	1355	1424	1315	1371	1227	1266		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,2%	17,6%	17,7%	17,1%	17,2%	16,3%	↓	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	2333	2409	2356	2464	2296	2386		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,3%	29,7%	31,8%	30,7%	32,2%	30,7%	↗	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	1138	1316	1164	1297	1095	1319		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,3%	16,2%	15,7%	16,2%	15,3%	17,0%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	348	778	352	780	283	716		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,7%	9,6%	4,7%	9,7%	4,0%	9,2%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	294	326	289	339	278	307		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,9%	4,0%	3,9%	4,2%	3,9%	3,9%	→	4,1%	4,1%

### 13.2 Arbeitsmarkt

Hofgeismar	2011		2012		2013		Ten- denz	LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2664	2345	2689	2348	2694	2425		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	53,76%	46,32%	54,73%	46,50%	56,64%	49,95%	↗	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	463	880	456	890	467	858		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	9,34%	17,38%	9,28%	17,63%	9,82%	17,67%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	290	261	284	251	326	251		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	5,85%	5,16%	5,78%	4,97%	6,85%	5,17%	→	4,56%	3,80%



### 13.3 Soziale Sicherung

Hofgeismar	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	432	506	416	492	417	498		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,72%	9,99%	8,47%	9,74%	8,77%	10,26%	↗	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	156	164	183	154	182	154		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	15,5%	17,3%	18,5%	17,1%	18,1%	17,3%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	239		236		223			2192	
davon Alleinerziehende	135		139		126			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	56,49%		58,90%		56,50%		↘	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	70	39	71	62	93	58		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,41%	0,77%	1,45%	1,23%	1,96%	1,19%	↗	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	107	126	101	139	98	139		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	1,44%	1,55%	1,36%	1,73%	1,37%	1,79%	→	0,63%	0,83%

### 13.4 Jugendhilfedaten

Hofgeismar	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	25,30%		39,90%		45,60%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	41	31	44	32	45	36		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	2,7%	2,1%	2,9%	2,2%	2,9%	2,6%	→	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 13.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 13.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Städt. Kindergarten und Kinderhort "Am Anger"	Am Anger 1, 34369 Hofgeismar	05671 / 50115
Städt. Kindergarten "Adolf-Häger-Str."	Adolf-Häger-Str. 2, 34369 Hofgeismar	05671 / 2122
Städt. Kindergarten "Hohes Feld"	Heinrich-Lübke-Str. 5, 34369 Hofgeismar	05671 / 50474
Städt. Kindergarten Hombressen	Udenhäuser Str. 13 , 34369 Hofgeismar	05671 / 3430
Städt. Kindergarten Schöneberg	Wilhelm-Busch-Str. 4, 34369 Hofgeismar	05671 / 1585
Ev. Kindergarten Hofgeismar	Hospitalstr. 3, 34369 Hofgeismar	05671 / 2555
Kath. Kindergarten "St. Peter"	Dragonerstr. 2, 34369 Hofgeismar	05671 / 2291
Ev. Kindergarten Hümme	Breslauer Str. 11, 34369 Hofgeismar	05675 / 314

### 13.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Albert-Schweitzer-Schule, Gymnasium	Magazinstr. 21, 34369 Hofgeismar	05671 / 992 40
Gustav-Heinemann-Schule, Gesamtschule	Adolf-Häger-Str., 34369 Hofgeismar	05671 / 99770
Würfelturmschule, Grundschule	Garnisonstr. 4, 34369 Hofgeismar	05671 / 2355 05671 / 5659
Grundschule Hombressen "Zur Friedenseiche"	Am Sportplatz, 34369 Hofgeismar	05671 / 2778
Grundschule Hümme "Wiesenbergerschule"	Schulstr. 11, 34369 Hofgeismar	05675 / 9665
Herwig-Blankertz-Schule, Berufliche Schulen	Magazinstr. 23, 34369 Hofgeismar	05671 / 99830
Brüder-Grimm-Schule, Schule für Lernhilfe	Würfelturmstr. 9, 34369 Hofgeismar	05671 / 920758
Käthe-Kollwitz-Schule, Schule für praktisch Bildbare	Käthe-Kollwitz-Str. 10, 34369 Hofgeismar	05671 / 99250
Ev. Altenpflegeschule	Brunnenstr. 23, 34369 Hofgeismar	05671 / 8820 App. 610



### 13.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
Pro Jugend, Projekt Jugendarbeit	Am Mühlentor 1, 34369 Hofgeismar	05671 / 5070522

### 13.5.4 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
bdks – sozpäd. Kinderheim Villa Kunterbunt	Schützenplatz 1, 34369 Hofgeismar	05671 / 996753	18 Plätze
bdks – Hofgeismarer Wohnstätten Wohnheime für geistig behinderte Menschen	Schützenhofweg 17-19, 34369 Hofgeismar	05671 / 99670	107 Plätze
bdks - Tagesförderstätte für geistig behinderte Menschen	Erlenweg 4, 34369 Hofgeismar	05671 / 99840	25 Plätze
bdks - Betreutes Wohnen für geistig behinderte Menschen	Neue Str. 13, 34369 Hofgeismar	05671 / 766494-10	60 Plätze
bdks – Hofgeismarer Werkstätten für geistig behinderte Menschen	Erlenweg 4, 34369 Hofgeismar	05671 / 99840	225 Plätze
diakom Hofgeismar - Werkstatt für seelisch behinderte Menschen	Neue Str. 13, 34369 Hofgeismar	05671 / 7664960	40 Plätze
bdks – Sozialpsychiatrisches Zentrum, Wohnheim für seelisch behinderte Menschen	Altstädter Kirchplatz 2+8, 34369 Hofgeismar	05671 / 99890	20 Plätze
bdks – Sozialpsychiatrisches Zentrum, Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen	Altstädter Kirchplatz 2+8, 34369 Hofgeismar	05671 / 99890	13 Plätze
FeD Hofgeismar/Wolfhagen e.V., Familienentlastende Dienste für behinderte Menschen	Erlenweg 2 A, 34369 Hofgeismar	05671 / 920091 oder 05692 / 990048	
Emstaler Verein e.V. - Betreutes Wohnen für seelisch behinderte Menschen	Manteuffelanlage 5, 34369 Hofgeismar	05671 / 4825	50 Plätze
Gesundheitsamt Region Kassel- Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle für seelisch behinderte Menschen	Manteuffelanlage 5, 34369 Hofgeismar	0561 / 787-5364	

Behindertenbeauftragte/r: Annegretel Hering



### 13.5.5 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Ev. Alten- und Pflegeheim „Theodor-Weiss-Haus“	Brunnenstr. 25, 34369 Hofgeismar	34 Plätze 2 KZP-Plätze
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen e.V. Andreas-Möhl-Haus	Gesundbrunnen 2, 34369 Hofgeismar	50 Plätze 2 KZP-Plätze
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen e.V. Else-Steinbrecher-Haus	Kabemühlenweg 14, 34369 Hofgeismar	81 Plätze 11 KZP-Plätze
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen e.V. Neues Brunnenhaus	Kabemühlenweg 16, 34369 Hofgeismar	90 Plätze 2 KZP-Plätze
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen e.V. Alber-Klingender-Haus	Kabemühlenweg 18, 34369 Hofgeismar	68 Plätze 2 KZP-Plätze
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen e.V. Schloss Beberbeck	Oberhof 1, 34369 Hofgeismar	43 Plätze 2 KZP-Plätze
<b>Tagespflege</b>		
Tagespflege Ochs	Bahnhofstr. 10, 34369 Hofgeismar	10 Plätze
Tagespflege am Gesundbrunnen	Kabemühlenweg 16, 34369 Hofgeismar	20 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Ambulante Kranken- und Altenpflege	Bergstr. 23, 34369 Hofgeismar	
Diakoniestation im Ev. Kirchenkreis Hofgeismar e.V.	Bahnhofstr. 29, 34369 Hofgeismar	
Pflege, Hilfe & Betreuung e.V.	Bahnhofstr. 1, 34369 Hofgeismar	
AHDO Ambulanter Hauspflege-dienst	Bahnhofstr. 10, 34369 Hofgeismar	

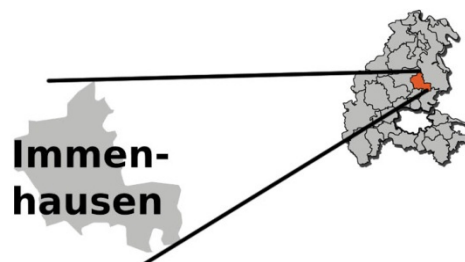
*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Georg Conrad

KZP = Kurzzeitpflege



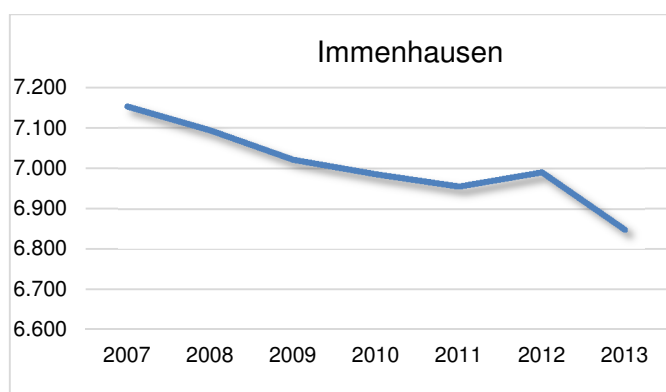


## 14 Gemeinde Immenhausen



	<b>Immenhausen</b>
<b>Ortsteile</b>	Mariendorf und Holzhausen
<b>Einwohnerzahl</b>	6.849 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	28,53 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	246 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.immenhausen.de">www.immenhausen.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**14.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

Immenhausen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	3425	3531	3437	3556	3368	3481	↘	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	566	497	575	501	543	472		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,5%	14,1%	16,7%	14,1%	16,1%	13,6%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	428	351	421	349	419	348		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,5%	9,9%	12,2%	9,8%	12,4%	10,0%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	627	613	612	614	549	570		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,3%	17,4%	17,8%	17,3%	16,3%	16,4%	↓	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1079	1101	1093	1102	1112	1122		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,5%	31,2%	31,8%	31,0%	33,0%	32,2%	↑	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	560	634	577	654	587	666		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,4%	18,0%	16,8%	18,4%	17,4%	19,1%	↑	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	165	335	159	336	158	303		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,8%	9,5%	4,6%	9,4%	4,7%	8,7%	↓	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	68	74	63	82	77	102		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,0%	2,1%	1,8%	2,3%	2,3%	2,9%	↘	4,1%	4,1%

**14.2 Arbeitsmarkt**

Immenhausen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1276	1079	1295	1106	1279	1102		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	56,64%	50,23%	57,63%	51,25%	58,40%	51,81%	↗	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	209	372	216	376	237	357		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	9,28%	17,32%	9,61%	17,42%	10,82%	16,78%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	94	81	99	68	122	97		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,17%	3,77%	4,41%	3,15%	5,57%	4,56%	→	4,56%	3,80%



### 14.3 Soziale Sicherung

Immenhausen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	140	123	128	118	134	127		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	6,21%	5,73%	5,70%	5,47%	6,12%	5,97%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	53	39	48	37	54	49		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	11,9%	9,4%	10,6%	9,1%	12,5%	12,7%	↑	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	65		59		63			2192	
davon Alleinerziehende	41		39		41			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	63,08%		66,10%		65,08%		↗	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	22	30	27	22	44	38		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	0,98%	1,40%	1,20%	1,02%	2,01%	1,79%	↑	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	32	25	32	25	26	32		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,93%	0,71%	0,93%	0,70%	0,77%	0,92%	→	0,63%	0,83%

### 14.4 Jugendhilfedaten

Immenhausen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	29,30%		40,00%		41,40%		↗	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	10	6	17	15	21	17		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	1,5%	1,0%	2,4%	2,5%	3,2%	3,0%	→	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↓ ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↑ ↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 14.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 14.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Immenhausen	Kirchweg 10, 34376 Immenhausen	05673 / 2085
Kindergarten Immenhausen	Albert-Schweitzer-Str. 16, 34376 Immenhausen	05673 / 1038
Kindergarten „Heidelbeerzwerge“	Bürgerhaus, Kasseler Str. 70, 34376 Immenhausen	05673 / 4730

