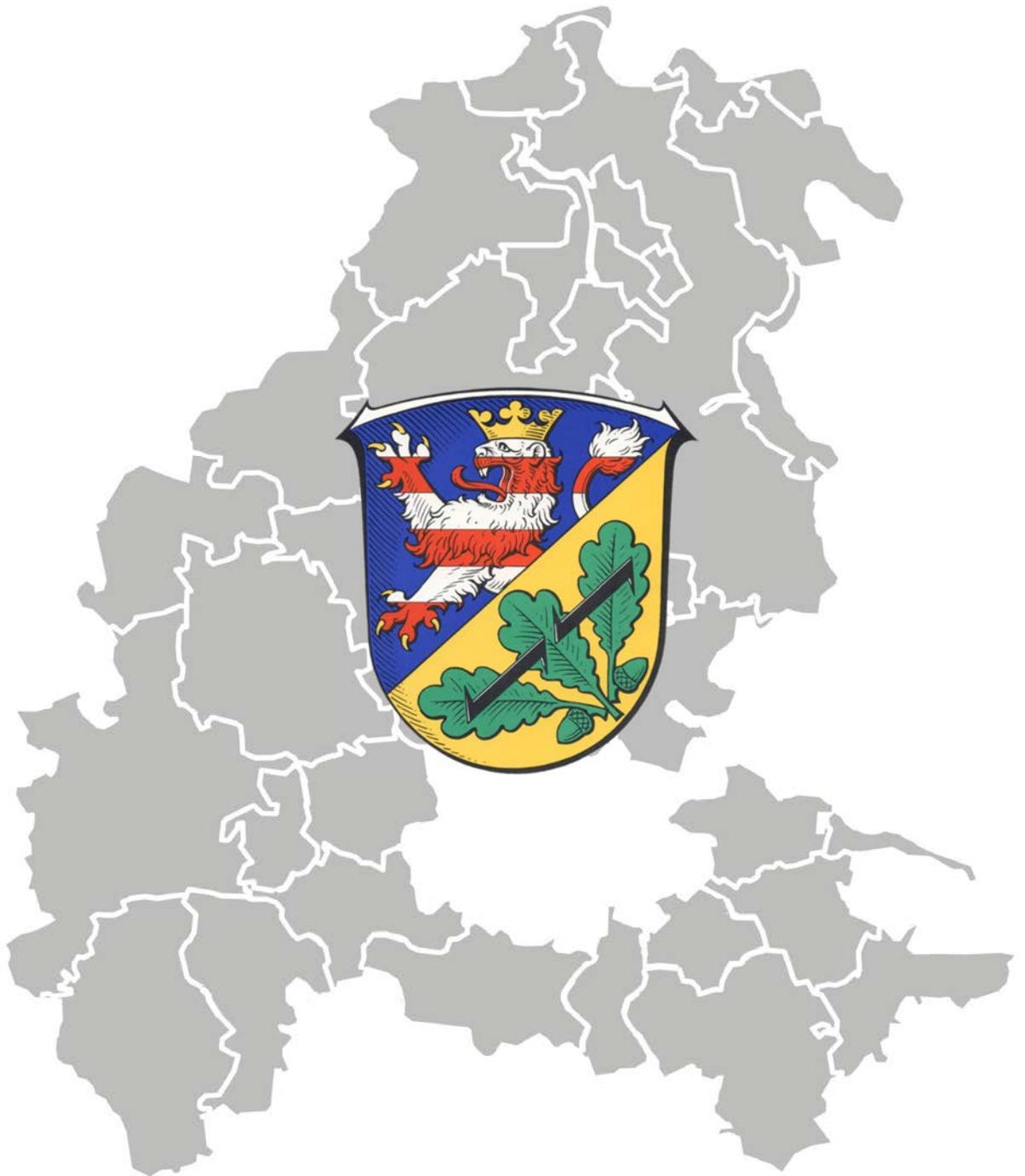


# Sozialatlas 2018



Landkreis Kassel

## Impressum

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

**Bearbeitung:** Wolfgang Engelmohr, Sozialplaner  
- Fachbereich Soziales –  
E-Mail: [wolfgang-engelmohr@landkreiskassel.de](mailto:wolfgang-engelmohr@landkreiskassel.de)

**Druck:** Hausdruckerei des Landkreises Kassel

Kassel, März 2018  
4. Auflage

## Vorwort

### Die örtliche Kenntnis ist die Seele des Dienstes

(Freiherr vom Stein)



*Susanne Selbert*

*Erste Kreisbeigeordnete des Landkreises Kassel*

Gegenwart und Zukunft des Sozialstaates sind in den letzten Monaten immer mehr in den Mittelpunkt der politischen und medialen Aufmerksamkeit gerückt. Die Antwort auf die Frage, wie fair und gerecht unser Staat mit Menschen, die Hilfe benötigen, umgeht, ist keine Frage für die Sozialexpert(inn)en mehr: Sie ist in der Mitte der gesellschaftlichen Diskussion angekommen. Aus meiner Sicht ist diese Entwicklung gut, da sie die Chance bietet, einen Konsens darüber zu erzielen, wie solidarisch wir miteinander leben wollen. Wie das vorangestellte Zitat bereits verdeutlicht, ist die Entwicklung von Strategien und Perspektiven ohne eine solide Datenbasis – ohne die örtliche Kenntnis – nicht möglich. Die 4. Auflage des Sozialatlases kommt somit genau zur richtigen Zeit.

Wir haben wieder die aktuellen Entwicklungen in den einzelnen Teilbereichen unseres Systems der sozialen Sicherheit dokumentiert. Die aktuellen Zahlen und Daten ermöglichen eine objektive Analyse, die Wirksamkeit von sozialen Sicherungssystemen wird deutlich. Die Grundlage für unsere zielgerichtete Sozialplanung haben wir damit aktualisiert und den sich verändernden Einflussgrößen angepasst. Der Sozialatlas schafft die Voraussetzung dafür, bisherige Ansätze zu überprüfen und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Unser Ansatz ist es weiterhin, allen regionalen Akteur(inn)en mit dieser Form der Sozialberichterstattung Hilfestellungen für ihre Arbeit zu geben.

Über diese professionellen Aufgaben der sozialen Sicherung und Unterstützung hinaus sehen wir in der Sozialplanung und dem Sozialmanagement die Funktion, vorhandene regionale Potenziale zu stärken.

Mit unserem regionalen Armutsbericht von 2013 haben wir die Notwendigkeit gesellschaftlicher Teilhabe betont. In der Förderung gesellschaftlicher Teilhabe sehen wir auch den Schlüssel zur Integration geflüchteter Menschen. Dabei kommt der Vernetzung von rechtlich definierten Unterstützungsleistungen der Verwaltung, den Leistungen professioneller Anbieter/innen von Hilfen in der Arbeit mit geflüchteten Menschen und den vielen ehrenamtlich tätigen Unterstützer(inne)n im Kreisgebiet eine große Bedeutung zu. Der Zuzug von Asylsuchenden in den Landkreis als soziale und logistische Herausforderung, aber auch Chance und Bereicherung behandeln wir diesmal in dem eigenständigen Kapitel „Geflüchtete Menschen im Landkreis Kassel“.

Der Sozialatlas ist dazu da, Hilfestellung zu geben, um kommunale Daseinsfürsorge effizient wahrzunehmen und bürgerschaftliches Engagement zielgerichtet zu unterstützen. Ich freue mich, wenn nicht nur die Landkreisverwaltung diese Hilfestellung nutzt.





## Zur Methodik

Der vorliegende Sozialatlas erfasst die Dimensionen sozialen Lebens im Landkreis Kassel anhand von Zahlen und Fakten in 9 Kapiteln (Teil I). Schon in der Datenerhebung zeigte sich rasch, dass trennscharfe Abgrenzungen zwischen den Kapiteln nicht möglich und sinnvoll sind. Wechselwirkungen etwa in den Bereichen Erwerbsbeteiligung sowie Gesundheits- und Armutsrisiken sind zu offensichtlich, als dass sie isoliert voneinander als quantitative Größen aufgezählt werden können. Mit Querverbindungen zwischen den Kapiteln und unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen ist der Anspruch verbunden, diese Wechselwirkungen zu erfassen und transparent zu machen. Nicht alle Daten konnten geschlechtergetrennt ausgewiesen werden, da nicht alle Herkunftszahlen geschlechterdifferenziert vorliegen.

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

Die Fortschreibung des Sozialatlases in der 4. Auflage zeigt Veränderungen und Tendenzen auf, die den kommunalen Entscheidungsträger(inne)n als Basis dienen, zielgerichtet Handlungsstrategien zu entwickeln.

## Zur 4. Auflage

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

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

Besonderer Dank gilt Herrn Luca Reining, der im Rahmen seines Bundesfreiwilligendienstes an der Erstellung des Sozialatlases mitgewirkt hat.

**Weitere Daten und Beiträge** wurden geliefert von:

Arbeitsförderungsgesellschaft in LK Kassel:	Frau Beutnagel
Fachbereich Jugend:	Herr Reining
Fachbereich Soziales:	Frau Rumpel, Frau Scharf, Herr Roßberg, Herr Kilian und Herr Otmischi
Gesundheitsamt Region Kassel:	Frau Dr. Müller, Herr Heckenhahn, Herr Schmied und Frau Reckwardt
Jobcenter Landkreis Kassel:	Frau Voigt und Herr Vick
Organisationseinheit Bürgerbeauftragter:	Herr Hellmich
Volkshochschule Region Kassel:	Frau Sawizki
Organisationseinheit Schulen:	Frau Merkwirth



---

## Datenquellen

- Bertelsmann-Stiftung
- Bundesagentur für Arbeit
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Daten des Landkreises Kassel
- Hessisches Sozialministerium
- Jobcenter des Landkreises Kassel
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- Landeswohlfahrtsverband Hessen
- Regierungspräsidium Gießen
- Stadt Kassel
- Statistisches Bundesamt
- Statistisches Landesamt Hessen
- Verband der Pflegekassen

## Gesetzliche Grundlagen

- Sozialgesetzbuch – SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende)
- Sozialgesetzbuch – SGB III (Arbeitsförderung)
- Sozialgesetzbuch – SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe)
- Sozialgesetzbuch – SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)
- Sozialgesetzbuch – SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)
- Sozialgesetzbuch – SGB XII (Sozialhilfe)





# Teil I

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Bevölkerungsentwicklung</b> .....	<b>9</b>
1.1	Allgemeine Entwicklung der Bevölkerung im Landkreis Kassel .....	9
1.2	Einbürgerungen .....	9
<b>2</b>	<b>Junge Menschen und ihre Familien</b> .....	<b>11</b>
2.1	Bildung und Betreuung von Kindern in Tagesstätten, Krippen und Tagespflege .....	11
2.2	Jugendförderung und Jugendbildung .....	13
2.3	Schulsozialarbeit in den Schulen des Landkreises Kassel .....	14
2.4	Bildungsbeteiligung junger Menschen in Schule und Ausbildung .....	16
2.5	Jugendgerichtshilfe .....	22
2.6	Neue Aufgaben für die Jugendämter .....	25
2.7	Allgemeine Beratung, Beratung in Trennungs-, Scheidungs-, Partnerschafts- und Sorgerechtsfragen, Erziehungsberatung .....	27
2.8	Hilfen zur Erziehung, Hilfen für junge Volljährige, Eingliederungshilfen .....	27
2.9	Die Reform der Unterhaltsvorschussleistungen im Sommer 2017 als Reaktion auf Armutsrisiken von Kindern .....	30
2.10	Fazit zur Ausgestaltung der präventiven Handlungsfelder der Jugendhilfe .....	32
<b>3</b>	<b>Ältere Menschen</b> .....	<b>33</b>
3.1	Aktuelle Versorgungssituation .....	33
3.2	Ausblick auf die Versorgungssituation .....	47
3.3	Demenz .....	79
3.4	Ältere Menschen im Leistungsbezug nach dem SGB XI .....	81
3.5	Schlussbetrachtung.....	89
<b>4</b>	<b>Menschen mit Behinderungen</b> .....	<b>93</b>
4.1	Aktuelle Entwicklungen .....	93
4.2	Menschen mit Behinderungen im Landkreis Kassel .....	93
4.3	Menschen mit Behinderungen in offenen Hilfen - familienentlastende Dienste .....	96
4.4	Inklusive Angebote für Kinder mit Behinderungen .....	102



<b>5</b>	<b>Geflüchtete Menschen im Landkreis Kassel -----</b>	<b>105</b>
5.1	Einführung .....	105
5.2	Entwicklung der Zuweisungen an den Landkreis Kassel .....	105
5.3	Die Verteilung innerhalb des Landkreises Kassel .....	106
5.4	Die konzeptionelle Ausrichtung der Arbeit mit Geflüchteten.....	109
5.5	Zu den Inhalten des Asylpakets I und II sowie dem Integrationsgesetz .....	111
5.6	Die psychosoziale Dimension im Integrationsprozess .....	114
5.7	Fördermaßnahmen des Landes Hessen zur Integrationsarbeit .....	115
<b>6</b>	<b>Menschen im Ehrenamt-----</b>	<b>117</b>
6.1	Der Freiwilligensurvey.....	117
6.2	Das "Bürgerschaftliche Engagement" im Wandel.....	120
6.3	Berufspat(inn)en.....	123
<b>7</b>	<b>Menschen in der gesundheitlichen Versorgung -----</b>	<b>125</b>
7.1	Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum .....	125
7.2	Lösungsansätze für die zukünftige ärztliche Versorgung .....	128
7.3	Gesundheitszustand von Kindern bei der Schuleingangsuntersuchung .....	129
7.4	Sozialpsychiatrischer Dienst .....	136
7.5	Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle .....	142
7.6	Ambulante Suchthilfe .....	145
7.7	Rechtliche Betreuungen.....	152
<b>8</b>	<b>Menschen und Beschäftigung -----</b>	<b>155</b>
8.1	Erwerbsquote .....	155
8.2	Umfang der Erwerbslosigkeit im Landkreis Kassel.....	156
8.3	Erwerbslosigkeit bei Migrant(inn)en.....	166
8.4	Problemlagen im Vermittlungskontext der Hilfebezieher/innen .....	168
8.5	Sozialintegrative Leistungen .....	169
8.6	Erwerbslosigkeit bei älteren Menschen (50+) und der Übergang in die Grundsicherung .....	170
8.7	Menschen mit Schwerbehinderungen im Bereich Beschäftigung .....	172
8.8	Erwerbslosigkeit und SGB II-Leistungsbezug bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.....	174
8.9	Jugendberufshilfe .....	179
<b>9</b>	<b>Menschen mit existenziellem Hilfebedarf -----</b>	<b>185</b>
9.1	Menschen im Sozialhilfebezug.....	185
9.2	Überschuldung privater Haushalte und Insolvenzen .....	194
9.3	Wohnungslosigkeit .....	196
9.4	Häusliche Gewalt .....	201
<b>Teil II – Strukturdaten der Städte und Gemeinden .....</b>		<b>205</b>



# 1 Bevölkerungsentwicklung

## 1.1 Allgemeine Entwicklung der Bevölkerung im Landkreis Kassel

Die Bevölkerungszahl im Landkreis Kassel hat sich im Betrachtungszeitraum des vorliegenden Sozialatlases zwar geringfügig, aber kontinuierlich erhöht. 2013 lebten im Landkreis Kassel 233.352 Menschen. Ihre Zahl stieg um 1,8 % auf insgesamt 237.564 in 2016 (s. Abb. 1-1). Durch den Zuzug geflüchteter Menschen in den Jahren 2015 und 2016 sehen wir einen Anstieg der Einwohnerzahl in diesem Zeitraum von fast 4.000 Personen.

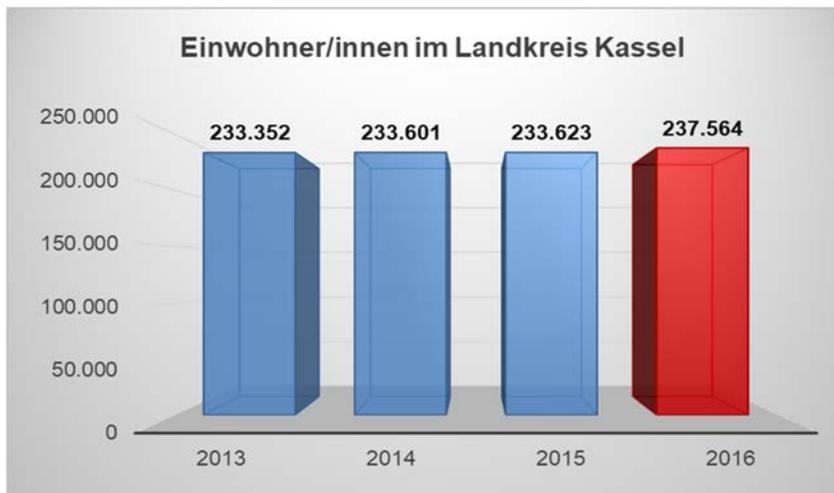


Abb. 1-1: Einwohnerentwicklung im Landkreis Kassel  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Leider sind aktuell (Stand Januar

2018) für das Jahr 2016 keine differenzierten Angaben zu Alter und Geschlecht über das Statistische Landesamt Hessen zu erhalten; somit fehlen auch die Zahlen zur Darstellung altersspezifischer Entwicklungen.

Im Sozialatlas 2015 sind neben der Prognose zur Bevölkerungsentwicklung auch die Haushaltstypen (Paare mit Kinder, Alleinerziehende, etc.) aufgeführt. Diese Daten basieren auf den Erhebungen des Zensus von 2011. Da diese Themenbereiche nicht aktualisiert werden können, verzichten wir auf die erneute Darstellung und verweisen auf den Sozialatlas 2015.

## 1.2 Einbürgerungen

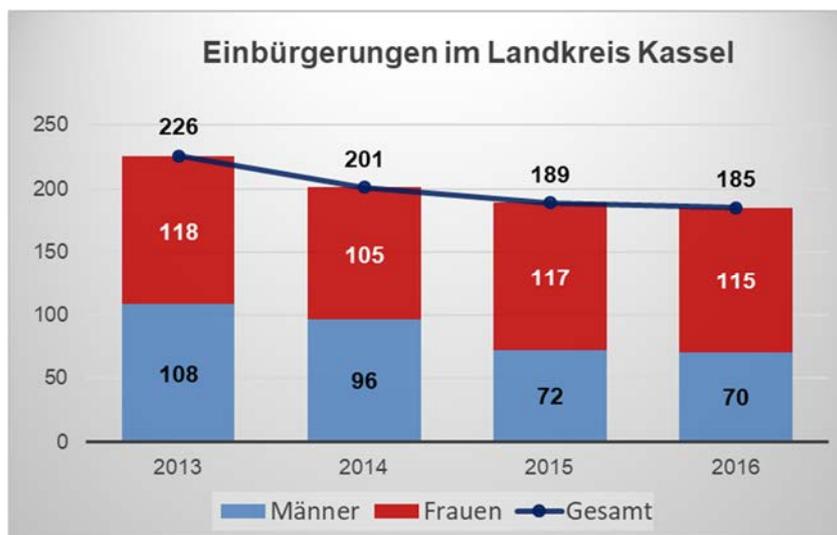


Abb. 1-2: Einbürgerungen im Landkreis Kassel  
Quelle: Landkreis Kassel, Einbürgerungs- und Staatsangehörigkeitswesen

Die Zahl der Einbürgerungen im Landkreis Kassel verringerte sich im Beobachtungszeitraum von insgesamt 226 in 2013 um 18 % auf 185 in 2016 (s. Abb. 1-2). Während sich die Zahl der eingebürgerten Männer von 108 in 2013 um 35,2 % auf 70 in 2016 reduzierte, blieb die Zahl der eingebürgerten Frauen im selben Zeitraum nahezu konstant (minus 2,5 %).

Der Frauenanteil insgesamt beträgt 57 %. Er liegt – mit Ausnahme der 6-15-Jährigen – in den meisten Altersgruppen höher als

der Männeranteil. Bei den 16-17-Jährigen und den (Über-)60-Jährigen bewegt er sich auf nahezu vergleichbarem Niveau.

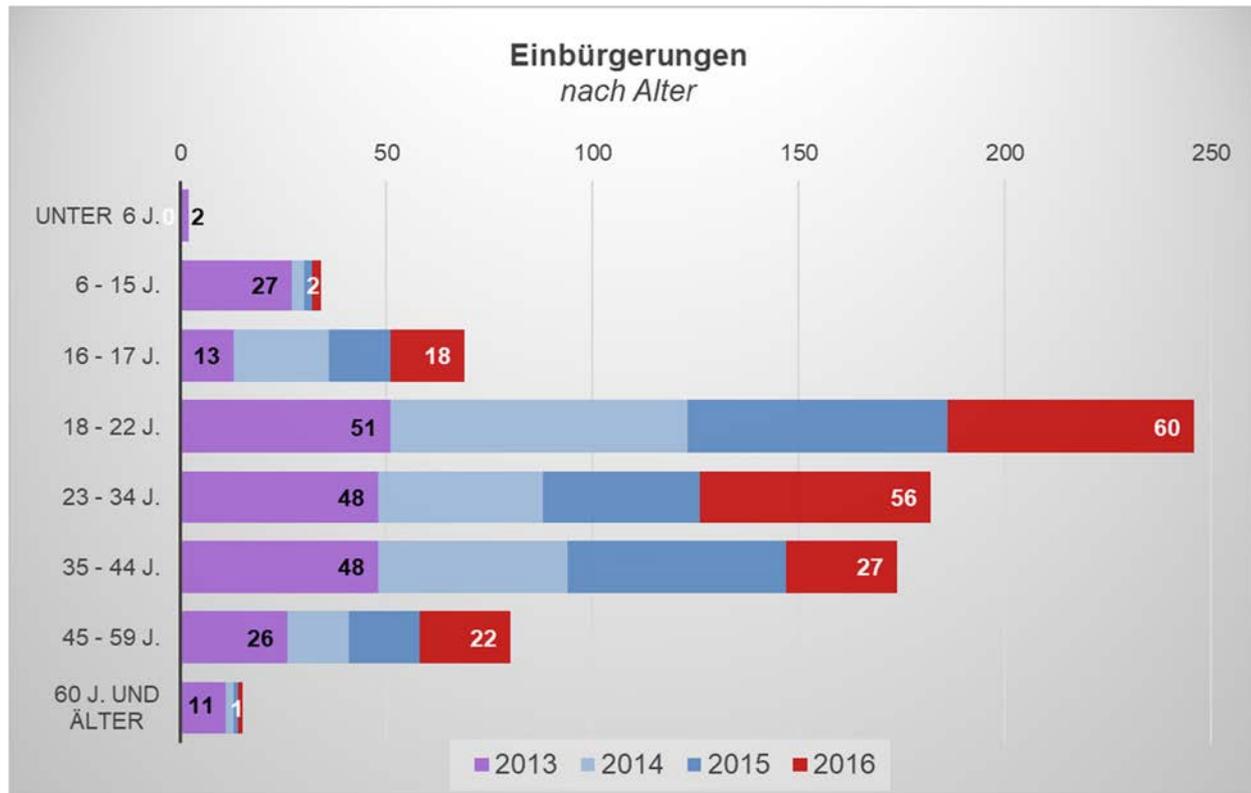


Abb. 1-3: Einbürgerungen nach Alter  
Quelle: Landkreis Kassel, Einbürgerungs- und Staatsangehörigkeitswesen

2013 wurden letztmalig zwei Kinder unter 6 Jahren eingebürgert (s. Abb.1-3). Danach gab es in dieser Altersgruppe keine weiteren Einbürgerungen.

Die meisten Einbürgerungen finden sich in der Altersgruppe der 18-22-Jährigen (2013–16: 246). Den prozentual stärksten Zuwachs weisen die 16-17-Jährigen auf. Ihre Zahl erhöhte sich von 13 in 2013 um 38,5 % auf 18 in 2016. Der prozentual größte Rückgang findet sich bei den 6-15-Jährigen wieder. Ihre Zahl verringerte sich von 27 in 2013 um 92,6 % auf 2 in 2016. Den Grund hierfür haben wir bereits im letzten Sozialatlas beschrieben: „[...] seit dem 1. Januar 2000 erwerben auch Kinder von Ausländerinnen und Ausländern durch die Geburt in Deutschland die deutsche Staatsangehörigkeit. Voraussetzung ist, dass die Eltern sich seit acht Jahren rechtmäßig und gewöhnlich in Deutschland aufhalten und ein unbefristetes Aufenthaltsrecht oder eine Aufenthaltserlaubnis besitzen“.

Zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund siehe Kapitel 5 „Geflüchtete Menschen im Landkreis Kassel“.



## 2 Junge Menschen und ihre Familien

Kaum ein anderer Bereich der Verwaltung hat ein so vielfältiges Leistungsspektrum wie die Jugendhilfe. Entsprechend differenziert sind auch die nun folgenden Informationen über die Inanspruchnahme dieser Leistungen. Unter anderem wird hier das Thema Bildung als eine zentrale Herausforderung in der Biografie junger Menschen bearbeitet.

Dabei rückt zunehmend der gesamte Entwicklungsprozess von Geburt bis zum Erwachsensein in den Blick der Jugendhilfe, nicht zuletzt ausgelöst durch den 15. *Kinder- und Jugendbericht* der Bundesregierung mit dem Schwerpunktthema „*Jugend ermöglichen*“.

Unter diesem Motto befassen sich die Autoren u.a. mit der Feststellung, dass Jugend als Übergangsphase zwischen Kindheit und Erwachsensein nicht mit der Altersgrenze Volljährigkeit definiert werden kann, sondern sich individuell fließend gestaltet bis weit in das dritte Lebensjahrzehnt.

Die dazu beobachteten Indikatoren wie berufliche Etablierung, Auszug in eine eigene Wohnung, Gründung einer Familie u. ä. haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich auf spätere Zeitpunkte verlagert.

Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Jugendhilfe entsprechend mit den Anforderungen im jungen Erwachsenenalter befassen sollte, da keine andere Institution (z.B. Jobcenter) die fachliche Kompetenz für die Gestaltung und Begleitung der erforderlichen Entwicklungsprozesse besitzt.

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

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

Der Landkreis Kassel hat dazu eine Tagesbetreuungsausbauplanung auf gesetzlicher Grundlage des § 24 a SGB VIII vorgenommen; dies erfolgte in enger Kooperation mit den Kommunen. Diese Ausbauplanung zeigte, dass zum Stichtag 01.08.2013 der vom „Krippengipfel“ angenommene Versorgungsgrad von 35 % bezogen auf den gesamten Landkreis um 2,4 übertroffen wurde. Damit war der „fiktive“ Bedarf als gedeckt anzusehen.

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

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

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

Der Forschungsbericht zum Projekt Kommunale Bedarfserhebung des Forschungsverbundes Deutsches Jugendinstitut (DJI)/Technische Universität Dortmund vom Juli 2014 kommt zu folgender Aussage für den Landkreis Kassel: Für Kinder unter drei Jahren gibt es einen Betreuungsbedarf in Höhe von 37,2 %. Ein wichtiger Aspekt bei der Bewertung und Umsetzung des Betreuungsbedarfs ist die Tatsache, dass der

Betreuungsbedarf zwischen den einzelnen Altersjahren sehr unterschiedlich ausfällt. Für unter-Einjährige ergeben sich nur sehr geringe Betreuungsbedarfe. Der Forschungsverbund hat eine Bedarfsquote von 6,3 % ermittelt. Bei den Einjährigen liegt die Quote schon deutlich höher bei 39,6 %. Die Betreuungsbedarfe für die Zweijährigen fallen mit 65,5 % erwartungsgemäß am höchsten aus.

Die vom Forschungsverbund ermittelte Durchschnittsquote liegt mittlerweile über den für den Landkreis Kassel zum 01.03.2017 ermittelten tatsächlichen Versorgungsgraden. Zu diesem Zeitpunkt waren kreisweit 1.717 Betreuungsplätze für Kinder unter drei Jahren belegt oder genehmigt. Davon entfielen

- 412 auf Kindertagespflege, ein Plus von 77 Plätzen gegenüber 2013
- 1.305 Plätze auf Kindertagesstätten, ein Plus 217 Plätzen gegenüber 2013 (s. Abb. 2-1).

Trotz dieses Zuwachses an Plätzen sank die rechnerische Versorgungsquote im Beobachtungszeitraum durch noch stärker gestiegene Kinderzahlen (Geburten und Zuwanderung). Die Zahl der Kinder unter 3 Jahren erhöhte sich im Beobachtungszeitraum von 5.001 in 2013 um 10,5 % auf 5.526 in 2015. (Die Einwohnerzahlen für 2016 standen für die Aktualisierung nicht zur Verfügung.) Die Zahl der Kinder von 3 bis 6 Jahren erhöhte sich im gleichen Zeitraum um 5,5 %.

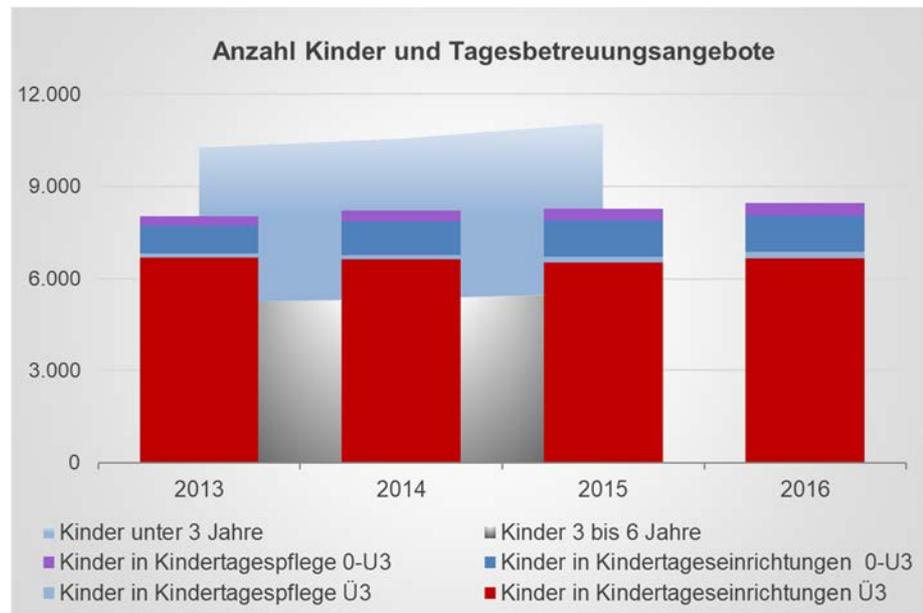


Abb. 2-1: Entwicklung der Tagesbetreuungsangebote und Kinderzahlen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Bis Ende 2017 ist es jedoch nicht zu einer Beschwerde bzw. einem Klageverfahren gekommen. Dies zeigt, dass für die Betreuungssituation i.d.R. vor Ort individuelle Lösungen gefunden wurden.

### 2.1.2 Inanspruchnahme von Betreuungsgeld

Das von der Bundesregierung im Sommer 2013 beschlossene Betreuungsgeld (150 Euro monatlich) wurde im Sommer 2015 vom Bundesverfassungsgericht gestoppt, weil dies die notwendige Zuständigkeit des Bundes nicht gegeben sah.

Eine Fortführung der Zahlungen in Hessen durch ein Landesgesetz wurde von der vollständigen Kostenübernahme des Bundes abhängig gemacht. Dies erfolgte jedoch nicht. Betreuungsgeldanträge können nur noch in Bayern und Sachsen gestellt werden.

### 2.1.3 Planungsschwerpunkt Qualität

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



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

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

## 2.2 Jugendförderung und Jugendbildung

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

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

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

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

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

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

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

---

<sup>1</sup> Juleica = Jugendgruppenleitercard

Zwei Ausgangsfragestellungen stehen im Mittelpunkt:

- Woher kommen die Teilnehmenden? (*Geographische* Aspekte der Teilnahmechancen, aufgrund fehlender Einwohnerzahlen für 2016 entfällt eine Darstellung in dieser Ausgabe)
- Wie hoch ist der Anteil Jugendlicher mit anderen Bezügen zum Fachbereich Jugend? (*Soziale* Aspekte der Teilhabechancen).

Die besondere Bedeutung der Jugendförderung ergibt sich aus den sozialen Aspekten der Teilnahme. 2016 nahmen nahezu gleichviele Jugendliche (699) an Angeboten der Jugendförderung/-bildung im Vergleich mit 2013 (705) teil. Über 30 % der Teilnehmenden erhielt oder erhält in anderen Fachdiensten des Fachbereichs Jugend Leistungen (s. Abb. 2-2). Dabei handelt es sich bei gut der

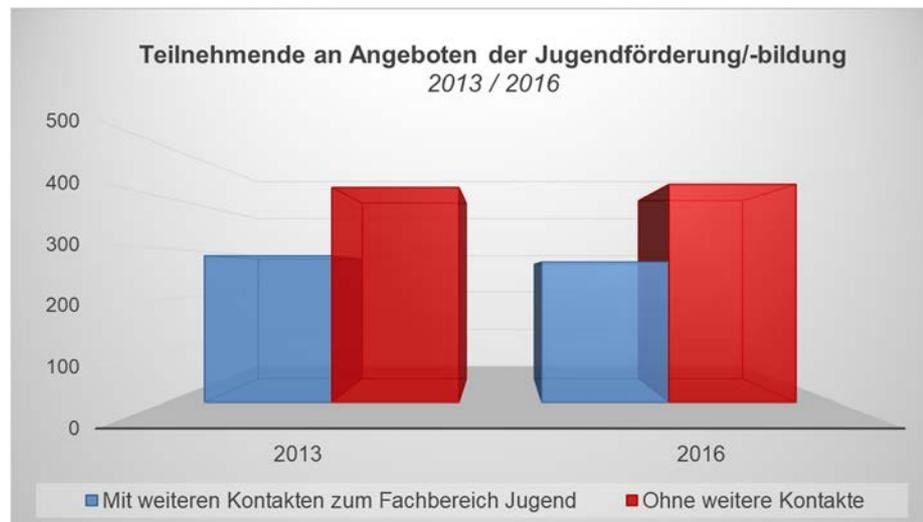


Abb. 2-2: Teilnehmende an Jugendförderung/-bildung 2013/2016  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Hälfte um solche Leistungen, bei denen eine finanzielle Notsituation vorausging, wie Erstattung von Kindergartengebühren, Unterhaltsvorschuss oder Beistandschaften zur Unterhaltsleistung. Die andere Hälfte des Leistungsbezugs deutet auf erhöhten erzieherischen Bedarf hin. Auch hatte ein beachtlicher Anteil Kontakt zur Jugendgerichtshilfe. Damit werden Jugendförderung und Jugendbildungswerk dem Anspruch gerecht, auch benachteiligte junge Menschen in ihr Angebot einzubeziehen. Besonders erfreulich ist dieses Ergebnis für die Jugendbildung, bei der man eher vermuten würde, junge Menschen aus der bildungsnahen Mittelschicht zu bedienen.

