

Teil II - Ausgewählte Schwerpunkte der Sozialpolitik

5 Soziales

Einkommen durch Erwerbstätigkeit erzielen rd. Dreiviertel der Personen im erwerbsfähigen Alter⁵⁹ in Sachsen-Anhalt. Die Anderen, rd. ein Viertel der Bevölkerung Sachsens-Anhalts im erwerbsfähigen Alter, beziehen oder ergänzen ihren Lebensunterhalt aus anderen Quellen, wie zum Beispiel öffentliche Transferleistungen, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, staatliche Pensionen, Arbeitslosengeld I und II oder aus Einnahmen aus Vermögen oder Vermietung.

Soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit sind zwei Hauptanliegen unseres Sozialstaates, weshalb die öffentlichen Transferleistungen, auch Leistungen der sozialen Mindestsicherung genannt, im Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt sind. Mit der Erledigung der im § 1 SGB I festgelegten Aufgaben korreliert das Erfordernis, diese ständig an die Herausforderungen des gesellschaftlichen und sozialen Wandels anzupassen, wobei das Leistungsspektrum zur sozialen Mindestsicherung unter anderem durch das SGB II und SGB XII geregelt wird und sowohl

- die Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II (Arbeitslosengeld II, Sozialgeld) als auch
- die Sozialhilfe nach SGB XII (u. a. Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Eingliederungshilfe) beinhaltet.

Diese Leistungen dominieren im Berichtszeitraum, weshalb diese in den folgenden Abschnitten und im Teil III betrachtet werden.

5.1 Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II

Fast drei Viertel der Arbeitslosen befinden sich in Sachsen-Anhalt mittlerweile im Leistungsbereich der Grundsicherung nach SGB II (Hartz IV Leistungen). Die SGB II Leistungen haben den größten Leistungsanteil im Bereich der öffentlichen Transferleistungen in Sachsen-Anhalt. In den Ausführungen zur (drohenden) Altersarmut⁶⁰ wird dargelegt, dass Langzeitarbeitslose (SGB-II-Empfängerinnen und -Empfänger) ebenso wie Erwerbsgeminderte, Personen mit langjährig geringem Verdienst und Soloselbstständige zu den Risikogruppen gehören.

Wie im Arbeitsmarktpolitischen Gesamtkonzept des Landes Sachsen-Anhalt beschrieben, handelt es sich überwiegend um Langzeitarbeitslose, deren Zahl zwischenzeitlich zwar auch zurückgegangen ist, aber längst nicht in gleichem Maße wie im Bereich der Arbeitslosenversicherung nach SGB III. Es besteht die große Gefahr, dass sich die Langzeitarbeitslosigkeit weiter verfestigt und „Hartz IV“ zur dauerhaften Existenzgrundlage und zur Normalität wird. Abhängigkeit von der staatlichen Grundsicherung wird dann zur alltäglichen persönlichen Lebenserfahrung. Diese prägt nicht nur den Einzelnen, sondern ganze Familien und ihre Kinder und erhöht die Gefahr eines generationsübergreifenden

⁵⁹ Vgl. hierzu Abschnitte 2.2

⁶⁰ Vgl. hierzu Abschnitt 14.4

Erfahrungsmusters und damit der fortlaufenden Reproduktion von Arbeitslosigkeit und Hilfebedürftigkeit als normale bzw. „gewöhnliche Lebenslage“.⁶¹

Tabelle 4: Quote der Leistungsberechtigten von Leistungen nach dem SGB II für Sachsen-Anhalt 2009 bis 2013⁶²

Merkmal	Jahr				
	2009	2010	2011	2012	2013
Anteil von Personen, die SGB II Leistungen empfangen an der Bevölkerung im Alter 0 bis unter 65 Jahre					
%					
SGB II-Hilfequote gesamt	18,5	17,5	17,0	16,7	16,3
Anteil von Kindern, die SGB II Leistungen empfangen an der Bevölkerung im Alter 0 bis unter 15 Jahre					
%					
SGB II-Hilfequote Kinder (Sozialgeld)	28,5	27	26,8	26,3	26,1

Die Entwicklung von 2009 bis 2013 ist positiv, da mehr Haushalte Einkommen zum Lebensunterhalt durch Einkommen beispielsweise aus Erwerbstätigkeit erzielten (**Tabelle 3**) und somit die Empfängerquote für die Grundsicherung nach SGB II, wenn auch auf niedrigem Niveau, zurückging.

5.2 Sozialhilfeleistungen nach SGB XII

Die Sozialhilfe ist eine nachrangige Sozialleistung, die als unterstes Netz vor Armut, sozialer Ausgrenzung und besonderen Belastungen schützt. Sie soll das sozio-ökonomische Existenzminimum sichern. Leistungsberechtigt sind jene Personen, die ihren Bedarf nicht aus eigener Kraft decken können und auch keine ausreichenden Ansprüche aus vorgelagerten Versicherungs- oder Versorgungssystemen wie zum Beispiel Renten, Krankengeld, Arbeitslosengeld I und II haben. Wird eine der nachfolgenden Hilfearten benötigt und kann dieser Bedarf nicht mit eigenen Mitteln, vor allem durch Einsatz der möglichen Arbeitskraft, des Einkommens und Vermögens selbst gedeckt werden, können Sozialhilfeleistungen gewährt werden. Das Prinzip der Nachrangigkeit verlangt in der Regel auch den Einsatz von Unterhaltsleistungen Angehöriger. Der Gesetzgeber unterscheidet in der Sozialhilfe sieben Hilfearten, die gleichberechtigt nebeneinander stehen:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel)
- Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel)
- Eingliederungshilfen für Menschen mit Beeinträchtigungen (6. Kapitel)
- Hilfe zur Pflege (7. Kapitel)
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und
- Hilfe in anderen Lebenslagen (8. und 9. Kapitel).

Die Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe insgesamt und nach Hilfearten sowie die Zahl der Leistungsberechtigten der einzelnen Hilfen werden jährlich im Rahmen der Sozialhilfestatistik erhoben und im Rahmen der amtlichen Sozialberichterstattung des

⁶¹ Vgl.: MS, Arbeitsmarktpolitisches Gesamtkonzept für das Land Sachsen-Anhalt, 28.10.2013; Seite 10-11

⁶² Amtliche Sozialberichterstattung des Bundes und der Länder, 2014

Bundes und der Länder aufbereitet. Das Statistische Landesamt Sachsen-Anhalt beispielsweise erweitert den Strukturkompass⁶³ schrittweise um Daten und Kennziffern zur Beschreibung der sozialen Lage Sachsen-Anhalts.⁶⁴

Im Berichtszeitraum erfolgte die **Weiterentwicklung des Sozialhilferechts** nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Februar 2010.⁶⁵ Das Bundesverfassungsgericht hatte entschieden, dass die Vorschriften des SGB II im Rahmen der sogenannten Hartz IV Leistungen nicht dem verfassungsrechtlichen Anspruch auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums genüge, weil bei der Festsetzung der Höhe der Regelleistungen in unzulässiger Weise vom Statistikmodell abgewichen worden war. Der Bundesgesetzgeber war gefordert, bis zum 31. Dezember 2010 eine gesetzliche Neuregelung für eine Regelsatzstruktur zu schaffen, die künftig konkret und nachvollziehbar sowie bedarfsorientiert zu erfolgen hat. Das Referenzsystem für die Leistungen nach dem SGB II ist die Sozialhilfe nach dem SGB XII. Daher waren neben den Regelleistungen nach SGB II auch die Regelsätze nach dem SGB XII auf dem gesetzlichen Prüfstand. Eine neue Bedarfsfestsetzung erfolgte schließlich mit dem Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen (RBEG)⁶⁶ und zur Änderung des SGB II und SGB XII vom 24.03.2011.

5.2.1 Ausgaben der Sozialhilfe in Sachsen-Anhalt

Die Entwicklung der Nettoausgaben⁶⁷ der Sozialhilfe im Berichtszeitraum zeigt eine Kostensteigerung auf. Die Nettoausgaben der Sozialhilfe sind auf 530 Mio. Euro im Jahre 2012 von seinerzeit 472 Mio. Euro im Jahre 2009 gestiegen. Das sind zwölf Prozent Mehrausgaben. Die Nettoausgaben des Jahres 2012 ergeben sich aus den Ausgaben der Hilfearten: Hilfe zum Lebensunterhalt (33,3 Mio. Euro; 2012), Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (98,9 Mio. Euro; 2012), Eingliederungshilfe für Menschen mit Beeinträchtigung (345 Mio. Euro; 2012), Hilfe zur Pflege (38,5 Mio. Euro; 2012), Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen (3,8 Mio. Euro; 2012) und Hilfen zur Gesundheit einschließlich Erstattung an Krankenkassen für Übernahme der Krankenbehandlung (9,8 Mio. Euro; 2012).

⁶³ StaLa, StrukturKompass Sachsen-Anhalt, <http://www.stala.sachsen-anhalt.de/apps/StrukturKompass/gruppe/index/5>

⁶⁴ Vgl. Abschnitt 1.1

⁶⁵ Bundesverfassungsgericht 1 BvL 1/09, 1 BvL 3/09, 1 BvL 4/09 vom 9.2.2010

⁶⁶ Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz BGBl. I S. 453

⁶⁷ Die Bruttoausgaben der Sozialhilfe ergeben sich aus der Summe der Einnahmen und der Nettoausgaben.

Tabelle 5: Entwicklung der Nettoausgaben der Sozialhilfe in Sachsen-Anhalt in und außerhalb von Einrichtungen 2009 bis 2012

Kreisfreie Städte Landkreise Sozialagentur, Land	Jahr			
	2009	2010	2011	2012
	Euro			
Dessau-Roßlau	3.727.826	3.451.067	3.834.905	4.342.406
Halle (Saale)	11.453.495	12.242.387	12.511.825	13.674.816
Magdeburg	8.489.562	9.223.882	9.942.402	10.939.772
Altmarkkreis Salzwedel	2.030.941	2.037.814	2.141.682	2.372.634
Anhalt-Bitterfeld	4.412.036	4.519.686	4.572.140	4.890.077
Bördekreis	3.946.341	4.414.843	3.256.056	4.667.732
Burgenlandkreis	5.340.055	5.151.739	5.727.882	6.317.079
Harz	4.998.963	5.197.789	5.480.870	5.902.484
Jerichower Land	2.531.992	2.589.752	2.530.243	2.612.598
Mansfeld- Südharz	3.969.853	4.037.297	4.599.155	5.130.287
Saalekreis	4.580.124	4.856.160	4.960.071	5.256.568
Salzlandkreis	5.332.003	5.596.753	5.994.686	6.954.853
Stendal	3.640.805	3.699.994	4.062.456	4.472.744
Wittenberg	3.276.070	3.319.849	3.639.255	3.761.606
Sozialagentur Sachsen-Anhalt	404.192.832	421.941.420	438.149.660	448.080.740
Sachsen-Anhalt	471.922.898	492.280.432	511.403.288	529.376.396
Veränderung zum Vorjahr	+ 2,1 %	+ 4,3 %	+3,9 %	+ 3,5 %

Rund 85 Prozent der gesamten Sozialhilfeleistungen entfallen auf die Hilfearten Eingliederungshilfe (65 Prozent) und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (rd. 20 Prozent). 15 Prozent der Sozialhilfeleistungen verteilen sich auf die anderen oben genannten Hilfearten.

In der Entwicklung der Sozialhilfeausgaben zeigt sich, dass für die Jahre bis 2004 die Nettoausgaben der Sozialhilfe für Sachsen-Anhalt teilweise zweistellige Zuwachsraten aufwiesen. Ab dem Jahre 2005 wurden diese deutlich niedriger. Der konstatierte Anstieg der Jahre 2009 bis 2012 betrug im Mittelwert 3,4 Prozent.

5.2.2 Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)

Auf Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem dritten Kapitel des SGB XII hat grundsätzlich jeder Mensch Anspruch, der gar keine oder keine ausreichenden Ansprüche auf vorrangige Sozialleistungen geltend machen kann und somit den notwendigen laufenden Lebensunterhalt weder aus eigenen Mitteln (Einkommen und Vermögen) und Kräften (Einsatz der Arbeitskraft), noch mit Hilfe anderer bestreiten kann. Der Begriff des notwendigen Lebensunterhaltes umfasst den Bedarf eines Menschen insbesondere an Ernährung, Kleidung und Unterkunft einschließlich Heizung, Körperpflege, Hausrat und anderen Bedürfnissen des täglichen Lebens. Diese Hilfe ist eine bedarfsorientierte soziale Leistung zur Existenzsicherung, wenn Personen wegen Krankheit voraussichtlich für mehr als sechs Monate außerstande sind, mindestens drei Stunden täglich auf dem allgemeinen

Arbeitsmarkt erwerbstätig zu sein und eine dauerhafte Erwerbsunfähigkeit jedoch nicht festgestellt werden kann. Sofern vom zuständigen Rentenversicherungsträger eine dauernde Erwerbsminderung festgestellt wird, greift im sozialen Sicherungssystem dagegen die vorrangige Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem vierten Kapitel SGB XII.

a) Leistungsberechtigte für Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Zum Jahresende 2012 erhielten 14.881 Personen (in und außerhalb von Einrichtungen) Hilfe zum Lebensunterhalt (**Tabelle 6**). Das entsprach einem Anteil von 0,6 Prozent an der Bevölkerung des Jahres 2012.⁶⁸

Der Anstieg der Leistungsberechtigten für Hilfe zum Lebensunterhalt im Zeitraum 2010 bis 2012 (**Tabelle 6**) beruht weitgehend darauf, dass diese zumeist in Einrichtungen (Altenpflegeheime und Behindertenwohnheime) leben und neben den Grundsicherungsleistungen auch Hilfe zum Lebensunterhalt wie Barbetrag und Bekleidungshilfe erhalten. Aber auch Verschiebungen zwischen den Hilfearten sind zu berücksichtigen, so dass beispielsweise Aussagen zur Armutgefährdung nur in der Gesamtbetrachtung über alle Hilfearten möglich sind (Teil III).

Tabelle 6: Leistungsberechtigte von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) in Sachsen-Anhalt 2009 bis 2012⁶⁹

Merkmal	Jahr			
	2009	2010	2011	2012
Leistungsberechtigte (HLU) insgesamt	13.072	12.887	13.041	14.881
davon männlich	7.321	7.306	7.358	8.297
davon weiblich	5.751	5.581	5.683	6.584
davon				
in Einrichtungen	10.243	9.961	9.768	11.310
außerhalb von Einrichtungen	2.829	2.926	3.273	3.571

An der Gesamtzahl der Leistungsberechtigten für Hilfe zum Lebensunterhalt beträgt der Anteil der männlichen Leistungsempfänger im Zeitraum von 2009 bis 2012 durchschnittlich 56 Prozent und der Anteil der weiblichen Leistungsempfängerinnen 44 Prozent. Bezogen auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe (männlich, weiblich) des Jahres 2012 erhielten 75 männliche Personen und 57 weibliche Personen je 10.000 Einwohner der jeweiligen Bevölkerungsgruppe Leistungen zur Hilfe zum Lebensunterhalt.

b) Ausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Finanzkraft der Kommunen hatte der Bund die erste Stufe, der im Vermittlungsausschuss des Bundesrates zu dem Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des SGB II und des SGB XII vereinbarten stufenweise Erhöhung, der Bundesbeteiligung an den Ausgaben der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung für das Jahr 2012 umgesetzt und die Bundesbeteiligung auf 45 Prozent

⁶⁸ Bevölkerungszahl 2012 auf der Grundlage der Fortschreibung des Zensus 09.05.2011

⁶⁹ MS, eigene Darstellung, 2014

der Nettokosten angehoben. Es folgte die weitere Erhöhung des Bundesanteils auf 75 Prozent im Jahre 2013 und die vollständige Übernahme der Kostenlasten ab dem Jahre 2014. Die im Jahr 2012 kaum nennenswerte Kostensteigerung um lediglich 0,2 Prozent (**Tabelle 7**) im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt auf rund 33 Mio. Euro lässt sich weitgehend auf die verstärkt eingetretene Bundeserstattung zurückführen. Damit einher ging eine Anspruchsverlagerung der Leistungsberechtigten von der Hilfe zum Lebensunterhalt zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Dies basiert auf dem gesetzlichen Vorrang der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vor der Hilfe zum Lebensunterhalt.

Tabelle 7: Entwicklung der Nettoausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von und in Einrichtungen Sachsen-Anhalt 2009 bis 2012⁷⁰

Kreisfreie Städte Landkreise Sozialagentur, Land	Jahr			
	2009	2010	2011	2012
	Euro			
Dessau-Roßlau	464.772	422.340	577.295	594.773
Halle (Saale)	1.084.500	1.130.624	1.244.568	1.589.120
Magdeburg	908.689	1.126.404	1.429.073	1.721.735
Altmarkkreis Salzwedel	465.286	397.579	380.927	432.088
Anhalt-Bitterfeld	555.132	623.238	661.738	647.682
Bördekreis	417.684	446.400	531.452	561.997
Burgenlandkreis	1.008.265	994.510	1.085.003	1.092.403
Harz	959.151	926.144	920.661	1.063.255
Jerichower Land	849.289	776.854	737.409	799.528
Mansfeld- Südharz	726.124	493.573	692.987	856.515
Saalekreis	768.093	808.748	851.832	872.069
Salzlandkreis	574.688	661.486	764.244	866.668
Stendal	723.347	651.036	749.749	842.557
Wittenberg	339.080	295.254	393.353	424.734
Sozialagentur Sachsen-Anhalt ⁷¹	19.626.010	22.769.825	22.251.023	20.913.655
Sachsen-Anhalt	29.470.110	32.524.015	33.271.314	33.278.779
Veränderung zum Vorjahr	6,1 %	10,4 %	2,3 %	0,2 %

Regional sind die Nettoausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gestiegen. In der Entwicklung von 2010 bis 2012 sind beispielsweise Anstiege der Ausgaben in der Landeshauptstadt Magdeburg um 53 Prozent und im Landkreis Mansfeld-Südharz um 73 Prozent zu beobachten. Die Nettoausgaben des überörtlichen Sozialhilfeträgers gingen um acht Prozent von 2010 bis 2012 zurück.

⁷⁰ Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt Sozialhilfe 2009 – 2012
http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen/Statistische_Berichte/index.php?category=6K101

⁷¹ Hierbei handelt es sich um die vom Land getragenen Ausgaben für HLU für Heimbewohner/-innen.

5.2.3 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)

Nach dem vierten Kapitel des SGB XII haben Personen, die nach § 41 Absatz 2 SGB XII die Altersgrenze erreicht haben sowie dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen ab 18 Jahren bis zum Erreichen der Altersgrenze mit gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland - sofern sie bedürftig sind - einen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung. Die Leistungen werden in gleicher Höhe bemessen wie bei der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (drittes Kapitel SGB XII). Sie werden aber nur auf Antrag gewährt und jeweils für ein Jahr bewilligt. Einkommen wie zum Beispiel Rentenbezüge oder Vermögen des bzw. der Leistungsberechtigten, von nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnerinnen und -partnern sowie von Partnerinnen bzw. Partnern einer eheähnlichen Gemeinschaft werden wie bei der Hilfe zum Lebensunterhalt angerechnet. Gegenüber unterhaltsverpflichteten Kindern beziehungsweise Eltern mit einem Jahreseinkommen unterhalb von 100.000 Euro wird jedoch kein Unterhaltsrückgriff vorgenommen.

a) Leistungsberechtigte von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

In Sachsen-Anhalt hat sich seit dem Inkrafttreten des SGB XII im Jahre 2005 die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger nach dem vierten Kapitel SGB XII von 16.802 im Jahr 2005 auf 24.110 Personen⁷² im Jahr 2013 erhöht. Die Auswertung nach einzelnen Kennziffern erfolgt im Zeitraum von 2009 bis 2012.

Tabelle 8: Leistungsberechtigte von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Sachsen-Anhalt (4. Kapitel SGB XII) 2009 bis 2012⁷³

Merkmal	Jahr			
	2009	2010	2011	2012
Leistungsberechtigte insgesamt	18.497	19.283	21.028	23.376
davon männlich	9.347	9.924	10.878	12.181
davon weiblich	9.150	9.359	10.150	11.195
davon				
voll dauerhaft erwerbsgemindert (18 bis unter 65 Jahre)	11.963	12.663	13.831	15.348
davon männlich	7.204	7.676	8.377	9.327
davon weiblich	4.759	4.987	5.454	6.021
Leistungsberechtigte im Alter (65 Jahre und älter)	6.534	6.620	7.197	8.028
davon männlich	2.143	2.248	2.501	2.854
davon weiblich	4.391	4.372	4.696	5.174

In Sachsen-Anhalt erhalten insgesamt mehr Männer (52 Prozent) als Frauen (48 Prozent) Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Die Anteile wurden als Durchschnittswert über den Zeitraum 2009 bis 2012 ermittelt. Bei der Gruppe der 18- bis

⁷² Für 2013 lag nur die Gesamtzahl vor. Pressemitteilung Juli 2013 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt.

⁷³ StaLa; Statistische Berichte „Ausgaben und Einnahmen, Empfängerinnen und Empfänger der Sozialhilfe“ 2009 – 2012;

http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen/Statistische_Berichte/index.php?category=6K101

unter 65-Jährigen mit voll dauerhafter Erwerbsminderung lag der Anteil der Männer durchschnittlich bei rund 60 Prozent und der Anteil der Frauen bei durchschnittlich rund 40 Prozent. Bei den Leistungsempfängenden für Grundsicherung im Alter sind Frauen dagegen mit durchschnittlich rund 66 Prozent stärker betroffen als Männer mit 34 Prozent. Dass dieses Armutsrisiko im Alter eher bei Frauen anzutreffen ist, liegt u. a. an der unterschiedlichen Höhe der erworbenen Rentenversicherungsansprüche zwischen den Geschlechtern. Beispielsweise führen die zu Beginn eines Renteneintritts fehlenden bzw. nicht ausreichenden Rentenversicherungsansprüche auch dazu, dass Grundsicherung im Alter ergänzend oder voll in Anspruch genommen werden muss. Darüber hinaus führen die höhere Lebenserwartung von Frauen und die geringeren Einkommen und dadurch zu geringe Rentenansprüche dazu, dass Frauen länger auf Grundsicherung angewiesen sind.

Tabelle 9: Leistungsberechtigte von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und deren Anteil an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe 2009 bis 2012⁷⁴

Merkmal	Jahr					
	2009 (Fortschreibung Einwohnermelderegister 1990)			2012 (Fortschreibung Zensus 9.5.2011)		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
	Personen					
Bevölkerung nach Altersgruppen						
0 bis unter 18 Jahre	292.636	150.786	141.850	295.971	152.263	143.708
18 bis unter 65 Jahre	1.493.505	769.184	724.321	1.409.327	723.544	685.783
65 Jahre und älter	570.078	233.779	336.299	554.095	229.023	325.072
insgesamt	2.356.219	1.153.749	1.202.470	2.259.393	1.104.830	1.154.563
Leistungsberechtigte für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und Anteil der jeweiligen Bevölkerung						
Leistungsberechtigte im Alter (65 Jahre und älter)	6.534	2.143	4.391	8.028	2.854	5.174
Anteil an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in %	1,1	0,9	0,6	1,4	1,2	1,6
Leistungsberechtigte (voll erwerbsgemindert) (18 bis unter 65 Jahre)	11.963	7.204	4.759	15.348	9.327	6.021
Anteil an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in %	0,8	0,9	0,7	1,1	1,3	0,9

Bei der Einkommenserzielung bezogen auf die Bevölkerung insgesamt haben die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Sachsen-Anhalt eine geringere Bedeutung. Der Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren, der Leistungen der Grundsicherung im Alter erhielt, lag im Jahr 2012 in Sachsen-Anhalt bei 1,4 Prozent. Das ist gegenüber dem Jahr 2009 eine Erhöhung um 0,3 Prozentwerte. Im Zeitraum 2009 bis 2012 stiegen alle Anteile der Grundsicherungsberechtigten im Alter und bei Erwerbsminderung an den jeweiligen Bevölkerungsgruppen sowohl insgesamt als auch nach Geschlecht.

⁷⁴ StaLa, Statistische Berichte Sozialhilfe 2009 – 2012; http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen/Statistische_Berichte/index.php?category=6K101

Einkommen im Alter (ab Jahre 65) wird überwiegend aus Renten, Erwerbstätigkeit, Vermögen oder Erbschaften erzielt.⁷⁵ Im Bundesländervergleich zeigt sich bezüglich der Grundsicherung im Alter, dass Sachsen-Anhalt sowohl unter dem Durchschnitt der neuen Länder (einschließlich Berlin) als auch unter dem Durchschnitt der alten Länder liegt.⁷⁶ Die regionale Betrachtung der Leistungsberechtigten für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Sachsen-Anhalt zeigt, dass in allen kreisfreien Städten und Landkreisen die Anzahl der Leistungsberechtigten zwischen 2009 und 2012 gestiegen ist. Der prozentual höchste Anstieg in diesem Zeitraum erfolgte im Vergleich der kreisfreien Städte und Landkreise Sachsen-Anhalts als den örtlichen Trägern der Sozialhilfe im Saalekreis mit 37 Prozent. Die Zahl der Leistungsberechtigten, die vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Einrichtungen betreut wurden, stieg zwischen 2009 und 2012 um 38 Prozent.

Tabelle 10: Leistungsberechtigte von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von und in Einrichtungen in Sachsen-Anhalt nach kreisfreien Städten und Landkreisen 2009 bis 2012⁷⁷

Kreisfreie Städte Landkreise Sozialagentur, Land	Jahr			
	2009	2010	2011	2012
Dessau-Roßlau	514	524	570	611
Halle (Saale)	1.547	1.755	1.788	1.899
Magdeburg	1.482	1.600	1.734	1.901
Altmarkkreis Salzwedel	457	437	440	479
Anhalt-Bitterfeld	842	863	908	960
Bördekreis	686	740	833	848
Burgenlandkreis	964	992	1.098	1.158
Harz	984	1.049	1.106	1.193
Jerichower Land	429	431	463	466
Mansfeld- Südharz	840	923	980	1.019
Saalekreis	722	877	934	989
Salzlandkreis	1.147	1.192	1.236	1.286
Stendal	664	687	722	753
Wittenberg	616	621	671	720
Sozialagentur Sachsen-Anhalt ⁷⁸	6.603	6.592	7.545	9.094
Sachsen-Anhalt	18.497	19.283	21.028	23.376

Die **Abbildung 3** zeigt, wie sich die Anzahl der Leistungsberechtigten von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen in Sachsen-Anhalt je

⁷⁵ Vgl. hierzu Abschnitt 14.2

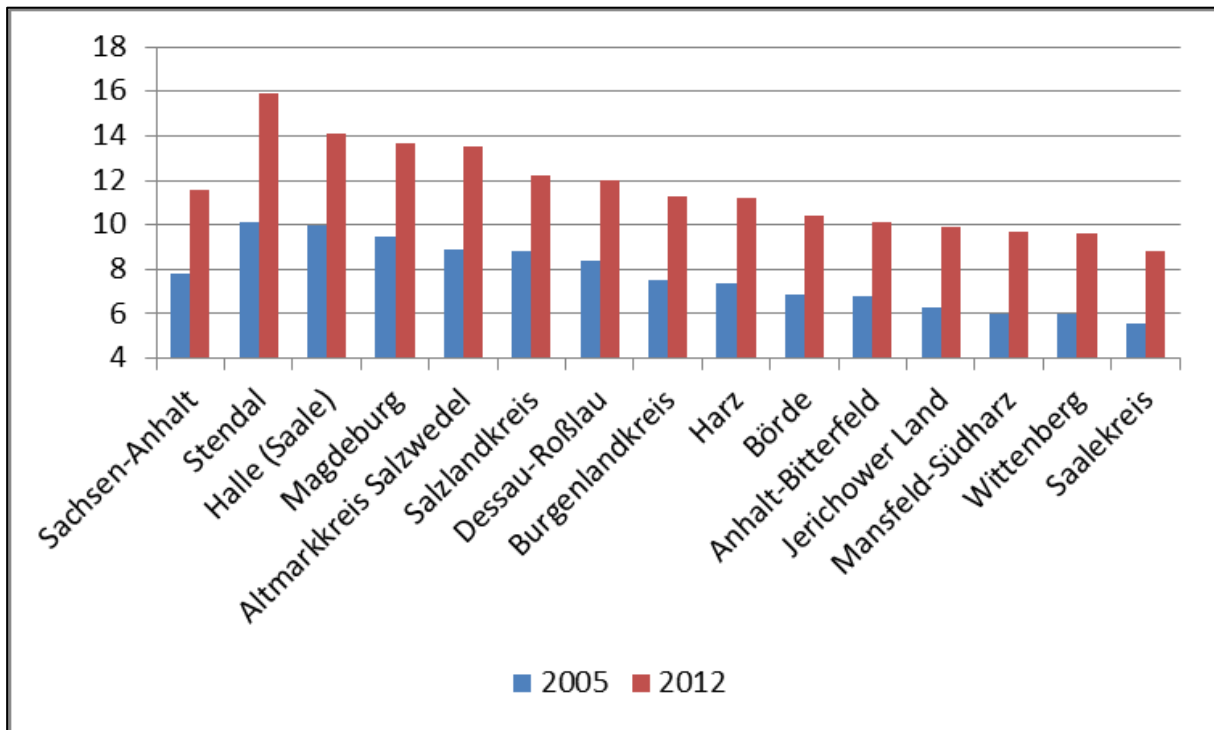
⁷⁶ Vgl. ebd. Tabelle 96

⁷⁷ StaLa, Statistische Berichte Sozialhilfe 2009 – 2012; http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen/Statistische_Berichte/index.php?category=6K101

⁷⁸ Leistungsberechtigte in Einrichtungen (Hilfegewährung durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Sozialagentur Sachsen-Anhalt)

1.000 Einwohner/innen insgesamt sowie in den kreisfreien Städten und Landkreisen im Vergleich der Jahre 2005 und 2012 entwickelt hat. Die Zahl der Leistungsberechtigten, die vom überörtlichen Träger in Einrichtungen betreut werden, ist hierbei nicht berücksichtigt. Im Jahr 2012 waren 11,6 Personen je 1.000 Einwohner/innen außerhalb von Einrichtungen leistungsberechtigt für Hilfen im Rahmen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Die regionale Spannweite lag von 8,8 Personen im Saalekreis bis zu 15,9 Personen je 1.000 Einwohner/innen mit Leistungsbezug für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Landkreis Stendal.

Abbildung 3: Leistungsberechtigte von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen je 1.000 Einwohner nach kreisfreien Städten und Landkreisen 2005 und 2012⁷⁹



b) Nettoausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Nettoausgaben für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind die zweithöchsten im Vergleich der Hilfearten für die Sozialhilfe in Sachsen-Anhalt. Knapp 99 Mio. Euro Nettoausgaben waren im Jahr 2012 für diese Grundsicherungsleistung zu verzeichnen.

Tabelle 11: Nettoausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Sachsen-Anhalt 2009 bis 2012⁸⁰

	Jahr			
	2009	2010	2011	2012
	Euro			
Insgesamt	71.488.232	77.504.755	82.839.903	98.870.062

⁷⁹ StaLa; StrukturKompass
<http://www.stala.sachsen-anhalt.de/apps/StrukturKompass/indikator/zeitreihe/40>

⁸⁰ StaLa, Statistischer Bericht „Einnahmen und Ausgaben der Sozialhilfe“, 2013

Die Nettoausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind von 2009 bis 2012 um rund 27 Mio. Euro bzw. um 40 Prozent gestiegen.

5.2.4 Eingliederungshilfe für Menschen mit Beeinträchtigungen (6. Kapitel SGB XII)

Menschen, die durch eine Beeinträchtigung wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Beeinträchtigung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe. Diese Leistungen erhalten sie, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles insbesondere nach Art und Schwere der Beeinträchtigung Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.

Ziel der Eingliederungshilfe ist es, Menschen mit Beeinträchtigungen einen möglichst weitreichenden Gestaltungsspielraum zur individuellen Bewältigung ihrer besonderen Lebenslage zu ermöglichen. Eingliederungsleistungen können stationär in Einrichtungen, teilstationär oder im häuslichen Umfeld als ambulante Eingliederungshilfe gewährt werden. Die Rechtsgrundlagen hierfür bilden das SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen sowie das SGB XII - Sozialhilfe. Die Eingliederungshilfe, die für verschiedene Leistungen gewährt wird, umfasst u. a. die Bereiche

- stationär betreutes Wohnen,
- Werkstatt für Menschen mit Beeinträchtigungen (WfbM)
- Tagesförderstätten,
- ambulant betreutes Wohnen sowie
- ambulante Hilfen beispielsweise im häuslichen Umfeld.

a) Leistungsberechtigte in der Eingliederungshilfe

Die Gesamtentwicklung zeigt, dass die intensiven Bemühungen des Landes, ambulanten vor stationären/ teilstationären Maßnahmen den Vorrang zu geben, greifen. Bei den ambulanten Maßnahmen der Eingliederungshilfe konnten auch im aktuellen Berichtszeitraum weiterhin Zuwächse erzielt werden, die inzwischen zweistellige Prozentsätze erreicht haben.

Tabelle 12: Anzahl der Leistungsberechtigten von Eingliederungshilfe (SGB XII) in Sachsen-Anhalt 2003 bis 2012⁸¹

stationäre/ teilstationäre Eingliederungshilfe darunter	Jahr									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Anzahl									
stationär betreutes Wohnen der Behindertenhilfe	9.008	9.154	9.231	9.325	9.309	9.370	9.456	9.519	9.627	9.599
Werkstatt für Menschen mit Beeinträchtigungen (WfbM)	7.335	7.587	7.966	8.472	8.903	9.305	9.643	10.008	10.237	10.482
Tagesförderstätten (einschl. in Förder- gruppen an WfbM)	570	825	907	1.028	1.129	1.256	1.388	1.506	1.554	1.624
ambulante Eingliederungshilfe insgesamt	911	1.541	1.984	2.252	2.762	3.507	4.034	4.670	5.278	5.781
darunter ambulant betreutes Wohnen	463	1.027	1.062	1.206	1.308	1.716	1.998	2.379	2.686	2.933

Damit ist die zunächst intensiv propagierte Forderung „ambulant vor stationär“ auch in die Realität umgesetzt worden. Diese Bemühungen werden fortgesetzt und lassen in den kommenden Jahren weitere Erfolge beim Ausbau von ambulanten Maßnahmen der Eingliederungshilfe erwarten.

b) Ausgaben für Leistungsberechtigte in der Eingliederungshilfe

Bei den Ausgaben der Sozialhilfe für Eingliederungshilfe von Menschen mit Beeinträchtigungen konnten im aktuellen Berichtszeitraum sowohl die Brutto- als auch die Nettoausgaben für ambulante Maßnahmen der Eingliederungshilfe gesteigert werden, jedoch blieb die zu erwartende Absenkung dieser Ausgaben im stationären und teilstationären Bereich aus. Trotz der verbesserten Entwicklung der Anzahl der Leistungsberechtigten – weniger im stationären und teilstationären und mehr im ambulanten Bereich – ist es bisher noch nicht gelungen, die Gesamtausgaben für die Eingliederungshilfe zu begrenzen bzw. abzusenken. Hier gilt es, in den kommenden Jahren weitere Anstrengungen zu unternehmen, damit die weitere und konsequente Umsetzung der gebotenen Forderung des Landes „ambulant vor stationär“ nicht nur zu mehr Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten mit Anspruch auf Eingliederungshilfe führt, sondern darüber hinaus auch positive Effekte für den Landeshaushalt mit sich bringt.

⁸¹ LÄMMkom, SHCT-Datenbank; MS- eigene Auswertung v. 05.12.2013; Leistungsberechtigte können verschiedene Leistungsarten erhalten, so dass Mehrfachzählungen nicht auszuschließen sind.

Tabelle 13: Übersicht zu den Bruttoausgaben für Eingliederungshilfe in Sachsen-Anhalt 2008 bis 2012⁸²

Eingliederungshilfeart	Jahr				
	2008	2009	2010	2011	2012
	Euro				
Eingliederungshilfe insgesamt	403.183.750	414.150.601	433.251.217	446.114.189	456.050.990
davon					
ambulante Hilfen gesamt	13.775.739	16.052.044	18.852.869	22.287.882	25.111.684
stationäre/ teilstationäre Hilfen gesamt	389.408.011	398.098.557	414.398.348	423.826.307	430.939.307
darunter					
WfbM	94.376.256	97.951.142	104.283.239	107.765.113	110.472.346
Tagesförderstätten / Förderstätten an WfbM	17.016.182	18.654.967	19.855.518	21.109.539	23.319.984
Tagesstätten für Menschen mit seelischer Beeinträchtigung	3.936.733	4.153.690	4.524.751	4.582.625	4.730.296

c) Regelleistungen / Regelsätze

Das Bundesverfassungsgericht hatte entschieden, dass die Vorschriften, die die Regelleistung für Erwachsene und Kinder betreffen, nicht den verfassungsrechtlichen Anspruch auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG erfüllen.

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 09.02.2010⁸³ wurde dem Bundesgesetzgeber aufgegeben, die Regelbedarfe bzw. -sätze nach dem SGB II und dem SGB XII verfassungskonform neu zu bemessen. Allerdings blieben die bis dahin geltenden Vorschriften bis zur Neuregelung, die der Gesetzgeber bis zum 31.12.2010 zu treffen hatte, weiter anwendbar.

Durch das Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des SGB II und XII vom 24.03.2011 (BGBl I S. 453) wurden die bundesrechtlichen Vorgaben bezüglich der Regelsätze geändert. Die Regelsätze der jeweiligen Regelbedarfsstufen werden vom Bund ermittelt und haben allgemeine Geltung, sofern die Länder von der Möglichkeit der abweichenden Regelsatzfestsetzung keinen Gebrauch machen.⁸⁴ Der durch diese Fortschreibung festgelegte Regelbedarf umfasst dabei insbesondere den Bedarf für Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat und Haushaltsenergie und wird seit 01.01.2011 in Regelbedarfsstufen unterteilt, die bei Kindern und Jugendlichen altersbedingte Unterschiede und bei erwachsenen Personen deren Anzahl im Haushalt sowie die Führung eines Haushalts berücksichtigen. Damit gibt es seit dem 01.01.2011 keine prozentuale

⁸² Benchmarking der üoSHT (Kennzahlenvergleich) resultierend aus Haushaltsergebnissen lt. HAMISSA i.V.m. LÄMMkom-Auswertungen

⁸³ Vgl.: 1 BvL 1/09, 1 BvL 3/09, 1 BvL 4/09

⁸⁴ Das Land Sachsen-Anhalt macht von der Möglichkeit der abweichenden Regelsatzfestsetzung keinen Gebrauch, da anstelle der Sonderauswertungen der bundesweiten Einkommens- und Verbrauchsstichprobe regionale Sonderauswertungen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe zu Grunde zu legen wären.

Ableitung des Kinderbedarfs von dem Erwachsenenbedarf mehr. Dabei werden folgende Regelbedarfsstufen (RBS) unterschieden:

- 1: Für eine erwachsene leistungsberechtigte Person, die als alleinstehende oder alleinerziehende Person einen eigenen Haushalt führt; dies gilt auch dann, wenn in diesem Haushalt eine oder mehrere weitere erwachsene Personen leben, die der dritten Regelbedarfsstufe zuzuordnen sind.
- 2: Für jeweils zwei erwachsene Leistungsberechtigte, die als Ehegatten, Lebenspartner/in oder in eheähnlicher oder lebenspartnerschafts-ähnlicher Gemeinschaft einen gemeinsamen Haushalt führen.
- 3: Für eine erwachsene leistungsberechtigte Person, die weder einen eigenen Haushalt führt noch als Ehegatte, Lebenspartner oder in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft einen gemeinsamen Haushalt führt.
- 4: Für eine/n leistungsberechtigte/n Jugendliche/n vom Beginn des 15. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- 5: Für ein leistungsberechtigtes Kind vom Beginn des siebten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.
- 6: Für ein leistungsberechtigtes Kind bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres.

Zur Deckung der Regelbedarfe, die sich nach den Regelbedarfsstufen ergeben, werden monatliche Regelsätze gewährt. Im Jahr 2010 war eine Fortschreibung der Regelsätze noch an die Regelung der jährlichen Rentenwerterhöhung gekoppelt. Eine Anhebung des aktuellen Rentenwertes erfolgte im Jahre 2010 nach der Rentenwertbestimmungsverordnung nicht, so dass auch keine Fortschreibung der Regelsätze erfolgen konnte.

Tabelle 14: Regelsätze nach Regelbedarfsstufen 2011 bis 2014⁸⁵

Zeitraum (1.1 bis 31.12)	Regelsätze nach Regelbedarfsstufen 1 bis 6					
	1	2	3	4	5	6
	Euro					
2011	364	328	291	287	251	215
2012	374	337	299	287	251	219
2013	382	345	306	289	255	224
2014	391	353	313	296	261	229

d) Mehrbedarfzuschläge

Neben den Kosten der Unterkunft und den Regelsätzen werden für einige Personengruppen monatliche Mehrbedarfzuschläge gezahlt **Tabelle 15** zeigt eine Auswahl.

⁸⁵ MS, eigene Zusammenstellung, 2014

Tabelle 15: Mehrbedarfzuschläge nach ausgewählten Personengruppen

Personengruppe	Höhe des Mehrbedarfzuschlages ab 1. Januar 2014
Alleinerziehende a) 36 Prozent der Regelbedarfsstufe 1 mit einem Kind unter 7 Jahren oder zwei oder drei Kindern unter 16 Jahren b) 12 Prozent der Regelbedarfsstufe 1 für jedes Kind, wenn nicht a) zutrifft, höchstens jedoch 60 Prozent der Regelbedarfsstufe 1	140,76 Euro abhängig von der Kinderzahl: 46,92 Euro bis maximal 234,60 Euro
werdende Mütter ab der 13. Schwangerschaftswoche	17 Prozent der maßgebenden Regelbedarfsstufe
Personen, die die Altersgrenze nach § 41 Abs. SGB XII erreicht haben und einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G besitzen.	17 Prozent der maßgebenden Regelbedarfsstufe
Unter 65-Jährige, die voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung sind ⁸⁶ und einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G besitzen.	17 Prozent der maßgebenden Regelbedarfsstufe

e) Bildung und Teilhabe (BuT)

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 09.02.2010⁸⁷ dem Bundesgesetzgeber auch aufgegeben, einen altersspezifischen Bedarf für schulpflichtige Kinder zu bemessen. Eine sozialhilferechtliche Berücksichtigung von speziellen Bedarfslagen entspringt einzelfallbezogen individuellen Bedürfnissen und ist nicht allein deswegen entbehrlich, weil die Länder im Rahmen ihrer Zuständigkeit für das Schul- und Bildungswesen den personellen und sachlichen Bedarf für die Schulen sicherstellen. Mit dem Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen wurden zum 01.01.2011 mit den §§ 34 und 34a SGB XII Regelungen zu den Bedarfen für Bildung und Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft sowie der Leistungserbringung eingeführt. Die Bedarfe für Bildung und Teilhabe werden ergänzend als eigene Leistungen zu den Regelbedarfen erbracht. Deshalb sind in den Regelbedarfsstufen vier bis sechs Ausgabepositionen wie z. B. „Außerschulischer Unterricht und Hobbykurse“ oder „Nachhilfeunterricht“ nicht enthalten. Das neu entwickelte Bildungs- und Teilhabepaket beinhaltet nunmehr vielfältige Leistungen für Ausflüge und Fahrten, persönlichen Schulbedarf, Schülerbeförderung, außerschulische Lernförderung, gemeinschaftliche Mittagsverpflegung sowie Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben wie z. B. Vereinsmitgliedschaft, Volkshochschulkurs oder Museumsbesuch.

f) Leistungen zur Deckung des besonderen Bedarfs

Mit der Neuordnung der existenzsichernden Leistungen zum 01.01.2005 sind die einmaligen Leistungen, die bis zum 31.12.2004 nach dem BSHG noch gesondert erbracht wurden, weitgehend weggefallen. Sie finden nunmehr bei der Festsetzung in den einzelnen Regelbedarfsstufen entsprechende Berücksichtigung, so dass nur noch einmalige Leistungen für die Erstausrüstung einer Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten, für Bekleidung und Erstausrüstungen bei Schwangerschaften und Geburt, für die Anschaffung und Reparatur von orthopädischen Schuhen sowie für Reparaturen, Ausrüstungen und Miete von therapeutischen Geräten zu gewähren sind.