### 14.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Freiherr-vom-Stein-Schule	Kampweg 24, 34376 Immenhausen	05673 / 99810
Lilli-Jahn-Schule	Nordweg 10, 34376 Immenhausen	05673 / 2651
Dietrich-Bonhoeffer-Schule	Hessenweg 16, 34376 Immenhausen	05673 / 9984 0

### 14.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Akku Immenhausen	Bernhardt-Vocke-Str. 1, 34376 Immenhausen	05673 / 920296
Jugendraum Holzhausen	Kasseler Str. 70, 34376 Immenhausen	05673 / 4730
Jugendraum Mariendorf	Teichweg, 34376 Immenhausen	

### 14.5.4 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Philippstiftung Immenhausen – Wohnpflegeheim Phase F	Echterstr. 2, 34376 Immenhausen	05673 / 3151	30 Plätze

*Behindertenbeiratsvorsitzende/r:* Herbert Rössel



#### 14.5.5 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Phillipstiftung Pflegeservice	Robert-Koch-Str. 3, 34376 Immenhausen	40 Plätze 6 KZP-Plätze 20 TP-Plätze
<b>Tagespflege</b>		
Tagesbetreuung am Reinhardswald	Immenhäuser Str. 18, 34376 Immenhausen	15 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
ASB- Sozialstation	Neue Str. 15, 34376 Immenhausen	
Ambulante Dienste Wilhelm	Immenhäuser Str. 18, 34376 Immenhausen	
Pflegen mit Herz	Neue Str. 5, 34376 Immenhausen	

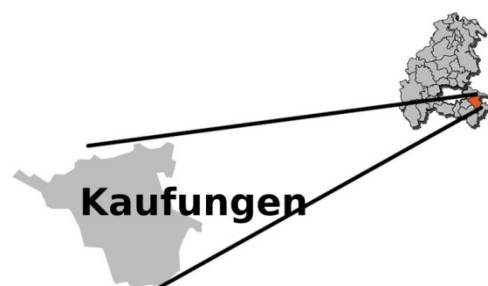
*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Jakob Humburg

KZP = Kurzzeitpflege  
TP = Tagespflege



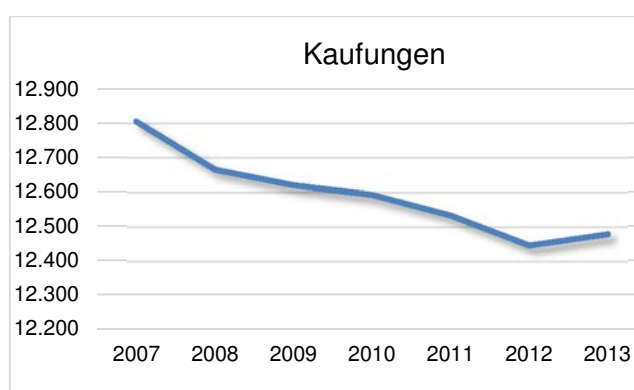


## 15 Gemeinde Kaufungen



	<b>Kaufungen</b>
<b>Ortsteile</b>	Niederkaufungen, Oberkaufungen und Papierfabrik
<b>Einwohnerzahl</b>	12.480 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	26,13 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	483 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.kaufungen.de">www.kaufungen.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 15.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Kaufungen Merkmale	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	6032	6502	5999	6467	5970	6510	→	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	1063	1062	1046	1033	1036	995		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,6%	16,3%	17,4%	16,0%	17,4%	15,3%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	750	742	737	739	745	721		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,4%	11,4%	12,3%	11,4%	12,5%	11,1%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	1189	1248	1105	1215	1072	1089		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	19,7%	19,2%	18,4%	18,8%	18,0%	16,7%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1891	2006	1931	2016	1960	2155		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,3%	30,9%	32,2%	31,2%	32,8%	33,1%	↑	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	893	1002	938	1037	929	1092		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,8%	15,4%	15,6%	16,0%	15,6%	16,8%	↗	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	246	442	242	427	228	458		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,1%	6,8%	4,0%	6,6%	3,8%	7,0%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	168	208	181	217	192	217		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,8%	3,2%	3,0%	3,4%	3,2%	3,3%	→	4,1%	4,1%

### 15.2 Arbeitsmarkt

Kaufungen Merkmale	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2428	2214	2421	2271	2426	2280		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	59,92%	52,46%	60,57%	53,99%	60,74%	54,11%	→	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	394	765	369	760	420	751		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	9,72%	18,13%	9,23%	18,07%	10,52%	17,82%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	179	192	174	163	162	161		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,42%	4,55%	4,35%	3,88%	4,06%	3,82%	↘	4,56%	3,80%





### 15.3 Soziale Sicherung

Kaufungen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	210	275	198	256	186	245		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	5,18%	6,52%	4,95%	6,09%	4,66%	5,81%	↘	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	76	81	76	76	72	64		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	9,0%	9,7%	9,2%	9,5%	8,8%	8,6%	↘	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	130		118		107			2192	
davon Alleinerziehende	87		79		73			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	66,92%		66,95%		68,22%		↗	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	58	64	63	52	64	51		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,43%	1,52%	1,58%	1,24%	1,60%	1,21%	→	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	25	41	25	45	28	47		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,41%	0,63%	0,42%	0,70%	0,47%	0,72%	↗	0,63%	0,83%

### 15.4 Jugendhilfedaten

Kaufungen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	14,10%		25,60%		46,30%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	43	39	45	26	37	23		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	3,4%	3,1%	3,6%	2,1%	3,0%	1,9%	→	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 15.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 15.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte „Zwergenburg“	Teich Str. 2, 34260 Kaufungen	05605 / 6938
Kindertagesstätte "Zur Schönen Aussicht"	Zur Schönen Aussicht 12, 34260 Kaufungen	05605 / 6971
Kindertagesstätte "Pustebume"	Ostpreußen Str. 25, 34260 Kaufungen	05605 / 6778
Kindertagesstätte "Im Feldhof"	Im Feldhof 16, 34260 Kaufungen	05605 / 6937
Kindertagesstätte "Kunterbunt"	Gustav-Heinemann-Str. 10, 34260 Kaufungen	05605 / 925917
Kindertagesstätte "Stern-schnuppe"	Am Lindenberg 2, 34260 Kaufungen	0561 / 5107917
Kindertagesstätte "Die Wühl-mäuse"	Kirchweg 3, 34260 Kaufungen	05605 / 80070

### 15.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Ernst-Abbe-Schule, Grundschule	Schulstr. 24, 34260 Kaufungen	05605 / 2373
Gesamtschule Kaufungen	Friedrich-Ebert-Str. 26, 34260 Kaufungen	05605 / 80060
Grundschule Niederkaufungen	Leipziger Str. 265, 34260 Kaufungen	05605 / 2030

### 15.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Emstaler Verein e.V. - Betreutes Wohnen für seelisch behinderte Menschen	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen	05605 / 9467-13 oder -14	43 Plätze
Emstaler Verein e.V. - Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen	05605 / 9467-19	13 Plätze
Gesundheitsamt Region Kassel- Psychosoziale Kontakt und Beratungsstelle für seelisch behinderte Menschen	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen	0561 / 787-5393	

Behindertenbeauftragte/r:



#### 15.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
DRK Altenpflegeheim	Sophie-Henschel-Weg 11, 34260 Kaufungen	104 Plätze 11 KZP-Plätze
Senioren-, Pflege und Begegnungsstätte „Haus Irene“	Ziegeleiweg 1, 34260 Kaufungen	44 Plätze 4 KZP-Plätze
<b>Tagespflege</b>		
Tagespflege Lossetal	Kirchweg 3, 34260 Kaufungen	15 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Ambulanter Pflegedienst Flöter	Leipziger Str. 484, 34260 Kaufungen	
Zweckverband Kaufunger Wald-Söhre	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen	
Pflegeteam-Helfende Hände	Bahnhofstr. 1A, 34260 Kaufungen	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Ernst Kilian

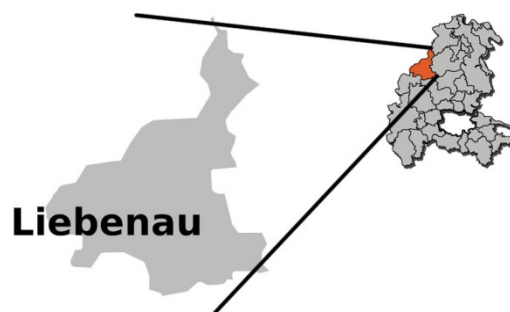
---

KZP = Kurzzeitpflege



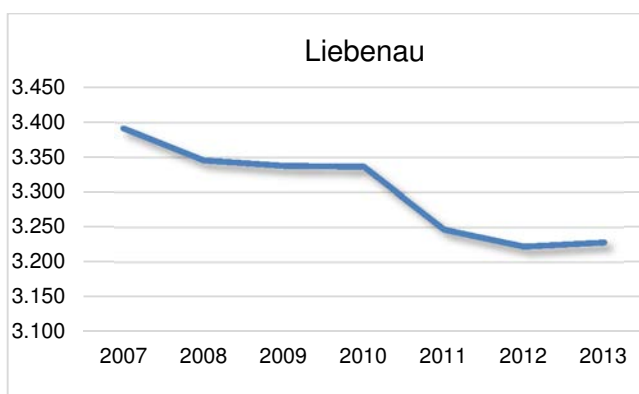


16 Stadt Liebenau



	Liebenau
<b>Ortsteile</b>	Ersen, Grimelsheim, Hueda, Lamerden, Niedermeiser, Ostheim und Zwergen
<b>Einwohnerzahl</b>	3.229 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	48,87 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	68 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.stad-liebenau.de">www.stad-liebenau.de</a>

**Bevölkerungsentwicklung**



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

### 16.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Liebenau Merkmale	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	1558	1689	1528	1678	1565	1664	→	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	272	273	262	267	254	263		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,5%	16,2%	17,1%	15,9%	16,2%	15,8%	↘	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	202	179	193	180	191	188		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,0%	10,6%	12,6%	10,7%	12,2%	11,3%	↗	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	263	288	263	276	257	260		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,9%	17,1%	17,2%	16,4%	16,4%	15,6%	→	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	499	517	492	525	526	548		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	32,0%	30,6%	32,2%	31,3%	33,6%	32,9%	↑	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	258	277	258	282	258	278		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,6%	16,4%	16,9%	16,8%	16,5%	16,7%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	64	155	60	148	79	127		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,1%	9,2%	3,9%	8,8%	5,0%	7,6%	↘	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	20	38	23	43	17	27		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,3%	2,2%	1,5%	2,6%	1,1%	1,6%	↘	4,1%	4,1%

### 16.2 Arbeitsmarkt

Liebenau Merkmale	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	616	491	622	501	602	522		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	60,22%	46,28%	61,52%	47,67%	57,83%	49,06%	→	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	85	214	87	201	84	207		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,31%	20,17%	8,61%	19,12%	8,07%	19,45%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	40	24	37	39	51	33		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,91%	2,26%	3,66%	3,71%	4,90%	3,10%	↘	4,56%	3,80%



### 16.3 Soziale Sicherung

Liebenau	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	44	49	44	47	50	51		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,30%	4,62%	4,35%	4,47%	4,80%	4,79%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	26	20	18	20	21	21		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	12,2%	10,2%	9,0%	10,2%	11,2%	10,8%	→	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	28		25		24			2192	
davon Alleinerziehende	19		16		16			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	67,86%		64,00%		66,67%		↑	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	14	8	11	17	21	13		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,37%	0,75%	1,09%	1,62%	2,02%	1,22%	↘	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	4	10	5	9	5	7		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,26%	0,59%	0,33%	0,54%	0,32%	0,42%	↘	0,63%	0,83%

### 16.4 Jugendhilfedaten

Liebenau	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	19,10%		23,50%		36,00%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	4	5	4	3	5	3		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	1,2%	1,5%	1,3%	0,9%	1,6%	0,9%	↗	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 16.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 16.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Ev. Kindergarten	Lacheweg 6, 34396 Liebenau	05676 / 553

### 16.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Diemeltalschule, Grundschule	Am Anhaltsberg 1, 34396 Liebenau	05676 / 433