Offenbar wird nun, dass es gelingt, sowohl durch inhaltliche Programmgestaltung als auch durch die gewählten Formen der Öffentlichkeitsarbeit und Multiplikation junge Menschen aus allen sozialen Schichten zu erreichen. Andere Fachdienste des Fachbereichs Jugend weisen offensichtlich erfolgreich auf das Angebot der Jugendförderung und des Jugendbildungswerkes als Ergänzung ihrer Hilfen für junge Menschen hin. Zudem unterstützt die Jugendförderung die Beantragung von Mitteln aus dem Bildungs- und Teilhabe paket zur Finanzierung von Eigenbeiträgen für Freizeit- und Bildungsangebote durch Information und Beratung im Einzelfall. An Dynamik gewonnen hat das Partizipationsmodell der Kreisjugendförderung im Zusammenwirken von Kreisverwaltung/-politik und Kreisschülerrat als demokratisch gewählter Jugendrepräsentanz im Kreis. Junge Nicht-Wahlbürger/innen erhalten die Möglichkeit, auf die Politik des Kreistages und seiner sich mit Jugendfragen beschäftigenden Ausschüsse/Kommissionen direkt und zeitnah Einfluss zu nehmen.

### 2.3 Sozialarbeit in den Schulen des Landkreises Kassel

Die seit dem Schuljahr 2005/2006 im Landkreis Kassel initiierte Schulsozialarbeit (SiS) ist mittlerweile an allen 14 Gesamtschulen, 8 Grundschulen, 2 beruflichen Schulen, 3 Förderschulen und einem Gymnasium etabliert. 28 Mitarbeiter/innen tragen mit Beratung, Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit dazu bei, an der



Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Schule Rechte von Kindern und Jugendlichen zu stärken, Benachteiligungen abzubauen und positive Lebensbedingungen zu schaffen. Dieser ganzheitliche Auftrag, der aus § 13 SGB VIII hervorgeht, stellt die zentrale gesetzliche Grundlage der Jugendhilfe am Ort Schule dar. Mit ihrer Verortung am Lernort Schule kann die Sozialarbeit in Schule zeitnah und niedrigschwellig die Chancen junger Menschen fördern und sie und ihre Familien bei der Bewältigung ihrer vielfältigen Lebenslagen oder Probleme unterstützen. Darüber hinaus trägt sie mit der Bildung regionaler Netzwerke zu einer Optimierung der Bildungs- und Entwicklungslandschaft für Kinder und Jugendliche bei. Nach den Ausbaujahren 2005-2010 hat sich die Personalkapazität in der SiS kaum verändert.

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

### 2.3.1 Beratung und Begleitung von Schüler(inne)n

Grundsätzlich richtet sich SiS an junge Menschen in allen Bildungsgängen. Das Angebot individueller Hilfen wird differenziert statistisch nach Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. Geschlecht, Jahrgangsstufe) und Themen erfasst. Seit Beginn der SiS sind die individuellen Betreuungsangebote für Schüler/innen ein nahezu unverändert stark ausgeprägtes Handlungsfeld.

Laut Erhebung in den Jahren 2015/16 bei den SiS-Fachkräften bezog sich der Unterstützungsbedarf auf folgende Lebensbereiche:

- **Schule** (26 %): Leistungsdruck, Sozial-/Arbeitsverhalten, Übergänge, Konflikte mit Lehrer(inne)n, Schulverweigerung/-versagen
- **Peergroup (Gleichaltrige)** (41 %): Mobbing, soziale Netzwerke, Beziehungsprobleme, Konflikte/Streitschlichtung
- **Familie** (16 %): Konflikte mit Eltern, Trennung, Häusliche Gewalt, psychische Probleme/Erkrankung der Eltern, sexuelle Gewalt/Nötigung, Sucht der Eltern
- **Persönlichkeit** (17 %): persönliche, soziale Kompetenz, psychische Probleme/Erkrankung, Sucht.

Tendenziell verändern sich die Themenschwerpunkte hin zu vermehrten Beratungsanteilen für Peergroup- und Persönlichkeitsthemen.

### 2.3.2 Die Arbeit mit Bezugspersonen

Die enge Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen, Lehrer(inne)n und Eltern der jungen Menschen hat einen hohen Stellenwert für die SiS. Mit der ab dem Jahr 2008/09 erreichten hohen innerschulischen Akzeptanz der SiS geht die Bedeutung von Gesprächen mit Lehre(rinne)n (2015/16: 1.720) einher. Die geringere Häufigkeit (nicht Intensität) der Elterngespräche (2015/16: 802) hängt möglicherweise mit gestiegenen Problemen und Konflikten im Themenbereich „Peergroup“ zusammen, in dem Eltern einen geringeren Zugang/Einfluss wahrnehmen.

### 2.3.3 Präventive Angebote

Am deutlichsten wird die stabile Etablierung der SiS im Bereich der Angebote für Gruppen, Projekte und Veranstaltungen. Mit über 820 dieser präventiven Angebote wurde 2015/16 ein wesentliches Kernelement des Rahmenkonzepts für Sozialarbeit in Schulen des Landkreises Kassel umgesetzt. Trotz steigender Nachfrage nach individueller Unterstützung konnte der Umfang des präventiven Programms weitgehend aufrechterhalten werden.



## 2.4 Bildungsbeteiligung junger Menschen in Schule und Ausbildung

Kein anderer Lebensbereich ist für Kinder und Jugendliche zwischen dem 7. und mindestens 16. Lebensjahr – sowohl thematisch als auch zeitlich – so alltagsbestimmend wie die Schule. Dementsprechend befasst sich Berichterstattung über die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen sinnvollerweise auch mit den aktuellen Themen der Bildungsberichterstattung, die seit der Diskussion der PISA-Studie nun schon auf eine längere Forschungsgeschichte zurückblicken kann.

Angelehnt an den „**Chancenspiegel 2014**“ (Bertelsmann Stiftung, Institut für Schulentwicklungsforschung der Technischen Universität Dortmund, Institut für Erziehungswissenschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena (Hrsg.)) werden – soweit möglich – die Indikatoren zur Bildungsbeteiligung, oder *Bildungsgerechtigkeit*, wie es die Autoren nennen, aktualisiert. Dazu werden vier Gerechtigkeitsdimensionen in den Blick genommen: „Integrationskraft, Durchlässigkeit, Kompetenzförderung und Zertifikatsvergabe“.

Die Lage zur beruflichen Ausbildung junger Menschen im Landkreis Kassel wird ausführlich im Kap. 8.8 dargestellt.

### 2.4.1 Das Integrationspotential der Schullandschaft im Landkreis Kassel

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

Die Bewertung des Integrationspotentials für Schulen des Landkreises Kassel wird anhand des zur Verfügung stehenden Materials des Statistischen Landesamtes Hessen vorgenommen, da diese regionalisierten Daten nicht Schwerpunkt im Chancenspiegel waren (s. Tabelle 2-1).

	Schüler/innen an privaten und öffentlichen Schulen im Schuljahr 2015/16	Landkreis Kassel	Hessen (zum Vergleich)
<b>Förderquote</b>	Schüler/innen der Klassen 1 bis 10 mit besonderem Förderbedarf (859 im LKKS) an allen Schüler(inne)n im allgemeinbildenden Schulsystem	4,27%	4,85%
<b>Inklusionsanteil</b>	Schüler/innen der Jahrgangsstufen 1 bis 10 mit besonderem Förderbedarf in den Regelschulen (135 im LKKS) an allen Schüler(inne)n mit besonderem Förderbedarf	23,89%	27,21%
<b>Exklusionsquote</b>	Anteil der Schüler/innen der Jahrgangsstufen 1 bis 10 mit besonderem Förderbedarf, die gesondert in Förderschulen unterrichtet werden (724 im LKKS) an allen Schüler(inne)n	3,25%	3,53%

Tabelle 2-1: Schüler/innen an privaten und öffentlichen Schulen  
Quelle: Bertelsmann Stiftung et al.

Die relativ niedrige Förderquote im Landkreis Kassel korrespondiert mit dem hier verorteten Förderschulangebot, wobei ein nicht unerheblicher Anteil von Kindern mit besonderem Förderbedarf an Förderschulen in der Stadt Kassel oder in benachbarten Landkreisen unterrichtet wird. Inklusiver Unterricht an Regelschulen würde es mehr Kindern mit besonderem Förderbedarf ermöglichen, wohnortnah, d.h. im Landkreis Kassel, zur Schule gehen zu können. Im Hinblick auf in der UN-Behindertenrechtskonvention formulierte Ziele gibt es also für inklusionsberechtigte Kinder im Landkreis Kassel trotz einiger Verbesserungen noch

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



Nachholbedarf. Die unter Kap. 2.4.5 dieses Sozialatlases beschriebene Entwicklung des schulischen Inklusionsangebotes für Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Landkreis Kassel sollte also konsequent fortgeführt werden. Auch beim Angebot ganztägiger Beschulung, die laut Bildungsexperten nur in der verpflichtenden „gebundenen“ Form mehr zum Ausgleich sozialer Benachteiligung beitragen kann, besteht im Landkreis Kassel „Luft nach oben“.

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

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

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

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

Allerdings eignet sich das Programm „Pakt für den Nachmittag“, dessen Kooperationschwerpunkt von Land und Kommunen eher in der Nachmittagsbetreuung liegt, aufgrund seiner Freiwilligkeit und teilweisen Gebührenfinanzierung kaum zum Ausgleich von Bildungsbenachteiligung.

### 2.4.2 Durchlässigkeit

Unter dem Begriff „Durchlässigkeit“ beschäftigt sich der Chancenspiegel 2014 vertieft auch in regionalisierter Form mit Daten zum Einwahlverhalten in weiterführende Schulen nach der Grundschule, mit dem Thema Klassenwiederholung und dem Wechsel der Schulart. Hierbei berücksichtigt der Bericht auch besondere Stadt-/Landkreissituationen, die Einfluss nehmen auf das Einwahlverhalten insbesondere unter dem Aspekt eines optionalen hochschulzugangsberechtigenden Abschlusses. Dabei wird das breit qualifizierende Gesamtschulangebot mit in die Betrachtung gezogen (s. Tabelle 2-2).

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

Tabelle 2-2: Einwahlverhalten in weiterführende Schulen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Es wird deutlich, dass im Landkreis Kassel der Mangel an flächendeckenden gymnasialen Angeboten durch ein flächendeckendes Gesamtschulangebot mit Hochschulreifeoption ausgeglichen wird. Es stößt auf eine breite Inanspruchnahme.

Eine Veränderung der Bil-

dungslandschaft zugunsten weiterer gymnasialer Angebote ist unter demografischen Gesichtspunkten nicht ratsam; vielmehr würde dies die Fächerpalette bestehender gymnasialer Angebote durch konkurrierende Standorte bedrohen. Eine Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes Hessen aus dem Jahr 2011 (Zahlen zu Beginn eines Schuljahres) macht die zu erwartende Entwicklung für den Landkreis Kassel in den nächsten fünf Jahren sichtbar (s. Abb. 2-3). Die hier dargestellte Entwicklung berücksichtigt noch nicht die danach eingesetzte Zuwanderung insbesondere ab 2015 auch von geflüchteten Familien in den Landkreis Kassel. Aktuellere Vorausberechnungen stehen leider nicht zur Verfügung.

Zur Erläuterung der Sekundarstufen:

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

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

Die Betrachtung von schulartbezogenen Auf- und Abwärtswechseln in den Jahrgangsstufen 7-9 gibt Auskunft über die Durchlässigkeit des Schulsystems für Wechsel nach der ursprünglich getroffenen Entscheidung für den weiterführenden Schulbesuch. Hier ist zumeist eine Anpassung der Schulart an das Leistungsvermögen einzelner Schüler/innen ausschlaggebend. Der überwiegend zu einer statusniedrigeren Schule erfolgende Schulartwechsel stellt wie die Wiederholung einer Klassenstufe in vielen Fällen eine Misserfolgserfahrung für betroffene Kinder und Jugendliche dar (s. Tabelle 2-3).

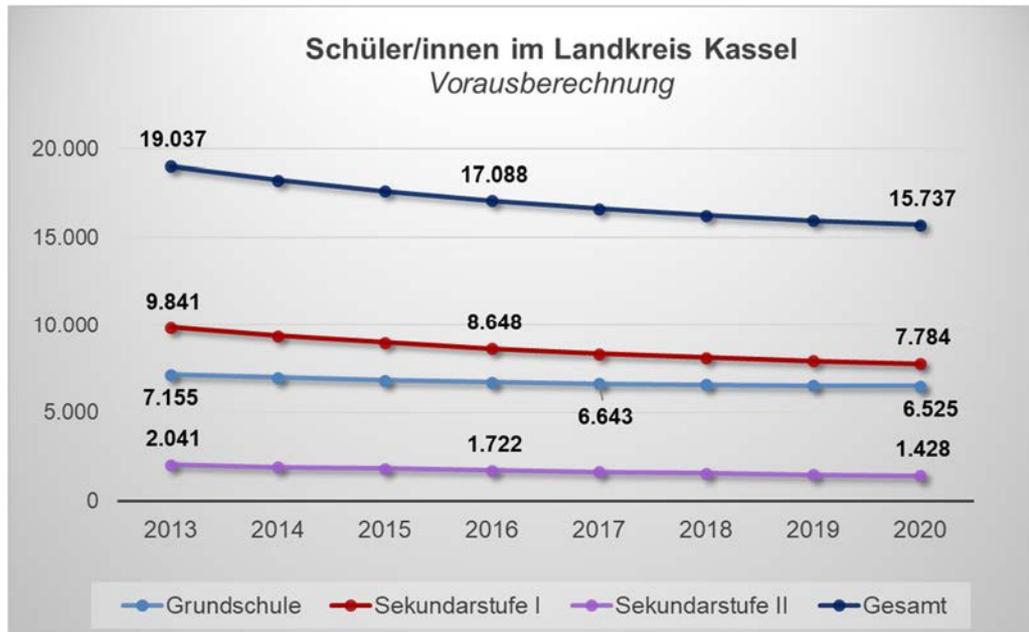


Abb. 2-3: Vorausberechnung der Schülerzahlen im Landkreis Kassel  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



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

Tabelle 2-3: Schulartwechsel  
 Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Während der Anteil der Wiederholer/innen in der Sekundarstufe I erfreulich unterhalb des Landesdurchschnitts liegt, gibt im Landkreis Kassel das ungünstigere Verhältnis von Auf- zu Abwärtswechsellern/-wechsellern der Schulart zu denken. Die diesem Verhältnis zugrundeliegenden absoluten Zahlen von nur 6 Aufwärtswechsellern/-wechsellern zu 65 Abwärtswechsellern/-wechsellern weisen möglicherweise auf Mängel bei der individuellen Förderung einzelner Schüler/innen als Voraussetzung für einen Wechsel in eine anspruchsvollere Schulart hin. Die Zahl der Abwärtswechsellern/-wechsellern dagegen bewegt sich in einer Größenordnung, die in etwa den hessischen Relationen entspricht.

### 2.4.3 Kompetenzförderung

Untersuchungen zur Entwicklung von Kompetenzen im Bereich Lesen (z.B. IGLU-Studie) oder den mathematisch-naturwissenschaftlichen Fächern (TIMMS) beschränken sich auf der räumlichen Ebene der Staatsgrenzen oder Bundesländer und lassen leider noch keine kleinräumigeren Aussagen auf Landkreisebene zu. Auch der Chancenspiegel 2014 enthält dazu keinerlei regionalisierte Daten (s. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2011). Erwähnenswert ist einzig die wiederholte Feststellung, dass der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilie bzw. familiäre Risikolagen erheblichen Einfluss auf den Kompetenzerwerb haben, und sich dies trotz langjähriger länderübergreifender Bemühungen kaum verändert.

### 2.4.4 Schulabschlüsse

Wie in den vorangegangenen Auflagen des Sozialatlases werden auch diesmal die erworbenen schulischen Abschlüsse in den Blick genommen. Der Chancenspiegel benutzt hier den eher international verwendbaren Begriff „Zertifikatsvergabe“ und erläutert in aller Deutlichkeit den rechnerischen Einfluss der Gruppe der über Kreis-

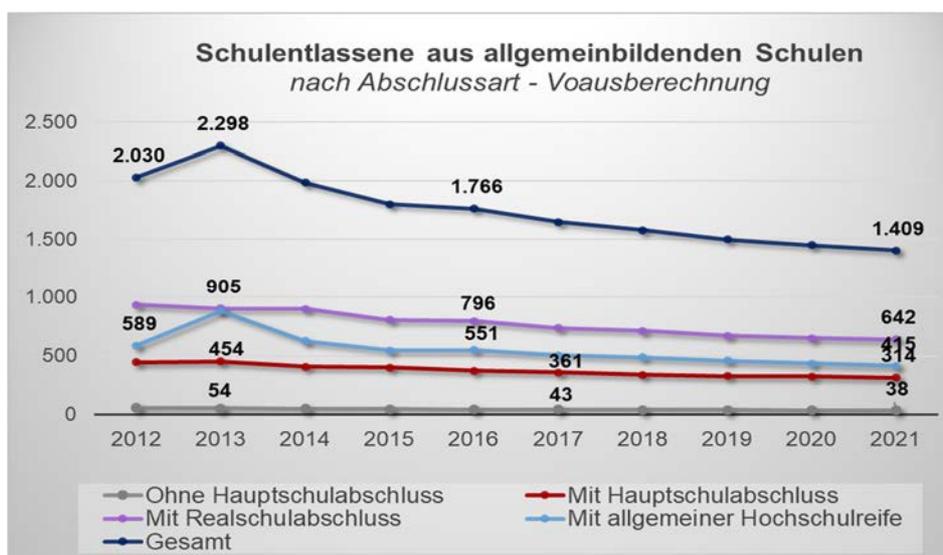


Abb. 2-4: Schulentlassene aus allgemeinbildenden Schulen  
 Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



oder Stadtgrenzen hinweg pendelnden Schüler/innen auf die dargestellten Abschlussquoten (Zahlen zum Schuljahresende). Die Vorausberechnung der Schulentlassenen im Landkreis Kassel zeigt den sprunghaften Anstieg von Schüler(inne)n mit allgemeiner Hochschulreife im Jahr 2013, in dem der erste 8-jährige Gymnasialjahrgang die Schule verlassen hat (s. Abb. 2-4). Ab 2013 verringerte sich ihre Zahl. Die dargestellte längerfristige Entwicklung muss zu gegebener Zeit aktualisiert werden.

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

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

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

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

Tabelle 2-4: Anteil Schulentlassene 2012/13  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

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

Als Folge der Bildungsdiskussionen der letzten Jahre und gestiegenen Erwartungen an Bildungserfolge ist rückblickend auf die letzten Jahre eine Verschiebung hin zu höherwertigen Schulabschlüssen zu verzeichnen. Der Anteil der Schulentlassenen mit Wohnsitz im Landkreis Kassel ohne Hauptschulabschluss und der Schulentlassenen mit Förderschulabschluss liegt deutlich unter dem Landesdurchschnitt (s. Tabelle 2-4). Dagegen erreichen Schüler/innen mit Wohnort im Landkreis Kassel häufiger mittlere und höhere Bildungsabschlüsse im Vergleich zu den Landesergebnissen. Dies deutet zunächst nicht auf eine Benachteiligung durch erhöhten Pendleraufwand hin, sondern lässt vermuten, dass die schulischen Angebote mit Hochschulreifeoption im Kreisgebiet Kassel wie auch in seiner unmittelbaren Nachbarschaft durchaus erreichbar sind.



### 2.4.5 Schulen mit sonderpädagogischer Ausrichtung

Der Landkreis Kassel betreibt in Hofgeismar die „Käthe-Kollwitz-Schule“, eine Schule für Praktisch Bildbare. Wie die folgende Grafik zeigt, sank die Schülerzahl in den letzten zwei Jahren nur leicht. Anders sieht es für die drei anderen Förderschulen im Landkreis Kassel aus (s. Abb. 2-5). Im selben Zeitraum ging an der „Baunsbergsschule“ in Baunatal und der „Brüder-Grimm-Schule“ in Hofgeismar die Anzahl der Schüler/innen

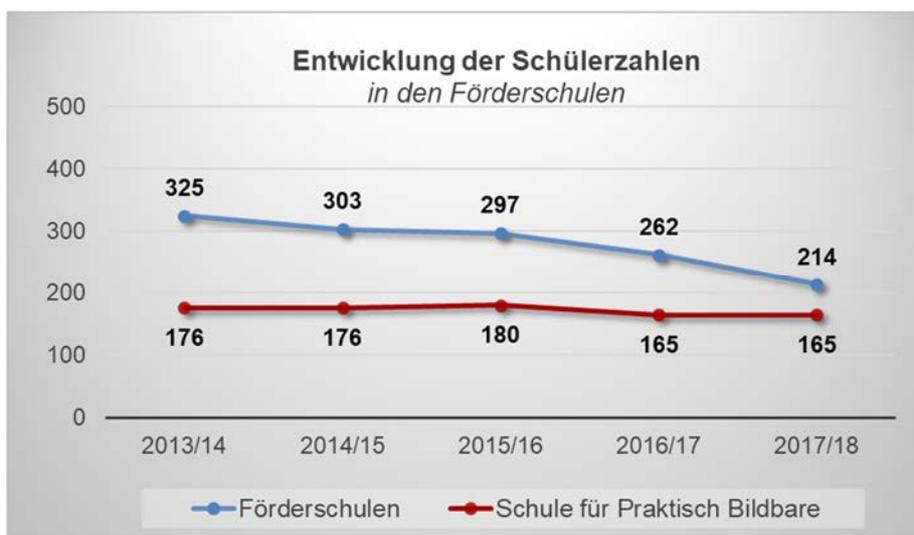


Abb. 2-5: Entwicklung der Schülerzahlen in den Förderschulen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

mit diagnostiziertem Förderbedarf deutlich (minus 34,2 %) zurück. Lediglich an der „Wilhelm-Filchner-Schule“ in Wolfhagen blieben die Zahlen der Vorjahre in etwa konstant.

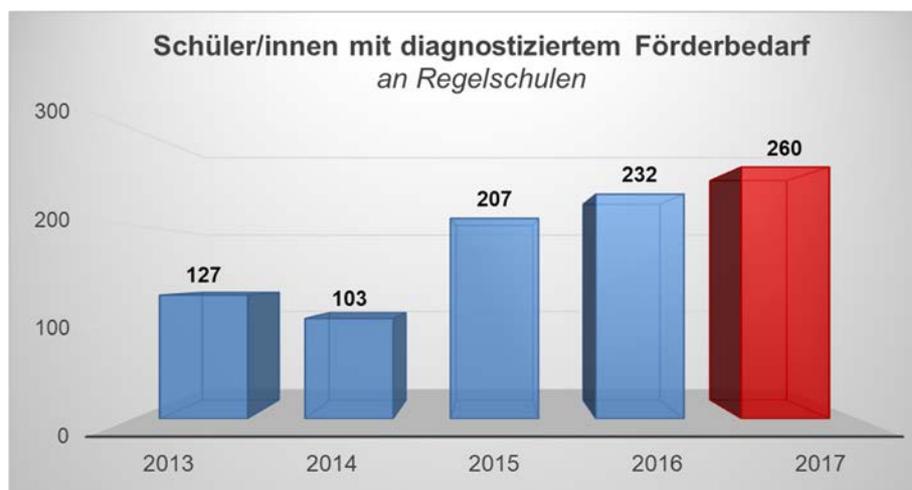


Abb. 2-6: Schüler/innen mit diagnostiziertem Förderbedarf an Regelschulen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Dieser Rückgang korrespondiert seit 2014 mit einem Anstieg der Lernhilfeschüler/innen an den Regelschulen im Landkreis Kassel (s. Abb. 2-6). Zum Stichtag 01.01.2017 besuchten 260 Schüler/innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf den inklusiven Unterricht. Damit hat sich ihre Zahl von 2013 verdoppelt.

Der inklusive Unterricht wird inzwischen an allen Schulen im Landkreis Kas-

ssel angeboten. Trotzdem werden in Schulen des Landkreises Kassel insgesamt immer noch knapp 60 % aller Schüler/innen mit diagnostiziertem Förderbedarf an Förderschulen unterrichtet. Zudem besucht ein erheblicher Anteil der Kinder mit diagnostiziertem Förderbedarf spezialisierte Förderschulen in der Stadt Kassel oder in Nachbarkreisen.

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



Die Diagnostik und damit die Anerkennung einer lern- oder seelischen Behinderung erfolgt bisher regelhaft vor der Aufnahme in eine Förderschule. Mit ihrer sukzessiven Auflösung darf nicht die Notwendigkeit der vorgeschalteten Diagnostik entfallen. Grenzen zwischen Lernschwächen (z.B. milieubedingt) und Lernbehinderungen können sonst an Trennschärfe verlieren. In der Folge würde eine differenzierte Unterrichtsgestaltung erschwert. Die Überforderung von Schüler(inne)n sowie des Lehrpersonals wäre die zwangsläufige Folge.

Soweit sonderpädagogische Strukturen auch in Regelschulen implementiert sind, ist die schrittweise Inklusion behinderter Schüler/innen in Regelschulen zu begrüßen. Die für den Aufbau eines inklusiven Bildungssystems notwendige Verlagerung von sonderpädagogischen Kompetenzen wird Untersuchungen zufolge keine zusätzlichen finanziellen Ressourcen erfordern. Bis auf den organisatorischen und planerischen Aufwand für diesen Umbau wäre eine Reform in Deutschland weitgehend kostenneutral und die Aufrechterhaltung der Bildungsqualität relativ unproblematisch möglich.

Die Schwelle von Schule in das Berufsleben ist für lern- und/oder seelische behinderte Jugendliche besonders hoch. Sie können auch mit einem Hauptschulabschluss Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 19 SGB III – Arbeitsförderung - beantragen. Zur Problematik der Realisierung bzw. Gewährung dieses Anspruches s. Kap. 8.8.4.

## 2.5 Jugendgerichtshilfe

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

Ziel der Jugendgerichtshilfe ist

- der (Kinder- und) Jugendschutz der strafrechtlich aufgefallenen jungen Menschen und
- die Entwicklung und Förderung zu einer eigenverantwortlichen, gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.

Damit unterscheiden sich die Ziele der Jugendhilfe deutlich von den Zielen der Jugendjustiz, die eher den Auftrag hat, strafrechtlich relevantes Fehlverhalten zu sanktionieren und damit zum gesellschaftlichen Gerechtigkeitsempfinden beizutragen.

Beide Systeme sind gesetzlich damit beauftragt, diese unterschiedlichen Zielperspektiven in Einklang zu bringen. In Jugendgerichtsverfahren werden die soziale Situation und die Entwicklung der Persönlichkeit der Tatverdächtigen berücksichtigt. Dazu wird grundsätzlich unterschieden zwischen *Jugendlichen* (ab Vollendung des 14. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) und *Heranwachsenden* (ab Vollendung des 18. bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres).

Bundesweit wird beobachtet, dass die Zahl der von Jugendlichen verübten Straftaten deutlich zurückgeht. Auch im Landkreis Kassel ist diese Entwicklung erkennbar. Der Rückgang von Jugendstraftaten wird im Folgenden für den Untersuchungszeitraum 2010-16 dargestellt. (Genauere Zahlen für 2017 liegen derzeit nicht vor, da ein Teil der Straftaten mit längerem Ermittlungsaufwand verbunden ist, und erst danach der Jugendgerichtshilfe bekannt wird.)



### 2.5.1 Entwicklung der Jugendgerichtshilfefälle 2010 bis 2016

Der Rückgang der Jugendstraftaten von 2013 bis 2016 verläuft analog dem bundesweit prägnante Rückgang (s. Abb. 2-7). Aus Fachkreisen werden derzeit nur spärlich Theorien über die Gründe, die dazu geführt haben, veröffentlicht.

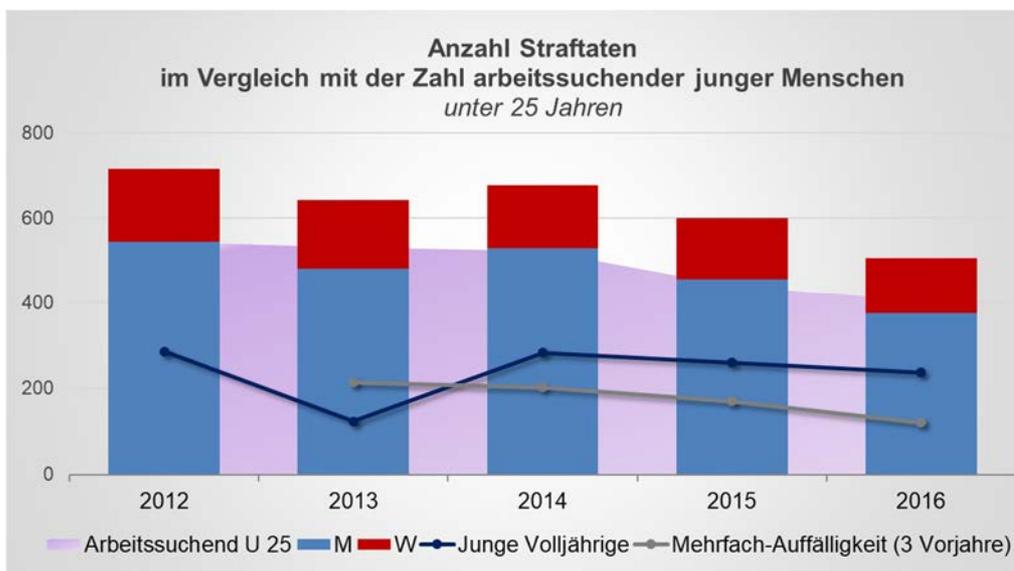


Abb. 2-7: Straftaten im Vergleich mit Arbeitssuche Unter-25-Jährige  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Indem Korrelationen zu den bislang diskutierten

Zusammenhängen von Jugendkriminalität und gesellschaftlichen Konfliktfeldern gebildet wurden, lassen sich bei vertiefter Betrachtung durchaus positive Zusammenhänge erkennen. Den höchsten nachweisbaren Grad an Korrelation finden wir beim Rückgang der Jugendberufsnot (Zeitreihe *Arbeitssuchende unter 25 Jahren* / Hintergrundfläche). Kleinere direkte Effekte könnte evtl. der Demografiefaktor beitragen.

Jugenddelinquenz ist ein Phänomen überwiegend männlicher junger Menschen (Säule M). Weibliche Jugendliche (Säule W) sind in 2016 nur zu knapp 26 % an der Jugenddelinquenz beteiligt. Bei genauer Betrachtung wird deutlich, dass der Rückgang der Straftaten bei Heranwachsenden etwas weniger ausgeprägt war (dunkelblaue Linie). In 2013 gab es eine nicht erklärbare Ausnahmesituation.

Besonders erfreulich stellt sich der Rückgang bei Wiederholungsstraftaten in den letzten Jahren dar (graue Linie), beobachtet wurden Straftaten aus drei zurückliegenden Jahren; deshalb beginnt die Zeitreihe erst in 2013.

Zur Übersichtlichkeit werden die Rückgänge im Beobachtungszeitraum in nachfolgender Tabelle in Prozenten dargestellt (s. Tabelle 2-5).

	Rückgang 2013-16 in %
Einwohner/innen 14 bis 20 Jahre (bis 2015)	6,7%
Arbeitssuchende unter 25 Jahren	32,1%
Jugendstraftaten insgesamt	41,7%
Straftaten Heranwachsender	25,2%
Wiederholungstraftaten	43,9%

Tabelle 2-5: Rückgänge bei Jugendstraftaten 2013-16 (in %)  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

In verschiedenen fachlichen Diskussionen über die Ursachen des bundesweit beobachtbaren Trends wurden mögliche weitere Gründe für diese Entwicklung benannt, die sich allerdings nicht immer quantifizieren lassen und deshalb für die Bildung von Korrelationen ausscheiden. Zunächst bestätigt sich



die Theorie, wonach der Rückgang von Jugendstraftaten vor allem auf den gestiegenen (berufliche) Zukunftsperspektiven auch für Jugendliche mit mittleren oder schlechteren Schulabschlüssen basiert, wenn wir aktuellere Jugendstudien zu Rate ziehen. In der 17. Shell Jugendstudie wird der Wandel in der Werteorientierung Jugendlicher in den Slogan „Aufstieg statt Ausstieg“ komprimiert.

Ein weiteres Phänomen ist die verbreitete Nutzung der neuen Medien. Im virtuellen Raum findet heute vieles an „jugendlichem Ausprobierverhalten“ statt, das bekanntlich auch strafrechtliche Konsequenzen haben kann (z.B. Betrug, Beleidigung oder Mobbing, usw.). Allerdings trägt eine höhere Anonymität hier zu vermutlich größerer Dunkelfeldkriminalität oder geringerem Anzeigeverhalten bei.

Zudem können Jugendliche hier „gefahrlos“ Dinge ausprobieren, die in der Realität mit echter Schädigung von Sachen oder Personen verbunden wären (Simulationsspiele wie z.B. Autorennen, Kampf- oder Rollenspiele, usw.). Dafür spräche ein leichter Rückgang bei den Anteilen von Verkehrsdelikten und Sachbeschädigungen an den Gesamtstraftaten.

Expert(inn)en beobachten im Weiteren einen Rückgang von Jugendlichen mit Gewalterfahrung in ihrer Erziehung. Nach dem gesetzlichen Verbot von Gewalt in der Erziehung (§1631 BGB) im Jahr 2000 gibt es eine neue Elterngeneration, in der die Anwendung von Gewalt als Erziehungsmethode zunehmend verpönt ist. Gleichzeitig steigt der Anteil junger Menschen, die wahrnehmen, dass elterliche Zuwendung als Erziehungsmethode an Bedeutung gewinnt. Zudem sinkt die Akzeptanz von Gewalt zur Konfliktlösung in den Gleichaltrigen-Gruppen der Jugendlichen. Auch hier zeigt sich eine Korrespondenz zum sinkenden Anteil von Gewaltdelikten in der gesamten Deliktstruktur.