⁸⁶ Für Kinder mit Beeinträchtigung wird dieser Mehrbedarfzuschlag nicht gezahlt, da sie nicht erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung sind.

⁸⁷ Vgl.: 1 BVL 1/09, 1 BVL 3/09, 1 BVL 4/09

Im Übrigen enthält das SGB XII mit § 27 a Abs. 4 und § 73 Auffangregelungen für den Fall, dass im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zusätzliche Leistungen erforderlich werden.

5.2.5 Persönliches Budget

Die Landesregierung unterstützt das Persönliche Budget als alternative Form der Leistungsgewährung in der Eingliederungshilfe seit seiner Einführung durch den Bundesgesetzgeber. Im Jahr 2010 wurde das persönliche Budget bei den örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe sowie Empfängerinnen und Empfängern von Eingliederungshilfe bereits 564 Mal in Anspruch genommen. Dieses ermutigende Ergebnis ist ein deutliches Indiz dafür, dass die landesspezifischen Rahmenbedingungen bei der Umsetzung des Persönlichen Budgets dessen Akzeptanz gefördert haben. **Tabelle 16**, die dem Forschungsbericht 433 „Umsetzung und Akzeptanz des Persönlichen Budgets“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales⁸⁸ (im Folgenden: Studie 433) entnommen wurde, zeigt die sehr geringe Nutzung des Angebots in einem Ländervergleich aus dem Jahr 2010.

⁸⁸ Forschungsbericht 433 Prognos AG, 17.12.2012; http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb433-umsetzung-akzeptanz-persoeliches-budget.pdf?__blob=publicationFile

Tabelle 16: Ländervergleich Anteil Persönliches Budget an Empfängerinnen und Empfängern von Eingliederungshilfe (2010)⁸⁹

Bundesländer Deutschland	Empfänger/-innen von Eingliederungshilfe	Persönliche Budgets insgesamt	Persönliche Budgets je 1.000 Empfänger/-innen von Eingliederungshilfe
	Anzahl		
Rheinland-Pfalz	26.298	4.824	183
Sachsen-Anhalt	22.415	564	25
Saarland	8.415	169	20
Baden-Württemberg	60.129	1.033	17
Thüringen	20.114	328	16
Bayern	96.450	1.320	14
Sachsen	36.132	500	14
Hessen	45.099	531	12
Nordrhein-Westfalen	122.377	987	8
Niedersachsen	75.438	573	8
Berlin	24.538	163	7
Schleswig-Holstein	28.135	175	6
Hamburg	15.871	95	6
Mecklenburg- Vorpommern	19.981	119	6
Brandenburg	23.198	105	5
Bremen	5.249	7	1
Deutschland	629.839	11.493	18

Da die Verbreitung des Persönlichen Budgets deutschlandweit hinter den Erwartungen zurückgeblieben ist, muss dessen Weiterentwicklung nunmehr unter der Berücksichtigung der bundesweiten Erfahrungen, die durch die Studie 433 erstmals umfassend wissenschaftlich erfasst worden sind, erfolgen. Das Ministerium für Arbeit und Soziales teilt, die in der Studie 433 zur Feststellung gebrachte Auffassung, dass bei der Weiterentwicklung des Persönlichen Budgets grundsätzlich zwischen budgetunspezifischen Problemen und budgetspezifischen Problemen zu unterscheiden ist. Unspezifisch sind Probleme, die auch im Sachleistungssystem grundsätzlich vorhanden sein können, etwa Zuständigkeitsfragen, die Bedarfsberechnung oder die Bedarfsfeststellung und damit verbundene Konflikte bei der Feststellung des Umfangs der Leistung. Diese Fragen stehen in dem übergeordneten Sachzusammenhang der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe auf Bundesebene. Die bisherige Erfahrung zeigt nicht nur in Sachsen-Anhalt, dass überwiegend der überörtliche Träger der Sozialhilfe im Verhältnis zu anderen möglichen Leistungsträgern Persönliche Budgets an Leistungsberechtigte ausreicht. Der Arbeitshinweis der Sozialagentur Sachsen-Anhalt zum Persönlichen Budget⁹⁰ ist ein wichtiges Hilfsinstrument, welches eine gleichmäßige Handhabung der komplexen Materie bei allen Sozialämtern unterstützt und der kontinuierlichen Weiterentwicklung unterliegt. Der Ansatz, den Verwaltungspraktikerinnen

⁸⁹ Forschungsbericht 433 Prognos AG, 17.12.2012, S. 6

⁹⁰ Vgl. Abschnitt 5.2.5

und -praktikern einen derartigen Leitfaden an die Hand zu geben, hat sich bewährt und findet auch Bestätigung in den Schlussfolgerungen der o. g. Studie 433, die eine solche Unterstützung für die Praxis vorschlägt.

5.3 Gesetzliche Renten- und Unfallversicherung (SGB VI und VII)

Im Berichtszeitraum sind die beiden nachfolgenden Regelungen – das Haushaltsbegleitgesetz sowie das Änderungsgesetz bzgl. geringfügiger Beschäftigung – näher zu betrachten. Durch das „Haushaltsbegleitgesetz 2011“ vom 09.12.2010 (BGBl. I S. 1885, in Kraft getreten am 01.01.2011) wird geregelt, dass Zeiten des Bezuges von ALG II ab dem 01.01.2011 keine Pflichtbeitragszeiten mehr darstellen, diese Zeiten gelten aber als Verlängerungstatbestände bei der Prüfung der Versicherungspflicht während des Bezuges von Krankengeld, Verletzten-, Versorgungskranken-, Übergangs- und Arbeitslosengeld sowie bei der Gewährung von medizinischen Rehabilitationsleistungen. Außerdem erstattet der Bund den Rentenversicherungsträgern nicht mehr die Aufwendungen für einigungsbedingte Leistungen.

Mit dem Gesetz zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung vom 05.12.2012⁹¹ wurde die Verdienstgrenze bei den Mini-Jobs ab dem 01.01.2013 von 400 Euro auf 450 Euro angehoben mit gleichzeitiger Einführung einer Versicherungspflicht, von der man sich jedoch auf Antrag befreien lassen kann.

Insgesamt betrachtet war der Berichtszeitraum durch vielfältige Debatten, Diskussionen und Analysen zur Gefahr der Altersarmut und zur Stärkung der gesetzlichen Rentenversicherung geprägt. Die während der 17. Legislaturperiode von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwürfe sind an der massiven Kritik von Sozialverbänden, Gewerkschaften und Opposition gescheitert. Hauptkritikpunkte waren die Festlegung der Anspruchsvoraussetzungen für die sog. Zuschussrente, unzureichende Regelungen zur Absicherung selbständig Tätiger, dem Reha-Budget und der Kombirente, fehlende Regelungen zur Absicherung selbständig Tätiger in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie gänzlich fehlende Aussagen zu einer Rentenangleichung Ost/West. Damit erweist sich die weitere Rentenreform nach wie vor als eine wesentliche Aufgabe der Bundesregierung in der 18. Legislaturperiode.⁹²

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgten zahlreiche Bestrebungen zur Fortführung der Straffung und Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung und zur Neuorganisation der bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand durch Errichtung der „Unfallversicherung Bund und Bahn“ aus der Eisenbahn-Unfallkasse, der „Unfallkasse des Bundes sowie der gewerblichen Berufsgenossenschaft für Transportwirtschaft, Post-Logistik und Telekommunikation“ aus der Unfallkasse Post und Telekom und der Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft. Erforderlich waren hier Regelungen zu Zuständigkeiten, Personalübergängen, Übergangsregelungen zur Selbstverwaltung und besoldungsrechtliche Festlegungen. Diese mündeten im „Gesetz zur Neuorganisation der bundesunmittelbaren Unfallkassen“, zur Änderung des

⁹¹ Vgl.: BGBl. I 2012, S. 2474, Inkrafttreten 01.01.2013

⁹² Zwischenzeitlich ist das Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVLeistungsverbesserungsgesetz) vom 23.06.2014 (BGBl. I S. 787) am 01.07.2014 in Kraft getreten.

„Sozialgerichtsgesetzes“ und zur Änderung anderer Gesetze (BUK-Neuorganisationsgesetz – BUK-NOG).⁹³

5.4 Soziales Entschädigungsrecht

Das Soziale Entschädigungsrecht umfasst unter anderem Kriegsoffer, Opfer von Gewalttaten, Wehr- und Ersatzdienstbeschädigte sowie Impfgeschädigte. Die dabei zu regelnden Versorgungsansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) vom 20.12.1950 sind öffentlich-rechtliche Entschädigungsansprüche, die gegen die Bundesrepublik Deutschland gerichtet sind. Die Höhe der Leistung hängt dabei stets von der durch die gesundheitliche Schädigung eingetretenen Minderung der Erwerbstätigkeit ab. Das Gesetz sieht als Leistungen eine Grundrente und gegebenenfalls eine Schwerstbeschädigtenzulage zum allgemeinen Ausgleich des Gesundheitsschadens, eine Ausgleichsrente für wirtschaftliche Folgen, ein Berufsschadensausgleich zum Ausgleich der durch die Beeinträchtigung bedingten beruflichen Einbußen sowie Ehegatten- und Kinderzuschläge vor. Daneben werden Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung erbracht und eine umfangreiche orthopädische Versorgung durchgeführt. Im Falle der Pflegebedürftigkeit wird eine pauschale Pflegezulage sowie ggf. der Aufwand für die erforderliche Fremdpflege geleistet.

5.4.1 Opferpension

Mit dem am 29.08.2007 in Kraft getretenen „Dritten Gesetz zur Verbesserung rehabilitierungsrechtlicher Vorschriften für Opfer der politischen Verfolgung in der ehemaligen DDR“ wurde die sog. Opferpension eingeführt. Aufgrund dieses Gesetzes erhalten Personen, die eine rechtsstaatswidrige Freiheitsentziehung von mindestens sechs Monaten erlitten haben, bei denen keine Ausschließungsgründe vorliegen und die in ihrer wirtschaftlichen Lage besonders beeinträchtigt sind, eine monatliche Opferpension in Höhe von bis zu 250 Euro. Da sich bei dem Vollzug des Gesetzes „Defizite“ zeigten, erfolgten mit dem „Vierten Gesetz zur Verbesserung rehabilitierungsrechtlicher Vorschriften für Opfer der politischen Verfolgung in der ehemaligen DDR“ vom 02.12.2010 (BGBl. I 1744) Klarstellungen und Ergänzungen, um den Vollzug zu erleichtern und zu vereinheitlichen. So wurde u. a. die Mindesthaftzeit von sechs Monaten auf 180 Tage konkretisiert. Damit wurde sichergestellt, dass für alle Betroffenen eine einheitliche Mindesthaftzeit gilt, unabhängig davon, ob eine oder mehrere Haftzeiten zu berücksichtigen sind, für die eine Rehabilitation vorliegt. Darüber hinaus erfolgte eine Klarstellung der Einkommensermittlung. Danach wird ausgezahltes Kindergeld nicht als Einkommen der Antragstellerinnen und -steller herangezogen sowie die betriebliche Altersvorsorge umfassender als Einkommensabzug berücksichtigt. Ferner wurden Personen, die wegen einer außerhalb des Rehabilitierungszusammenhanges begangenen schweren vorsätzlichen Straftat zu einer Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt worden sind, von einer lebenslangen Zuwendung ausgeschlossen. Außerdem wurde der anspruchsberechtigte Personenkreis um Kinder und Jugendliche, die auf Anordnung der DDR-Behörden zwangsweise in einem Heim untergebracht wurden, erweitert sowie die Antragsfristen einheitlich in den Rehabilitierungsgesetzen bis zum 31.12.2019 verlängert. Für die Antragsberatung ist das Landesverwaltungsamt zuständig.⁹⁴ Der nachfolgenden Übersicht sind die Zahl der Anträge

⁹³ BUK-NOG vom 19.10.2013 (BGBl. I S. 3836); <http://www.buzer.de/gesetz/10970/>

⁹⁴ Antragsformulare unter <http://www.lvwa.sachsen-anhalt.de/familie-und-soziales/versorgungsverwaltung/sed-unrecht/opferpension/>

und Bewilligungen für den Berichtszeitraum und seit Inkrafttreten des Gesetzes zu entnehmen.

Tabelle 17: Anträge und Bewilligungen nach dem Gesetz zur Verbesserung rehabilitierungsrechtlicher Vorschriften für Opfer politischer Verfolgung in der ehemaligen DDR, 2010 bis 2012 und kumuliert seit Inkrafttreten 2007

Erhebungsmerkmale	Jahr			seit Inkrafttreten (29.8.2007)
	2010	2011	2012	
Anzahl				
neue Anträge	397	332	215	9.514
Erledigungen	579	445	211	9.309
Bewilligungen	305	273	164	6.680
Ablehnungen	117	140	27	773
Rücknahme/ sonstige Erledigungen	94	11	8	474
Abgabe wegen Unzuständigkeit	63	21	12	1.382

5.4.2 Trauma-Ambulanz

Nach § 1 Abs. 1 des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) erhält, wer infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes.

Opfer von Gewalttaten erleiden neben den körperlichen Schäden häufig psychotraumatische Belastungen. Studien haben gezeigt, dass durch ein frühzeitiges fachtherapeutisches Eingreifen vermieden werden kann, dass sich die psychischen Folgen einer Gewalttat dauerhaft als Störung der Gesundheit verfestigen. Wenn ein Antrag nach dem Opferentschädigungsgesetz beim Landesverwaltungsamt⁹⁵ gestellt wird, dauert es aber oft längere Zeit, bis der Sachverhalt aufgeklärt ist, so dass in der Folge eine rechtzeitig einsetzende kompetente Behandlung, die möglicherweise dauerhafte seelische Gesundheitsstörungen verhindert, nicht mehr gewährleistet werden kann. Um den Opfern ohne bürokratische Hürden einen schnellen Zugang zu psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Hilfe zu ermöglichen, auch wenn die Zuständigkeit des Leistungsträgers zum Behandlungszeitpunkt noch nicht endgültig geklärt ist, ist in Sachsen-Anhalt im Rahmen eines Pilotprojekts eine „Trauma- Ambulanz für Kinder und Jugendliche als Gewaltopfer“ eingerichtet worden.

Insbesondere traumatisierten Kindern und Jugendlichen muss die Möglichkeit geboten werden, das Tatgeschehen schnellstmöglich zu verarbeiten, um ihre Zukunftsperspektiven nicht zu beeinträchtigen. Hier wird betroffenen Kindern und Jugendlichen in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugendalters der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg am Klinikum Magdeburg gemeinnützige GmbH eine fachkompetente Soforthilfe zur Behandlung ihres Traumas angeboten. Die Opfer von Gewalttaten können sich direkt an

⁹⁵ Landesjournal, Opferpension; <http://www.lvw.sachsen-anhalt.de/familie-und-soziales/versorgungsverwaltung/sed-unrech/opferpension/>

die Trauma-Ambulanz wenden.⁹⁶ In Akutfällen kann die Klinik das Opfer der Gewalttat vom Tatort abholen. Darüber hinaus ist sie auch bei der Beantragung der Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz behilflich. Zur Abklärung der psychotherapeutischen Behandlungsbedürftigkeit können bis zu fünf probatorische Sitzungen bzw. eine dreitägige stationäre Krisenintervention durchgeführt werden, die durch die Trauma-Ambulanz dokumentiert werden. Im Rahmen dieser Sitzungen werden neben der Anamneseerhebung die notwendige Diagnostik sowie Akutmaßnahmen durchgeführt. Stellt die Klinik eine darüber hinausgehende dringende Behandlungsnotwendigkeit fest, ist sie berechtigt, im Anschluss weitere Sitzungen durchzuführen.

6 Gesundheitliche Lage und Prävention, Gesundheitsversorgung und Pflege

Das Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt hat gemeinsam mit der Landesgesundheitskonferenz 1997 erstmalig sogenannte Gesundheitsziele entwickelt, um bestehende Defizite bei der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt abzubauen und im Bereich der Prävention stärker aktiv zu werden. Zudem erfolgt eine kontinuierliche Evaluation und Fortschreibung dieser Gesundheitsziele.

6.1 Gesundheitsziele

Im Land Sachsen-Anhalt werden seitdem diese Gesundheitsziele verfolgt, auf erkennbare gesundheitliche Risiken in Sachsen-Anhalt reagiert und ebenfalls vorhandene Ressourcen zur Gesundheitserhaltung und zur Förderung der Gesundheit identifiziert und gebündelt. Nach wie vor orientiert sich die Auswahl der Gesundheitsziele in Sachsen-Anhalt an der spezifischen gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, der Relevanz des Gesundheitsproblems, dem spezifischen Risikoverhalten oder der gesundheitlichen Ressource in der Bevölkerung. Zudem sollten Gesundheitsziele prinzipiell erreichbar und Daten vorhanden sein, mit denen der Stand der Zielerreichung überprüfbar ist. Fünf Gesundheitsziele werden derzeit in Sachsen-Anhalt verfolgt:

1. Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten für die Bevölkerung,
2. Entwicklung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote für die Bevölkerung,
3. Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 Prozent der Bevölkerung,
4. Senkung des Anteils an Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt und
5. Verbesserung der Zahngesundheit bei der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt.

Seit dem Jahr 2012 wird darüber hinaus der Förderung der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung als übergreifendes Ziel in allen Gesundheitszielen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Auslöser für die Initiative des Landtags war die stetige Zunahme der Fallzahlen psychischer Erkrankungen in Sachsen-Anhalt. Dieser Trend ist bundesweit zu verzeichnen. Daneben erhält die soziale Lage als bedeutender Einflussfaktor auf die Gesundheit in Strategien zur Zielerreichung und konkreten Projekten einen zentralen Stellenwert in der

⁹⁶ Traumaambulanz für Kinder und Jugendliche als Gewaltopfer an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugendalters der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg an der Klinikum Magdeburg gemeinnützige GmbH, Birkenallee 34, 39130 Magdeburg, Tel. 0391/791-8470

Betrachtung.⁹⁷ Der Prozess zur Erreichung der Gesundheitsziele ist mit konkreten Aktivitäten verknüpft, die durch eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure auf staatlicher Ebene, frei-gemeinnützigen Trägern, Hochschulen, engagierten Bürgerinnen und Bürgern sowie Interessensverbänden auf Arbeitskreisebene gesteuert werden. In den Arbeitskreisen werden Möglichkeiten für Projekte diskutiert und im Land laufende Aktivitäten zusammengeführt. Auf Landesgesundheitskonferenzen wird der Stand der Zielerreichung im zwei- bis dreijährigen Rhythmus öffentlich diskutiert, neue Modellprojekte berufen, der Gesundheitszieleprozess gegebenenfalls neu justiert und neuen Bedarfslagen angepasst. Die sechste Landesgesundheitskonferenz 2013, die am 21.11.2013 in Magdeburg stattfand, befasste sich mit der gesundheitlichen Lage der erwachsenen, arbeitsfähigen Bevölkerung. Dabei wurden auch Rahmenbedingungen der Arbeit inhaltlich mit möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen verknüpft. Handlungsmöglichkeiten zur Förderung der Gesundheit dieser Altersgruppe wurden unter anderem auch auf der Ebene des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Gesundheitsmanagements gesehen.

6.2 Soziale Lage und Gesundheit von Kindern

Die ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Sachsen-Anhalt belegen einen deutlichen Einfluss von Sozialfaktoren auf die Gesundheit von Kindern.

In Sachsen-Anhalt führt der ÖGD jährlich die Schuleingangsuntersuchungen (SEU), ärztliche Untersuchungen in dritten Klassen (SR3) und sechsten Klassen (SR6) und zahnärztliche Untersuchungen bei Kita-Kindern und Schulkindern bis zwölf Jahre durch (ZRU). Die Untersuchungsergebnisse werden in den Gesundheitsämtern EDV-gestützt und personengebunden erfasst und dienen als Grundlage für die individuelle und populationsbezogene Gesundheitsfürsorge für bis zu 12-jährige Kinder vor Ort. Ein großer Teil der erhobenen Parameter wird außerdem einmal jährlich an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV) geschickt und dort für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Landes ausgewertet.⁹⁸ Im Folgenden werden die Ergebnisse einer Datenanalyse des LAV zum Einfluss der sozialen Lage, des Geschlechts und des schulischen Werdegangs auf die Gesundheit der Kinder in Sachsen-Anhalt dargestellt. Es wurden zehn ärztliche und fünf zahnärztliche Indikatoren bei Einschülerinnen und Einschülern, Dritt- und Sechstklässlerinnen und Dritt- und Sechstklässler analysiert und zusätzlich der Vorsorgestatus und sechs Entwicklungsindikatoren bei Einschülerinnen und Einschülern untersucht.⁹⁹

6.2.1 Gesundheit von Einschülerinnen und Einschülern in Abhängigkeit von Sozialstatus und Geschlecht

a) Entwicklungsindikatoren

Die Befundhäufigkeiten aller sechs untersuchten Entwicklungsindikatoren waren in hohem Maße vom Sozialstatus¹⁰⁰ der Kinder abhängig: sie waren umso höher, je niedriger der

⁹⁷ Vgl. Abschnitt 6.2.4

⁹⁸ Aktuelle Daten zur Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt finden sich unter <http://www.ms.sachsen-anhalt.de/gesundheit/daten-zur-gesundheit/>

⁹⁹ Einen Überblick über die Anzahl der ausgewerteten Datensätze, über die ausgewählten Entwicklungs-, Gesundheits- und Zahngesundheitsindikatoren (inklusive Definitionen) und über die jeweils festgestellten Befundhäufigkeiten bzw. Mittelwerte nach Geschlecht zeigt Abbildung 4.

¹⁰⁰ Durch den sog. Sozialstatus erfolgt die gesellschaftliche Differenzierung. Er eröffnet bzw. verwehrt Personen best. Privilegien, Fähigkeiten, Rechte u. Pflichten sowie gesunde Lebensbedingungen. Vgl. Bourdieu, Pierre,

Sozialstatus war (negative Korrelation). Die Prävalenzen¹⁰¹ zeigten eine Spannweite von 0,4 Prozent (sozialer Entwicklungsrückstand bei Mädchen mit hohem Sozialstatus) bis 0,7 Prozent (Sprachstörungen bei Jungen mit niedrigem Sozialstatus), wobei 42,3 Prozent der untersuchten Kinder von mindestens einer Entwicklungsstörung betroffen waren. In allen drei Sozialstatusgruppen waren Jungen deutlich häufiger (im Mittel doppelt so häufig) von Entwicklungsstörungen betroffen als Mädchen. Der Geschlechtsunterschied war umso größer, je höher der Sozialstatus der Kinder war.

b) Gesundheitsindikatoren und Vorsorgestatus:

Acht der zehn untersuchten Gesundheitsindikatoren hatten negativ mit dem Sozialstatus korreliert. Nur bei deutlichem Untergewicht und Haltungsschäden zeigte sich kein Einfluss des Sozialstatus. Während Jungen in allen drei Sozialstatusgruppen häufiger eine Dauermedikation erhielten, waren Mädchen in allen drei Gruppen häufiger von diastolischem Bluthochdruck, von Haltungsschäden und von Bauchschmerzen betroffen. Der Anteil der Kinder, der an allen empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen hatte (je nach Alter U2 bis U8 bzw. U2 bis U9), hat ebenfalls negativ mit dem Sozialstatus korreliert. Hier zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede.

6.2.2 Gesundheit von Sechstklässlern in Abhängigkeit von Schulart und Geschlecht

Bei sieben der zehn Gesundheitsindikatoren hatten Sechstklässlerinnen und Sechstklässler an Sekundarschulen schlechtere Werte (häufiger einen positiven Befund) als Sechstklässlerinnen und Sechstklässler an Gymnasien. Nur ein Indikator (deutliches Untergewicht) zeigte an Gymnasien eine höhere Befundhäufigkeit als an Sekundarschulen (allerdings war die Prävalenz bzw. Krankheitshäufigkeit an Gymnasien noch im Normbereich). Die restlichen beiden Indikatoren (diastolischer Bluthochdruck und Haltungsschäden) zeigten keine regelhaften Unterschiede zwischen Sekundar- und Gymnasialschülerinnen und -schülern. Während Jungen in beiden Schularten deutlich häufiger eine Dauermedikation erhielten als Mädchen, waren Mädchen häufiger von Befindlichkeitsstörungen, von Seh- und Hörstörungen und von diastolischem Bluthochdruck betroffen.

6.2.3 Gesundheit von Dritt- und Sechstklässlern an öffentlichen bzw. freien Schulen

Sechs der zehn Gesundheitsindikatoren waren sowohl bei Drittklässlerinnen und -klässlern (Grundschulen) als auch bei Sechstklässlerinnen und -klässlern (Gymnasien) in öffentlichen Schulen schlechter (höhere Befundhäufigkeiten) als an Schulen in freier Trägerschaft. Dies galt auch fast immer, wenn Mädchen und Jungen getrennt betrachtet wurden. Nur ein Indikator zeigte konsistent einen gegenläufigen Trend: in beiden Klassenstufen und bei beiden Geschlechtern war der Anteil der Kinder mit Dauermedikation an freien Schulen etwas höher als an öffentlichen Schulen. Die restlichen drei Indikatoren zeigten bei Mädchen und Jungen eine gegenläufige Häufigkeitsverteilung in öffentlichen und freien Schulen.

6.2.4 Entwicklung der Gesundheit (Vorschul- über Grundschulalter bis sechste Klasse)

Sechs der zehn Gesundheitsindikatoren verschlechterten sich bei beiden Geschlechtern von der SEU über die SR3 zur SR6 (progressive Zunahme der Befundhäufigkeit). Besonders

„Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns.“, 1998 sowie „Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft.“, 1982, beides Suhrkamp, Ffm;

¹⁰¹ Prävalenz bezeichnet die Rate der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitabschnitt an einer bestimmten Krankheit Erkrankten (im Vergleich zur Zahl der Untersuchten)

auffällig war die Verschlechterung bzgl. der Prävalenz von Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Dauermedikation. Nur bei einem Indikator (Hörstörungen) fand eine deutliche progressive Verbesserung statt. Die restlichen drei Indikatoren hatten keinen klaren altersbedingten Trend (deutliches Untergewicht) oder zeigten nur bei Mädchen eine regelhafte Verschlechterung von der SEU über die SR3 zur SR6 (Sehstörungen und Schlafstörungen). Konsistente (d. h. in SEU, SR3 und SR6 gleichgerichtete) Geschlechtsunterschiede zeigten sich bei sechs Indikatoren: während Jungen etwas häufiger von Adipositas betroffen waren und deutlich häufiger eine Dauermedikation erhielten, waren Mädchen in allen drei Altersstufen häufiger von diastolischem Bluthochdruck, Haltungsschäden und Bauch- und Kopfschmerzen betroffen.

6.2.5 Zahngesundheit von 5-, 9- und 12-Jährigen in Abhängigkeit von besuchter Schularzt bzw. Trägerschaft der besuchten Einrichtung

Bei Schüler/innen zeigten alle drei Zahngesundheitsindikatoren und beide untersuchten Zahnversorgungsindikatoren sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen eine klare und regelhafte Abhängigkeit von der Art der besuchten Schule: Neunjährige Förderschülerinnen und Förderschüler hatten seltener ein naturgesundes Gebiss, einen höheren DMF-T-Wert, häufiger erhöhtes Kariesrisiko, einen niedrigeren Zahnsanierungsgrad und weniger versiegelte Zähne als Gleichaltrige an Grundschulen. Auch bei Zwölfjährigen waren die drei Zahngesundheitsindikatoren und die zwei Zahnversorgungsindikatoren an Förderschulen deutlich schlechter als an Sekundarschulen und dort wiederum deutlich schlechter als an Gymnasien. In allen drei untersuchten Gruppen (5-jährige Kita-Kinder, 9-jährige Grundschulkindern, 12-jährige Gymnasialschülerinnen und -schüler) zeigten die Zahngesundheits- und Zahnversorgungsindikatoren bei Mädchen und fast immer auch bei Jungen eine klare Abhängigkeit von der Trägerschaft der besuchten Einrichtung: Kinder an Einrichtungen in freier Trägerschaft hatten eine bessere Zahngesundheit und eine bessere zahnärztliche Versorgung als Kinder an öffentlichen Einrichtungen. Jungen hatten in fast allen Gruppen bezüglich beider Zahnversorgungsindikatoren schlechtere Werte als Mädchen (Ausnahme: Zahnsanierungsgrad bei Fünfjährigen). Während Jungen eine schlechtere Milchzahngesundheit als Mädchen hatten, war es beim Dauergebiss umgekehrt. Eine genauere Besprechung der Durchführung und der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen und der ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Sachsen-Anhalt finden sich im Basisbericht und in den SEU- und ZRU-Folgeberichten des LAV zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt.¹⁰²

6.2.6 Fazit

In der vorliegenden Analyse wurden als Sozialfaktoren die soziale Lage der Kinder und das Schulalter (Vorschulalter zum Zeitpunkt der SEU, Grundschulalter in der dritten Klasse, Mittelschulalter in der sechsten Klasse) untersucht. Beides wurde jeweils in Abhängigkeit vom Geschlecht der Kinder betrachtet. Die soziale Lage wurde bei Einschülerinnen und Einschülern nach dem Brandenburger Modell ermittelt, welches einen Index aus der

¹⁰² Vgl.: A) Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (2010). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 2007/2008 und 2008/2009;
 B) Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Hrsg. (2013): Gesundheit von einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt. Update Nr.1;
 C) Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Hrsg. (2013): Zahngesundheit von Kindern in Kindertagesstätten und Schulen in Sachsen-Anhalt. Update Nr.1. (www.gbe.sachsen-anhalt.de)

Erwerbstätigkeit und der Schulbildung der Eltern bildet.¹⁰³ Bei Schulkindern wurde die soziale Lage indirekt über die Art der besuchten Schule definiert. Hier liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die soziale Lage der Familie maßgeblich bestimmt, welche Art der Schule ein Kind besucht: Kinder aus sozial schwachen bzw. schwächeren Familien besuchen häufiger Förder- bzw. Sekundarschulen, während Kinder aus sozial stärkeren bzw. starken Familien häufiger Grundschulen bzw. Gymnasien besuchen.¹⁰⁴ Als weiterer indirekter Indikator der sozialen Lage wurde der Besuch des Kindes einer Einrichtung in öffentlicher bzw. in freier Trägerschaft verwendet (der Anteil von Kindern aus sozial starken Familien ist in Einrichtungen in freier Trägerschaft überdurchschnittlich hoch). Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse bestätigen andere Studien¹⁰⁵, indem auch für Kinder in Sachsen-Anhalt eine starke Abhängigkeit der Entwicklungs- und Gesundheitsparameter vom Sozialstatus bzw. von der Art der besuchten Schule gefunden wurde: je niedriger der Sozialstatus der Einschülerinnen und Einschüler bzw. je niedriger der „Bildungsstatus“ der Schüler/innen, umso häufiger waren die Kinder von entwicklungspsychologischen und (zahn-) gesundheitlichen Defiziten betroffen.

Die Ursachen für die Beeinträchtigung eines breiten Spektrums von Gesundheitsindikatoren bei Menschen aus sozial schwachen Verhältnissen sind mannigfaltig und wurden erst in Ansätzen erforscht.¹⁰⁶ Kinder sind diesen negativen Einflüssen in zweierlei Hinsicht ausgesetzt: einerseits übernehmen sie ungesunde Verhaltensweisen und mangelndes Vorsorgeverhalten von den Eltern, andererseits wirken ungesunde Einflüsse aus dem sozial benachteiligten Umfeld auch direkt auf sie ein (Umwelt- und Wohnbedingungen, eingeschränkte Teilhabe an Angeboten der Versorgung, Prävention und/oder Gesundheitsförderung). Weniger gut untersucht sind gesundheitliche Unterschiede bei Kindern in öffentlichen Einrichtungen bzw. in Einrichtungen in freier Trägerschaft. Die vorliegende Analyse zeigt, dass die Mehrzahl der Gesundheits- und Zahngesundheitsparameter bei Kindern in Einrichtungen in freier Trägerschaft besser ist als bei Kindern in öffentlichen Einrichtungen. Sie weist auch auf markante geschlechtsspezifische Unterschiede hin: während einzuschulende Jungen deutlich häufiger von entwicklungspsychologischen Defiziten betroffen waren, zeigten Mädchen in allen Altersstufen häufiger Befindlichkeitsstörungen, Haltungsschäden und einen erhöhten diastolischen Blutdruck. Geschlechtsspezifische Unterschiede der Zahngesundheit müssen bei Heranwachsenden differenziert betrachtet werden: während Jungen konsistent schlechtere Zahnversorgungsparameter aufwiesen und (u. a. deshalb) eine schlechtere Milchzahngesundheit hatten, zeigten Mädchen trotz besserer Zahnversorgungsparameter eine schlechtere Gesundheit der bleibenden Zähne. Dies ist dadurch zu erklären, dass Mädchen im Alter von etwa neun bis 18 Jahren einen „entwicklungsphysiologischen

¹⁰³ Vgl.: Böhm, A., Ellsäßer, G., Lüdecke, K. (2007): Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten. *Das Gesundheitswesen* 69, 555 - 559

¹⁰⁴ Vgl.: Nold, D. (2010). Sozioökonomischer Status von Schülerinnen und Schülern 2008. Ergebnisse des Mikrozensus. Statistisches Bundesamt, *Wirtschaft und Statistik*, 2, 138-148.

¹⁰⁵ Vgl.: A) Ellsäßer, G., Böhm, A., Kuhn, J., Lüdecke, K. & Rojas, G. (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern - Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen, *Kinderärztliche Praxis* (73), 248-257; B) Lampert, Th. & Kurth, B.-M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (43), 2944-2949; C) Lange, D., Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B. & Müller, M.J. (2010). Soziale Ungleichheit, Migrationshintergrund, Lebenswelten und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt* 53 (7), 707-715.

¹⁰⁶ Vgl.: Lampert, Th. & Mielck, A. (2008). Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. *GGW*, 8 (2), 7-8.

Vorsprung“ vor Jungen haben und damit ein „älteres“ Dauergebiss, welches statistisch schon häufiger von Karies befallen ist.¹⁰⁷

Bei den meisten der hier untersuchten Indikatoren zeigte sich eine progressive Verschlechterung (zunehmende Befundhäufigkeit oder steigende Mittelwerte) vom Vorschulalter über das Grundschulalter (dritte Klasse) zum „Mittelschulalter“ (sechste Klasse). Während dies bei den Zahngesundheitsparametern in erster Linie der natürlichen biologischen Entwicklung geschuldet ist, ist die zum Teil starke Zunahme der Befundhäufigkeiten bei den Indikatoren der ärztlichen Untersuchungen eventuell ein Hinweis auf „ungesunde Rahmenbedingungen“ des Aufwachsens. So zeigte sich z. B. eine besonders starke Zunahme der Prävalenz von Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Dauermedikation. Es liegt die Vermutung nahe, dass es sich hierbei in erster Linie um psychosomatische Symptome und Dauermedikationen handelt und dass die Verschlechterung dieser Indikatoren auf eine nicht kindgerechte Zunahme der schulischen, familiären und/oder gesellschaftlichen Anforderungen in der betrachteten Altersspanne zurückzuführen ist. Ein Hinweis darauf, dass schulische, familiäre und/oder gesellschaftliche Belastungen Mädchen und Jungen in unterschiedlicher Art oder Stärke treffen bzw., dass Eltern mit solchen Belastungen ihrer Kinder unterschiedlich umgehen, je nachdem, ob es sich um Mädchen oder Jungen handelt, könnten eventuell folgende Ergebnisse sein: a) Jungen erhielten konsistent häufiger eine Dauermedikation als Mädchen, b) Mädchen hatten konsistent häufiger diastolischen Bluthochdruck und Befindlichkeitsstörungen als Jungen und c) 12-jährige Mädchen an freien Gymnasien hatten besonders häufig deutliches Untergewicht. Die hier vorgelegten Daten sollten Anlass sein, weiterhin und noch intensiver an der Verbesserung der Rahmenbedingungen des Aufwachsens von Kindern in Sachsen-Anhalt zu arbeiten, vor allem, indem soziale Chancengleichheit angestrebt wird, indem die frühkindliche Entwicklung von Jungen gestärkt wird und übermäßige schulische, familiäre und gesellschaftliche Belastungen von Kindern ferngehalten werden. Die Ergebnisse der Datenanalyse zum beschriebenen Einfluss verschiedener Sozialfaktoren auf bestimmte Gesundheitsindikatoren bei Kindern zeigt die folgende Abbildung.

¹⁰⁷ Vgl.: „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 2007/2008 und 2008/2009. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt“. Hrsg.: Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Magdeburg

Abbildung 4: Ergebnisse der Datenanalyse zum Einfluss von Sozialfaktoren auf ausgewählte Gesundheitsindikatoren bei Kindern, zahnärztliche Untersuchungen des ÖGD¹⁰⁸

Legende zur Tabelle 1:	
kompl. Vorsorgestatus	Teilnahme an allen empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen (je nach Alter: U2-U8 bzw. U2-U9)
EWRST	Entwicklungsrückstand
Emot.-psych.	Emotional-psychischer
diastol. Bluthochdruck	Überschreitung der körpergrößenbezogenen 95. Perzentile der europäischen Referenzpop. nach de Man et al, 1991
pathol. Halte-/Stützapp.	Haltungsschäden, pathologischer Befund bzgl. des Halte-/Stützapparates (Haltungsschwäche oder/ und Skoliose)
Häufigere Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schlafstörungen	laut Elternangabe in einem Fragebogen
Dauermedikation	Das Kind nimmt laut Elternangabe in einem Fragebogen täglich Medikamente
% naturges. Gebiss	Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss (ohne jegliche Karieserfahrung)
dmf-t	mittlere Anzahl kariöser (m) + wegen Karies extrahierter (m) + sanierter (f) Milchzähne
DMF-T	mittlere Anzahl kariöser (D) + wegen Karies extrahierter (M) + sanierter (F) bleibender Zähne (Dauergebiss)
Kariesrisiko nach DAJ	Kariesrisiko-Kriterien nach den Grundsätzen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ)
Zahn-Sanierungsgrad	Anteil sanierter (f bzw. F) Zähne am Gesamt- dmf-t bzw. DMF-T
Anzahl versieg. Zähne	mittlere Anzahl versiegelter Backenzähne

¹⁰⁸ Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Hrsg. (2013): Gesundheitliche Ungleichheiten bei Einschülern, Drittklässlern und Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt. www.gbe.sachsen-anhalt.de; Das Merkmal „Sozialstatus -niedrig, mittel, hoch“ bezeichnen dabei die jew. Zugehörigkeit zu einer bestimmten gesellschaftlichen Schicht (Unter-, Mittel-, Oberschicht);

Tab. 1: Ergebnisse der Datenanalyse zum Einfluss von Sozialfaktoren auf ausgewählte Gesundheitsindikatoren bei Kindern, (zahn-)ärztliche Untersuchungen des ÖGD, Sachsen-Anhalt, Schuljahre 2007/2008 - 2010/2011 (kumuliert)

		Einschüler				Drittklässler			Sechstklässler							
		SEU				SR3			SR6							
		Sozialstatus			gesamt	Grundschule			gesamt	Sek.-schule	Gymnasium					
		niedrig	mittel	hoch		öffentl.	frei	gesamt		gesamt	öffentl.	frei	gesamt			
ärztliche Untersuchungen	Mädchen	ausgewert. Datensätze	3.473	9.052	4.798	17.323		13.290	618	13.908		6.770	5.752	546	6.298	
		kompl. Vorsorgestatus	60,3%	77,7%	81,4%	75,2%										
		Sprachstörung	39,4%	24,8%	18,8%	26,1%										
		Grobmotor. EWRST	10,7%	4,7%	2,5%	5,3%										
		Feinmotor. EWRST	18,5%	7,0%	3,1%	8,3%										
		Geistiger EWRST	12,8%	2,4%	0,7%	4,0%										
		Emot.-psych. EWRST	7,1%	3,5%	1,9%	3,8%										
		Sozialer EWRST	3,6%	0,9%	0,4%	1,3%										
		Adipositas (>97.P)	7,0%	5,3%	2,3%	4,8%		7,0%	4,0%	6,9%		11,6%	5,4%	3,1%	5,2%	
		deutl. Untergew. (<3.P)	2,0%	1,7%	1,9%	1,8%		2,1%	2,4%	2,1%		1,8%	2,3%	4,4%	2,5%	
		diastol. Bluthochdruck	8,9%	8,1%	7,1%	8,0%		13,5%	16,8%	13,6%		18,4%	18,0%	18,3%	18,0%	
		Beeinträcht. Sehschärfe	17,4%	13,6%	11,3%	13,7%		14,7%	11,8%	14,5%		20,3%	18,9%	16,3%	18,7%	
		Beeintr. Hörvermögen	8,1%	6,0%	4,3%	6,0%		3,0%	2,8%	3,0%		3,0%	2,1%	0,7%	2,0%	
		pathol. Halte-/Stützapp.	5,9%	7,3%	6,5%	6,8%		10,2%	6,6%	10,0%		14,9%	15,5%	11,9%	15,2%	
		Häuf. Kopfschmerzen	1,7%	1,3%	1,1%	1,3%		8,9%	6,3%	8,8%		16,4%	11,8%	8,1%	11,4%	
		Häuf. Bauchschmerzen	2,6%	2,3%	1,7%	2,2%		7,2%	7,1%	7,2%		13,1%	8,0%	6,2%	7,8%	
		Häuf. Schlafstörungen	1,7%	0,9%	0,7%	1,0%		1,2%	0,8%	1,2%		2,0%	1,5%	0,9%	1,4%	
		Dauermedikation	2,0%	2,5%	1,7%	2,2%		4,7%	4,9%	4,7%		6,5%	5,0%	6,6%	5,2%	
		Jungen	ausgewert. Datensätze	3.806	9.765	5.425	18.996		13.805	694	14.499		7.833	5.142	543	5.685
			kompl. Vorsorgestatus	59,5%	77,3%	81,7%	75,0%									
Sprachstörung	50,7%		34,8%	28,1%	36,1%											
Grobmotor. EWRST	19,0%		11,0%	8,1%	11,8%											
Feinmotor. EWRST	31,8%		18,4%	13,0%	19,6%											
Geistiger EWRST	15,8%		4,4%	1,5%	5,9%											
Emot.-psych. EWRST	11,1%		6,2%	3,6%	6,5%											
Sozialer EWRST	6,0%		2,2%	1,1%	2,7%											
Adipositas (>97.P)	7,0%		5,3%	2,7%	4,9%		8,3%	4,3%	8,1%		11,9%	6,1%	4,8%	6,0%		
deutl. Untergew. (<3.P)	2,0%		2,2%	2,1%	2,1%		1,8%	1,3%	1,8%		2,0%	2,0%	2,9%	2,1%		
diastol. Bluthochdruck	7,3%		6,4%	5,1%	6,2%		13,3%	12,1%	13,2%		14,9%	14,8%	18,4%	15,1%		
Beeinträcht. Sehschärfe	18,4%		13,4%	11,6%	13,9%		12,0%	7,1%	11,8%		16,0%	13,4%	13,6%	13,5%		
Beeintr. Hörvermögen	8,2%		6,2%	4,9%	6,2%		2,5%	2,6%	2,5%		2,1%	1,5%	0,9%	1,5%		
pathol. Halte-/Stützapp.	5,3%		6,3%	6,3%	6,1%		9,1%	5,5%	8,9%		13,9%	12,9%	12,0%	12,8%		
Häuf. Kopfschmerzen	1,4%		1,2%	1,1%	1,2%		7,5%	5,8%	7,4%		12,4%	9,1%	6,3%	8,8%		
Häuf. Bauchschmerzen	1,8%		1,4%	1,4%	1,5%		4,4%	3,6%	4,3%		5,3%	3,6%	2,9%	3,5%		
Häuf. Schlafstörungen	2,2%		1,1%	0,6%	1,2%		1,2%	0,9%	1,1%		1,5%	1,2%	1,8%	1,2%		
Dauermedikation	3,6%		3,4%	2,6%	3,2%		8,0%	8,9%	8,0%		11,9%	7,3%	7,9%	7,4%		
zahnärztliche Untersuchungen	Mädchen		5-Jährige				9-Jährige			12-Jährige						
			Kita			gesamt	Förder-schule	Grundschule		gesamt	Förder-schule	Sek.-schule	Gymnasium			
		öffentl.	frei	gesamt	öffentl.			frei	gesamt				öffentl.	frei	frei	
		ausgewert. Datensätze	15.532	4.501	20.033	1.296	22.994	1.070	24.064	1.650	6.865	5.602	364	5.966		
		% naturges. Gebiss	57,0%	60,1%	57,7%	16,8%	29,2%	41,6%	29,7%	38,1%	54,1%	72,5%	79,4%	72,9%		
		dmf-t	1,71	1,61	1,69	2,84	2,24	1,59	2,21							
		DMF-T				0,83	0,36	0,21	0,35	1,93	1,22	0,57	0,42	0,56		
		Kariesrisiko nach DAJ	14,6%	13,5%	14,3%	13,9%	5,8%	2,2%	5,6%	12,4%	7,9%	2,2%	1,9%	2,2%		
		Zahn-Sanierungsgrad	28,7%	40,0%	31,5%	55,2%	67,6%	73,3%	67,7%	66,6%	76,1%	86,0%	92,2%	86,3%		
		Anzahl versieg. Zähne				1,05	1,73	1,96	1,74	1,63	2,26	3,01	3,23	3,03		
	Jungen	ausgewert. Datensätze	16.479	4.943	21.422	2.076	23.664	1.085	24.749	2.605	8.165	5.115	400	5.515		
		% naturges. Gebiss	51,7%	55,8%	52,7%	18,3%	25,4%	36,6%	25,9%	43,8%	57,3%	75,0%	79,3%	75,3%		
		dmf-t	2,08	1,85	2,02	3,24	2,65	2,01	2,62							
		DMF-T				0,64	0,32	0,19	0,32	1,64	1,06	0,50	0,35	0,49		
		Kariesrisiko nach DAJ	17,8%	15,5%	17,3%	14,4%	7,6%	3,2%	7,4%	11,4%	6,8%	2,2%	2,5%	2,2%		
		Zahn-Sanierungsgrad	38,5%	28,6%	36,4%	51,7%	65,0%	67,2%	65,0%	63,2%	73,0%	85,0%	90,7%	85,3%		
		Anzahl versieg. Zähne				1,00	1,66	1,92	1,67	1,45	2,17	2,77	3,12	2,79		

6.3 Ambulante, sektorenübergreifende und stationäre Gesundheitsversorgung

6.3.1 Ambulante Versorgung

Die dauerhafte flächendeckende Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und die Schaffung der hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen bilden den Schwerpunkt des Handelns im ambulanten ärztlichen Bereich, dem sich das Land – neben der für die Sicherstellung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt – seit Jahren stellt. Gerade im Bereich der hausärztlichen Versorgung sind schon jetzt Engpässe insbesondere im ländlichen Raum vorhanden, aber auch einzelne Praxen anderer Facharztgruppen haben besorgniserregend lange Wartezeiten oder verlangen von ihren Patientinnen und Patienten sehr lange Anfahrtswege. Immer wieder klagen Bürgerinnen und Bürger, dass sie es bei Ärzten einer Fachrichtung in einer Stadt ohne Hilfe nicht schaffen, als Neupatientin oder Neupatienten aufgenommen zu werden. Rechtliche Grundlagen, junge Ärztinnen und Ärzte zu einer Niederlassung und dazu noch in einer bestimmten Region zu verpflichten, gibt es nicht und wird es wohl auch in Zukunft nicht geben. So gilt es, für Ärztinnen und Ärzte die vertragsärztliche Tätigkeit in Sachsen-Anhalt attraktiv zu gestalten und hierfür ggf. besondere Anreize zu setzen bzw. Hemmnisse abzubauen. Hier sind alle gefragt: Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, die den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag hat, die Krankenkassen, das Land und auch die Kommunen.