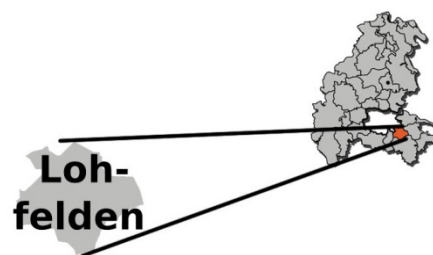
### 16.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Ambulante Dienste</b>		
Pflege zu Hause Heike Bringmann	Buttenstr. 17, 34396 Liebenau	



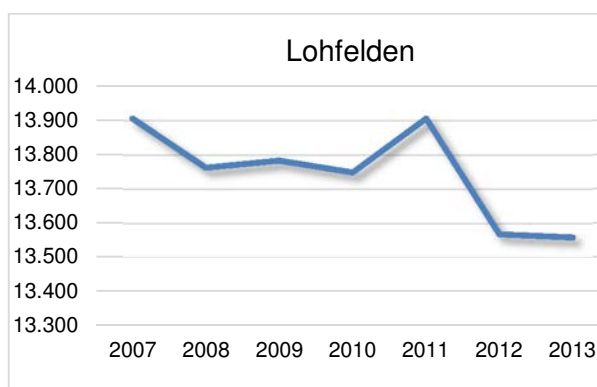


## 17 Gemeinde Lohfelden



	Lohfelden
<b>Ortsteile</b>	Crumbach, Ochshausen und Vollmarshausen
<b>Einwohnerzahl</b>	13.560 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	16,57 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	832 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.lohfelden.de">www.lohfelden.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 17.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Lohfelden Merkmale	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	6727	7180	6731	7135	6631	6929	↘	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	1210	1123	1205	1101	1186	1051		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,0%	15,6%	17,9%	15,4%	17,9%	15,2%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	856	879	849	849	876	768		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,7%	12,2%	12,6%	11,9%	13,2%	11,1%	↘	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	1291	1361	1252	1345	1139	1287		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	19,2%	19,0%	18,6%	18,9%	17,2%	18,6%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	2051	2086	2102	2091	2101	2084		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	30,5%	29,1%	31,2%	29,3%	31,7%	30,1%	↗	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	1076	1231	1072	1233	1082	1240		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,0%	17,1%	15,9%	17,3%	16,3%	17,9%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	243	500	251	516	247	499		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,6%	7,0%	3,7%	7,2%	3,7%	7,2%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	439	542	437	528	550	538		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	6,5%	7,5%	6,5%	7,4%	8,3%	7,8%	↗	4,1%	4,1%

### 17.2 Arbeitsmarkt

Lohfelden Merkmale	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2674	2260	2722	2305	2767	2360		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	60,23%	49,80%	61,14%	51,28%	63,73%	54,24%	↗	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	460	864	486	884	501	867		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	10,36%	19,04%	10,92%	19,67%	11,54%	19,93%	↗	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	216	176	211	178	255	197		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,86%	3,88%	4,74%	3,96%	5,87%	4,53%	↗	4,56%	3,80%



### 17.3 Soziale Sicherung

Lohfelden	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	282	339	274	318	280	331		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	6,35%	7,47%	6,15%	7,07%	6,45%	7,61%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	128	115	113	100	134	119		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	13,2%	12,6%	11,8%	11,2%	14,0%	14,2%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	172		155		156			2192	
davon Alleinerziehende	96		88		84			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	55,81%		56,77%		53,85%		↓	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	76	54	63	69	90	68		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,71%	1,19%	1,42%	1,54%	2,07%	1,56%	↗	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	57	90	58	94	58	93		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,85%	1,25%	0,86%	1,32%	0,87%	1,34%	→	0,63%	0,83%

### 17.4 Jugendhilfedaten

Lohfelden	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	16,50%		16,20%		20,10%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	58	29	49	26	51	21		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	4,0%	2,1%	3,5%	2,0%	3,6%	1,7%	↘	3,05%	2,42%

- SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende
- SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung
- SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe
- Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend
- ↗ Entwicklung steigend
- Entwicklung gleichbleibend



## 17.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 17.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte Vollmarshausen	Kurt-Schumacher-Str. 10 c, 34253 Lohfelden	05608 / 16 93
Kindertagesstätte „Die kleinen Strolche“	Quellenweg 72, 34253 Lohfelden	0561 / 5102721
Kindertagesstätte „Löwenzahn“	Fröbelweg 2 + 4, 34253 Lohfelden	0561 / 53768
Kindertagesstätte Ochshausen	Am Wahlebach 7, 34253 Lohfelden	0561 / 513767
Kindertagesstätte Ochshausen - Außenstelle Lindenberg	Elisabeth-Selbert-Str. 1, 34253 Lohfelden	0561 / 5105354
Kindertagesstätte und Kinderhort des ASB	Lange Str. 37, 34253 Lohfelden	0561 / 9518733
Kinderhort Vollmarshausen	Kaufunger Str. 20, 34253 Lohfelden	05608 / 3292 oder -1693

### 17.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Vollmarshausen	Kaufunger Str. 18, 34253 Lohfelden	05 608 / 1221
Grundschule Regenbogenschule	Friedrich-Ebert-Ring 1 und 2, 34253 Lohfelden Lange Str. 51, 34253 Lohfelden	0561 / 512345
Gesamtschule Söhreschule		0561 / 951060

### 17.5.3 Behinderteneinrichtungen

*Behindertenbeauftragte/r:* Ernst Zufall

### 17.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
ASB Wohnen und Pflege Lohfelden „Leben im Alter“;	Quellenweg 60, 34253 Lohfelden	131 Plätze 2 KZP-Plätze 10 TP-Plätze
<b>Tagespflege</b>		
Tagespflege „Die Dinos“	Bahnhofstr. 6, 34253 Lohfelden	16 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
DIE BETREUER	Crumbacher Str. 91, 34253 Lohfelden	
Grubschat Ambulante Pflege	Hauptstr. 50, 34253 Lohfelden	
Krankenbetreuung MEDICUS	Hauptstr. 59, 34253 Lohfelden	
APH Ambulanter Pflegedienst	Auf der Gebinne 18, 34253 Lohfelden	
Zweckverband Kaufunger Wald-Söhre		



<b>Fortsetzung Einrichtungen der Altenhilfe</b>		
---	--	--

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Klaus Steffek

*Senioresenbeirat:* Klaus Steffek

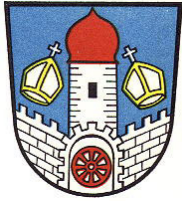
### 17.5.5 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417
ASB Mehrgenerationenhaus	Lange Str. 37, 34253 Lohfelden	0561/95187-50

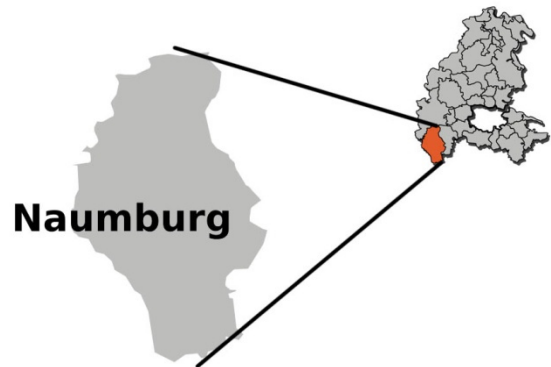
---

KZP = Kurzzeitpflege  
TP = Tagespflege



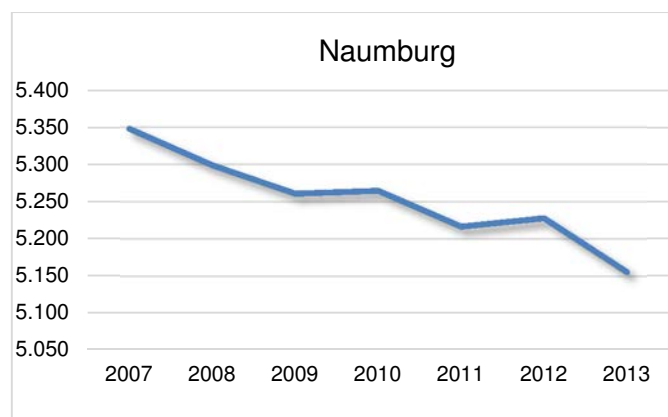


## 18 Stadt Naumburg



	<b>Naumburg</b>
<b>Ortsteile</b>	Altendorf, Altenstädt, Elbenberg und Heimarshausen
<b>Einwohnerzahl</b>	5.156 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	66,29 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	79 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.naumburg.eu">www.naumburg.eu</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

### 18.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Naumburg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	2547	2670	2518	2646	2553	2603	→	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	443	431	433	421	414	399		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,4%	16,1%	17,2%	15,9%	16,2%	15,3%	↓	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	365	336	336	338	346	321		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,3%	12,6%	13,3%	12,8%	13,6%	12,3%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	460	493	438	456	445	447		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,1%	18,5%	17,4%	17,2%	17,4%	17,2%	→	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	807	751	825	779	869	831		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,7%	28,1%	32,8%	29,4%	34,0%	31,9%	↑	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	364	383	376	378	365	387		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,3%	14,3%	14,9%	14,3%	14,3%	14,9%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	108	276	110	274	114	218		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,2%	10,3%	4,4%	10,4%	4,5%	8,4%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	30	41	22	30	42	45		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,2%	1,5%	0,9%	1,1%	1,6%	1,7%	↗	4,1%	4,1%

### 18.2 Arbeitsmarkt

Naumburg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1106	910	1098	914	1081	926		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	64,26%	54,26%	64,66%	54,83%	61,74%	54,89%	→	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	138	268	139	259	138	267		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,02%	15,98%	8,19%	15,54%	7,88%	15,83%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	60	62	68	53	81	54		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,49%	3,70%	4,00%	3,18%	4,63%	3,20%	↗	4,56%	3,80%





### 18.3 Soziale Sicherung

Naumburg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	95	100	93	82	78	80		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	5,52%	5,96%	5,48%	4,92%	4,45%	4,74%	↘	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	45	39	37	33	33	33		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	12,7%	11,7%	11,1%	10,1%	10,2%	10,6%	↘	11,13%	11,80%
Bedarfgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	56		45		42			2192	
davon Alleinerziehende	33		25		23			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	58,93%		55,56%		54,76%		↘	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	13	18	16	16	28	23		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	0,76%	1,07%	0,94%	0,96%	1,60%	1,36%	↑	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	12	15	15	20	16	20		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,47%	0,56%	0,60%	0,76%	0,63%	0,77%	↑	0,63%	0,83%

### 18.4 Jugendhilfedaten

Naumburg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	27,60%		49,50%		51,00%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	16	24	25	24	24	19		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	2,9%	4,6%	4,7%	4,8%	4,6%	4,0%	↘	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 18.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 18.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Städt. Kindertagesstätte „Regenbogenland“	Auf dem Lindengarten 8, 34311 Naumburg	05625 / 808
Städt. Kindertagesstätte „Zwergenstübchen“	Naumburger Str., 34311 Naumburg	05625 / 5146
Kath. Kindertagesstätte „St. Vinzenz“	Im Hain 41, 34311 Naumburg	05625 / 5805

### 18.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Elbetalschule Grundschule Naumburg	Am Kuhberg 13, 34311 Naumburg	05625 / 894

### 18.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Internationales Bildungs- und Sozialwerk e.V., Haus St. Martin, Wohn- und Therapiezentrum für Menschen mit Prader-Willi-Syndrom	Wintersgrund 2, 34311 Naumburg	05625 / 922280	40 Plätze
Internationales Bildungs- und Sozialwerk e.V., Haus Wintersgrund, Wohn- und Therapiezentrum für Menschen mit Autismus	Wintersgrund 2, 34311 Naumburg	05625 / 9239640	28 Plätze