In einer aktuellen Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) werden weitere Befunde zum Rückgang der Jugendkriminalität betrachtet (s. Pfeiffer, C. et al. (2018). *Zur Entwicklung der Gewalt in Deutschland. Schwerpunkte: Jugendliche und Flüchtlinge als Täter und Opfer*. Hochschule für angewandte Wissenschaften: Zürich).

Eine gewisse positive Wirkung ist auch einigen nicht jugendhilfespezifischen Präventionsangeboten und -maßnahmen sicher nicht abzuspüren (z.B. Konfliktlösungs-Training, Suchtprävention).

Die oben skizzierte positive Entwicklung findet sich mit leichten Abweichungen in allen drei Kreisteilen wieder, weshalb in diesem Bericht keine weitere kleinräumige Darstellung erfolgen soll.

### **2.5.2 Verbesserte Rückfallprophylaxe durch sozialpädagogische Begleitung und ambulante Maßnahmen**

Die Jugendgerichtshilfe im Landkreis Kassel kann sich seit einigen Jahren zunehmend mit der gebotenen Sorgfalt mit den biografischen und strukturellen Bedingungen des bisherigen Aufwachsens der bei ihnen vorstellig gewordenen jungen Menschen befassen und individuell passende Hilfen zur Nachreife gestalten. Neben der Einhaltung der erforderlichen Standards für die sozialpädagogische Begleitung im Strafverfahren leistet sie Unterstützung in Resozialisierungsprozessen.

Sichtbarer Erfolg dieser Qualitätszunahme ist der überdurchschnittliche Rückgang von Wiederholungsstraftaten.

Im Übrigen gilt sowohl die Vielseitigkeit als auch die Kapazität der ambulanten Maßnahmen, auf die die Jugendgerichtshilfe im Landkreis Kassel zurückgreifen kann, als vorbildhaft. Dass diese Optionen genutzt werden können, ist der ausgezeichneten Zusammenarbeit mit den Jugendgerichten zu verdanken. Auf der Basis dieses kooperativen Zusammenspiels könnten durchaus noch mehr auffällig gewordene Jugendliche durch die ambulanten Maßnahmen erreicht werden, wenn es gelänge, diese weiterhin auszubauen.



## 2.6 Neue Aufgabenfelder für die Jugendämter

### 2.6.1 Frühe Hilfen

Mit dem Bundeskinderschutzgesetz von 2011 wurden die Jugendämter u. a. beauftragt, die örtliche Angebotslandschaft sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen in der Weise zu koordinieren, dass alle Familien Zugang zu sog. Frühen Hilfen erhalten.

Bereits vorher entwickelte der Fachbereich Jugend im Auftrag des Kreistages ein umfassendes Konzept zur Verbesserung der Angebote und Absenkung von Zugangsschwellen der Hilfen für Familien mit Neugeborenen. Mit den ab 2011 vom Bund bereitgestellten Mitteln wurde die Koordinationstätigkeit verstetigt, und hat zu einem eindrucksvollen Erfolg in der Zusammenarbeit sozialer Institutionen rund um junge Familien geführt. Ein zentrales Element der Frühen Hilfen ist die Unterstützung für junge Familien durch Familienhebammen oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (im Folgenden „Fachkräfte der Frühen Hilfen“ genannt).

Seit 2014 konnte das Angebot an Frühen Hilfen insbesondere durch die Gewinnung der Kooperation von Gesundheitsdiensten (niedergelassene Arztpraxen, Kliniken) stark ausgebaut werden (s. Abb. 2-8).

Die gestiegene Nachfrage konnte insbesondere durch Familien-Gesundheit- und Kinderkrankenpfleger/innen und regionale Zusammenarbeit der Frühen Hilfen (z.B. Stadt Kas-

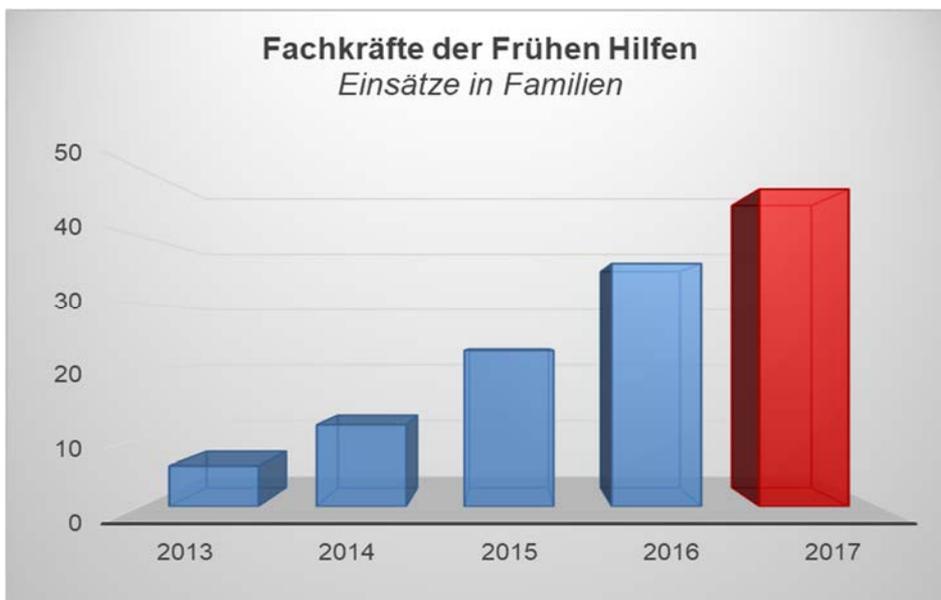


Abb. 2-8: Einsätze der Frühen Hilfen in Familien  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

sel) bewältigt werden. Der weitere Erfolg der Frühen Hilfen wird allerdings nicht unwesentlich davon abhängen, wie sich der zunehmende Hebammenmangel im Kreisgebiet auswirkt. Die Weiterentwicklung der Frühen Hilfen ist ein Schwerpunkt des umfassenden Präventionskonzeptes des Fachbereichs Jugend des Landkreises Kassel. Da die Frühen Hilfen neben Kompetenzvermittlung in Fragen der Förderung und Erziehung u.a. auch die Eltern-Kind-Bindung im Fokus haben, tragen sie erheblich zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen bei.

### 2.6.2 Kinderschutz

Ebenfalls im Bundeskinderschutzgesetz wurden die Verfahren der Jugendämter bei Meldungen von **Kindeswohlgefährdungen** (KWG) standardisiert. Die hierin festgelegten Verfahrensschritte zur Risiko-Einschätzung, Dokumentation und Intervention werden ab 2012 durch ein gesetzlich festgelegtes Statistikverfahren erfasst. Damit

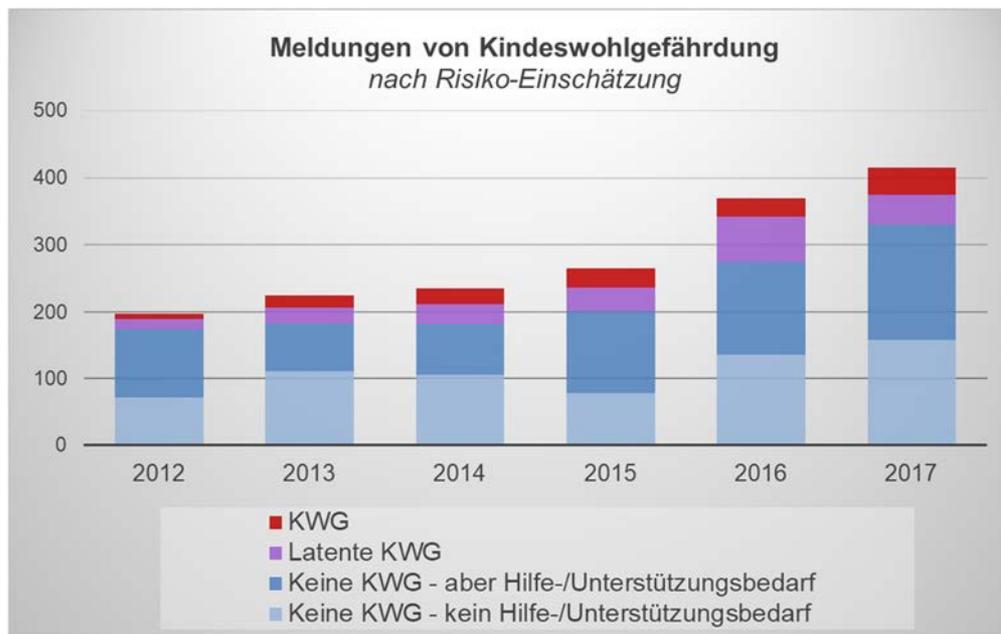


Abb. 2-10: Meldungen von Kindeswohlgefährdung – nach Risiko-Einschätzung  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

können die Entwicklungen in diesem Aufgabenbereich abgebildet werden. Seit Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes haben sich die Meldungen mehr als verdoppelt (s. Abb. 2-9). In rund 2/3 der Fälle bestätigt sich zumindest ein Bedarf an weitergehender Jugendhilfe, der im Rahmen der professionellen Verfahren (i.d.R. Hausbesuche mit mindestens zwei Fachkräften) identifiziert wird. Um jedwedes Risiko auszuschließen, sind aber auch in dem verbleibenden Drittel der Fälle ohne weiteren Unterstützungsbedarf die Verfahrensschritte sorgfältig einzuhalten.

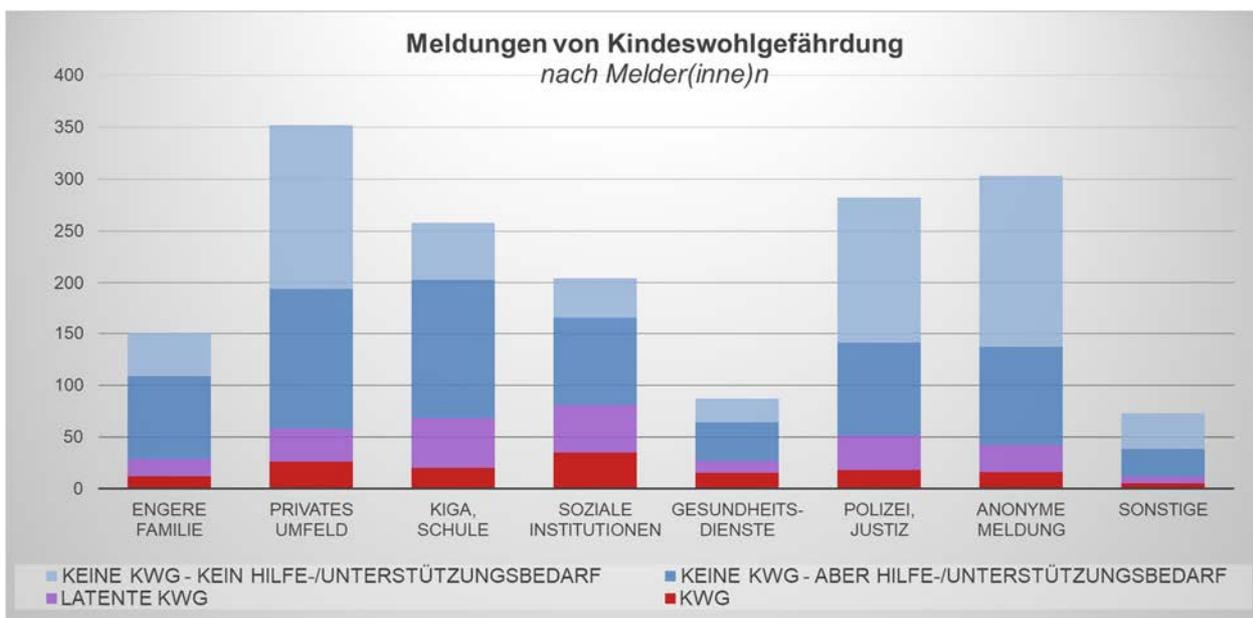


Abb. 2-9: Meldungen von Kindeswohlgefährdung – nach Melder(inne)n  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend



Gefährdungsmeldungen gehen für alle Altersgruppen bis 18 Jahre ein. Da sich jedoch Risikofaktoren und Schutzbedarf mit zunehmendem Alter ändern, kommen Meldungen bei Kleinkindern deutlich häufiger vor. Erfasst wird gemäß der Bundesstatistik auch, wer eine Kindeswohlgefährdung meldet. Die meisten Meldungen zur Kindeswohlgefährdung erfolgen aus dem sozialen Nahraum wie Nachbarn, Bekannte oder Verwandte; auch ein großer Anteil der anonymen Meldungen dürfte aus diesem Personenkreis erfolgen (s. Abb. 2-10). Meldungen aus Institutionen mit sozialem oder erzieherischem Auftrag erweisen sich zu einem höheren Anteil als Ausgangspunkt für weitere Hilfen oder Interventionen. Wie in der gesamten Jugendhilfe, gilt auch bei Kindeswohlgefährdungsverfahren der Grundsatz der Hinwirkung auf kooperative Lösungen mit den Erziehungsberechtigten; Interventionen wie Inobhutnahmen als Sofortmaßnahme in akuten Gefährdungssituationen sind eher selten und „Ultima Ratio“.

## **2.7 Allgemeine Beratung, Beratung in Trennungs-, Scheidungs-, Partnerschafts- und Sorgerechtsfragen, Erziehungsberatung**

Eltern wenden sich in allgemeinen Fragen der Erziehung, in Problemsituationen mit Schule oder Polizei, bei Trennung/Scheidung und vielen anderen Fragen an den Fachbereich Jugend des Landkreises Kassel. Beratung ist eine niedrigschwellige Form der Unterstützung von Familien zur Klärung von Konflikten, Stärkung der Selbsthilfepotentiale oder Erschließung neuer Ressourcen. Damit hat Beratung präventiven Charakter und eine besondere Bedeutung für eine lebensweltorientierte Jugendhilfe. In Einzelfällen können Beratungsprozesse über einen begrenzten Zeitraum sehr aufwändig sein, insbesondere bei strittigen Sorgerechtsregelungen in Fällen von Trennung/Scheidung. Häufig erreichen Beratungsanliegen den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD), der durch seine dezentralisierte Struktur aufsuchende Formen (Hausbesuche) der Beratung anbietet. Intensivere Beratungsprozesse werden in der Regel durch die Jugend- und Familienberatungsstelle des Landkreises in Form institutioneller Beratung durchgeführt. Diese Beratung nach § 28 SGB VIII wird jährlich in Berichtsform dargestellt und kann beim Fachbereich Jugend des Landkreises Kassel eingesehen werden.

Da sich die Beratungsprozesse in der Regel nicht nur mit einem einzelnen jungen Menschen, sondern mit dem gesamten Familiensystem befassen, bilden sie ein Kernelement der präventiven Jugendhilfe.

## **2.8 Hilfen zur Erziehung, Hilfen für junge Volljährige, Eingliederungshilfen**

Das SGB VIII sieht in seinem 4. Abschnitt drei Leistungstatbestände für individuellen Jugendhilfe vor.

- In § 27 SGB VIII ist der Anspruch der Personensorgeberechtigten auf Hilfe zur Erziehung eines Kindes oder Jugendlichen (minderjährig) festgelegt. Die in dieser Vorschrift festgelegten Bedingungen, dass „[...] eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“, ist unabdingbare Voraussetzung der Hilfe und wird in einem eingehenden Beratungs- und Hilfeplanungsprozess ergründet.
- § 35 a SGB VIII formuliert den Anspruch eines seelisch behinderten oder von seelischer Behinderung bedrohten Kindes oder Jugendlichen auf Eingliederungshilfe.
- § 41 SGB VIII regelt die Gewährung von Hilfen für junge Volljährige (18 bis unter 21 Jahren), die zur Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung erforderlich sind.

Die Ausgestaltung der Hilfen erfolgt in bedarfsgerechter Intensität in voll- oder teilstationärer Form, in Pflegefamilien oder ambulant. Sie können als Einzelhilfe, Familienhilfe oder in Gruppenangeboten erfolgen.

Nachfolgende Tabelle erläutert die einzelnen Hilfskategorien (s. Tabelle 2-6).

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

Tabelle 2-6: Hilfskategorien  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

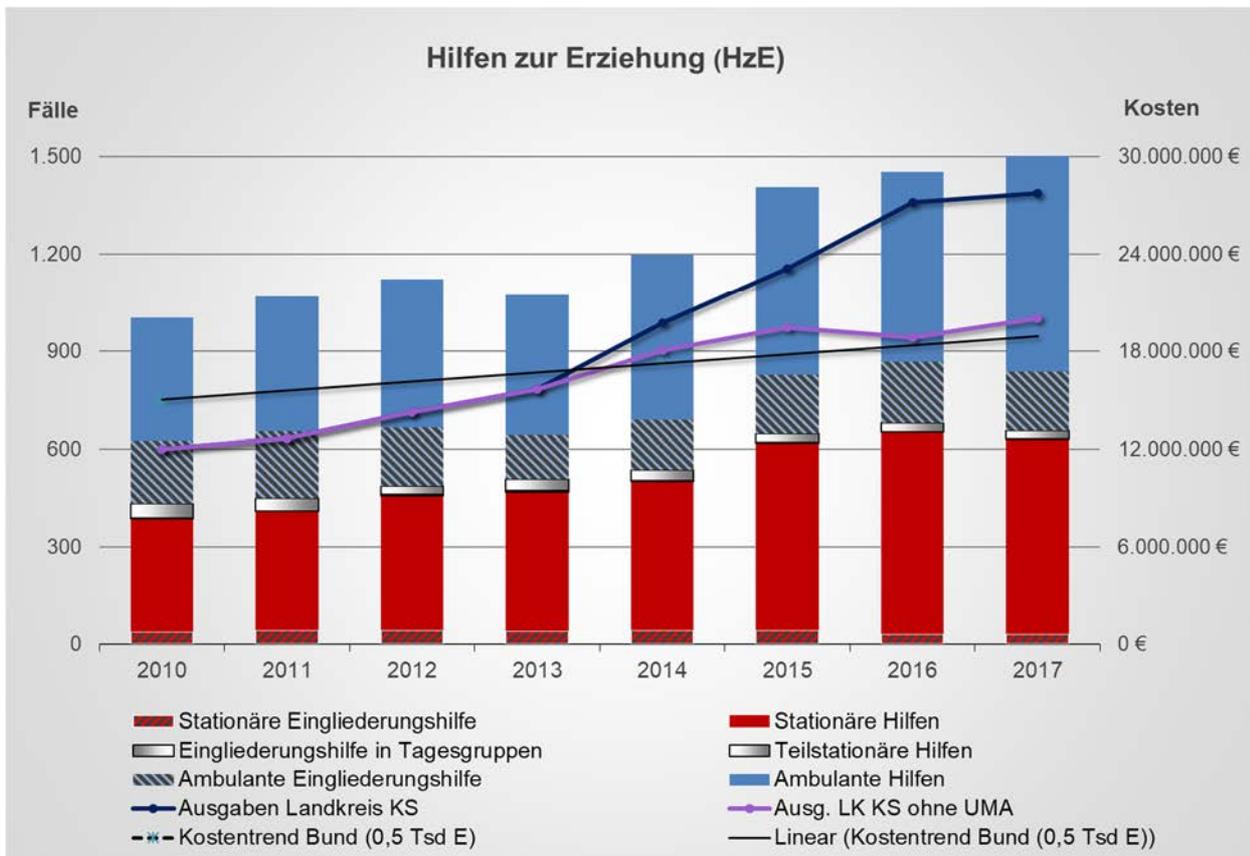


Abb. 2-11: Hilfen zur Erziehung  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend



Nachfolgend ist die Entwicklung der Fallzahlen und der Ausgaben der Hilfen zur Erziehung (HzE) dargestellt (s. Abb. 2-11). Die Daten basieren auf der gesetzlichen Statistik der Hilfen zur Erziehung (HzE - Leistungen nach §§ 27, 35 a und 41 SGB VIII).

Für die hier betrachteten Hilfen nach dem SGB VIII gab der Landkreis Kassel im Jahr 2017 annähernd 28 Mio. Euro aus (Zahlungen an Leistungsanbieter/innen). Mit der Kinderschutzgesetzgebung und den Verfahren zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung wurde vermehrt Hilfebedarf sichtbar; dies führte zu entsprechenden Fallzahl- und Kostensteigerungen.

Ab 2014 war die Zunahme von Fallzahlen und Kosten dann geprägt durch verstärkte Zuwanderung unbegleiteter minderjähriger Ausländer/innen (umA). Ab 2010 unterliegt die Hilfebedarfsentwicklung ähnlichen Dynamiken wie im Bundestrend. Erkennbar ist dies vor allem bei einem Parallelvergleich der Kostensteigerungsraten (Linien).

Aus dem Monitor *Hilfen zur Erziehung* der Universität Dortmund geht hervor, dass die Inanspruchnahme dieser Hilfen im Landkreis Kassel 2014 im Rahmen des Bundesdurchschnitts lag ([http://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/.../Monitor\\_Hilfen\\_zur\\_Erziehung\\_2016.pdf](http://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/.../Monitor_Hilfen_zur_Erziehung_2016.pdf)). Im Weiteren geht daraus hervor, dass die Nutzung ambulanter Hilfen durch den konsequenten Ausbau von Kapazitäten allmählich den Bundesdurchschnitt erreicht. Ebenfalls durchschnittlich war in 2014 die Inanspruchnahme stationärer Hilfen.

Obwohl zwischen 2005 und 2015 die Zahl junger Menschen unter 21 Jahren im Landkreis Kassel um 15 % zurückging, hat sich die Zahl der Jugendhilfefälle (mit Ausnahme der Therapieförderungen) in diesem Zeitraum etwa verdoppelt. Dies entspricht den bundesweit beobachteten Megatrends:

- einerseits verringern sich Ressourcen der Erziehungskompetenz in der Gesellschaft durch Auflösung traditioneller Familienstrukturen und Verlust des gesellschaftlichen Zusammenhalts
- zum anderen verschieben sich in allen Institutionen, die mit der Sozialisation von Kindern und Jugendlichen beschäftigt sind, die Maßstäbe für tolerierbares Verhalten, akzeptiertes Leistungsvermögen und Gefahren für das Kindeswohl
- der Hilfebedarf ist durch unbegleitete minderjährige Ausländer/innen sprunghaft angestiegen.

Diese Trends drängen die Jugendhilfe sowohl früher als auch häufiger in die Rolle der professionellen Moderation in familiären Konfliktsituationen, wie auch in die Übernahme von Verantwortung im staatlichen Wächteramt. Der entstehende Mehrbedarf an erzieherischer Unterstützung in Familien konnte im Landkreis Kassel auch in 2017 durch Ausbau ambulanter Hilfen teilweise ressourcenschonend aufgefangen werden. Hilfebedarf von unbegleiteten minderjährigen Ausländer(inne)n kann jedoch aufgrund der erforderlichen Aufsichtsbedingungen bis zu deren Volljährigkeit nur stationär erbracht werden.

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

Ein besonderer Entwicklungsschwerpunkt des Fachbereichs Jugend des Landkreises Kassel ist die Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Ausländer(inne)n (früher „Flüchtlingen“). Mit der rasant gestiegenen Einreisezahl aus Krisenherden im Nahen und Mittleren Osten hat sich auch die Zahl der ohne Eltern einreisenden Jugendlichen erhöht. Während in 2012 noch 24 minderjährige

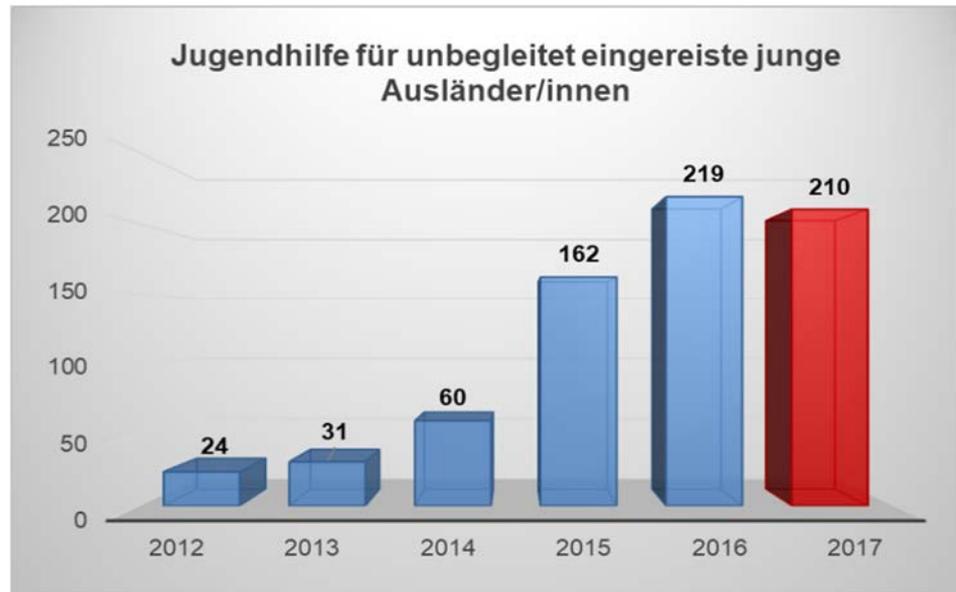


Abb. 2-12: Jugendhilfe für unbegleitet eingereiste junge Ausländer/innen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Flüchtlinge betreut wurden, stieg deren Zahl bis 2016 auf über 219 (s. Abb. 2-12).

Die Abbildung zeigt, dass es durch ein seit 2016 wirksames bundesweites Verteilungsverfahren und der Schließung von Fluchtrouten nach Europa kaum noch Neuzugänge in den Landkreis Kassel gibt und ältere, in 2015 unbegleitet eingereiste junge Ausländer/innen ab 2017 vermehrt die Jugendhilfe verlassen.

Mit dem bundesweiten Verteilungsverfahren wird das Ziel verfolgt, eine gleichmäßigere Verteilung der unbegleiteten minderjährigen Ausländer/innen auf die bislang sehr unterschiedlich belegten Bundesländer zu erreichen. Da Hessen mit zu den führenden Einreiseländern gehörte und seine Betreuungsquote noch immer übererfüllt, werden Neufälle auf andere Bundesländer verteilt.

Die Chancen dieser jungen Menschen, sich in ihre neue Umgebung mit Hilfe der angebotenen Bildungsprogramme zu integrieren, stehen gar nicht schlecht. Die größeren Integrations-Schwierigkeiten bereitet jedoch u.a. aufgrund der großen Zahl von Mitbewerber(inne)n (erwachsene Asylsuchende und steigende Studierendenzahlen) der immer enger werdende Wohnungsmarkt.

Die Wohnungsproblematik erstreckt sich darüber hinaus selbstverständlich auf alle jungen Volljährigen, die im Anschluss an eine stationäre Jugendhilfe zur weiteren Verselbständigung eine eigene Wohnung beziehen sollen. Während bis vor wenigen Jahren die Aufnahme einer beruflichen Ausbildung oder Tätigkeit im Mittelpunkt der ambulanten Nachbetreuung stand ist dies heute die Unterstützung bei der Wohnungssuche

## 2.9 Die Reform der Unterhaltsvorschussleistungen im Sommer 2017 als Reaktion auf Armutsrisiken von Kindern

Familien nach Trennung oder Scheidung sind einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt. Häufig müssen mit unverändertem Einkommen plötzlich nach Trennung zwei Wohnungen/Haushalte finanziert werden. Sinn und Zweck des Unterhaltsvorschussgesetzes (UVG) ist es, den Aufwand alleinerziehender Elternteile in Fällen, in denen der andere Elternteil keinen Unterhalt zahlen will oder kann, finanziell auszugleichen. Seit Sommer 2017 erstreckt sich der Anspruchszeitraum der Unterhaltsvorschussleistungen auf junge Menschen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (vorher 12. Lebensjahr). Nur ein geringer Teil der geleisteten Unterhaltsvorschüsse ist bei den unterhaltspflichtigen Elternteilen, die oft kein oder nur ein geringes



Erwerbseinkommen haben, rückholbar. Die verbleibenden Beträge werden von Bund (zu 40 %), Land (zu 30 %) und Landkreis (zu 30 %) gemeinsam getragen.



Abb. 2-13: Unterhaltsvorschussleistungen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

Seit 2006 ist die Nachfrage (Antragseingänge) nach Unterhaltsvorschussleistungen kontinuierlich zurückgegangen (s. Abb. 2-14). Die Ausgabentendenz folgt der konjunkturellen Entwicklung der nordhessischen Wirtschaft bzw. Arbeitsmarktsituation: Unterhaltspflichtige (meist Väter) waren verstärkt in der Lage, ihrer Verpflichtung nachzukommen.

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

Im Zuge der Armutsdiskussion von Kindern hat die Bundesregierung die Befristungen im UVG ab Sommer 2017 gelockert. Die darauffolgende Antragswelle konnte bis zum Jahreswechsel 2017/18 nicht vollständig bearbeitet werden. In der Darstellung erkennbar wird bereits diese Antragszunahme (von jährlich rund 510 auf nun fast 1.600), nicht jedoch die finanziellen Auswirkungen. Diese werden sich erst im Laufe der vollständigen Antragsbearbeitung im Laufe des Jahres 2018 ergeben.

Wie hoch der dann vom Landkreis Kassel zu tragende Finanzierungsanteil sein wird, ist noch nicht vollständig absehbar; eine vollständige Erstattung des durch die Reform ausgelösten Aufwandes durch den Bund oder das Land wird von den kommunalen Träger(inne)n gefordert.



## 2.10 Fazit zur Ausgestaltung der präventiven Handlungsfelder der Jugendhilfe

Rasante gesellschaftliche und technologische Entwicklungen, die mit Veränderungen von Wertegefügen, Leistungsanforderungen und Kommunikationsverhalten einhergehen, haben in den letzten Jahren zu einer Vielzahl gesetzlicher Normierungen auch mit Auswirkung auf die Jugendhilfe hervorgebracht.

Ob und wie sich eine Reform des SGB IX (Bundesteilhabegesetz) auf die Jugendhilfe als neu definierter ReHa-Trägerin ab 2018 auswirken wird, wird in den kommenden Jahren Gegenstand weiterer Beobachtungen sein. Zudem ist damit zu rechnen, dass durch eine Reform des SGB VIII mit dem Ziel der inklusiven Jugendhilfe neue Leistungstatbestände (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für alle jungen Menschen mit Behinderungen jedweder Art) zu weiteren Fallsteigerungen führen werden.

Aus anderer Richtung wirken sich neue sozialwissenschaftliche Erkenntnisse auf Konzepte der pädagogischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien aus (z.B. zur Bedeutung emotionaler Bindungen im Familiengefüge).

Nur mit permanenter Anpassungsfähigkeit und unter Beibehaltung fachlicher Ansprüche im Sinne einer Anwaltsfunktion für die Belange von jungen Menschen und Familien sind diese Herausforderungen auf Dauer zu bewältigen.

Dabei wird immer deutlicher, dass kurzfristige situationsbedingte Interventionen allein keine Wirkung im Sinne einer förderlichen Entwicklung junger Menschen entfalten, sondern in einen längerfristigen Biografiebegleitenden Prozess eingebunden sein müssen.

Jugendhilfe, die dem Auftrag dienen soll, folgenden Generationen das Handwerkszeug für ein selbstbestimmtes, gesundes und vielfältiges Leben in sozial verantwortlichen Zusammenhängen zu vermitteln, kann ihre Wirkungen nicht in allzu engen Grenzen von Zuständigkeiten und Ressourcen entfalten. Mit dem Bewusstsein, dass Jugendliche von heute in wenigen Jahren die Eltern der Kinder sein können, mit denen die Jugendhilfe dann zu tun bekommt, ist jetzt bereits nachhaltiges präventives Handeln (als Kompetenzvermittlung) im Sinne des Kinderschutzes gefragt.

Ein solches umfassendes Präventionsverständnis liegt dem Präventionskonzept des Fachbereichs Jugend zu Grunde, das im Kreistag des Landkreises Kassel im Dezember 2017 beschlossen wurde. Darin enthalten sind Präventionsansätze für **alle** Altersgruppen junger Menschen und Eltern.



### 3 Ältere Menschen

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

#### 3.1 Aktuelle Versorgungssituation

Seit mehr als 25 Jahren befragt das R+V-Infocenter in einer repräsentativen Studie rund 2.400 Bürger/innen nach ihren größten wirtschaftlichen, politischen und persönlichen Ängsten. In ihrer jüngsten Studie (R+V, 2017) legen sie dar, dass die steigende Zahl von Pflegebedürftigen bei vielen die Besorgnis auslöst, im Alter anderen als Pflegefall zur Last zu fallen. Mit 52 % liegt dieses Thema im Ranking der langjährig abgefragten Ängste auf Platz 9 (Vorjahr Platz 7; minus 5 %), da aktuelle Themen wie u.a. Terrorismus, politischer Extremismus, Spannungen durch den Zuzug von Ausländer(inne)n und Schadstoffe in Nahrungsmitteln diese Sorge überschatten. Frauen (57 %) sind in dieser Frage wesentlich besorgter als Männer (48 %). Als Ursache dafür erläutern die Autor(inn)en, dass Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung ein viel größeres Pflegerisiko haben. Außerdem tragen sie bei der häuslichen Pflege in der Regel die Hauptlast und wissen deshalb, wie nervenaufreibend und kostspielig die Situation ist. Kaum verwunderlich ist, dass in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen die Befürchtung, pflegebedürftig zu werden, besonders groß ist (64 %).