Angesichts der Versorgungslage für ältere Patientinnen und Patienten im ländlichen Raum hat sich das Ministerium für Arbeit und Soziales bereits seit längerer Zeit dafür eingesetzt, ein eigenständiges sachsen-anhaltisches Modell der „Gemeindeschwester Agnes“ gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der AOK Sachsen-Anhalt zu etablieren. Da sich das hiesige Modell doch davon abgrenzen musste und sollte – denn hier werden diese Schwestern nicht bei der Gemeinde angesiedelt, sondern sind Teil des Teams in den hausärztlichen Praxen – wurde sie hier zunächst als „Mobile Praxisassistentin“ bezeichnet. Mittlerweile spricht man nur noch von der „Praxisassistentin“. Ziel war es, den Einsatz einer, den Arzt bzw. die Ärztin entlastenden Assistentin in drohend unterversorgten Modellregionen bei der Erbringung von Krankenbehandlungen für ältere, immobile, chronisch Kranke in Sachsen-Anhalt zu forcieren. Um ausreichend qualifizierte Fachkräfte für dieses neue Berufsbild in Sachsen-Anhalt zu bekommen, hat das Land die Qualifizierung von geeigneten Krankenschwestern oder medizinischen Fachangestellten mit Mitteln der EU gefördert. Mittlerweile ist die Qualifizierungsmaßnahme abgeschlossen und 60 neue Praxisassistentinnen konnten für das Land fortgebildet werden. Erfreulich ist, dass diese in den neuen Ländern geborene Idee inzwischen Eingang in das SGB V und in die Vergütungsregelungen gefunden hat. Sachsen-Anhalt ist das Land, in welchem die größte Anzahl qualifizierter Praxisassistent/innen tätig ist.

Das Ministerium für Arbeit und Soziales hat sich zudem entschieden, zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und der AOK des Landes „Stipendien“ an Medizinstudentinnen und -studenten zu vergeben. Voraussetzung ist, dass diese sich für eine bestimmte Zeit nach der fachärztlichen Weiterbildung verpflichten, im Land Sachsen-Anhalt vertragsärztlich tätig zu sein. Schließlich hat das Land die Schaffung „Vernetzter Versorgungszentren und Filialpraxen“ unterstützt. Zentraler Ansatz ist die Schaffung von ambulanten ärztlichen „Anlaufstellen“ in ländlichen Regionen, in denen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in vernetzten Strukturen zusammenarbeiten und unter einem Dach und einer Organisation temporär verschiedene haus- und fachärztliche Leistungen anbieten. Das sichert Menschen im ländlichen Raum, in dem ansonsten der Betrieb dieser Praxen wirtschaftlich nicht mehr sinnvoll wäre, den Zugang zu notwendigen – auch fachärztlichen –

Strukturen, ohne lange Wege auf sich nehmen zu müssen. Künftig werden derartige Projekte und Maßnahmen durch eine Änderung des SGB V durch einen Strukturfonds, der bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt errichtet werden kann, finanziert werden können.

Zum 01.01.2012 ist darüber hinaus das „GKV-Versorgungsstrukturgesetz“ in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz, welches teilweise auch als „Landarztgesetz“ bezeichnet wird, werden zum einen Maßnahmen eingeleitet, mit denen in den unterversorgten Regionen neue Versorgungsstrukturen jenseits der klassischen Praxismodelle organisiert werden können und die vertragsärztliche Vergütung in strukturschwachen Gebieten attraktiver wird. Hierzu zählt auch der Ausbau der Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen und der Telemedizin. Zum anderen wird die vertragsärztliche Bedarfsplanung dadurch reformiert, dass eine flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten für die Länder möglich ist. So müssen künftig die Planungsbereiche nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen entsprechen, sondern sollen für wohnortnah benötigte Arztgruppen kleinräumiger geplant werden.

Mit diesem Gesetz werden Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz¹⁰⁹ zur zukünftigen Gewährleistung der medizinischen Versorgung auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten und zur Stärkung der Mitwirkungsmöglichkeiten der Länder umgesetzt und den Ländern im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung neue Mitgestaltungsmöglichkeiten eingeräumt. Sachsen-Anhalt wird eine gesetzliche Option zur Errichtung eines sektorenübergreifenden gemeinsamen Landesgremiums, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Landes, der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhausgesellschaft, der Ärztekammer und Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, der Kommunalen Spitzenverbände und der Patientenvertreterinnen und -vertreter wahrnehmen, um regionale und lokale Lösungen bei medizinischen Versorgungsfragen zu erörtern.

6.3.2 Sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung

Vielfach wird im Bereich der Versorgungsforschung der Begriff „sektorenübergreifende Versorgung“ mit dem Begriff „integrierte Versorgung“ gleichgesetzt. Gemäß der Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden „bei der Integrierten Versorgung Patientinnen und Patienten qualitätsgesichert und in sektorenübergreifend beziehungsweise fachübergreifend vernetzten Strukturen versorgt. Fach-Ärztinnen und -Ärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken und andere zur Versorgung der Versicherten berechnete Leistungserbringer können kooperieren und sorgen für den notwendigen Wissensaustausch. Hierzu schließen Krankenkassen mit Leistungserbringern entsprechende Verträge“.¹¹⁰

Im Berichtszeitraum haben sich in Sachsen-Anhalt eine Vielzahl von integrierten Versorgungskonzepten etabliert bzw. weiterentwickelt. Es handelt sich bei diesen Verträgen

¹⁰⁹ Beschluss der 85. GMK (2012) zu TOP: 5 „Sicherstellung der flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung“ und zu TOP: 6.1 „Gemeinsame Initiative und Strategien zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen“; Umlaufbeschluss Februar 2011 – „Erhalt der Länderzuständigkeiten in der medizinischen Versorgung und in der der Sozialversicherung“; Beschluss der 84. GMK (2011) zu TOP: 5.10 „Sicherstellung der medizinischen Versorgung - Umsetzung der Eckpunkte“; Beschluss der 83. GMK / 2010 – „Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung“; Umlaufbeschluss Oktober 2010 – „Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung“

¹¹⁰ Gesundheitsberichterstattung des Bundes; http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastq&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=14291

im Wesentlichen um Verträge zur indikationsübergreifenden Versorgung oder zum ambulanten Operieren. Verträge, die von mehreren Krankenkassen gemeinsam abgeschlossen werden, werden häufig von den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen verhandelt und abgeschlossen. Die jeweiligen Mitgliedskassen können diesen Verträgen dann beitreten. Es ist davon auszugehen, dass kleinere Krankenkassen aus Kapazitätsgründen häufig die Entwicklung, Verhandlung und den Abschluss von Integrationsverträgen an ihre Landes- oder Bundesverbände übertragen. Daneben werden Integrationsverträge auch gemeinsam verhandelt und vereinbart, beispielsweise, um sich als Kassenart entsprechend im Wettbewerb zu anderen Krankenkassen zu positionieren. Darüber hinaus gibt es auch kassenartenübergreifende Zusammenschlüsse.

Das Gesundheitswesen steht weiterhin vor großen Herausforderungen. Nur stichwortartig sind hier die dauerhafte Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und die demografische Entwicklung mit ihren Auswirkungen auf den Zugang zu medizinischen Versorgungsstrukturen bzw. -leistungen zu nennen. Diese Herausforderungen werden nur gemeistert werden können, wenn Leistungen zielgerichtet, effizient und patientenbedarfsgerecht erbracht werden. Das wird nur möglich sein, wenn künftig nicht mehr in Sektoren gedacht wird, d. h. die medizinische Versorgung grundsätzlich nicht mehr sektorenspezifisch organisiert und finanziert wird.

Mit dem zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist die gesetzliche Option zur Errichtung eines sektorenübergreifenden gemeinsamen Landesgremiums, bestehend aus Vertretern des Landes, der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhausgesellschaft, der Ärztekammer und Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, der Kommunalen Spitzenverbände und der Patientenvertreter geschaffen worden. Mit dem SGB V-Ausführungsgesetz LSA vom 30.05.2013 ist von der bundesgesetzlichen Ermächtigung Gebrauch gemacht worden. Ziel des Gremiums ist es, Empfehlungen zu sektorenübergreifenden medizinischen Versorgungsfragen abzugeben sowie grundsätzliche Fragen zur Bedarfsplanung zur flächendeckenden Versorgung zu behandeln und auf die Regionen bezogene Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Hierbei soll es Aspekte der fachspezifischen Versorgungslücken und der demografischen Entwicklung berücksichtigen.

6.3.3 Stationäre Gesundheitsversorgung

a) Rechtsgrundlagen

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben beim Verdacht oder dem Vorliegen einer schwerwiegenden akuten Erkrankung, die eine dauerhafte Unterbringung und medizinische Überwachung der Patientin bzw. des Patienten erforderlich macht, einen unmittelbaren gesetzlichen Anspruch auf die vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus. Krankenkassen dürfen eine Krankenhausbehandlung im Rahmen der GKV nur durch solche Krankenhäuser erbringen lassen, die zur Versorgung zugelassen sind (§ 108 SGB V). Zugelassen sind:

- Hochschulkliniken,
- Plankrankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind und
- Vertragskrankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben.

Die Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser fällt laut Grundgesetz in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, 19a GG). Einen entsprechenden Rahmen hat der Bund unter anderem mit dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abgesteckt. Dagegen sind die Krankenhausplanung und die Investitionskostenfinanzierung in Deutschland Ländersache. Die Länder haben Landeskrankenhausesetze zur Regelung dieser Sachverhalte erlassen. Durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sind sie verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen (§ 6 KHG),

"um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen" (§ 1 Abs. 1 KHG).

Im Krankenhausgesetz von Sachsen-Anhalt (KHG LSA)¹¹¹ werden die Grundsätze der Krankenhausplanung geregelt. Danach beschließt die Landesregierung den Krankenhausplan, der auf der Basis von Rahmenvorgaben aufgestellt wird. Die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde entwickelt diese gemeinsam mit den Kommunalen Spitzenverbänden Sachsen-Anhalts, der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt sowie den Verbänden der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung. Das KHG LSA trägt mit seinen Regelungen der Situation Rechnung, die durch die neue Orientierung des Vergütungssystems im stationären Bereich entstanden ist. Es wurden die Voraussetzungen für eine Umstellung der Krankenhausplanung von der bisherigen Kapazitätsplanung auf eine stärkere fall- und leistungsorientierte Planung geschaffen. Detailregelungen des Vergütungssystems werden dagegen der Selbstverwaltung überlassen. Zur Umsetzung der Rahmenvorgaben schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit den Krankenhausträgern für das jeweilige Krankenhaus Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen. Dies erfolgt zur Konkretisierung des Versorgungsauftrages hinsichtlich Struktur und Menge der in den Krankenhäusern zu erbringenden Leistungen. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sollen sowohl den Krankenhäusern als auch den Kostenträgern Planungssicherheit geben und es ermöglichen, Entwicklungskonzepte für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erarbeiten und gemeinsam umzusetzen. Im Konfliktfall kann eine Schiedsstelle angerufen werden.

b) Entwicklung der stationären Versorgungsstrukturen

Sachsen-Anhalt verfügte im Jahr 2012 über 49 Krankenhäuser mit 16.294 Betten.¹¹² Damit kamen 72,1 Betten auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Vergleich zum Jahr 2000 ist die Zahl der Krankenhäuser um 12,5 Prozent gesunken. Ein Grund dafür ist neben der Schließung von Krankenhäusern auch die Fusion verschiedener Einrichtungen. Die Zahl der Betten reduzierte sich um 10,9 Prozent und auch die Verweildauer verringerte sich im selben Zeitraum von 9,6 auf 7,5 Tage.¹¹³ Die Krankenhäuser befinden sich jeweils zu ca. einem Drittel in privater Hand bzw. in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft. Im Jahre

¹¹¹ Landesjournal, Landesrecht; <http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/portal/t/1h1g/page/bssahprod.psm1?doc.hl=1&doc.id=jlr-KHGST2005rahmen&documentnumber=1&numberofresults=19&showdoccase=1&doc.part=X¶mfromHL=true>

¹¹² Vgl.: Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes; http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Daten_und_Fakten/2/23/231/23111/Anzahl_der_Krankenh_user_und_Betten.html

¹¹³ Vgl.: Statistik der Krankenhausgesellschaft „Gesamtstatistik Krankenhäuser Sachsen-Anhalt 2000-2012“

1991 war ein Krankenhaus von 70 insgesamt in privater Trägerschaft. Der komplette Krankenhausplan ist auf den Internetseiten des Ministeriums für Arbeit und Soziales einsehbar.¹¹⁴ Die Gestaltung eines flächendeckenden gegliederten Systems qualitativ leistungsfähiger Krankenhäuser nach Standorten und Fachrichtungen als abgestuftes funktionelles Netz erfolgt in Versorgungsstufen als Basis-, Schwerpunkt-, Spezialversorgung und universitäre Versorgung.

Häuser der Basisversorgung halten in der Regel Abteilungen der Chirurgie und der inneren Medizin vor. Die Häuser der Schwerpunktversorgung verfügen über zusätzliche Fachabteilungen und Einrichtungen der Intensivmedizin. Krankenhäuser der universitären Versorgung sind darüber hinaus für die Versorgung von Schwerstkranken und schwer verletzten Unfallopfern ausgestattet. Die Krankenhäuser Sachsen-Anhalts sind auch ein bedeutender Arbeitgeber. Im Jahresdurchschnitt 2012 waren dort 25.468 Vollkräfte beschäftigt. Der Anteil des ärztlichen Personals lag mit 4.152 Vollkräften bei rund 16 Prozent.¹¹⁵ Ende 2012 waren 4 791 Ärztinnen und Ärzte im stationären Bereich tätig. Dem oben beschriebenen Bettenabbau steht demnach kein entsprechender Stellenrückgang gegenüber, sondern teilweise sogar eine deutliche Zunahme: Die Anzahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte ist von 2006 bis 2012 um 10,4 Prozent gestiegen.¹¹⁶

c) Planung der Krankenhauskapazitäten

Wie viele Krankenhausleistungen in welchen Fachabteilungen und an welchen Standorten in Sachsen-Anhalt gebraucht werden, unterliegt nicht dem freien Wechselspiel zwischen Angebot und Nachfrage. Stattdessen sind die Länder durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen, die eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern gewährleisten gemäß § 1 Abs. 1 KHG. Im Hinblick auf die Bevölkerungsentwicklung in Sachsen-Anhalt und dem damit im Zusammenhang stehenden Krankheitsgeschehen muss das oben beschriebene gestufte Netz von Versorgungsstufen ständig weiter entwickelt werden. Ziel ist die Vorhaltung eines bedarfsgerechten und funktional abgestimmten Netzes einander ergänzender Krankenhäuser, das in der Fläche eine ausreichende medizinische Versorgung ermöglicht und andererseits auch hoch spezialisierte Leistungsangebote überregional vorhält.

Das Krankenhausgesetz unseres Landes schreibt vor, dass der Krankenhausplan regelmäßig überprüft wird. Derzeit erfolgt dies alle zwei Jahre bezüglich seiner Zweckerfüllung und gegebenenfalls werden seine Rahmenvorgaben überarbeitet.

Im Gegensatz zu anderen Bundesländern hat Sachsen-Anhalt nicht die Bettenzahl als Planungsgegenstand gewählt. Steigende Fallzahlen bei sinkenden Bettenzahlen machen deutlich, dass die Bettenzahl hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser nur beschränkte Aussagekraft besitzt; stattdessen bezieht sich Sachsen-Anhalts Planung unmittelbar auf die benötigten Leistungen. Das Hauptprüfkriterium ist die demografische

¹¹⁴ Vgl.: Beschluss der Landesregierung über den Krankenhausplan ab 2014; <http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/?quelle=jlink&query=VVST-212000-LReq-20140304-SF&psml=bssahprod.psml&max=true>

¹¹⁵ Vgl.: Statistik der Krankenhausgesellschaft „Gesamtstatistik Krankenhäuser Sachsen-Anhalt 2000-2012 Statistischer Bericht, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Jahr 2011 - Grunddaten und Kosten, Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt; http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen/Statistische_Berichte/index.php?category=6A401

¹¹⁶ Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Ärztestatistik Stand: 31.12.2012

Entwicklung mit in die nähere Zukunft gerichteter Morbiditäts- und Fallzahlentwicklung. So ist in den kommenden Jahren beispielsweise ganz besonders im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sowie im Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe eine negative Fallzahlentwicklung zu erwarten. Bedarfsgerechte Krankenhausplanung bedeutet demnach, dass aus Kosten- und Qualitätsgründen nicht jedes Krankenhaus ein breites Spektrum an Fachrichtungen vorhalten oder seltener auftretende bzw. sehr schwerwiegende Krankheiten diagnostisch und therapeutischen bewältigen kann. Kooperationen zwischen Krankenhäusern zur Abstimmung bzw. zur Abgrenzung ihrer Leistungsangebote sind notwendig.

d) Finanzierung der Krankenhäuser

In Deutschland gibt es eine dualistische Krankenhausfinanzierung: Während die Krankenkassen die Betriebskosten finanzieren, erfolgt die Deckung der Investitionskosten durch die Bundesländer.

Betriebskosten

Krankenhausleistungen werden in Abhängigkeit von der Krankheitsdiagnose sowie einigen weiteren Merkmalen – vor allem dem Vorhandensein von weiteren, die Behandlung komplizierenden Diagnosen – vergütet. Bei der Berechnung wird ein Basisfallwert zugrunde gelegt, der die Kosten eines durchschnittlichen Behandlungsfalls abbildet. Dieser Basisfallwert wird mit einem je nach Krankheitsdiagnose unterschiedlichen Gewichtungsfaktor multipliziert, um die Vergütung für den betreffenden Behandlungsfall zu ermitteln.

Investitionskosten

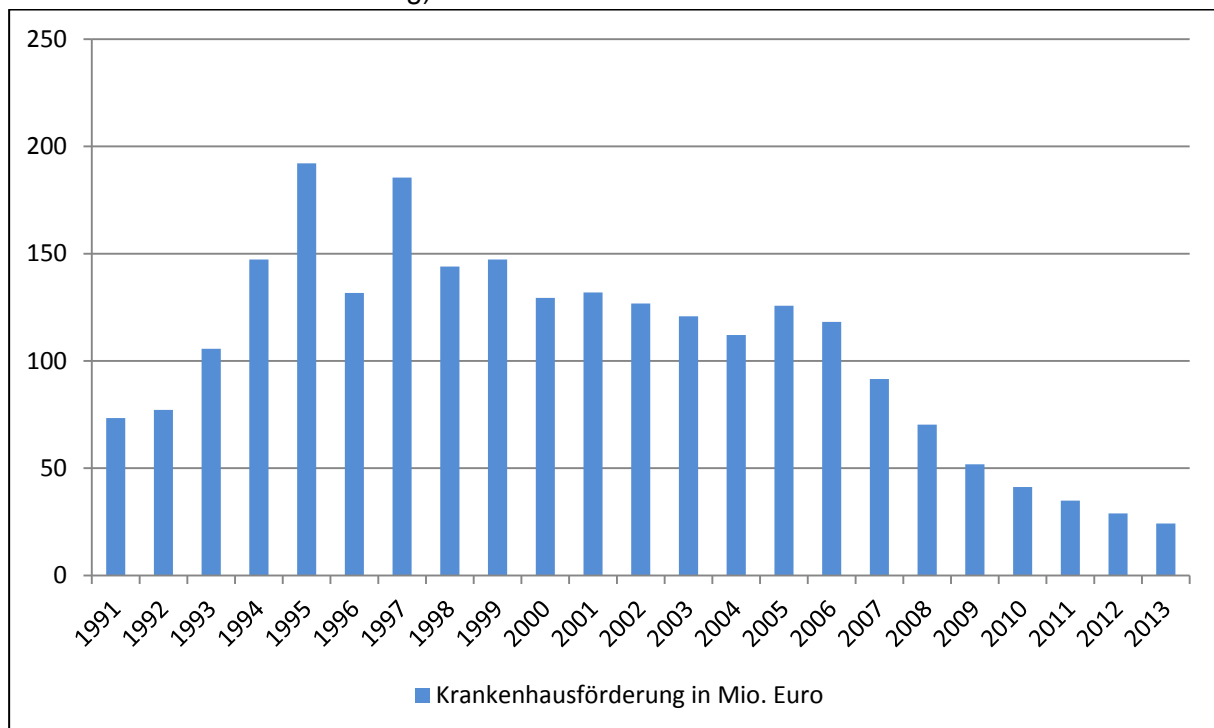
Die Investitionskosten der Plankrankenhäuser werden allein durch die Länder aus Steuermitteln finanziert gemäß § 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit den entsprechenden Regelungen des KHG-LSA. Dabei wird zwischen der Einzelförderung und der Pauschalförderung unterschieden. Im Rahmen der Einzelförderung werden u. a. Investitionskosten für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Betrieb notwendigen Anlagegütern und Investitionen für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren gefördert. Die Pauschalförderung betrifft dagegen die Förderung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen. Die angespannte Haushaltslage führt u. a. dazu, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung in recht unterschiedlichem Ausmaß nachkommen.

Tabelle 18: Krankenhausförderung in Sachsen-Anhalt (§ 9 Abs. 1 und 2 KHG; Einzelförderung) 1991 bis 2013¹¹⁷

Krankenhausförderung	Jahr											
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
	Mio. Euro											
Einzelförderung	73,4	77,2	105,7	147,3	192,1	131,7	185,5	144,0	147,3	129,4	131,9	
Einzelförderung (kumulativ)	73,4	150,6	256,3	403,6	595,8	727,5	912,9	1.057,0	1.204,3	1.333,7	1.465,6	
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013¹¹⁸
	Einzelförderung											
	126,8	120,8	112,1	125,7	118,2	91,6	70,3	51,8	41,2	34,9	28,9	24,2
	Einzelförderung (kumulativ)											
	1.592,3	1.713,2	1.825,3	1.951	2.069,1	2.160,7	2.231	2.282,8	2.324,1	2.359	2.387,8	2.412

Neben der Einzelförderung wurden für die Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG in Sachsen-Anhalt von 1991 bis 2013 ca. 880 Mio. Euro aufgewendet. Unter Berücksichtigung weiterer Einzelfördermittel nach dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Höhe von rund 370 Mio. Euro wurden daher seit 1991 insgesamt rund 3,6 Mrd. Euro für die Krankenhausförderung aufgewendet.

Abbildung 5: Krankenhausförderung in Sachsen-Anhalt (§ 9 Abs. 1 und 2 KHG; Einzelförderung) von 1991 bis 2013¹¹⁹



¹¹⁷ MS, eigene Darstellung 2013, Förderung nach § 9 Abs. 1 u. 2 KHG (Einzelförderung) - nach Haushaltsabschluss eingesetzte Mittel in Mio. EUR.

¹¹⁸ Im Jahr 2013 voraussichtlich eingesetzte Mittel

¹¹⁹ MS, eigene grafische Darstellung 2013, Förderung nach § 9 Abs. 1 u. 2 KHG (Einzelförderung) - nach Haushaltsabschluss eingesetzte Mittel in Mio. EUR.

e) Fazit

Die stationäre Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern hat sich seit den neunziger Jahren sowohl hinsichtlich des Angebots als auch bzgl. der Inanspruchnahme von Leistungen massiv verändert. Diese Veränderungen haben vielfältige Ursachen, zum Beispiel neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden infolge des medizinischen Fortschritts, geänderte Abrechnungsformen (Fallpauschalen) und erhöhte Zuzahlungen bei stationärem Aufenthalt, in deren Folge die Verweildauer der Patienten und Patientinnen deutlich gesunken ist und es zu einem umfangreichen Bettenabbau kam. Aber auch patientenbezogene Aspekte wie steigende Fallzahlen insbesondere aufgrund der höheren Lebenserwartung und des damit zunehmenden Erkrankungsrisikos spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle. Es ist zu vermuten, dass sich dieser Trend fortsetzt. Ob es zu einer weiteren Reduktion der Verweildauer kommt, hängt von vielen Faktoren ab und ist deshalb nicht abzusehen. Diese Entwicklung muss auch in den kommenden Jahren beobachtet und dargestellt werden, damit weiterhin eine verlässliche Datenbasis für gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder zur Verfügung steht.

6.4 Gesetzliche Krankenversicherung

Im Berichtszeitraum sind mehrere gesetzliche Änderungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft getreten. Mit dem „Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften“ im Jahr 2010 wurden im Wesentlichen Organisations- und Verfahrensregelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen verändert und – zur kurzfristig wirksamen Ausgabenbegrenzung im Bereich der Arzneimittelausgaben – Pharmahersteller/innen verpflichtet, vom 01.08.2010 bis zum 31.12.2013 den gesetzlichen Herstellerrabatt für Arzneimittel ohne Festbetrag von sechs auf 16 Prozent zu erhöhen. Zugleich galt ein Preismoratorium. Die Ausgaben der Kassen für Arzneimittel sollten dadurch um 1,15 Mrd. Euro jährlich gesenkt werden.

Mit dem „Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz“ (AMNOG) sind im Jahr 2011 weitergehende Einsparmaßnahmen im Bereich der Arzneimittelversorgung beschlossen worden. Aber auch die Versicherten mussten im Laufe des Jahres erhebliche Finanzierungsoffer bringen. So stieg der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung um 0,6 Prozentpunkte auf 15,5 Prozent des Bruttoeinkommens. Gleichzeitig wurde die paritätische Finanzierung dergestalt aufgegeben, dass GKV-Mitglieder hiervon 8,2 Prozent, die Arbeitgeber 7,3 Prozent tragen.

Der Arbeitgeberbeitrag wird bei diesem Beitrag eingefroren. Künftige Ausgabensteigerungen sollen über Zusatzbeiträge finanziert werden, die die GKV-Mitglieder allein zu tragen haben. Die im Jahr 2007 mit dem „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ eingeführte Überforderungsklausel bei Zusatzbeiträgen (maximal 1 Prozent des Bruttolohns) entfällt, stattdessen wird ein Sozialausgleich eingeführt. Übersteigt der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 Prozent des individuellen Bruttoeinkommens, erfolgt der Sozialausgleich. Im Berichtszeitraum ist allerdings dieser Fall deutschlandweit noch nicht aufgetreten. Die Preise bzw. Ausgaben für stationäre Krankenhausbehandlungen und Verwaltungskosten der Gesetzlichen Krankenkassen werden ebenfalls gesenkt bzw. eingefroren.

6.5 Gesetzliche Pflegeversicherung

Die Förderung und Erhaltung einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung ist das oberste Ziel, von dem sich die Umgestaltung der Pflegelandschaft im nächsten Jahrzehnt leiten lassen muss. Dem Grundsatz einer ganzheitlichen Sicht des

Menschen in seinen vielfältigen Lebensbezügen und Befindlichkeiten dient eine gemeindenahe, vernetzte, aufeinander bezogene Versorgungsstruktur, die durch Maßnahmen der Prävention und insbesondere der sozialen und kulturellen Integration komplettiert werden muss. Im Falle der Pflegebedürftigkeit gibt es verschiedenste Pflegeangebote, die auf die individuellen Bedürfnisse eingehen. Informationen zu verschiedenen Pflegeangeboten:

Betreuung und Pflege zu Hause

Der Vorrang der ambulanten vor der teil- oder vollstationären Pflege ist ein gesetzlicher Auftrag gemäß § 3 SGB XI. Pflegebedürftigkeit muss nicht Isolation, Vereinsamung oder Heimunterbringung bedeuten. Im Land stehen mittlerweile ca. 530 ambulante Pflegedienste bereit, um Pflegebedürftige zu Hause zu versorgen.¹²⁰ Neben Krankenbehandlung, Pflege und Hauswirtschaftshilfe bieten sie viele weitere Leistungen an, die das Leben zu Hause ermöglichen und soziale oder kulturelle Kontakte schaffen. Einen Überblick über die ambulanten Pflegedienste im Land gibt es bei den Pflegekassen.

Tages- und Nachtpflege

Tages- und Nachtpflege sind im Zusammenwirken mit ambulanten Diensten wichtige geeignete Einrichtungen, die es Pflegebedürftigen grundsätzlich ermöglichen, eine häusliche Versorgung noch aufrecht zu erhalten. Die Tages- und Nachtpflege gewährleistet als teilstationäre Einrichtung zum Beispiel tagsüber die Pflege außerhalb der eigenen Wohnung, während die Abende und Nächte in der vertrauten Umgebung verbracht werden können (bzw. umgekehrt). Dieses Angebot war bis 1990 noch nahezu unbekannt in den neuen Ländern. Heute gibt es in Sachsen-Anhalt bereits ca. 70 Einrichtungen, die diese Leistung anbieten.

Kurzzeitpflege

Das Angebot der Kurzzeitpflege richtet sich an Pflegebedürftige, die vorübergehend pflegerische Betreuung nach einer Krankenhausentlassung oder beispielsweise bei Urlaub des pflegenden Angehörigen oder einer anderen Pflegeperson benötigen, um dann wieder in ihre vertraute Umgebung zurückzukehren. Darüber hinaus bieten sie die Chance der Aktivierung und Rehabilitation und leisten damit einen Beitrag zur Erhaltung und Wiederherstellung des Gesundheitszustandes.

Der richtige Platz im Heim

Trotz ambulanter und teilstationärer Versorgungsangebote kann eine bedarfsgerechte Versorgung im Interesse des Pflegebedürftigen selbst oder seiner Angehörigen manchmal nur vollstationär erfolgen. Die vollstationäre Pflege darf die selbstbestimmte und eigenverantwortliche Lebensführung nur in dem Maß einschränken, wie es für die Aufrechterhaltung des Heimbetriebs unbedingt erforderlich ist. Beratung zur Wahl der Pflegeeinrichtung sind bei den Sozialämtern der Landkreise und kreisfreien Städte, dem Versorgungsamt beim Landesverwaltungsamt sowie den Ämtern für Versorgung und Soziales Halle und Magdeburg erhältlich. Informationen gibt es auch bei den Pflegekassen im Land.

¹²⁰ Vgl. Abschnitt 6.5.2

6.5.1 Pflegeneuausrichtungsgesetz

Im Bereich der Pflege wird deutlich, was es heißt, in einer Gesellschaft zu leben, in der sich Lebensentwürfe und Familienstrukturen stark wandeln. Ein Großteil der älteren Menschen möchte zu Hause gepflegt werden, doch ihre Angehörigen wissen häufig nicht, wie sie die Pflege zu Hause organisieren sollen. Mit dem „Pflege-Neuaufrichtungs-Gesetz“ (PNG), das in seinen wesentlichen Teilen am 01.01.2013 in Kraft getreten ist, passen sich die Strukturen in der Pflegeversicherung besser den Bedürfnissen der Menschen an. Die wichtigsten Verbesserungen im Überblick:

a) Verbesserungen für Demenzkranke

Ambulante Pflegedienste bieten künftig neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch gezielt Betreuungsleistungen an. Auch Pflegebedürftige, die nicht an Demenz erkrankt sind, können auf sie ausgerichtete Betreuungsleistungen als Sachleistungen durch Pflegedienste in Anspruch nehmen. Demenzkranke ohne körperlichen Pflegebedarf (Pflegestufe 0) bekommen neben dem heute schon auf Antrag bei den Pflegekassen erhältlichen monatlichen Zuschuss von 100 bzw. 200 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen nun erstmals wahlweise ein Pflegegeld von monatlich 120 Euro bei Pflege durch Angehörige oder Pflegesachleistungen bis zu 225 Euro bei Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst.

Bei Demenz erhalten Pflegebedürftige in Pflegestufe I monatlich ein um 70 Euro erhöhtes Pflegegeld von 305 Euro oder um 215 Euro höhere Pflegesachleistungen bis zu 665 Euro. Demenzkranke Pflegebedürftige in Pflegestufe II erhalten entweder ein um 85 Euro höheres Pflegegeld von 525 Euro oder um 150 Euro höhere Pflegesachleistungen von bis zu 1.250 Euro. Erstmals haben Demenzkranke mit eingeschränkter Alltagskompetenz Anspruch auf Zuschüsse zur Verhinderungspflege bei Abwesenheit von pflegenden Angehörigen für bis zu 28 Tage im Jahr, höchstens aber 1.550 Euro. Auch Pflegehilfsmittel und technische Hilfen stehen ihnen zu. Zudem wird der barrierefreie Umbau der Wohnungen von Demenzkranken künftig erstmals mit bis zu 2.557 Euro pro Maßnahme von den Pflegekassen gefördert. All diese Leistungen waren bisher nur Pflegebedürftigen mit anerkannter Pflegestufe vorbehalten.

b) Neues Wahlrecht bei ambulanter Pflege:

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können künftig neben den heutigen, verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen wie Grundpflege und hauswirtschaftliche Hilfe auch bestimmte Zeitvolumen für Betreuungsleistungen wie z.B. Vorlesen oder Spaziergehen nutzen.

c) Erleichterungen für pflegende Angehörige

Die Bedürfnisse pflegender Angehöriger sollen von der Krankenversicherung künftig stärker berücksichtigt werden, wenn sie Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarf haben. Sie sollen künftig leichter eine Auszeit von der Versorgung eines bzw. einer Pflegebedürftigen nehmen können. Das Pflegegeld für häusliche Pflege durch Angehörige zahlen Pflegekassen künftig zur Hälfte weiter, wenn der bzw. die Pflegebedürftige Kurzzeitpflege nach Klinikaufenthalten oder Verhinderungspflege wegen Urlaubs oder Krankheit von pflegenden Angehörigen in Anspruch nehmen muss. Um rentenrechtlich abgesichert zu sein, müssen pflegende Angehörige mindestens 14 Stunden pro Woche häuslich pflegen. Auf diese Mindeststundenzahl wird auch die häusliche Pflege von mehreren Pflegebedürftigen angerechnet.

d) Förderung neuer Wohnformen für Ältere

Wohngruppen von Pflegebedürftigen wie Wohngemeinschaften erhalten künftig pro Bewohnerin bzw. Bewohner 200 Euro Zuschuss, um ihren erhöhten Organisationsaufwand finanzieren und z. B. eine Organisationskraft beschäftigen zu können. Außerdem werden notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung von neuen ambulant betreuten Wohngruppen mit 2.500 Euro pro Person, höchstens aber 10.000 Euro pro Wohngruppe gefördert.

e) Zuschüsse für barrierefreien Umbau

Für den altersgerechten barrierefreien Umbau von Wohnraum dürfen Pflegekassen bislang jeder bzw. jedem Versicherten einmal einen Zuschuss von bis zu 2.557 Euro pro Maßnahme zahlen.¹²¹

f) Mehr Rechte für Pflegebedürftige und Angehörige

Gestärkt werden die Rechte Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen gegenüber den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). So gibt es verbindliche Servicegrundsätze für Pflegekassen und MDK. Antragsteller/innen auf Pflegeleistungen wird künftig das MDK-Gutachten zugesandt. Sie erhalten automatisch Auskunft, ob für sie eine Reha- Maßnahme sinnvoll ist.

g) Frühzeitige Pflegeberatung

Bei einem Antrag auf Pflegeleistungen muss die Pflegekasse künftig innerhalb von zwei Wochen einen Beratungstermin und eine/n Ansprechpartner/in nennen. Auf Wunsch des bzw. der Versicherten muss die Beratung bei ihm bzw. ihr zu Hause oder in der Einrichtung, in der er bzw. sie lebt, erfolgen. Können dies die Pflegekassen selbst nicht fristgerecht leisten, müssen sie einen Beratungsgutschein für eine/n andere/n qualifizierte/n Dienstleister/in ausstellen. Zur besseren Beratung werden die Pflegekassen verpflichtet, die Versicherten und ihre Angehörigen in für sie verständlicher Weise über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger zu informieren. Kann der MDK Pflegebedürftige oder Antragsteller/innen auf Pflegeleistungen nicht innerhalb von vier Wochen begutachten, müssen die Pflegekassen dem bzw. der Versicherten mindestens drei andere Gutachter/innen zur Auswahl nennen. Liegen Begutachtungsentscheidungen nicht innerhalb eines Monats vor, müssen Pflegekassen Antragsteller/innen künftig für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro als erste Versorgungsleistung bereitstellen.

h) Medizinische Versorgung in stationären Einrichtungen

Die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist vielfach unzureichend. Diesen Zustand haben auch verschiedene Reformen der Pflegeversicherung der letzten Jahre, mit denen unter anderem das Zustandekommen von Kooperationen zwischen niedergelassenen (Fach-)Ärztinnen und Ärzte und stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden sollte, nicht durchgreifend verbessern können. Seit 01.01.2013 sind stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtet, unmittelbar nach einer erfolgten Regelprüfung die Landesverbände der Pflegekassen über die Regelungen der Einrichtung zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung zu informieren. Diese Informationen müssen von den Landesverbänden der Pflegekassen zukünftig gemeinsam mit den Pflegetransparenzberichten veröffentlicht werden. Die

¹²¹ Vgl. hierzu Abschnitt 8.3.3

Aufnahme einer Informationspflicht stationärer Pflegeeinrichtungen über die (fach-)ärztliche Versorgung sowie die Veröffentlichung dieser Informationen gemeinsam mit den Pflegetransparentenberichten ist im Interesse der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen zu begrüßen.

i) Förderung von Selbsthilfegruppen

Mit je zehn Cent pro Versichertem bzw. Versicherter und Jahr werden Selbsthilfegruppen und -stellen gefördert, die Pflegebedürftige, Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und deren Angehörige unterstützen. Eine Förderung der Selbsthilfe durch die Pflegekasse ist ausgeschlossen, wenn das Angebot bereits von der Krankenkasse (§ 20 c SGB V) gefördert wird.

**j) Weiterer Reformbedarf
Finanzierung**

Mit dem PNG nur unzureichend geregelt ist die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung. Die in das Pflege-Neuausrichtungsgesetz aufgenommene staatliche Förderung privater Pflegezusatzversicherungen leistet keinen Beitrag für eine zukunftssichere Finanzierung der Pflege. Die vorgesehene Förderung wird einkommensschwache Familien nicht erreichen. Anstelle der finanziellen Unterstützung von Menschen, die sich eine freiwillige Zusatzversicherung ohnehin leisten können, wären die Mittel in der gesetzlichen Pflegeversicherung weit besser aufgehoben, wo sie allen Pflegebedürftigen zugute kommen. Die Gewährleistung eines angemessenen Leistungsniveaus für hilfebedürftige, kranke und beeinträchtigte Menschen ist die originäre Aufgabe des Sozialstaates. Es bleibt abzuwarten, ob sich der Staat dieser Aufgabe allein durch die Förderung einer freiwilligen Zusatzversicherung zukünftig wird entziehen können.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Auch nach Inkrafttreten des PNG sind die Notwendigkeit und die Dringlichkeit geblieben, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umzusetzen. Diese dringend erforderliche Änderung kommt der Situation der Pflegebedürftigen und ihren veränderten Bedarfen deutlicher entgegen. Der neue Begriff führt auch zu einer notwendigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte. Die verbesserten Leistungen für Demenzkranke, die mit dem PNG beschlossen wurden, sind selbst nach dem Willen des Gesetzgebers nur eine Übergangslösung auf dem Weg zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Die rechtlichen Voraussetzungen dafür sollen in einem gesonderten Gesetz geregelt werden.