### 18.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

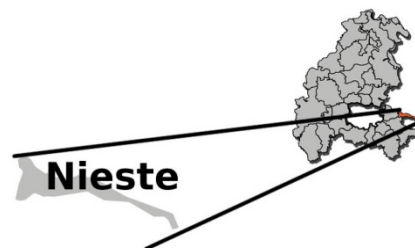
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Pflege- und Altenheim Hahn	Bergstr. 48-54, 34311 Naumburg	105 Plätze 2 KZP-Plätze 3 TP-Plätze
Seniorenwohn- und Pflegezentrum „Haus am See“	Elbener Pfad 4a, 34311 Naumburg	63 Plätze 6 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Caritas Sozialstation	Elbener Pfad 4, 34311 Naumburg	

Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Manfred Hamel

KZP = Kurzzeitpflege

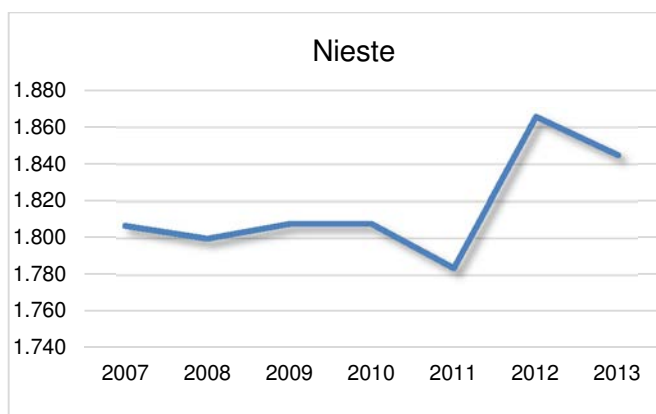


## 19 Gemeinde Nieste



	Nieste
<b>Ortsteile</b>	Buntebock, Rottebreite, Endschlag und Sensenstein
<b>Einwohnerzahl</b>	1.845 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	4,05 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	446 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.nieste.de">www.nieste.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 19.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Nieste	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	881	903	897	918	913	932	↑	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	181	157	183	164	181	171		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	20,5%	17,4%	20,4%	17,9%	19,8%	18,3%	↗	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	93	86	103	80	99	81		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	10,6%	9,5%	11,5%	8,7%	10,8%	8,7%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	196	225	201	212	168	201		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	22,2%	24,9%	22,4%	23,1%	18,4%	21,6%	↓	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	264	259	265	285	329	304		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	30,0%	28,7%	29,5%	31,0%	36,0%	32,6%	↑	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	115	134	118	140	117	136		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,1%	14,8%	13,2%	15,3%	12,8%	14,6%	↓	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	32	42	27	37	19	39		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,6%	4,7%	3,0%	4,0%	2,1%	4,2%	↓	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	10	12	23	31	29	30		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,1%	1,3%	2,6%	3,4%	3,2%	3,2%	↑	4,1%	4,1%

### 19.2 Arbeitsmarkt

Nieste	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	403	344	406	339	417	355		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	68,54%	56,95%	67,22%	55,39%	66,72%	57,26%	↘	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	40	110	50	116	57	116		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	6,80%	18,21%	8,28%	18,95%	9,12%	18,71%	↗	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	14	22	17	15	15	22		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	2,38%	3,64%	2,81%	2,45%	2,40%	3,55%	↗	4,56%	3,80%



### 19.3 Soziale Sicherung

Nieste	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	21	32	14	20	20	23		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,57%	5,30%	2,32%	3,27%	3,20%	3,71%	↗	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	6	6	7	3	5	6		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	4,1%	4,9%	4,7%	2,3%	3,3%	4,4%	↘	11,13%	11,80%
Bedarfgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	12		11		11			2192	
davon Alleinerziehende	4		6		7			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	33,33%		54,55%		63,64%			61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	9	10	9	7	4	10		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,53%	1,66%	1,49%	1,14%	0,64%	1,61%	↑	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	0	1	0	2	0	1		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,00%	0,11%	0,00%	0,22%	0,00%	0,11%	↓	0,63%	0,83%

### 19.4 Jugendhilfedaten

Nieste	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	18,00%		17,90%		28,60%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	5	5	2	3	3	3		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	2,3%	2,7%	0,9%	1,6%	1,4%	1,5%	↑	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 19.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 19.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Nieste	Vor der Warte 25, 34329 Nieste	05605 / 9441-16

### 19.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Nieste	Am Schulhof 2, 34329 Nieste	05605 / 3511

### 19.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Jugendburg Sportbildungsstätte Sensenstein	Sensenstein, 34329 Nieste	0561 / 712680

### 19.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

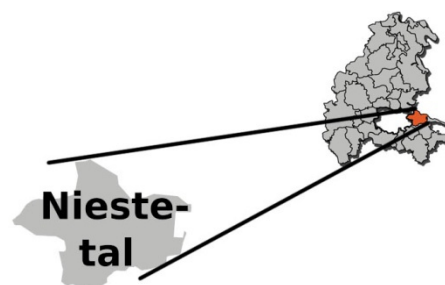
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Ambulante Dienste</b>		
Zweckverband Kaufunger Wald-Söhre	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Walter Reitze*

*Senioresenbeirat: Walter Reitze*

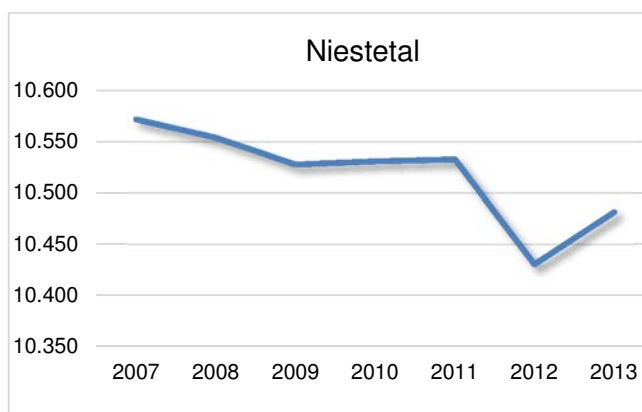


## 20 Gemeinde Niestetal



	<b>Niestetal</b>
<b>Ortsteile</b>	Heiligenrode und Sandershausen
<b>Einwohnerzahl</b>	10.482 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	22,15 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	475 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.niestetal.de">www.niestetal.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 20.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Niestetal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	5044	5489	5079	5503	5054	5428	→	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	841	789	817	789	816	777		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,7%	14,4%	16,1%	14,3%	16,1%	14,3%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	634	634	630	646	585	616		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,6%	11,6%	12,4%	11,7%	11,6%	11,3%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	1005	1093	999	1042	914	992		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	19,9%	19,9%	19,7%	18,9%	18,1%	18,3%	↓	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1498	1587	1544	1634	1633	1668		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	29,7%	28,9%	30,4%	29,7%	32,3%	30,7%	↑	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	844	982	856	976	879	978		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,7%	17,9%	16,9%	17,7%	17,4%	18,0%	↑	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	222	404	233	416	227	397		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,4%	7,4%	4,6%	7,6%	4,5%	7,3%	↘	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	284	287	278	276	275	280		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	5,6%	5,2%	5,5%	5,0%	5,4%	5,2%	→	4,1%	4,1%

### 20.2 Arbeitsmarkt

Niestetal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2059	1876	2076	1913	2079	1919		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	62,49%	54,35%	62,30%	55,13%	63,08%	55,98%	↗	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	330	593	341	589	343	580		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	10,02%	17,18%	10,23%	16,97%	10,41%	16,92%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	110	104	85	104	125	113		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,34%	3,01%	2,55%	3,00%	3,79%	3,30%	↗	4,56%	3,80%





### 20.3 Soziale Sicherung

Niestetal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	125	154	112	147	126	164		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,79%	4,46%	3,36%	4,24%	3,82%	4,78%	↗	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	59	51	56	55	62	64		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	8,6%	7,8%	8,5%	8,6%	9,5%	10,2%	↑	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	75		79		89			2192	
davon Alleinerziehende	55		54		63			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	73,33%		68,35%		70,79%		↗	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	48	44	35	48	57	48		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,46%	1,27%	1,05%	1,38%	1,73%	1,40%	↑	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	26	32	25	33	23	40		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,52%	0,58%	0,49%	0,60%	0,46%	0,74%	↑	0,63%	0,83%

### 20.4 Jugendhilfedaten

Niestetal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	25,60%		27,50%		31,80%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	25	16	21	19	20	18		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	2,6%	1,7%	2,2%	2,0%	2,1%	2,0%	→	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 20.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 20.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten am Park	Friedrich-Ebert-Str. 7 a, 34266 Niestetal	056152 / 577
Kindergarten „Fantasia“	Theodor-Heuss-Str. 7, 34266 Niestetal	0561 / 527255
Kindergarten „Regenbogen“	Cornelius-Gellert-Str. 20, 34266 Niestetal	0561 / 528961
Kindergarten „Sternschnuppe“	Stein-Str. 5, 34266 Niestetal	0561 / 527215

### 20.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Sandershausen	Mühlenweg 14 – 16, 34266 Niestetal	0561 / 523877
Astrid-Lindgren-Schule	Friedrich-Ebert-Str. 25, 34266 Niestetal	0561 / 522203
Wilhelm-Leuschner-Schule	Karl-Marx-Str. 32, 34266 Niestetal	0561 / 952770

### 20.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
AWO-Seniorenzentrum Niestetal	Karl-Marx-Str. 29, 34266 Niestetal	83 Plätze 4 KZP-Plätze 8 TP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Pflegedienst mit Herz	Dorfstr. 14, 34266 Niestetal	
Diakoniestation der Ev. Kirchengemeinde Niestetal	Ysenburgstr. 18a, 34266 Niestetal	
RR Kasseler Pflegedienst	Hannoversche Str. 77, 34266	
PCK Pflege-Centrum-Kassel	Kasseler Str. 58, 34266 Niestetal	

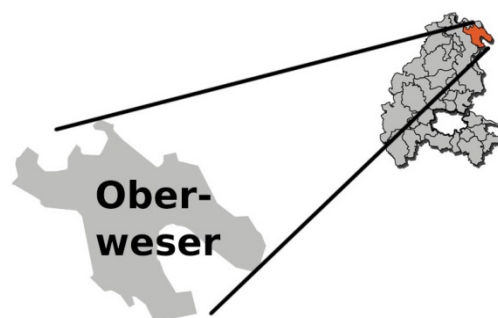
*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Erich-Wilhelm Schubert

*Seniorenbeauftragte/r:* Gunter von Raedern

KZP = Kurzzeitpflege  
TP = Tagespflege

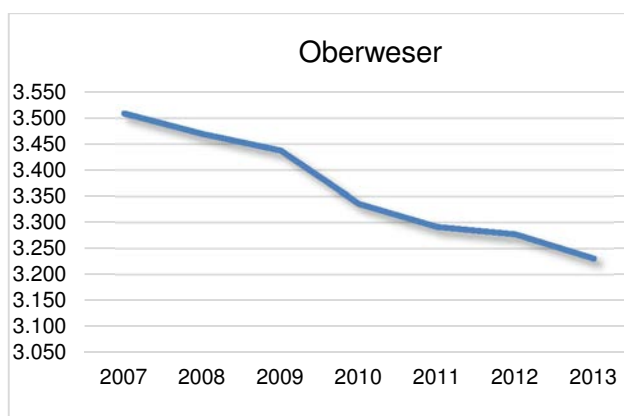


## 21 Gemeinde Oberweser



	<b>Oberweser</b>
<b>Ortsteile</b>	Arenborn, Gewissenruh, Gieselwerder, Gottstreu, Heisebeck und O-edelsheim
<b>Einwohnerzahl</b>	3.231 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	41,16 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	84 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.oberweser.de">www.oberweser.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**21.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

Oberweser	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	1626	1666	1615	1659	1621	1610	→	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	268	263	256	269	251	262		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,5%	15,8%	15,9%	16,2%	15,5%	16,3%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	175	171	164	158	169	145		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	10,8%	10,3%	10,2%	9,5%	10,4%	9,0%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	299	273	298	275	280	263		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,4%	16,4%	18,5%	16,6%	17,3%	16,3%	↓	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	514	502	516	508	549	532		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,6%	30,1%	32,0%	30,6%	33,9%	33,0%	↑	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	296	315	302	308	296	294		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,2%	18,9%	18,7%	18,6%	18,3%	18,3%	↓	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	74	142	79	141	76	114		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,6%	8,5%	4,9%	8,5%	4,7%	7,1%	↘	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	24	29	30	26	29	26		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,5%	1,7%	1,9%	1,6%	1,8%	1,6%	→	4,1%	4,1%