Der 2. Landesozialbericht Hessen aus dem Jahr 2017 zitiert eine von TNS Infratest Sozialforschung durchgeführte bundesweite repräsentative Umfrage aus dem Jahre 2016. Hierin wurden die Teilnehmenden befragt:

*„Die sozialen Sicherungssysteme wie die Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung haben vor allem die Aufgabe, Menschen in verschiedenen Lebenssituationen abzusichern. Wie beurteilen Sie Ihre eigene Absicherung durch die sozialen Systeme? Glauben Sie, dass Sie persönlich in solchen Fällen gut gesichert, gerade ausreichend gesichert oder nicht gut gesichert sind?“*

Nachfolgende Tabelle fasst die Antworten zusammen (s. Tabelle: 3-1):

	Gut gesichert	Gerade ausreichend gesichert	Nicht gut gesichert
Im Fall von Krankheit	41 %	43 %	14 %
Im Fall der Trennung oder des Todes vom Ehe- oder Lebenspartner (ohne Alleinerziehende)	32 %	39 %	25 %
Beim Einkommen im Alter	27 %	43 %	27 %
Im Falle von Arbeitslosigkeit (ohne Rentner/Beamte)	25 %	48 %	25 %
Im Fall von Pflegebedürftigkeit	21 %	39 %	35 %

Tabelle 3-1: Bewertung der individuellen Absicherung durch die bestehenden sozialen Sicherungssysteme in Deutschland 2016  
Quelle: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Die Darstellung belegt, dass in keinem der angesprochenen Fälle eine Mehrheit eine gute eigene Absicherung als gegeben bzw. gut ansieht – am ehesten noch im Fall von Krankheit, am wenigsten bei Arbeitslosigkeit und im Falle der Pflegebedürftigkeit. Auch bezogen auf das Einkommen im Alter sieht nur gut ein Viertel (27 %) eine gute eigene Absicherung.

### 3.1.1 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Nachfolgende Abbildung stellt die Versorgung der insgesamt 223.579 Pflegebedürftigen in Hessen (2015) nach Art der Betreuung und Pflegestufen dar (s. Abb. 3-1).

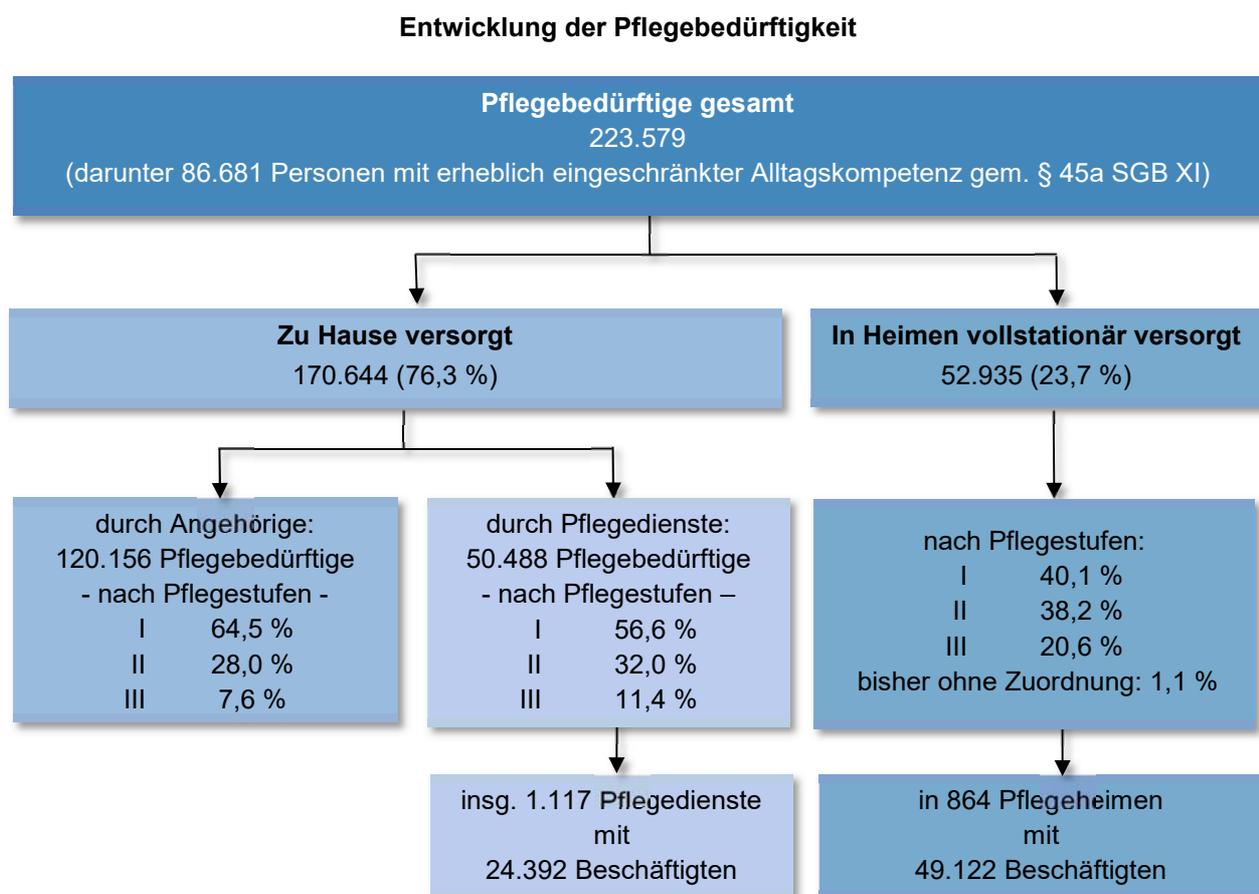


Abb. 3-1: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Hessen (Stand 2015)  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Mit 170.644 Menschen werden mehr als drei Viertel (76,3 %) aller Leistungsempfänger/innen **zu Hause**; davon die große Mehrheit (70,4 %) ausschließlich durch Angehörige. Von diesen 120.156 Pflegebedürftigen waren 64,5 % (77.500 Personen) der Pflegestufe I, 28 % (33.644 Personen) der Pflegestufe II und 7,6 % oder 9.132 Personen der Pflegestufe III zuzuordnen. Grund für die hohe Verbreitung dieser Leistungsart ist, dass die meisten Pflegebedürftigen in der gewohnten Umgebung von vertrauten Personen betreut werden möchten. Eine Entscheidung für professionelle Pflegekräfte wird oftmals erst dann getroffen, wenn die Betreuung durch Angehörige oder andere Personen im häuslichen Umfeld nicht mehr im erforderlichen Maß möglich ist.



24.392 Beschäftigte in 1.117 Pflegediensten betreuen die übrigen 50.488 zu Hause versorgten Pflegebedürftigen. Davon waren 28.576 (56,6 %) in die Pflegestufe I, 16.156 (32 %) in Pflegestufe II und 5.756 Menschen (11,4 %) in Pflegestufe III eingruppiert.

In **stationären Einrichtungen** wurden 52.935 Pflegebedürftige vollstationär betreut; davon befanden sich 40,1 % (21.226 Menschen) in der Pflegestufe I und 38,2 % (20.221 Menschen) in Pflegestufe II. Mit 10.905 Menschen waren 20,6 % der Pflegestufe III zuzuordnen; 1,1 % oder 583 der in stationären Einrichtungen betreuten Pflegebedürftigen waren noch keiner Pflegestufe zugewiesen. Die Versorgung der Pflegebedürftigen in den 864 stationären Einrichtungen erfolgte durch 49.122 Beschäftigte.

**Teilstationäre Pflegeleistungen** erhielten 3.564 Pflegebedürftige. Diese Leistungsempfänger/innen erhalten in der Regel aber auch Pflegegeld oder ambulante Pflege und sind daher in der Gesamtzahl der Leistungsempfänger/innen bereits erfasst. Ein Nachweis erfolgt daher hier nur nachrichtlich. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der Pflegebedürftigen und die Pflegequote zum Jahresende 2015 nach Alter und Geschlecht. Die Pflegequote beschreibt den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe (s. Tabelle 3-2).

	Gesamt	davon		darunter: 75 bis unter 85 Jahre		
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
<b>Pflegebedürftige</b>						
Hessen	223.579	80.076	143.503	73.945	27.037	46.908
BRD	2.860.293	1.028.434	1.831.859	955.830	350.828	605.002
<b>Pflegequote</b>						
Hessen	3,62 %	2,63 %	4,59 %	15,5 %	13,0 %	17,4 %
BRD	3,48 %	2,54 %	4,40 %	14,1 %	12,1 %	15,6 %

	darunter: 85 bis unter 90 Jahre			darunter: 90 Jahre und mehr		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
<b>Pflegebedürftige</b>						
Hessen	46.131	12.770	33.361	37.533	7.426	30.107
BRD	589.665	157.866	431.799	474.942	87.503	387.439
<b>Pflegequote</b>						
Hessen	42,7 %	33,4 %	47,8 %	68,2 %	55,9 %	72,2 %
BRD	39,7 %	31,3 %	44,0 %	66,1 %	53,5 %	69,9 %

Tabelle 3-2: Pflegebedürftige und Pflegequote nach Alter und Geschlecht  
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2015

Die Tabelle verdeutlicht, dass die Pflegequote in Hessen zum Teil deutlich über der für Gesamtdeutschland liegt. Des Weiteren zeigt sie auf, dass der Anteil der pflegebedürftigen Frauen über dem der Männer liegt und der Abstand zwischen beiden mit steigendem Alter größer wird.

Die nachfolgende Tabelle vergleicht die Pflegequoten nach Leistungsarten der Pflegeversicherung und nach Altersgruppen im Landkreis Kassel in den Jahren 2001-2011 (s. Tabelle 3-3).



Pflegeversicherung nach Leistungsart	Landkreis Kassel		Veränderung 2001-11 %
	2001	2011	
<b>Gesamt</b>			
Stationäre Pflege	0,8 %	1,1 %	0,3 %
Ambulante Pflege	0,6 %	0,9 %	0,3 %
Pflegegeldbezug	1,7 %	2,2 %	0,5 %
<b>Pflegebedürftige gesamt</b>	<b>3,2 %</b>	<b>4,1 %</b>	<b>0,9 %</b>
<b>Altersgruppe: 65 Jahre und älter</b>			
Stationäre Pflege	4,3 %	4,5 %	0,2 %
Ambulante Pflege	3,3 %	3,4 %	0,1 %
Pflegegeldbezug	7,1 %	7,4 %	0,3 %
<b>Pflegebedürftige gesamt</b>	<b>14,7 %</b>	<b>15,3 %</b>	<b>0,6 %</b>
<b>Altersgruppe: 75 Jahre und älter</b>			
Stationäre Pflege	8,8 %	8,9 %	0,1 %
Ambulante Pflege	6,3 %	6,4 %	0,1 %
Pflegegeldbezug	12,5 %	12,7 %	0,2 %
<b>Pflegebedürftige gesamt</b>	<b>27,6 %</b>	<b>28,0 %</b>	<b>0,4 %</b>
<b>Altersgruppe: 85 Jahre und älter</b>			
Stationäre Pflege	21,5 %	20,6 %	-0,9 %
Ambulante Pflege	12,8 %	12,6 %	-0,2 %
Pflegegeldbezug	23,8 %	21,9 %	-1,9 %
<b>Pflegebedürftige gesamt</b>	<b>58,2 %</b>	<b>55,1 %</b>	<b>-3,1 %</b>

Tabelle 3-3: Pflegequoten nach Leistungsart und Alter  
 Quelle: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration; Regionaler Gesundheitsreport 2014

Die Tabelle verdeutlicht, dass sowohl bei den Altersgruppen insgesamt als auch über die verschiedenen Altersgruppen hinweg die Pflegequote in der stationären Pflege immer unter dem für die ambulante Pflege/ Pflegegeldbezug berechneten Wert liegt. Lediglich in der Altersgruppe der Über-85-Jährigen liegt er darunter. Somit bleibt der Trend zur formellen Pflege ungebrochen – allerdings inzwischen mit anderen Vorzeichen. Heute wird die häusliche Pflege unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste stärker betont. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung nach Jahren (s. Tabelle 3-4).

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
<b>1996</b>	40,1 %	43,3 %	16,6 %
<b>2000</b>	49,0 %	37,5 %	13,5 %
<b>2004</b>	51,5 %	35,6 %	12,9 %
<b>2008</b>	53,8 %	33,7 %	12,5 %
<b>2012</b>	56,6 %	31,6 %	11,8 %
<b>2015</b>	57,7 %	30,9 %	11,4 %

Tabelle 3-4: Verteilung der Pflegestufen in der Sozialen Pflegeversicherung  
 Quelle: Barmer GEK



Der Anteil der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III ist rückläufig. Dies zeigt sich besonders drastisch in den Jahren zwischen 1996 und 2000. Hier sind die Einführungseffekte zu beachten: So wurden die Personen, die bei Einführung der Pflegeversicherung (1995) Pflegeleistungen nach §§ 53-57 SGB V erhalten haben, automatisch in Pflegestufe II eingestuft, was zu einem im Vergleich zur normalen Begutachtung womöglich zu hohen Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe II und einem zu niedrigen Anteil in Pflegestufe I geführt haben mag. Eine differenzierte Darstellung nach Geschlechtern ist leider nicht möglich. Die Versorgung älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen wird durch Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich sichergestellt. Als konzeptionelle Brücke zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor haben in letzter Zeit das Betreute/Altengerechte Wohnen und auch Wohngemeinschaften immer mehr an Bedeutung gewonnen.

### **3.1.2 Ambulante Versorgung**

#### **3.1.2.1 Beratungsstellen für Ältere**

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

Im Jahr 2016 wurden in den Beratungsstellen für Ältere im Landkreis Kassel insgesamt 1.037 Personen beraten. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet das eine Steigerung um 99 Personen bzw. 10,6 %. Basierend auf den Statistiken der Beratungsstellen waren 65 % davon Frauen. 67 % der Ratsuchenden gehörten in die Altersgruppe der 70-89-Jährigen. Mehr als die Hälfte (72 %) war (noch) nicht in eine Pflegestufe nach SGB XI eingestuft. Die Mitarbeiter/innen sind also dem präventiven Ansatz ihrer Arbeit gerecht geworden. Bestätigt wird diese Aussage durch einen Anteil von 60 % der Klient(inn)en, die sich mit der Bitte um Information und Beratung an die Beratungseinrichtungen gewandt haben.

#### **3.1.2.2 Pflegestützpunkt**

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

- wohnortnahe, umfassende sowie unabhängige und wettbewerbsneutrale Auskunft und Beratung zu Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch
- zentrale Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Maßnahmen
- Auf- und Ausbau eines leistungsfähigen Netzwerkes zur Koordination und Kooperation aller beteiligten Stellen und Fachkräfte
- Vernetzung pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote
- abgestimmte Zusammenarbeit mit allen relevanten Anbieter(inne)n, den Selbsthilfegruppen, dem Kreissenorenbeirat, kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Träger(inne)n und Organisationen, den Sozialleistungsträger(inne)n, den Helfer(inne)n und den Betreuungsgruppen nach § 45 c SGB XI.

Im Jahr 2016 verzeichneten die Mitarbeiter/innen des Pflegestützpunktes 690 Erstkontakte. Davon waren 65 % Frauen und 57 % gehörten der Altersgruppe der 70-89-Jährigen an. Der Anteil der über 90-Jährigen betrug 9 %; 78 % waren an Information und Beratung interessiert.

Ein Schwerpunkt des Pflegestützpunktes liegt in der Wohnraumberatung. Die Anzahl der Nachfragen ist in den letzten Jahren stetig gestiegen und erreicht im Jahr 2016 eine Zahl von 113. Auch wenn nicht konkret



nachgefragt wird, achten die Mitarbeiter/innen vor allem bei Hausbesuchen auf Barrierefreiheit und Stolperfallen. Zusätzlich zu den Anfragen zur Wohnraumanpassung fragten 24 Personen konkret nach einer Wohnung im Betreuten Wohnen.

Fasst man die Zahlen der Ratsuchenden der Beratungsstellen und des Pflegestützpunktes zusammen, so ergeben sich für das Jahr 2016 insgesamt 1.719 Anfragen im gesamten Landkreis Kassel. Auffallend ist der unterschiedliche Anteil von Personen in der Altersgruppe der 70-89-Jährigen. Die Ursache hierfür liegt in der Zuständigkeit des Pflegestützpunktes auch für behinderte und von Behinderung bedrohten Menschen. Vor allem Eltern mit behinderten Kindern sowie junge Erwachsene mit Behinderung fragten um Unterstützung nach.

### 3.1.2.3 Niederschwellige Betreuungsangebote

Zu den niedrigschwelligen Angeboten s. auch Kap.3.3.

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

Der Landkreis Kassel hat deshalb im Jahr 2008 in Kooperation mit den Gemeinden, Träger(inne)n der Wohlfahrtsverbände und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ein niederschwelliges Betreuungsangebot für ältere demenziell erkrankte Menschen und ihre Angehörigen ins Leben gerufen, das in diese als belastend erlebte Situation eingreifen kann. Qualifizierte semiprofessionelle Kräfte besuchen die Betroffenen zu Hause und übernehmen deren Begleitung. Dadurch bekommen die Angehörigen die Möglichkeit, für einen bestimmten Zeitraum ihren eigenen Interessen nachzugehen. Auch der Besuch einer „Betreuungsgruppe für Demenzerkrankte“ verschafft den Familienmitgliedern Entlastung. Die Möglichkeit, sich in einer Angehörigengruppe mit anderen Pflegenden über gemeinsame Erfahrungen auszutauschen, schafft Erleichterung und gibt Kraft für die weitere Pflege. Die Kosten für diese zusätzliche Betreuung werden von den Pflegekassen bis zu einem Betrag von 125 Euro im Monat übernommen. Zurzeit existieren insgesamt fünf Einrichtungen im Landkreis Kassel, die diese niederschwelligen Betreuungsangebote sicherstellen.

Bei den folgenden Zahlen handelt es sich – organisatorisch bedingt – lediglich um die Angaben von vier Jahresstatistiken. In 2016 wurden insg. 143 Personen (im Vergleich: 178 in 2015) von Ehrenamtlichen begleitet. 62 % der Betroffenen waren Frauen, 62 % gehörten der Altersgruppe der Über-80-Jährigen an. Im Vergleich zu 2013 haben sich 2016 die restlichen Angaben wie folgt verändert (s. Tabelle 3-5):

	Pflegestufe				Lebenssituation			
	0	I	II	III	allein	Partner/in	Kinder	Partner/in und Kinder
<b>2013</b>	11 %	38 %	32 %	18 %	13 %	38 %	36 %	14 %
<b>2016</b>	34 %	36 %	22 %	8 %	20 %	45 %	29 %	6 %

Tabelle 3-5: Niederschwellige Betreuungsangebote 2016  
Quelle: Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

Die Anzahl der Ehrenamtlichen erhöhte sich von 112 im Jahr 2013 auf 135 im Jahr 2016. Der größte Teil der Engagierten (49 %) gehört der Altersgruppe der Über-60-Jährigen an und ist nicht berufstätig (69 %).



### 3.1.2.4 Pflegedienste

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

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

Als Träger/in ambulanter Pflegedienste treten private, freigemeinnützige und öffentliche Anbieter/innen auf. Im Landkreis Kassel existieren zurzeit (Stand: 09/2017) 63 solcher Dienste, die einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen haben. Davon sind 47 in privater Trägerschaft, 11 freigemeinnützig und 5 in öffentlicher Hand.

Die folgende Tabelle gibt die Pflegedienste nach Träger(inne)n wieder (s. Tabelle 3-6):

	Private Träger/innen	Freigemeinnützige Träger/innen	Öffentliche Träger/innen
Landkreis Kassel	74,6 %	17,5 %	7,9 %
Hessen	73,1 %	23,8 %	3,0 %
Deutschland	65,1 %	33,5 %	1,4 %

Tabelle 3-6: Pflegedienste nach Träger(inne)n  
Quelle: Statistisches Bundesamt / Verband der Pflegekasse / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

Hessenweit werden pro Pflegedienst durchschnittlich 45 Pflegebedürftige betreut. Das ergäben 2.835 Pflegebedürftige im Landkreis Kassel. Laut „Statistische Berichte“ (Statistisches Bundesamt, Dezember 2016) leben im Landkreis Kassel insgesamt 10.505 pflegebedürftige Leistungsempfänger/innen, wovon 2.382 ambulante Pflege erhalten. Somit liegt die Quote im Landkreis Kassel bei 37,8 Pflegebedürftigen pro Pflegedienst. Eine Bedarfsplanung für die Anzahl von Pflegekräften pro Region gibt es nicht mehr, weil entsprechend dem Pflegeversicherungsgesetz der Bedarf durch den Pflegemarkt geregelt wird.

Hessenweit werden 50.488 Pflegebedürftige durch ambulante Pflegedienste versorgt, davon sind 56,6 % in Pflegestufe I, 32 % in Stufe II und 11,4 % in Stufe III.

### 3.1.3 Exkurs: Osteuropäische Pflegekräfte

Ob schwere Erkrankung oder altersbedingtes Nachlassen der körperlichen und geistigen Kräfte - viele Menschen sind irgendwann auf ständige Betreuung angewiesen. Dann wird die Belastung für die Angehörigen oft so groß, dass die Familie daran zu zerbrechen droht. Wenn der Umzug in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung keine Alternative darstellt, stehen die pflegenden Angehörigen vor einem Problem.

In diese Versorgungslücke stoßen Angebote zur sog. „24-Stunden-Pflege“. Dabei handelt es sich um Arbeitskräfte zumeist aus Polen und anderen osteuropäischen (EU-)Ländern, die in der Regel einige Wochen oder Monate mit im Haushalt wohnen und die Versorgung des pflegebedürftigen Familienmitgliedes leisten. Häufig übernehmen Vermittlungsagenturen die Rekrutierung und Vermittlung dieser Kräfte, die dann per Arbeitsvertrag im Pflegehaushalt angestellt oder über einen Dienstleistungsvertrag des Pflegehaushaltes mit der Vermittlungsagentur eingesetzt werden. Mit diesem Dienstleistungsangebot ist das Versprechen



verbunden, dass quasi „Rund-um-die-Uhr“ die Betreuung des/r Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit sichergestellt wird.

Der Einsatz solcher Betreuungskräfte hat in den letzten Jahren zunehmende Verbreitung gefunden. Valide Daten liegen dazu jedoch nicht vor. Schätzungen der Gewerkschaft Verdi (2014) gehen davon aus, dass in deutschen Pflegehaushalten rund 115.000 bis 300.000 Migrant(inn)en beschäftigt sind. In einer Studie der Hans-Böckler-Stiftung (2017) zum Thema „Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten“, in der im Zeitraum 11/2015 bis 06/2016 insg. 1.024 Pflegehaushalten in Deutschland befragt wurden, wird von 163.000 Pflegehaushalten mit einer solchen Hilfskraft ausgegangen; das entspricht ca. 8 % der Pflegehaushalte in Deutschland. Es verwundert somit nicht, dass die Zahl der Vermittlungsagenturen hierzulande laut der Recherche der Stiftung Warentest (2017) seit 2009 von etwa 60 auf 266 gestiegen ist.

Im Rahmen des Projektes „ZuRuV – Zuhause Rundum Versorgt“ am Institut SO.CON der Hochschule Niederrhein in Mönchengladbach wurden Betreuungskräfte über ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen interviewt und beschäftigende Familienangehörige zu ihren Beweggründen und Erfahrungswerten befragt. In den Interviews wurde deutlich, dass in Osteuropa insbesondere ältere Frauen von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind. Sie arbeiten in Deutschland, um den sozialen Abstieg der Familie im Herkunftsland zu vermeiden bzw. soziale Teilhabe zu sichern. Der Eintritt in das Tätigkeitsfeld erfolgt in den meisten Fällen über eine irreguläre Beschäftigung, die von Bekannten vermittelt wird, die bereits in Deutschland gearbeitet haben. Anschließend wenden sich viele Kräfte an eine Agentur, was auf den ersten Blick verwundert. Denn das Lohnniveau im Rahmen der „Schwarzarbeit“ ist überwiegend höher als in anderen Beschäftigungsmodellen. Laut WISO direkt (Mai 2015) schwanken die Löhne der Pfleger/innen auf dem Schwarzmarkt erheblich: von ca. 500 bis 1.800 Euro pro Monat. Die Vermittlung durch eine Agentur mit einem Dienstleistungsvertrag ermöglicht ihnen einen Verdienst zwischen ca. 850 bis 1.300 Euro netto, und im Falle eines eigenen angemeldeten Gewerbes 1.100 bis 1.500 Euro brutto. Die mit dem Wechsel verbundenen Vorteile sind u.a. die Vermeidung ungeplanter beschäftigungsloser Zeiten (Tod des/r Betreuten, Konflikte mit der Familie) und das Auffangen sprachlicher Defizite durch die Vermittler/innen.

Das Gros der befragten Betreuungskräfte arbeitet zwischen 60 Stunden wöchentlich und tatsächlicher „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“. Für die Betreuungskräfte schwer zu realisieren sind sowohl Freizeit außer Haus als auch Zeiten, in denen sie sich innerhalb des Haushaltes zurückziehen können. Beschäftigende Familien tendieren dazu, die „Allseits-bereit“-Zeiten und auch das erwünschte gemeinsame Fernsehen am Abend nicht als Arbeitszeit zu betrachten. Sich von derartigen Anforderungen abzugrenzen fällt den Betreuungskräften schwer, weil sie befürchten, ausgetauscht zu werden, sollten die Familien mit ihren Leistungen unzufrieden sein. Hier eine Balance zu finden kann vor dem Hintergrund des asymmetrischen Machtverhältnisses zur Crux werden. Vor diesem Hintergrund ist der Wunsch der Betreuungskräfte, dass sich die Angehörigen und das soziale Umfeld der Senior(inn)en stärker in das Versorgungsarrangement einbringen, nur allzu verständlich. Erschreckend häufig werden Aufgaben, die in den Bereich der Behandlungspflege fallen, an die Betreuungskräfte delegiert, obwohl sie dazu nicht die erforderliche Qualifikation haben.

Diese Feststellungen decken sich mit den Befragungsergebnissen der Hans-Böckler-Stiftung (s.o.). Danach stehen diese Kräfte unter einer extremen Arbeitszeitbelastung: Sie benötigen täglich im Durchschnitt rund zehn Stunden Zeit für Pflege- und Betreuungsaufgaben. Wobei organisatorische Aufgaben oder die Begleitung zu Arztbesuchen fast keine Rolle spielen. Diese werden in der Regel von Angehörigen wahrgenommen.



Darüber hinaus birgt die Beschäftigung „osteuropäischer“ Hilfskräfte eine Reihe arbeitsrechtlicher und sozialetischer Problemen, die auf eine Prekarität dieser Beschäftigungsverhältnisse hinweisen: Bei der zeitlichen Inanspruchnahme dieser Betreuungskräfte werden die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes offenbar kaum eingehalten. Eine klare Abgrenzung zwischen „Arbeitszeit“ und „Freizeit“ findet häufig kaum statt, und es wird eine mehr oder minder permanente Arbeitsbereitschaft erwartet. Selbst bei Zugrundelegung einer arbeitsrechtlich möglichen 48-Stunden-Arbeitswoche wären mindestens drei Kräfte im Haushalt nötig, um eine tägliche 24-Stunden-Betreuung sicherzustellen.

In den von der Hans-Böckler-Stiftung untersuchten Haushalten wurden im Durchschnitt ca. 1.800 Euro für diese Versorgungsform angegeben. Dies schließt die Ausgaben für Entlohnung, Unterkunft, Verpflegung und weitere Nebenkosten wie z.B. Sozialversicherungsbeiträge ein. Diese Kosten werden nicht durch die Pflegeversicherung übernommen, sondern müssen von den Pflegehaushalten privat aufgebracht werden. Der Bezug von Pflegegeld kann diese finanzielle Belastung nur teilweise kompensieren. Hinzu kommt, dass genügend Wohnraum im Haushalt vorhanden sein muss, und dass trotz der Hilfskraft ein Aufwand für weitere Versorgungsleistungen anfällt, etwa für medizinische Behandlungspflege oder für Betreuungsleistungen, wenn die Hilfskraft arbeitsfrei hat.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass eine im Haushalt lebende Hilfskraft vor allem von einkommensstärkeren Haushalten genutzt wird. So hatte deutlich mehr als der Durchschnitt, nämlich 27 % der befragten Haushalte mit einem Durchschnittseinkommen von mehr als 5.000 Euro eine solche Kraft beschäftigt. Es zeichnet sich also ab, dass dies ein Versorgungsmodell ist, das vor allem für die Mittelschicht als Alternative zur Heimunterbringung attraktiv erscheint. Haushalte mit geringem Einkommen und ohne Vermögen, das für eine solche Versorgung aufgezehrt werden kann, dürften sich die Beschäftigung einer Hilfskraft kaum über längere Zeit leisten können. Anzunehmen ist, dass den weniger wohlhabenden Schichten kaum eine Alternative bleibt, die Pflegebedürftigen in eine stationäre Versorgung zu geben, wenn der Pflegebedarf so stark steigt, dass er über das häusliche Pflegearrangement nicht mehr zu leisten ist. Übersteigen die Kosten für ein Pflegeheim die finanzielle Leistungsfähigkeit des/r Pflegebedürftigen, tritt hier die „Hilfe zur Pflege“ der Kommunen für die Sicherstellung der Versorgung ein.

Auf der Gegenseite dürften die Entlohnungsbedingungen anhand der ermittelten Kosten für die beschäftigten Hilfskräfte als prekär einzuschätzen sein. So fällt der Durchschnittswert von ca. 1.800 Euro pro Monat im Vergleich zu Modellrechnungen der Bundesagentur für Arbeit für die Kosten einer „osteuropäischen“ Hilfskraft relativ gering aus. Dort wird als Minimum für eine den arbeits- und sozialrechtlichen Mindeststandards entsprechende Beschäftigung ein Kostenrahmen von etwa 2.150 Euro errechnet. Dies könnte ein Indikator dafür sein, dass in der Praxis die gesetzlichen Regelungen zum Mindestlohn unterlaufen werden. Die Zahlung des Mindestlohns zuzüglich der Lohnnebenkosten scheint bei dem ermittelten Niveau an Gesamtkosten kaum realistisch – erst recht, wenn die real geleisteten Arbeitsstunden zum Entgelt in Beziehung gesetzt werden.

In Heft 5/2017 hat die Stiftung Warentest 13 bundesweit tätige Agenturen geprüft. Die Test-Ergebnisse sind laut eigener Aussage „durchwachsen“. So informiert z.B. keine Agentur ihre Kund(inn)en gut. Das gilt vor allem für rechtliche und finanzielle Aspekte. Bei allen Firmen liegen Mängel in den Verträgen vor, die vor allem zu Lasten der Beschäftigten aus Osteuropa gehen. So wurden deutliche Hinweise gefunden, dass ihre Rechte etwa bei Arbeits- und Ruhezeiten ausgehöhlt werden. Aus den vorgelegten Unterlagen konnte Stiftung Warentest nicht nachvollziehen, wie die Betreuungskräfte qualifiziert und auf ihre Aufgabe vorbereitet sind. Auch das Sprachniveau ist nicht immer nachvollziehbar. Meist dürfen nur die ausländischen Firmen den Mitarbeiter(inne)n als direkte Arbeitgeber/innen Weisungen geben. Das kann in der Pra-



xis umständlich sein, denn direkte Absprachen mit der Haushaltshilfe sind nicht möglich. Die Dienstleistungsverträge, die deutsche Kund(inn)en mit den ausländischen Partnerfirmen der Agenturen abschließen, weisen teilweise erhebliche Mängel auf. Zum Beispiel, wenn keinerlei Haftung bei Fehlern und Unfällen der Betreuungskraft übernommen wird.

### **Fazit**

Die wachsende Bedeutung der im Haushalt beschäftigten Hilfskräfte verweist zum einen auf das schwierige Image der stationären Heimunterbringung, die viele Menschen offenbar vermeiden wollen. Sie zeigt darüber hinaus eine Lücke in den bisherigen regulären Versorgungsangeboten auf, um eine umfassende Versorgung in der eigenen Häuslichkeit auch bei einem hohen Pflege- und Betreuungsaufwand sicherzustellen. Trotz ihrer offenbar wachsenden Beliebtheit bleibt die Nutzung der Hilfskräfte für große Bevölkerungsteile wegen der enormen finanziellen Belastung und logistischen Voraussetzungen keine realistische Option. Hier zeigen sich also auch soziale Ungleichheitsstrukturen bei den Wahlmöglichkeiten für häusliche Versorgungsarrangements.

### **3.1.4 Altengerechtes / Betreutes Wohnen, Haus- und Wohngemeinschaften**

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

Um eine eindeutigere Zuordnung vornehmen zu können, erscheint eine differenzierende Beschreibung der Angebote „Altengerechtes / barrierefreies Wohnen“ und „Betreutes Wohnen“ sinnvoll.

#### **3.1.4.1 Altengerechtes Wohnen**

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

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



### 3.1.4.2 Betreutes Wohnen

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

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

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

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

### 3.1.4.3 Haus- und Wohngemeinschaften

Um den unterschiedlichen Wohnwünschen älterer Menschen gerecht zu werden, wurde in den vergangenen Jahren das Angebot an alternativen Wohnformen immer mehr ausgebaut. Bundesweit leben bisher jedoch nur circa 2-3 % der Über-65-Jährigen in Hausgemeinschaften, Senioren-Wohngemeinschaften (WGs), Mehrgenerationenwohnprojekten oder ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften. Im Landkreis Kassel gibt es vier Wohngemeinschaften für Menschen mit einer Demenzerkrankung, eine für Menschen mit Pflegebedarf und zwei betreute Wohngruppen.

### 3.1.5 Teilstationäre Versorgung

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

<sup>1</sup> Empirica ist ein unabhängiges wirtschafts- und sozialwissenschaftliches Beratungsunternehmen



die Kurzzeitpflege 0,35 Plätze pro 100 Über-64-Jährige und für die Tagespflege ca. 0,3 % für alle Über-64-Jährigen vorgehalten werden.

### 3.1.5.1 Kurzzeitpflege

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

Im Landkreis Kassel bieten 44 Einrichtungen Kurzzeitpflegebetten an (Stand 09/2017). Allesamt sind es Altenpflegeheime, die 12 solitäre Plätze und 225 integrierte Betten bereitstellen. Wird der oben genannte Orientierungswert zu Grunde gelegt, so ergibt sich für den Landkreis Kassel ein Bedarf von 200 Kurzzeitpflegebetten (aktueller Bestand: 237).