6.5.2 Fachkräftesicherung in der Pflege

Im Land Sachsen-Anhalt waren laut Pflegestatistik 2011 des Statistischen Landesamtes in Sachsen-Anhalt insgesamt 88.021 Menschen pflegebedürftig. Hiervon wurden 61.170 (69,5 Prozent) zu Hause versorgt. Ausschließlich durch Angehörige erfolgte die Versorgung bei 38.645 Pflegebedürftigen und mit Hilfe von Pflegediensten bei 22.525 Pflegebedürftigen.

Im Jahr 2011 wurden durch stationäre Pflegeeinrichtungen 26.851 Pflegebedürftige versorgt. In Sachsen-Anhalt existierten 521 Pflegedienste mit 8.752 Beschäftigten und 471 Pflegeheime mit 18.600 Beschäftigten. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten betrug in der ambulanten Pflege 41,2 Prozent (3.609) und in der stationären Pflege 31,3 Prozent

(5.813).¹²² Durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder wurde im Status-Quo-Szenario die Entwicklung der Pflegebedürftigen in den Bundesländern bis ins Jahr 2030 berechnet. Für Sachsen-Anhalt ergibt sich im Vergleich mit dem Jahr 2007 (81.000 Pflegebedürftige) eine Zunahme der Pflegebedürftigen auf 96.000 im Jahr 2015 (18,9 Prozent), auf 105.000 im Jahr 2020 (30,2 Prozent) und auf 117.000 im Jahr 2030 (45,3 Prozent).¹²³ Aus der Statistik der Bundesagentur für Arbeit mit Stand 31.12.2012 kann man für die Altenpflege-Fachkräfte einen Fachkräftemangel entnehmen. Hier stehen 310 offenen Stellen nur 170 gemeldeten Arbeitslosen gegenüber. Im Bereich der Pflegehelferinnen und -helfer ist ein solcher Mangel aus der Statistik noch nicht erkennbar. Hier stehen 50 offene Stellen gegenüber 1.500 gemeldeten Arbeitslosen. Zur Sicherung des Berufsnachwuchses im Land Sachsen-Anhalt stellt sich die Situation laut des Statistischen Landesamtes wie folgt dar:

Im Schuljahr 2010/2011 befanden sich insgesamt 2.525 Schülerinnen und Schüler in der Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. Altenpfleger, davon im ersten Ausbildungsjahr 1.068 Schülerinnen und Schüler. In der einjährigen Ausbildung zur Altenpflegehilfe befanden sich insgesamt 869 Schülerinnen und Schüler.

Im Schuljahr 2011/2012 befanden sich insgesamt 2.569 Schülerinnen und Schüler in der Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger, davon im ersten Ausbildungsjahr 655 Schülerinnen und Schüler. In der einjährigen Ausbildung zur Altenpflegehilfe befanden sich insgesamt 778 Schülerinnen und Schüler.

Im Schuljahr 2012/2013 ist die Ausbildungsplatzentwicklung erstmals rückläufig. Insgesamt befinden sich 2.280 Schülerinnen und Schüler in der Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. Altenpfleger, davon im ersten Ausbildungsjahr 550 Schülerinnen und Schüler. In der einjährigen Ausbildung zur Altenpflegehilfe hat sich die Schülerzahl auf 980 Schülerinnen und Schüler erhöht. Allerdings sind zu diesen Zahlen noch die Umschüler und Umschülerinnen zu berücksichtigen, die bei etwa 500 lagen.

Die Nachfrage nach Pflegepersonal wird sich aufgrund der demografischen Entwicklungen stark erhöhen. Aus einem kleiner werdenden Arbeitskräftepool müssen zukünftig mehr Pflegefach- und -hilfskräfte gewonnen werden. Es gilt daher, geeignete Strategien zu entwickeln, damit der zu erwartende Fachkräftemangel nicht das Wachstum der Pflegebranche hemmt. Um bei sinkenden Zahlen der Schulabgängerinnen und -abgänger ausreichend Nachwuchskräfte zu gewinnen und die vorhandenen Pflegekräfte möglichst lange im Beruf zu halten, muss die Attraktivität der Pflegearbeit im Sinne von „Guter Arbeit“ gesteigert werden. Neben einer leistungsgerechten Vergütung schließt dies insbesondere die Sicherung einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit ein, etwa durch einen modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz, eine alternsgerechte Arbeitsgestaltung und neue Formen der Arbeitsteilung und -organisation.

Am 13.12.2012 starteten die Bundesregierung, die Länder und Kommunen, die Wohlfahrtsverbände, die Fach- und Berufsverbände der Altenpflege, die Bundesagentur für

¹²² StaLa, Statistische Berichte Gesetzliche Pflegeversicherung; http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/download/stat_berichte/6K801_2j_2011.pdf

¹²³ Demografischer Wandel in Deutschland - Heft 2 - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Ausgabe 2010, S. 29 Statistische Ämter des Bundes und der Länder; http://www.statistikportal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf

Arbeit, die Kostenträger und die Gewerkschaften erstmals eine gemeinsame „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“. Ziel ist es, „ausgehend von zehn aktuellen Handlungsfeldern, die für das Ausbildungs-, Berufs- und Beschäftigungsfeld der Pflege älterer Menschen von besonderer Bedeutung sind, die Sicherung der Fachkraftbasis gemeinsam voranzutreiben“. ¹²⁴ In diesem Kontext wurden die Handlungsfelder festgelegt:

- verstärkte Ausbildungsanstrengungen und bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten bei Einrichtungen und Schulen,
- Erschließung des Nachqualifizierungspotenzials in der Altenpflege – Aufstiegswege in der Altenpflege optimieren und die Anrechnung von Qualifikationen verbessern,
- Weiterbildungsförderung durch die Agenturen für Arbeit und Jobcenter,
- Weiterentwicklung der Pflegeberufe,
- Verbesserte Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen im Pflegebereich,
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Vereinbarkeit von Familie und Ausbildung in der Altenpflege,
- Attraktive Arbeitsbedingungen in der Altenpflege,
- Gesellschaftliche Bedeutung des Berufsfeldes Altenpflege durch intensive Öffentlichkeitsarbeit fördern,
- Rahmenbedingungen für die Altenpflege verbessern – Pflegeversicherung reformieren und
- Chancen der Freizügigkeit nutzen.

In Sachsen-Anhalt wird diese Offensive mit den entsprechenden Partnern auf Landesebene umgesetzt. In zahlreichen Beratungen wurden Verabredungen getroffen, mit welchen Maßnahmen die einzelnen Handlungsfelder unterlegt werden.

6.5.3 Niedrigschwellige Betreuungsangebote

In niedrigschwelligen Betreuungsangeboten übernehmen ehrenamtliche bzw. freiwillige Helferinnen und Helfer nach entsprechender Qualifizierung und Schulung sowie unter pflegfachlicher Anleitung die stundenweise Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Niedrigschwellige Betreuungsangebote können Betreuungsgruppen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen ¹²⁵ sowie mit geistigen Beeinträchtigungen sein, ehrenamtliche Helfer- und Helferinnenkreise, die pflegende Angehörige stundenweise im häuslichen Bereich entlasten und unterstützen, aber auch Familien entlastende Dienste. ¹²⁶ Diese Pflegebedürftigen erhalten bei festgestelltem Bedarf von ihrer Pflegekasse einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von 1.200 bzw. 2.400 Euro jährlich, der für die Erstattung qualitätsgesicherter und durch das Land anerkannter Betreuungsleistungen genutzt werden kann.

In 2012 lagen dem Land Sachsen-Anhalt 52 anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote vor. Davon haben 20 niedrigschwellige Betreuungsangebote eine Landesförderung erhalten. Das Landesfördervolumen betrug rund 246.750 Euro. Die

¹²⁴ „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012 - 2015 Vereinbarungstext“, S. 2

¹²⁵ Eine Liste anerkannter niedrigschwelliger Angebote speziell für Demenzkranke findet sich auf der Internetseite der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. (LVG-LSA) unter http://www.lvg-lsa.de/o.red.c/docs/nba/NBA_uebersicht.pdf

¹²⁶ Eine Liste anerkannter familienentlastender Dienste findet sich auf der Internetseite der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. (LVG-LSA) unter http://www.lvg-lsa.de/o.red.c/docs/nba/FED_uebersicht.pdf

Koordinierungs- und Clearingstelle für niedrigschwellige Betreuungsangebote, die am 01.06.2011 ins Leben gerufen wurde und bei der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. angesiedelt ist, erstellt regelmäßig eine Übersicht der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote.¹²⁷ Das Projekt wird gefördert von den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt. Hauptaufgabe der Koordinierungsstelle ist die Erfassung und Etablierung bestehender sowie die Initiierung neuer niedrigschwelliger Betreuungsangebote insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Zielgruppen sind vorrangig bestehende und potenzielle Anbieterinnen und Anbietern sowie Träger von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, des bürgerschaftlichen Engagements sowie der Selbsthilfe.

7 Verbraucher- und Verbraucherinsolvenzberatung

Die Verbraucherpolitik insgesamt steht im Spannungsfeld, einerseits zwischen der Notwendigkeit, Verbraucherinnen und Verbrauchern einen hinreichenden Schutz von Gesundheit, Sicherheit und ihrer wirtschaftlichen Interessen zu gewähren und andererseits der Forderung, so wenig wie möglich regulierend in den Markt einzugreifen. Eine zeitgemäße Verbraucherpolitik muss für die entsprechenden Rahmenbedingungen sorgen, die es allen am Wirtschaftsleben der pluralistischen Gesellschaft Beteiligten ermöglicht, trotz ständig komplexer werdender Lebens- und Arbeitsbedingungen ihre jeweilige Verantwortung wahrzunehmen. Mit dem Ziel, Gesundheit und Sicherheit der Verbraucherinnen und Verbraucher, aber auch den Schutz ihrer wirtschaftlicher Interessen zu gewährleisten, stellen gesundheitlicher und wirtschaftlicher Verbraucherschutz eine Querschnittsaufgabe dar, die viele Politikfelder betrifft und ständig wachsende wie auch wechselnde Aufgaben beinhaltet.

Neben der Überwachung und Durchsetzung von Verbraucherschutzbestimmungen im Bereich des gesundheitlichen und technischen Verbraucherschutzes durch staatliche Behörden (Lebensmittelüberwachung, Arbeitsschutzverwaltung, Marktüberwachung) obliegt beim sogenannten wirtschaftlichen Verbraucherschutz mit Rücksicht auf die Eigenständigkeit und Entscheidungsfreiheit des bzw. der Einzelnen in geschäftlichen Angelegenheiten (Privatautonomie) die Durchsetzung der Verbraucherrechte vorrangig bei den betroffenen Verbraucherinnen und Verbrauchern selbst. Um den Bürgerinnen und Bürgern bei Problemen wie unerwünschten Werbeanrufen, steigenden Energiekosten, falsch deklarierten Lebensmitteln oder auch Schadstoffen in Bedarfsgegenständen und insbesondere Kinderspielzeug schnelle und konkrete Hilfestellung bieten zu können, fördert das Land Sachsen-Anhalt die Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e. V.¹²⁸ und gewährleistet dadurch eine unabhängige Verbraucherberatung. Gleichzeitig werden Öffentlichkeit, Behörden und Politik durch Rückmeldungen und Berichte der Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e.V. über aktuelle Gefahren für die Bürgerinnen und Bürger im Land sowie sich manifestierende Fehlentwicklungen informiert. Insoweit kommt der Arbeit der Verbraucherzentrale auch eine Sensorfunktion zu.

Durch die Finanzierung der Insolvenzberatungsstellen unterstützt das Land Sachsen-Anhalt überschuldete Verbraucherinnen und Verbraucher, die auf dem Weg eines gerichtlichen Privatinsolvenzverfahrens durch die sogenannte Restschuldbefreiung die Chance für einen wirtschaftlichen Neuanfang suchen. Mehr Informationen zum Verbraucherschutz in Sachsen-Anhalt durch staatliche Behörden finden sich auch auf der Homepage des Landesamtes für

¹²⁷ Die Daten können unter www.lvg-lsa.de abgerufen werden.

¹²⁸ Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e. V.; <http://www.vzsa.de/home>

Verbraucherschutz.¹²⁹ Für diesen Sozialbericht werden aus dem umfangreichen Themenspektrum insbesondere die Verbraucher- und Insolvenzberatungsstellen näher betrachtet.

7.1 Verbraucherberatungsstellen

Die Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e.V. vertritt mit ihrer Arbeit die Interessen der Bürgerinnen und Bürger des Landes Sachsen-Anhalt als Verbraucherinnen bzw. Verbraucher. Durch anbieterunabhängige Verbraucherarbeit wird die Kompetenz der Bevölkerung in wirtschaftlichen, rechtlichen, gesundheitlichen und finanziellen Angelegenheiten gestärkt. Die Aufklärung der Bürgerinnen und Bürger Sachsens-Anhalts über aktuelle Verbrauchertemen erfolgt durch aktive und breite Medien- und Öffentlichkeitsarbeit. Im Rahmen von Projekten bietet die Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e.V. Informationen aus den Bereichen Recht, Gesundheitsdienstleistungen, Finanzdienstleistungen, Ernährung, Energie und Umwelt an. Mit ihrem Netz von Beratungsstellen sowie auch der mobilen Beratung ist die Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e.V. somit die zentrale Anlaufstelle im Land für individuelle Verbraucherberatung und -information.¹³⁰ Weiterhin besteht für die Verbraucherinnen und Verbraucher die Möglichkeit, sich auf der Homepage der Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e.V. zu informieren.¹³¹

Tabelle 19: Verbraucherkontakte der Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt 2010 bis 2013¹³²

Kontaktarten	Jahr			
	2010	2011	2012	2013
	Anzahl			
persönliche Beratung	36.884	37.233	32.900	31.104
Auskünfte/ Verweise/ Verkäufe	46.974	44.881	34.834	30.464
Teilnehmende an Bildungsangeboten	9.394	6.579	7.587	5.786
Informationskontakte bei Aktionen	69.215	71.182	65.016	68.728

Tabelle 20: Förderung der Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e.V. durch das Land Sachsen-Anhalt in Euro 2010 bis 2013¹³³

Ausgabenbereiche	Jahr			
	2010	2011	2012	2013
	Euro			
Ausgaben für institutionelle Förderung	1.100.000	1.100.000	1.100.000	1.100.000
Ausgaben für Projektförderung im Bereich Ernährung und Umwelt	306.400	306.400	306.400	292.300
Insgesamt	1.406.400	1.406.400	1.406.400	1.392.300

7.2 Verbraucherinsolvenzberatungsstellen

Im Land werden 26 Beratungsstellen zur Durchführung des außergerichtlichen Einigungsversuchs im Verbraucherinsolvenzverfahren gefördert. Aufgabe der Schuldner-

¹²⁹ Landesjournal, Landesamt für Verbraucherschutz; <http://www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/start-lav/>

¹³⁰ Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e. V.; <http://www.vzsa.de/home>

¹³¹ ebd.

¹³² Jahresberichte der Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e.V.; <http://www.vzsa.de/jahresberichte-1>

¹³³ MS, eigene Berechnungen, 2013

und Insolvenzberatungsstellen ist die umfassende Beratung und Vertretung von Schuldnerinnen und Schuldnern bei der Schuldenbereinigung und insbesondere bei der außergerichtlichen Einigung mit Gläubigerinnen und Gläubigern. Die Insolvenzberatung findet in der Regel in kombinierten Schuldner- und Insolvenzberatungsstellen statt und wird vom Land gefördert. Der Bereich Schuldnerberatung liegt dagegen im Zuständigkeitsbereich der Landkreise und kreisfreien Städte und wird folglich nicht vom Land gefördert. Mit Hilfe der Beratungsstelle wird gegebenenfalls ein Verbraucherinsolvenzverfahren eingeleitet, das eine Restschuldbefreiung und einen wirtschaftlichen Neuanfang zum Ziel hat. Neben der kostenfreien Beratung in den Beratungsstellen bieten auch Rechtsanwältinnen und -anwälte sowie Notarinnen und Notare Hilfe an. Diese Beratung ist aber im Gegensatz zu der Beratung der vom Land anerkannten Beratungsstellen in der Regel kostenpflichtig.

Die Analyse der Fallzahlen der Insolvenzberatungsstellen zeigt für Sachsen-Anhalt einen geringen Anstieg, wie aus der nächsten Tabelle ersichtlich ist.

Tabelle 21: Fallzahlen der Insolvenzberatungsstellen in Sachsen-Anhalt 2010 bis 2012¹³⁴

Jahr	Fälle insgesamt	darunter abgebrochen	darunter in Bearbeitung	Gläubigerinnen/ Gläubiger mit							
				erfolgreicher Einigung				gescheiterter Einigung			
				1	2 bis 5	6 bis 10	> 10	1	2 bis 5	6 bis 10	> 10
				Anzahl							
2010	4.356	86	1.242	118	103	30	7	82	559	819	1.310
2011	4.493	86	1.371	113	97	26	26	98	606	801	1.269
2012	4.484	85	1.437	102	108	42	6	94	578	709	1.323

Tabelle 22: Insolvenzberatungsstellen in Sachsen-Anhalt – Anzahl der Beratungen nach Familiensituation der Schuldnerinnen und Schuldner 2010 bis 2012¹³⁵

Familien-situation	Jahr								
	2010			2011			2012		
	gesamt	davon		gesamt	davon		gesamt	davon	
		weiblich	männlich		weiblich	männlich		weiblich	männlich
davon	Anzahl								
allein ohne Kind	1.711	597	1.114	1.794	655	1.139	1.712	598	1.114
allein mit Kind	592	402	190	580	379	201	534	372	162
allein mit mehreren Kindern	427	287	140	413	292	121	456	326	130
Partner/in ohne Kind	703	312	391	698	308	390	774	332	442
Partner/in mit ein Kind	421	197	224	465	205	260	432	194	238
Partner/in mit mehreren Kindern	502	252	250	543	285	258	576	300	276
insgesamt	4.356	2.047	2.309	4.493	2.124	2.369	4.484	2.122	2.362

¹³⁴ MS, eigene Berechnungen (Statistik des Landesverwaltungsamtes /Landesjugendamt), 2013

¹³⁵ MS, eigene Berechnungen /Statistik des Landesverwaltungsamtes (Landesjugendamt), 2013

Tabelle 23: Insolvenzberatungsstellen in Sachsen-Anhalt – Anzahl der Schuldnerinnen und Schuldner nach Geschlecht und Schuldenhöhe 2010 bis 2012¹³⁶

Höhe der Schulden in Euro	Jahr								
	2010			2011			2012		
	gesamt	davon		gesamt	davon		gesamt	davon	
		weiblich	männlich		weiblich	männlich		weiblich	männlich
Anzahl der Schuldnerinnen/ Schuldner									
bis 5.000	297	155	142	326	178	148	360	214	146
5.001 bis 10.000	771	430	341	769	438	331	779	406	373
10.001 – 25.000	1.570	756	814	1.685	793	892	1.691	790	901
25.001 – 50.000	980	390	590	967	391	576	942	412	530
50.001 – 100.000	417	172	245	437	184	253	402	160	242
100.001 – 500.000	302	133	169	288	129	159	291	137	154
500.001 bis 1.000.000	11	7	4	13	9	4	12	2	10
über 1.000.000	8	4	4	8	2	6	7	1	6
insgesamt	4.356	2.047	2.309	4.493	2.124	2.369	4.484	2.122	2.362

Bei der Überschuldung von Privatpersonen ist festzustellen, dass es nur in Ausnahmefällen wie zum Beispiel bei früheren Gewerbetreibenden zu höheren Summen der Schulden kam. Im Betrachtungszeitraum betraf dies lediglich 23 Fälle. Für kleinere Summe bis 5.000 Euro lagen dagegen im gleichen Zeitraum ca. 1.000 Fälle vor.

Tabelle 24: Insolvenzberatungsstellen in Sachsen-Anhalt – Anzahl und Altersstruktur der Schuldnerinnen und Schuldner 2010 bis 2012¹³⁷

Alter	Jahr									Entwicklung
	2010			2011			2012			
	insgesamt	davon		insgesamt	davon		insgesamt	davon		insgesamt
		weiblich	männlich		weiblich	männlich		weiblich	männlich	
Anzahl der Beratungen										in %
18 bis 25 Jahre	501	254	247	470	273	197	477	270	207	-4,8
26 bis 45 Jahre	2.315	1.071	1.244	2.279	1.046	1.233	2.296	1.084	1.212	-0,8
46 bis 60 Jahre	1.258	586	672	1.356	608	748	1.317	578	739	4,7
über 60 Jahre	282	136	146	388	197	191	394	190	204	39,7
insgesamt	4.356	2.047	2.309	4.493	2.124	2.369	4.484	2.122	2.362	2,9

¹³⁶ MS, eigene Berechnungen /Statistik des Landesverwaltungsamtes (Landesjugendamt), 2014

¹³⁷ MS, eigene Berechnungen /Statistik des Landesverwaltungsamtes (Landesjugendamt), 2014

Tabelle 25: Förderung des Landes Sachsen-Anhalt für anerkannte Insolvenzberatungsstellen 2010 bis 2012¹³⁸

Förderung des Landes Sachsen-Anhalt	Jahr		
	2010	2011	2012
	Euro		
Insgesamt	1.551.344	1.530.211	1.537.211

Die Entwicklung der Fallzahlen der Verbraucherinsolvenzberatung in den vom Land geförderten Beratungsstellen verlief im Berichtszeitraum nicht parallel zur Bevölkerungsentwicklung. Die Zahl der Ratsuchenden blieb in den Jahren 2010 bis 2012 trotz sinkender Bevölkerungszahlen nahezu konstant. Neben den Angaben aus den Beratungsstellen steht mit der Zahl der bei den Gerichten angemeldeten Verbraucherinsolvenzverfahren eine weitere statistische Größe zur Einschätzung der Entwicklung der Verbraucherinsolvenzen zur Verfügung. Auch diese Zahl entwickelte sich auf einem relativ konstanten Niveau.¹³⁹ Eine Parallele zur demografischen Entwicklung ist auch für die Zahl der bei den Gerichten in Sachsen-Anhalt angemeldeten Verbraucherinsolvenzverfahren nicht feststellbar. Insgesamt lässt sich aus den Statistiken auf einen gleichbleibenden Beratungsbedarf für die Insolvenzberatung schließen. Zwingende Rückschlüsse auf die Höhe der von Verschuldung und Zahlungsunfähigkeit betroffenen Verbraucherinnen und Verbraucher in Sachsen-Anhalt insgesamt sind aus der Beratungsstatistik oder den angemeldeten Verbraucherinsolvenzverfahren allerdings nicht möglich, da die Anzahl an angemeldeten Verbraucherinsolvenzverfahren oder -beratungen immer davon abhängt, in welchem Maße die Option Verbraucherinsolvenz von den Betroffenen genutzt wird.

8 Bedarfsgerechte und nachhaltige Förderung von Familienstrukturen

8.1 Familien

Nur eine Gesellschaft, die Familien ausreichend sichere Rahmenbedingungen sowohl zur optimalen Förderung der Entwicklung ihrer Kinder als auch zum Altern in Würde bietet, hat auch eine Zukunft. Deshalb setzt sich Sachsen-Anhalt für starke Familien ein. Es gibt aber immer auch unvorhersehbare Umstände oder Krisenzeiten, in denen Familien den Rückhalt und die Unterstützung einer starken Gesellschaft benötigen. Heutzutage sehen die gelebten Familienformen sehr unterschiedlich aus. Es spielt längst keine Rolle mehr, ob Elternpaare verheiratet, ledig, gleichgeschlechtlich oder alleinerziehend sind. Überall dort, wo Kinder leben und unabhängig welchen Alters, treffen wir auf Familien. Im Idealfall schafft Sozialpolitik durch unterschiedliche Maßnahmen und Angebote bedarfsgerechte Rahmenbedingungen, die es Familien ermöglichen, Krisen zu bewältigen und zu regeln, durch eigene Erwerbstätigkeit abgesicherten Lebensverhältnissen (zurück) zu finden. Einen wichtigen Beitrag stellt hierbei die Kinderbetreuung dar. Mit dem Kinderförderungsgesetz haben alle Kinder in Sachsen-Anhalt von Geburt an einen Rechtsanspruch auf ganztägige Förderung, Bildung, Betreuung und Erziehung in einer Kindertageseinrichtung. Elterngeld und Elternzeit leisten außerdem einen wichtigen Beitrag für eine familienfreundliche Gesellschaft. Werden Kinder erwachsen, kümmern sie sich nicht selten um ihre Eltern. Auch hier gibt es vielfältige Möglichkeiten. Mit der Familienpflegezeit erhalten Berufstätige die

¹³⁸ Statistik des Landesverwaltungsamtes (Landesjugendamt)

¹³⁹ StaLa, Insolvenzverfahrensstatistik; http://www.stala.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Daten_und_Fakten/5/52/524/52411/Insolvenzverfahren_nach_Monaten_1.html

Möglichkeit, sich um ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu kümmern, ohne finanzielle Einbußen hinnehmen zu müssen. Das Motto in Sachsen-Anhalt lautet deshalb „Starke Familie – Starke Gemeinschaft“. Auf Landesebene wie lokal haben sich hierzu Bündnisse für Familien gebildet und es ziehen verschiedene Akteurinnen und Akteure an einem Strang.¹⁴⁰ Zudem gibt es mit dem „Familienpass Sachsen-Anhalt“ Vergünstigungen in allen Regionen des Landes in den Bereichen Freizeit und Kultur.

8.1.1 Förderung der Familie

Gesetzliche Grundlage für die Förderung der Familie in Sachsen-Anhalt ist insbesondere das „Gesetz zur Förderung von Familien, Sicherung einer nachhaltigen Bevölkerungspolitik sowie Förderung des Wiedereinstiegs in den Beruf“ (FamFöG) vom 19.12.2005, zuletzt geändert durch Gesetz vom 13.08.2014 (GVBl. LSA S. 396) und das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG, SGB VIII). Ziel ist es, ein familienfreundliches Sachsen-Anhalt zu schaffen.

a) Familienpass Sachsen-Anhalt¹⁴¹

Mit dem Familienpass werden finanzielle Rabatte bei Familienanschaffungen, dem Besuch von Kulturveranstaltungen und bei touristischen Freizeitangeboten von denjenigen Firmen und Einrichtungen gewährt, die sich an diesem Projekt beteiligen. Damit sollen Familien zu gemeinsamen Unternehmungen und Freizeitaktivitäten angeregt werden und dabei Vergünstigungen im täglichen Leben erhalten. Das Land fördert die Herstellungskosten und den Vertrieb des Familienpasses. Im Jahr 2013 wurden 700 Familienpässe bzw. eine Förderung in Höhe von 27.300 Euro ausgegeben. Seit Beginn des Projektes „Familienpass“ im Jahr 2005 wurden insgesamt 13.539¹⁴² Familienpässe ausgestellt. Antragsberechtigt sind Familien und Alleinerziehende mit Wohnsitz in Sachsen-Anhalt und mindestens einem Kind unter 18 Jahren.

Tabelle 26: Familienpässe – Anzahl und Fördersummen 2010 bis 2012¹⁴³

Jahr	Familienpässe	Förderbetrag
	Anzahl	Euro
2010	1.355	17.070
2011	1.115	37.000
2012	925	33.410

b) Vergünstigungen bei Schulfahrten

Eltern und Erziehungsberechtigte haben Anspruch auf Unterstützung bei den Kosten der Teilnahme ihres dritten und jedes weiteren Kindes an Schulfahrten bis zu max. 100 Euro, soweit nicht andere staatliche Leistungen dafür in Anspruch genommen werden können.

¹⁴⁰ Landesjournal, Familienfreundliches Sachsen-Anhalt; <http://www.ms.sachsen-anhalt.de/familienfreundliches-sachsen-anhalt/>

¹⁴¹ Familienpass Sachsen-Anhalt; <http://flf-sachsen-anhalt.de/fpass/>

¹⁴² Stand 06.07.2014

¹⁴³ MS, eigene Zusammenstellung, 2013

Tabelle 27: Vergünstigungen bei Schulfahrten 2010 bis 2013¹⁴⁴

Jahr	Bewilligungen	Auszahlungsbetrag	Durchschnittsbetrag je Bewilligung
	Anzahl	Euro	
2010	426	37.385	87,75
2011	355	33.052	93,10
2012	321	30.968	96,48
2013	322	29.784	92,18

c) Geldleistungen an Eltern bei Mehrlingsgeburten

Eltern, denen Drillinge oder weitere Mehrlinge geboren werden und die ihren Hauptwohnsitz in Sachsen-Anhalt haben, können die Ehrenpatenschaft des Ministerpräsidenten beantragen. Diese Ehrenpatenschaft ist mit einer einmaligen finanziellen Zuwendung von 1.400 Euro je Kind verbunden. Im Berichtszeitraum 2010 bis 2013 gab es zehn Förderfälle, die gesamte Fördersumme betrug 42.000 Euro.

d) Förderung von Familienbildungsmaßnahmen

Zur Stärkung der Erziehungskompetenz in den Familien und zur Aktivierung der Hilfe zur Selbsthilfe fördert das Land Projekte von Wohlfahrts- und Familienverbänden sowie freien Trägern. Die Angebote sind niedrigschwellig, haben präventiven Charakter und orientieren sich an den Problemen und Interessen von Familien. Das Land hat hierfür im Berichtszeitraum Mittel in Höhe von rund 272.400 Euro bereitgestellt.

e) Sozialpädagogische Arbeit in Familienzentren und -ferienstätten

Die Familienzentren sind offene Anlauf- und Kontaktstellen, die für Familien und Interessierte vor allem ein Ort der Begegnung, des Erfahrungsaustausches und der Möglichkeit der gegenseitigen Hilfe sind. Überregional ausgerichtete Familienferienstätten ermöglichen Familien, neben dem Aspekt der Familienerholung auch sozialpädagogische Angebote zur Familienbildung wahrzunehmen. Das Land hat im Berichtszeitraum für die sozialpädagogische Arbeit in elf Familienzentren und drei Familienerholungsstätten jährlich 312.000 Euro, pro Einrichtung maximal 23.008 Euro, bereitgestellt.

f) Familienbegegnungsmaßnahmen mit Bildungsangeboten

Mit der Förderung von Familienbegegnungsmaßnahmen mit Bildungsangeboten verfolgt das Land die gleiche Zielstellung wie mit den Familienbildungsmaßnahmen. Der Zugang zu den Familien erfolgt wohnortfern über die sozialpädagogisch begleitete Familienbegegnung als Gruppenmaßnahme. Die teilnehmenden Familien sollen aus einem gemeinsamen Einzugsgebiet stammen, um nach der begleiteten Maßnahme sowohl im Familienalltag Angebote vor Ort als auch Selbsthilfepotentiale nutzen zu können. Das Land hat hierfür im Berichtszeitraum Mittel in Höhe von rund 380.500 Euro bereitgestellt.

g) Arbeitsmarktprogramm „Familien stärken – Perspektiven eröffnen“¹⁴⁵

Im Jahr 2011 waren in Sachsen-Anhalt 11.600 Alleinerziehende arbeitslos und in mehr als 3.000 Familien waren beide Partner arbeitslos. Für zahlreiche junge Familien im Land gehören Arbeitslosigkeit und Hilfebedürftigkeit bereits zum Alltag. Deshalb wurde im

¹⁴⁴ MS, eigene Zusammenstellung, 2013

¹⁴⁵ Förderservice GmbH der Investitionsbank Sachsen-Anhalt; <http://www.foerderservice-ib.de/projektanbieter/familien-staerken-perspektiven-eroeffnen.html>

Jahr 2012 vom Ministerium für Arbeit und Soziales dieses Arbeitsmarktprogramm aufgelegt, welches mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds gefördert wird. Damit wird das Ziel verfolgt, spezielle Angebote zu entwickeln, die dabei helfen, diesen Kreislauf auch im Hinblick auf die Zukunftschancen der in den Familien lebenden Kinder zu durchbrechen. Es richtet sich deshalb insbesondere an arbeitslose Alleinerziehende sowie junge Familien mit Kindern, in denen beide Elternteile erwerbslos sind. Aber auch Jugendlichen, die in den betreffenden Familien leben und arbeitslos sind bzw. keine Berufsausbildung absolviert haben, sollen im Rahmen dieses Programmes neue berufliche Perspektiven eröffnet werden, um zugleich auch zur Armutsvermeidung und nachhaltigen Verbesserung der Lebensumstände der betroffenen Familienbedarfsgemeinschaften beizutragen. Dazu wird vor allem die längerfristige gezielte und komplexe Beratung und Betreuung über die sogenannten Familienintegrationscoaches in den Landkreisen und kreisfreien Städte durchgeführt. Durch die Betreuung sollen gemeinsam mit allen Beteiligten die Voraussetzungen für den (Wieder)-Einstieg in den regulären Arbeitsmarkt geschaffen werden. Damit dies gelingt, muss den jungen Familien und Alleinerziehenden zugleich auch eine gezielte Unterstützung bei der Bewältigung individueller und familiärer Problemlagen gegeben werden.

Bisher wurden 2.457 Familienbedarfsgemeinschaften landesweit in das Projekt aufgenommen und betreut, davon 1.925 Alleinerziehende. In diesen Familien leben 3.634 Kinder unter 15 Jahren. Für 1000 Personen konnte bisher damit die Tür für die Rückkehr bzw. den Einstieg in den Arbeitsalltag geöffnet werden. Um die neue Situation auch hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit bewältigen zu können, werden sowohl die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer als auch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber auch während der Beschäftigung (weiter) betreut und begleitet. Bis zum Jahr 2015 stehen für das Programm 26 Mio. Euro bereit. Antragnehmende, bewilligende und mittelausreichende Stelle ist im Auftrag des Landes Sachsen-Anhalt die Förderservice GmbH der Investitionsbank.

h) Familienratgeber Sachsen-Anhalt

Der vom Ministerium für Arbeit und Soziales herausgegebene Familienratgeber ist eine Informationsbroschüre für Familien in ihren jeweiligen Lebensbereichen. Er enthält umfangreiche Informationen u.a. zu staatlichen Leistungen, Beratungsangeboten, Gesundheit, Kinderbetreuung, Arbeit und Finanzen sowie eine Adressenübersicht. Zusätzlich wurde die im Jahr 2013 aktualisierte Broschüre für den Lebensbereich „Familie mit älteren Menschen“ aufgenommen. Der Familienratgeber ist ein wichtiges Instrument zur Unterstützung von Familien. Er trägt so zur Entwicklung eines kinder- und familienfreundlichen Sachsen-Anhalts bei. Der Ratgeber kann entweder auf Abforderung kostenfrei von den Jugendämtern oder als Download über das Internet bezogen werden.¹⁴⁶

i) Ehe-, Lebens-, Familien- und Erziehungsberatungsstellen (ELFE)

In Sachsen-Anhalt gibt es landesweit 32 ELFE-Beratungsstellen, die das Land jährlich mit insgesamt 600.000 Euro als Personalkostenzuschuss fördert. Gegenstand der Beratung sind Probleme zwischenmenschlicher Beziehungen in der Ehe bzw. in der Familie. Es soll ein höheres Maß an persönlicher Entfaltungs-, Beziehungs- und Partnerschaftsfähigkeit erreicht werden. Die Beratung erfolgt in Einzelgesprächen, aber auch in Form von Gruppenarbeit.

¹⁴⁶ Landesjournal, Familienratgeber; <http://www.sachsen-anhalt.de/zg/familien-und-gemeinschaften/familienratgeber/>

Tabelle 28: Anzahl der beratenen Personen in Ehe-, Lebens-, Familien- und Erziehungsberatungsstellen in Sachsen-Anhalt 2010 bis 2013¹⁴⁷

Jahr	Anzahl der beratenen Personen
2010	21.060
2011	24.966
2012	24.093
2013	18.653

Mit dem am 18.07.2014 vom Landtag von Sachsen-Anhalt verabschiedeten Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Familienförderung des Landes Sachsen-Anhalt und zur Neuordnung der Förderung sozialer Beratungsangebote sind die Grundlagen für eine Veränderung des bisherigen Förderverfahrens sowie eine Stärkung der Gewährleistungs- und Planungsverantwortung der örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe für diesen Leistungsbereich geschaffen worden. Ab dem Jahr 2016 sollen die bislang den Einrichtungsträgern zugewandten Landesmittel ebenso wie die Mittel zur Förderung von Suchtberatungsstellen den Landkreisen und kreisfreien Städten zugewiesen werden. Dadurch wird in gleicher Weise wie auch künftig bei den Mitteln für die Förderung der örtlichen Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und des Jugendschutzes (nach Maßgabe des FamBeFöG) verfahren, die schon bisher über die bisherigen Förderprogramme „Fachkräfteprogramm“ und „Jugendpauschale“ über die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe ausgereicht wurden. Die Landkreise und kreisfreien Städte verteilen die Mittel aufgrund eigener Planungsentscheidungen an die Träger mit der Maßgabe, dass diese integrierte Beratungsangebote vorhalten. Die zugrundeliegenden Sozial- und Jugendhilfeplanungen haben die örtlichen Träger zuvor dem Land zur Kenntnis zu geben.¹⁴⁸

j) Leistungen als Unterhaltsvorschuss oder -ausfall

Zur Sicherung des Unterhalts erhalten Kinder alleinstehender Mütter und Väter, die keine oder nicht in voller Höhe Unterhaltszahlungen von der bzw. dem Unterhaltsverpflichteten erhalten, bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres und für die Dauer von maximal sechs Jahren Unterhaltsleistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UVG).¹⁴⁹ Diese Leistungen werden zu jeweils einem Drittel durch den Bund, das Land und die Kommunen finanziert. Der Vorschuss ist in der Regel vom Unterhaltsverpflichteten entsprechend seiner wirtschaftlichen Möglichkeiten ganz oder teilweise zurück zu zahlen. Die maximale Höhe der monatlichen UV-Leistung beträgt für Kinder im Alter von null bis fünf Jahren 133 Euro und bei Kindern im Alter von sechs bis elf Jahren 180 Euro.

¹⁴⁷ MS, eigene Zusammenstellung, 2013 (Statistische Erfassung Landesjugendamt Sachsen-Anhalt)

¹⁴⁸ Zu den Rechtsgrundlagen kommunaler Sozialplanung vgl. zudem Abschnitt 1.2

¹⁴⁹ Vgl. Abschnitt 11.1

Tabelle 29: Unterhaltsvorschussleistungen nach dem UVG Sachsen-Anhalt 2010 bis 2013¹⁵⁰

Jahr	Anzahl der Unterhaltsvorschussberechtigten ¹⁵¹		Unterhaltsvorschusszahlungen Land und Kommunen gesamt	Rückzahlungen von UVleistungen durch Unterhaltsverpflichtete	Anteil der Rückzahlungen an den UV-Zahlungen
	0 bis 5 Jahre	6 bis 11 Jahre	Euro		%
2010	13.044	9.186	27.005.673	3.620.200	(13,4 %)
2011	13.788	9.833	27.437.230	4.068.668	(14,8 %)
2012	13.067	9.603	27.594.400	4.181.702	(15,2 %)
2013	12.733	9.498	38.889.670	6.746.648	(17,35 %)

Die Ausgaben für die Leistungen nach dem UVG sind im Laufe der letzten Jahre gestiegen. Der Bezug der Unterhaltsvorschussleistungen hängt aber von kaum beeinflussbaren Faktoren wie beispielsweise Arbeitslosigkeit und Krankheit der bzw. des Unterhaltsverpflichteten oder auch einer Erhöhung des Selbstbehaltungssatzes ab, so dass Kinder, die bislang Unterhaltszahlungen von dem barunterhaltspflichtigen Elternteil erhalten haben, wegen ausbleibender Zahlungen nunmehr anspruchsberechtigt nach dem UVG werden. Im Bundesdurchschnitt liegt die Rückholquote bei ca. 18 Prozent. Auch wenn Sachsen-Anhalt unterhalb dieser Quote liegt, ist doch eine steigende Tendenz bei den Rückzahlungen zu erkennen.

k) Assistierte Reproduktion

Das Land fördert seit dem Jahr 2010 Maßnahmen zur assistierten Reproduktion im zweiten, dritten und vierten Behandlungszyklus nach Art der In-Vitro-Fertilisation (IVF)- und Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI). Zuwendungsempfängerinnen und -empfänger sind neben Ehepaaren auch nichteheliche Lebensgemeinschaften mit Wohnsitz in Sachsen-Anhalt.

Tabelle 30: Assistierte Reproduktion – Anträge und Fördersummen 2010 bis 2013¹⁵²

Jahr	Anzahl der Anträge	Bereitgestellte Fördersummen (Euro)
2010	207	250.000
2011	391	250.000
2012	380	300.000
2013	274	300.000

Die Förderhöhe für den jeweils zweiten und dritten Behandlungszyklus beträgt bis zu 60 v.H. des Eigenanteils mit den Höchstbeträgen von 500 Euro für einen IVF- Behandlungszyklus und 700 Euro für einen ICSI-Behandlungszyklus. Die Förderhöhe für den vierten Behandlungszyklus beträgt bis zu 40 v.H. des Eigenanteils mit den Höchstbeträgen von 1.000 Euro für einen IVF- Behandlungszyklus und 1.200 Euro für einen ICSI-Behandlungszyklus.

¹⁵⁰ Landesjugendamt Sachsen-Anhalt, 2013

¹⁵¹ Es handelt sich um den Jahresdurchschnitt.

¹⁵² MS, eigene Zusammenstellung, 2014 (Landesjugendamt, 2013)

I) Betreuungsgeld

Seit dem 01.08.2013 wird ein Betreuungsgeld an Väter bzw. Mütter gezahlt, die sich selbst in Vollzeit um ihre Kinder bis zu deren 3. Lebensjahr kümmern und keine Kindertagesstätte in Anspruch nehmen. Die Kinder müssen allerdings nach dem 01.08.2012 geboren worden sein. Zurzeit werden monatlich 100 Euro gezahlt, der Betrag soll später auf 150 Euro steigen. Die Antragsannahme, Bearbeitung, Bescheidung und Auszahlung von Betreuungsgeld erfolgt in Sachsen-Anhalt durch die Elterngeldstellen der Jugendämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten. Bis zum 30.10.2013 wurden in Sachsen-Anhalt 370 Anträge gestellt, wovon 187 bewilligt worden sind. 87 Anträge mussten abgelehnt werden. Hauptablehnungsgrund war, dass die Kinder vor dem genannten Stichtag geboren worden sind.

8.1.2 Elterngeld, Kindergeld, Wohngeld

Seit dem 01.01.2007 erhalten Eltern und Erziehungsberechtigte das sogenannte Elterngeld für Kinder, die ab diesem Datum geboren oder mit dem Ziel der Adoption in den Haushalt aufgenommen worden sind. Das Elterngeld ersetzt das bis zum 31.12.2006 gezahlte „Erziehungsgeld“. Rechtsgrundlage des Elterngeldes ist das Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG). Elterngeld können Eltern beziehen, die wegen der Betreuung ihres Neugeborenen keine oder keine volle Erwerbstätigkeit ausüben (Elternzeit). Es wird an den Vater bzw. die Mutter für maximal 14 Monate gezahlt. Die Elternzeit können sich Vater und Mutter teilen. Das Elterngeld orientiert sich am Nettoeinkommen der beantragenden und betreuenden Elternteile. Je nach Einkommen beträgt es zwischen 300 Euro und 1.800 Euro im Monat. Da erwerbslose Personen das Elterngeld lediglich in Höhe des Mindestbetrags erhalten, kann das Elterngeld auch als eine Entgeltersatzleistung verstanden werden. Für die Bearbeitung von Anträgen nach dem BEEG sind in Sachsen-Anhalt seit dem 01.01.2010 die Landkreise und kreisfreien Städte zuständig.