**21.2 Arbeitsmarkt**

Oberweser	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	664	493	683	479	658	492		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	63,72%	49,45%	66,38%	48,34%	62,73%	49,30%	→	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	95	205	97	201	107	223		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	9,12%	20,56%	9,43%	20,28%	10,20%	22,34%	↑	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	41	28	37	31	46	26		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,93%	2,81%	3,60%	3,13%	4,39%	2,61%	↗	4,56%	3,80%



### 21.3 Soziale Sicherung

Oberweser	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	44	50	33	38	40	37		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,22%	5,02%	3,21%	3,83%	3,81%	3,71%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	16	23	17	13	13	15		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	7,5%	10,8%	8,3%	5,9%	6,5%	7,4%	↘	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	25		18		19			2192	
davon Alleinerziehende	18		12		12			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	72,00%		66,67%		63,16%		↘	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	10	10	17	13	24	11		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	0,96%	1,00%	1,65%	1,31%	2,29%	1,10%	↗	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	6	5	6	7	5	6		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,37%	0,30%	0,37%	0,42%	0,31%	0,37%	→	0,63%	0,83%

### 21.4 Jugendhilfedaten

Oberweser	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	30,80%		37,70%		50,00%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	10	4	6	3	8	3		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	3,1%	1,3%	1,9%	1,0%	2,7%	1,0%	→	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 21.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 21.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte Gieselwerder	Hopfenbergstr., 34399 Oberweser	05574 / 349
Kindertagesstätte Heisebeck	Kirchstr. 2, 34399 Oberweser	05574 / 1877
Kindertagesstätte Oedelsheim	Bremer Str. 1, 34399 Oberweser	05574 / 5140

### 21.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Gieselwerder	Jahnstr. 15, 34399 Oberweser	05572 / 341
Grundschule Oedelsheim	Schulstr. 6, 34399 Oberweser	05574 / 311

### 21.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Ambulante Dienste</b>		
Ambulanter Pflegedienst Oberweser	In der Laake 2, 34399 Oberweser	
Häusliche Krankenpflege Oberweser e.V.	Bremer Str. 4, 34399 Oberweser	

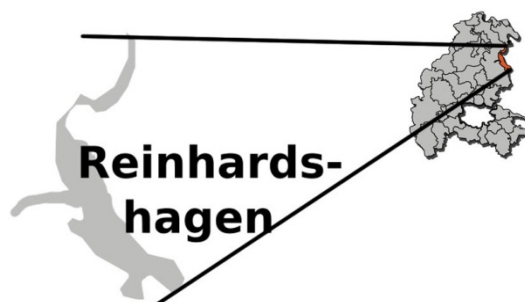
*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Monika Seifert

### 21.5.4 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

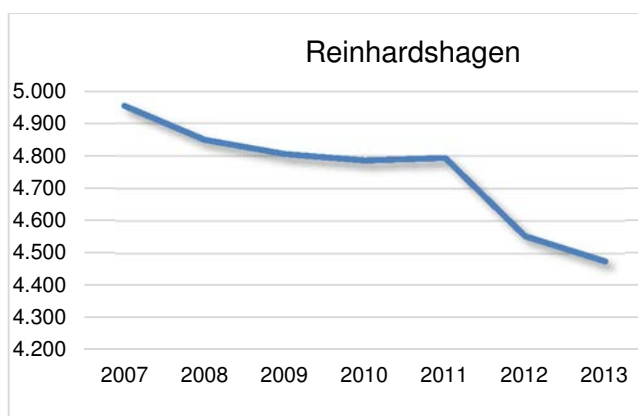


## 22 Gemeinde Reinhardshagen



	Reinhardshagen
<b>Ortsteile</b>	Veckerhagen und Vaake
<b>Einwohnerzahl</b>	4.477 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	12,99 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	370 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.reinhardshagen.de">www.reinhardshagen.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



## 22.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Reinhardshagen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	2371	2424	2353	2389	2213	2264	↘	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	335	340	334	323	324	311		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,1%	14,0%	14,2%	13,5%	14,6%	13,7%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	318	301	303	295	273	263		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,4%	12,4%	12,9%	12,3%	12,3%	11,6%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	387	393	366	376	329	317		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,3%	16,2%	15,6%	15,7%	14,9%	14,0%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	837	767	854	768	810	764		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	35,3%	31,6%	36,3%	32,1%	36,6%	33,7%	→	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	371	429	371	422	374	405		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,6%	17,7%	15,8%	17,7%	16,9%	17,9%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	123	194	125	205	103	204		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	5,2%	8,0%	5,3%	8,6%	4,7%	9,0%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	166	118	168	123	58	57		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	7,0%	4,9%	7,1%	5,1%	2,6%	2,5%	→	4,1%	4,1%

## 22.2 Arbeitsmarkt

Reinhardshagen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	929	673	926	683	889	686		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	57,70%	43,70%	57,73%	45,29%	59,87%	48,48%	→	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	141	314	136	304	144	291		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,76%	20,39%	8,48%	20,16%	9,70%	20,57%	↗	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	59	57	62	45	81	51		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,66%	3,70%	3,87%	2,98%	5,45%	3,60%	↘	4,56%	3,80%





### 22.3 Soziale Sicherung

Reinhardshagen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	70	80	64	69	66	68		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,35%	5,19%	3,99%	4,58%	4,44%	4,81%	↘	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	21	24	16	18	20	27		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	7,9%	9,2%	6,3%	7,1%	8,0%	11,3%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	36		35		39			2192	
davon Alleinerziehende	23		23		25			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	63,89%		65,71%		64,10%		↓	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	20	19	22	18	51	23		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,24%	1,23%	1,37%	1,19%	3,43%	1,63%	→	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	13	12	13	13	11	12		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,55%	0,50%	0,55%	0,54%	0,50%	0,53%	→	0,63%	0,83%

### 22.4 Jugendhilfedaten

Reinhardshagen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	16,40%		19,00%		25,50%			32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	13	6	12	13	15	13	↑	693	507
in % der Unter-21-Jährigen	3,2%	1,5%	3,0%	3,3%	3,8%	3,5%	↗	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 22.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 22.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Veckerhagen	Friedhofsweg 12, 34359 Reinhardshagen	05544 / 7763
Kindergarten Vaake	Schlesierstr. 24m 34359 Reinhardshagen	05544 / 1234

### 22.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Lucas-Lossios-Schule	Graseweg 1, 34359 Reinhardshagen	05544 / 50

### 22.5.3 Behinderteneinrichtungen

*Behindertenbeauftragte/r:* Heinz Weidner

### 22.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Seniorenpflegeheim Kaiserhof	Untere Kasseler Str. 3, 34359 Reinhardshagen	20 Plätze 4 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Ambulante Pflege	Mühlenstr. 1, 34359 Reinhardshagen	

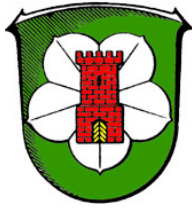
*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Willi Dettmar

*Seniorenbeirat:* Frau Klinsing

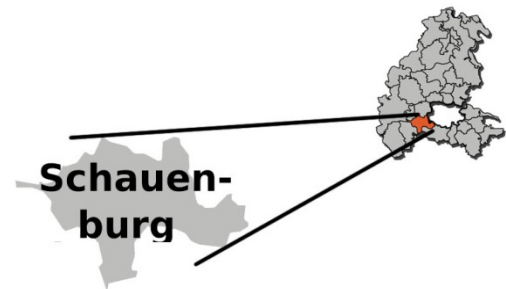
### 22.5.5 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

KZP = Kurzzeitpflege

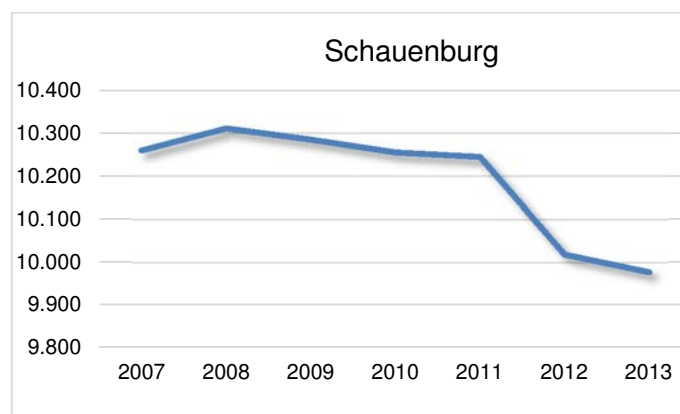


## 23 Gemeinde Schauenburg



	Schauenburg
<b>Ortsteile</b>	Breitenbach, Elgershausen, Elmshagen, Hoof und Martinhagen
<b>Einwohnerzahl</b>	9.978 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	30,85 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	333 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.gemeinde-schauenburg.de">www.gemeinde-schauenburg.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**23.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

Schauenburg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	5090	5155	5103	5154	4946	5032	↘	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	860	754	866	725	865	692		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,9%	14,6%	17,0%	14,1%	17,5%	13,8%	↘	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	652	564	657	582	613	532		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,8%	10,9%	12,9%	11,3%	12,4%	10,6%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	903	972	856	936	770	854		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,7%	18,9%	16,8%	18,2%	15,6%	17,0%	↓	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1631	1574	1668	1602	1634	1652		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	32,0%	30,5%	32,7%	31,1%	33,0%	32,8%	↑	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	834	926	846	941	861	957		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,4%	18,0%	16,6%	18,3%	17,4%	19,0%	↑	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	210	365	210	368	203	345		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,1%	7,1%	4,1%	7,1%	4,1%	6,9%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	166	162	164	154	158	170		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,3%	3,1%	3,2%	3,0%	3,2%	3,4%	→	4,1%	4,1%

**23.2 Arbeitsmarkt**

Schauenburg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2039	1632	2039	1676	2040	1742		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	60,63%	49,82%	60,72%	51,27%	63,91%	54,66%	↑	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	246	621	253	631	268	618		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	7,31%	18,96%	7,53%	19,30%	8,40%	19,39%	↗	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	87	89	90	82	108	71		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	2,59%	2,72%	2,68%	2,51%	3,38%	2,23%	→	4,56%	3,80%



### 23.3 Soziale Sicherung

Schauenburg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	81	95	83	88	83	97		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	2,41%	2,90%	2,47%	2,69%	2,60%	3,04%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	29	24	35	32	41	30		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	4,2%	4,1%	5,1%	5,6%	5,9%	5,5%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	42		48		52			2192	
davon Alleinerziehende	30		35		32			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	71,43%		72,92%		61,54%		↓	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	46	44	49	46	57	38		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,37%	1,34%	1,46%	1,41%	1,79%	1,19%		1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	12	16	13	18	14	19		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,24%	0,31%	0,25%	0,35%	0,28%	0,38%	↗	0,63%	0,83%

### 23.4 Jugendhilfedaten

Schauenburg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	12,80%		31,70%		33,80%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	19	9	25	18	23	16		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	1,8%	1,0%	2,4%	2,0%	2,2%	1,9%	→	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 23.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 23.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten "Sonnenschein" Breitenbach	Heinrichstr. 15, 34270 Schauenburg	05601 / 4148
Kindergarten "Kleiner Bär" Elgershausen	Kirchweg 5, 34270 Schauenburg	05601 / 2160
Kindergarten "Regenbogen" Hoof	Wahlgemeinde 17, 34270 Schauenburg	05601 / 5260
Kindergarten "Panama" Martinhagen	Pfarrgarten 5, 34270 Schauenburg	05601 / 4460

### 23.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Breitenbach	Johann -Friedrich-Krause-Schule, Leckenweg 1, 34270 Schauenburg	05601 / 1553
Grundschule Elgershausen	Unterer Kirchweg, 34270 Schauenburg	05601 / 1420
Grundschule Hoof	Wahlgemeinde 19, 34270 Schauenburg	05601 / 2250