### 3.1.5.2 Tagespflege

Tagespflegeeinrichtungen sind teilstationäre Einrichtungen zur umfassenden Pflege und Betreuung alter Menschen tagsüber, d.h. nicht nachts und in der Regel auch nicht am Wochenende. Es existieren zahlreiche Varianten hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Art der Anbindung, der Zusammensetzung der Nutzer-Klientel und der Gruppengröße. Die Tagespflege versteht sich als Angebot für Pflegebedürftige, die bei pflegenden Angehörigen leben oder – seltener – noch einen eigenen Haushalt führen. Ein Kriterium für die Nutzung der Tagespflege ist der Grad der Hilfsbedürftigkeit. Tagesgäste müssen gesundheitlich so stabil sein, dass ihnen der tägliche Transport von der Wohnung zur Tagespflegeeinrichtung und zurück zuzumuten ist. Tagespflegen sind für pflegebedürftige Menschen konzipiert, die ständiger Beaufsichtigung und Fürsorge bedürfen und auch nicht in der Lage sind, ihren Tagesablauf selbst zu gestalten. Darin unterscheiden sie sich grundsätzlich von der Klientel der Altenbegegnungsstätten, die den Bedürfnissen nach Kommunikation, Information, Bildung und Freizeitgestaltung dienen. Neben den notwendigen Leistungsanteilen der Tagespflege wie Transport, Betreuung und Mahlzeiten kommen weitere pflegerische und therapeutische Leistungsanteile hinzu. Darüber hinaus sind Gespräche, Beratung, Betreuung und das Erhalten elementarer kommunikativer Fähigkeiten sowie das Gruppengeschehen insgesamt Faktoren, die zur Stuserhaltung und Stabilisierung erheblich beitragen. Ferner spricht die Erhaltung des sozialen Umfeldes bei gleichzeitiger Entlastung des familiären Hilfesystems und damit die Stabilisierung der häuslichen Pflege für diese Form der teilstationären Versorgung. Als Versorgungsform für Demenzerkrankte und verwirrte und desorientierte alte Menschen gewinnt die Tagespflege immer mehr an Bedeutung. Neben der Entlastung der pflegenden Angehörigen verringert sich das Risiko der Vereinsamung sowie der Eigen- oder Fremdgefährdung. Bei einer Tagespflegeeinrichtung, die sich speziell der Betreuung Demenzerkrankter verschrieben hat, erhalten die Betroffenen eine umfassende und individuelle Beschäftigung und therapeutische Betreuung, die die pflegenden Angehörigen kaum leisten können und dem Demenzerkrankten auch in den meisten stationären Einrichtungen nicht zuteilwird.

Im Landkreis Kassel gibt es 29 Einrichtungen (Stand 09/2017), die Tagespflege anbieten. Davon werden in 18 Einrichtungen 306 sog. *solitäre* Plätze und in 11 Einrichtungen 76 *integrierte* Plätze angeboten. Es kann davon ausgegangen werden, dass die 76 Tagesgäste der letztgenannten Kategorie kein speziell auf



sie abgestimmtes Angebot vorfinden, da sie „im normalen Pflegeprozess mitlaufen“. Wird der oben genannte Orientierungswert zugrunde gelegt, so ergibt sich für den Landkreis Kassel ein Bedarf von 172 Tagespflegeplätzen (aktueller Bestand: 382).

### 3.1.5.3 Nachtpflege

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

### 3.1.6 Stationäre Versorgung

Trotz der Priorität eines verstärkten Ausbaus der ambulanten und teilstationären Bereiche ist davon auszugehen, dass Pflegeplätze in Alten- und Pflegeheimen in erster Linie für die Zielgruppe der pflegebedürftigen älteren Menschen geplant werden, die nicht allein in ihrer häuslichen Umgebung versorgt werden können oder wollen. Sie stellen somit in der Versorgungskette pflegebedürftiger alter Menschen in der Regel das letzte Glied dar. Der Regionale Gesundheitsreport (Statistisches Landesamt Hessen, 2014) gibt die Anzahl der Pflegeheime je 100.000 Einwohner/innen in den hessischen Landkreisen wieder. Danach kommen in Hessen durchschnittlich 12,5 Pflegeheime auf 100.000 Einwohner/innen. Der Landkreis Kassel stand seinerzeit neben weiteren fünf Landkreisen mit 17 und mehr Einrichtungen auf die genannte Einwohnerzahl an der Spitze. Aktuell stehen im Landkreis Kassel 19,5 Pflegeeinrichtungen für 100.000 Einwohner/innen zur Verfügung.

Im Landkreis Kassel existieren 46 Alten- und Pflegeheime mit insgesamt 3.266 Plätzen (Stand 09/2017). Die Platzzahlen in den einzelnen Einrichtungen variieren zwischen 14 und 177 (s. Tabelle 3-7).

Anzahl Einrichtungen	Platzzahl
19	unter 50
17	51 - 100
8	101 - 150
2	151 - 200

Tabelle 3-7: Platzzahlen in den Alten- und Pflegeheimen  
Quelle: Verband der Pflegekassen

Es gibt in Deutschland keine allgemein gültigen Bedarfsanhaltwerte für ein ausreichendes stationäres Pflegeangebot. Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass das SGB XI einen Markt vorsieht, der nach den allgemeinen Marktgesetzen funktioniert.

In Hessen beschloss die Landesregierung nach § 4 Abs. 1 Satz 1 des Hessischen Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz einen landesweiten Rahmenplan für die erforderliche Versorgungsstruktur, der Grundsätze und Bedarfsanhaltwerte für eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Bei der Aufstellung wirkte der Landespflegeausschuss mit. Der Bedarfsanhaltwert für die unabweisbar erforderliche Grundversorgung der Bevölkerung im Bereich der stationären Dauerpflege beträgt höchstens 25 Pflegeplätze auf 1.000 Einwohner/innen im Alter von 65 und mehr Jahren. Das ist ein vergleichsweise niedriger Wert, mit dem Ziel, ambulante vor stationärer Versorgung zu erreichen. Dieses Verhältnis entspricht einem Bedarf im Landkreis Kassel von 1.429 Plätzen. Bei tatsächlich vorhandenen 3.266 Plätzen besteht somit eine Überversorgung von 129 %. Gleichzeitig ist laut Pflegestatistik 2015 die vollstationäre Dauerpflege deutschlandweit zu 87,5 % ausgelastet.



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

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

Die Aktualisierung des Rahmenplans für die pflegerische Versorgung und eine damit verbundene wissenschaftliche Begleitung stand im Jahr 2017 auch auf der Agenda des HSM, musste jedoch aufgrund der Einführung des PSG III zurückgestellt werden. Die Erweiterung des § 8a ff SGB XI, in dem auf eine Pflegestrukturplanungsempfehlung abgehoben wird, ist dort somit noch kein Thema, zumal für eine Aktualisierung des Landesrahmenplans ein Beschluss des Landespflegeausschusses erforderlich ist. Aus diesem Grund wurde im AK I Altenhilfeplanung des HLT eine UAG gegründet, die für eine Übergangszeit eine Empfehlung für die Altenhilfeplanung entwickeln soll. Im 1. Halbjahr 2018 soll es zu diesem Thema eine Fachtagung geben.

Unabhängig davon wird im AK I Altenhilfeplanung des HLT z.Z. ein Bedarfswert für die stationäre Dauerpflege von 14 % der Über-80-Jährigen diskutiert. Danach müssten im Landkreis Kassel 2.114 Plätze vorgehalten werden (Überversorgung von 55 %). Beide Berechnungen sind jedoch nur ungefähre Anhaltswerte. Der tatsächliche Bedarf ist bereits heute und künftig noch stärker von der lokalen Altenhilfestruktur abhängig, d.h. von den örtlichen Gegebenheiten, vom sozialen Umfeld Pflegebedürftiger und von der aktuellen Marktsituation, aber auch von der jeweiligen Angebotsgestaltung. Es empfiehlt sich also, besonderen Wert auf das Vorhandensein an ambulanten und teilstationären Hilfen und Unterstützungsangeboten zu legen, die die Inanspruchnahme eines Heimplatzes hinauszögern oder verhindern können.

Das Hessische Statistische Landesamt (Stand 15.12.2015) gibt die Anzahl der Pflegeplätze in den hessischen Landkreisen wieder. Danach kommen in Hessen durchschnittlich 48 Plätze auf 1.000 Einwohner/innen ab 65 Jahren. Die Spannweite liegt hier zwischen 35 und 66 Plätzen. Der Landkreis Kassel bietet 55 Plätze für die genannte Einwohnerzahl und liegt damit auf dem 7. Platz.

Als Träger/in stationärer Pflege kommen grundsätzlich private, freigemeinnützige und öffentliche Träger/innen in Betracht. Hessenweit gab es im Dezember 2015 rund 800 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (49 % bzw. 392) befand sich in privater Trägerschaft. Der Anteil der Freigemeinnützigen (z.B. Diakonie oder Caritas) betrug 47 % – und liegt somit deutlich unter dem ambulanten Bereich (23,8 %). Öffentliche Träger/innen haben wie im ambulanten Bereich den geringsten Anteil (4 %). Im Landkreis Kassel gibt es zurzeit 46 Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen haben. Davon sind 29 in privater Trägerschaft und 17 freigemeinnützig. Von öffentlicher Hand getragene existieren nicht.



Die folgenden Tabellen geben die Pflegeheime (Hessen: Stand 2015; Landkreis Kassel: Stand 2017) nach Träger(inne)n und in % wieder.

	Gesamt	Private Träger/innen		Freigemeinnützige Träger/innen		Öffentliche Träger/innen	
<b>Hessen</b>	797	392	49 %	372	47 %	33	4 %
<b>Landkreis Kassel</b>	46	29	63 %	17	37 %	0	0 %

Tabelle 3-8: Ausblick über die Versorgungssituation: Pflegeheime nach Träger(inne)n  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

### 3.2 Ausblick auf die Versorgungssituation

#### 3.2.1 Entwicklung des Pflegebedarfs

Der Pflegebedarf kann mit Hilfe des Hildesheimer Bevölkerungsmodells<sup>1</sup> unter Bezug auf den Bericht des Hessischen Landtags „Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Hessen – Fortschreibung der regionalisierten Vorauseinschätzung bis zum Jahr 2020“ aus dem Jahr 1998 nach folgenden Vorgaben ermittelt werden.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über den möglichen **Pflegebedarf** (s. Tabelle 3-9):

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

Tabelle 3-9: Prognostizierter Pflegebedarf 2020  
Quelle: Bickel

Danach ergibt sich für den Landkreis Kassel folgende Zahl an **Pflegebedürftigen** (s. Tabelle 3-10):

Altersgruppe	Einwohner/innen 2015	Pflegebedarf
65 – 69 Jahre	15.126	257
70 – 74 Jahre	12.870	425
75 – 79 Jahre	14.077	901
80 – 84 Jahre	7.923	856
über 85 Jahre	7.177	1.902
<b>Gesamt</b>	<b>57.173</b>	<b>4.341</b>

Tabelle 3-10: Abgeleitete Anzahl Pflegebedürftige Landkreis Kassel 2015  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

Der GEK Pflegereport 2013 geht von einer anderen Pflegewahrscheinlichkeit aus. Danach steigt diese mit dem Alter an. Männer und Frauen haben zunächst in der Altersgruppe der 70-74-Jährigen eine etwa 5-

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



prozentige und in der Altersgruppe der 75-80-Jährigen eine etwa 10-prozentige Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein. Ab der Gruppe der 80-84-Jährigen steigt die Wahrscheinlichkeit bei den Frauen stärker an als bei den Männern (s. Tabelle 3-11).

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

Tabelle 3-11: Pflegewahrscheinlichkeit  
Quelle: Barmer GEK

Für den Landkreis Kassel ergeben sich daraus folgende **Pflegewahrscheinlichkeiten** (s. Tabelle 3-12):

Altersgruppe	Männer		Frauen	
	Einwohner	Pflegebedürftige	Einwohnerinnen	Pflegebedürftige
70 - 74 Jahre	6.243	312	6.627	331
75 - 79 Jahre	6.553	655	7.524	752
80 - 84 Jahre	3.163	475	4.760	952
85 - 89 Jahre	1.723	517	3.074	1.230
über 90 Jahre	561	224	1.819	1.182
<b>Gesamt</b>	<b>18.243</b>	<b>2.183</b>	<b>23.804</b>	<b>4.447</b>

Tabelle 3-12

Tab. 3-1: Pflegewahrscheinlichkeiten Landkreis Kassel 2016  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

Je nach Berechnungsgrundlage variiert die Anzahl der pflegebedürftigen Männer und Frauen also zwischen 4.341 und 6.630. Der Barmer GEK Pflegereport 2016 sieht die Anzahl der Pflegebedürftigen in Hessen von rund 214.000 im Jahr 2015 auf 271.000 im Jahr 2030 und somit um 21 % steigen. Bei Übertragung der Steigerungsquote auf die o.g. Zahlen des Landkreises Kassel wären im Jahr 2030 zwischen 5.253 und 8.022 Pflegebedürftige zu erwarten. Die Pflegeprognose für den Landkreis Kassel der Bertelsmann Stiftung weist höhere Zahlen aus (s. [www.wegweiser-kommune.de](http://www.wegweiser-kommune.de)). Hier liegt der Anteil der Pflegebedürftigen im Jahr 2015 schon über den nach den oben ermittelten Zahlen. Die für das Jahr 2030 erwartete Anzahl von Pflegebedürftigen von 13.824 verdeutlicht den Handlungsbedarf.

Für den Landkreis Kassel resultiert folgende **Pflegeprognose** (s. Tabelle 3-13):

	2009	2015	2030
<b>Bevölkerung</b>	237.760	235.813	222.360
<b>Anteil Über-80-Jährige</b>	5,6 %	6,4%	10 %
<b>Pflegebedürftige</b>	9.050	9.985	13.824
<b>Pflegebedürftige Männer</b>	2.892	3.400	4.978
<b>Pflegebedürftige Frauen</b>	6.158	6.585	8.846
<b>Anteil Pflegebedürftige</b>	3,8 %	4,6%	6,2%
<b>Anteil Angehörigenpflege</b>	52,8 %	49,9%	46,7 %
<b>Anteil ambulante Pflege</b>	20,5 %	21,8%	22,2 %
<b>Anteil stationäre Pflege</b>	26,7 %	25,2%	31,2%

Tabelle 3-13: Pflegeprognose Landkreis Kassel 2030  
Quelle: Bertelsmann Stiftung



Obwohl der Anteil der Angehörigenpflege im Landkreis Kassel um 6,1 % abnimmt, steigt der Anteil an stationäre Pflege im Landkreis Kassel nur um 4,6 %. Daraus folgt, dass im Landkreis Kassel die häusliche Pflege weiterhin eine große Rolle spielen wird, wenn auch mit Unterstützung durch ambulante Pflegedienste.

In diesem Zusammenhang scheint es sinnvoll, einen Blick auf das Angehörigenpflegepotenzial zu werfen (s. Tabelle 3-14). Das Angehörigenpflegepotenzial hilft einzuschätzen, wie viele Angehörige potenziell zur Pflege eines/r Angehörigen zur Verfügung stehen. Hierbei handelt es sich um die Annahme, dass Personen der Altersgruppe 40-64 Jahre die vorherige Generation ab 65 Jahre zuhause pflegen könnten. Obwohl überwiegend Frauen Hauptpflegende sind, erfolgt keine geschlechterspezifische Analyse.

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

	40 – 65 Jahre	65+ Jahre	Angehörigenpflegepotenzial
2015	87.908	57.466	1:1,53
2020	83.461	60.360	1:1,38
2030	71.414	67.828	1:1,05

Tabelle 3-14: Prognostiziertes Angehörigenpflegepotenzial  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

### 3.2.2 Arbeitsmarkt Pflege

Die Basis einer guten Altenpflege sind qualifizierte Fachkräfte. Seit längerem haben Dienste und Einrichtungen Mühe, ihren Bedarf an Fachkräften zu decken. Einem steigenden Bedarf an professioneller, qualitätsgesicherter Altenpflege steht ein kleiner werdendes und vielfach umworbenes Fachkräftepotenzial gegenüber. Perspektivisch wird sich diese Situation weiter verschärfen.

#### 3.2.2.1 Entwicklungen im Arbeitsmarkt Pflege

Der **Barmer GEK Pflegereport 2016** geht davon aus, dass der deutliche Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen für das gesamte Bundesgebiet zu höheren Fallzahlen führt, die für das Jahr 2030 etwa 3,5 Mio. Pflegebedürftige (plus 850.000 gegenüber 2013) im Sinne des derzeit geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs erwarten lassen. Bei gleichen Versorgungsquoten wie heute resultiert daraus ein zusätzlicher Bedarf an Beschäftigten in der Pflege von 267.000 Vollzeitäquivalenten. Zusammen mit den derzeit 704.000 Vollzeitäquivalenten in der Pflege ergibt sich so ein Bedarf von 981.000. Wird unterstellt, dass der Anteil der Erwerbstätigen in der Pflege an allen Erwerbstätigen konstant bleibt, reduziert sich gleichzeitig das Arbeitskräfteangebot in der Pflege aufgrund des demographisch bedingt sinkenden Erwerbspersonenpotentials. Insgesamt entsteht so eine Versorgungslücke an Beschäftigten in der Pflege, die auf insgesamt 352.000 Vollzeitäquivalente (99.000 im ambulanten Bereich und 253.000 im stationären Bereich) beziffert werden kann.

Bei regionaler Differenzierung nach den einzelnen Bundesländern ergeben sich aufgrund unterschiedlicher Pflegeprävalenzen in den jeweiligen Bundesländern und regional unterschiedlicher Geschwindigkeiten in der Alterung in den Bundesländern auch regional unterschiedliche Versorgungslücken in der ambulanten und stationären Pflege.

Für die Berechnung der Versorgungslücken wurden zunächst die Zahlen der Vollzeitäquivalente (bezogen auf alle Beschäftigten in der Pflege) für das Jahr 2030 geschätzt, die sich aufgrund des Rückgangs des Erwerbspersonenpotentials der 20-64-Jährigen ergeben (dieser Rückgang beläuft sich auf Bundesebene auf 10,8 %). Anschließend wurden die Zahlen der zusätzlichen Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 mit



dem Versorgungsschlüssel in der ambulanten und in der stationären Pflege (Vollzeitäquivalent (VZÄ) pro pflegebedürftige Person) des Jahres 2013 multipliziert. Die Berechnungen erfolgten zunächst auf Kreisebene und wurden dann auf die Länder-, bzw. Bundesebene hochaggregiert.

Die Vorausberechnungen (Tabelle 3-15) zeigen in Absolutwerten die Entwicklungen auf, die auf Ebene der Bundesländer für das Jahr 2030 zu erwarten sind. So führt die Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen bei gleichzeitigem Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter – unter Beibehaltung des heutigen Versorgungsniveaus – zur Entstehung regional jeweils unterschiedlicher Versorgungslücken. Die Bundesländer mit dem höchsten Bevölkerungsanteil weisen danach die in *absoluten* Werten größten Versorgungslücken auf (Nordrhein-Westfalen, Bayern, Niedersachsen). Dennoch weisen die ostdeutschen Bundesländer – verglichen mit der Beschäftigtenanzahl im Jahr 2013 (gemessen in Vollzeitäquivalenten) – *relativ* betrachtet erheblich größere Versorgungslücken auf, als die westdeutschen Bundesländer. Beispielsweise beträgt die größte relativ gemessene Versorgungslücke in Brandenburg 75,3 % der Beschäftigtenzahl des Jahre 2013. Auf Rang 2 bis 4 folgen die ostdeutschen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen-Anhalt, deren relative Versorgungslücke mindestens 10 Prozentpunkte über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt.

Bundesland	VZÄ in 2013		VZÄ in 2030 <sup>2</sup>			Versorgungslücke		
	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	rel. <sup>3</sup>	Rang
Schleswig-Holstein	6	22	6	20	3	12	56,3	5
Hamburg	7	10	7	10	1	2	22,4	16
Niedersachsen	20	56	18	50	10	29	51,0	8
Bremen	3	4	2	4	1	1	32,6	15
Nordrhein-West.	43	108	38	96	18	49	43,8	13
Hessen	14	33	13	30	6	16	47,1	12
Rheinland-Pfalz	8	22	7	19	4	11	49,6	10
Baden-Württemberg	19	62	18	58	9	33	51,5	7
Bayern	25	71	24	66	12	37	50,7	9
Saarland	2	7	2	6	1	3	47,2	11
Berlin	16	16	16	17	6	7	40,0	14
Brandenburg	11	13	9	11	7	11	75,3	1
Mecklenburg-Vorpommern	7	10	5	8	5	7	68,7	2
Sachsen	17	26	14	21	9	15	53,9	6
Sachsen-Anhalt	8	16	6	11	4	10	60,9	4
Thüringen	7	14	6	10	4	9	62,7	3
Deutschland	213	491	190	438	99	253	50,1	

Tabelle 3-15: Vollzeitäquivalente (2013 und 2030) in der ambulanten und stationären Versorgung (in Tsd.), Versorgungslücke im Jahr 2030 (in Tsd. und in %), Rang der relativen Versorgungslücke  
Quelle: Barmer GEK

Die Ergebnisse des **Hessischen Pflegemonitors (2016)** – erstellt durch das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums – zeigen, dass auch im Jahr 2016 von den hessischen Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

<sup>2</sup> Veränderung gegenüber 2013 aufgrund des Rückgangs des Erwerbspersonenpotentials (auf Bundesebene 10,8 %)

<sup>3</sup> Versorgungslücke in Relation zur Beschäftigtenzahl (VZÄ) 2013 in %; Quelle: Barmer GEK Pflegereport 2016



mehr Pflegekräfte gesucht wurden, als auf dem Arbeitsmarkt verfügbar waren. Die Nachfrage nach Pflegekräften ist seit 2014 weiter gestiegen. Durch die gemeinsamen Anstrengungen aller Ausbildungspartner/innen konnte die Zahl der Auszubildenden in den Altenpflegeberufen kontinuierlich gesteigert werden. Sie erreichte im Schuljahr 2014/15 einen historischen Höchststand von 5.256 Auszubildenden in den Altenpflegeberufen. Durch erhebliche finanzielle Anstrengungen der Landesregierung und durch das Engagement der Arbeitgeber/innen in der Pflege ist es in den letzten Jahren gelungen, sowohl die Anzahl der Anfänger/innen als auch die Zahl der Absolvent(inn)en in den Altenpflegeberufen kontinuierlich zu erhöhen. Zusätzlich wurden in den letzten Jahren Projekte zur Nachqualifizierung von an- und ungelernten Pflegehelfer(inne)n umgesetzt, um einen Berufsabschluss zu erwerben. Zudem hat die Hessische Landesregierung mehrere Modellprojekte zur Gewinnung neuer Zielgruppen für die Ausbildung erfolgreich durchgeführt. Auch wenn die Zahl der Absolvent(inn)en der Alten- und Krankenpflegeausbildung gesteigert werden konnte, war dies noch nicht ausreichend, um die Nachfrage der Einrichtungen zu decken.

So ergibt sich bei Fortschreibung des rechnerisch ermittelten Verhältnisses von Pflegekraft zu Pflegebedürftigen für ganz Hessen im Beschäftigungssektor Altenhilfe ein Erweiterungsbedarf an 3.512 Altenpfleger/innen für 2025, 5.466 Altenpfleger/innen für 2030 und 7.276 Altenpfleger/innen für 2035. Gemessen am Beschäftigtenstand von 2015 entspricht dies einem Demografie bedingten Erweiterungsbedarf von 58 % bis zum Jahr 2035. Hinzu kommt, dass in den kommenden Jahren ein beträchtlicher Teil der derzeit in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigten Pflegefachkräfte altersbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden wird. Für die Vorausberechnung dieses altersbedingten Ersatzbedarfs wird von einem durchschnittlichen Renteneintrittsalter von 62 Jahren ausgegangen. Von den 12.472 im Jahr 2015 tätigen Altenpfleger(inne)n müssen 2.824 bis 2025, 4.393 bis 2030 und 5.688 bis 2035 ersetzt werden. Dies entspricht bezogen auf den Beschäftigtenbestand 2015 einem altersbedingten Ersatzbedarf von 46 % im gesamten Prognosezeitraum.

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Zahl der bei **ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Hessen** beschäftigten Pflegekräfte im Jahr 2015 (s. Tabelle 3-16).

Pflegekräfte	Ambulante Pflegeeinrichtungen	Stationäre Pflegeeinrichtungen
Pflegekräfte mit Studienabschluss	131	282
Altenpfleger/innen	5.215	13.347
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	5.550	3.362
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen	460	209
Altenpflegehelfer/innen	1.371	3.710
Krankenpflegehelfer/innen	1.067	947
Sonstiges Pflegepersonal	10.598	27.265
<b>Gesamt</b>	<b>24.392</b>	<b>49.122</b>

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

Von den insg. 13.347 Altenpfleger(inne)n in Hessen arbeiten 71,9 % im stationären Bereich. 59 % der 5.215 Altenpfleger/innen im ambulanten Bereich sind teilzeitbeschäftigt, in den stationären Pflegeeinrichtungen beträgt ihr Anteil 45 %. Im Landkreis Kassel sind 264 Altenpfleger/innen in ambulanten Diensten beschäftigt und 866 (76,6 %) in stationären Einrichtungen. Die prozentuale Verteilung deckt sich somit weitgehend mit der in Hessen.



In Hessen betrug im Jahr 2016 die Anzahl der gesuchten Altenpfleger/innen für den ambulanten Bereich 2.161 (stationär 2.455). Daraus ergibt sich ein Anteil an nicht besetzten Stellen im ambulanten Bereich von 32 % (stationär 28 %).

Neben dem Anteil nicht besetzter Arbeitsplätze ist das Ausmaß der von den Einrichtungen artikulierten Stellenbesetzungsprobleme ein guter Indikator für die Arbeitsmarktsituation. Acht von zehn der suchenden ambulanten Dienste in Hessen äußerten im Jahr 2016 Besetzungsprobleme mit staatlich geprüften Pflegefachkräften (im stationären Bereich 72 %). So konnten z.B. Arbeitsplätze nicht oder nur zeitlich verzögert besetzt werden, weil keine passenden Mitarbeiter/innen gefunden werden konnten. Auch mussten Arbeitsplätze mit unterqualifizierten Bewerber(inne)n besetzt werden, weil keine ausreichend qualifizierten Bewerber/innen verfügbar waren.

**Zahl und Beschäftigungsumfang der bei ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte im zeitlichen Verlauf (Hessen) (s. Tabelle 3-17).**

2007		2009		2011		2013		2015	
absolut	davon Teilzeit								
2.971	65 %	3.531	66 %	3.808	62 %	4.514	62 %	5.215	59 %

Tabelle 3-17: Pflegekräfte in ambulanten Diensten  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor

Das bedeutet eine Steigerung der Beschäftigten von 75,5 % innerhalb von 8 Jahren.

**Zahl und Beschäftigungsumfang der bei stationären Einrichtungen beschäftigten Pflegekräfte im zeitlichen Verlauf (Hessen) (s. Tabelle 3-18).**

2007		2009		2011		2013		2015	
absolut	davon Teilzeit								
8.553	41 %	9.209	42 %	9.554	43 %	12.694	54 %	13.347	45 %

Tabelle 3-18: Pflegekräfte in stationären Einrichtungen  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor

Das bedeutet eine Steigerung der Beschäftigten von 31,4 % innerhalb von 8 Jahren und liegt somit deutlich hinter dem Zuwachs im ambulanten Bereich.



Zahl der bei ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen **gesuchten Altenpfleger/innen** im zeitlichen Verlauf (Hessen) (s. Tabelle 3-19).

Ambulante Dienste				Stationäre Einrichtungen			
2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
1.448	1.548	2.344	2.161	1.982	1.861	2.099	2.155

Tabelle 3-19: Gesuchte Altenpfleger/innen  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor

Zusammenführung von Angebot und Nachfrage von **Altenpfleger(inne)n** im Zeitvergleich (Hessen) (s. Tabelle 3-20).

Angebot				Nachfrage				Salden aus Angebot und Nachfrage			
2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
1.473	1.594	1.944	2.102	3.470	3.443	4.501	4.678	-1.997	-1.849	-2.557	-2.576

Tab. 3-2: Angebot und Nachfrage von Altenpflegerinnen/-pflegern  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor

Im Jahr 2012 meldeten die ambulanten Pflegedienste einen Anteil an besetzten **Plätzen zur Ausbildung** zum/r Altenpfleger/in von 81 %, die stationären Einrichtungen von 90 %. Im Jahr 2016 ging der Anteil im ambulanten Bereich um 10 % zurück, im stationären Bereich fiel er von 90 % auf 82 % (Hessen).

Ausbildungsplätze werden fast ausschließlich von stationären Einrichtungen angeboten. Im Jahr 2016 boten lediglich 4 % aller stationären Einrichtungen in Hessen keine Ausbildung an. Bei den ambulanten Pflegediensten lag der Prozentsatz bei 54 %. Als Gründe für das Ausbildungsangebot wurden an erster Stelle „Ausbildung des eigenen Nachwuchses“ genannt, gefolgt von „positiven Erfahrungen mit bisherigen Auszubildenden“ und „fachlicher Input durch Kontakt mit Auszubildenden und Schulen“. Gegen ein eigenes Ausbildungsangebot sprechen der „nicht transparente rechtliche Rahmen“ und die „fehlende Möglichkeit der Refinanzierung der Ausbildung“.

Aus dem **Regionaldossier zum Pflegearbeitsmarkt im Landkreis Kassel** (Daten aus dem Hessischen Pflegemonitor 2015) geht hervor, dass der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung

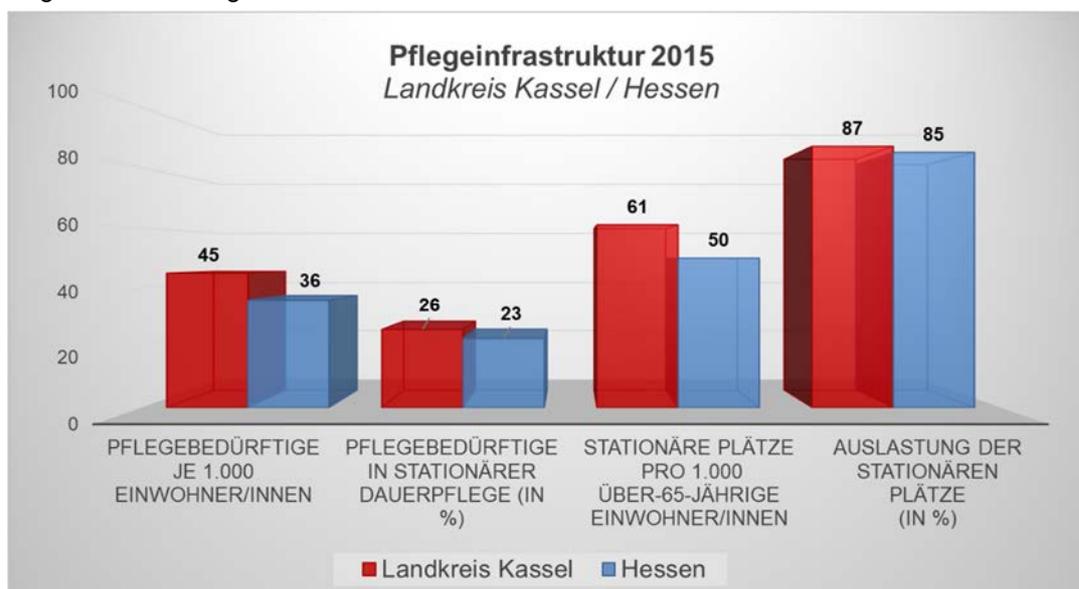


Abb. 3-2: Pflegeinfrastruktur Landkreis Kassel im Vergleich mit Hessen nach Merkmalen je 1.000 Einwohner/innen / in %  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor

überdurchschnittlich hoch ist (s. Abb. 3-2). Auch der Anteil derer, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, liegt über dem Landesschnitt. Mit einer überdurchschnittlichen Anzahl verfügbarer stationärer Plätze bezogen auf die Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren und einer leicht überdurchschnittlichen Auslastungsquote von 87 % erscheint die pflegerische Infrastruktur gut ausgebaut.

In den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen arbeiten 1.130 Altenpfleger/innen. Beschäftigungsstärkster Sektor sind die stationären Pflegeeinrichtungen mit 866 Pflegekräften.

Seit 2005 hat die Zahl der beschäftigten Altenpfleger/innen zwar stark zugenommen; davon gehörten aber knapp ein Viertel zur Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen, und 3 % sind über 60 Jahre alt. 48 % der Fachkräfte ist jünger als 41 Jahre. Diese Zahlen sprechen für einen im hessischen Vergleich durchschnittlich hohen altersbedingten Ersatzbedarf in den kommenden Jahren. Die Altersstruktur der examinieren Pflegefachkräfte erlaubt Rückschlüsse auf altersbedingte Berufsaustritte in den kommenden Jahren.

Um die aktuelle Arbeitsmarktlage abzubilden, wird das Angebot an Pflegekräften (Absolvent(inn)en der Pflegeausbildungen und vermittelbar arbeitslose Pflegekräfte) der Nachfrage der Einrichtungen gegenübergestellt. Im Ergebnis steht ein Saldo, der zeigt, ob das Angebot ausreichte, die Nachfrage der Einrichtungen zu decken. Ein negativer Saldo steht für einen Mangel an Pflegekräften, ein positiver Saldo steht für einen Angebotsüberhang.

Im Landkreis Kassel wurden im Jahr 2016 deutlich mehr Pflegekräfte von den Einrichtungen gesucht als auf dem regionalen Pflegearbeitsmarkt verfügbar waren. Es zeigen sich zwar für alle Pflegeberufe Engpässe. In der Altenpflege (284 fehlende Personen) und der Altenpflegehilfe (130 fehlende Personen) sind die Lücken besonders ausgeprägt. Der Saldo bei den Altenpfleger(inne)n ist der höchste im Vergleich der hessischen Kreise und kreisfreien Städte.