Bei fast drei Viertel der Väter, die Elterngeld bezogen haben, betrug die Elternzeit zwei Monate. 91 Prozent der Mütter bezogen das Elterngeld für zwölf Monate. Der größte Anteil der Mütter mit Elterngeldanspruch war der Altersgruppe 25 bis 30 Jahre zuzuordnen, bei den Vätern der Altersgruppe 30 bis 40 Jahre. Mütter mit Elterngeldanspruch waren zu 37,8 Prozent verheiratet. 57,4 Prozent der Mütter mit Elterngeldanspruch waren ledig. Die Zahl der Männer, die Elterngeld erhalten haben, hatte zwischen 2010 und 2011 zugenommen. Gleichwohl ist die Zahl auch im Jahre 2011 mit 3.536 Empfängern deutlich geringer als die Anzahl der Empfängerinnen im vergleichbaren Zeitraum (15.651 Frauen). Im Jahre 2011 hatten 6.890 Personen den Mindestbetrag in Höhe von 300 Euro monatlich und 5.910 Personen einen Zuschlag wegen eines Nettoeinkommens unterhalb 1.000 Euro monatlich erhalten.¹⁵³

¹⁵³ Statistisches Bundesamt, 2014 (Angaben für Sachsen-Anhalt)

Tabelle 31: Leistungsberechtigte von Elterngeld in Sachsen-Anhalt
2009 bis 2011¹⁵⁴

Empfänger/innen von Elterngeld	Jahr		
	2009	2010	2011
	Anzahl		
insgesamt	19.168	19.223	19.187
davon männlich	3.170	3.278	3.536
davon weiblich	15.998	15.945	15.651
Grundlage der Berechnung des Anspruchs (nach BEEG)			
Ersatz von Erwerbseinkommen (§ 2 Abs. 1)	6.434	7.021	7.634
Geringverdienstzuschlag (§ 2 Abs. 2)	5.222	5.483	5.910
Reduzierung des Einkommens (§ 2 Abs. 3)	459	434	287
Mindestbetrag (§ 2 Abs. 4)	8.179	7.613	6.890
Mehrlingszuschlag (§ 2a)	320	304	316
Geschwisterbonus (§ 2a)	2.774	2.729	2.549

Das Kindergeld, die subventionierte Kinderbetreuung außerhalb der Familie und das Elterngeld erreichen alle Familien mindestens zeitweise. Ergänzt werden sie durch Leistungen wie den Kinderzuschlag oder den Unterhaltsvorschuss, die auf konkrete Zielgruppen zugeschnitten sind, um deren Bedarfslagen zu entsprechen. Der Kinderzuschlag ist eine am ALG II orientierte Leistung, die Familien mit kleineren Einkommen fördern und so deren Existenzminimum sicherstellen soll. Gleiches gilt für das Wohngeld, welches als Zuschuss zu den Wohnkosten der wirtschaftlichen Absicherung angemessenen Wohnens dient. Sowohl Kinderzuschlag als auch Wohngeld fördern Eltern, die ansonsten wegen der Sicherung des sozio-kulturellen Existenzminimums ihrer Kinder auf Grundsicherungsleistungen angewiesen wären. In den Jahren 2010 bis 2012 sank die Zahl der Personen, die Kinderzuschlag bezogen haben, wobei die vorliegenden Zahlen keine Auskunft über die Zahl der Berechtigten geben, da es sich bei der verfügbaren Darstellung um eine Stichtagszahl handelt, die sich auf das Ende des Zahlmonats bezieht.

Tabelle 32: Leistungsberechtigte von Kinderzuschlag in Sachsen-Anhalt
2010 bis 2012¹⁵⁵

Merkmal	Jahr		
	12/2010	12/2011	12/2012
Empfängerinnen und Empfänger von Kinderzuschlag (laufende Fälle)	1.836	1.762	1.506

Auch die Zahl der Wohngeldhaushalte ist in den vergangenen Jahren deutlich gesunken. Vom Jahr 2010 zum Jahr 2011 ging die Anzahl der Haushalte, die Wohngeld bezogen, um 19 Prozent zurück.

¹⁵⁴ Statistisches Bundesamt, 2014

¹⁵⁵ Monatliche Bestandsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; Familienkasse Direktion – COB 1; erstellt am 24.04.2013

Tabelle 33: Wohngeldhaushalte (WogH) und Anteil der WoGH an Privathaushalten in Sachsen-Anhalt 2010 bis 2012¹⁵⁶

Merkmal	Jahr		
	2010	2011	2012
Wohngeldhaushalte (WoG-H)	48.072	38.924	32.762
Anteil der WoG-H an Privathaushalten insgesamt in %	4,0	3,3	2,8

8.2 Kinder und Jugendliche (vorberufliche Lebensphase)

8.2.1 Förderung, Bildung, Betreuung und Erziehung

a) Tagesbetreuung und Förderung von Kindern

Das zum 01.08.2013 in Kraft getretene neue Kinderförderungsgesetz¹⁵⁷ baut den Spitzenplatz von Sachsen-Anhalt in der Kinderbetreuung weiter aus mit zusätzlichen Verbesserungen für Kinder, Eltern und Erzieherinnen und Erzieher. Damit wird ein Kernprojekt der Landesregierung in dieser Legislaturperiode umgesetzt. Im Jahr 2013 betrug die landesweite Betreuungsquote der unter 3-Jährigen 57,7 Prozent.¹⁵⁸ Sachsen-Anhalt ist damit Spitzenreiter im Bundesvergleich, wenngleich die Betreuungsquote der ausländischen Kinder unter drei Jahren mit etwa 25 Prozent wie in allen neuen Bundesländern noch immer nur etwa halb so hoch ist.¹⁵⁹

Die Verbesserung für Kinder beinhaltet seit Inkrafttreten des Gesetzes den wieder eingeführten Rechtsanspruch auf eine Ganztagesbetreuung für alle Kinder unabhängig vom Sozialstatus der Eltern. Damit hat der Landtag die Weichen zu mehr Bildungsgerechtigkeit gestellt. Kinder, deren Eltern keine Arbeit haben, dürfen nicht „zusätzlich bestraft“ und von frühkindlichen Bildungsangeboten in der Kindertageseinrichtung ausgeschlossen werden. Die Verbesserung für Eltern ergibt sich aus der gesetzlichen Regelung, dass ab 2014 eine finanzielle Entlastung von Mehrkindfamilien erfolgt. Familien mit zwei oder mehr Kindern, die in Krippe und / oder Kindergarten betreut werden, zahlen folglich nie mehr als 160 Prozent des Einzelbeitrages für das älteste Kind. Dafür wendet das Land mehr als vier Millionen Euro auf. Zudem erhalten die Eltern mehr Rechte. Auf Gemeinde-, Kreis- und Landesebene werden Elternvertretungen etabliert, die künftig unter anderem durch die Gemeindeelternvertretung auch bei der Festsetzung von Elternbeiträgen zu hören sind. Für Erzieherinnen und Erzieher verbessern sich zukünftig insbesondere die Arbeitsbedingungen, denn der Personalschlüssel wird stufenweise angehoben. Das heißt, mehr Erzieherinnen und Erzieher kümmern sich um die gleiche Anzahl an Kindern. So verbesserte sich im Kindergarten (3-Jährige bis zum Schuleintritt) der Personalschlüssel zum 01.08.2013 von 1:14,625 auf 1:12,5. Der Personalschlüssel im Krippenbereich (bis 3-jährige) wird ab 01.08.2015 von jetzt 1:6,666 auf dann 1:5,555 verbessert.

Grundlage für die Bemessung des Personalschlüssels sind weiterhin die Betreuungsverträge sowie die Arbeitsverträge. In den Betreuungsverträgen für die Kinder werden Betreuungszeiten vereinbart, die Arbeitsverträge regeln die Arbeitszeit der Erzieherinnen und Erzieher. Damit ist klar, dass sowohl bei Kindern als auch bei Erzieherinnen und Erziehern

¹⁵⁶ Statistisches Bundesamt zu Wohngeldhaushalten, 2012

¹⁵⁷ Landesjournal, Landesrecht; <http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/?quelle=jlink&query=KiF%C3%B6G+ST&psml=bssahprod.psml&max=true&aiz=true>

¹⁵⁸ StaLa, aktualisierter Abruf am 27.08.2014; http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Daten_und_Fakten/2/22/225/22543/Kinder_in_Kindertagesbetreuung_1_und_Betreuungsquote_2_.html

¹⁵⁹ Vgl.: 5. Bildungsbericht 2014, Tabellen C3-2A und C3-4A, S. 242 und 244.

nicht die tatsächliche Anwesenheit Bezugsgröße ist, sondern die vertraglich jeweils vereinbarten Betreuungs- beziehungsweise Arbeitszeitvolumina. Mögliche Ferien- und Urlaubszeiten für Kinder und Erzieherinnen oder auch Krankheitstage bei Kindern und Erzieherinnen bzw. Erzieher spielen daher für die Berechnung eines Betreuungsschlüssels keine Rolle.

Alle qualitativen und quantitativen Verbesserungen im Kinderförderungsgesetz werden vom Land finanziert, das in der Spitze – also ab dem Jahr 2016 – rund 53 Mio. Euro mehr für die Kinderbetreuung bereitstellen wird. Im Jahr 2012 betrug das finanzielle Engagement des Landes 184 Mio. Euro. Im Jahr 2016 wird es laut Prognose bei rund 275 Mio. Euro liegen.¹⁶⁰ Eventuelle Erhöhungen der kommunalen Elternbeiträge können zwar zeitlich mit der Einführung des neuen KiFöG zusammenfallen, sind aber keineswegs darauf zurückzuführen. Auch gibt es für Städte und Gemeinden kein Verbot für die Beibehaltung bislang praktizierter Staffelungen von Elternbeiträgen oder für die Gewährung von Vergünstigungen für Mehrkindfamilien. Städte und Gemeinden, die zum 1. August 2013 neue Elternbeiträge umsetzen wollten, sind gehalten, den Elternvertretungen die konkreten Gründe und Berechnungsgrundlagen offenzulegen. Das Gesetz jedenfalls darf nicht als Feigenblatt für eine Verschlechterung der Konditionen für Eltern herhalten. So kann auch aus dem § 12b KiFöG zur weiteren Finanzbeteiligung der Gemeindeebene kein Zwang oder eine Weichenstellung für erhöhte Elternbeiträge abgeleitet werden. Im Gegenteil. Hier werden Eltern geschützt. Es wird festgeschrieben, dass im Verhältnis von Gemeinde und Elternschaft die Elternbeiträge niemals höher als 50 Prozent ausfallen dürfen. Im Einzelnen bedeutet dies, dass an den Kosten der Kinderbetreuung seit jeher neben dem Land und den Kreisen immer auch Gemeinden und Eltern beteiligt sind. Zunächst zahlen das Land und die Kreise ihre Anteile. Um Kostendeckung zu erreichen, sind darüber hinaus aber Gemeinden und Eltern gefordert. Sie teilen sich den verbleibenden Finanzbedarf. Das neue Gesetz sagt, dass der Anteil der Gemeinde dabei mindestens 50 Prozent sein muss. Damit werden Elternbeiträge von mehr als 50 Prozent ausgeschlossen. Gemeinden steht es anheim, ihre Beteiligung höher als die mindestens geforderten 50 Prozent anzusetzen, um Eltern zu entlasten. Die Kommunalaufsicht bewertet ein solches elternfreundliches Vorgehen der Kommunen auch während Phasen der Haushaltskonsolidierung als rechtmäßig.

b) Bildungsauftrag von Kindertagesstätten – Fortschreibung des Bildungsprogramms

Das Bildungsprogramm für Kindertageseinrichtungen in Sachsen-Anhalt „Bildung: elementar – Bildung von Anfang an“ wurde in den Kindertageseinrichtungen bisher auf der Grundlage der „Vereinbarung zur Umsetzung des Bildungsauftrags und des Bildungsprogramms für Kindertageseinrichtungen vom 21.09.2004“ umgesetzt. Die Partnerinnen und Partner dieser Vereinbarung waren:

- das Land Sachsen-Anhalt (Minister für Gesundheit und Soziales sowie Kultusminister),
- die LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt e.V.,
- der Landkreistag Sachsen-Anhalt,
- der Städte- und Gemeindebund Sachsen-Anhalt,
- die Evangelischen Kirchen im Land Sachsen-Anhalt und
- die Katholische Kirche.

Im Rahmen der öffentlichen Beteiligung zum Arbeitsentwurf der Fortschreibung 2013 des Bildungsprogramms von 2004 konnte dieser in fünf Dialogveranstaltungen von

¹⁶⁰ MS, eigene Berechnung für die Aufstellung des Landeshaushaltes, 2014

über 1.350 Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit dem Ministerium für Arbeit und Soziales sowie den Autorinnen und Autoren durchgeführt werden. Es sind auch zahlreiche Stellungnahmen bzw. positive Bewertungen und Anregungen für die Überarbeitung eingegangen, die punktuell Eingang in das Bildungsprogramm fanden. So wurden Themen und Perspektiven aufgenommen, die aus der Praxis stammen und im Rahmen der Leitgedanken bearbeitet wurden. Diese stellen einen Mindeststandard dar, wobei der Konsens darüber, was eine Tageseinrichtung für Kinder zu einem guten Bildungsort macht, in der wissenschaftlichen und fachlichen Öffentlichkeit gewachsen ist.

Sieben Leitgedanken stellen die Basis des Bildungsprogramms „Bildung: elementar – Bildung von Anfang an“ für Kindertageseinrichtungen in Sachsen-Anhalt dar. In jedem der Leitgedanken werden allgemeine Aussagen über menschliches Handeln und Beziehungen unter den Handelnden getroffen. Anschließend wird gefragt, welche Bedeutung diese grundlegenden Aussagen für Kinder in der Gesellschaft haben. In einem weiteren Schritt wird überlegt, wie die pädagogischen Fachkräfte und die Tageseinrichtung insgesamt nach diesen Leitgedanken den Bildungsprozessen und den Handlungsbedürfnissen der Kinder gerecht werden können. Folgende Leitgedanken sind aufgenommen:

- Bildung,
- Bindung und Neugier,
- Spiel und Arbeit,
- Selbstbestimmung und Teilhabe,
- Vertrauen und Verantwortung,
- Vielfalt und Inklusion und
- Nachhaltigkeit.

c) Qualifizierung des Personals

Für die Qualifizierung des Betreuungspersonals wurden ca. 7 Mio. Euro Fördermittel bereitgestellt. Der Betrag setzt sich zu 75 Prozent aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und zu 25 Prozent aus Landesmitteln zusammen.¹⁶¹ Das Projekt ermöglicht durch den Einsatz speziell für diese Inhouse Schulungen qualifizierter Fachkräfte den pädagogischen Betreuungskräften der teilnehmenden Kindertageseinrichtungen eine gemeinsame intensive Auseinandersetzung mit den Inhalten des Bildungsprogramms „Bildung: elementar – Bildung von Anfang an“. Die Teams erhalten im Rahmen dieser Maßnahme auf der Grundlage eines einrichtungsspezifischen Qualifizierungskonzeptes neben der Vermittlung von theoretischem Wissen auch eine fachliche Begleitung in der praktischen Umsetzung. Befanden sich bis 30.11.2013 noch 832 Teams mit insgesamt 6.530 Betreuungskräften im Programm, so waren es am 23.06.2014 bereits 966 Teams mit 7.734 Betreuungskräften. Im Juli 2014 lagen sieben weitere Anträge für insgesamt 55 Betreuungskräfte vor.

Nach den Rückmeldungen von Trägern und Teams von Kindertageseinrichtungen wird positiv bewertet, dass das Projekt die Qualifizierung nicht nur einzelner pädagogischer Fach-

¹⁶¹ ESF-Programm „Förderung von Projekten zur Verbesserung der frühkindlichen Bildung durch Qualifizierung des Betreuungspersonals“ Stand: 30.06.2013; Grundlage für die Umsetzung war die Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Projekten zur Verbesserung der vorschulischen Bildung durch Qualifizierung des Betreuungspersonals – RdErl. des MS vom 30.6.2008. Am 27.12.2011 trat die Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Projekten zur Verbesserung der frühkindlichen Bildung durch Qualifizierung des Betreuungspersonals – RdErl. des MS vom 12.9.2011 als neue Grundlage in Kraft.

oder Hilfskräfte fördert, sondern die Teilnahme des gesamten Betreuungspersonals der Kindertageseinrichtung umfasst.

Die Selbstreflexion und Grundhaltung der pädagogischen Fach- und Hilfskräfte stellt einen der wichtigsten Bereiche dar, in dem Veränderungen abzulesen sind und betrifft die Wahrnehmung ihrer eigenen Professionalität (und die des Teams) sowie ihr Selbstwertgefühl. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer stellen außerdem fest, dass sie die Kinder individueller wahrnehmen, mehr in Entscheidungsprozesse einbeziehen, ihnen mehr zutrauen und größere Freiräume für Erprobungen zugestehen und auch die Elternarbeit verstärkt wird. Kinder, die bislang auf ihrem Bildungsweg benachteiligt wurden, profitieren besonders von dieser neuen Haltung: die Wahrnehmung und Wertschätzung ihrer individuellen Potentiale und Fähigkeiten eröffnet ihnen die Kompensation ungleicher Bildungschancen. Daneben führt ein zunehmend inklusiver, integrativer und auf Heterogenität ausgerichteter Bildungsansatz dazu, Vielfalt als Normalität sowie Bereicherung zu erkennen. Als Ergebnis der Qualifizierung werden nicht selten die Räume in der Kindertageseinrichtung grundlegend „kindgerecht“ umgestaltet und die pädagogischen Konzeptionen gemeinsam im Team überarbeitet. Kritisch wurde angemerkt, dass die Träger aufgrund des eng bemessenen Personalschlüssels eine Freistellung des Betreuungspersonals (Theorieteil = 45 Zeitstunden) während der Arbeitszeit kaum realisieren konnten. Der Hauptanteil der Qualifizierungsstunden fand i. d. R. im Anschluss an die Arbeitszeit sowie an den Wochenenden statt.

d) Modellprojekte

Derzeit laufen auf Landesebene keine eigenständigen Modellprojekte. Vielmehr erfolgt eine Beteiligung an Bundesmodellprojekten, wie z. B. „Schwerpunkt Kitas Integration und Sprache“ oder „Mehr Männer in Kitas“.¹⁶²

e) Kinder-Eltern-Zentren

Das Land förderte im Zeitraum von 2007 bis 2011 in den Tageseinrichtungen zusätzliche Stundenkontingente für die konzeptionelle Weiterentwicklung, die Errichtung und den Betrieb eines Kinder-Eltern-Zentrums. Diese Weiterentwicklung bedeutet sowohl für die Fachkräfte der Kindertageseinrichtung als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Trägers die Auseinandersetzung mit neuen Aufgaben und Professionen. Sie stellt besondere Anforderungen an das Team der Einrichtung. Insoweit hat das Land für die inhaltliche Qualifizierung der Einrichtungen den Prozess des Coachings synchron geschaltet, der eine individuelle komplexe und professionelle Beratung und Begleitung umfasst.

f) Inklusion

Für alle Kinder im Land Sachsen-Anhalt besteht ein Anspruch auf ganztägige Förderung, Bildung, Betreuung und Erziehung in einer Kindertageseinrichtung oder einer Tagespflegestelle bis zur Versetzung in den siebten Schuljahrgang gemäß § 3 Abs. 1 KiFöG. Ganztägig bedeutet für Kinder bis zum Beginn der Schulpflicht bis zu 10 Stunden je Betreuungstag oder bis zu 50 Wochenstunden (§ 3 Abs. 3 Satz 1 KiFöG), für alle Schulkinder bedeutet dies sechs Stunden je Schultag und bis zu zehn Stunden je Ferientag gemäß § 3 Abs. 3 Satz 2 KiFöG.¹⁶³ Darüber hinaus ist die inklusive Förderung, Bildung und Erziehung von Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen ein besonderer Schwerpunkt der

¹⁶² Weitere Informationen finden sich beim BFSFJ bspw. unter <http://www.fruehe-chancen.de/> sowie unter <http://www.mikitas.de/>

¹⁶³ Vgl. Teil I

Kinderbetreuung in Sachsen-Anhalt gemäß § 8 KiFöG LSA. Durch das Zusammenleben z. B. von Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen und von Kindern aus Familien mit und ohne Migrationshintergrund werden wichtige soziale Grunderfahrungen vermittelt, die von Erzieherinnen und Erziehern angeregt und gefördert werden sollen. Je nach Art der Beeinträchtigung ist ein zusätzlicher Bedarf nach § 35a SGB VIII oder nach den §§ 53 und 54 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX zu decken.

Der entstandene beeinträchtigungsbedingte Mehraufwand wird im Rahmen der Eingliederungshilfe vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe oder vom örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe übernommen. Die entsprechenden Hilfebedarfe der Kinder mit Beeinträchtigungen im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX stellen ebenso eine Rechtsverpflichtung dar wie die vom Träger der Jugendhilfe für Kinder mit einer seelischen Beeinträchtigung gemäß § 35a Abs. 1 SGB VIII sicherzustellenden angemessenen Hilfeleistung. Oberstes Anliegen des Landes Sachsen-Anhalt ist es, die Kinder so zu befähigen, dass diese eine Regeleinrichtung besuchen können, um dem Anspruch auf Inklusion der UN-Behindertenrechtskonvention, d. h. auf gleichberechtigte Teilhabe bzw. Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Ansprechpartner sind hier die örtlich zuständigen Sozial- und Jugendämter.

g) Integration

Auch Kindern mit Migrationshintergrund soll ein chancengleicher Start in ihre Bildungsbiografie ermöglicht werden. Dabei kommt es vor allem auf frühzeitige, individuelle und bedarfsgerechte Angebote zur Sprachförderung an, denn wie zahlreiche Studien zur Bildungsteilhabe von Kindern mit Migrationshintergrund zeigen, sind ausreichende Sprachkenntnisse im deutschen Schulsystem Voraussetzung für ein erfolgreiches Absolvieren der Schullaufbahn. Sprache ist ein zentrales Medium für die Aufnahme, Verarbeitung und Weitergabe von Informationen. Sie ist eine wesentliche Grundlage für soziale Interaktion und für die Gestaltung der individuellen Umwelt. Fehlende Kenntnisse der deutschen Sprache verhindern, dass sich Kinder entsprechend ihrer eigentlichen intellektuellen Fähigkeiten und Begabungen entwickeln. In erster Linie gilt dies für Kinder aus Zuwandererfamilien, für die Deutsch nicht die Muttersprache ist. Gleichzeitig sind sprachliche Verarmung und sprachliche Defizite zunehmend auch in Familien ohne Zuwanderergeschichte festzustellen. Eine gering ausgeprägte Sprachkompetenz kann die gesamte Bildungsbiographie eines Kindes beeinträchtigen - bis hin zu fehlenden oder geringeren Bildungsabschlüssen, Problemen in der Ausbildung, mangelnden Chancen auf dem Arbeitsmarkt und fehlenden Grundlagen für eine gelungene soziale Integration.

Die meisten Bundesländer haben Instrumente der Sprachstandserhebung zwei Jahre vor Einschulung für alle Kinder eingeführt, um Entwicklungsstände einzuschätzen und individuelle Sprachförderung anbieten zu können. Sachsen-Anhalt hat die Erhebungen nach nur zwei Durchläufen bereits 2012 wieder abgeschafft, nachdem das Instrument „Delfin-4“¹⁶⁴ als wenig geeignet kritisiert wurde. Zur Einführung waren jedoch in allen Kindereinrichtungen Erzieherinnen und Erzieher im Hinblick auf Sprachstandsfeststellung und -förderung qualifiziert und sensibilisiert worden, wodurch die Sprachförderung im Kita-Alltag verbessert wurde. Auch das 2013 überarbeitete und nunmehr für alle Kitas verbindliche Bildungsprogramm „Bildung elementar – Bildung von Anfang an“ gibt der Sprachentwicklung einen großen Stellenwert und bietet damit viele Anknüpfungspunkte für eine engagierte

¹⁶⁴ Diagnoseprogramm von Prof. Fried, Lilian, Technische Universität Dortmund, Fakultät 12 Erziehungswissenschaften und Soziologie: D = Diagnostik, E = Elternarbeit, F = Förderung, i = in, N = NRW;

Sprachförderung in den Kindereinrichtungen. Auch das vom Bund initiierte Modellprojekt „Schwerpunkt Kitas Integration und Sprache“ unterstützt Sprachförderung in den Kitas im Land Sachsen-Anhalt.

h) Nutzung der Kindertageseinrichtungen

Nach Angaben des Statistischen Landesamtes stieg die Zahl der Kinder unter 3 Jahren in Kindertagesbetreuung zum 01.03.2013 gegenüber dem Vorjahr leicht an. Der Anstieg fiel damit moderater aus als in den Vorjahren. Obwohl bereits ein hohes Niveau bei der Kindertagesbetreuung erreicht war, stieg die Betreuungsquote (Anteil der in Kindertageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege betreuten unter 3-Jährigen an allen Kindern dieser Altersgruppe) jährlich an und erreichte mit 57,7 Prozent im März 2013 fast das Doppelte des Bundesdurchschnittes von 29,3 Prozent. In den westdeutschen Bundesländern lag der Durchschnitt bei 24,2 Prozent. Von den 3- bis unter 6-Jährigen wurden 96 von 100 Kindern in einer Tageseinrichtung oder von einer Tagesmutter bzw. -vater betreut. Auch hier stieg die Betreuungsquote zwischen den Jahren 2006 und 2012 ständig an. Im März 2013 wurden 456 Kinder mehr betreut als ein Jahr zuvor. Trotz insgesamt wachsender Teilhabe an frühkindlicher Bildung bleibt dabei die Partizipation von Kindern mit Migrationshintergrund unterdurchschnittlich: sie besuchen seltener und in einem geringerem Zeitrahmen Kindereinrichtungen als Kinder ohne Migrationshintergrund.¹⁶⁵ Von den 0- bis 6-Jährigen, die im Frühjahr 2013 eine Kindertageseinrichtung besuchten, waren lediglich 9,8 Prozent Kinder mit Migrationshintergrund.

i) Investitionen

Um im Land Sachsen-Anhalt die Förderung, Bildung, Betreuung und Erziehung in Kindertageseinrichtungen zu sichern und den demografischen Herausforderungen der nächsten Jahre gerecht zu werden, hat das Land seit 1991 knapp 153 Mio. Euro für den qualitativen Ausbau der Kinderbetreuung investiert. Bis 2014 werden gemeinsam mit der EU insgesamt 41,9 Mio. Euro, davon im Rahmen des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) 20,4 Mio. Euro und des Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raumes (ELER) 21,5 Mio. Euro sowie des Programms STARK III¹⁶⁶ weitere 42,3 Mio. Euro, an Fördermitteln für Investitionsmaßnahmen zur Verfügung stehen.

Aus Bundesmitteln stehen dem Land für den Krippenausbau 52,3 Mio. Euro zur Verfügung. Im Rahmen der Umsetzung des Gesetzes zur zusätzlichen Förderung von Kindern unter drei Jahren in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege wurden dem Land Sachsen-Anhalt vom Bund für die Jahre 2013 und 2014 weitere Mittel i. H. v. 14,9 Mio. Euro für den Krippenausbau zur Verfügung gestellt. Davon werden 11,1 Mio. Euro für 38 Maßnahmen direkt durch die Landkreise und kreisfreien Städte ausgezahlt. 3,8 Mio. Euro werden zur Ko-finanzierung von STARK III/ ELER-Maßnahmen eingesetzt. Darüber hinaus flossen aus dem Konjunkturprogramm II insgesamt 33,52 Mio. Euro für die Sanierung und Modernisierung in 60 Kindertageseinrichtungen des Landes. Das Land und die Kommunen beteiligten sich jeweils mit 4,19 Mio. Euro an der Finanzierung.

8.2.2 Kinder- und Jugendhilfe

Sachsen-Anhalts Politik für Kinder und Jugendliche orientiert sich eng an den Interessen und Bedürfnissen der jungen Generation. Unter Berücksichtigung dieser Interessen sollen junge

¹⁶⁵ Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 5. Bildungsbericht: Bildung in Deutschland 2014, S.244

¹⁶⁶ Förderprogramm des Landes Sachsen-Anhalt zur energetischen Modernisierung und Sanierung von Kindertageseinrichtungen und Schulen inkl. barrierefreier Erschließung

Menschen zu aktiver Mitgestaltung angeregt werden. Weiter gilt es, ihre soziale Kompetenz und entsprechendes Engagement zu fördern sowie dafür Sorge zu tragen, dass alle Kinder und Jugendlichen die vielfältigen Angebote wahrnehmen und sich in ihrer Persönlichkeit weiter entwickeln können. Eine Politik, die auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet ist und Eigeninitiative sowie Mitgestaltung fördert, muss insofern aber insbesondere auch jenen Kindern und Jugendlichen Hilfen anbieten, die sich in einer schwierigen Lebenssituation befinden oder sozial benachteiligt sind. Dies gewährleistet das Land mit vielfältigen Angeboten im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe.

Der Förderung der Entwicklung und Erziehung junger Menschen zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit sowie der Unterstützung der Erziehungsverantwortung der Eltern und dem Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl dienen dementsprechend weitere Leistungen nach dem SGB VIII, die von den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe – den kreisfreien Städten und Landkreisen – sowie von Trägern der freien Jugendhilfe gewährt werden. Die örtlichen Träger tragen darüber hinaus die Verantwortung für eine bedarfs- und qualitätsgerechte Leistungserbringung. Außerdem obliegt ihnen zu diesem Zweck gemäß § 79 Abs. 1 SGB VIII die Jugendhilfeplanung inkl. der hierzu notwendigen Angebote, Dienste und Einrichtungen. Die Verantwortung des Landes besteht gemäß § 74 SGB VIII insbesondere in der Anregung und Förderung der Tätigkeit der örtlichen Träger sowie der Unterstützung eines gleichmäßigen Ausbaus der Einrichtungen und Angebote.

Die Leistungen der Jugendhilfe umfassen neben den insbesondere im Abschnitt 8.1.1, Buchstaben d, e, f und i genannten familienbezogenen Leistungen sowie der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege, die Förderung der Jugendarbeit und der Jugendverbände, der Jugendsozialarbeit und des Jugendschutzes sowie der Hilfen zur Erziehung. Einen ausführlichen Überblick insbesondere über die Leistungen des Landes auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendhilfe in Sachsen-Anhalt liefert der von der Landesregierung nach § 16 Abs. 1 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes des Landes Sachsen-Anhalt (KJHG-LSA) zu fertigende Kinder- und Jugendbericht. Dieser ist dem Landtag in der Mitte einer jeden Wahlperiode vorzulegen und umfasst einen Bericht über die Lage junger Menschen und die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Er soll als eine Grundlage für die Erstellung der Jugendhilfeplanung des Landes dienen. Ferner stellt er weitere Leistungen für Kinder und Jugendliche in Sachsen-Anhalt umfänglich dar und gibt einen Ausblick auf die Schwerpunkte der Kinder- und Jugendpolitik der Landesregierung für die nächsten Jahre. Spätestens drei Monate, bevor die Vorlage beim Landtag erfolgt, ist der Bericht dem Landesjugendhilfeausschuss zur Stellungnahme vorzulegen. Der neue Kinder- und Jugendbericht 2012 wird dem Landtag noch in der sechsten Legislaturperiode zugeleitet werden. Der vollständige Kinder- und Jugendbericht 2012 einschließlich der Stellungnahme des Landesjugendhilfeausschusses wird nach Vorlage beim Landtag dann ebenso wie der vorhergehende Bericht aus dem Jahr 2008 als PDF-Datei auf der Homepage des Landtags von Sachsen-Anhalt¹⁶⁷ verfügbar sein.

8.2.3 Multidimensionale Bedürfnis- und Problemlagen heranwachsender Jugendlicher

Multiproblemlagen von Kindern und Jugendlichen betreffen als individuelle Bedarfslagen zumeist die Schnittstellen leistungsrechtlicher Zuständigkeit und erfordern dementsprechend

¹⁶⁷ Landtag Sachsen-Anhalt; <http://www.landtag.sachsen-anhalt.de>

die Zusammenarbeit mehrerer Leistungsträger bei der Bedarfserkennung bzw. Diagnose und der Auswahl der hierfür passenden Leistungsgewährung bzw. Therapie.¹⁶⁸ Hier bedarf es folglich der professionellen Kooperation, um den betroffenen Familien zeitnah individuelle Hilfen aus einer Hand anbieten und erfolgreich vermitteln zu können. Multiproblemlagen bezeichnen dabei zumeist die Summe unterschiedlichster Problemfelder:

Tabelle 34: Multiproblemlagen Jugendlicher¹⁶⁹

Problemfeld	Indizien
Individuelle Problemwahrnehmung der Jugendlichen	Beziehungen, Status, Lebensunterhalt/Lebensstandard, verpflichtende Teilnahme an Schule, Ausbildung
Schule	Schulversagen, Schulabstinenz, Verhaltensauffälligkeiten, besonderer Förderbedarf
Jugendhilfe	soziale Benachteiligung, erzieherischer Bedarf, seelische Beeinträchtigung bzw. davon bedroht
Arbeit	Vermittlungshemmnisse, Maßnahmenabbrüche, Schulden, psychosoziale Probleme, Suchtverhalten
Justiz	delinquent, tatverdächtig, straffällig
Gesundheitswesen	Erkrankung, Selbst-/Fremdgefährdung
Eingliederungshilfe	physische oder psychische Beeinträchtigung, chronische Erkrankung

Im Folgenden werden dementsprechend insbesondere die Problembereiche der Schulabbrecherinnen und -abbrecher, der Schulsozialarbeit, der Sucht bzw. des Drogenkonsums sowie der Jugendkriminalität behandelt werden.

a) Schulsozialarbeit

ESF-Programm „Schulerfolg sichern“

Mit der Umsetzung des ESF-Programms „Schulerfolg sichern“ bis zum 31.07.2015 verfolgt das Land Sachsen-Anhalt seit dem Schuljahr 2008/2009 das Ziel, die Quote von Schülerinnen und Schülern, die keinen Sekundarstufen I–Abschluss (mindestens Hauptschulabschluss) erreichen, zu senken sowie diesen Rückgang durch frühzeitige Prävention und Intervention langfristig und nachhaltig abzusichern. Um eine nachhaltige Senkung des vorzeitigen Schulabbruchs bzw. der Quote von Schülerinnen und Schüler, die keinen Hauptschulabschluss erreichen und damit eine Verringerung von Schulversagen zu erzielen, wurden und werden verschiedene strategische Linien auf verschiedenen Ebenen umgesetzt:

- Insgesamt arbeiten 14 regionale Netzwerkstellen gegen Schulversagen unter Beteiligung öffentlicher und freier Träger der Jugendhilfe, der Schulen, der Schulaufsicht, der Schulverwaltungsämter und örtlicher Beratungs- und Unterstützungsangebote.
- Quantitativ werden insgesamt rund 48.000 Schülerinnen und Schüler über die Arbeit der regionalen Netzwerke und die bedarfsorientierte Schulsozialarbeit erreicht. Dies entspricht ca. 15 % der Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler im Land Sachsen-Anhalt.

¹⁶⁸ Der Paritätische Sachsen: „Jugendliche mit Multiproblemlagen in der offenen und mobilen Jugendarbeit“ – Info 3. Jugendbericht, statistische Befunde, konzeptionelle Zugänge, 11.11.2008, Hartmut Mann, Folie 4-5; <http://www.mja-sachsen.de/mja-sachsen/fachtag11112008/jugendbericht-mann.pdf>

¹⁶⁹ ebd., Folie 6;

- Ausgehend vom Schuljahr 2004/2005 wird das Ziel verfolgt, die Zahl der Jahrgangswiederholungen von Schülerinnen und Schülern um 50 % zu verringern.

Um präventiv die beschriebenen Zielgruppen der Heranwachsenden zu erreichen, werden die Kooperation und Vernetzung von Unterstützungssystemen im Rahmen von lokalen und schulischen Aktivitäten intensiviert. Aufgabe der Netzwerkstellen ist es, unter Einbeziehung von Kindertagesstätten, Schulen (aller Schulformen), Schulträgern, Schulaufsicht, kommunalen Einrichtungen, öffentlichen Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, Familienberatungsstellen und weiteren Beratungs- und Unterstützungsprojekten in der jeweiligen Region frühzeitig präventiv und intervenierend mit einem zu entwickelnden, abgestimmten Gesamtkonzept bei sich abzeichnenden bzw. aufgetretenen Schulproblemen von Kindern und Jugendlichen tätig zu werden. Je nach regionalen Gegebenheiten haben die Netzwerkstellenkoordinatoren die Aufgabe, ein abgestimmtes Vorgehen zwischen den zu beteiligenden Akteuren zu entwickeln und die Erarbeitung von Zielvereinbarungen zu initiieren. Dabei sind konkrete Vereinbarungen zu treffen und qualifizierte Unterstützungsformen zielorientiert zu entwickeln.

Der Schwerpunkt innerhalb des ESF-Programms liegt auf einer bedarfsorientierten Förderung von Schulsozialarbeitsprojekten an Einzelschulen. Bei der Schulsozialarbeit im Rahmen dieses Programms geht es um die Förderung und Integration von Kindern und Jugendlichen zum Ausgleich sozialer Benachteiligung und zum Ausgleich bzw. zur Überwindung individueller Beeinträchtigungen. Schulsozialarbeit ist dabei ein eigenständiges Handlungsfeld der Jugendhilfe, das mit der Schule in formalisierter und institutionalisierter Form kooperiert. Schule hat dabei ihre inner- und außerunterrichtlichen Regelaufgaben in fachgerechter Qualität wahrzunehmen. Es besteht mittlerweile Konsens unter den handelnden Akteuren im Land Sachsen-Anhalt, dass eine erfolgreiche Tätigkeit im Rahmen der Schulsozialarbeit die Institution Schule und die darin unterrichtenden Lehrkräfte als professionelle Kooperationspartner erfordert. Schulsozialarbeit bedarf insbesondere der Unterstützung durch die Lehrkräfte, denn nur dort, wo Lehrkräfte und Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen konstruktiv, partnerschaftlich und dialogisch zusammenarbeiten, können die Zielsetzungen von Schulsozialarbeit verwirklicht werden. Dazu adaptiert Schulsozialarbeit Methoden und Grundsätze der Sozialen Arbeit auf das System Schule. Gefördert werden sozialpädagogische Projekte an Schulen aller Schulformen, an denen ein nachgewiesener Bedarf für Schulsozialarbeit besteht. Schulsozialarbeit setzt sich dabei zum Ziel, Kinder und Jugendliche im Prozess des Erwachsenwerdens zu begleiten, sie bei einer sinnvollen Lebensgestaltung zu unterstützen und ihre Kompetenzen zur Bewältigung von persönlichen und/ oder sozialen Problemen zu fördern.

In diesem Sinne unterstützt die Schulsozialarbeit die Schule bei der Verwirklichung ihres Erziehungs- und Bildungsauftrages und die Eltern bei der Wahrnehmung von Erziehungsaufgaben. Sie fördert die Entfaltung, Erweiterung und Verbesserung von Kompetenzen bei Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und Eltern, wie z.B.

- die Bewältigung von Konflikten
- die Erweiterung von sozialen Kompetenzen
- die Gewaltvermeidung
- die Unterstützung von Lernkompetenzen
- die Verbesserung der Kompetenzen zur Freizeitgestaltung.

Schulsozialarbeit beinhaltet ergänzend sowohl korrektiv interventive als auch präventive Aufgaben und Zielsetzungen.

Zusätzlich zu oben genannten Netzwerkaktivitäten und bedarfsorientierter Schulsozialarbeit an Einzelschulen werden seitens des Kultusministeriums weitere Einzelmaßnahmen innerhalb von Schulen, schulübergreifend und außerhalb von Schulen im Rahmen des ESF-Projektes umgesetzt:

- individuelle Förderung von Schülerinnen und Schülern, z. B. spezifische Maßnahmen zur Förderung von Jungen und Mädchen sowie von ausländischen Schülerinnen und Schülern, Förderkurse für versetzungsgefährdete Schülerinnen und Schüler, Kurse in der unterrichtsfreien Zeit
- bedarfsorientierter Einsatz zusätzlichen Personals für die Diagnostik an Schulen und für notwendige Clearingverfahren
- bedarfsorientierte Fortbildungen für Lehrkräfte z. B. zum Thema „Frühzeitiges Erkennen von Schulversagen, Möglichkeiten der Prävention und der individuellen Förderung“, „Berücksichtigung der Heterogenität der Lernenden“, Tandem-Fortbildungen für Lehrkräfte und Schulsozialarbeiterinnen/ Schulsozialarbeiter, Beratungslehrkräfte
- Erarbeitung und Vorstellung von Arbeitsmaterialien für Lehrkräfte, z. B. best practice Erläuterungen, Handreichungen zur Thematik
- Umsetzung von Konzepten zur Veränderung der Lehr- und Lernkultur.

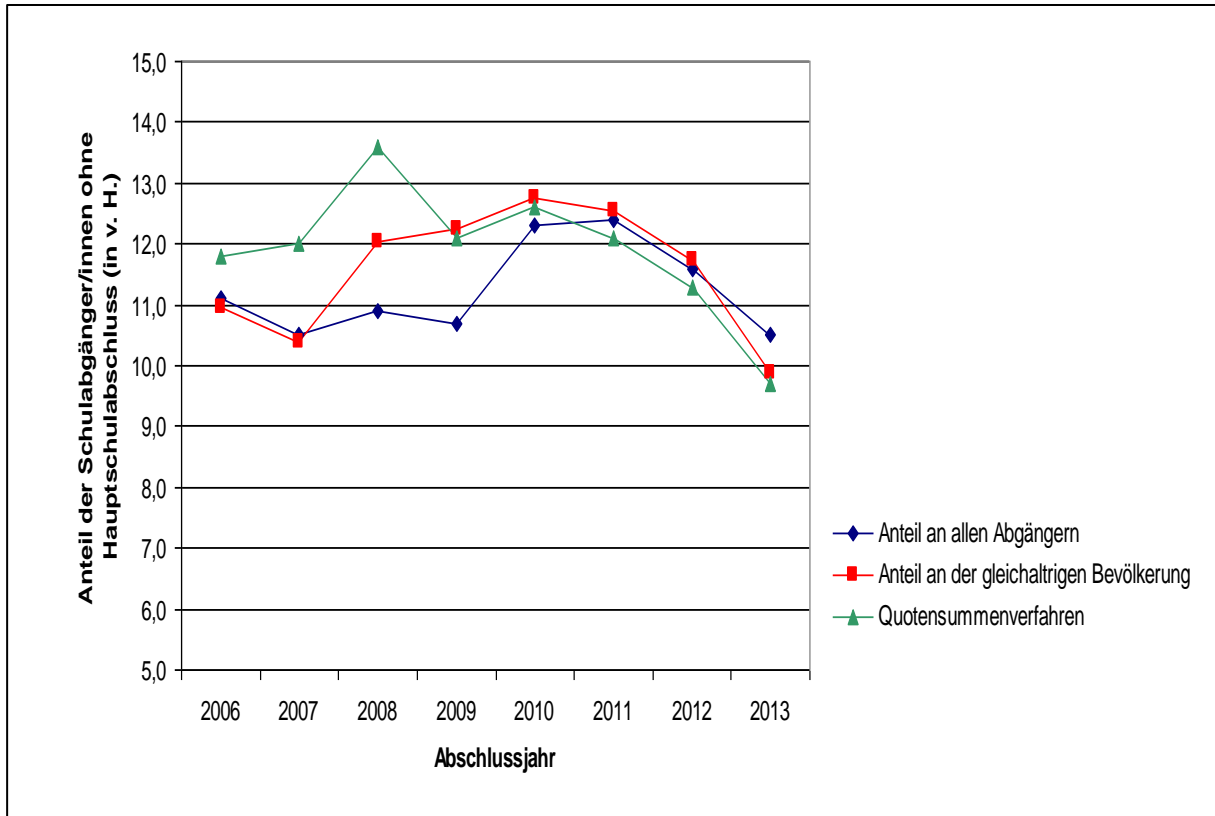
Die Fortsetzung eines ESF-Programms mit dem Schwerpunkt Schulsozialarbeit (einschließlich Netzwerkstellen, bildungsbezogene Projekte, Koordinierungsstelle) ist in der neuen Förderperiode ab dem 01.08.2015 geplant. Bis zum 31.07.2015 werden alle jetzt laufenden Projekte aus Mitteln der laufenden Förderperiode fortgeführt.

b) Schulabbrecherquote

Das Statistische Landesamt Sachsen-Anhalt erfasst jährlich statistische Daten über die am Ende eines Schuljahres an den allgemein bildenden Schulen Sachsen-Anhalts erreichten Schulabschlüsse.¹⁷⁰ Die Entwicklungsverläufe des Anteils der Schulabgängerinnen und Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss steht dabei besonders im Blickfeld der Öffentlichkeit. Die vorliegenden Ergebnisse der Schuljahresendstatistik 2013 ergeben, dass der Anteil der Abgängerinnen und Abgänger ohne Hauptschulabschluss im Vergleich zum Vorjahr nochmals deutlich gesunken ist:

¹⁷⁰ StaLa, Statistische Berichte „Bildung/Allgemeinbildende Schulen; http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen/Statistische_Berichte/index.php?category=6B102

Abbildung 6: Abgänger/innen ohne Hauptschulabschluss 2006 - 2013¹⁷¹



Kooperation Jugendhilfe und Schule

Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Schule ist eine zukunftsweisende Aufgabe. Sie ist für die Jugendhilfe in § 81 SGB VIII gesetzlich verankert. Für die Schulseite findet sich eine Verpflichtung in § 1 Schulgesetz LSA. Vor dem Hintergrund der genannten gesetzlichen Vorgaben sowie eines zunehmenden ganzheitlichen Bildungsverständnisses, einer deutlich höheren Bedeutung der vorschulischen Bildungsförderung, der Ganztags- und Gemeinschaftsschulentwicklung und der Verpflichtung zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule haben sich in den letzten Jahren die regionalen bzw. örtlichen Strukturen der Kooperation von Jugendhilfe und Schule weiter entwickelt und stabilisiert. Die Diskussion um kommunale Bildungslandschaften, die zum Ziel haben, die Angebote aller Einrichtungen und Dienste von Bildung, Erziehung und Betreuung aufeinander abzustimmen und aufeinander aufbauen zu lassen, stehen in engem Zusammenhang mit diesen Entwicklungen. Die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule ist seit langem in vielen Handlungsfeldern inzwischen gewachsene Praxis. Die Kooperation hängt aber sehr oft vom persönlichen Engagement Einzelner ab. Fach- und Lehrkräfte agieren häufig nebeneinander statt miteinander. Um gemeinsam Bildungsprozesse zu gestalten, muss das Ziel eine verbesserte Kooperationskultur sein.