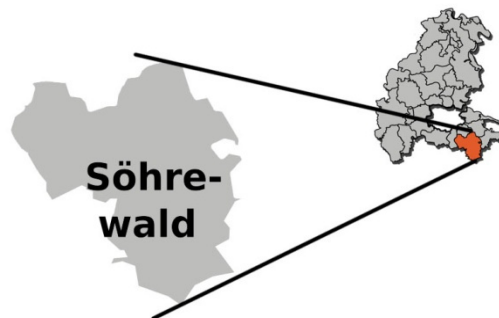
### 23.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Haus Elgershausen	Udo-Fischer-Str. 1, 34270 Schauenburg	77 Plätze 8 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Ambulanter Pflegedienst Schauenburg	Amters Hof 3, 34270 Schauenburg	
Ihr Pflegeteam	Wahlgemeinde 24, 34270 Schauenburg	

KZP = Kurzzeitpflege

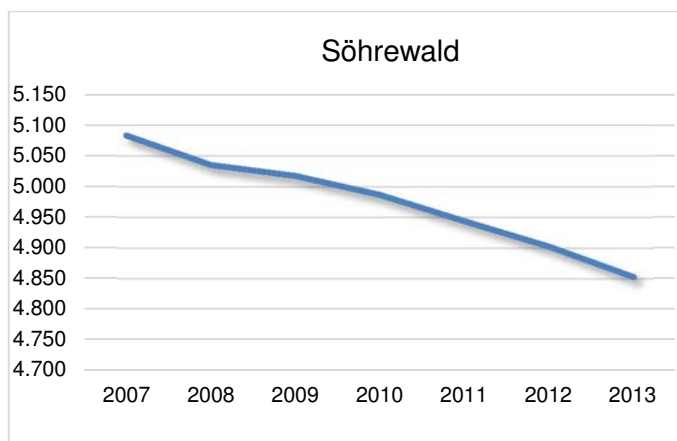


24 Gemeinde Söhrewald



	Söhrewald
<b>Ortsteile</b>	Eiterhagen, Wattenbach und Wellerode
<b>Einwohnerzahl</b>	4.853 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	58,9 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	85 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.soehrewald.de">www.soehrewald.de</a>

Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**24.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

Söhrewald	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	2461	2483	2442	2479	2414	2439	↘	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	412	370	403	369	392	365		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,7%	14,9%	16,5%	14,9%	16,2%	15,0%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	267	261	273	261	270	229		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	10,8%	10,5%	11,2%	10,5%	11,2%	9,4%	↗	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	472	457	440	446	411	418		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	19,2%	18,4%	18,0%	18,0%	17,0%	17,1%	↓	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	772	796	780	791	797	800		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,4%	32,1%	31,9%	31,9%	33,0%	32,8%		32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	448	433	452	449	462	442		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,2%	17,4%	18,5%	18,1%	19,1%	18,1%	↗	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	90	166	94	163	82	185		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,7%	6,7%	3,8%	6,6%	3,4%	7,6%	↗	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	58	76	59	80	61	69		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,4%	3,1%	2,4%	3,2%	2,5%	2,8%	→	4,1%	4,1%

**24.2 Arbeitsmarkt**

Söhrewald	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	962	806	965	825	951	815		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	59,98%	50,76%	60,77%	52,41%	60,81%	53,41%	↗	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	144	305	141	284	136	276		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,98%	19,21%	8,88%	18,04%	8,70%	18,09%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	64	54	49	46	75	51		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,99%	3,40%	3,09%	2,92%	4,80%	3,34%	↗	4,56%	3,80%





### 24.3 Soziale Sicherung

Söhrewald	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	59	63	51	56	63	60		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,68%	3,97%	3,21%	3,56%	4,03%	3,93%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	27	17	30	13	25	20		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	8,5%	5,7%	9,7%	4,4%	8,2%	7,0%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	33		31		35			2192	
davon Alleinerziehende	24		23		25			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	72,73%		74,19%		71,43%		↘	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	25	21	19	17	32	20		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,56%	1,32%	1,20%	1,08%	2,05%	1,31%	↗	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	8	7	9	8	11	11		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,33%	0,28%	0,37%	0,32%	0,46%	0,45%	→	0,63%	0,83%

### 24.4 Jugendhilfedaten

Söhrewald	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	7,50%		10,40%		11,60%		↗	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	23	10	30	13	28	15		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	4,6%	2,3%	6,1%	3,0%	5,9%	3,5%	→	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 24.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 24.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte „Kleine Wichte“	Schulstr. 12, 34320 Söhrewald	05608 / 5366
Kindertagesstätte „Kleine Waldwichte“	Berndtswiese 2, 34320 Söhrewald	05608 / 953737
Kindertagesstätte „Sonnenflieger“	Trieschweg 2B, 34320 Söhrewald	05608 / 2602

### 24.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Söhrewald	Schulstr. 6, 34320 Söhrewald-Wellerode	05608 / 1504

### 24.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Alten- und Pflegeheim Langeleben	Am Kasselberg 5, 34320 Söhrewald	49 Plätze 2 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Zweckverband Kaufunger Wald-Söhre	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Dieter Eckhardt

*Senioresenbeirat:* Dieter Eckhardt

### 24.5.4 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

KZP = Kurzzeitpflege

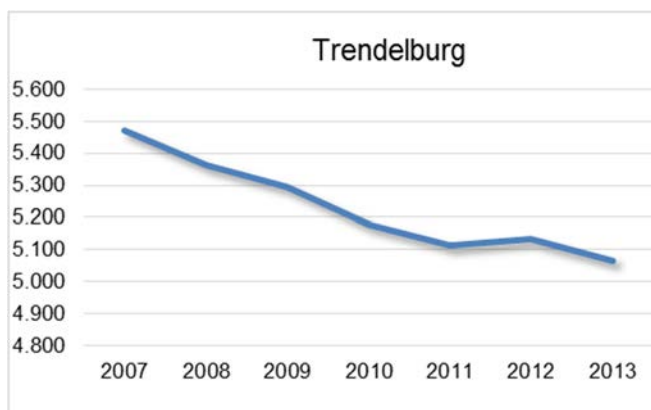


## 25 Stadt Trendelburg



	<b>Trendelburg</b>
<b>Ortsteile</b>	Deisel, Eberschütz, Friedrichsfeld, Gottsbüren, Langenthal, Sielen und Stammen
<b>Einwohnerzahl</b>	5.065 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	69,35 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.trendelburg.de">www.trendelburg.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

## 25.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

<b>Trendelburg</b>	<b>2011</b>		<b>2012</b>		<b>2013</b>		<b>Ten-</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Einwohner/innen	2525	2587	2514	2563	2500	2565	→	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	441	388	440	387	409	380		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,5%	15,0%	17,5%	15,1%	16,4%	14,8%	↓	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	281	254	288	245	295	254		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,1%	9,8%	11,5%	9,6%	11,8%	9,9%	↓	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	459	475	425	450	402	426		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,2%	18,4%	16,9%	17,6%	16,1%	16,6%	→	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	824	763	838	772	877	823		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	32,6%	29,5%	33,3%	30,1%	35,1%	32,1%	↑	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	395	438	396	431	394	422		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,6%	16,9%	15,8%	16,8%	15,8%	16,5%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	125	269	127	278	123	260		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	5,0%	10,4%	5,1%	10,8%	4,9%	10,1%	↘	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	16	28	13	28	23	34		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	0,6%	1,1%	0,5%	1,1%	0,9%	1,3%	↗	4,1%	4,1%

## 25.2 Arbeitsmarkt

<b>Trendelburg</b>	<b>2011</b>		<b>2012</b>		<b>2013</b>		<b>Ten-</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1054	795	1031	801	1035	804		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	63,76%	50,60%	62,03%	51,61%	61,72%	50,69%	↘	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	135	266	121	267	124	267		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,17%	16,93%	7,28%	17,20%	7,39%	16,83%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	67	55	67	59	71	55		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,05%	3,50%	4,03%	3,80%	4,23%	3,47%	→	4,56%	3,80%



### 25.3 Soziale Sicherung

Trendelburg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	81	74	89	79	83	79		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,90%	4,71%	5,35%	5,09%	4,95%	4,98%	↗	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	20	26	21	27	35	36		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	5,7%	8,4%	6,4%	8,9%	11,4%	12,1%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	33		35		41			2192	
davon Alleinerziehende	18		20		23			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	54,55%		57,14%		56,10%		↘	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	23	18	21	13	21	10		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,39%	1,15%	1,26%	0,84%	1,25%	0,63%	↘	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	11	18	15	21	16	21		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,44%	0,70%	0,60%	0,82%	0,64%	0,82%	↗	0,63%	0,83%

### 25.4 Jugendhilfedaten

Trendelburg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	25,90%		36,00%		34,70%		↓	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	6	6	11	9	12	8		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	1,1%	1,3%	2,1%	1,9%	2,4%	1,8%	→	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 25.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 25.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten „Seifenblase“ Sielen	Bachstr. 2, 34388 Trendelburg	05675 / 5431
Kindergarten „Regenbogen“ Deisel	Raiffeisenstr. 36, 34388 Trendelburg	05675 / 364

### 25.5.2 Schulen

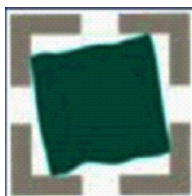
Einrichtung	Adresse	Telefon
Mittelpunktgrundschule	Zur Abgunst , 34388 Trendelburg	05675 / 9549

### 25.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

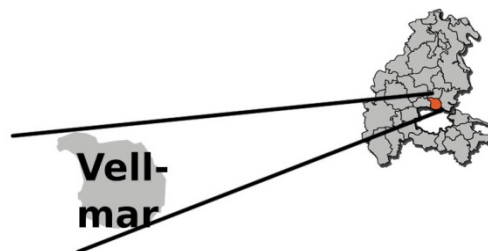
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Alten- und Pflegeheim Schloss Stammen	Schloßstr. 27, 34388 Trendelburg	30 Plätze 2 KZP-Plätze
Seniorenpflegeheim Trendelburg	Auf der Breite 1, 34388 Trendelburg	14 Plätze 3 KZP-Plätze
Privates Seniorenpflegeheim Landgraf-Carl:	Landgraf-Carl-Weg 2, 34388 Trendelburg	60 Plätze 6 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Sozialstation der Stadt Trendel- burg	Zur Burg 4, 34388 Trendelburg	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Wilfried Aßhauer*

KZP = Kurzzeitpflege

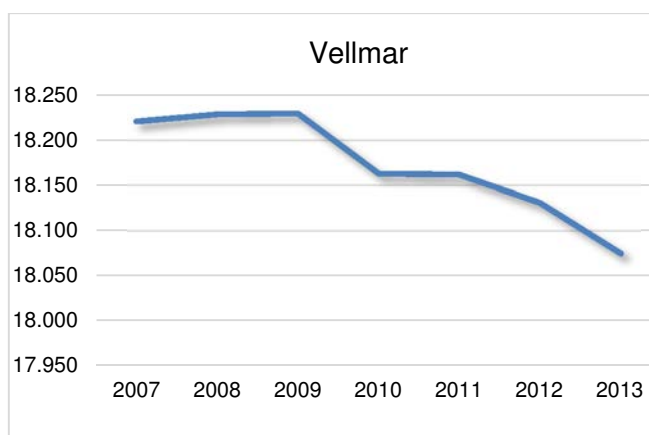


26 Stadt Vellmar



	Vellmar
<b>Ortsteile</b>	Frommershausen, Obervellmar, Niedervellmar und Vellmar-West
<b>Einwohnerzahl</b>	18.075 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	13,97 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	1.305 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	www.vellmar.de

**Bevölkerungsentwicklung**



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



## 26.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Vellmar	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	8594	9568	8612	9659	8524	9551	↘	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	1365	1426	1360	1420	1355	1378		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,9%	14,9%	15,8%	14,7%	15,9%	14,4%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	1047	1084	1028	1066	952	1022		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,2%	11,3%	11,9%	11,0%	11,2%	10,7%	↓	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	1524	1627	1517	1627	1511	1614		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,7%	17,0%	17,6%	16,8%	17,7%	16,9%	→	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	2698	3018	2673	3032	2690	3019		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,4%	31,5%	31,0%	31,4%	31,6%	31,6%	→	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	1611	1766	1665	1826	1666	1900		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,7%	18,5%	19,3%	18,9%	19,5%	19,9%	↑	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	349	647	369	688	350	618		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,1%	6,8%	4,3%	7,1%	4,1%	6,5%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	464	588	462	600	515	574		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	5,4%	6,1%	5,4%	6,2%	6,0%	6,0%	→	4,1%	4,1%