Um das Ausmaß des Pflegekräftemangels zu erfassen, werden die Salden zunächst in Bezug zum aktuellen Beschäftigtenstand (s. Abb. 3-3) und anschließend in Bezug zu den Ausbildungskapazitäten gesetzt. Wie die Abbildung zeigt, sind die relativen Sal-

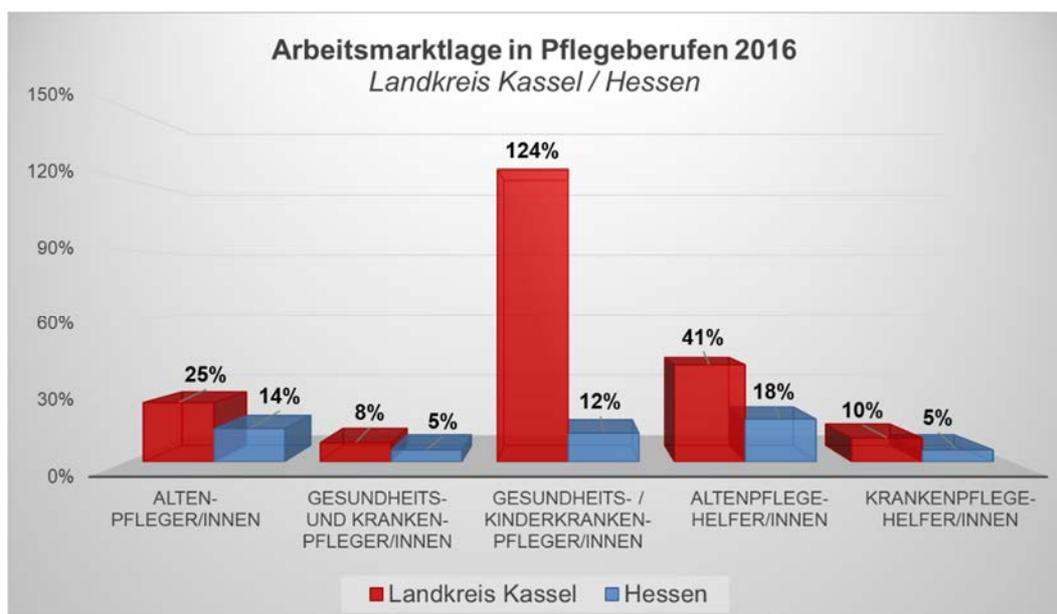


Abb. 3-3: Arbeitsmarktlage in Pflegeberufen 2016 Landkreis Kassel im Vergleich mit Hessen  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor

den in allen fünf Pflegeberufen als überdurchschnittlich groß im Vergleich zum Landesdurchschnitt anzusehen. Setzt man den Saldo des Jahres 2016 in Bezug zur Absolventenzahl, wird deutlich, wie viele Jahrgänge zusätzlich ausgebildet werden müssten, um den Mangel zu kompensieren. In der Altenpflege ent-



spricht der Saldo knapp 17 Absolventenjahrgängen. Dieser Wert ist der höchste im Vergleich der hessischen Kreise und kreisfreien Städte. Hessenweit werden durchschnittlich zwei zusätzliche Jahrgänge benötigt.

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über den regionalen Pflegearbeitsmarkt (s. Tabelle 3-20).

	2010	2012	2014	2016
Altenpfleger/innen	-107	-114	-189	-284
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	-74	-50	-39	-99
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen	-13	4	-4	-47
Altenpflegehelfer/innen	-39	-77	-91	-130
Krankenpflegehelfer/innen	-15	-7	-29	-16

Tabelle 3-20: Regionaler Arbeitsmarkt 2010-16, Salden absolut  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor

Die Tabelle zeigt die Salden aus Angebot und Nachfrage für die Jahre 2010 bis 2016. Die Engpässe für Altenpfleger/innen sind über alle vier Zeitpunkte die mit einigem Abstand größten im Vergleich der fünf Pflegeberufe. Zudem hat das Ausmaß des Mangels in der Altenpflege – wie auch in der Altenpflegehilfe – im Zeitverlauf zugenommen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung werden zukünftig mehr Pflegefachkräfte in den Pflegeeinrichtungen benötigt. Die demografische Entwicklung führt einerseits zu einer steigenden Zahl älterer, pflegebedürftiger Personen, die versorgt werden müssen (Erweiterungsbedarf). Andererseits wird auch ein beträchtlicher Teil der derzeit noch tätigen Pflegefachkräfte altersbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden (Ersatzbedarf). Die folgende Abbildung zeigt das Ausmaß des prognostizierten Erweiterungs- und Ersatzbedarfs im Landkreis Kassel in den Jahren 2030 und 2035 bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen.

In allen Regionen Hessens werden zukünftig deutlich mehr Pflegefachkräfte als derzeit benötigt (s. Abb. 3-4). Im regionalen Vergleich liegt der zukünftige Bedarf an Pflegefachkräften in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Kassel über dem Landesschnitt. Dies wird deutlich, wenn man den altersbedingten Ersatzbedarf und den Erweiterungsbedarf addiert und zum Beschäftigtenstand des Jahres 2015 in Bezug setzt. Der Beschäftigtenstand müsste bis zum Jahr 2030 um 93 % erweitert werden (Landesschnitt 85 %).

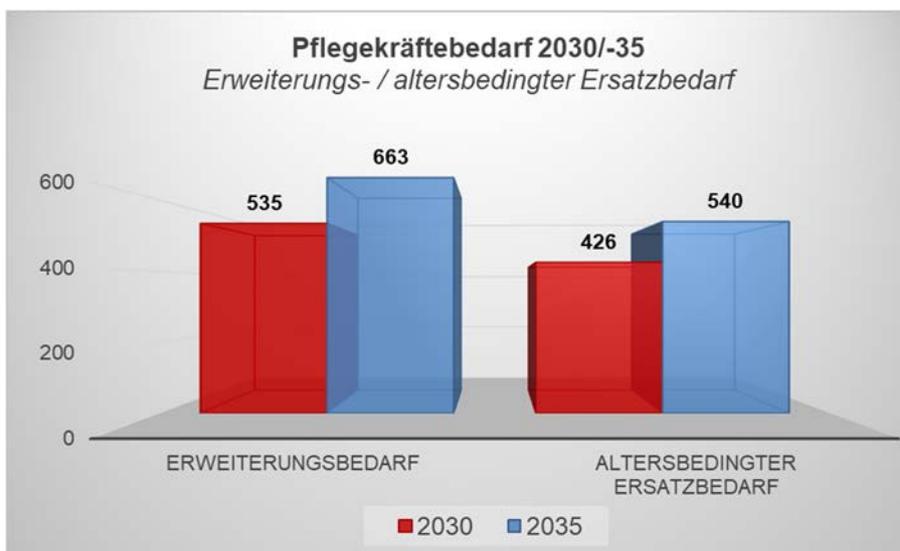


Abb. 3-4: Pflegekräftebedarf 2030/-35 absolut in Vollzeitäquivalenten  
Quelle: Hessischer Pflegemonitor



## Fazit

Die Infrastruktur im Bereich der stationären Pflege erscheint gut ausgebaut, wobei die Pflegeheimplätze etwas stärker ausgelastet sind als in anderen Regionen Hessens. Der Pflegearbeitsmarkt im Landkreis Kassel ist aktuell stark angespannt, die Engpässe in der Altenpflege und Altenpflegehilfe sind im hessischen Vergleich die größten. Auch in Zukunft ist von einem überdurchschnittlich hohen zusätzlichen Bedarf an Pflegefachkräften auszugehen.

Eine ausführliche Beschreibung von Maßnahmen, die dem Fachkräftemangel entgegenwirken (sollen), erfolgte im Sozialatlas 2015 (s. Seite 69 ff). Aus diesem Grund wird hier lediglich über den aktuellen Stand der Reform der Pflegeausbildung und Änderungen beim Pflegemindestlohn berichtet.

Bereits im Jahr 2015 sollte die **Pflegeausbildung** neu strukturiert werden und das Gesetzgebungsverfahren im Jahr 2016 abgeschlossen sein. Letztendlich hat der Bundesrat im Juli 2017 das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe verabschiedet. Es hat nach wie vor das Ziel, die Pflegeberufe zukunftsgerecht weiterzuentwickeln und attraktiver zu machen.

So wird ab 2020 ein generalisierter Ausbildungsgang mit einheitlichem Berufsabschluss eingeführt, d.h. die Ausbildungen in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege werden zusammengeführt. Der einheitliche Berufsabschluss lautet nun „Pflegefachfrau“ und „Pflegefachmann“. Er berechtigt Absolvent(inn)en, in allen Bereichen der Pflege zu arbeiten. Parallel kann die dreijährige Ausbildung weiterhin mit einem Abschluss in Kinderkranken- oder Altenpflege abgeschlossen werden. Das letzte Ausbildungsjahr dient dann der Spezialisierung. Diese Pflegekräfte können jeweils nur in ihrem Bereich arbeiten. In den ersten beiden Jahren lernen sie zusammen, in der zweiten Hälfte des zweiten Ausbildungsjahres können sie sich dann für einen spezialisierten Abschluss entscheiden. Das Schulgeld wird überall abgeschafft. Durch ein Umlageverfahren sollen alle Pflegeeinrichtungen an den Ausbildungskosten beteiligt werden.

Die bisherigen Ausbildungen folgten einer unterschiedlichen Philosophie. Während die Gesundheits- und Krankenpflege von einer Heilung/Wiederherstellung der Gesundheit ausgeht, beschäftigt sich die Altenpflege mit der Erhaltung einer stabilen Lebensqualität. Hierzu gehört auch die Koordination professioneller und informeller (privater oder ehrenamtlicher) Versorgung. Im Unterschied zur Gesundheits- und Krankenpflege muss sie sich auch mit körperlichem Verfall und Tod auseinandersetzen. Zukünftig wird es mehr Überschneidungen bei der Kranken- bzw. Altenpflege geben. So werden immer mehr alte Menschen in Akut-Krankenhäusern behandelt und es brauchen auch immer mehr alte Menschen in Altenpflegeeinrichtungen eine Akutbehandlung.

Die Befürworter/innen der neuen Pflegeausbildung argumentieren, dass ein am gesamten Lebensverlauf orientiertes Verständnis von Krankheit und Pflegebedürftigkeit in der heutigen Versorgungslage wesentlich sinnvoller ist statt wie bisher die einzelnen Lebensphasen als konstituierend für verschiedene Pflegeausbildungen anzusehen. Zudem bedürfen immer komplexere Anforderungen in der Alten- und Krankenpflege einer breiteren Ausbildung. Neben einer Aufwertung der Pflegeberufe durch eine „Gesamtkompetenz der Pflegenden“ sehen sie auch eine größere Flexibilität innerhalb der Pflegeberufe.

Die Wohlfahrts- und Berufsverbände hingegen befürchten ein Ende des Altenpflegeberufes und erhebliche Folgen für die Zukunft der professionellen Pflege von älteren Menschen sowie eine Verschärfung des Fachkräftemangels. So erwarten sie eine Konkurrenzsituation zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Krankenhäusern, wobei die Krankenhäuser dann attraktiver wären als die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekräfte mehrheitlich das Berufsfeld Krankenpflege anstreben und so den Personalmangel in der Altenpflege erhöhen.

Da in der dreijährigen Ausbildungszeit drei verschiedene Qualifizierungen das Ziel sind, verkürzt sich die Ausbildungszeit pro Praxiseinsatz stark, so dass kaum Zeit für eine fundierte Ausbildung bleibt und das



erforderliche Fachwissen nicht vermittelt werden kann. Die einzelnen Spezifika der pflegerischen Berufe gehen verloren, werden aber gerade bei der zunehmenden Ausdifferenzierung der Pflegebedarfe benötigt. Verstärkt wird dies durch die Unterpräsentation der (integrierenden und generalistischen) didaktischen Konzepte zur Umsetzung der theoretischen Ausbildung in der Alten- und Kinderkrankenpflege. Hinzu kommt, dass in Hessen schon im Jahr 2016 knapp die Hälfte der Stellen für hauptamtliche Lehrkräfte an Krankenpflegeschulen nicht neu besetzt werden konnten. Das geht aus einer Antwort des Sozialministeriums auf eine Anfrage der SPD hervor (HNA, 18.11.2017). Aus Sicht der Kritiker/innen erfordert der demografische Wandel spezielle Kompetenzen der Pflegekräfte. Das Ziel der Reform, den Pflegeberuf attraktiver zu machen, sehen sie nicht erfüllt. So kommt eine Umfrage des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) bei rund 2.000 Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege zu dem Ergebnis, dass mehr als die Hälfte der Befragten niemals in der Altenpflege arbeiten will. Auch wurde in dieser Befragung das Ansehen einer Altenpflegekraft als erheblich niedriger eingeschätzt als z.B. das, einer Kinderkrankenpflegekraft.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales legt die Mindestentgelte für die Pflegebetriebe, den **Pflege-Mindestlohn**, fest und erlässt eine entsprechende Verordnung. Grundlage ist der Vorschlag einer Kommission, der Pflegemindestlohn-Kommission. Ihr gehören neben Vertreter(inne)n der Gewerkschaften und der nichtkirchlichen Arbeitgeber/innen auch Arbeitgeber/innen und Arbeitnehmer/innen der kirchlichen Pflegearbeit an. Die Kommission ist paritätisch besetzt.

Die Dritte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche trat zum 1. November 2017 in Kraft und gilt bis April 2020. Sie sieht folgende Erhöhungsschritte vor (s. Tabelle 3-21):

Zeitraum	West		Ost	
	€	%	€	%
01.11.17 bis 31.12.17	10,20 €		9,50 €	
01.01.18 bis 31.12.18	10,55 €	3,4	10,05 €	5,8
01.01.19 bis 31.12.19	11,05 €	4,7	10,55 €	5,0
01.01.20 bis 30.04.20	11,35 €	2,7	10,85 €	2,8

Tabelle 3-21: Erhöhungsschritte Mindestlohn  
Quelle: Bundesministerium für Soziales

In der Altenpflege gilt bereits seit August 2010 ein spezieller Pflegemindestlohn. Zunächst nur für stationäre Einrichtungen gedacht, müssen seit Januar 2015 auch Beschäftigte in der ambulanten Krankenpflege nach diesen Vorgaben bezahlt werden. Mittlerweile gilt er auch für ausländische Pflegeunternehmen, die ihre Arbeitskräfte nach Deutschland entsenden. Vom Mindestlohn profitieren vor allem Pflegehilfskräfte.

Der Pflegemindestlohn liegt deutlich über dem seit 2015 existierenden gesetzlichen Mindestlohn von bundesweit 8,84 Euro. Er findet überall dort Anwendung, wo der Pflegemindestlohn nicht gilt, wie z.B. in Privathaushalten.

Arbeitgeber/innen, Gewerkschaften und Sozialverbände sehen in der Verordnung zwar einen ersten Schritt zur Unterstreichung der Bedeutung der Pflege, sie fordern jedoch „in Tarifverträgen ausgehandelte, faire Löhne in der Fläche“. Bis zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich seit Einführung des Pflegemindestlohnes eine spürbare Verbesserung beim Thema Pflegekräftemangel nicht ablesen.

An dieser Stelle sei auch auf die Ausführungen in Kap. 3.1.1 zum Thema osteuropäische Pflegekräfte hingewiesen.



### 3.2.2.2 Gesetzliche Veränderungen im Bereich Pflege

Nach jahrelanger Diskussion um die ungleiche Verteilung der Pflegeleistungen für körperlich Kranke und Menschen mit Demenz hat die Bundesregierung im Jahr 2014 und 2015 die Pflegestärkungsgesetze verabschiedet. Durch das erste und das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG I und II) erhalten vor allem Demenzkranke, dauerhaft psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen in Deutschland seit 2017 endlich die gleichen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung wie dauerhaft körperlich Erkrankte. Die Neuerungen des PSG I wurden bereits im Sozialatlas 2015 beschrieben.

Das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) gilt seit Januar 2016 und hat schrittweise folgende Veränderungen gebracht:

- **Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff**

Seit Januar 2017 ist die vorhandene Selbstständigkeit eines/r Antragssteller(s)/in auf Pflegeleistungen ausschlaggebend dafür, ob er/sie Kassenleistungen erhält oder nicht. Bislang zählte in erster Linie sein/ihr körperlicher Unterstützungsbedarf, wenn er/sie Pflegeleistungen beziehen wollte.

- **Neues Begutachtungssystem**

Mit dem „Neuen Begutachtungssystem“ (NBA) prüfen Gutachter/innen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) seit Januar 2017 anhand von sechs Kriterien, wie selbstständig ein/e Hilfs- und Pflegebedürftige/r tatsächlich noch ist.

- **Fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen**

Die drei Pflegestufen wurden zum Januar 2017 von den fünf neuen Pflegegraden abgelöst. Dabei gilt: Je höher ein Pflegegrad ist, desto unselbstständiger wird der/die Betroffene von Gutachter(inne)n eingeschätzt und umso mehr Leistungen erhält er/sie seitens der Pflegekasse. Die bisherigen drei Pflegestufen wurden zum 31.12.2016 abgeschafft.

- **Leistungsempfänger/innen werden durch das PSG II nicht schlechter gestellt**

Trotz der tiefgreifenden Veränderungen wurden alle, die 2016 bereits eine Pflegestufe und Leistungen der Pflegeversicherung bezogen hatten, ab Jahr 2017 nicht schlechter gestellt. Ihnen wurde automatisch und ohne eine erneute Begutachtung nach dem NBA-Verfahren ein Pflegegrad zugewiesen.

- **Finanzierung durch höhere Pflegeversicherungsbeiträge**

Zum 1. Januar 2017 wurden die Beiträge zur Pflegeversicherung noch einmal um weitere 0,2 % auf 2,55 % des Bruttolohns (2,8 % für Kinderlose) angehoben. Von den jährlichen Mehreinnahmen von ca. 2,5 Milliarden Euro werden die aufwändige Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des neuen Begutachtungsverfahrens für Leistungsempfänger/innen, der neuen Pflegegrade zur Klassifizierung von Hilfsbedürftigen sowie die Mehrleistungen für Demenzkranke finanziert. Bis 2022 sollen die Beiträge zur Pflegeversicherung unverändert bleiben.

- **Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)**

Mit dem PSG III werden Änderungen im Rahmen des Elften und Zwölften Sozialgesetzbuches vorgenommen. Das bedeutet im Besonderen, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff gemäß dem SGB XI auch für das SGB XII sowie für das Bundesversorgungsgesetz geltend gemacht wird. Das Gesetz hat hauptsächlich zur Absicht, die lokale Pflegeberatung in den Kommunen zu stärken, sowie die Leistungen der Pflegeversicherung besser auf die jeweilige Situation abzustimmen.

Einigkeit besteht darüber, dass Städte und Landkreise den besten Überblick über die Beratungs-, Pflege- und Betreuungsangebote vor Ort haben und maßgeblich zur pflegerischen Versorgung beitragen. Daher sind die Kommunen als Sozialleistungsträgerinnen auch am besten geeignet, die örtlichen oder regionalen



Angebotsstrukturen im Interesse hilfsbedürftiger Bürger/innen zu verbessern. Diesem Gedanken soll das PSG III gerecht werden, indem es den Kommunen ab 01.01.2017 bei der Organisation von Beratungs-, Pflege- und Betreuungsangeboten vor Ort zu mehr Kompetenz verhilft und Ihnen eine zentrale Rolle bei der Beratung von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen zukommen lässt. Zur Unterstützung bei diesen Aufgaben, können die Bundesländer regionale Pflegeausschüsse und sektorübergreifende Landespflegeausschüsse mit Träger(inne)n der ambulanten und stationären Pflege und Sozialhilfeträger(inne)n bilden. Neu ist hier, dass auch Pflegekassen verpflichtend an diesem Gremium teilnehmen müssen. Diese Ausschüsse können Empfehlungen zur Verbesserung der Beratungs-, Pflege- und Betreuungs-Infrastruktur in Städten und Landkreisen abgeben.

**Zur Stärkung der Rolle der Kommunen sieht das PSG III u.a. folgende Möglichkeiten vor:**

- Bundesweit sollen 60 unterschiedliche Modellprojekte insbesondere zur besseren Koordination und Kooperation von Beratungsangeboten zur Pflege, zur Altenhilfe und zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung erprobt werden (diese Projekte werden finanziert).
- Die Kommunen erhalten ein Initiativrecht zur Einrichtung neuer Pflegestützpunkte zur Beratung Hilfesuchender, deren Arbeit und Finanzierung dann in jedem Bundesland über eine Rahmenvereinbarung geregelt werden muss. Der Gesetzentwurf schreibt jedoch nicht vor wie viele neue Pflegestützpunkte bundesweit entstehen sollen.
- Die Übernahme der Pflegeberatung und Pflegeberatungsbesuche für Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung durch eine eigene Beratungsstelle mit entsprechend qualifiziertem Personal.

**Weitere wesentliche Änderungen durch das PSG III:**

- Vor dem Hintergrund, dass im Frühjahr 2016 gesetzliche Krankenkassen einem systematischen Abrechnungsbetrug von ambulanten (Intensiv-)Pflegediensten ausgesetzt waren, sichert das Pflegestärkungsgesetz III ein systematisches Prüfrecht durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu. Vor allem die häusliche Krankenpflege soll zukünftig regelmäßigen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen unterzogen werden. Bei konkreten Anhaltspunkten hinsichtlich eines fehlerhaften Abrechnungsverhaltens ist auch eine Prüfung unabhängig von den regelmäßigen Qualitätsprüfungen möglich. Bislang war es dem MDK nicht möglich, Pflegedienste, die ausschließlich häusliche Krankenpflege im SGB V-Bereich anbieten im Rahmen der §§ 114 ff. SGB XI zu überprüfen. Ebenso ist die in diesem Zusammenhang mögliche Abrechnungsprüfung in diesen Pflegediensten bislang nicht möglich. Mit dem neuen § 275b SGB V können einzelne Krankenkassen oder deren Landesverbände den MDK mit Regel- oder Anlassprüfungen beauftragen.
- Um eine Kostenverschiebung zwischen den Systemen des SGB XI (Pflegeversicherung) und des SGB IX (Eingliederungshilfe) zu vermeiden, gelten die Leistungen der Pflege gegenüber denen der Eingliederungshilfe vorrangig. Für eine klarere Abgrenzung werden außerhalb des häuslichen Umfeldes die Leistungen der Eingliederungshilfe, den Leistungen der Pflegeversicherung vorgezogen. Das bedeutet: Benötigten Menschen mit Handicaps ambulante Pflege, so erhalten sie vorrangig Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI. Wenn Betroffene hauptsächlich auf Eingliederungshilfe angewiesen sind, übernehmen deren Kostenträger/innen auch die Kosten für notwendige häusliche Pflege. Dagegen haben stationär pflegebedürftige Menschen mit Behinderung im Pflegefall sowohl Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung als auch der Eingliederungshilfe.

Über den Deutschen Verein, die Arbeits- und Sozialministerkonferenz, den DLT und das KDA wird schon seit längerem eine **Stärkung der Rolle der Kommune** eingefordert – aktuell auch durch den 7. Altenbericht.



Diese Forderung fand dann auch Eingang in den Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages, allerdings nicht als konkreter Auftrag, sondern in Form einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände. Die Arbeitsgruppe nahm im Sommer 2014 ihre Arbeit auf. Aus pflege- und kommunalpolitischer Sicht wäre eine starke kommunale Position in den Bereichen der Planung und Steuerung (strukturelle Ebene) und ein Case- und Care-Management (individuelle Ebene) in kommunaler Hand erforderlich. Das Bundesgesundheitsministerium verhielt sich aus Sicht des Deutschen Vereins in diesem Punkt zurückhaltend bis abweisend. Da in der Arbeitsgruppe ein Konsens gefunden werden musste, finden sich in den schließlich vorgelegten Empfehlungen keine grundlegenden Vorschläge. Auf Grundlage dieser Vorschläge entstand das PSG III, das in den essenziellen Bereichen der Planung, Steuerung und Leistung den Kommunen keine Kompetenzen gewährt. Vielmehr nimmt es die Beratung in den Blick und lässt Kommunen in kleinen Bereichen als Leistungserbringer/in zu.

### **Beispiele**

Es wird den Kommunen zwar ermöglicht, als Leistungserbringer/in aufzutreten. Sie werden jedoch verpflichtet, die entsprechenden Empfehlungen des GKV- Spitzenverbandes sowie dessen Pflegeberatungsrichtlinien zu beachten. Zudem schließt die Pflegekasse mit der Kommune eine vertragliche Vereinbarung über die Vergütung ab. Eine zusätzliche Konkurrenz mag zwar sinnvoll sein, stellt aber keine ernsthafte Stärkung der Rolle der Kommune dar.

In der Praxis wird in denjenigen Ländern, in denen Pflegestützpunkte nicht entstanden sind, weil andere Beratungsstrukturen vorhanden sind oder in denen umfängliche Beratungs- und Koordinierungsstellen existieren, kaum Bedarf hierfür bestehen. Hilfreich wird die Regelung sein in den Ländern, in denen das Zusammenwirken von Pflegekassen und Kommune in der Vergangenheit nicht funktionierte und die Pflegekasse nun verpflichtet wird, mitzumachen. Eine Anschubfinanzierung wie bei der erstmaligen Einführung im Jahr 2008 ist allerdings nicht vorgesehen.

Der sektorenüberschreitende Landespflegeausschuss hätte eine Stärkung der Kommune zum Ziel, wenn die Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung in kommunale Hand gelegt worden wären oder wenn die Umsetzung der Kreispflegeplanung für die Pflegekassen verbindlich geworden wäre. Stattdessen handelt es sich um gemeinsame Empfehlungen, denen naturgemäß ein bestimmter Bindungsgrad fehlt.

### **Fazit**

Im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, die vor Ort Unterstützung benötigen und die kommunale Infrastruktur nutzen, wäre eine stärkere Rolle der Kommune hilfreich. Pflege ist mehr als Pflegeversicherung. Eine stärkere Rolle der Landkreise in der Pflege würde zu einer bedarfsgerechteren und vor allem sozialraumorientierten Versorgung beitragen. Daher werden die verpflichtende Berücksichtigung der Kreispflegeplanung bei der Zulassung von Pflegeheimen und ambulanten Diensten, die vollständige Gleichberechtigung von (kommunalem/r) Sozialhilfeträger/in und Pflegekasse im Vertragsgeschehen, eine Verantwortung für Pflegestützpunkte oder vergleichbare Beratungsangebote bei den Landkreisen und ein federführendes Fallmanagement auf der Agenda bleiben müssen.

#### **3.2.3 Ambulante Versorgung**

Mit dem weiteren Anstieg des durchschnittlichen Lebensalters werden zwar die „gesunden Lebensphasen“ immer länger und die meisten älteren Menschen verbringen einen großen Teil der gewonnenen Jahre in guter Gesundheit. Dennoch ist der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit nicht als seltenes Restrisiko zu begreifen, vielmehr durchleben mehr als zwei Drittel der Frauen und rund die Hälfte der Männer vor ihrem Versterben eine Phase von Pflegebedürftigkeit. Dabei liegt die durchschnittliche Dauer der (sozialrechtlich



festgestellten) Pflegebedürftigkeit bei Männern mittlerweile bei mehr als drei, bei Frauen bei fast fünf Jahren. Begleitet wird diese Entwicklung durch die Veränderung von Familien- und Haushaltsstrukturen und durch Individualisierungssphänomene, die sich im Anspruch an eine aktive Lebensführung und ein selbstbestimmtes Leben widerspiegeln – und dies bis ins hohe Alter.

Rund drei von vier pflegebedürftigen Menschen leben zu Hause und werden dort zumeist von Angehörigen versorgt. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist dabei ein kritisches Lebensereignis, das nicht nur den Pflegebedürftigen selbst, sondern auch sein soziales Umfeld, insbesondere die hauptsächlich mit der Pflege betraute Person, vor große Herausforderungen stellt. Neben körperlichen Einschränkungen entstehen häufig psychische und emotionale Probleme, wenn sich z. B. in Folge von Kompetenzeinbußen neue Abhängigkeiten ergeben oder sich Beziehungskonstellationen verändern. Über drei Viertel der Hauptpflegepersonen fühlen sich durch die Pflege stark bis sehr stark belastet. Infolgedessen weisen pflegende Angehörige insgesamt eine höhere Morbidität und Mortalität auf, und sind im Vergleich zu Personen ohne Pflegeverpflichtungen z.B. stärker von psychischen Erkrankungen und von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems betroffen (DAK 2015). Im Pflegealltag besteht zudem eine besondere Anforderung in der Bewältigung der finanziellen und zeitlichen Anforderungen, die mit der Pflegebedürftigkeit einhergehen.

Trotz der ständigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung bleibt der Grundmechanismus bestehen, dass Pflegeleistungen durch das Teilleistungsprinzip der Pflegeversicherung nur partiell finanziert werden. Pflegeleistungen müssen in Deutschland in hohem Maße durch private Zuzahlungen finanziert und/oder als private Eigenleistung erbracht werden. Von diesen Rahmenbedingungen sind die Menschen je nach sozialer Lage in sehr unterschiedlichem Ausmaß betroffen.

Die **Hans-Böckler-Stiftung** dokumentiert in einem Bericht die Ergebnisse eines Forschungsprojektes, das unter dem Titel „**Private Ressourcen und Bedarfe zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit**“ ausgeleuchtet hat, welche zeitlichen und finanziellen Aufwendungen private Haushalte einbringen, um eine funktionierende Pflege zu Hause aufrecht zu erhalten. Die Erhebungen wurden von November 2015 bis Juni 2016 am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) in Saarbrücken durchgeführt – zu einem Zeitpunkt, als der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff noch nicht in Kraft war. Die Ergebnisse beziehen sich also auf die Situation vor der Reform. Gegenstand der Studie waren private Haushalte, in denen ältere Pflegebedürftige (ab 65 Jahre) versorgt werden. In die Auswertung gingen die Befragungsergebnisse von 1.024 Pflegehaushalten in Deutschland ein.

Folgenden Fragestellungen wurde in dem Forschungsprojekt nachgegangen:

1. Welche informellen und professionellen Helfer/innen sind an den häuslichen Pflegearrangements beteiligt?
2. In welchem zeitlichen Umfang bringen sich informelle und professionelle Helfer/innen in die häusliche Pflege ein?
3. Welche privaten finanziellen Kosten entstehen in den verschiedenen Hilfebereichen für unterschiedliche Leistungen?
4. Durch welche Faktoren werden die Aufwendungen für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit beeinflusst?
5. Welche beruflichen Einschränkungen und Einkommensverluste werden zu Gunsten privater Pflegeverpflichtungen in Kauf genommen?
6. Welche Zugangsbarrieren beeinflussen die Entscheidung zur Annahme der sozialrechtlich verankerten Pflege-, Betreuungs- und Beratungsleistungen?



Die Ergebnisse der Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die häusliche Pflege in Deutschland stützt sich wesentlich auf eine Hauptpflegeperson, die das Pflegearrangement organisiert und maßgebliche Teile der Versorgung leistet.
- Jede fünfte Hauptpflegeperson leistet die Pflege ganz allein, ohne informelle oder professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Die Generation der jüngeren Hauptpflegepersonen (Kinder und Schwiegerkinder der Pflegebedürftigen) nimmt in stärkerem Maße informelle Unterstützung und professionelle Dienstleistungen in Anspruch als die Generation der pflegenden Ehepartner/innen.
- Von den formellen Unterstützungsangeboten werden vor allem solche genutzt, die ihre Leistungen innerhalb der Häuslichkeit von Pflegebedürftigen erbringen: ambulante Pflegedienste und Verhinderungspflege.
- Der durchschnittliche tägliche Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit entspricht einem Vollzeit-Arbeitstag.
- Hochgerechnet auf alle Pflegehaushalte in Deutschland werden rund 90 % des Zeitaufwands für die Versorgung von der Hauptpflegeperson und weiteren informellen Helfern und nur rund 10 % von professionellen Diensten abgedeckt.
- Jeder zwölfte Pflegehaushalt in Deutschland beschäftigt eine mit im Hause lebende, meist aus Osteuropa stammende Hilfskraft. Diese Versorgungsform nutzen vor allem Haushalte mit höherem Einkommen und mit Pflegebedürftigen, für die ein sehr hoher Betreuungs- und Pflegeaufwand besteht.
- Die Daten zu den zeitlichen Beanspruchungen der im Haushalt lebenden Hilfskräfte und zu den Kosten für diese Versorgungsform weisen auf erhebliche arbeitsrechtliche Probleme hin, insbesondere im Hinblick auf die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes und auf die Bestimmungen zum gesetzlichen Mindestlohn.
- Kosten entstehen den Pflegehaushalten nicht nur für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsleistungen oder für Pflegehilfsmittel, Therapien, Medikamente und Umbaumaßnahmen. Ebenso werden für den Einsatz informeller Helfer/innen und für Aufwendungen der Hauptpflegepersonen finanzielle Mittel eingesetzt.
- Die zeitliche und finanzielle Belastung steigt mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. In einer gewichteten Gesamtbetrachtung waren in einem durchschnittlichen Pflegehaushalt in Deutschland 63 Stunden pro Woche und rund 360 Euro monatlich für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit aufzubringen.
- Dabei entstehen bereits in Haushalten ohne anerkannte Pflegebedürftigkeit erhebliche zeitliche und finanzielle Aufwendungen für Pflege und Betreuung.
- Einkommensstarken Haushalten gelingt es in stärkerem Maße, auch bei schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit ein häusliches Pflegearrangement aufrecht zu erhalten.
- Zwei Fünftel der Haushalte nehmen keine Pflegeberatung in Anspruch. Dies betrifft überproportional bildungsferne Schichten. Durch den Verzicht auf Pflegeberatung sinken die Chancen, das Leistungsangebot der Pflegeversicherung in vollem Maße ausschöpfen zu können.
- Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter nehmen nur in reduziertem Umfang an Erwerbsarbeit teil. Rund ein Drittel hat die Berufstätigkeit aufgrund der Pflegeverpflichtungen einschränken müssen und lediglich ein Viertel ist in Vollzeit erwerbstätig. Die Angebote des Pflegezeitgesetzes werden bisher kaum in Anspruch genommen.



Die Ergebnisse der Studie werfen die Frage nach der Leistungsfähigkeit und den Grenzen privater Pflegearrangements auf. Die Menschen, die die informelle häusliche Pflege leisten, stehen dabei im Spannungsfeld einer widersprüchlichen sozialpolitischen Bearbeitung der Pflegebedürftigkeit. So definiert der Gesetzgeber in den Zielbestimmungen der Pflegeversicherung (§§ 1 und 2 SGB XI) die Intention, Pflegebedürftigkeit sozial abzusichern und den Betroffenen je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit „solidarische Unterstützung“ zukommen zu lassen, um ihnen ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Zugleich weist er in § 3 SGB XI der Förderung einer häuslichen Pflege und der Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbar(inne)n einen Vorrang zu. Die Pflege soll also einerseits gesellschaftlich, andererseits dem Subsidiaritätsprinzip folgend primär in den Familien geleistet werden.