Jugendhilfe und Schule stehen in gemeinsamer Verantwortung im Hinblick auf die Bildungs- und Zukunftschancen der Kinder und Jugendlichen in unserem Land. Der Auftrag der Schule wird durch Angebote der Jugendhilfe ergänzt, die die jungen Menschen bei der Entwicklung von persönlichen und sozialen Kompetenzen unterstützen. Zukünftig wird es entscheidend darauf ankommen, den Schul- und den Jugendhilfebereich noch stärker miteinander zu verzahnen um das gemeinsame Bildungsziel, die Förderung aller jungen Menschen, zu

¹⁷¹ Kultusministerium (MK) Sachsen-Anhalt, 2014

verwirklichen. Gelingendes Zusammenwirken dieser beiden Institutionen ist ein entscheidender Faktor für den Aufbau eines modernen Bildungs- und Erziehungssystems.

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben sowie eines zunehmenden ganzheitlichen Bildungsverständnisses haben sich in den letzten Jahren im Land Sachsen-Anhalt die Strukturen für die Kooperation von Jugendhilfe und Schule stabilisiert.

Seit dem Schuljahr 2008/2009 hat es einen deutlichen Anstieg von Kooperationsvereinbarungen zwischen Jugendhilfe und Schule gegeben. Innerhalb des ESF-Programms „Schulerfolg sichern! - Projekte zur Vermeidung von Schulversagen und zur Senkung des vorzeitigen Schulabbruchs“ kooperieren mittlerweile mehr als 200 Schulen ständig und viele weitere Schulen punktuell mit öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe in allen Regionen des Landes. Dennoch wurde bereits im Jahr 2012 eingeschätzt, dass der aus dem Jahr 2006 stammende Kooperationsvertrag "Vereinbarung und Empfehlungen zur Kooperation zwischen Schule und Kinder- und Jugendhilfe" nicht mehr die realen Gegebenheiten im Land widerspiegelt und die zwischenzeitlichen positiven Entwicklungen in der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule so umfassend sind, dass eine Aktualisierung bzw. Überarbeitung der Vereinbarung erforderlich ist.

Die drei Kooperationspartner haben im Jahr 2013 eine Überarbeitung der Vereinbarung vorgenommen und diese im November 2013 den Landtagsausschüssen Arbeit und Soziales bzw. Bildung und Kultur zur Kenntnis gegeben. Die neue Vereinbarung, deren Unterzeichnung am 08. Mai 2014 stattfand, soll zur Vertiefung der Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Säulen des Erziehungs- und Bildungswesens beitragen. Mit der Umsetzung der Vereinbarung durch die Unterzeichnenden sollen sowohl die Zusammenarbeit auf der Landesebene intensiviert als auch die Kooperation der Träger vor Ort von landespolitischer Ebene aus gestützt und befördert werden. Kooperation vor Ort soll erreichen, dass auf der einen Seite verstärkt sozialpädagogische Kompetenzen in die Schule getragen werden und auf der anderen Seite alternativ zur Schule Angebote sowie außerschulische Angebote im Rahmen der Kooperationen zwischen Schule und Trägern der Jugendarbeit, Jugendverbandsarbeit und Jugendsozialarbeit entstehen. Schwerpunkte bilden dabei Maßnahmen, die der Persönlichkeitsentwicklung junger Menschen dienen und so im Sinne der Primärprävention wirken.

Schule sowie die Träger der Jugendarbeit, Jugendverbandsarbeit und Jugendsozialarbeit haben gemeinsam mit den Personensorgeberechtigten das Ziel, die Erziehung und Bildung junger Menschen zu fördern. Dabei bestehen insbesondere die folgenden Möglichkeiten zur Umsetzung dieses Anliegens durch:

- Kooperation bei der Einrichtung, Durchführung und Beratung von schulischen und außerschulischen Bildungs- und Freizeitangeboten (Kooperationsformen z.B. Angebote im Nachmittagsbereich, Projektwochen, Projektstage; Kooperationsthemen z.B. Maßnahmen der Demokratiebildung, erlebnispädagogische Maßnahmen, Kreativangebote, Maßnahmen zur Stärkung des Klassenzusammenhalts, inhaltliche und thematische Angebote zu weiteren jugendrelevanten Themen),
- Kooperation bei der Unterstützung von Schüler/innenzeitungen,
- Kooperation beim Aufbau von Schüler/innengruppen mit allgemeinen und spezifischen Interessen (z.B. Schüler/innengruppen im Zusammenhang mit Schule ohne Rassismus – Schule mit Courage)
- Kooperationen im sportlichen Bereich

- Kooperationen mit musisch und kulturellem Schwerpunkt
- Kooperationen mit konfessionell gebundenem und überkonfessionellem Angebot (z.B. Räume der Stille, Schulgottesdienste)
- Kooperation im Bereich interkulturelle Bildung (z. B. Integrationsarbeit im Klassenverband, Beratung und Unterstützung von Jugendlichen, Lehrkräften und Eltern)
- Kooperation bei der Unterstützung von Schüler/innenvertretungen (z.B. Ausbildung, Begleitung)
- Kooperation beim Aufbau und Begleitung eines Schulsanitätsdienstes,
- Kooperation bei der Etablierung von Streitschlichter/innenprogrammen zur Bewältigung von Konflikten im Schulalltag
- Kooperation bei der Unterstützung und Beratung von Kindern und Jugendlichen in Übergangssituationen bzw. an Schnittstellen ihres Bildungsweges (z. B. Angebote zur Berufswahl und Berufsfindung),
- Unterstützung und Vermittlung in Beratung von Kindern und Jugendlichen in besonderen Problemlagen (z.B. Schulversagen, Schulverweigerung, gesundheitliche Defizite),
- Kooperation bei der Elternarbeit (z.B. thematische Angebote bei Elternabenden),
- Kooperation bei der Aus,-Fort- und Weiterbildung von Lehrkräften sowie weiteren schulischen Mitarbeiter/innen

Kooperationsmöglichkeiten bestehen dabei sowohl zur Umsetzung eines Ganztagschulprogramms in der primären Verantwortung von Schule als auch zur Ergänzung eines schulischen Angebotes. Dabei soll die fachliche Unabhängigkeit der Kooperationspartner unabhängig von dem funktionalen Zusammenhang der Kooperation gewährleistet sein.

c) Sucht /Drogenkonsum

Die Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA)

Ein wichtiger Partner der Landesregierung und Akteur im Bereich Suchtprävention ist die Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA). Sie ist ein Fachausschuss der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt e.V. (LIGA FW). Zu den wesentlichen Aufgaben der LS-LSA gehört die Förderung und Koordination von Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe. Die LS-LSA bündelt die jeweiligen Erkenntnisse und Anforderungen aus den Praxisfeldern der Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention ihrer Arbeitskreise und Gremien. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Zusammenarbeit und der Erfahrungsaustausch mit relevanten Berufsgruppen, Institutionen, Organisationen, Behörden und fachlich zuständigen Ministerien wie dem Ministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Kultusministerium, die mit diesem Sachgebiet befasst sind. Das Land Sachsen-Anhalt fördert die LS-LSA für ausgewählte Aufgaben. Hierzu gehören die Koordination der Suchtprävention, zu der auch der Bereich der Frühintervention an Schulen und in der Ausbildung gerechnet wird, die Koordination der EBIS-Dokumentation für alle anerkannten Suchtberatungsstellen, die Leitung des AK „Legale Suchtmittel“ für das Landesgesundheitsziel „Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt“ sowie die Koordination der Regionalmittel der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Mitteldeutschland (MD) und der DRV Bund.

Strukturen der Suchtprävention in Sachsen-Anhalt, Suchtberatungsstellen und Regionale Fachstellen für Suchtprävention¹⁷²

Suchtprävention gehört zum Arbeitsauftrag aller anerkannten Suchtberatungs- und -behandlungsstellen. Ihr Angebotsspektrum ist begrenzt auf die Beratung im Krisenfall (z. B. Drogenvorfall in der Schule) und für betroffene Jugendliche, Info-Veranstaltungen zum Thema „Sucht“ und die punktuelle Projektunterstützung.¹⁷³ In sieben Landkreisen und Kreisfreien Städten Sachsen-Anhalts arbeiten insgesamt acht Fachstellen für Suchtprävention.¹⁷⁴ Neben der direkten Arbeit mit gefährdeten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen konzentriert sich der zweite Schwerpunkt auf die Arbeit mit unmittelbaren Bezugspersonen aus den Bereichen Familie, Schule, Kinder- und Jugendhilfe, berufliche Ausbildung, Sport und Freizeit. Da Suchtvorbeugung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, gilt es, möglichst alle wichtigen Akteurinnen und Akteure frühzeitig zu sensibilisieren und für ihren Beitrag zur Suchtprävention fit zu machen. Obgleich sich die konkreten Angebote der Fachstellen entsprechend der jeweiligen Schwerpunktsetzungen dabei im kommunalen Netzwerk unterscheiden, arbeiten alle Fachstellen für Suchtprävention in Sachsen-Anhalt nach einem einheitlichen Rahmenkonzept bzw. nach einheitlicher Aufgabenbeschreibung mit folgenden Prinzipien:

- Nachhaltigkeit und Ganzheitlichkeit: Multiplikatorenschulung, Befähigung von Systemen; „Kunde“ ist das Setting (Schule, Jugendhilfe, Betrieb etc.) sowie
- Arbeit im kommunalen Netzwerk: Projekte werden gemeinsam entwickelt und umgesetzt.

Dementsprechend werden die Strategien und Projekte zur Suchtprävention längerfristig angelegt, orientieren sich an aktuellen Qualitätsstandards und beziehen auch die Erfahrungswerte aus den bereits evaluierten Projekten¹⁷⁵ aktiv in die laufende Arbeit mit ein. Die Fachstellen für Suchtprävention sind außerdem an den jeweiligen regionalen Suchtberatungsstellen angegliedert, so dass bei Bedarf die passende Hilfe gleich zur Hand sein kann.¹⁷⁶

Beauftragte und Ansprechpartnerinnen und -partner für Suchtprävention der Landkreise und kreisfreien Städte¹⁷⁷

Alle Kommunen haben zudem eigene Beauftragte bzw. Ansprechpartnerinnen und -partner für Suchtprävention benannt, die dort eine Lotsenfunktion für alle an Suchtprävention interessierten Dienste, Einrichtungen und Akteurinnen sowie Akteure wahrnehmen und je nach vorhandenen Ressourcen auch selbst Projekte initiieren bzw. bestehende regionale Aktivitäten vernetzen:

Internationaler Schulwettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens „Be Smart - Don't Start“

Der Herausforderung, die Rauchquote wesentlich zu senken, stellt sich seit 1999 der Arbeitskreis zum Landesgesundheitsziel „Legale Suchtmittel“ unter Federführung der

¹⁷² Portal der Fachstellen für Suchtprävention Sachsen-Anhalt; www.fachstellen-suchtpraevention-lsa.de

¹⁷³ ebd.; <http://www.la-suchtfragen-lsa.de/arbeitsfelder/suchtvorbeugung-und-fruehintervention/#fach>

¹⁷⁴ ebd.; http://www.la-suchtfragen-lsa.de/data/mediapool/fachstellen_sp_lkrs_karte_04_13.pdf

¹⁷⁵ "Prev(at)WORK", "FrED (Frühintervention bei Erstauffälligen Drogenkonsumierenden)", „Auf dem Weg zur ‚rauchfreien‘ Schule“, „Be Smart - Don't Start“, KlarSicht-Parcours zu Alkohol und Tabak, „HaLT - Hart am Limit“ u.a.

¹⁷⁶ Portal der Fachstellen für Suchtprävention Sachsen-Anhalt; <http://www.la-suchtfragen-lsa.de/presse/>

¹⁷⁷ ebd.; http://www.la-suchtfragen-lsa.de/data/mediapool/beauftr_sp_sachst_270214.pdf

Landesstelle für Suchtfragen. Als Fachausschuss der LIGA verfügt die Landesstelle über landesweite Kooperationsbeziehungen zu allen Trägern und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der Suchtprävention. Zudem arbeitet die Landesstelle eng mit dem Gesundheitsministerium und auch mit dem Kultusministerium zusammen.¹⁷⁸ „Gesetzliche Maßnahmen (wie z. B. die Erhöhung der Tabaksteuer, die Regelungen im Jugendschutzgesetz zum Rauchen in der Öffentlichkeit und nicht zuletzt das seit dem 01.01.2008 in Sachsen-Anhalt in Kraft getretene Nichtraucherschutzgesetz) allein reichen nicht aus. Damit Menschen bereit sind, sich an gesetzliche Regelungen zu halten, müssen sie die Regeln verstehen und sie für sich im Großen und Ganzen sinnvoll finden und akzeptieren. Hier stellt neben dem Projekt zur „Rauchfreien Schule“ der Wettbewerb BE SMART – DON'T START ein wirksames Instrument für die erzieherische Arbeit an den Schulen dar.“¹⁷⁹ Mit diesem Wettbewerb, der in Sachsen-Anhalt erstmals im Schuljahr 2006 / 2007 startete, werden zugleich mehrere Ziele verfolgt. So soll das Thema „Nichtrauchen“ in die Schulen getragen und für Schülerinnen und Schüler attraktiv gemacht werden. Gleichzeitig wird darüber versucht, den Einstieg in das Rauchen bei nicht rauchenden Schülerinnen und Schülern zu verzögern oder bestenfalls sogar zu verhindern. Im Idealfall sollen diejenigen Schülerinnen und Schüler, die bereits mit dem Rauchen experimentieren, zur Aufgabe des Zigarettenkonsums oder wenigstens zu stark vermindertem Rauchen bewegt werden. Darüber hinaus soll die Durchführung begleitender gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Klasse angeregt werden.

Im Vergleich der Bundesländer war Sachsen-Anhalt im Schuljahr 2010/2011 zum dritten Mal das erfolgreichste Bundesland beim Anteil der erfolgreichen Klassen. In den teilnehmenden Schulen entwickelte sich der Wettbewerb zu einer „Erfolgsstory“, denn im November 2010 hatten sich 173 Klassen aus 62 Schulen für den Wettbewerb angemeldet. Das war eine Schule weniger, aber 36 Schulklassen mehr als im Vorjahr.¹⁸⁰ In Kooperation mit den Betriebskrankenkassen (BKK) Landesverband Mitte und mit der Unterstützung durch das Kultusministerium Sachsen-Anhalt konnte die LS-LSA auch für das Schuljahr 2011/2012 landesweit wieder allen interessierten Schulklassen der Klassenstufen 5-8 die Teilnahme an diesem bundesweiten Wettbewerb des IFT Nord ermöglichen. In Sachsen-Anhalt gab es im Schuljahr 2011/2012 etwa 385 weiterführende Schulen, womit sich fast jede sechste der weiterführenden Schulen in Sachsen-Anhalt am Wettbewerb beteiligt hatte. Im Vergleich der Bundesländer war Sachsen-Anhalt erneut eines der erfolgreichsten Bundesländer beim Anteil der erfolgreichen Klassen (Sachsen-Anhalt: 71 Prozent, der Bundesdurchschnitt lag bei 67 Prozent). Insgesamt haben 3.234 Schülerinnen und Schüler am Wettbewerb teilgenommen. Das waren etwa 300 weniger als im Vorjahr mit 3.542. Erfolgreich waren die Schulklassen, die es geschafft haben, sechs Monate nicht zu rauchen und dies durch monatliche Rückmeldekarten zum IFT-Nord belegen konnten. In Sachsen-Anhalt waren hierbei 115 Klassen mit insgesamt 2.373 Schülerinnen und Schülern erfolgreich. Darunter waren 22 Sekundarschulen, 22 Gymnasien, sieben Förderschulen sowie drei Gesamtschulen. 29 Schulklassen waren zum zweiten oder sogar zum dritten oder vierten Mal dabei. Auch die höheren Klassenstufen machen erfolgreich mit. Bei den erfolgreichen

¹⁷⁸ Portal der Fachstellen für Suchtprävention Sachsen-Anhalt; http://www.ls-suchtfragen-lsa.de/data/mediapool/111025_broschuere_be_smart_schulische_suchtpraevention_net.pdf

¹⁷⁹ LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt e.V.: „Rauchfrei Leben – Schule mach(t) mit! - 5 Jahre BE SMART – DON'T START in Sachsen-Anhalt“, S. 9; http://www.ls-suchtfragen-lsa.de/data/mediapool/111025_broschuere_be_smart_schulische_suchtpraevention_net.pdf

¹⁸⁰ Vgl. ebd., S. 14f;

Klassen war dieses Jahr die Klassenstufe sieben mit 37 Klassen (43 Prozent) am häufigsten vertreten.¹⁸¹

Im Schuljahr 2012/2013 gab es in Sachsen-Anhalt etwa 380 weiterführende Schulen, wovon sich über 20 Prozent am Wettbewerb beteiligt hatten. Für den Wettbewerb hatten sich im November 2013 erneut 176 Klassen aus 77 Schulen angemeldet, wobei zahlreiche Schulen diesmal mit mehreren Klassen (zum Teil bis zu 10 Klassen pro Schule) mit insgesamt 3.505 Schülerinnen und Schüler am Wettbewerb teilnahmen und von November 2013 bis April 2014 auf Zigaretten verzichteten. Mit einer Erfolgsquote von 66 Prozent erzielten die Schulklassen aus Sachsen-Anhalt damit wieder ein gutes Ergebnis.¹⁸²

Ausgewählte Aspekte von Sucht und Drogenkonsum

Alkoholmissbrauch

Eines der größten Probleme in Sachsen-Anhalt ist der Konsum legaler Drogen wie Alkohol und Tabak. Gerade bei Heranwachsenden sind die Gesundheitsgefährdung und das Risiko einer Entwicklung von Abhängigkeit besonders groß. Daten zum Alkoholkonsum bzw. Alkoholmissbrauch liegen für Sachsen-Anhalt nicht vor. Ein Indiz für die Morbidität ist z. B. die Anzahl der Behandlungsfälle im Krankenhaus. Die Anzahl der F10-Behandlungsfälle im Krankenhaus aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol bzw. akuter Intoxikation (akuter Rausch) stieg bundesweit in allen Altersgruppen und insbesondere bei den unter 25-Jährigen.

Tabelle 35: Anzahl der F10-Behandlungsfälle (Alkohol/ akuter Rausch) in Sachsen-Anhalt nach Alter 2000, 2008 bis 2011¹⁸³

Altersgruppen	Jahr				
	2000	2008	2009	2010	2011
insgesamt	54.041	109.283	114.520	115.436	116.517
darunter					
unter 15 Jahre	2.256	4.533	4.354	4.109	4.181
15 bis unter 25 Jahre	11.144	31.551	33.356	33.622	34.340

Entwicklung der Fallzahlen von Crystal Konsumenten in anerkannten Suchtberatungsstellen

Im Zusammenhang mit der Problematik des Konsums illegaler Drogen ist ein zunehmendes und berechtigtes öffentliches Interesse am Thema „Crystal Konsum“ zu verzeichnen. In einigen Bundesländern, so auch in Sachsen-Anhalt, berichten die Suchtberatungsstellen von steigenden Konsumentenzahlen. Die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung sowie körperlicher Schäden ist beträchtlich. Die LS-LSA hat eigene Erhebungen durchgeführt bzw. die vorhandenen Statistiken ausgewertet. Alle anerkannten Suchtberatungsstellen in

¹⁸¹ Vgl.: LS-LSA: „Sachbericht 2012“. S. 11f; http://www.ls-suchtfragen-lsa.de/data/mediapool/sb_12_ges_mgv_fin.pdf

¹⁸² Portal der Fachstellen für Suchtprävention Sachsen-Anhalt; <http://www.ls-suchtfragen-lsa.de/presse/>

¹⁸³ Vgl.: Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA), Fachausschuss der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege: „Sucht im Alter in Sachsen-Anhalt.“ Bei der LS-LSA werden entsprechende Statistiken und Informationen geführt und ausgewertet und bei Bedarf zur Verfügung gestellt. http://www.ls-suchtfragen-lsa.de/data/mediapool/zuarbeit_ka_6-8077-sucht_im_alter_oe.pdf

Sachsen-Anhalt¹⁸⁴ dokumentieren elektronisch – koordiniert durch die LS-LSA – mit EBIS, dem einrichtungsbezogenen Informationssystem.¹⁸⁵ In diesem System werden keine Betreuungen bei Crystal Problemen, sondern nur die umfassendere Gruppe der Betreuungen bei Stimulanzienproblemen nach ICD 10 F15¹⁸⁶ erfasst. Wie aus der nachfolgenden Abbildung zu erkennen ist, erfolgte v.a. im Bereich der F15 Stimulanzien landesweit ein besonders starker Anstieg hinsichtlich der Anzahl der Betreuungen in den Suchtberatungsstellen von 435 Beratungen in 2011 auf 688 in 2012 und 1.065 im Jahr 2013. Weitgehend konstant blieb dagegen der Beratungsbedarf bzgl. Cannabis (F12) und Halluzinogenen (F16).

Tabelle 36: Betreuungen bei Stimulanzienproblemen nach ICD 10 F15 durch anerkannte Suchtberatungsstellen landesweit 2007 bis 2013¹⁸⁷

Konsumarten (Anzahl)	Jahr				
	2007	2009	2011	2012	2013
F11 Opioide	905	909	803	713	649
F12 Cannabinoide	818	938	888	869	860
F14 Kokain	174	163	129	108	109
F15 Stimulanzien (inkl. Crystal)	141	215	435	688	1.065
F16 Halluzinogene	4	4	3	3	3
insgesamt	2.042	2.229	2.258	2.381	2.686

Wie der nachfolgenden **Abbildung 7** zum Alter der Betreuten mit der Diagnose ICD 10 F 15 zu entnehmen ist, zeigt sich in allen Altersgruppen eine Zunahme des Stimulanzienkonsums. Im Jahr 2012 waren erstmals auch unter 14-Jährige wegen Crystal Problemen in der Beratung erfasst worden.

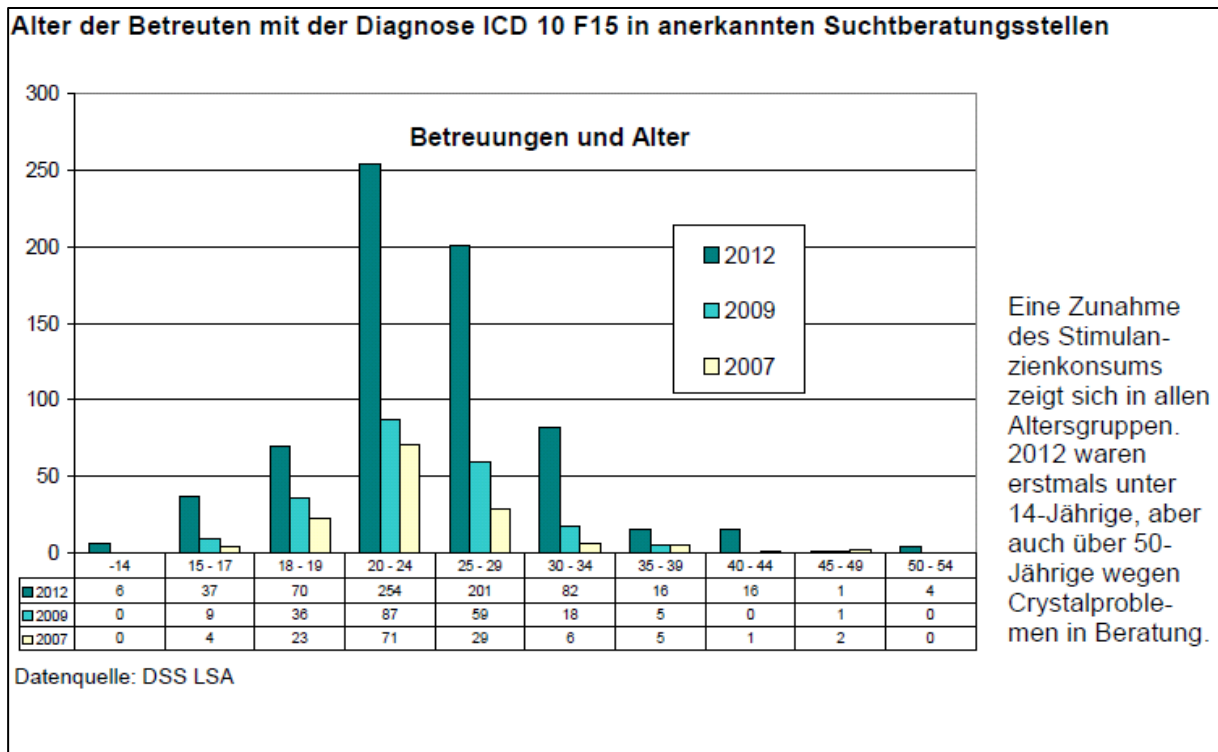
¹⁸⁴ Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt, Adressliste aller Suchtberatungsstellen; http://www.ls-suchtfragen-lsa.de/data/mediapool/info_allg_sbb_web.pdf

¹⁸⁵ Erfasst wird der deutsche Kerndatensatz, der über die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) am Institut für Therapieforschung München (IFT) an die Europäische Beobachtungsstelle Drogen und Drogensucht (EBDD) mit Sitz in Lissabon geliefert wird.

¹⁸⁶ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein. Hierzu gehören Amphetamine, Ecstasy bzw. MDMA, Crystal (Methamphetamin), aber auch Koffein.

¹⁸⁷ Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA), Fachausschuss der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege: „Die Droge Crystal im Spiegel der Betreuungen an anerkannten Suchtberatungsstellen in Sachsen-Anhalt. Aktualisierung 26.06.2014, S. 1; http://www.ls-suchtfragen-lsa.de/data/mediapool/260614_crystal_programm_5_oe_1.pdf

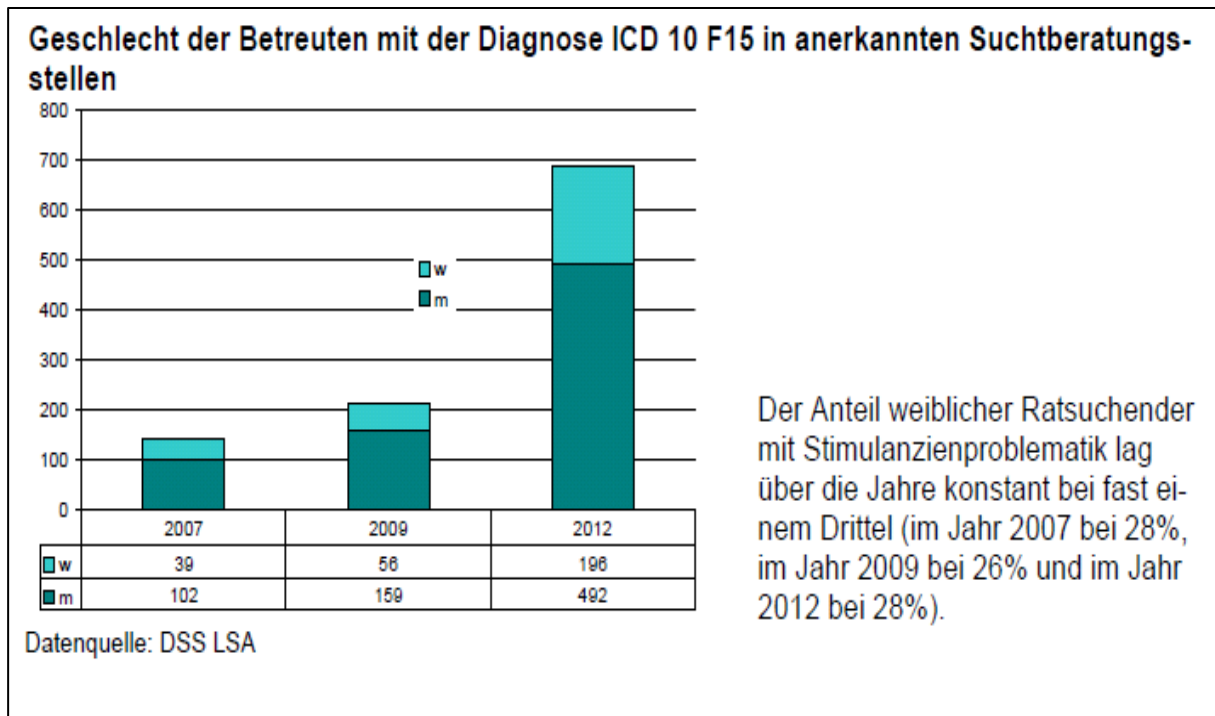
Abbildung 7: Altersverteilung der Betreuten mit Stimulanzienkonsum¹⁸⁸



Bezogen auf das Geschlecht der Betreuten liegt folgende Übersicht der LS-LSA vor. Danach hielt sich der Anteil weiblicher Ratsuchender mit Stimulanzienproblematik in den vergangenen Jahren weitgehend konstant bei einem Drittel.

¹⁸⁸ Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA), Fachausschuss der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege: „Die Droge Crystal im Spiegel der Betreuungen an anerkannten Suchtberatungsstellen in Sachsen-Anhalt. Aktualisierung 26.06.2014, S. 2; Übersicht der Deutschen Suchthilfestatistik für Sachsen-Anhalt (DSS LSA)

Abbildung 8: Anteil der Betreuten in Suchtberatungsstellen nach Geschlecht¹⁸⁹



Die Notwendigkeit zu eingehender Befassung mit der Crystal Problematik wurde in Sachsen-Anhalt ab dem Jahr 2010 deutlich, nachdem insbesondere Praktikerinnen und Praktiker aus anerkannten Suchtberatungsstellen sowie Fachstellen für Suchtprävention über eine erhebliche Zunahme der Beratungsanfragen sowohl durch Betroffene als auch durch Eltern und Multiplikatoren berichteten. Dies nahm die LS-LSA zum Anlass, anhand einer Abfrage für die Jahre 2011 und 2012 den Anteil der Crystal-Betreuungen an den Betreuungen bei Stimulanzienkonsum zu ermitteln. Der Anteil an Crystal-Klientel an Klientel mit der Diagnose ICD 10 F15 betrug:

- im Jahr 2011 etwa 38 Prozent, das entspricht etwa 241 Personen,
- im Jahr 2012 etwa 54 Prozent, das entspricht etwa 549 Personen und
- im ersten Trimester 2013 etwa 82 Prozent, das entspricht etwa 537 Personen.¹⁹⁰

Allerdings erfolgte hier keine Differenzierung nach Alter oder Geschlecht. Wie in der nachfolgenden **Tabelle 37** erkennbar wird, ergibt sich dabei differenziert nach Landkreisen und Kreisfreien Städten, dass die Verbreitung der Droge Crystal in praktisch allen Landkreisen und kreisfreien Städten in zunehmendem Umfang erfolgt.

¹⁸⁹ Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA), Fachausschuss der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege: „Die Droge Crystal im Spiegel der Betreuungen an anerkannten Suchtberatungsstellen in Sachsen-Anhalt. Aktualisierung 26.06.2014, S. 1

¹⁹⁰ Vgl.: Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage KA 6/8031, S. 5, <http://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp6/drs/d2445gak.pdf>; Aus Datenschutzgründen können die Angaben hier nicht bezogen auf einzelne Suchtberatungsstellen aufbereitet werden. Die LS-LSA weist darauf hin, dass die Daten vorsichtig zu interpretieren sind (Es handelt sich um Schätzwerte; nicht alle Suchtberatungsstellen haben sich an der Befragung beteiligt).

Tabelle 37: Betreuung bei Stimulanzienproblematiken nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Sachsen-Anhalt 2011 bis 2013¹⁹¹

Kreisfreie Städte Landkreise Land	Stimulanzienbetreuungen – Fallzahlen insg. (Crystal)					
	Jahr					
	2011		2012		2013	
	Fälle insg.	davon Crystal	Fälle insg.	davon Crystal	Fälle insg.	davon Crystal
Altmarkkreis-Salzwedel	ca. 30	-	ca. 30	2	5	3
Anhalt-Bitterfeld ¹⁹²	-	-	111	104	161	161
Börde	21	5	22	11	69	27
Burgenlandkreis	106	71	126	109	123	116
Harz	110	39	165	81	196	103
Jerichower Land	62	3	75	12	104	45
Mansfeld-Südharz ¹⁹³	-	-	-	-	-	-
Saalekreis und Stadt Halle (Saale) ¹⁹⁴	165	-	288	-	388	378
Salzlandkreis	21	18	40	38	106	104
Stendal	10	6	8	5	12	7
Wittenberg	34	26	62	55	91	81
Dessau-Roßlau	35	27	46	44	58	57
Magdeburg	61	19	79	41	95	67
Sachsen-Anhalt	655	214	1.052	502	1.408	1.149

d) Jugendkriminalität /Projektansätze i. R. Täter-Opfer-Ausgleich (Fall- u. Kostenentwicklung)

Insgesamt betrachtet hat sich die Zahl der tatverdächtigen Jugendlichen in Sachsen-Anhalt in den vergangenen Jahren kontinuierlich verringert. So betrug die Anzahl an Jungtatverdächtigen im Jahr 2009 noch 18.305 Jugendliche und verminderte sich im darauffolgenden Jahr um 1.827 auf 16.478. Im Jahr 2011 erfolgte ein erneuter Rückgang um 1.613 Tatverdächtige. Wie aus der nachfolgenden Grafik zu erkennen ist, fiel dagegen der Rückgang von nur 566 Verdächtigen im Jahr 2012 vergleichsweise gering aus. Im Jahr 2013 sank die Zahl der tatverdächtigen Jugendlichen um weitere 1.545 auf nur noch 12.754. Dies entspricht einem nochmaligen Rückgang bei der Jugendkriminalität in Bezug auf den Anteil der Jungtatverdächtigen im Vorjahr 2012 um 18 Prozent.¹⁹⁵

¹⁹¹ Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA), Fachausschuss der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege: „Die Droge Crystal im Spiegel der Betreuungen an anerkannten Suchtberatungsstellen in Sachsen-Anhalt. Aktualisierung 26.06.2014, S. 3f; http://www.ls-suchtfragen-lsa.de/data/mediapool/260614_crystal_programm_5_oe_1.pdf

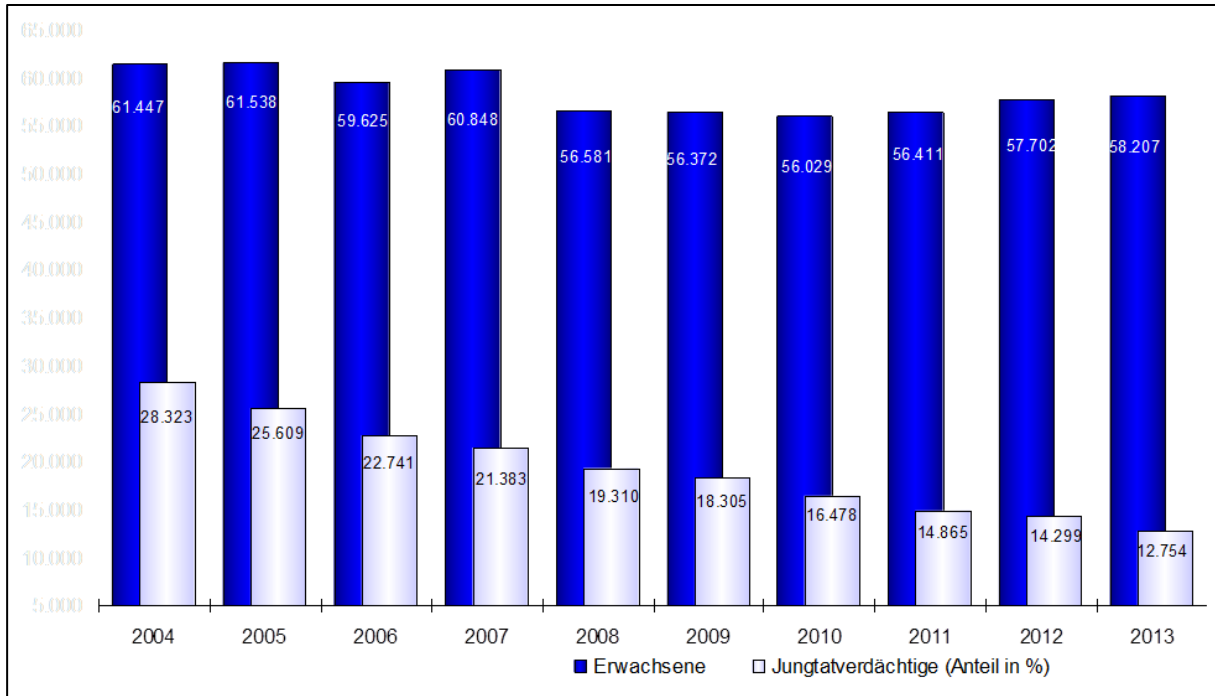
¹⁹² Aufgrund von Trägerwechsel Daten erst ab 2012 komplett.

¹⁹³ Wegen des Träger- und Personalwechsels waren keine Angaben erhältlich. Es erfolgten aber zunehmend Betreuungsanfragen wegen Crystalkonsums.

¹⁹⁴ Die Angaben müssen Regionen bezogen betrachtet werden, da neben der dort ansässigen auch die anerkannten Suchtberatungsstellen in Halle Leistungen für den Saalekreis erbringen und keine gesonderte Erfassung für die Gebietskörperschaften erfolgt.

¹⁹⁵ Ministerium für Inneres und Sport, (MI), Pressekonferenz v. 06.03.2014: „Polizeiliche Kriminalstatistik 2013“, Folie 2

Abbildung 9: Entwicklung der Anzahl der Tatverdächtigen¹⁹⁶

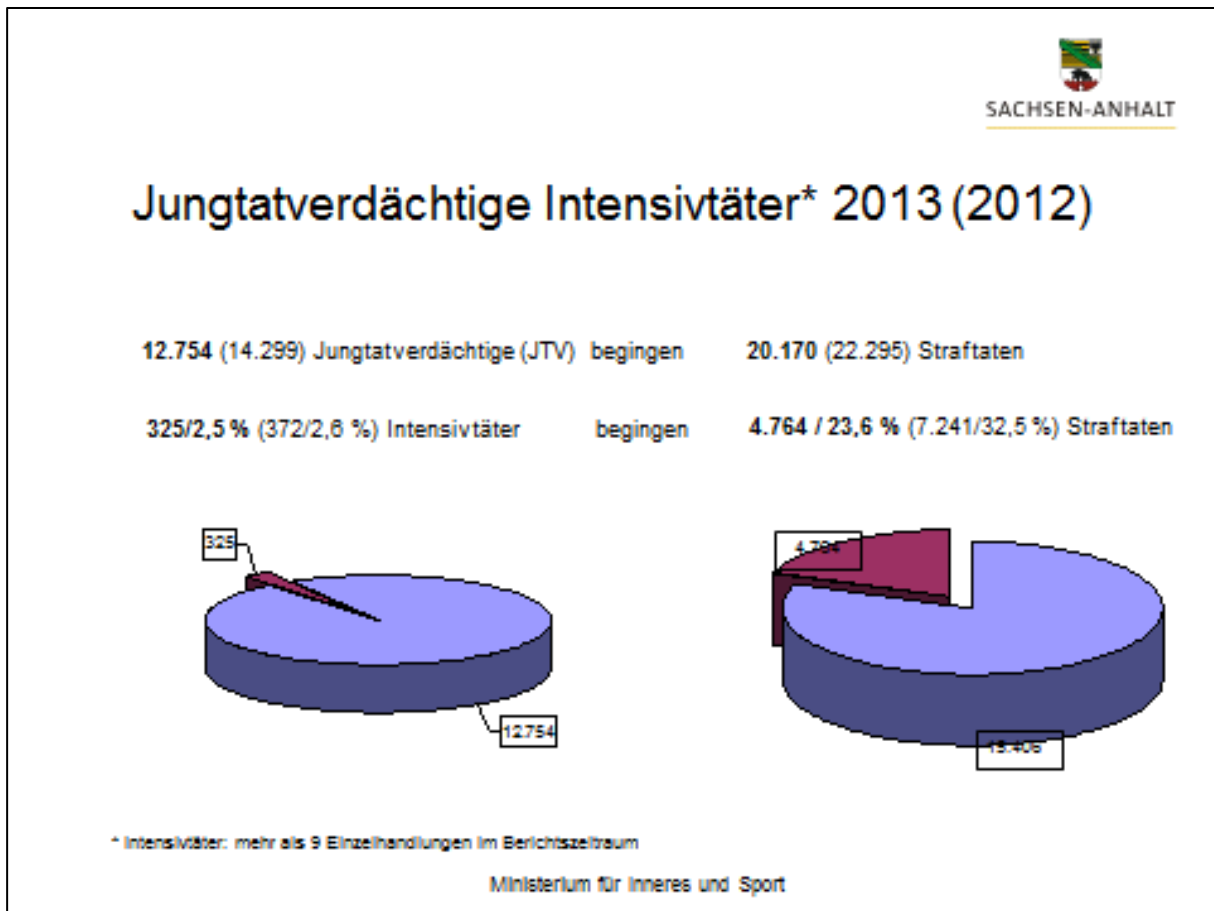


Auch hinsichtlich der begangenen Straftaten ist ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten. Im Jahr 2013 verübten 12.754 Jungtatverdächtige (JTV) 20.170 Straftaten. Im Jahr 2008 waren demgegenüber noch 31.451 Straftaten begangen worden. Die Anzahl der Intensivtäterinnen und -täter darunter betrug 325 oder 2,5 Prozent, die mit 4.764 Straftaten einen Anteil von 23,6 Prozent an allen Straftaten dieser Altersgruppe begingen. 2012 waren 14.299 JTV für 22.295 Straftaten verantwortlich, wobei der Anteil der Intensivtäterinnen und -täter hier mit 372 wiederum 2,6 Prozent betrug. Die hierbei begangenen 7.241 Straftaten entsprechen einem Anteil von 32,5 Prozent aller JTV- Straftaten. 2011 begingen 14.865 JTV noch 23.584 Straftaten. Darunter befanden sich 411 Intensivtäterinnen und -täter bzw. 2,8 Prozent, die insgesamt 6.501 Straftaten verübten, also 27,6 Prozent der JTV- Straftaten.¹⁹⁷

¹⁹⁶ Ministerium für Inneres und Sport, (MI), Pressekonferenz v. 06.03.2014: „Polizeiliche Kriminalstatistik 2013“, Folie 7

¹⁹⁷ Vgl.: MI, „Polizeiliche Kriminalstatistiken“ 2009 – 2013 unter: <http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/landespolizei/landeskriminalamt/informationstatistik/polizeil-kriminalstatistik/>

Abbildung 10: Anteil von Intensivtäter/innen an Jungtatverdächtigungen¹⁹⁸



Auch innerhalb der einzelnen Altersgruppen und differenziert nach Geschlecht zeigt sich hier seit dem Jahr 2009 ein günstiger Gesamtverlauf. Aufgegliedert nach Alter und Geschlecht ergibt sich dabei folgendes Bild.¹⁹⁹ Sowohl hinsichtlich der Gesamtzahl der Jungtatverdächtigen als auch innerhalb einzelner Altersgruppen verringerte sich die Anzahl. Die größten Rückgänge verzeichnet hier im Betrachtungszeitraum 2009 bis 2013 die Gruppe der Heranwachsenden 18- bis unter 21-Jährigen. Während im Jahr 2009 hier noch 8.021 JTV verzeichnet wurden, waren es im Jahr 2013 lediglich noch 3.683 JTV, also 4.338 weniger über einen Zeitraum von über vier Jahren. Bezogen auf das Geschlecht erfolgte der größte Rückgang bei den männlichen JTV, die von 6.263 JTV in 2009 auf nur noch 3.683 JTV im Jahr 2013 kamen. Aber auch bei den Jugendlichen von 14 bis unter 18 Jahren war ein deutlicher Rückgang von 7.001 JTV in 2009 auf 4.968 JTV im Jahr 2013 zu verzeichnen, also um 2.033 JTV. Auch hier reduzierte sich der weitaus größere Anteil bei den männlichen JTV von 5.061 in 2009 auf 3.456 in 2013.