## 26.2 Arbeitsmarkt

Vellmar	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	3195	2943	3214	2997	3165	3060		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	57,69%	49,00%	58,54%	49,83%	58,39%	51,61%	↑	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	546	1070	559	1075	562	1038		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	9,86%	17,82%	10,18%	17,87%	10,37%	17,51%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	230	247	236	231	254	225		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,15%	4,11%	4,30%	3,84%	4,69%	3,79%	↘	4,56%	3,80%





### 26.3 Soziale Sicherung

Vellmar	2011		2012		2013		Ten- denz	LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	305	390	284	370	271	346		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	5,51%	6,49%	5,17%	6,15%	5,00%	5,84%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	138	144	123	143	123	152		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	12,6%	12,5%	11,3%	12,7%	11,3%	13,8%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	201		188		183			2192	
davon Alleinerziehende	112		106		103			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	55,72%		56,38%		56,28%		→	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	87	95	93	88	98	74		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,57%	1,58%	1,69%	1,46%	1,81%	1,25%	↘	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	49	69	53	77	57	73		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,57%	0,72%	0,62%	0,80%	0,67%	0,76%	→	0,63%	0,83%

### 26.4 Jugendhilfedaten

Vellmar	2011		2012		2013		Ten- denz	LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w		m	w
<b>Merkmale</b>	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	13,30%		19,70%		18,70%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	58	34	52	26	34	30		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	3,5%	2,0%	3,2%	1,6%	2,1%	1,8%	↘	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 26.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 26.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte Niedervellmar	Steinstückerweg 21, 34246 Vellmar	0561 / 820014
Kindertagesstätte Stadtmitte	Hauffstr. 10, 34246 Vellmar	0561 / 8200722
Kindertagesstätte Obervellmar	Holländische Str. 129A, 34246 Vellmar	0561 / 8200654
Kindertagesstätte Vellmar-West	Rheinstahlring 3C, 34246 Vellmar	0561 / 8820463
Kindertagesstätte Frommershausen	Am Kaiserberg 21, 34246 Vellmar	0561 / 8200675
Kinderhort Vellmar-West	Lüneburger Str. 10, 34246 Vellmar	0561 / 8200693
Kinderhort Frommershausen	Am Kaiserberg 21, 34246 Vellmar	0561 / 8200675

### 26.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Gesamtschule Ahnatal	Mittelring 20, 34246 Vellmar	0561 / 982660
Grundschule Niedervellmar	Jahnstr. 13, 34246 Vellmar	0561 / 9827950
Grundschule Frommerhausen	Simmershäuser Str. 10, 34246 Vellmar	0561 / 9823980
Grundschule Obervellmar	Heckershäuser Str. 54, 34246 Vellmar	0561 / 821778

### 26.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
bdks - Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen	Nordstr. 20, 34246 Vellmar	0561 / 8205810	13 Plätze

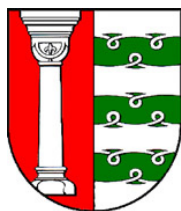
### 26.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Medical Park Seniorenresidenz	Rembrandtweg 2, 34246 Vellmar	151 Plätze 7 KZP-Plätze
CASA REHA Seniorenpflegeheim „Mühlenhof“	In der Aue 27, 34246 Vellmar	146 Plätze 10 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Pro Agila	Adalbert-Stifter-Str. 23, 34246 Vellmar	
Pflegteam am Ahnepark	Obervellmarsche Str. 66, 34246 Vellmar	
Ambulante Krankenpflege	Frommershäuser Str. 57, 34246 Vellmar	
Sozialstation Vellmar-Ahnatal	Aßbachstr. 3, 34246 Vellmar	

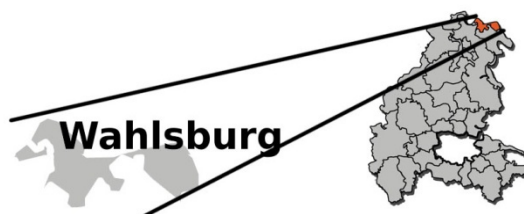
Mitglied des Kreissenorenbeirates: Helga Beyer

Seniorenbeirat: Helga Beyer

KZP = Kurzzeitpflege

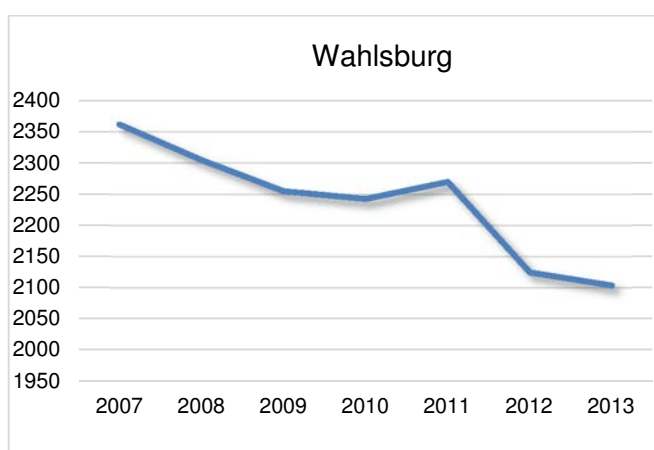


## 27 Gemeinde Wahlsburg



	<b>Wahlsburg</b>
<b>Ortsteile</b>	Lippoldsberg und Vernawahlshausen
<b>Einwohnerzahl</b>	2.104 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	11,43 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	197 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.wahlsburg.de">www.wahlsburg.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**27.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

<b>Wahlsburg</b>	<b>2011</b>		<b>2012</b>		<b>2013</b>		<b>Ten- denz</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Einwohner/innen	1089	1181	1089	1178	1024	1080	↓	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	172	160	179	158	175	160		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,8%	13,5%	16,4%	13,4%	17,1%	14,8%	↓	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	115	119	119	116	101	110		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	10,6%	10,1%	10,9%	9,8%	9,9%	10,2%	↘	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	177	198	167	187	164	183		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,3%	16,8%	15,3%	15,9%	16,0%	16,9%	↘	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	383	369	393	378	353	329		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	35,2%	31,2%	36,1%	32,1%	34,5%	30,5%	→	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	169	203	159	200	168	185		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,5%	17,2%	14,6%	17,0%	16,4%	17,1%	→	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	73	132	72	139	63	113		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	6,7%	11,2%	6,6%	11,8%	6,2%	10,5%	↘	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	15	17	16	22	21	28		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,4%	1,4%	1,5%	1,9%	2,1%	2,6%	↑	4,1%	4,1%

**27.2 Arbeitsmarkt**

<b>Wahlsburg</b>	<b>2011</b>		<b>2012</b>		<b>2013</b>		<b>Ten- denz</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	372	297	373	292	368	300		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	53,30%	41,60%	52,91%	40,90%	56,62%	46,01%	↑	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	63	130	67	120	65	120		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	9,03%	18,21%	9,50%	16,81%	10,00%	18,40%	↑	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	28	27	30	29	25	30		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,01%	3,78%	4,26%	4,06%	3,85%	4,60%	↗	4,56%	3,80%



## 27.3 Soziale Sicherung

Wahlsburg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	31	43	25	36	25	39		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,44%	6,02%	3,55%	5,04%	3,85%	5,98%	↗	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	16	14	10	16	11	18		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	10,7%	10,6%	6,5%	12,8%	7,7%	13,8%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	17		18		19			2192	
davon Alleinerziehende	10		11		13			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	58,82%		61,11%		68,42%		↑	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	8	11	14	12	8	11		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,15%	1,54%	1,99%	1,68%	1,23%	1,69%	↘	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	5	5	6	7	5	12		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,46%	0,42%	0,55%	0,59%	0,49%	1,11%	↗	0,63%	0,83%

### 27.3.1 Jugendhilfedaten

Wahlsburg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	17,00%		59,10%		71,70%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	3	3	5	3	2	2		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	1,5%	1,6%	2,5%	1,6%	1,0%	1,1%	↓	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 27.4 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 27.4.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten „Spatzennest“	Schulstr. 5, 37194 Wahlsburg	05572 / 7295
Kindergarten „Regenbogenland“	Oedelsheimer Str. 8, 37194 Wahlsburg	05571 / 5470

### 27.4.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Lippoldsberg	Schulstr. 32, 37194 Wahlsburg	05572 / 398

### 27.4.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Ev. Jugendarbeit Oberweser	Peter Kleinadel, Gartenstr. 3, 37194 Wahlsburg	05572 / 999944

### 27.4.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Ev. Altenhilfezentrum Lippoldsberg	Brauhausstr. 5, 37194 Wahlsburg	55 Plätze 4 KZP-Platz 8 TP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Häusliche Krankenpflege Wahlsburg	Mühlenstr. 5, 37194 Wahlsburg	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Horst Heusner

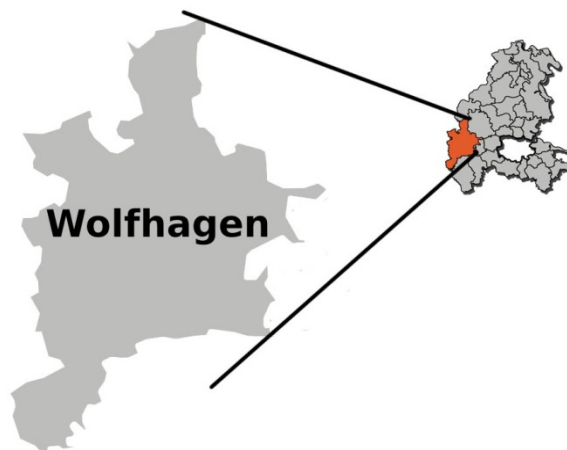
#### 27.4.4.1 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

KZP = Kurzzeitpflege  
TP = Tagespflege

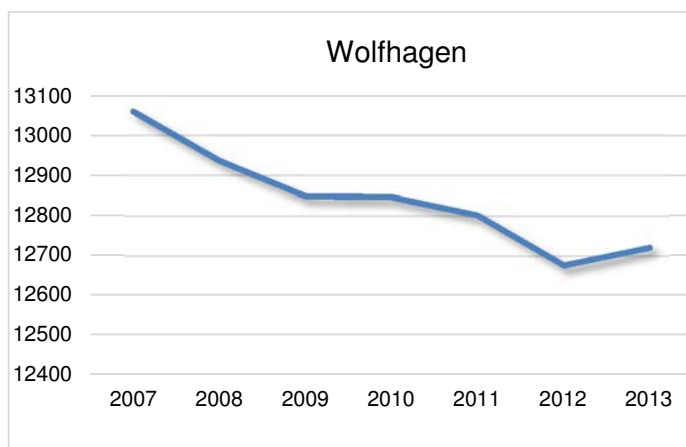


## 28 Stadt Wolfhagen



	<b>Wolfhagen</b>
<b>Ortsteile</b>	Altenhasungen, Bründersen, Elmarshausen, Gasterfeld, Ippinghausen, Isthä, Leckringhausen, Niederelsungen, Nothfelden, Philippinenburg, Philippenthal, Viesebeck und Wenigenhasungen
<b>Einwohnerzahl</b>	12.721 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	111,95 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	115 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.wolfhagen.de">www.wolfhagen.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 28.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Wolfhagen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	6255	6547	6264	6523	6231	6490	↘	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	1082	1027	1078	1012	1053	940		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,3%	15,7%	17,2%	15,5%	16,9%	14,5%	↓	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	866	796	889	769	878	778		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,8%	12,2%	14,2%	11,8%	14,1%	12,0%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	1145	1199	1101	1174	1068	1068		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,3%	18,3%	17,6%	18,0%	17,1%	16,5%	↓	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1975	1898	1977	1917	2027	2042		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,6%	29,0%	31,6%	29,4%	32,5%	31,5%	↑	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	933	1105	955	1116	950	1157		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,9%	16,9%	15,2%	17,1%	15,2%	17,8%	↗	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	254	522	264	535	255	505		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,1%	8,0%	4,2%	8,2%	4,1%	7,8%	→	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	182	198	183	203	298	248		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,9%	3,0%	2,9%	3,1%	4,8%	3,8%	↗	4,1%	4,1%