Trotz der unbestreitbar großen Fortschritte seit der Einführung der Pflegeversicherung und der nachfolgenden Pflegereformen bleiben angesichts der Ergebnisse dieser Studie Fragen nach der Balance zwischen privat zu tragender und gesellschaftlicher Verantwortung für die Pflege offen. Im Alltag der Pflegehaushalte werden Friktionen sichtbar, die einer zukünftigen politischen Bearbeitung bedürfen.

Zunächst weist die zurückhaltende Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten darauf hin, dass die Verknüpfung von informeller Hilfe und professioneller Dienstleistung in deutschen Pflegehaushalten bisher noch nicht ausreichend gelingt. Dies hat vielfältige Gründe. Unzweifelhaft besteht ein großer Bedarf an Beratung und psychosozialer Begleitung, um Pflegebedürftige und Angehörige dafür zu sensibilisieren, auf diese Angebote als selbstverständlichen Teil der Versorgung stärker zurückzugreifen. Die mangelnde Nutzung von Unterstützungsangeboten hat gravierende Folgen für die Belastung der informell Pflegenden und möglicherweise auch für die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen. Das Verhältnis zwischen formell und informell erbrachter Leistungen verweist darüber hinaus auf die Frage, ob die Anreize zur Nutzung von Hilfen richtig gesetzt sind. Perspektivisch ist darüber nachzudenken, ob das Pflegegeld eine für die Qualität der Versorgung zukunftsfähige Leistung darstellt oder ob es sinnvoll sein kann, für die Abdeckung der Bedarfe an Pflege und Betreuung das Sachleistungsprinzip zu stärken, das ja auch z.B. der Krankenversicherung zugrunde liegt.

Ein weiterer Bruch liegt zwischen der subsidiären Zuweisung der Pflegeverantwortung an die Familien und der arbeitsmarktpolitisch gewollten Stärkung von Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe am Erwerbsleben, kurz: in der mangelnden Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Dieser Aspekt hängt einerseits mit dem oben angesprochenen Problem der Nutzung unterstützender Infrastrukturen zusammen. Eine wichtige Voraussetzung für die stabile Integration pflegender Angehöriger in Erwerbsarbeit ist zum einen der (weitere) Ausbau und eine deutlich stärkere Nutzung ambulanter und teilstationärer Angebote, die eine angemessene Versorgung über den Tag sicherstellen. Zum anderen ist zu konstatieren, dass im Unterschied zu den bezahlten Freistellungsmöglichkeiten für Kinderbetreuungsaufgaben die entsprechenden Regelungen für Berufstätige mit Pflegeaufgaben noch nicht optimal gelöst sind und möglicherweise auch die Akzeptanz in der Arbeitswelt für Pflegeverpflichtungen noch fehlt. Dies indizieren auch die geringen Nutzungszahlen der Angebote des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Dass pflegende Angehörige dauerhaft ihre Erwerbsarbeit deutlich reduzieren oder sogar ganz aufgeben ist allerdings auch der Tatsache geschuldet, dass die Versorgungsnotwendigkeiten in der häuslichen Pflege in der Regel kaum zeitliche Spielräume für eine geregelte Berufstätigkeit lassen und auch in ihrer Langfristperspektive nicht abzuschätzen sind.

Schließlich liegt eine gravierende Friktion zwischen der häuslichen und der stationären Versorgungssituation. Für die Pflegebedürftigen wie auch für pflegende Angehörige stellt es ein ausgesprochenes Krisenszenario dar, wenn die häusliche Versorgung trotz des Engagements aller Helfer/innen zusammenbricht und eine Heimunterbringung in Erwägung gezogen bzw. angestrebt werden muss. Dies hängt vor allem



mit dem öffentlichen Bild der stationären Pflege zusammen. Verbreitet bestehen offenbar Ängste vor einer Reduzierung der Selbstbestimmung und der Lebensqualität bei einem Umzug aus den eigenen vier Wänden ins Heim. Insofern erfolgt dieser Schritt in der Regel nicht aus freien Stücken, sondern als letzte unausweichliche Maßnahme. In der Folge verstärkt sich die Fixierung, unter allen Umständen die Versorgung in der Häuslichkeit möglichst lange aufrecht zu erhalten – bis an die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit der Pflegehaushalte und der zeitlichen und psychischen Belastbarkeit der Hauptpflegepersonen. Paradoxerweise greift eine umfängliche finanzielle Sicherstellung der Versorgungssituation durch die Pflegeversicherung erst im stationären Setting. Die zu zahlenden Eigenleistungen wurden mit dem Inkrafttreten des PSG II vom Pflegebedarf entkoppelt – können sie nicht durch die Pflegebedürftigen erbracht werden, springt die kommunale „Hilfe zur Pflege“ ein. Die Pflegeversicherung greift also erst in vollem Maße, wenn die Familien die Pflegeverantwortung nicht mehr tragen können. Hier ist Sozialpolitik gefordert, klare Prioritäten zu setzen: Entweder ist die Situation in der stationären Pflege so stark zu verbessern, dass sich das „Leben im Heim“ zu einer attraktiven Alternative entwickelt, oder häusliche Settings zu ermöglichen und zu finanzieren, die auch eine umfassende Versorgung bei schwerster Pflegebedürftigkeit leisten können. Es bleibt also eine politisch zu klärende und über die gegenwärtigen Reformschritte deutlich hinausgehende Frage, ob die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit als gesellschaftspolitische Aufgabe definiert und gelöst oder weiterhin ein primär privates, von den Familien zu tragendes Risiko bleiben wird.

In diesem Zusammenhang ist auch der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI zu sehen. Voraussetzung für die Gewährung des Entlastungsbetrages (zuvor "Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen") durch die Pflegekasse war bis zum 31.12.2014, dass ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne des § 45a SGB XI vorlag. Zusätzliche Betreuungsleistungen konnten demnach sowohl Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III als auch Versicherte beanspruchen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung hatten, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (sog. Pflegestufe-0-Fälle).

Seit 2015 wurde der Anspruch auf alle Pflegebedürftigen ausgeweitet. Damit besteht seither auch ein Anspruch z.B. bei Pflegestufe I ohne eingeschränkte Alltagskompetenz. Der monatliche Wert beträgt dabei bis 2016 104 EUR bzw. 208 Euro (bei erhöht eingeschränkter Alltagskompetenz). Ab 2017 erhalten Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 1 bis zu 125 Euro monatlich.

Beim Entlastungsbetrag handelt es sich um einen Zuschuss, der von den Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen zweckgebunden eingesetzt werden kann, um zum Beispiel eine Betreuung im Alltag sicherzustellen oder zur Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung oder der Organisation des Pflegealltags. Er kann auch zur (Co-)Finanzierung einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, einer vorübergehenden vollstationären Kurzzeitpflege oder von Leistungen ambulanter Pflegedienste (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) verwendet werden. Außerdem ist er nutzbar für Leistungen durch nach Landesrecht anerkannte und geförderte Angebote (§ 45c SGB XI) zur Unterstützung im Alltag.

Nicht (vollständig) ausgeschöpfte Beträge können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in die Folgemonate bzw. am Ende des Kalenderjahres in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Für Ansprüche der Jahre 2015 bis 2016 gelten Sonderregelungen. Danach können nicht verbrauchte Beträge aus diesen Jahren noch bis zum 31.12.2018 verwendet werden.



Die Begründung dafür liegt, jedenfalls für Hessen, auf der Hand. Schon im PSG I aus dem Jahr 2015 wurde in § 45b festgelegt, dass

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

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

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

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

Die Landkreise, in Hessen die anerkennenden Behörden für Angebote nach § 45c, sind seitdem auf Grund der fehlenden gesetzlichen Voraussetzungen nicht in der Lage, die gehäuft eingehenden Anträge auf Anerkennung, zu bearbeiten. Daraus folgt, dass auch die bei den Beratungsstellen und dem Pflegestützpunkt eingehenden Anfragen nicht bedient werden können und die zur Verfügung stehenden Gelder unbenutzt bleiben.

Um eine Anerkennung aussprechen zu können, benötigen die Landkreise eine überarbeitete hessische Verordnung zur Ausführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (Stand 20.11.2014). Sie regelt die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, verweist zu den Voraussetzungen auf die Empfehlungen nach § 45 c Abs. 6 SGB XI und umfasst die Entlastungsangebote. Des Weiteren fehlen die Empfehlungen nach § 45 Abs. 6 SGB XI (Stand 08.06.2009). Sie definieren das Nähere zu den Angeboten und zu den Voraussetzungen. Nach der hessischen Verordnung müssen die darin definierten Voraussetzungen erfüllt und angepasst werden. Zudem muss auch die entsprechende Rahmenvereinbarung (Stand 01.01.2011) überarbeitet werden.

Der aktuelle Stand zum Verfahren lässt sich wie folgt zusammenfassen. In der letzten Sitzung des AK I „Hessische Altenhilfeplanung“ des HLT am 21.11.2017 berichtete eine Mitarbeiterin des HSM zum Sachstand der neuen Verordnung zu den §§ 45a ff. SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag. Sie stellte einen noch nicht abgestimmten Entwurf einer Verordnung über die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach dem SGB XI (Pflegeunterstützungsverordnung-PfluVo) vor. Bis Ende 2017 wird ein überarbeiteter Entwurf in das Kabinett eingebracht und entschieden, ob sich der Landtag mit der Verordnung befassen muss. Anschließend wird das Beteiligungsverfahren eröffnet. Ihrer Meinung nach könnte die Verordnung Mitte 2018 in Kraft treten. Aufgrund der vorgestellten Eckpunkte äußerten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen des AK Bedenken, ob die Prüfungsaufgaben nicht zu einem Mehraufwand und damit zu mehr notwendigem Personal führen werden.

Damit fehlt seit Jahren eine Möglichkeit, die ambulante Versorgung Pflegebedürftiger zu verbessern.



### **3.2.3.1 Beratungsstellen / Pflegestützpunkt**

Im Jahr 2016 betrug der Anteil der alleinlebenden Ratsuchenden 34 % und lag damit unterhalb des Wertes von vor 10 Jahren (40 %). 61 % lebten „mit Partner/in“ oder „einem sozialen Netzwerk in der Nähe“. In dieser Konstellation gab es im gleichen Zeitraum eine Steigerung um 17 %. Ob dies schon ein Hinweis auf das schwindende Angehörigenpflegepotenzial (s. Kap. 3.2.1) ist oder dem langsamen Wegbrechen der über Jahre gewachsenen und mitunter sehr stabilen nachbarschaftlichen Hilfestrukturen geschuldet ist, bleibt abzuwarten.

Der Pflegestützpunkt ist seinem Anspruch, vor allem in denjenigen Kommunen Entlastung zu bringen, die (noch) nicht in die bestehenden Beratungsstrukturen eingebunden sind, nachgekommen. Die Anzahl der Klient(inn)en aus diesen Städten und Gemeinden ist im Vergleich zum Jahr 2015 unverändert geblieben. Im Zuge der demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Klient(inn)en, wie in den zurückliegenden Jahren auch, stetig steigen werden.

### **3.2.3.2 Pflegedienste**

Geht man von der Aussage der Pflegestatistik 2015 (s. Seite 2) aus, dass 76,3 % der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt werden, so ergeben sich nach der von der Bertelsmann Stiftung für das Jahr 2030 prognostizierten Anzahl von 13.824 Pflegebedürftigen im Landkreis Kassel 10.548 zu Hause lebende Pflegebedürftige. Weiterhin werden laut Pflegestatistik in Hessen 73 % allein durch Angehörige versorgt. Im Umkehrschluss heißt das, dass lediglich 27 % zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste betreut werden. Das bedeutet für den Landkreis Kassel, dass im Jahr 2030 3.732 Pflegebedürftige durch ambulante Dienste versorgt werden müssten.

Die Zahl der Pflegedienste im Landkreis Kassel ist in den letzten drei Jahren um 14,5 % gestiegen. Hieraus lässt sich schließen, dass der erhöhte Bedarf durch Neueröffnungen und ggf. durch Einstellung von mehr Personal gedeckt werden konnte. Die durch das SGB XI gewünschte Marktregulation erfolgte also in diesem Pflegesegment. Ob dies auch in absehbarer Zeit und zukünftig möglich sein wird, hängt in erster Linie vom Angebot an qualifiziertem Personal ab (s. Kap. 3.2.2).

### **3.2.4 Wohnen**

Die meisten Menschen möchten auch dann, wenn eine Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, in ihren Wohnungen oder Häusern wohnen bleiben. Dies hilft ihnen, auch im Alter ihre Selbstständigkeit zu erhalten. In diesem Sinne ist der Vorrang der häuslichen Pflege in § 3 SGB XI schon bei Einführung der Pflegeversicherung als programmatischer Grundsatz festgelegt worden. Auch die neuere Gesetzgebung hat sich die Förderung häuslicher Pflege ausdrücklich zum Ziel gesetzt.

Ob eine pflegebedürftige Person in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden kann, ist insbesondere von zwei Faktoren abhängig. Zum einen ist die Wohnsituation des Pflegebedürftigen entscheidend: Sind unüberwindbare Barrieren beim Zugang zur oder innerhalb der Wohneinheit vorhanden, muss ein Umzug in eine andere Wohneinheit oder ein Pflegeheim in Erwägung gezogen werden. Zweitens ist die Pflege zu Hause in hohem Maße von der Bereitschaft der Angehörigen abhängig, die Pflege zu übernehmen bzw. zu organisieren. Auch bei Inanspruchnahme der Angebote von Pflegediensten ist eine Pflege ohne eine ausreichende informelle Pflege in der Regel nicht möglich. Zur Problematik des letztgenannten Faktors gibt Kapitel 3.2.3 Auskunft.

Nachfolgend wird daher lediglich das Thema Wohnen detailliert betrachtet.

Der 2. Landesozialbericht Hessen (2017) betont, dass die Hälfte der heute in Hessen am Markt verfügbaren Wohnungen in den Jahren 1950 bis 1979 errichtet wurde. Der Anteil der seit dem Jahr 2000 erstellten Wohnungen beträgt nur rund 7 %. Damit liegt der Neubauanteil noch leicht unter dem bundesdeutschen



Durchschnitt und beispielsweise deutlich niedriger als in Bayern (über 9 %). Dies ist eine Folge der insgesamt geringen Bautätigkeit seit der Jahrtausendwende. So stieg im Zeitraum 2001 bis 2015 der Wohnungsbestand in Hessen lediglich um 8,3 %. Im Vergleichszeitraum 1986 bis 2000 war hingegen ein Zuwachs des Wohnungsbestandes in Hessen um 17,2 % zu verzeichnen.

Die durchschnittliche Wohnfläche beträgt ca. 96 m<sup>2</sup>; je Einwohner/in sind es im Durchschnitt knapp 47 m<sup>2</sup>. Dabei zeigen sich in Bezug auf die Wohnfläche jedoch deutliche regionale Unterschiede zwischen den hessischen Kernstädten und den eher ländlichen Regionen. So weist der Vogelsbergkreis eine durchschnittliche Wohnfläche je Haushalt von über 114 m<sup>2</sup> auf, in der Stadt Frankfurt am Main sind es nur rund 73 m<sup>2</sup>. Im Landkreis Kassel schwankt er zwischen 104 und 106 m<sup>2</sup>.

Personen mit geringem Einkommen wie z.B. Erwerbslose oder sonstige Nichterwerbspersonen leben in höherem Maße in eher „beengten Wohnverhältnissen“. Bei der Gruppe der Erwerbslosen beträgt der Anteil der Personen mit weniger als 30 m<sup>2</sup> Wohnfläche pro Kopf gut 33 %, bei den sonstigen Nichterwerbspersonen sind es sogar ca. 37 %. Weit überdurchschnittlich ist hingegen die quantitative Wohnraumversorgung bei den Beamt(inn)en bzw. Pensionär(inn)en. Immerhin 4 % der in Beamtenhaushalten lebenden Personen und sogar 5,7 % der Personen in Pensionärshaushalten verfügen über eine gesamte Wohnfläche von mindestens 120 m<sup>2</sup> pro Kopf. Bei den Personen in Rentnerhaushalten trifft Letzteres auf 4,8 % zu.

Nach dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) 2014 befinden etwa vier Fünftel der Befragten ihre Wohnraumgröße als „richtig“ oder sogar „(zu) groß“; umgekehrt beklagt etwa ein Fünftel der Befragten eine zu geringe Wohnfläche. Dabei sind vor allem Personen in der Altersklasse bis 45 Jahre mit der Wohnfläche unzufrieden. Hier beträgt der Anteil der Unzufriedenen rund 30 %, während lediglich knapp 5 % der Senior(inn)en (65 Jahre und älter) ihre Wohnung für nicht ausreichend groß halten.

In den kommenden Jahren ist angesichts der vergleichsweise hohen Zuwanderung aus dem Ausland sowie eines weiteren (leichten) Rückgangs der durchschnittlichen Haushaltsgröße mit einem wachsenden Bedarf an Wohnraum zu rechnen. Nach Berechnungen des Instituts für Wohnen und Umwelt (IWU) werden bis zum Jahr 2020 jährlich gut 37.000 Wohnungen pro Jahr benötigt; tatsächlich wurden aber in den vergangenen drei Jahren im Durchschnitt nur rund 16.000 Wohnungen hessenweit fertiggestellt.

Während im südhessischen Ballungsraum in den kommenden Jahren Wohnungsknappheit ein besonderes Problem darstellen wird, ist vor allem auch in längerfristiger Perspektive in eher ländlichen Regionen Nord- und Mittelhessens mit einem Überangebot an Wohnraum und wachsenden Leerständen zu rechnen. Bereits gegenwärtig liegt die Leerstandsquote an allen Wohnungen z. B. im Werra-Meißner-Kreis bei knapp 7 %, während sie etwa in den Städten Darmstadt und Frankfurt am Main, nahezu bei null liegt. Im Landkreis Kassel beträgt die Leerstandsquote zwischen 4 und 5 %.

Dem report altersdaten, Heft 1/2017 vom Deutschen Institut für Altersfragen (DZA) dient als Hauptdatenquelle für seine Ausführungen der Deutsche Alterssurvey (DEAS) 2014, für den über 6.000 Personen im Alter von 40 bis 85 Jahren befragt wurden. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Bevölkerung in Privathaushalten dieser Altersgruppe. Die dort erhobenen Ergebnisse zu Wohnbedingungen, Wohnumfeld und Nachbarschaftsbeziehungen wurden für den Report erweitert und mit neuen Indikatoren ergänzt.

Das DZA kommt zu folgenden Ergebnissen:

- **Anteil der Einpersonenhaushalte bei den ab 70-Jährigen ist rückläufig**

Von den 70- bis 84-Jährigen in Privathaushalten lebte im Jahr 2015 ein Drittel (33,2 %) allein im Haushalt und fast zwei Drittel (61,4 %) zu zweit. Bei den Hochaltrigen (85 Jahre und älter) in Privathaushalten lebte die Mehrheit (59,9 %) allein, ein Drittel (33,7 %) aber auch zu zweit im Haushalt. Die Entwicklung seit 1991 zeigt einen deutlichen Trend: Noch 1991 lebte knapp die Hälfte (48,2 %) der ab 70-Jährigen in einem Einpersonenhaushalt. Im Jahr 2015 ist dieser Anteil auf 37 % gesunken.



- **Ältere ab 70 Jahren sind mit Einkaufsmöglichkeiten zufriedener als Jüngere**

Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2014 zeigen, dass von allen 40- bis 85-Jährigen 42,4 % der Aussage „Es sind genug Einkaufsmöglichkeiten vorhanden“ uneingeschränkt zustimmen. Die Ältesten (70 bis 85 Jahre) sehen die Einkaufsmöglichkeiten zu 49,0 % als ausreichend an, bei jüngeren Altersgruppen (40 bis 54 sowie 55 bis 69 Jahre) ist der Anteil geringer. In ihrer Mobilität stark Eingeschränkte sehen die Einkaufsmöglichkeiten kritischer. Nur 34,7 % von ihnen finden die Einkaufsmöglichkeiten in ihrer Nachbarschaft ausreichend. Mehr als die Hälfte der in den Stadtstaaten wohnenden Menschen im Alter von 40 bis 85 Jahren bewerten die Einkaufsmöglichkeiten als ausreichend; in den Flächenländern sind es nur etwas mehr als 40 %.

- **Nur 6 Prozent sehen einen Mangel in der Versorgung mit Ärzt(inn)en und Apotheken im Wohnumfeld**

6 % der 40- bis 85-Jährigen im DEAS 2014 stimmen der Aussage voll zu, dass es in der Wohngegend an Ärzt(inn)en und Apotheken mangelt. Wer sich schlecht fortbewegen kann, bewertet die medizinische Versorgung im Wohnumfeld allerdings häufiger als ungenügend: Stark Mobilitätsbeeinträchtigte meinen zu 14,6 %, dass Ärzt(inn)e/n und Apotheken in der Wohngegend fehlen, bei Nichtbeeinträchtigten sind dies nur 5,9 %. Bewohner/innen von Stadtstaaten berichten häufiger ausreichend Ärzt(inn)e/n und Apotheken im Umfeld.

- **Ein Drittel sieht die eigene Wohngegend als gut an den Nahverkehr angeschlossen**

Auch hier sind die Ältesten am zufriedensten: Bei den 70- bis 85-Jährigen berichten 42,7 % einen guten Anschluss an den Nahverkehr, bei den jüngeren Befragten sind dies nur 31,1 beziehungsweise 32,0 %. Die in den Stadtstaaten lebenden 40- bis 85-Jährigen berichten zu 58,2 %, dass ihre Wohngegend gut an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen ist. Dieser Anteil ist fast doppelt so hoch wie in den Flächenländern mit 32,9 beziehungsweise 33,1 %.

- **Seniorenspezifische Dienstleistungen werden unterschiedlich gut angenommen**

Begegnungsstätten und Mehrgenerationenhäuser sind die am besten bekannten und am häufigsten genutzten seniorenspezifischen Angebote am Wohnort. 71,8 % der 40- bis 85-Jährigen kennen Begegnungsstätten für Senior(inn)en sowie Mehrgenerationenhäuser, 9,0 % davon nutzen sie auch. Etwa 80 % aller Personen in der zweiten Lebenshälfte kennen mindestens ein seniorenspezifisches Angebot an ihrem Wohnort.

- **Enge Kontakte zu den Nachbar(inne)n vor allem bei den 70- bis 85-Jährigen**

Fast die Hälfte (45,6 %) aller 40- bis 85-Jährigen hat sehr enge beziehungsweise enge Kontakte in der Nachbarschaft, fast jeder Sechste (15,7 %) gibt kaum oder keine Kontakte zu den Nachbar(inne)n an. Mit 51,6 % sind es häufiger die 70- bis 85-Jährigen, die enge Kontakte berichten. In einem städtischen Umfeld sind enge nachbarschaftliche Kontakte mit 39,2 % etwas weniger häufig anzutreffen als in den Flächenstaaten.

- **Jede/r Neunte hat keine oder nur eine Person in der Nachbarschaft, die er/sie um einen Gefallen bitten könnte**

Die überwiegende Mehrheit der 40- bis 85-Jährigen kann auf mehrere Nachbar(inne)n zurückgreifen, wenn es um kleine Hilfeleistungen und Gefälligkeiten geht: Im DEAS 2014 gaben 88,9 % der Befragten an, zwei oder mehr Nachbar(inne)n um eine Gefälligkeit bitten zu können. 11,1 % kennen dagegen keine oder nur eine derartige Person in der Nachbarschaft. Menschen, deren Mobilität wenig oder stark eingeschränkt ist, gaben doppelt so häufig wie die nicht Mobilitätseingeschränkten an, niemanden oder höchstens eine Person in der Nachbarschaft um einen Gefallen bitten zu können.



### **Barrierefreies/ altengerechtes Wohnen**

Wie oben dargelegt, möchten und können die meisten Menschen auch nach Eintritt einer Pflegebedürftigkeit in ihrer gewohnten Umgebung leben. Zu wenige Wohnungen und Häuser sind jedoch den Umständen der Pflegebedürftigen angepasst. Der Barmer Pflegereport 2015 zitiert eine aktuelle Studie zu diesem Thema nach der nur 5,2 % aller Seniorenhaushalte (Alter über 65 Jahre) weitgehend barrierefrei sind. Lebt eine pflegebedürftige Person im Haushalt, erhöht sich dieser Anteil auf 7,7 %. Dabei ist allerdings eine strenge Definition von Barrierefreiheit unterstellt.

Im sozio-ökonomischen Panel wird dagegen die subjektiv empfundene Barrierefreiheit abgefragt. Unabhängig vom Alter und einer etwaigen Pflegebedürftigkeit der Bewohner/innen sind nach Auswertungen des SOEP 19,6 % aller Wohnungen in Deutschland barrierefrei, also annähernd viermal so viele wie nach der genannten KDA-Untersuchung. Dieser Wert ist aber insofern irreführend als Wohnraum für jüngere Personen nicht altengerecht sein muss. Werden die Haushalte betrachtet, in denen mindestens eine pflegebedürftige Person lebt, so sind es nach Angaben des SOEP – unabhängig vom Alter der Pflegebedürftigen – noch 50 % der Wohnungen, die nicht barrierefrei sind. Dieser Anteil verringert sich auf 43 % der Wohnungen, sofern die pflegebedürftige Person durch einen Pflegedienst (mit-)betreut wird.

Pflegebedürftige, die formell ambulant gepflegt werden, nehmen tendenziell seltener wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Anspruch als Pflegebedürftige, die informell gepflegt werden. Dies ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass ein Ausbau altengerechter Wohnungen durch eine damit verbundene Reduktion der Inanspruchnahme von Pflegediensten ein Element in einer Strategie sein kann, dem Personalmangel in der Pflege entgegenzutreten. Insbesondere vor dem Hintergrund der in Zukunft zunehmenden Zahl Pflegebedürftiger zeigt sich hier erheblicher Bedarf. Dies gilt umso mehr, da die Pflegebedürftigen, in denen die nicht altengerechte Wohnung einen Heimeintritt befördert hat, hiermit nicht erfasst sind. Zudem scheint die Inanspruchnahme von Pflegediensten kompensatorisch für nicht altengerechte Wohnungen zu wirken, da der Anteil der altengerechten Wohnungen unter den Sachleistungsempfängern niedriger ist als unter den Geldleistungsempfängern. Dies könnte darauf hindeuten, dass eine unzureichende Wohnungsausstattung zur Einschaltung formeller Pflege führen könnte.

Eine prägende Säule der Kranken- und Pflegeversicherung ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Die Pflegeversicherung hat also den gesetzlichen Auftrag, mit den jeweiligen Leistungen die häusliche Pflege zu ermöglichen bzw. erheblich zu erleichtern. Nach § 40 SGB XI gewährt die Pflegeversicherung deshalb einen Zuschuss von bis zu 4.000 Euro, sofern durch die damit finanzierte Anpassung des Wohnumfeldes die Pflege in der Häuslichkeit ermöglicht oder aber erheblich erleichtert wird. In den Jahren 2012, 2013 und 2014 nahmen diese Leistungen durchschnittlich 66.000 Pflegebedürftige in Anspruch. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen leisten also einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der häuslichen Pflege.

Bei Vorliegen der Pflegestufe II wird die Leistung häufiger als bei Vorliegen der Pflegestufe III oder I genutzt. In Pflegestufe I ist der Bedarf an verrichtungsbezogener Pflege – im Vergleich zu Pflegestufe II – möglicherweise noch nicht so hoch, dass eine Wohnumfeldverbesserung in Betracht gezogen werden muss, während die Mobilität in Pflegestufe III insoweit eingeschränkt sein kann, als dass wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nur in geringerem Umfang zur Verbesserung der Wohnsituation beitragen. Evtl. haben Pflegebedürftige in Stufe III diese Leistungen auch schon zu einem früheren Zeitpunkt – als sie noch eine niedrigere Pflegestufe hatten – erhalten. Hinsichtlich des Pflegearrangements wurde festgestellt, dass wohnumfeldverbessernde Leistungen tendenziell häufiger genutzt werden, wenn ausschließlich informell gepflegt wird. In einigen Fällen kann also davon ausgegangen werden, dass entweder ein Pflegedienst hinzugezogen wird oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen durchgeführt werden.



Angesichts der wenigen Studien, die bislang zu dem Thema „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ vorlagen, wurde eine Versichertenbefragung von Inanspruchnehmenden und Nicht-Inanspruchnehmenden wohnumfeldverbessernder Maßnahmen durchgeführt, die neue Erkenntnisse lieferte: Die sechs am häufigsten genutzten Leistungen waren in der Reihenfolge: Dusche, Treppenlift, Handlauf, WC, Haltegriff, Rampe. Alle Leistungen wurden fast durchgängig als sehr hilfreich bewertet. Die Leistungsausweitung des Zuschusses zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erweist sich als sinnvoll, da die alten Leistungshöhen zum Teil deutlich unterhalb der Kosten der Maßnahme lagen. Nach der Erhöhung der Zuschüsse sind diese beim Einbau/Umbau von Handläufen, Haltegriffen und WC regelmäßig ausreichend, um die Umbaukosten zu finanzieren. Nach neuem Recht ist der Einbau/ Umbau einer Dusche für rund 40 % der Nutzer/innen der Leistungen mit einer Eigenbeteiligung verbunden. Beim Einbau eines Treppenliftes zahlen sogar mehr als 90 % derer, die diese Maßnahme ergreifen, dazu. Anhand der berichteten Eigenleistungen ist also schon jetzt erkennbar, dass auch der erhöhte Zuschuss für den Treppenlift nicht ausreichen wird.

Hinsichtlich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen bestehen zudem erhebliche Informationsdefizite, die zu einer Unter-Inanspruchnahme führen. Nur etwa die Hälfte aller Inanspruchnehmenden bekam den Rat, einen Antrag für diese Leistungen zu stellen von offizieller Seite, also von der Pflegekasse, dem MDK, dem Pflegestützpunkt oder dem Pflegedienst. Die andere Hälfte hat über die Medien, durch informierte Angehörige oder Dienstleister/innen wie z. B. Sanitätshäuser vom Leistungsanspruch erfahren. Diese Tatsache wird durch die Ergebnisse bei den Nicht-Inanspruchnehmenden wohnumfeldverbessernder Maßnahmen noch verstärkt: Ein Drittel dieser Befragten gab an, nicht zu wissen, dass die Pflegeversicherung Zuschüsse für Umbaumaßnahmen bezahlt und hat Wohnraumanpassungen zum Teil privat finanziert – obwohl sie durch ihre Beitragszahlung Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung erworben haben.

Es erscheint verwunderlich, dass dieses Informationsdefizit trotz der bereits bestehenden Möglichkeiten zur Information und Antragstellung durch die Pflegekassen (§ 7 SGB XI), Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI), Beratungen (§ 37 Abs. 3 SGB XI, § 7a SGB XI) und im Rahmen der Begutachtung durch den MDK existiert. Weitere Anstrengungen sind erforderlich, die notwendigen Informationen nicht nur in Form von Broschüren und anderem Material zur Verfügung zu stellen, sondern proaktiv zu vermitteln. Bei der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a SGB XI sollten wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in diesem Sinne ebenso regelmäßig beraten und geplant werden, wie bei den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI.

Wenn auch nur für die älteren Menschen mit Bewegungseinschränkungen aktuell entsprechende Wohnangebote zur Verfügung gestellt werden sollten, müsste das vorliegende Angebot von etwa 0,5 Mio. auf etwa 2,5 Mio. barrierefreie/-arme Wohneinheiten – also um das Vier- bis Fünffache – ausgeweitet werden (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, 2010). Damit werden die zukünftigen Bedarfe an barrierefreien/-armen Wohnangeboten jedoch bei weitem nicht gedeckt sein. Eine erhebliche Ausweitung des barrierefreien/-armen Wohnungsangebotes ist für die Zukunft gefordert – durch barrierefreien Wohnungsneubau, aber vor allem durch barrierearme Wohnanpassung.



### Betreutes Wohnen

Vor dem Hintergrund des mit dem demografischen Wandel verbundenen deutlichen Anstiegs der Anzahl von Pflegebedürftigen nimmt auch die Nachfrage nach ambulanten Wohnformen signifikant zu. Umfrageergebnisse machen an dieser Stelle deutlich, dass die ältere Bevölkerung ab 50 Jahren in Zukunft mehrheitlich in der eigenen Häuslichkeit verbleiben möchte (76 %). Ist allerdings ein Umzug erforderlich, so wird ein Wechsel in eine ambulante Wohnform wie das Mehrgenerationenwohnen (32 %) oder das Betreute Wohnen (22 %) deutlich gegenüber dem Umzug ins Pflegeheim (15 %) präferiert. Weiterhin machen die Umfrageergebnisse deutlich, dass die jüngeren Befragten (50 bis 70 Jahre) noch stärkere Vorlieben für die ambulanten Wohnformen aufweisen. Unter Berücksichtigung dieser Tatbestände ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach ambulanten Wohnformen absolut sowie relativ in Zukunft deutlich an Bedeutung gewinnen wird.

Basierend auf dem zu erwartenden Anstieg der Nachfrage von professionellen Pflegeleistungen sowie dem zeitgleichen Rückgang an potenziellem Pflegepersonal wird in verschiedenen Untersuchungen eine erhebliche Personallücke in den kommenden Jahren prognostiziert. In einer aktuellen Prognos-Studie im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung wird die Personallücke bis zum Jahr 2030 auf bis 517.000 Vollzeitäquivalente beziffert. Zugleich wird aber deutlich, dass sich die Personallücke um bis zu 46 % reduzieren lässt, sofern es gelingt, ambulante niedrigschwellige Versorgungssettings für Personen mit geringem Pflegebedarf zu etablieren.