Insgesamt betrachtet ist die Zahl der weiblichen JTV zwar in allen Altersgruppen weitaus geringer, hier erfolgten aber eher moderate Rückgänge. So verringerte sich bei den Kindern bis unter 14 Jahren die weiblichen JTV von 908 in im Jahr 2009 lediglich auf 822 in im Jahr 2013. Bei den Jugendlichen von 14 bis unter 18 Jahren sank die Zahl von 1.940 im Jahr 2009 auf 1.512 im Jahr 2013. Bzgl. der Gruppe der Heranwachsenden 18- bis unter

¹⁹⁸ MI, Pressekonferenz v. 06.03.2014: „Polizeiliche Kriminalstatistik 2013“, Folie 8

¹⁹⁹ Vergleiche die Übersicht aus nachfolgender Tabelle Jungtatverdächtige nach Alter und Geschlecht

21-Jährigen betrug der Anteil weiblicher JTV im Jahr 2009 schließlich 1.758 und sank bis zum Jahr 2013 auf 1.286 weibliche JTV.²⁰⁰

Tabelle 38: Jungtatverdächtige nach Alter und Geschlecht 2009 bis 2013²⁰¹

Jahr	Anzahl unter 21-Jährige	Alter/ Geschlecht	Jungtatverdächtige gesamt	davon		
				unter 14 Jahre	14 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 21 Jahre
2009 ²⁰²	385.259	insgesamt	18.305	3.283	7.001	8.021
		davon männlich	13.699	2.375	5.061	6.263
		davon weiblich	4.606	908	1.940	1.758
2010 ²⁰³	368.897	insgesamt	16.478	3.314	6.236	6.928
		davon männlich	12.034	2.407	4.354	5.273
		davon weiblich	4.444	907	1.882	1.655
2011 ²⁰⁴	356.017	insgesamt	14.865	3.141	5.742	5.982
		davon männlich	10.728	2.233	3.971	4.524
		davon weiblich	4.137	908	1.771	1.458
2012 ²⁰⁵	344.586	insgesamt	14.299	3.205	5.543	5.551
		davon männlich	10.219	2.316	3.811	4.092
		davon weiblich	4.080	889	1.732	1.459
2013 ²⁰⁶	k. A.	insgesamt	12.754	2.817	4.968	4.969
		davon männlich	9.134	1.995	3.456	3.683
		davon weiblich	3.620	822	1.512	1.286

Bezogen auf die jeweiligen Deliktsbereiche ergeben sich im Betrachtungszeitraum 2010 bis 2013 auch innerhalb der einzelnen Deliktbereiche überwiegend günstigere Entwicklungen bzgl. des Anteils von Jungtatverdächtigen an der Gesamtzahl der jeweiligen Tatverdächtigen.²⁰⁷ Der größte Rückgang mit rund 10 Prozent zeigt sich in diesem Zeitraum im Bereich der Sachbeschädigung, der Gewalt- sowie der Straßenkriminalität. Lediglich im Bereich der Betäubungsmittelkriminalität ist ein leichter Zuwachs von 2012 auf 2013 um 1,5 Prozent zu verzeichnen, wie aus der folgenden Tabelle ersichtlich wird.

²⁰⁰ Vergleiche die Übersicht aus nachfolgender Tabelle Jungtatverdächtige nach Alter und Geschlecht.

²⁰¹ MS, eigene Darstellung, 2014 auf der Basis der Polizeilichen Kriminalstatistiken 2009 bis 2013

²⁰² Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2009, S 53; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/Jahrbuch_2009.pdf

²⁰³ Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2010, S. 35; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/2010_Jahrbuch.pdf;

²⁰⁴ Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2011, S. 35; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/2011_PKS-Jahrbuch.pdf;

²⁰⁵ Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2012, S. 33; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/Jahrbuch_2012.pdf;

²⁰⁶ Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2013, S. 15; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/Jahresabschluss_2013.pdf

²⁰⁷ D.h. Tatverdächtige insgesamt inkl. Erwachsenen.

Tabelle 39: Anteil jugendlicher Tatverdächtiger nach Deliktsbereichen 2010 bis 2013²⁰⁸

Merkmal		Jahr			
Deliktbereiche	Tatverdächtige (TV)	2010 ²⁰⁹	2011 ²¹⁰	2012 ²¹¹	2013 ²¹²
Diebstahl	TV gesamt	18.346	18.374	18.061	17.168
	davon jugendliche TV	5.787	5.487	5.179	4.487
	Anteil (%)	31,5	29,9	28,7	26,1
Sachbeschädigung	TV gesamt	7.400	6.731	6.784	5.970
	davon jugendliche TV	3.411	2.980	2.693	2.078
	Anteil (%)	46,1	42,3	39,7	34,8
Gewaltkriminalität	TV gesamt	5.897	5.575	5.623	4.993
	davon jugendliche TV	2.338	1.953	1.897	1.545
	Anteil (%)	39,7	35	33,7	30,9
Straßenkriminalität	TV gesamt	8.214	7.604	7.536	6.676
	davon jugendliche TV	3.762	3.193	2.961	2.342
	Anteil (%)	45,8	28,9	39,3	35,1
Betäubungsmittelkriminalität	TV gesamt	3.662	4.544	4.784	5.042
	davon jugendliche TV	1.058	1.065	1.127	1.266
	Anteil (%)	28,9	23,4	23,6	25,1

Altersdifferenzierte Betrachtung eingeleiteter Ermittlungsverfahren bei Jugendstrafsachen

Auch die Jahresbilanzen der Generalstaatsanwaltschaft von Sachsen-Anhalt aus den Jahren 2010 bis 2013 zeigen einen kontinuierlichen Rückgang der von ihr eingeleiteten Ermittlungsverfahren bei Jugendstrafsachen. Der Anteil jugendlicher und heranwachsender Beschuldigter an der Gesamtkriminalität betrug im Jahr 2013 nur noch 16,1 Prozent. Dies ist der niedrigste Wert seit Beginn der statistischen Erhebung (1993). Vor neun Jahren lag die Quote noch bei über 30 Prozent. Im Bereich der Kriminalität von Jugendlichen und Heranwachsenden spielten Eigentums- und Verkehrsdelikte (insbesondere Fahren ohne Fahrerlaubnis), Sachbeschädigungen sowie Körperverletzungsdelikte eine vorrangige Rolle. Wegen der Begehung schwerer Delikte und des Vorliegens von Haftgründen (insbesondere Flucht- und Wiederholungsgefahr) mussten im Jahr 2013 landesweit insgesamt 22 Jugendliche in Untersuchungshaft genommen werden. Dies ist der niedrigste Stand seit Beginn der Zählung im Jahr 2000.

²⁰⁸ MS, eigene Darstellung, 2014 auf der Basis der Polizeilichen Kriminalstatistiken 2009 bis 2013

²⁰⁹ Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2010, S. 238; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/2010_Jahrbuch.pdf;

²¹⁰ Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2011, S. 229; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/2011_PKS-Jahrbuch.pdf;

²¹¹ Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2012, S. 248; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/Jahrbuch_2012.pdf

²¹² Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2013, S. 142; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/Jahresabschluss_2013.pdf

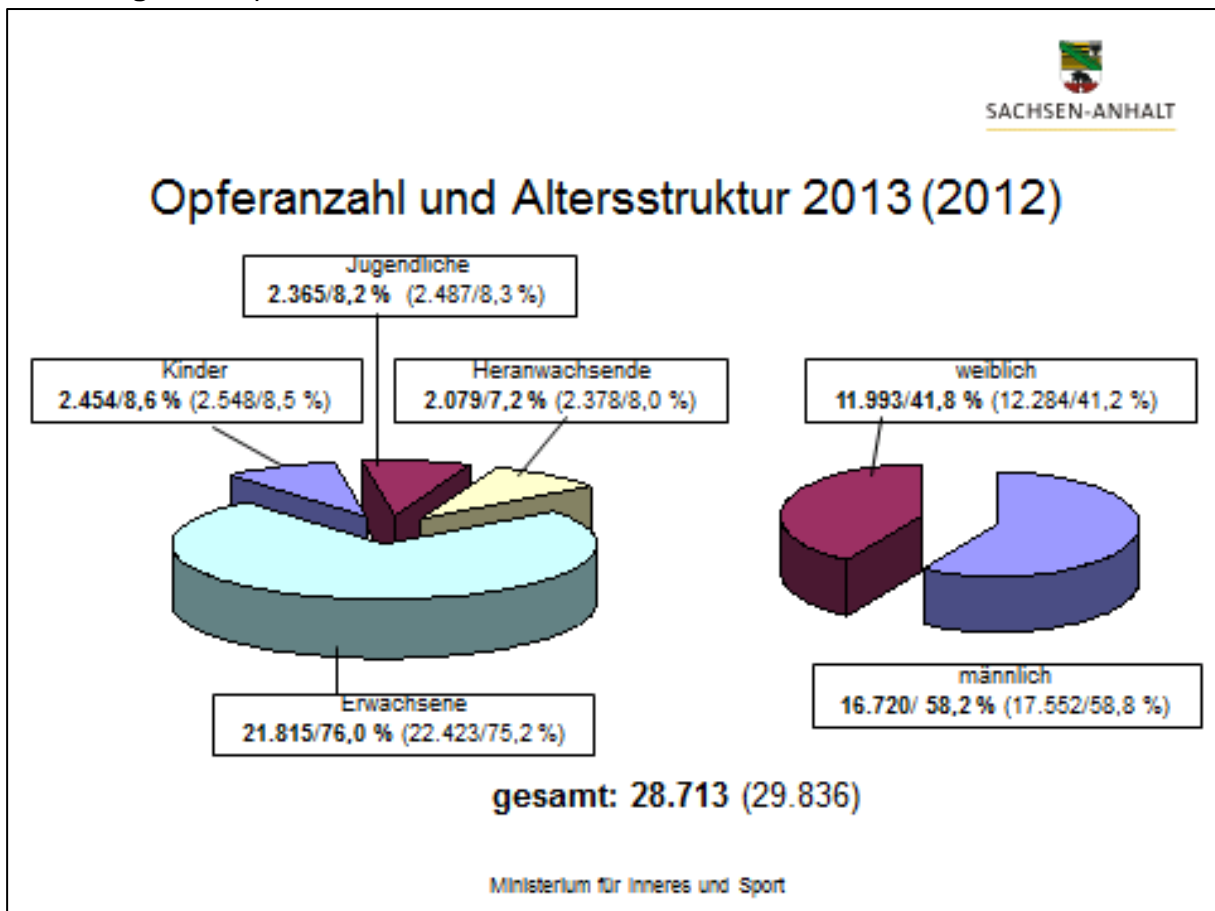
Tabelle 40: Eingeleitete Ermittlungsverfahren nach Altersgruppen 2009 bis 2013²¹³

Altersgruppen	Jahr					Veränderung 2009 – 2013 %
	2009	2010	2011	2012	2013	
	Anzahl					
Tatverdächtige insgesamt	168.174	157.498	156.375	155.370	152.589	-9,3%
davon						
Erwachsene (> 21 Jahre)	124.251	119.432	120.869	121.857	123.850	-0,3%
Heranwachsende (18-21 Jahre)	21.402	18.589	17.055	15.182	12.868	-39,9%
Jugendliche (14 -18 Jahre)	17.183	14.561	13.857	13.342	11.707	-31,9%
Kinder (< 14 Jahre)	5.338	4.906	4.594	4.989	4.164	-22,0%

e) Minderjährige Opfer

Die Gesamtzahl aller Opfer bei Straftaten betrug im Jahr 2012 insgesamt 29.836, wovon 5.035 Opfer minderjährig (2.548 Kinder) waren. Im Jahr 2008 lag die Opferzahl bei 30.256, davon waren 5.763 Opfer (2.319 Kinder) minderjährig. Das stellt einen Rückgang um 12,6 Prozent dar.

Abbildung 11: Opferzahlen und Altersstruktur 2012 - 2013²¹⁴



²¹³ MS, eigene Darstellung, 2014 auf der Basis der Polizeilichen Kriminalstatistiken 2009 bis 2013

²¹⁴ MI, Pressekonferenz v. 06.03.2014: „Polizeiliche Kriminalstatistik 2013“, Folie 9

Tabelle 41: Minderjährige und Jugendliche Opfer von Straftaten nach Alter 2009 bis 2013²¹⁵

Jahr	Altersgruppe 0 bis unter 21 Jahre	Opfer gesamt	davon		
			bis 14 Jahre	14 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 21 Jahre
			Anzahl		
2009 ²¹⁶	385.259	9.064	2.454	2.999	3.611
2010 ²¹⁷	368.897	8.075	2.462	2.716	2.897
2011 ²¹⁸	356.017	7.443	2.474	2.396	2.573
2012 ²¹⁹	344.586	7.413	2.548	2.487	2.378
2013 ²²⁰	k. A.	6.898	2.454	2.365	2.079

**f) Projektansätze im Rahmen des Täter-Opfer-Ausgleichs (TOA)
(Fall- und Kostenentwicklung) /**

Der TOA für Jugendliche und Heranwachsende gemäß Jugendgerichtsgesetz (JGG) wird in der Mehrzahl durch freie Träger durchgeführt, die im Landesprojekt TOA unter Leitung des Landesverbandes für Straffälligen- und Bewährungshilfe Sachsen-Anhalt e.V. zusammengeschlossen sind. In der Regel erfolgt die Finanzierung durch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe. In denjenigen Landgerichtsbezirken, in denen der Täter-Opfer-Ausgleich für Jugendliche und Heranwachsende bislang allerdings nicht durch die Jugendgerichtshilfe oder freie Träger durchgeführt wird, kann dieser alternativ durch den Sozialen Dienst der Justiz²²¹ wahrgenommen werden. In Sachsen-Anhalt sind folgende Freie Träger im Täter-Opfer-Ausgleich tätig:

- Cornelius – Werk Diakonische Dienste gGmbH
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Haldensleben e. V.
- Verein für Straffälligen- und Gefährdetenilfe für Anhalt e. V. Dessau-Roßlau
- Jugendförderungszentrum Gardelegen e. V.
- Verein „Hoffnung“ für Straffälligen- und Bewährungshilfe Halberstadt e. V.
- Arbeiter-Samariter-Bund e. V. Regionalverband Halle / Bitterfeld
- Verband für Straffälligenbetreuung und Bewährungshilfe e. V. Magdeburg
- Internationaler Bund e. V. - Bildungszentrum Naumburg
- Rückenwind Schönebeck e. V. Im Familienzentrum „Malzmühle“
- Sozialzentrum Bode e. V.
- Jukon e. V. Staßfurt
- Reso-Witt e. V. Wittenberg

²¹⁵ MS, eigene Darstellung, 2014 auf der Basis der Polizeilichen Kriminalstatistiken 2009 bis 2013

²¹⁶ Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2009, S 53; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/Jahrbuch_2009.pdf

²¹⁷ Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2010, S. 35; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/2010_Jahrbuch.pdf;

²¹⁸ Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2011, S. 35; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/2011_PKS-Jahrbuch.pdf;

²¹⁹ Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2012, S. 33; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/Jahrbuch_2012.pdf;

²²⁰ Polizeiliche Kriminalstatistik Land Sachsen-Anhalt, Jahresabschluss 2013, S. 15; http://www.polizei-web.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MI/Polizei/lka/pks/Jahresabschluss_2013.pdf

²²¹ Landesjournal, Sozialer Dienst der Justiz; <http://www.justiz.sachsen-anhalt.de/sozialer-dienst-der-justiz/rechtliche-grundlagen/>

Durch den Landesverband für Straffälligen- und Bewährungshilfe Sachsen-Anhalt e. V. werden alle Ergebnisse aus den regionalen TOA – Schlichtungsstellen erfasst und ausgewertet. Das Fallzahlenaufkommen in TOA-Fällen nach Jugendstrafrecht hat sich seit 2007 wie folgt entwickelt:

Tabelle 42: Fallzahlen Jugend-Täter-Opfer-Ausgleich (TOA) 2007 bis 2012²²²

Jahr	Anzahl der Fälle	davon durch Sozialen Dienst
2007	418	14
2008	374	11
2009	348	3
2010	346	8
2011	321	6
2012	348	9

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang insbesondere auf den engen Zusammenhang zwischen der jeweiligen Höhe der vom Land Sachsen-Anhalt gewährten Jugendpauschale gemäß § 31 KJHG LSA²²³ und der weiteren Entwicklung des Jugend-TOA, denn die kommunale Finanzierung des Jugend-TOA erfolgte bislang im Wesentlichen über diese Jugendpauschale.

8.3 Seniorinnen und Senioren (nachberufliche Lebensphase) einschließlich Wohn- und Teilhabegesetz des Landes Sachsen-Anhalt (WTG LSA)

Das neue Bild des Alters ist im Vergleich zur Wahrnehmung vorheriger Generationen deutlich attraktiver geworden und steckt voller neuer Chancen. Die sog. „Jungen Alten“ dieser älteren Generation verstehen sich heutzutage nicht als eine Randgruppe, vielmehr wollen diese aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, aktiv mitwirken und mitgestalten, in Planungen und Entscheidungen mit einbezogen werden. Das beweist auch ihr vielfältiges Engagement in den Seniorenvertretungen, in den Kommunen und auf Landesebene. Es ist Aufgabe der Politik, hierfür Strukturen vor Ort zu schaffen, damit sich ältere Menschen zusammen mit Menschen aller Generationen in ehrenamtliche und bürgerschaftliche Aktivitäten einbringen und sich gegenseitig unterstützen können. Völlig anders stellt sich dagegen die Lebenswirklichkeit der dauernd von Altersarmut bedrohten bzw. bereits massiv davon betroffenen Seniorinnen und Senioren dar, wenn zwischen dem Wunsch nach aktiver Teilnahme und Teilhabe einerseits und massiv fehlender finanzieller Absicherung im Alter andererseits eine scheinbar kaum zu überwindende Lücke klafft. Dieser Problematik wird im Abschnitt 14 (Drohende) Altersarmut dieses Berichts eingehend nachgegangen.²²⁴

Die Grundlage für den öffentlichen Diskurs über das ehrenamtliche Engagement älterer Menschen in Sachsen-Anhalt ist nach wie vor das Ende 2008 vom damaligen Ministerium für Gesundheit und Soziales vorgelegte Seniorenpolitische Programm „Aktiv und selbstbestimmt

²²² Entwurf des neuen Kinder- und Jugendberichtes der Landesregierung von Sachsen-Anhalt (Stand:29.05.2014, Fassung 39)

²²³ „Kinder- und Jugendhilfegesetz des Landes Sachsen-Anhalt vom 5. Mai 2000 (GVBl. LSA S. 236), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. Juli 2014 (GVBl. LSA Nr. 16/2014)

²²⁴ Siehe S. 237

– Altenhilfe und Pflege im Land Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2020²²⁵ Mit dem Seniorenpolitischen Programm soll ein Beitrag dazu geleistet werden, alle relevanten seniorenpolitischen Akteurinnen und Akteure zur Diskussion und zu nachhaltig angelegten Innovationen im Rahmen einer zukunftsorientierten Seniorenpolitik einzuladen und im konstruktiven Dialog mit den Gemeinden, den kreisfreien Städten und Landkreisen, den Vereinen, Initiativen, Verbänden, Sozialversicherungsträgern und Seniorenvertretungen gemeinsame Ziele und Maßnahmen zu verabreden. Ausgangspunkt ist darin die Annahme, dass eine moderne, aktive Seniorenpolitik mehr umfasst als bloß Altenhilfe und Pflege. Sie ist eine komplexe Querschnittsaufgabe, die alle politischen Bereiche betrifft und eröffnet folglich eine ressortübergreifende und interdisziplinäre Sicht auf alle gesellschaftlichen Belange. Seniorenpolitik findet einerseits auf Bundesebene und dort insbesondere im Hinblick auf die meisten Leistungsgesetze sowie schwerpunktmäßig vor Ort, auf der kommunalen Ebene statt. Im Hinblick auf den sich bereits vollziehenden demografischen Wandel hat die Landesregierung mit dem Seniorenpolitischen Programm frühzeitig auf die sich daraus ergebenden Veränderungsprozesse reagiert und entsprechende „Leitlinien“ beschlossen. Diese beschreiben prägnant die wesentlichen Handlungsfelder und formulieren Aufgaben, die für die zukünftige Gestaltung der Seniorenpolitik im Land Sachsen-Anhalt maßgeblich sind:

- Chancen und Potenziale des demografischen Wandels nutzen
- Soziale Infrastruktur ausbauen und Netzwerke schaffen
- Teilhabe und Bürgerschaftliches Engagement fördern
- Selbstbestimmtes Wohnen im Alter popularisieren
- Neue Wege in der Pflege gehen
- Gesund alt werden fängt früh an
- Mit der Wirtschaftskraft „Alter“ neue Potenziale erschließen.

Diese Leitlinien verstehen sich weniger als Maßnahmenkatalog, den es abuarbeiten gilt, sondern vielmehr als programmatische Ausrichtung der Seniorenpolitik im Land: Weg von der ausschließlich „versorgenden“ Sicherungspolitik gegen Altersrisiken hin zu einer umfassenden Nutzung der vielfältigen Potenziale des Alters und zu einer aktiven und selbstbestimmten Gestaltung des eigenen Lebens, orientiert an einem differenzierten Bild vom Alter und daraus abzuleitenden unterschiedlichen Lebenslagen sowie Bedürfnissen von Seniorinnen und Senioren in jeder Phase des Alters und unter Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten.

8.3.1 Chancen und Potenziale des demografischen Wandels nutzen

In Sachsen-Anhalt liegt der Anteil der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen heute bei 24,2 Prozent. Nach vorliegenden Prognosen ist davon auszugehen, dass sich dieser Anteil bis zum Jahr 2030 auf 36 Prozent erhöhen wird. Auch der Rückgang der Geburten führt dazu, dass der Anteil der Älteren im Verhältnis zu den Jüngeren deutlich zunimmt.²²⁶ Immer mehr Menschen werden gesund und ohne Beeinträchtigungen älter. Sie gewinnen erfüllte aktive Jahre. Für viele Ältere bedeutet dies nach dem Ausstieg aus dem Berufsleben bis zu 10, 20 und sogar 30 Jahre. Dieser Zugewinn an Lebenszeit und die positiven Potenziale älterer Menschen sind wertvoll für die gesamte Gesellschaft und zugleich der Schlüssel zu

²²⁵ Ministerium für Gesundheit und Soziales, Seniorenpolitisches Programm; http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Zielgruppen/Seniorinnen_und_Senioren/Bibliothek_Seniorinnen_und_Senioren/SeniorenPolitischesProgramm_WEBend.pdf

²²⁶ Vgl. Abschnitt 2.2

einem fortschrittlichen Umgang mit den Herausforderungen der Zukunft. Durch aktives Altern erhält zugleich auch die arbeitende, jüngere Generation eine Stütze, indem sie von den kostbaren Erfahrungen und Fähigkeiten älterer Menschen profitiert. Sachsen-Anhalt befindet sich im Umgang mit dem demografischen Wandel hier in einer Vorreiterrolle. Bei allen Bemühungen ist aber zu beachten, dass der Prozess des Alter(n)s bei Frauen und Männern körperlich, psychisch und sozial unterschiedlich verläuft. Frauen leben statistisch gesehen länger als Männer und die Tatsache, dass die Pflegenden in ihrer großen Mehrheit ebenfalls weiblich sind, offenbart weitere geschlechtsspezifische Aspekte des Alter(n)s. Der Landtag hat in seiner 12. Sitzung zu Drucksache 6/510 einen Beschluss gefasst, wonach die Landesregierung aufgefordert ist, ein sich auf alle Fachpolitiken des Landes beziehendes rahmengebendes Landesprogramm für ein geschlechtergerechtes Sachsen-Anhalt der Landesregierung zu erarbeiten. Gegenwärtig wird das Landesprogramm von allen maßgeblichen Akteurinnen und Akteuren unter abschließender Einbeziehung des Gender-Mainstreaming-Konzeptes, erarbeitet.

Die Lebensform älterer Menschen wird neben den finanziell-kulturellen Ressourcen und dem Gesundheitszustand maßgeblich durch das Bestehen und die Ausgestaltung ihrer sozialen Netzwerke bestimmt. Privilegiert sind hierbei Männer mit einer Partnerin, die in der Regel Kontakte mit Verwandten und befreundeten Ehepaaren organisiert. Allein lebende ältere Männer haben gegenüber allein lebenden älteren Frauen dagegen ein deutlich kleineres soziales Netzwerk. Unter solchen Netzwerken sind aber nicht nur die familiären Netzwerke zu verstehen. Es geht hier auch um Beziehungen, die Menschen in der Nachbarschaft zueinander pflegen sowie um professionelle Kontakte zwischen Trägern von Angeboten für Seniorinnen und Senioren, die den Dialog und das Miteinander der Generationen im Rahmen entsprechender Projekte unterstützen. So werden im Rahmen der „Richtlinie zur Förderung von Maßnahmen für die Gestaltung des demographischen Wandels und zur Förderung der Regionalentwicklung in Sachsen-Anhalt“ zum Beispiel Programme zur Qualifizierung von „Engagement-Lotsen im Stadtteil“ und für „Engagierte Nachbarn“ durch die Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen (LAGFA) Sachsen-Anhalt e.V.²²⁷ gefördert. Auch hat Sachsen-Anhalt als erfolgreichstes Bundesland den „Freiwilligendienst aller Generationen“ umgesetzt, mit dem sich vor allem Menschen nach der Berufsphase in einer verbindlichen Form engagieren konnten. Beispielhaft können die 22 Mehrgenerationenhäuser, die nach dem Aktionsprogramm „Mehrgenerationenhäuser II“ gefördert wurden, angeführt werden. Mehrgenerationenhäuser sind zentrale Begegnungsorte für Jung und Alt. Das Zusammenspiel der Generationen bewahrt Alltagskompetenzen sowie Erfahrungswissen, fördert die Integration und stärkt den Zusammenhalt zwischen den Menschen.

a) Soziale Infrastruktur ausbauen und Netzwerke schaffen

Aktives Altern braucht Rahmenbedingungen, die Gesundheit, Sicherheit und Partizipation ermöglichen, weshalb auch zukünftig die Soziale Infrastruktur weiter auszubauen und Netzwerke aufzubauen sind. Seniorinnen und Senioren in Sachsen-Anhalt möchten so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung selbstbestimmt leben und alt werden. Dieser Wunsch nach Selbstbestimmtheit der älteren Menschen trifft sich mit dem von der Landesregierung seniorenpolitisch vertretenen Grundsatz „ambulant vor stationär“.²²⁸

²²⁷ Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen in Sachsen-Anhalt; <http://www.lagfa-lsa.de/>

²²⁸ Vgl. hierzu Abschnitt 6.5

Um der demografischen Herausforderung im Hinblick auf die Zunahme der Zahl älterer Menschen und deren Bedürfnisse gerecht zu werden, müssen Wohn- und Betreuungsangebote und medizinische Versorgung verknüpft werden. Die Frage nach einer altersgerechten Gestaltung des Quartiers geht dabei deutlich über die Verbesserung rein baulicher Voraussetzungen hinaus. Erst das Zusammenspiel von baulichen Voraussetzungen und sozialen Strukturen ermöglicht in der Gesamtheit ein langes Verbleiben in der eigenen Wohnung und gesellschaftliche Teilhabe. Das im Jahr 2011 in Kraft getretene Wohn- und Teilhabegesetz (WTG LSA)²²⁹ schuf die dazu notwendige Grundlage, damit eine vielfältige Angebotslandschaft entstehen kann, die den Grundsatz „ambulant vor stationär“ nachhaltig durchsetzen kann. Seitdem konnten sich unterschiedlichste "neue Wohnformen" als mögliche Alternativen zu bisherigen Lebens- und Wohnstilen in den Stadtteilen bzw. Quartieren entwickeln und verbreiten, wie z. B. das Mehrgenerationenwohnen²³⁰ – also das selbständige Wohnen von älteren und jungen Menschen in einer Hausgemeinschaft, Alten-WG, Wohnen mit Service oder ambulante Wohngruppen – auch für demenziell erkrankte Menschen. Dazu sind quartiersbezogene Wohnkonzepte nach dem Vorbild der „Sozialen Stadt“ weiter zu entwickeln, die Generationenmischungen und den intergenerativen Dialog im Blick haben sowie vernetzte Lebensräume für alle Generationen entstehen lassen. Neben der gesicherten Versorgung mit altersgerechten Wohnangeboten²³¹ ist hier vor allem eine Vernetzung und Integration zukunftsfähiger Wohnmodelle mit bzw. in bestehenden Versorgungsstrukturen und Wohngebieten wichtig. Nur so können im Stadtteil Netzwerke entstehen und auch funktionieren, die den Zugang zu Hilfen jeder Art eröffnen, angefangen von Nachbarschaftshilfen, Kontakten zu Selbsthilfegruppen und niedrigschwelligen Betreuungsangeboten über Beratungsangebote, soziale Dienste und Serviceleistungen kommerzieller Anbieter bis hin zu medizinischen Versorgungs- sowie ambulanten und stationären Pflegeangeboten. Zugleich ermöglichen solche Netzwerke älteren Menschen, sich aktiv in die Gestaltung ihres Alters und Alterns einzubringen und sich ehrenamtlich zu betätigen. Für die Träger der Altenhilfe bedeutet dies, ihre Aktivitäten vor allem dort zu konzentrieren, wo Alt und Jung bereits zusammenleben, nämlich in "normalen" Wohngebieten. Insbesondere dort wird es gelingen, die Potenziale für Eigenverantwortung, gegenseitige Hilfe und Prävention zu stärken, auf die wir in Zukunft stark angewiesen sein werden.

Wohnungswirtschaft, Kommunen und Wohlfahrtsverbände haben in den letzten Jahren zahlreiche Modelle entwickelt und umgesetzt, die eine kleinräumige Vernetzung und Integration unterschiedlicher, barrierefreier oder zumindest -armer Wohn- und Betreuungsangebote in Wohnquartieren ermöglichen.

b) Teilhabe und Bürgerschaftliches Engagement fördern

Gerade für ältere Menschen ist – nach Beendigung der an Arbeit und Beruf gebundenen Lebensphase – die soziale Integration in die Gesellschaft in Form von Gruppen- bzw. Gemeinschaftsaktivitäten wichtig, um Lebens- und Zeitverläufe neu zu strukturieren. Ehrenamtliches Engagement bedeutet, eine Aufgabe zu haben und gebraucht zu werden. Das Alter bietet vor allem auch die Zeit für dieses Engagement. Zusätzlich verhindert es eine mögliche Isolierung der Seniorinnen und Senioren, indem sich diese in Seniorenvertretungen

²²⁹ Vgl. hierzu auch Abschnitt 8.3.3 sowie im Gbl. LSA, Nr. 5 v. 25.02.2011 unter: http://www.paritaet-lsa.de/cms/files/wtg_gesetz-_und_verordnungsblatt_2011.05.0136.pdf

²³⁰ Vgl. Abschnitt 8.3.3, S. 134

²³¹ ebd.

als Senior-Trainerinnen und -Trainer oder als Seniorenbegleiterinnen und -begleiter sowie als Lesepatinnen und -paten in Kindergärten oder bei der Betreuung von Migrantinnen und Migranten engagieren können. Alle diese Projekte werden auch weiterhin mit Bundes- und Landesmitteln finanziell und ideell gefördert. Da dieses bürgerschaftliche Engagement zumeist vor Ort stattfindet, hat das Land die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen. So wurden bei der Unfall- und Haftpflichtversicherung für ehrenamtlich Tätige Versicherungslücken geschlossen, das Internetportal www.engagiert-in-sachsen-anhalt.de entwickelt, Fachveranstaltungen wie das jährliche Dialogforum oder die attraktiven Fortbildungsangebote zur Vorbereitung auf Freiwilligentätigkeiten und die Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen gefördert. Darüber hinaus führt die Landesregierung regelmäßig Veranstaltungen durch, wo die Anerkennung und Würdigung ehrenamtlicher Arbeit erfolgt.

c) Selbstbestimmtes Wohnen im Alter popularisieren

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012 (PNG)²³² des Bundes, an dessen Zustandekommen die Landesregierung im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens über den Bundesrat aktiv mitgewirkt hat, wurde ermöglicht, die o.g. neue Wohnformen mit Mitteln der Pflegeversicherung zu unterstützen.²³³ Diese finanziellen Anreize aus Mitteln der Pflegeversicherung dürften die Attraktivität von ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder Wohngruppen als Alternative zur stationären Betreuung weiter erhöhen. Darüber hinaus bietet der Verein „Prävention im Alter (PiA) e.V.“²³⁴ seit dem Jahr 2000 für das Land Sachsen-Anhalt eine umfangreiche Wohnraumberatung an, damit Menschen mit körperlichen Einschränkungen und Pflegebedürftige so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit bleiben können. Neben der individuellen Beratung stehen dabei die fachkundige Unterstützung von z. B. Wohnungsbaugenossenschaften oder anderer Leistungserbringer, der Aufbau von landesweiten Vernetzungsstrukturen und der bundesweite fachliche Austausch im Vordergrund. Weitere Informationen finden sich auf der Internetseite des Ministeriums für Arbeit und Soziales.²³⁵ Außerdem hat das Ministerium für Arbeit und Soziales zwei Flyer herausgegeben, die unter dem Thema „Ambulant betreute Wohngemeinschaft – eine Wohnform mit Zukunft“²³⁶ sowohl Informationen für ambulante Pflegedienste und die Wohnungswirtschaft zu dieser neuen Wohnform bereitstellen als auch Informationen für die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen enthalten.

d) Neue Wege in der Pflege gehen

Es besteht zwar kein zwangsläufiger Mechanismus, aber mit zunehmendem Alter wird das individuelle Risiko der Pflegewahrscheinlichkeit steigen. Mehr noch, denn der prognostizierte Anstieg der älteren Bevölkerung – insbesondere der Gruppe der Hochbetagten (85+ um mehr als 100 Prozent) - bis zum Jahr 2025 lässt einen erheblichen Zuwachs an Pflegebedürftigen im Land erwarten. Von besonderer Bedeutung ist hierbei der zu erwartende Anstieg demenzieller Erkrankungen. Hierfür müssen spezifisch abgestimmte

²³² Vgl. Abschnitt 6.5.1

²³³ Nach § 38a SGB XI haben Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften gemeinschaftlich wohnen, Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich, beispielsweise zur Beschäftigung einer Präsenzkraft. Außerdem erhalten Pflegebedürftige, die in solchen Wohngemeinschaften oder -gruppen leben, nach § 45e SGB XI einen einmaligen Betrag in Höhe von bis zu 2.500 Euro (pro Wohngruppe maximal 10.000 Euro) für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung. Siehe hierzu ausführlich Abschnitt 6.5.1

²³⁴ Gesellschaft für Prävention im Alter e. V.; <http://pia-magdeburg.de/>

²³⁵ MS, Seniorenpolitisches Programm; <http://www.ms.sachsen-anhalt.de/seniorinnen-und-senioren/startseite-seniorinnen-und-senioren/>

²³⁶ Einen Überblick über die ambulanten Pflegedienste im Land gibt es bei den Pflegekassen.

infrastrukturelle Netzwerke geknüpft werden, die vor allem die Pflege im ambulanten Bereich sicherstellen. Benötigt werden in den Wohnquartieren angesiedelte, auf die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Pflegebedarf spezialisierte ambulante Pflegedienste, teilstationäre Einrichtungen (Tages-/Nachtpflege) bis hin zu Hospizangeboten.²³⁷

e) Gesund alt werden fängt früh an

Mit dem Anstieg des Anteils der älteren Bevölkerung ergeben sich natürlich auch im Bereich der Gesundheit neue Herausforderungen. Die Landesregierung strebt hier eine Sicherstellung und Verbesserung der medizinischen Versorgung an, die insbesondere älteren Menschen, die häufig ein multimorbides Krankheitsbild aufweisen, zu Gute kommt. Dieses Versorgungsziel soll durch ein komplexes Maßnahmenbündel erreicht werden, zu dem z. B. die Schaffung modellhafter Gesundheitsregionen und insbesondere eine stärkere Vernetzung des ambulanten und stationären Bereichs gehören werden. Im unmittelbaren Lebensumfeld – auf kommunaler Ebene – sind alle an der medizinischen Versorgung und Betreuung beteiligten Partnerinnen und Partner so mit den Altenhilfestruckturen zu vernetzen, dass die ältere Bevölkerung zielgruppengerecht umfassende Informationen, Beratung und Begleitung sowohl zu Versorgungs- und Vorsorgeangeboten als auch zur Gesundheitsprävention und Rehabilitation erhält. Als eine besondere gesundheitspolitische Herausforderung gestaltet sich dabei die Sicherung einer angemessenen medizinischen Versorgung in den ländlichen und von Bevölkerungsrückgang betroffenen Regionen. Um auch perspektivisch hierfür gerüstet zu sein, erprobt Sachsen-Anhalt als eine Möglichkeit ein eigenes Pflegeassistenten-Modell. Hierbei wird geprüft, inwieweit Gemeindefachkräften oder -pfleger im Rahmen eines ambulanten Netzwerkes Ärztinnen und Ärzte entlasten können.²³⁸ Darüber hinaus sind Anreize notwendig, um die Niederlassung von Medizinerinnen und Medizinern in bevölkerungsarmen Regionen zu fördern.

„Gesund alt werden, fängt früh an!“ – dieser programmatische Satz wurde im Seniorenpolitischen Programm gewählt, um die Verantwortung jedes und jeder Einzelnen für ein gesundes Altern und Alter bewusst zu machen. Gesundheitsförderung und Prävention, die bereits in frühen Lebensabschnitten angeboten und angenommen werden, können sich langfristig auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Alter auswirken. Deshalb sind eine gesunde Lebensführung sowie körperliche und geistige Aktivität von Kindheit an und in allen Lebensaltern wichtig. Im Rahmen der Gesundheitsziele Sachsen-Anhalts sind hier in den vergangenen Jahren viele Projekte entwickelt worden, die auf Prävention und Gesundheitsförderung abzielen.²³⁹ Im Seniorenbereich waren das Projekte wie „Altern mit Biss“, „Gesund und mobil in den Ruhestand“ oder ganz aktuell und ebenfalls unter der Leitung der Landesvereinigung für Gesundheit „Gut geimpft – auch im Alter wichtig“. Zu einer guten Vorsorge für das Alter gehören dabei neben Früherkennungsuntersuchungen insbesondere die eigenverantwortliche und selbstbestimmte Wahrnehmung von Regelungskompetenzen im Rahmen der Vorsorgevollmacht, sowie Betreuungs- und Patientenverfügung.

f) Mit der Wirtschaftskraft „Alter“ neue Potenziale erschließen

Auch viele Unternehmen haben mittlerweile die Seniorinnen und Senioren zunehmend als Zielgruppe erschlossen und werben mit seniorengerechten Angeboten und Produkten, die weit über den traditionellen Markt der „Pflege und Gesundheit“ hinaus gehen. Sie umfassen

²³⁷ Siehe hierzu Abschnitt 6.5, S. 67 ff.

²³⁸ Siehe hierzu Abschnitt 6.3, S. 60

²³⁹ Vgl. Abschnitt 6.1

den Reisemarkt ebenso wie Neue Medien, betreute Freizeitgestaltung und Unterhaltung, Kultur oder auch handwerkliche und haushaltsbezogene Dienstleistungen. Durch eine frühzeitige Positionierung von Produkten und Dienstleistungen auf diesem wichtigen Zukunftsmarkt werden so Chancen des demografischen Wandels zugleich auch wirtschaftlich nutzbar gemacht. Darin liegen auch erhebliche Potenziale für neue Märkte, die aufgrund der demografischen Entwicklung zu einem Motor für wirtschaftliches Wachstum und Beschäftigung werden. Hilfebedarfe im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen bewirken innovative technische Weiterentwicklungen und völlig neuartige Produkte, die letztlich der selbstbestimmten Lebensführung Älterer dienen. Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig und notwendig, technische und soziale Unterstützungssysteme weiterzuentwickeln, sog. „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben (ambient assisted living) – AAL“. ²⁴⁰

Das Ministerium für Arbeit und Soziales hat außerdem zusammen mit dem Verband der Wohnungswirtschaft Sachsen-Anhalt sowie dem Zentrum für Soziale Innovation Wien ²⁴¹ am 21.11.2012 die Demografie-Werkstatt „Wohnen im Alter“ durchgeführt ²⁴² und in einer Arbeitsgruppe die Finanzierung neuer Wohnformen sowie in einer anderen Arbeitsgruppe die technischen Assistenzsysteme beleuchtet. ²⁴³ In Sachsen-Anhalt wird zusätzlich von der Landesseniorenvertretung ²⁴⁴ und von den Kreisseniorenvertretungen das Zertifikat „seniorenfreundliches Unternehmen“ an Dienstleistungsbetriebe vergeben.