### 28.2 Arbeitsmarkt

Wolfhagen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2543	2031	2563	2033	2599	2090		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	60,79%	49,55%	61,58%	49,80%	62,55%	51,04%	↗	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	414	758	394	759	397	757		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	9,90%	18,49%	9,47%	18,59%	9,55%	18,49%	→	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	200	163	187	198	217	192		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	4,78%	3,98%	4,49%	4,85%	5,22%	4,69%	↗	4,56%	3,80%





### 28.3 Soziale Sicherung

Wolfhagen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	258	267	245	298	241	282		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	6,17%	6,51%	5,89%	7,30%	5,80%	6,89%	→	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	107	82	116	88	117	115		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	12,1%	10,0%	13,1%	11,1%	13,4%	15,7%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	143		153		158			2192	
davon Alleinerziehende	89		98		99			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	62,24%		64,05%		62,66%		↘	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	54	43	51	51	78	51		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,29%	1,05%	1,23%	1,25%	1,88%	1,25%	↘	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	40	52	50	62	47	65		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,64%	0,79%	0,80%	0,95%	0,75%	1,00%	↗	0,63%	0,83%

### 28.4 Jugendhilfedaten

Wolfhagen	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	25,70%		28,60%		33,90%		↑	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	68	38	68	51	52	56		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	5,1%	3,1%	5,2%	4,2%	4,1%	5,0%	↘	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 28.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 28.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Ippinghausen	Leckringhäuser Str. 6b, 34466 Wolfhagen	05692 / 7727
Kindergarten „Villa Kunterbunt“	Kampweg 8, 34466 Wolfhagen	05692 / 6836
Kindergarten „Haus der kleinen Füße“	Landgrafen Str. 29, 34466 Wolfhagen	05692 / 996227
Kindergarten „Liemecke“	Liemecke Str. 1, 34466 Wolfhagen	05692 / 5401
Kindergarten Niederelsungen	Johann-Wachenfeld-Str. 2, 34466 Wolfhagen	05606 / 8050
Kindergarten „Kleine Strolche“	Raiffeisenweg 2, 34466 Wolfhagen	05692 / 2275
Kindergarten „Zwergenstübchen“	Kurfürstenstr. 22, 34466 Wolfhagen	05692 / 9960830

### 28.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Ippinghausen	Korbacher Str. 27, 34466 Wolfhagen	05692 / 8486
Wilhelm-Filchner-Grundschule	Ippinghäuser Str. 13, 34466 Wolfhagen	05692 / 8026
WFS Gesamtschule und Gymnasiale Oberstufe	Kurfürsten Str. 20, 34466 Wolfhagen	05692 / 98480
Grundschule Erpetal	Schulstr. 10, 34466 Wolfhagen	05692 / 2455
WFS Schule für Lernhilfe	Kurfürstenstr. 20, 34466 Wolfhagen	05692 / 8089
Herwig-Blankertz-Schule, Berufsschule	Magazinstr. 23, 34466 Wolfhagen	05692 / 98890

### 28.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Emstaler Verein e.V., Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen	Liemeckestr. 3, 34466 Wolfhagen	05692 / 9869-15	13 Plätze
Emstaler Verein e.V., Betreutes Wohnen für seelisch behinderte Menschen	Liemeckestr. 3, 34466 Wolfhagen	05692 / 98690	43 Plätze
Gesundheitsamt Region Kassel, Psychosoziale Kontakt und Beratungsstelle für seelisch behinderte Menschen Psychosoziales Zentrum	Liemeckestr. 3, 34466 Wolfhagen	0561 / 787-5365	

Behindertenbeauftragte/r: Wolfgang Hensel

**28.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe**

<b>Einrichtung</b>	<b>Adresse</b>	<b>Platzzahl</b>
<b>Stationärer Bereich</b>		
Seniorenzentrum Wolfhagen	Karlstr. 18, 34466 Wolfhagen	141 Plätze 2 KZP-Plätze 4 TP-Plätze
Phönix Seniorenresidenz	Eichenstr. 43, 34466 Wolfhagen	134 Plätze 5 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Pflegedienst Sonnenblume	Mittelstr. 12, 34466 Wolfhagen	
Sozialpflegedienst Wolfhagen	Karlstr. 23, 34466 Wolfhagen	

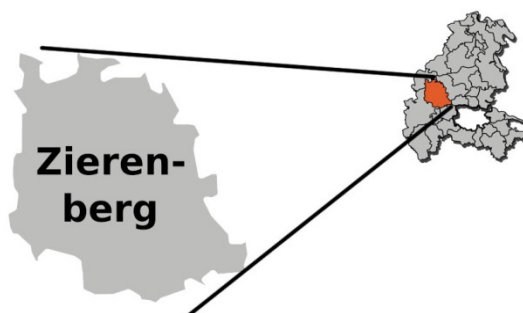
*Mitglied des Kreissenorenbeirates:* Giselher Dietrich

KZP = Kurzzeitpflege  
TP = Tagespflege



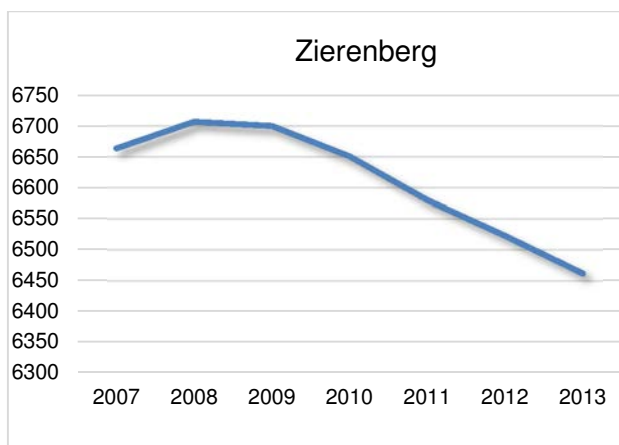


**29 Stadt Zierenberg**



	<b>Zierenberg</b>
<b>Ortsteile</b>	Burghasungen, Escheberg, Hohenborn, Laar, Oberelsungen und Oelshausen
<b>Einwohnerzahl</b>	6.462 (Stand 2013)
<b>Gemeindefläche</b>	86,53 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	77 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.zierenberg.de">www.zierenberg.de</a>

**Bevölkerungsentwicklung**



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 29.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Zierenberg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	3217	3363	3235	3295	3175	3287	↘	113798	119554
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	537	501	532	467	511	453		18913	17538
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,7%	14,9%	16,4%	14,2%	16,1%	13,8%	→	16,6%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	390	346	398	340	363	330		14004	12941
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,1%	10,3%	12,3%	10,3%	11,4%	10,0%	→	12,3%	10,8%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	603	597	584	567	548	550		19346	20261
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,7%	17,8%	18,1%	17,2%	17,3%	16,7%	↓	17,0%	16,9%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1019	1030	1039	1047	1069	1041		37127	37811
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,7%	30,6%	32,1%	31,8%	33,7%	31,7%	↗	32,6%	31,6%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	533	565	537	558	545	578		19517	21840
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,6%	16,8%	16,6%	16,9%	17,2%	17,6%	↑	17,2%	18,3%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	135	324	145	316	139	335		4891	9163
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,2%	9,6%	4,5%	9,6%	4,4%	10,2%	↗	4,3%	7,7%
Ausländische Einwohner/innen	37	80	44	79	60	99		4708	4901
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,2%	2,4%	1,4%	2,4%	1,9%	3,0%	↗	4,1%	4,1%

### 29.2 Arbeitsmarkt

Zierenberg	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1274	1006	1286	1007	1278	993		45523	38581
Anteil der soz.-vers. Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	59,81%	48,00%	59,93%	48,77%	61,06%	49,04%	↗	61,16%	51,65%
Geringf. Beschäftigte	185	364	178	368	155	351		7048	13488
Anteil der geringfügig Beschäftigten in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	8,69%	17,37%	8,29%	17,82%	7,41%	17,33%	↘	9,47%	18,06%
Arbeitslose jeweils zum 30.06	75	81	62	68	65	69		3395	2838
Anteil der Arbeitslosen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,52%	3,86%	2,89%	3,29%	3,11%	3,41%	→	4,56%	3,80%



### 29.3 Soziale Sicherung

Zierenberg	2011		2012		2013		Ten- denz	LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	84	99	78	91	75	91		3652	4336
Anteil der Leistungsbezieher/innen in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	3,94%	4,72%	3,63%	4,41%	3,58%	4,49%	↗	4,91%	5,80%
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	29	32	30	35	40	42		1666	1635
in % dieser Altersgruppe	6,9%	8,5%	7,4%	9,8%	10,1%	12,0%	↗	11,13%	11,80%
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	49		50		47			2192	
davon Alleinerziehende	30		32		33			1340	
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	61,22%		64,00%		70,21%		↑	61,13%	
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	24	28	18	29	23	27		1326	984
Anteil der Leistungsbezieher/innen SGB III in % (gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung 15-65 J.)	1,13%	1,34%	0,84%	1,40%	1,10%	1,33%	→	1,78%	1,32%
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	19	19	22	22	23	26		713	992
Anteil an der Bevölkerung in %	0,59%	0,56%	0,68%	0,67%	0,72%	0,79%	↗	0,63%	0,83%

### 29.4 Jugendhilfedaten

Zierenberg	2011		2012		2013		Ten- denz	LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w		m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3 Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	22,00%		31,70%		30,40%		↘	32,80%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	21	13	18	16	14	12		693	507
in % der Unter-21-Jährigen	3,2%	2,2%	2,8%	2,7%	2,3%	2,1%	↘	3,05%	2,42%

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 29.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 29.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Oberelsungen	Malsburgstr. 2, 34289 Zierenberg	05606 / 1275
Kindergarten Burghasungen	Schulstr. 4, 34289 Zierenberg	05606 / 9001
Kindergarten Zierenberg	Dörnbergstr. 31, 34289 Zierenberg	05606 / 2515

### 29.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Fritz Hufschmidt-Grundschule	Neißer Str. 1, 34289 Zierenberg	05606 / 3269
Bärenberg Grundschule	Malsburg Str. 5, 34289 Zierenberg	05606 / 1710
Elisabeth-Selbert-Schule, Gesamtschule	Zum Steinborn 1, 34289 Zierenberg	05606 / 51990

### 29.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
aha e.V.- Betreutes Wohnen für geistig behinderte Menschen	Poststr. 30, 34289 Zierenberg	0561 / 5061650	33 Plätze
aha e.V. - Betreutes Wohnen für körperbehinderte Menschen	Poststr. 30, 34289 Zierenberg	0561 / 5061650	9 Plätze
aha e.V. - Familienentlastender Dienst für behinderte Menschen	Poststr. 30, 34289 Zierenberg	0561 / 5061650	
bdks diakom Zierenberg, Werkstatt für seelisch behinderte Menschen	Raiffeisenstr. 7, 34289 Zierenberg	05606 / 51840	30 Plätze
Baunataler Integrationsbetriebe gGmbH für behinderte Menschen	Raiffeisenstr. 7, 34289 Zierenberg	0561 / 949510	

Behindertenbeauftragte/r: Helmut Schmidt

### 29.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationäre Bereiche</b>		
Seniorenwohnzentrum „Viadukt“	Kasseler Str. 46, 34289 Zierenberg	33 Plätze 3 KZP-Plätze
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen Zierenberg	Falkenweg 11, 34289 Zierenberg	70 Plätze 6 KZP-Plätze
Bergparkresidenz	Ludwig-Müller-Str. 1-3, 34289 Zierenberg	66 Plätze 3 KZP-Plätze
Alten- und Pflegeheim Haus Abendfrieden	Bärenbergstr. 3 34289 Zierenberg	36 Plätze 3 KZP-Plätze





<b>Fortsetzung Einrichtungen der Altenhilfe</b>		
<b>Ambulante Dienste</b>		
Mobiler Krankenpflegedienst	Marktplatz 9, 34289 Zierenberg	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Ellen Weis

### 29.5.5 Sonstige

<b>Einrichtung</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefon</b>
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

\_\_\_\_\_

KZP = Kurzzeitpflege