8.3.2 Wohn- und Teilhabegesetz des Landes Sachsen-Anhalt (WTG LSA) ²⁴⁵

Das Gesetz über Wohnformen und Teilhabe des Landes Sachsen-Anhalt (WTG LSA) ist am 26.02.2011 in Kraft getreten und ersetzt das bis dahin geltende Heimgesetz des Bundes. Anlass für die Schaffung heimrechtlicher Regelungen auf Landesebene war einerseits die Föderalismusreform vom September 2006, in deren Folge die Gesetzgebungskompetenz für den öffentlich-rechtlichen Teil des Heimrechts auf die Länder übergegangen ist. Andererseits haben sich Lebenswirklichkeiten verändert und sind differenzierter geworden, geprägt vom Wunsch der Betroffenen nach einem möglichst eigenständigen Leben auch bei Hilfebedarf.

Hauptzweck des neuen Landesgesetzes ist es weiterhin, die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse pflegebedürftiger, beeinträchtigter oder von Beeinträchtigung bedrohter und/oder älterer Menschen als Bewohnerinnen und Bewohner gemeinschaftlich betreuter Wohnformen vor Benachteiligungen zu schützen. Das WTG LSA gehört damit als Schutzgesetz für den genannten Personenkreis rechtssystematisch zum (Heim-) Ordnungsrecht, gewährt folglich weder Leistungen noch Zuschüsse, sondern dient mit seinen ordnungsrechtlichen Regelungen vor allem dazu, bereits erreichte Standards abzusichern und an neue Lebenswirklichkeiten anzupassen. Bei diesen Standards handelt es sich um Mindestanforderungen, welche die Träger stationärer Einrichtungen und sonstiger nicht selbstorganisierter Wohnformen zu beachten und zu erfüllen haben. Mit den

²⁴⁰ Weitergehende Informationen auch zum Download finden sich auf der Internetseite des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter folgenden Links: <http://www.mtidw.de/>; <http://www.mtidw.de/mediathek>

²⁴¹ Zentrum für soziale Innovation; <https://www.zsi.at/>; Bzgl. der europäischen Wissensplattform für eine alternde Gesellschaft siehe auch unter <http://www.ce-ageing.eu/>; Vgl. auch Abschnitt 8.3.3, S. 132

²⁴² MS, regionale Demografiewerkstatt vor Ort; <http://www.ms.sachsen-anhalt.de/zukunftsplattform-demografie-soziales-und-gesundheit/regionale-demografie-werkstatt-vor-ort/>

²⁴³ Demografiewerkstatt Leben und Wohnen im Alter, Ergebnisprotokoll vom 21.11.2012; http://www.ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/bfrei/DWLuWiA_Protokoll_final.pdf

²⁴⁴ Landesseniorenvertretung Sachsen-Anhalt e. V.; <http://www.lsv-sachsen-anhalt.de/>

²⁴⁵ Landesjournal, Landesrecht; <http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/?quelle=jlink&query=WohnteilhG+ST&psml=bssahprod.psml&max=true&aiz=true>

neuen Regelungen des WTG LSA für stationäre Einrichtungen und sonstige nicht selbstorganisierte Wohnformen sollen:

- die Selbstbestimmung und Teilhabe der Menschen mit Pflegebedarf oder mit Beeinträchtigungen und/oder im Alter gestärkt und gefördert,
- die Qualität von Pflege und Betreuung und die Förderung der Qualitätsentwicklung dauerhaft gewährleistet,
- die Mitwirkungsmöglichkeiten in den Bewohnervertretungen (Bewohnerbeirat oder in kleinteiligen Wohnformen in der Bewohnerversammlung) ausgebaut,
- die Informations- und Beteiligungsrechte mittels Öffnung der Einrichtungen und sonstigen Wohnformen in das Gemeinwesen erweitert sowie
- Transparenz und Verbraucherschutz durch Veröffentlichung der Qualitätsberichte der zuständigen Behörde durch die Träger gefördert werden.

Das neue Gesetz orientiert sich dabei an der Lebenswirklichkeit der Menschen und an ihrem Wunsch, möglichst lange möglichst selbstbestimmt leben zu wollen. Es geht daher konsequent den Weg der Vielfalt der Wohnformen. Der Anwendungsbereich des Gesetzes richtet sich ausgehend vom Individuum (personenzentrierter Ansatz) anstelle von der Einrichtung danach, unter welchen Rahmenbedingungen Menschen gemeinschaftlich wohnen und dabei Pflege- und andere Betreuungsleistungen erhalten. Je höher der Grad der strukturellen Abhängigkeit von einem Träger ist, umso stärker ist der gesetzliche Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner ausgestaltet. Bezüglich der Frage des Anwendungsbereiches unterscheidet das Gesetz drei Kategorien:

Stationäre Einrichtungen sind Wohnformen mit einem umfassenden Leistungsangebot, in denen Bewohnerinnen und Bewohner Leistungen des Wohnens sowie zugleich der Pflege und Betreuung, häufig auch der hauswirtschaftlichen Versorgung und Verpflegung, aus einer Hand erhalten und nicht frei wählen können. In stationären Einrichtungen kommen die ordnungsrechtlichen Bestimmungen in vollem Umfang zur Anwendung.

Nicht selbstorganisierte Wohnformen sind solche, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner bereits einen höheren Grad der Selbstbestimmung und Teilhabe oder einen geringeren Grad an struktureller Abhängigkeit erleben, die aber von einem Initiator bzw. einer Initiatorin oder Träger strukturell abhängig sind. Dazu gehören nicht selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften (Pflege-, Demenz- oder auch Wohngemeinschaften für beeinträchtigte Menschen) sowie betreute Wohngruppen für Menschen mit Beeinträchtigungen, die einem abgestuften Ordnungsrecht mit geringeren ordnungsrechtlichen Anforderungen unterliegen.

Selbstorganisierte Wohngemeinschaften sind dagegen solche, welche durch die Betroffenen selbst oder von deren Angehörigen organisiert sind und in denen der Pflege- oder Betreuungsdienst nur einen Gaststatus hat. Diese werden wie Wohnen in der eigenen Häuslichkeit behandelt und unterliegen – ebenso wie das klassische Betreute Wohnen mit geringen allgemeinen Unterstützungsleistungen (das sog. „Service-Wohnen“) – nicht dem Anwendungsbereich des Gesetzes und damit nicht der Kontrolle durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Für Interessierte an solchen Wohnformen besteht aber ein Beratungsanspruch gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde, um diese alternativen Wohnformen gezielt zu fördern und voranzubringen.

Regelüberprüfungen

Die stationären Einrichtungen werden einmal jährlich und in der Regel unangemeldet geprüft mit der Möglichkeit jederzeitiger Anlassprüfungen. Stationäre Pflegeeinrichtungen können im Abstand von zwei Jahren geprüft werden, soweit diese Einrichtungen zwischenzeitlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere Sachverständige geprüft worden sind. Die sonstigen nicht selbstorganisierten Wohnformen werden nach einer Erstprüfung mit gleichzeitiger Beratung durch die zuständige Behörde nur anlassbezogen überprüft, d.h. nur dann, wenn es zu Klagen oder Beschwerden über die Wohnform gekommen ist. Dabei geht die Aufsichtsbehörde nach dem WTG LSA jeder Beschwerde oder Eingabe nach. Die zuständige Behörde für die Durchführung dieses Gesetzes ist das Landesverwaltungsamt mit Hauptsitz in Halle (Saale), welches nach dem heimrechtlichen Grundsatz „Beratung vor Kontrolle“ handelt und im Wesentlichen folgende Aufgaben wahrnimmt:

- Beratung von Bewohnerinnen und Bewohnern, Bewohnerbeiräten sowie Bewohnerfürsprecherinnen und -fürsprechern über ihre Rechte und Pflichten, Beratung von Angehörigen, bürgerschaftlich Engagierten, Personen mit berechtigtem Interesse sowie – auf Antrag – von Personen und Trägern bei der Planung, Schaffung oder dem Betrieb von stationären Einrichtungen sowie sonstigen nicht selbstorganisierten Wohnformen;
- Qualitätsberichte, Anzeigeverfahren, Prüfung und Qualitätssicherung, ordnungsrechtliche Maßnahmen wie Mängelberatungen, Anordnungen, Beschäftigungsverbote, Aufnahmestopps, Untersagungen des Betriebs der Einrichtung oder Wohnform;
- Ordnungswidrigkeitsverfahren;
- Zulassung von Ausnahmen zu Verboten, Erteilung von Befreiungen und Einräumung von Befristungen sowie
- Beteiligung in Baugenehmigungsverfahren.

Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben ist die zuständige Behörde nach dem WTG LSA verpflichtet, mit den Pflegekassen, deren Landesverbänden, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zusammenzuarbeiten. Hierzu wurde die Arbeitsgemeinschaft nach dem Wohn- und Teilhabegesetz (sog. „AG 29“) gebildet. Den Vorsitz und die Geschäfte führt die zuständige Behörde. Nach dem WTG LSA hat die zuständige Behörde außerdem jährlich einen Tätigkeitsbericht²⁴⁶ zu erstellen, in den die von der Behörde im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung erhobenen Daten einfließen müssen. Die Öffentlichkeit erhält damit ebenfalls Einblick in die strukturellen Daten, die Tätigkeit und die ordnungsrechtlichen Maßnahmen der Heimaufsicht im Bereich der Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen und der sonstigen nicht selbstorganisierten Wohnformen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass durch das neue Gesetz Standards nicht abgesenkt, sondern zeitgemäß weiterentwickelt worden sind. Insgesamt haben sich nach den bislang vorliegenden Erfahrungen die gesetzlichen Bestimmungen in der Verwaltungspraxis weitgehend bewährt. Nach einem Erfahrungszeitraum von vier Jahren überprüft das zuständige Ministerium die Auswirkungen dieses Gesetzes und berichtet dem Landtag über das Ergebnis der Evaluierung.

²⁴⁶ Tätigkeitsbericht nach dem WTG LSA für das Jahr 2012 unter http://www.lvw.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/LVWA/LVwA/Publikationen/tb_wtg_2012.pdf

8.3.3 Förderung altersgerechter Wohnformen

Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) und das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) haben bereits im Jahr 2011 das Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln damit beauftragt, neben üblichen Marktprozessen im Bereich der Wohnungswirtschaft und wohnungspolitischen Handlungsbedarfen insbesondere auch die spezifischen Anforderungen an altersgerechte Gebäude herauszuarbeiten.²⁴⁷ Darüber hinaus wurden Analysen über den bundesdeutschen Wohnungsbestand und die besondere Lebenssituation älterer Menschen durchgeführt. „Die Studie zeigt eindrucksvoll, dass die angestammte Wohnung für ältere Menschen und auch Pflegebedürftige als Heimat von größter Bedeutung ist. Selbstgenutztes Wohneigentum oder Mietwohnungen befinden sich dabei überwiegend in älterer Bausubstanz. Viele der Gebäude sind weder barrierefrei noch barrierearm. Sie weisen zahlreiche Hindernisse zur und in der Wohnung auf. Gerade in den Bädern sind altersgerechte Maßnahmen notwendig, um Stürze und Unfälle zu vermeiden. Die Bereitstellung altersgerechter Wohnungen kann durch vielfältige Rahmenbedingungen wie Rechts- und Förderinstrumente sowie Beratungsstrukturen beeinflusst werden. Wohnungsbau darf dabei nicht als isolierte Aufgabe betrachtet werden, sondern muss mit einer das selbständige Wohnen unterstützenden, wohnortnahen Infra- und Versorgungsstruktur einhergehen. Dazu gehört auch ein umfassendes Hilfe- und Pflegeangebot.“²⁴⁸

a) Ältere bewohnen häufig selbstgenutztes Wohneigentum

Laut diesen Befragungsergebnissen bewohnt in Deutschland ca. die Hälfte der Seniorenhaushalte selbstgenutztes Wohneigentum, jeweils ein Viertel nutzt Mietwohnungen bei Wohnungsunternehmen oder bei privaten Vermietern. Da die Wohneigentumsquote von Seniorenhaushalten um sieben Prozent höher als im Bundesdurchschnitt liegt, sollten nach Auffassung der Studie bei künftigen Initiativen zur Ausweitung des altersgerechten Wohnungsangebotes v.a. diese Seniorenhaushalte im selbstgenutzten Wohneigentum gezielt in den Blick genommen werden.²⁴⁹ Andererseits komme aber auch Wohnungsunternehmen und privaten Vermieterinnen und Vermietern angesichts ihrer älteren Mieterinnen und Mieter eine zunehmende Verantwortung zu. Denn die Untersuchung zeigt, dass ältere Menschen, die zur Miete wohnen, häufiger alleine leben und auch häufiger hochaltrig, mobilitätseingeschränkt und pflegebedürftig sind als Seniorenhaushalte im selbstgenutzten Wohneigentum.²⁵⁰

b) Ältere nutzen überwiegend alte Bausubstanz

Da ältere Menschen häufig sehr lange in ihren Wohnungen leben, bewohnen sie zumeist auch vielfach ältere Gebäude. So leben mehr als die Hälfte der deutschen Seniorenhaushalte in Gebäuden der Baujahre 1949 bis 1980, wobei ca. die Hälfte der Eigentümerinnen und Eigentümer sowie ca. ein Drittel der Mieterinnen und Mieter bereits über 30 Jahre in ihrer jetzigen Wohnung leben.

Von „altersgerechter Gestaltung“ wird immer dann ausgegangen, „wenn minimale Standards einer barrierefreien Bauweise eingehalten werden. Zu diesen baulichen Minimalanforderungen gehört zumindest, dass:

²⁴⁷ MMVBS: „Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf.“, Heft 147, Berlin 2011; http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Forschungen/2011/Heft147_DL.pdf?blob=publicationFile&v=2

²⁴⁸ ebd., Dr. Ramsauer, Peter, Bundesminister für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, Vorwort

²⁴⁹ ebd., S. 9

²⁵⁰ ebd., S. 10

- der Zugang zur Wohnung möglichst barrierefrei gestaltet ist,
- innerhalb der Wohnung oder zum Balkon/ zur Terrasse keine Stufen und Schwellen zu überwinden sind,
- die Türen im Sanitärbereich eine ausreichende Breite haben,
- im Sanitärbereich ausreichende Bewegungsflächen vorherrschen und
- eine bodengleiche Dusche zur Verfügung steht.²⁵¹

Vergleichszahlen für Sachsen-Anhalt liegen hier noch nicht vor.²⁵² Das MLV, das alle zwei Jahre auf der Grundlage eines Landtagsbeschlusses den „Bericht zur Stadtentwicklung und zum Stadtumbau Ost sowie zur Mieten- und Wohnungsentwicklung in Sachsen-Anhalt“ erstellt, wird im Rahmen des derzeit entstehenden Berichtes für die Berichtsjahre 2012 und 2013²⁵³ nun erstmalig den Versuch unternehmen, den Wohnungsmarkt zumindest für die organisierte Wohnungswirtschaft über deren Verbände (vdw/vdwg) hinsichtlich der Thematik der Situation der altersgerechten Wohnformen in Sachsen-Anhalt zu quantifizieren. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass weniger als 50 Prozent des Wohnungsbestandes in Sachsen-Anhalt zur organisierten Wohnungswirtschaft gehören. Aufgrund des demografischen Verlaufs und der zunehmenden älteren Bevölkerung wird aber auch in Sachsen-Anhalt von einem zunehmenden Bedarf an altersgerechtem Wohnraum ausgegangen. Allerdings ist ein Großteil der bislang genutzten Wohnungsangebote nach wie vor häufig nicht altersgerecht. So bestätigt die vorliegende Untersuchung, dass bundesweit betrachtet viele dieser Gebäude bereits aufgrund ihrer Bauweise nicht altersgerecht sind.

„Altersgerechtes Wohnen“ muss aber auch nach Einschätzung der o. g. Studie deutlich weiter gefasst werden: „Er umfasst neben den baulichen Anforderungen an die Wohnung auch Anforderungen an die barrierefreie/-reduzierte Gestaltung des Wohnumfeldes, infrastrukturelle und soziale Angebote vor Ort sowie die Möglichkeit, bei Bedarf auf Unterstützungsangebote zurückgreifen zu können.“²⁵⁴

c) Barrieren zur und in der Wohnung

Lediglich eine halbe Million der bundesdeutschen Wohnungen ist bislang barrierefrei bzw. -reduziert. Nur rund fünf Prozent der befragten Seniorenhaushalte weisen Barrieren überhaupt nicht auf. Dies entspricht nur ca. 570.000 weitgehend barrierefreier Wohneinheiten bei aktuell 11 Mio. Seniorenhaushalten: In rund drei Viertel der Seniorenhaushalte sind beim Zugang zum Haus Treppenstufen zu überwinden, etwa die Hälfte muss zusätzlich Stufen zur Wohnung bewältigen. Technische Hilfen zur Überwindung dieser Barrieren stehen dagegen deutlich weniger als jedem zehnten Seniorenhaushalt zur Verfügung, der eine Wohnung mit Zugangsbarrieren bewohnt. Etwa die Hälfte der Seniorenhaushalte hat zudem keinen schwellenfreien Zugang zu wohnungsbezogenen Freiräumen wie Balkon, Garten oder Terrasse, was gerade auch innerhalb des Wohnraums die selbstständige Lebensführung vieler Seniorinnen und Senioren gefährden könnte. 11 Prozent verfügen über keinen zur Wohnung gehörenden Freiraum. Darüber hinaus ist auch die Ausstattungsqualität der Sanitäreinrichtungen als weiteres zentrales Kriterium für eine selbstständige Lebensführung im Alter zu überprüfen: Knapp ein Viertel der

²⁵¹ MMVBS: „Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf.“, Heft 147, Berlin 2011; S. 10

²⁵² Vergleiche Abschnitt 8.3.3, S. 132 und 133

²⁵³ Dieser Bericht wird voraussichtlich im November 2014 dem LEV-Ausschuss vorgelegt werden.

²⁵⁴ MMVBS: „Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf.“, Heft 147, Berlin 2011, S. 10; Vgl. auch Abschnitt 8.3

Seniorenhaushalte hat zu geringe Bewegungsflächen im Bad und nur rund 15 Prozent der Bäder sind überhaupt mit einer bodengleichen Dusche ausgestattet.

Insgesamt betrachtet verfügen 83 Prozent über erhebliche Barrieren und damit über erheblichen Anpassungsbedarf. Zudem weist jede zehnte von Seniorinnen und Senioren genutzte Wohnung dermaßen extreme Barrieren auf, dass diese für Anpassungsmaßnahmen eher nicht geeignet sind.²⁵⁵ Insbesondere bei Mobilitätseingeschränkten Menschen bedeuten solche Barrieren eine zusätzliche erhebliche Gefährdung in der selbstständigen Lebensführung: In 22,6 Prozent der befragten Seniorenhaushalte wohnen motorisch eingeschränkte Personen, die eine Gehhilfe nutzen. Die überwiegende Mehrheit der Haushalte mit bewegungsbeeinträchtigten Seniorinnen und Senioren wohnt zudem in Wohnungen mit erheblichen Zugangsbarrieren und Barrieren.²⁵⁶

d) Barrieren im Wohnumfeld

Nicht nur der Wohnraum als solcher, sondern auch seine jeweilige Lage beeinflusst die Möglichkeiten zur selbstständigen Lebensführung. So bestehen gerade in Randlagen und Siedlungen außerhalb geschlossener Ortschaften allzu oft Einschränkungen sowohl in der Mobilität als auch bzgl. der versorgenden Infrastruktur. Die o.g. Untersuchung zeigt, dass vor allem Seniorenhaushalte in selbstgenutztem Wohneigentum eher in ungünstigen Ortslagen leben. Lediglich rund ein Drittel wohnt in Zentrumsnähe oder im Ortskern. Bei Mieterinnen und Mietern lebt immerhin schon knapp die Hälfte in besser versorgten Ortslagen.²⁵⁷

e) Vergleichsprognose zur räumlichen Verteilung (2008 zu 2020)

Insbesondere in den neuen Bundesländern und im südlichen Niedersachsen weisen die über 65-Jährigen einen besonders hohen Anteil an der Gesamtbevölkerung auf, wobei mittelfristig v.a. in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und nördlich von München der Zuwachs an älteren Menschen höher als in anderen Regionen ausfallen wird.²⁵⁸ „Insgesamt ist festzustellen, dass tendenziell in den Regionen, die heute einen relativ geringen Anteil älterer Menschen aufweisen, die Alterungsdynamik besonders stark ausgeprägt ist. Die Alterung der deutschen Gesellschaft entwickelt sich somit zu einem weitgehend flächendeckenden Phänomen, so dass der heute noch stärker regionalisierte Handlungsdruck sich zu einer gesamtgesellschaftlichen Herausforderung ausweitet.“²⁵⁹

²⁵⁵ MMVBS: „Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf.“, Heft 147, Berlin 2011, S. 10

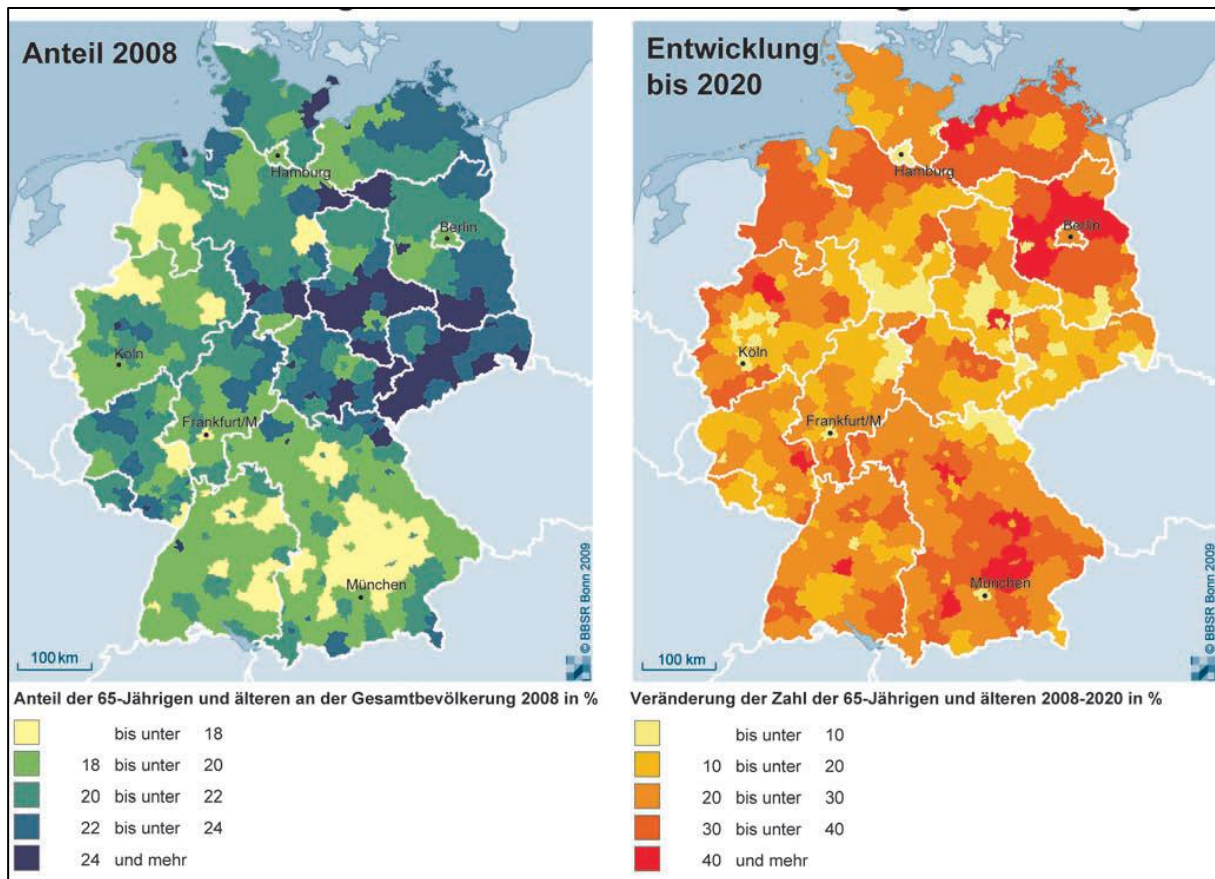
²⁵⁶ ebd., S. 11

²⁵⁷ ebd., S. 11

²⁵⁸ ebd., S. 27

²⁵⁹ ebd., S. 27

Abbildung 12: Räumliche Verteilung der älteren Menschen und künftige Entwicklung²⁶⁰



f) Kurzfristiger Bedarf an altersgerechten Wohnungen

Sowohl aktuell als auch zukünftig wird ein deutlich höherer Bedarf an altersgerechten Wohnungen zu veranschlagen sein, als die bereits bestehenden 0,5 Mio. Wohneinheiten, in denen ältere Menschen bundesweit bereits heute weitgehend barrierefrei leben können. Obgleich nicht für alle älteren Menschen der individuell notwendige altersgerechte Wohnraum geschaffen werden kann, sollte doch zumindest versucht werden, kurzfristig auch in Sachsen-Anhalt wenigstens für die älteren Menschen mit Mobilitätsbeschränkungen entsprechende Wohnungsangebote zur Verfügung zu stellen. Bundesweit betrachtet müsste nach Einschätzung der vorliegenden Studie des BMVBS dementsprechend das Wohnungsangebot um das Vier- bis Fünffache ausgeweitet werden, was bereits heute einem zusätzlichen Bedarf von ca. 2,5 Mio. barrierefreien bzw. -reduzierten Wohnungsangeboten entspräche. Bis zum Jahr 2020 wird erwartet, dass der Bedarf auf rund 3 Mio. ansteigen wird.²⁶¹

g) Förderinstrumente

Bund und Länder stellen hierzu bereits verschiedene Förderinstrumente und Anreize für den Abbau von Barrieren oder den barrierefreien Neubau zur Verfügung. Je nach den politischen Zielsetzungen unterscheiden sich die Fördervoraussetzungen allerdings beim Bund bzw. in den Ländern. Besonders positiv erweisen sich dabei leicht zugängliche, für viele verschiedene Eigentübertypen geeignete und vorsorgende Bauherren berücksichtigende

²⁶⁰ MMVBS: „Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf.“, Heft 147, Berlin 2011, S. 27

²⁶¹ ebd., S. 11

Förderinstrumente wie z. B. die Förderung im Rahmen des KfW-Programms „Altersgerecht Umbauen“.²⁶²

Bereits im Demografiebericht „Den demografischen Wandel gestalten“²⁶³ des Landes Sachsen-Anhalt vom März 2013 wird eingehend auf die Frage der demografischen Entwicklung auch unter regionalen Gesichtspunkten und den hier notwendigen Maßnahmen zur künftigen Gestaltung dieses Wandels eingegangen: „Informieren und Sensibilisieren - Selbstbestimmtes Wohnen, bürgerschaftliches Engagement und Pflege als Einheit verstehen“.²⁶⁴

h) Demografie-Werkstatt „Wohnen im Alter“

Um den Akteurinnen und Akteuren in Landkreisen und Kommunen die realen Handlungsoptionen aufzuzeigen, ist der Informationsaustausch und die Sensibilisierung lokaler Akteurinnen und Akteure für die frühzeitige Beschäftigung mit der Gestaltung altersgerechter Lebensräume dringend notwendig. Denn nur so kann das vorhandene kreative Gestaltungspotential von lokalen Wohnungsunternehmen, Bürgerinnen und Bürgern sowie Erbringern von Dienstleistungen im Bereich der Daseinsvorsorge für Sachsen-Anhalt erschlossen und nachhaltig genutzt werden. Dementsprechend hat das Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt im Rahmen des Projektes „Central European Ageing Platform for an Ageing Society“ (CE-Ageing Platform) am 21.11.2012 zusammen mit der Wohnungswirtschaft im Rahmen die Demografie-Werkstatt „Wohnen im Alter“ durchgeführt und in einer eigenen Arbeitsgruppe die Vorteile sog. technischer Assistenzsysteme beleuchtet. Computer und Handy, Hausnotruf, Brandmelder oder Türkameras sind auf dem Vormarsch und durchdringen auch diesen Lebensbereich älterer Menschen zunehmend. Modelle des betreuten Wohnens und Projekte zur Förderung engagierter Nachbarschaften, die von den Wohnungsunternehmen und sozialen Diensten sowie durch lokale Kooperationen initiiert und unterstützt werden, wurden ebenfalls vorgestellt. Die Werkstatt bot zudem eine Plattform zur Vorstellung von Finanzierungsmöglichkeiten neuer Wohnformen, sodass altersgerechtes Wohnen auch für alle Einkommensgruppen bezahlbar bleiben kann. In den zentralen Angeboten des Ministeriums für Arbeit und Soziales wird den lokal Verantwortlichen empfohlen, eigene Veranstaltungen selbst zu gestalten, um hierfür weiter zu sensibilisieren und eine optimale Verbreitung von Informationen zu gewährleisten.²⁶⁵

Mit dem Instrument der Demografie-Werkstatt bietet das Ministerium bereits seit dem Jahr 2008 die Möglichkeit für den jeweils themenbezogenen und insbesondere regional angesiedelten Austausch und regt darüber hinaus die Diskussion über Anforderungen und Lösungswege für eine selbstständige Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit an.²⁶⁶ Das Ministerium versteht sich dabei als Moderator für diesen Prozess. Darüber hinaus hat das Land in weitere soziale Projekte investiert, die aktive und engagierte Nachbarschaften fördern. Zu nennen sind Sozial- und Familienpaten und Seniorenbegleiter oder

²⁶² Vgl.: Demografiebericht „Den demografischen Wandel gestalten. Berichterstattung an den LT Sachsen-Anhalt.“ v. März 2013; [https://www.kfw.de/PDF/Download-Center/Förderprogramme-\(Inlandsförderung\)/PDF-Dokumente/6000003091_M_159_AU.pdf](https://www.kfw.de/PDF/Download-Center/Förderprogramme-(Inlandsförderung)/PDF-Dokumente/6000003091_M_159_AU.pdf)

²⁶³ MLV, Demografiebericht, März 2013; http://www.demografie.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MLV/Demografieportal/Dokumente/2013_04_25_Demografie_Bericht_LT.pdf

²⁶⁴ Vgl. ebd., S. 106

²⁶⁵ ebd., S. 106

²⁶⁶ MS, Regionale Demografiewerkstatt vor Ort; <http://www.ms.sachsen-anhalt.de/zukunftsplattform-demografie-soziales-und-gesundheit/regionale-demografie-werkstatt-vor-ort/>

-begleiterinnen. Vor allem mit ehrenamtlicher Hilfe entstehen dabei direkt in den Quartieren Nachbarschaftszentren, die durch Angebote an die Bewohnerinnen und Bewohner für ein Miteinander im Quartier sorgen und die sich auch gezielt an Menschen wenden, die in ihren Wohnungen zu vereinsamen drohen. Diese Angebote tragen dazu bei, dass ältere Menschen länger in ihren Wohnungen verbleiben können und dort auch bei Pflegebedürftigkeit nicht ausziehen müssen.

In Sachsen-Anhalt lebten bereits im Jahr 2008 rund 96 Prozent der Seniorinnen und Senioren, die 65 Jahre und älter waren, in der eigenen Wohnung.²⁶⁷ Vielen dieser Wohnungen fehlte jedoch eine seniorengerechte Ausstattung, so dass oftmals im höheren Alter ein Umzug in eine andere Wohnform, unter Umständen in eine Pflegeeinrichtung, notwendig wurde.²⁶⁸ Das Land bietet zusammen mit der Investitionsbank ergänzend zu den bereits im Seniorenpolitischen Programm²⁶⁹ aufgeführten Maßnahmen seit dem Jahr 2011 eine Darlehensförderung für den altersgerechten Umbau über die Investitionsbank Sachsen-Anhalt an. Mit Mitteln aus dem Programm „Sachsen-Anhalt MODERN“ können Hauseigentümerinnen und -eigentümer, private Vermieterinnen und Vermieter sowie Wohnungsunternehmen Baumaßnahmen zur energetischen Sanierung und zum altersgerechten Umbau bzw. zu Anpassungsmaßnahmen von Wohnraum aus der Wohnraumförderung mittels Darlehen zinsgünstig finanzieren.²⁷⁰ Die Bewilligungszahlen als solche geben allerdings wenig Aufschluss über den tatsächlich im Land vorhandenen altersgerechten Wohnungsbestand, da z. B. große Wohnungsunternehmen bisher wenig Gebrauch von der Förderung machten. Da aber auch diese Marktteilnehmerinnen und -teilnehmer ihren Wohnungsbestand dem Bedarf entsprechend bereits altersgerecht sanieren bzw. anpassen müssen, um zukünftig Leerstände zu vermeiden, steigt die Zahl altersgerechter Wohnungen seit dem Jahr 2013 an.

i) Verhältnis von Angebot und Nachfrage bezüglich seniorengerechter, rollstuhlgerechter bzw. barrierefreier Wohnungen

Die Zahl der barrierefreien bzw. barrierearmen Wohnungen wurde in Sachsen-Anhalt nicht konsequent erhoben. Nach Schätzungen der beiden wohnungswirtschaftlichen Verbände des Landes (VdW und VdWg) zum Bestand der Mitgliedsunternehmen ist aber davon auszugehen, dass die VdW - und VdWg - Mitgliedsunternehmen im Land etwa 55.000 Wohnungen im Bestand haben, die als barrierearm gelten können, also gut 16 Prozent des Bestandes bzw. jede sechste Wohnung dieser Mitgliedsunternehmen.²⁷¹

Als wichtiger Beitrag zur Barrierefreiheit wird bei der Schaffung barrierearmer Wohnungen das Vorhandensein einer Aufzugsanlage in Geschosswohnbauten angesehen. Einer Nachrüstung bestehender Bauten mit entsprechenden Anlagen sind allerdings sehr enge wirtschaftliche Grenzen gesetzt. Da das Land Sachsen-Anhalt den Bedarf an altersgerechtem Wohnraum nicht aus eigenem Zutun decken kann, stellen die

²⁶⁷ Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage, LT- Drs. 6/2403, S. 34 v. 06.09.2013; Vgl. auch Seniorenpolitisches Programm „Aktiv und selbstbestimmt. Altenhilfe und Pflege im Land Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2020.“, Ministerium für Gesundheit und Soziales, v. 06.11.2008; http://www.ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/Bibliothek_Seniorinnen_und_Senioren/SeniorenPolitischesProgramm_WEBend.pdf

²⁶⁸ Vgl.: Ministerium für Gesundheit und Soziales: „Aktiv und Selbstbestimmt. Altenhilfe und Pflege im Land Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2020“, S. 45, v. 06.11.2008; http://www.ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/Bibliothek_Seniorinnen_und_Senioren/SeniorenPolitischesProgramm_WEBend.pdf

²⁶⁹ ebd.

²⁷⁰ Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage, LT- Drs. 6/2403, S. 35, v. 06.09.2013

²⁷¹ ebd., S. 27

wohnungswirtschaftlichen Unternehmen die ausreichende Deckung dieses Bedarfes zwischenzeitlich selbst in den Fokus ihrer Investitionsbemühungen. So werden neben Anpassungen im Wohnungsbestand dabei auch weitere Neubauten entstehen.²⁷²

j) Mehrgenerationenhäuser

Außerdem gab es in Sachsen-Anhalt im Jahr 2013 immerhin noch 22 Mehrgenerationenhäuser, die nach dem Aktionsprogramm „Mehrgenerationenhäuser II“ des Bundes gefördert werden.²⁷³ Mehrgenerationenhäuser sind offene Tagestreffs für Jung und Alt und lehnen sich an das traditionelle Modell der Großfamilie an, um das Miteinander der Generationen aktiv zu erleben. In allen Landkreisen und kreisfreien Städten bestehen solche Mehrgenerationenhäuser, die sich zu einem wichtigen Bestandteil der sozialen Infrastruktur in ihren Kommunen entwickelt haben. Bzgl. der Unterstützung des generationenübergreifenden Dialogs und des Miteinanders liegt der Anteil der Angebote mit Generationenbegegnung an allen Angeboten der Häuser mit 65,8 Prozent hier sogar über dem bundesweiten Durchschnitt von 60,4 Prozent. Mehrgenerationenhäuser leisten einen wesentlichen Beitrag dazu, Alltagskompetenzen zu vermitteln, Erfahrungswissen zu bewahren, Integration zu fördern und zugleich auch den Zusammenhalt der Menschen in der Nachbarschaft und im Quartier zu stärken.²⁷⁴

k) Fazit

Quartiersbezogene Wohnkonzepte existieren bereits in Sachsen-Anhalt - Wohnquartiere im Sinne „Sozialer Städte“ gestalten²⁷⁵

Um in Zukunft eine bedarfsgerechte Versorgung mit altersgerechten Wohnangeboten zu sichern, bedarf es sowohl der Entwicklung zukunftsfähiger Wohnformen als auch der Integration und Vernetzung dieser Wohnmodelle in bestehende Versorgungsstrukturen und bestehende Wohngebiete. Der Umsetzung quartiersbezogener Wohnkonzepte, die auf eine kleinräumige Vernetzung und Integration unterschiedlicher Wohn- und Betreuungsangebote ausgerichtet sind, kommt hier künftig eine zentrale Bedeutung zu. Wohnungswirtschaft, Kommunen und Wohlfahrtsverbände haben in den letzten Jahren bereits zahlreiche Modelle entwickelt und umgesetzt, die eine Vernetzung und Integration unterschiedlicher Wohn- und Betreuungsangebote in Wohnquartieren ermöglichen. Beispielhaft können hier folgende Wohnquartiere genannt werden:

Halberstadt: Wohnquartier Juliusstraße; Wohnquartier Bucharidisstraße; Wohnquartier Finckehof

Halle: Wohnquartier im Stadtviertel Lutherplatz: Seniorengerechtes Wohnen im Haus „Sonnenlicht“ in der Amsterdamer Straße und Seniorengerechtes Wohnen im Haus „Schöne Aussicht“ in der Linzer Straße

Sangerhausen:

Wohnquartier Am Bermann; Wohnquartier Süd-West – Wohnen in der Gemeinschaft; Wohnquartier Südsiedlung – Generationenhaus; Wohnquartier Othaler Weg – Nachbarschaftszentrum;

Wernigerode: Wohnquartier Am Barrenbach; Wohnquartier Ilsenburgerstraße
Bezahlbarkeit altengerechter Wohnangebote vor dem Hintergrund sinkender
Alterseinkommen

²⁷² Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage, LT- Drs. 6/2403, S. 16

²⁷³ ebd., S. 6

²⁷⁴ ebd., S. 6

²⁷⁵ ebd., S. 9f

Angesichts sinkender Alterseinkommen hat die Frage nach der Finanzierbarkeit altersgerechter Wohnangebote eine besondere Relevanz, die insbesondere aufgrund bereits bestehender geschlechtsspezifischer Einkommensunterschiede in den kommenden Jahren sehr genau zu beobachten sein wird. Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf die Betrachtung der niedrigen Einkommen älterer Frauen zu legen sein, insbesondere bei unterbrochenen Erwerbsbiografien und den damit einhergehenden Auswirkungen auf die Realisierung selbstbestimmten Wohnens.²⁷⁶

Unterstützung von Landkreisen und Kommunen bei der Bestands- und Bedarfsanalyse zum Wohnen im Alter

Die Landesregierung steht regelmäßig im Dialog mit den für die Altenhilfeplanung zuständigen Entscheidungsträgern auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte sowie mit den Verbandsdirektionen der Wohnungswirtschaft Sachsen-Anhalt e. V. und der Wohnungsgenossenschaften Sachsen-Anhalt e. V. zu Fragen der demografischen Entwicklung in den Regionen Sachsen-Anhalts. Die konkrete Bestands- und Bedarfsanalyse zum Wohnen im Alter obliegt der vor Ort angesiedelten Wohnungswirtschaft in Zusammenarbeit mit den in den Landkreisen und in den Kommunen für die Altenhilfeplanung zuständigen Entscheidungsträgerinnen und -trägern. Auch hier wird der Implementierung der integrierten Sozialplanung bei Landkreisen und kreisfreien Städten eine zentrale Rolle bei der Bewältigung des demografischen Wandels zukommen.

EU- Projekt als Best- Practise Beispiel

Beispielgebend könnte das EU-Projekt „HELPS – Innovative Wohn- und Pflegeansätze für ältere und bedürftige Menschen“²⁷⁷ sein, in dem der Deutsche Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e.V. und die Stadt Leipzig seit dem Jahr 2011 als Projektpartner teilnehmen.²⁷⁸ Dieses Projekt führte in den vergangenen drei Jahren Verbände, Kommunen, Forschungseinrichtungen und Wohlfahrtsorganisationen Mittel- und Osteuropas zu einem fachlichen Erfahrungsaustausch zusammen, um gemeinsam quartiersbezogene Ansätze und Lösungswege zu finden, die es älteren und körperlich beeinträchtigten Menschen ermöglicht, so lange wie möglich im eigenen Zuhause zu verbleiben. So wurden sozialraumorientierte, integrierte Ansätze im Quartier in Kooperation von Kommune, Trägern der Wohlfahrtspflege, Wohnungswirtschaft und zivilgesellschaftlichen Organisationen betrachtet. Die somit geschaffenen Alternativen zum Heimaufenthalt könnten dabei insbesondere solchen Herausforderungen beim altersgerechten Wohnen wirksam entgegen wirken, die im Zuge der künftigen demographischen Entwicklung auftreten. Ganz nebenbei würde es zudem zur spürbaren Entlastung kommunaler Sozialkassen beitragen können. Von zentraler Bedeutung ist dabei allerdings eine Partnerschaft und Bündelung der bei fast allen Beteiligten zunehmend begrenzteren Ressourcen:

²⁷⁶ Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage, LT- Drs. 6/2403., S. 34; Vgl. auch Abschnitt 11.3 u. 14

²⁷⁷ HELPS – Housing and home care for the elderly and vulnerable People and local partnerships strategies in central european cities“; Dieses Projekt wird durch das INTERREG Programm „Central Europe“ des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung gefördert und durch das Bundesprogramm „Transnationale Zusammenarbeit“ des Bundesministeriums für Verkehr und Digitale Infrastruktur ko- finanziert, welches wiederum deutsche Projektpartner in ausgewählten transnationalen Projekten von strategischer bundespolitischer Relevanz fördert.

http://www.deutscher-verband.org/cms/fileadmin/medias/kalender/downloads/2014/HELPS_Einladung_und_Programm.pdf

²⁷⁸ Weitere Informationen unter www.helps-project.eu sowie unter www.deutscher-verband.org

- auf lokaler Ebene bei den verschiedenen kommunalen, professionellen und zivilgesellschaftlichen Akteurinnen und Akteuren, die die aktuellen wie auch künftigen Bedarfe regelmäßig mittels Sozialberichterstattung erfassen und entsprechend bedarfsgerechte Angebote für ältere Menschen im Rahmen der Sozialplanung festlegen und anbieten (altersgerechtes Wohnen und Wohnumfeld, haushaltsnahe Dienste, Betreuung)
- auf nationaler und Landesebene durch Bündelung und Verzahnung bei den entsprechenden Politikbereichen und Finanzierungsmechanismen (verschiedene Bundesressorts, Sozialversicherungsträger, Landesministerien).

Durch die Evaluierung von Praxisbeispielen und der Begleitung von lokalen Pilotinitiativen der Projektpartnerinnen und -partner wurden im Rahmen der o.g. Studie des BMBVS zudem Handlungsempfehlungen für die Kooperation von lokalen Akteurinnen und Akteuren erarbeitet, die nun im Rahmen einer Konferenz einem breiteren Fachpublikum vorgestellt werden sollen.²⁷⁹

²⁷⁹ „Gemeinsam im altersgerechten Quartier – Zusammenarbeit für sozialraumorientierte Ansätze für Wohnen und Leben im Alter.“ Fachpolitische Tagung am Mittwoch, 3. September 2014, Berlin; http://www.deutscher-verband.org/cms/fileadmin/medias/kalender/downloads/2014/HELPS_Einladung_und_Programm.pdf