Da in Deutschland keine Meldepflicht für Betreutes Wohnen besteht, sind bundesweit nur Schätzungen und Hochrechnungen für den tatsächlichen Bestand an Betreuten Wohneinheiten verfügbar, die auf unterschiedlichen Versorgungsquoten basieren. Aus der Variation dieser Versorgungsquoten und unterschiedlichen Bedarfschätzungen lässt sich ein möglicher bundesweiter Bedarf ermitteln (s. Abb. 3-

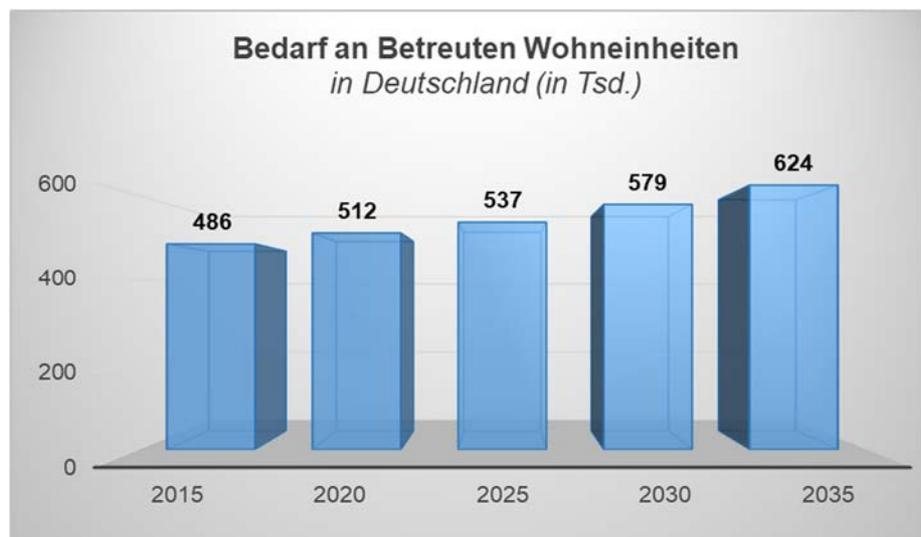


Abb. 3-5: Bedarf an Betreuten Wohneinheiten in Deutschland (in Tsd.)  
Quelle: prognos/BFS

5). Der Anstieg des Bedarfs um etwa 138.000 betreute Wohneinheiten (29 %) bis zum Jahr 2035 erscheint plausibel, da die Bevölkerung über 75 Jahren im selben Zeitraum um etwa 28 % zunimmt. Diese Personengruppe stellt dabei insofern eine wichtige Referenzgruppe dar, als dass sich aus dieser Altersgruppe etwa 73 % der Bewohnerschaft im Betreuten Wohnen ableiten lässt.

Im Landkreis Kassel sind 13 Angebote „Betreutes Wohnen“ mit ca. 286 Wohneinheiten bekannt. Hinzu kommen weitere 73 Wohnungen für integratives Wohnen von behinderten Menschen und Senior(inn)en. In der Altersgruppe der Über-75-Jährigen (Altersgruppe der überwiegenden Nutzer/innen) leben 29.177 Menschen. Somit gäbe es zurzeit 81 Interessent(inn)en pro Wohneinheit. Diese hohe Zahl wird von Anbieter(inne)n bestätigt, indem sie berichten, dass die Wohnungen schon vor Fertigstellung verkauft bzw. vermietet sind.



## Fazit

Für die in Kap. 3.1.4 beschriebenen Wohnangebote im Landkreis Kassel existiert schon jetzt eine hohe Nachfrage, die zukünftig noch massiv ansteigen wird (im Landkreis Kassel wird von einer Quote von 1-4 % altengerecht ausgestatteter Wohnungen ausgegangen). Die angemessene Wohnraumversorgung von alten Menschen und Menschen mit Behinderungen gehört somit zu den vordringlichen Aufgaben.

Die Notwendigkeit von Umbau- und Anpassungsmaßnahmen wird vielerorts noch nicht erkannt. Hier muss eine stärkere Sensibilisierung erfolgen – nicht nur von Wohnungsbaugesellschaften und -genossenschaften, sondern auch von privaten Eigentümer(inne)n und Investor(inn)en. Vor allem Architekt(inn)en sollten bei der Planung von Eigenheimen und größeren Mieteinheiten diese Thematik berücksichtigen. Denn nur mit barrierefrei erstellten Neubauten wird der zukünftige Bedarf gedeckt werden können.

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

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

### 3.2.5 Teilstationäre Versorgung

#### 3.2.5.1 Tagespflege

Im Jahr 2015 lebten im Landkreis Kassel 57.173 Menschen über 64 Jahre. Für diese müssten 172 Tagespflegeplätze zur Verfügung stehen (0,3 % für alle Über-64-Jährigen). Angeboten werden mit Stand September 2017 bereits jetzt schon 382 Plätze. Die Bertelsmann-Stiftung (2014) sagt für das Jahr 2025 eine Einwohnerzahl von 66.500 Über-64-Jährigen voraus. Für sie müssten laut des Bedarfswertes 200 Tagespflegeplätze vorhanden sein. Die bestehenden Platzzahlen decken damit heute schon den zu erwartenden Bedarf großzügig ab. Parallel dazu zeichnet sich jedoch eine Auslastung der bestehenden Einrichtungen ab. Der rapide Anstieg (von 10 Einrichtungen im Jahr 2003 auf 29 im Jahr 2017) bei den Neueröffnungen von Tagespflegeeinrichtungen liegt sicherlich auch in den Änderungen des Pflegeversicherungsgesetzes begründet. Im Gegensatz zu der Entwicklung im stationären Bereich wird die Überversorgung im tagespflegerischen Bereich bei gleichzeitiger Auslastung positiv gesehen, da der Maßgabe „ambulant vor stationär“ entsprochen wird.

#### 3.2.5.2 Kurzzeitpflege

Im Bereich der Kurzzeitpflege hat in den letzten beiden Jahren ein Wechsel von einer Unterversorgung zu einer Überversorgung stattgefunden. Für die im Jahr 2017 im Landkreis Kassel lebenden 57.173 Menschen über 64 Jahre stehen mit Stand September 2017 237 Plätze zur Verfügung. Rein rechnerisch müssten 200 Plätze angeboten werden (0,35 Plätze für 100 Über- 64-Jährige). Das entspricht einem Überhang von 37 Plätzen.



Wird laut Bertelsmann-Stiftung die Zahl von 66.500 Über-64-Jährigen im Jahr 2025 zu Grunde gelegt, so ergibt sich ein Bedarf von 233 Plätzen. Dieses Erfordernis wird schon heute mit dem bereits bestehenden Angebot gedeckt. Wie bei der Tagespflege wird auch für die Kurzzeitpflege eine Überversorgung positiv gesehen.

### **Solitäre Kurzzeitpflege**

Wie bereits oben erwähnt, werden die „eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze aus wirtschaftlichen Gründen von den Einrichtungsträgern häufig mit „Heimplatz-Anwärter/innen“ oder „Notfällen“ belegt und stehen somit nur bei einer langfristigen Planung für potenzielle Nutzer/innen zur Verfügung. Denn zu 100 % ausgelastete Dauerpflegen, die sporadisch Kurzzeitpflege anbieten, sind wirtschaftlich attraktiver als z.B. zu 80 % ausgelastete solitäre Kurzzeitpflegen.

Aus Sicht der pflegenden Angehörigen wäre die Schaffung von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen jedoch ein Gewinn. Dabei stellt sich für die Einrichtungen die Frage, für welche der beiden potenziellen Zielgruppen sie sich öffnen wollen. Für Gäste, die die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt benötigen oder Gäste, die Kurzzeitpflege im Sinne der Urlaubspflege besuchen. Während bei der ersten Gruppe die Clearingfunktion der Kurzzeitpflege eindeutig im Mittelpunkt steht, liegt bei der zweiten Gruppe die Akzentuierung stärker auf der Entlastungsfunktion für die pflegenden Angehörigen. Dabei ist zu beachten, dass unterschiedliche Zielgruppen konzeptionelle Differenzierungen erfordern. Neben der konzeptionellen Entwicklung darf jedoch auch die unterschiedlich aufwendige Versorgung in Abhängigkeit von den spezifischen Problemlagen nicht übersehen werden. Geistig rüstige Urlaubsgäste der unteren Pflegegrade sind einfacher zu versorgen als z.B. gerontopsychiatrisch erkrankte Gäste, die die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt aufsuchen. Es besteht die Gefahr, dass sich – korrespondierend zur Ausdifferenzierung des Nachfragemarktes – ein Attraktivitätsprofil der Kurzzeitpflegegäste herauskristallisiert und dass sich das Attraktivitätsprofil zunehmend verfestigen wird, wenn Kurzzeitpflegeplätze überwiegend in Abhängigkeit von zufällig freien Kapazitäten nur einer kleinen Zahl von Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen.

Die solitäre Kurzzeitpflege ist dennoch ein wichtiger Bestandteil einer integrierten Versorgungskette. Die ganzjährige verlässliche Bereitstellung dieses Angebotes inklusive der Übernahme der Clearingfunktion ist unabdingbar, wenn insbesondere Gästen, die die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt benötigen, eine Unterstützungsleistung angeboten werden soll, um Heimunterbringung zu vermeiden.

### **3.2.6 Stationäre Versorgung**

Die Zahl der Pflegeheime ist in der Zeit von 1999 bis 2015 bundesweit um 53 % gestiegen. Dabei lag die durchschnittliche Platzzahl je Einrichtung bei 63 (Landkreis Kassel: 71). Die Mehrzahl, nämlich 53 % der Heime, befand sich im Jahr 2015 in freigemeinnütziger Trägerschaft (plus 44% zu 1999). Der Anteil der Heime in privater Trägerschaft belief sich auf 42 % (plus 83%) und weitere etwa fünf % aller Heime befanden sich in öffentlicher Trägerschaft (minus 14%).

Betrachtet man die Entwicklung des Heimpersonals, zeigt sich ein Anstieg der Beschäftigtenzahl von 440.900 im Jahr 1999 um 66 % auf 730.100 im Jahr 2015. Dieses Wachstum beruht ausschließlich auf dem Anstieg der in Teilzeit oder geringfügig Beschäftigten und den sonstigen Beschäftigten. Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten bleibt dagegen mit Schwankungen zwischen 203.000 und 219.000 weitgehend konstant. Relativ betrachtet hat sich dadurch der Anteil der Vollzeitbeschäftigten von 48 % im Jahr 1999 kontinuierlich auf rund 29 % im Jahr 2015 reduziert.



Der überwiegende Tätigkeitsbereich des Heimpersonals (rund 64 %) lag im Jahr 2015 auf Pflege und Betreuung der Bewohner/innen. Die soziale Betreuung der Bewohner/innen nimmt darüber hinaus 4 % der zeitlichen Ressourcen in Anspruch, allerdings mit leicht steigender Tendenz. Ab dem Jahr 2009 wurden die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87 b SGB XI aufgenommen, nach denen Pflegeheimen, zweckgebunden für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, Vergütungszuschläge zustehen, wenn entsprechendes Personal eingestellt wird. Der Anteil der hierfür zusätzlich eingestellten Betreuungskräfte an allen Beschäftigten stieg von etwa 3 % im Jahr 2009 drastisch auf rund 7 % im Jahr 2015. Die Bettenzahl erhöhte sich zwischen den Jahren 1999 und 2015 um rund 44 % deutlich.

Durchschnittlich gab es im Landkreis Kassel 30,1 Pflegeplätze pro 100 Pflegebedürftigen (s. Tabelle 3-22).

	Pflegeplätze pro 100 Pflegebedürftige
<b>Brandenburg</b>	26,9
<b>Hessen</b>	29,1
<b>Schleswig-Holstein</b>	49,2
<b>BRD</b>	34,4

Tabelle 3-22: Pflegeplätze pro Pflegebedürftige  
Quelle: Barmer GEK

Die überwiegende Mehrheit der Heimplätze (jedoch von 96 auf 93 % abnehmend) steht für die vollstationäre Dauerpflege zur Verfügung. Auf die vollstationäre Kurzzeitpflege und auf die Tagespflege entfallen bis zum Jahr 2009 lediglich 10.000 beziehungsweise 26.000 Heimplätze und auf die Nachtpflege nur wenige 100. Im Jahr 2011 hat sich dagegen die Zahl der Tagespflegeplätze drastisch auf 33.000 erhöht, und im Jahr 2015 beläuft sich die Platzzahl in der Tagespflege auf 51.400. Vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 hat die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze um 39 % zugenommen, die Zahl der Tagespflegeplätze sogar um 285 %. Der augenfällige Bedarf an Tagespflegeplätzen zeigt sich zusätzlich an der hohen Auslastung der Tagespflegeplätze, der ungebrochen ansteigt (s. Tabelle 3-23).

	2005	2007	2009	2011	2013	2015
<b>Vollstationäre Dauerpflege</b>	88,7 %	87,6 %	86,6 %	87,1 %	89,0 %	89,3 %
<b>Tagespflege<sup>4</sup></b>	100,0 %	107,3 %	120,8 %	130,5 %	131,2 %	143,6 %
<b>Nachtpflege</b>	5,5 %	7,6 %	5,7 %	4,3 %	7,6 %	10,1 %

Tabelle 3-23: Auslastung der Pflegeplätze  
Quelle: Barmer GEK

Das Platzangebot war im Bereich der stationären Dauerpflege zu 89,3 % ausgelastet. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass in der Pflegestatistik die Pflegebedürftigen mit der sog. Pflegestufe „0“ nicht erhoben werden. Der Wert der tatsächlichen Auslastungsquote fällt daher etwas höher aus. Im Zeitverlauf bewegt sich die Auslastung zwischen 86,6 % (2009) und 89,8 % (2001), also auf ähnlichem Niveau, wobei die Auslastung in den Jahren 2007 bis 2011 insgesamt leicht zurückgegangen ist.

In der aktuellen pflegepolitischen Diskussion wird häufig die These vertreten, dass sich die Bewohnerstruktur von Pflegeheimen stark wandle, und Pflegeheime auf dem Weg seien, zu „Institutionen des Sterbens“

<sup>4</sup> Wenn die Pflegebedürftigen nur an einigen Tagen der Woche versorgt werden, kann die ausgewiesene Auslastung über 100 % liegen



zu werden. Dies würde einen grundlegenden Wandel der stationären Langzeitpflege implizieren (GEK Pflegebericht 2016).

Differenziert nach Pflegearrangements begannen 41 % der Pflegeverläufe mit ausschließlichem Bezug von Pflegegeld. Bei 45 % der Pflegeverläufe wurden im ersten Monat schon ambulante Dienste mit in Anspruch genommen (inklusive Kurzzeitpflege), 11 % der Fälle bezogen von Anfang an Leistungen bei vollstationärer Dauerpflege. Im Jahr 2011 gab es zudem noch 2 % der Leistungsberechtigten, die keinem Pflegearrangement zugeordnet werden können. Dies hängt eng mit dem Anteil in Pflegestufe "0" zusammen, mit der im Jahr 2011 noch keine Ansprüche an die Hauptleistungsarten verknüpft waren.

Gerade in den ersten Monaten versterben sehr viele der Leistungsberechtigten. So sind nach dem dritten Monat schon 19 % und nach sechs Monaten schon 27 % der Leistungsberechtigten des Jahres 2011 verstorben. Nach zwei Jahren sind es knapp die Hälfte (47 %) und nach vier Jahren fast zwei Drittel (62 %). Insgesamt geht der Anteil der Pflegegeldbezieher/innen deutlicher zurück als die Anteile in formell-ambulanter oder vollstationärer Pflege. Dies hängt im Wesentlichen mit einer tendenziell höheren Inanspruchnahme professioneller Pflege im Pflegeverlauf zusammen. Dieses Bild und auch der Weg hin zur immer höheren Pflegestufe im Erlebensfall zeigt sich komprimiert auch in nachfolgender Tabelle, in der die Verteilungen der Überlebenden nach sechs Monaten und nach vier Jahren dargestellt sind (s. Tabelle 3-24).

		Zu Beginn	Nach 6 Monaten	Nach 4 Jahren
<b>Überlebende</b>		100	73	38
<b>Davon:</b>				
<b>Pflegestufe</b>	Keine Pflegestufe	0	3	5
	Pflegestufe „0“	2	3	3
	Pflegestufe 1	72	75	50
	Pflegestufe 2	21	16	32
	Pflegestufe 3	5	3	11
	<b>Summe</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Pflegearrangement</b>	Keine Pflegeleistung	2	5	5
	Informelle Pflege	41	42	32
	Formell-ambulante Pflege	46	33	34
	Vollstationäre Pflege	11	19	29
	<b>Summe</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tabelle 3-24: Verlauf der Leistungsberechtigung  
Quelle: Barmer GEK

An dieser Stelle wird auf die Betrachtung der Entwicklung der Heimkosten und des Eigenanteils (wie im Sozialatlas 2015 geschehen) verzichtet. Stattdessen erfolgt eine ausführliche Erläuterung des seit 2017 eingeführten einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE).

### Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE)

Im bisherigen System des vollstationären Heimentgelts stiegen mit einer höheren Pflegestufe auch die Heimkosten im Bereich Pflege an. Dabei stieg meist der Eigenanteil an den Kosten sogar stärker als die Leistung der Pflegekassen, so dass Bewohner/innen mit einer höheren Pflegestufe finanziell schlechter



gestellt waren. Dieses System gehört seit dem 01.01.2017 der Vergangenheit an. Der sog. „einrichtungseinheitliche Eigenanteil“ besagt, dass jede/r Bewohner/in in einer bestimmten Einrichtung, gleich welchen Pflegegerades, den gleichen Betrag für die Pflege zahlen muss. Vereinfacht gesagt wird nach folgendem Verfahren umgestellt: Alle Pflegesätze aller Bewohner/innen werden an alle Bewohner/innen gleich verteilt. Folgende Beispielrechnung einer Einrichtung mit drei Bewohner(inne)n soll dies veranschaulichen (s. Tabelle 3-25):

Bewohner/in	Pflegegrad	Pflegekosten	Leistung Pflegekasse	Pflegekostenanteil
A	2	1 520 €	770 €	750 €
B	4	2 275 €	1 775 €	500 €
C	5	2 405 €	2 005 €	400 €
<b>Summe</b>				<b>1.650 €</b>

Tabelle 3-25: Beispielrechnung Pflegekosten  
Quelle: Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

Diese Summe (1.650 €) wird nun durch die Gesamt-Anzahl der Bewohner/innen geteilt. Dadurch ergibt sich ein EEE von 550,00 € für jede/n Bewohner/in.

Vergleicht man die Kosten, die der/die einzelne Bewohner/in vor und nach der Reform zu zahlen hat, ergeben sich unterschiedliche Auswirkungen dieser Durchschnittsberechnung: Während der Eigenanteil für die Bewohner/innen in den früheren Pflegestufen 2 und 3 durch die gleichmäßige Verteilung auf alle Bewohner/innen der Grade 2 bis 5 sinkt, erhöht sich der Eigenanteil für Bewohner/innen, die sich vor der Reform in Pflegestufe 1 befanden.

Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber, um niemanden nach der Reform schlechter zu stellen als vorher, den Bestandsschutz im PSG II verankert. Das bedeutet, dass ein Vergleich zwischen dem pflegebedingten Eigenanteil am 31.12.2016 und dem Eigenanteil am 01.01.2017 vorgenommen wird. Liegt der Eigenanteil ab 2017 höher als der bisherige, so wird der Differenzbetrag von der Pflegekasse übernommen. Wie wird sich diese Reform langfristig auswirken? Bisher war es so, dass Einrichtungen höhere Kosten abrechnen dürfen, je höher die Pflegestufe war. Dies vor dem Hintergrund, dass mit dem Anstieg des Pflegebedarfs eines/r Bewohner(s)/in auch der Personaleinsatz der Einrichtung steigt, um die hilfebedürftige Person zu versorgen. Erfolgt eine Höherstufung durch den Medizinischen Dienst, steigen damit sowohl der Betrag von der Kasse als auch der Eigenanteil des/r Betroffenen oder seines/ihrer Angehörigen. Damit wurde ein Anreiz für die Pflegeeinrichtungen gesetzt, möglichst viele Bewohner/innen höherer Pflegestufen zu versorgen. Häufig gab es Konflikte, wenn in einem Grenzfall eine Einrichtung auf Höherstufung drängte. Den Betroffenen und Angehörigen war aber umgekehrt daran gelegen, in der niedrigeren Pflegestufe zu bleiben, weil mit einer höheren Stufe auch ein höherer Eigenanteil verbunden war.

Auch wenn so das Konfliktpotential zwischen zuzahlendem/r Betroffenen und auf möglichst hohe Pflegesätze angewiesenem/r Betreiber/in entschärft ist, wurde damit der Anreiz, viele Bewohner/innen mit hohen Graden an Pflegebedürftigkeit zu versorgen, noch einmal erhöht: Die Beträge für niedrige und hohe Grade liegen weiter auseinander als nach dem alten System. Um als Pflegeeinrichtung wirtschaftlich zu arbeiten, wird es zukünftig wohl noch mehr auf den „richtigen Bewohnermix“ ankommen.

Der einheitliche Eigenanteil wird auf der Betroffeneneseite dazu führen, dass nach der Übergangsphase (Bestandsschutz), die Entscheidung, in eine Einrichtung zu gehen, tendenziell erst bei höherem Grad an Pflegebedürftigkeit getroffen werden wird.



Für die Heimbewohner/innen von besonderer Bedeutung ist der von ihnen insgesamt zu zahlende Betrag, der sich als Summe aus einrichtungseinheitlichem Eigenanteil, Entgelten für die Unterkunft und Verpflegung sowie den gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten ergibt. Dieser Gesamteigenanteil liegt auf Bundesebene im Durchschnitt bei monatlich 1.691 Euro. Dabei ist die Streuung beachtlich. Für ein Viertel der Einrichtungen liegt der Gesamteigenanteil unter 1.286 Euro, bei einem anderen Viertel dagegen bei über 2.053 Euro (s. Tabelle 3-26).

Bundesland	EEE	U&V	IK	EEE+U&V	EEE+U&V+IK
Nordrhein-Westfalen	766	967	520	1.733	2.252
Saarland	869	819	506	1.688	2.194
Hessen	592	624	467	1.217	1.684
Niedersachsen	352	561	408	913	1.321
Sachsen-Anhalt	303	531	273	834	1.107

Tabelle 3-26: Gesamteigenanteil an Pflegekosten  
Quelle: Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

Betrachtet man die Entlastung der Heimbewohner/innen und hier speziell die Veränderung der durchschnittlichen monatlichen Eigenanteile, zeigt sich bei einer Differenzierung nach Bundesländern, dass es nur in neun Bundesländern zu einer Entlastung, in sieben hingegen zu einer Belastung kommt. In Hessen liegt dieser Betrag bei ca. minus 25 Euro, und damit mit Hamburg und Thüringen im Bundesdurchschnitt. Bezogen auf die Landkreise ist eine Zweiteilung Deutschlands in einen nordöstlichen und südwestlichen Teil erkennbar. Liegt der vom Pflegebedürftigen aufzubringende Gesamteigenanteil im Nordosten – mit Ausnahme der Metropole Berlin – ganz überwiegend in einem Bereich von überwiegend unter 1.300 Euro, liegen sie im Südwesten zwischen 1.500 und über 2.000 Euro. Im Landkreis Kassel liegt dieser Betrag zwischen 1.300 und 1.500 Euro (Barmer GEK Pflegereport 2017). Recherchen der Altenhilfeplanung Landkreis Kassel ergeben ein ähnliches Bild.

Unterschiede in den Pflegekosten bestehen auch zwischen den einzelnen Träger(inne)n der stationären Einrichtungen. Insbesondere liegen die Heimentgelte bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft in allen Pflegegrade erkennbar unter den Heimentgelten der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft, und diese wiederum unter den Heimentgelten der Einrichtungen der öffentlichen Träger/innen. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass auch im Landkreis Kassel Einrichtungen der freien Wohlfahrt einen höheren EEE (1.935 - 1.550 Euro) haben, als privat betriebene Häuser (1.730 - 990 Euro). Der ermittelte Durchschnittswert liegt hier bei 1.480 Euro.

Die Trägerschaft der Pflegeeinrichtung steht dabei auch in engem Zusammenhang mit einer unterschiedlichen Personalstruktur und begründet u.a. dadurch auch unterschiedliche Pflegekosten „So ist z.B. bekannt, dass insbesondere in öffentlichen Einrichtungen Tarifverträge Anwendung finden, während der Abschluss derartiger Verträge in privaten Einrichtungen eher unüblich ist. Weiterhin wird in privaten Heimen weniger und jüngeres Personal beschäftigt. Aus diesem Grunde kann angenommen werden, dass die Heimentgelte in privaten Pflegeheimen deutlich unter den Entgelten von Heimen mit einer anderen Trägerschaft liegen“ (Barmer GEK, 2017).

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz führt im stationären Bereich zu Mehrausgaben der Sozialen Pflegeversicherung, die allein für die Bestandsfälle auf 1,35 Milliarden Euro beziffert wurden. Zusätzlich entstehen Kosten für den Besitzstandsschutz gemäß § 141 SGB XI – allein in Hessen von 45,249 Mio. Euro. Zusam-



menfassend kann festgehalten werden, dass die Neuregelungen des PSG II zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung führen, die sich als Mehreinnahmen der Heimbetreiber/innen und Minderausgaben der Heimbewohner/innen niederschlagen.

Wie im Sozialatlas 2015 angekündigt, sollte es im Rahmen der Einführung des PSG II eine Neuordnung für die schon seit längerem in der Kritik stehenden **Pflegenoten** geben.

Seit dem Jahr 2009 wird die Qualität von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Form von Noten zwischen „sehr gut“ und „mangelhaft“ bewertet. Die Grundlage für diese Bewertung bildet die jährliche MDK-Qualitätsprüfung eines ambulanten Pflegedienstes oder Pflegeheimes. Auf dieser Basis erstellen die Pflegekassen für jede Pflegeeinrichtung einen Transparenzbericht und veröffentlichen diesen im Internet. Der Bericht enthält eine Gesamtnote der Einrichtung, Noten für verschiedene Pflegebereiche und die Ergebnisse einzelner Prüfkriterien. Welche Kriterien in den Transparenzbericht einfließen und veröffentlicht werden und wie die Noten berechnet werden, haben der GKV-Spitzenverband, die überörtlichen Sozialhilfeträger/innen und die kommunalen Spitzenverbände mit den Verbänden der Leistungserbringer/innen in Transparenzvereinbarungen gemeinsam festgelegt. Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) war beratend an den Verhandlungen beteiligt. Allerdings erfüllen die Transparenzberichte in ihrer bisherigen Ausgestaltung nicht die an sie gestellte Erwartung, eine klare Entscheidungshilfe für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung zu sein. Die veröffentlichten Ergebnisse zeichnen häufig ein besseres Bild von der Qualität einer Pflegeeinrichtung, als es die Prüfer/innen des MDK bei den Prüfungen vorfinden. So liegt die Gesamtnote der meisten Pflegeeinrichtungen zwischen „gut“ und „sehr gut“. Damit sind bestehende Qualitätsunterschiede zwischen den Pflegeeinrichtungen für die Verbraucher/innen nicht bzw. kaum zu erkennen.

Aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes treten am 01.01.2017 in der ambulanten und stationären Pflege aktualisierte Transparenzvereinbarungen in Kraft. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber im Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) die Weichen für eine wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen und der Qualitätsberichterstattung gestellt. Der Auftrag zur Entwicklung der Instrumente zur Qualitätsprüfung und -darstellung für die *stationäre* Pflege wurde Anfang Januar 2017 an verschiedene Institute vergeben. Bis zum Sommer 2018 sollen Prüfinstrumente und ein Vorschlag für die zukünftige Information der Verbraucher/innen über die Qualität von Pflegeeinrichtungen entwickelt werden. Die Einführung der neuen Instrumente und Verfahren ist für das Jahr 2019 vorgesehen.

Für das Jahr 2030 lässt sich an Hand der Prognosezahlen der Bertelsmann-Stiftung und unter Verwendung der beiden Berechnungsgrundlagen für die Pflegeprävalenz die rein rechnerischen Zahlen von 5.253 bzw. 8022 zu erwartenden Pflegebedürftigen ermitteln. Aus der Pflegestatistik 2015 geht, wie bereits erwähnt, hervor, dass in Hessen lediglich 23,7 % der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen betreut werden. Demnach würden 1.245 bzw. 1.901 Über-65-jährige Menschen im Jahr 2030 einen stationären Heimplatz benötigen. Bei den im September 2017 schon bestehenden 3.266 Plätzen wäre hier eine Überversorgung von 2 021 (162 %) bzw. 1 365 (71 %) zu verzeichnen. Eine weitere Möglichkeit zur Berechnung eines zukünftigen Bedarfes an stationären Plätzen bietet die Verwendung der Anhaltzahlen des Hessischen Sozialministeriums und der prognostizierten Zahlen der Bertelsmann-Stiftung für das Jahr 2030. Für die 69.610 Einwohner/innen über 65 Jahre lässt sich somit ein rechnerischer Bedarf von 1.740 stationären Heimplätzen ermitteln. Nach dieser Berechnung ergibt sich eine Überversorgung von 1.526 Plätzen bzw. 88 %. Selbst wenn zukünftig keine weiteren Einrichtungen in Betrieb gehen würden – wovon momentan



wegen der Renditeerwartungen<sup>5</sup> nicht auszugehen ist – wird dem Landkreis ein Überangebot an stationären Pflegeplätzen erhalten bleiben. Die vom Gesetzgeber erhoffte Marktregulierung greift in diesem Versorgungssegment nicht.

### 3.3 Demenz

#### 3.3.1 Prävalenzzahlen

Die Zahl der Demenzerkrankten in der Bundesrepublik wird statistisch nicht flächendeckend erfasst. Sie ist deshalb lediglich mit Hilfe von Prävalenzraten zu schätzen. Die Prävalenz bezeichnet den Bevölkerungsanteil, der zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Krankheit leidet (s. Weyerer & Bickel, 2007). Prävalenzraten basieren auf epidemiologischen Feldstudien. Den folgenden Berechnungen wurden die für die deutsche Alzheimer Gesellschaft ermittelten Prävalenzraten zu Grunde gelegt, die auf einheitlichen internationalen Diagnosekriterien beruhen. Diese Raten steigen mit zunehmendem Alter stark an. Es handelt sich um die zusammengefassten Prävalenzraten für beide Geschlechter. Hier wurden keine wesentlichen Unterschiede festgestellt. Die Rate der Männer ist bis zum Alter von 74 Jahren etwas höher als bei den Frauen, danach ist es umgekehrt. Tatsächlich sind mehr demenzerkrankte Frauen als Männer anzutreffen, was an der höheren Lebenserwartung der Frauen liegt. Die folgende Tabelle beschreibt die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken (s. Tabelle 3-27).

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

Tabelle 3-27: Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken  
Quelle: Bickel

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

Mit diesen Prävalenz- und den Prognosezahlen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und der Bertelsmann-Stiftung (s. Tabelle 3-27) lässt sich für den Landkreis Kassel folgende, rechnerisch mögliche Anzahl von Demenzerkrankten ermitteln (s. Tabelle 3-28).

Altersgruppe	2009	2015	2025
65 - 69 Jahre	192	182	227
70 - 74 Jahre	428	360	467
75 - 79 Jahre	574	845	770
80 - 84 Jahre	994	1.054	1.475
über 85 Jahre	1.655	1.969	2.042
<b>Gesamt</b>	<b>3.843</b>	<b>4.410</b>	<b>4.981</b>

Tabelle 3-28: Rechnerisch mögliche Demenzerkrankungen im Landkreis Kassel  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Bertelsmann-Stiftung / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

<sup>5</sup> Sie liegt in der stationären Pflege bei 8 %, bei Wohnungen mit Service bei 3 %. Pflegeheime bieten Einnahmesicherheit, wenn sie als förderungswürdig im Sinne des Sozialgesetzbuches anerkannt sind. Hier greifen der Staat oder die Sozialhilfeträger/innen unterstützend ein, wenn der/die Bewohner/in nicht für die Kosten aufkommen kann. Damit sind die Mieteinnahmen weitgehend gesichert.



Sind in den Jahren 2009 bis 2015 die Zahlen um 567 Erkrankte (14,8 %) gestiegen, so wird in den folgenden 10 Jahren eine vergleichsweise geringe Steigerung von 571 betroffenen Personen (12,9 %) erwartet. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Zahl der Erkrankten weitaus höher ausfallen wird, als es die Berechnung aus der Einwohnerprognose der Bertelsmann-Stiftung zulässt.

### **3.3.3 Ambulante Versorgung**

#### **3.3.3.1 Niederschwellige Betreuungsangebote**

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

#### **3.3.4 Demenz im Krankenhaus**

In der Regel sind Krankenhäuser der Akut- und Notfallversorgung nicht auf die Versorgung der wachsenden Patientengruppe von dementiell Erkrankten vorbereitet. Die Bedürfnisse der Patient(inn)en und die krankenhaustypischen Abläufe scheinen oft nicht miteinander vereinbar zu sein. Da die meisten Formen der Demenz altersabhängige Erkrankungen darstellen, ist im Zuge der demografischen Entwicklung mit einem starken Anstieg der Krankenzahlen und damit auch der Anzahl dieser Krankenhauspatient(inn)en zu rechnen.

Im Sozialatlas 2015 wurde bereits ausführlich über die mögliche Zahl von Betroffenen berichtet. Ebenso erfolgte eine Situationsbeschreibung sowohl aus der Sicht der Kliniken als auch aus des/r Betroffenen sowie eine Beschreibung möglicher Lösungsansätze.

Seit 2015 werden am Evangelischen Krankenhaus Gesundbrunnen in Hofgeismar Patient(inn)en, die neben einer körperlichen Erkrankung zusätzlich an einer Demenz leiden, in der **Memory-Station** behandelt. Die Spezialeinheit ist innerhalb der Geriatrischen Klinik räumlich abgetrennt. Neben den Patientenzimmern gibt einen Aufenthaltsraum und einen eigenen Therapieraum. Durch den wohnlichen Charakter heben sie sich von der Krankenhausumgebung ab, vermitteln Vertrauen und reduzieren Ängste. Die Wohnküche im Stil der 50er-Jahre vermittelt Geborgenheit, regt die Sinne an und schafft Orientierung. Maximal 12 Patient(inn)en können hier behandelt werden. Im Aufenthaltsraum wird der Tagesablauf gemeinsam mit den Patient(inn)en, den Pflegenden und Betreuungsassistent(inn)en gestaltet. Die medizinische Behandlung erfolgt durch Ärzt(inn)e/n, Ergo- und Physiotherapeut(inn)en und geschulten ehrenamtlichen Mitarbeiter(inne)n, die alle der Station fest zugeordnet sind. Es ist geplant, zukünftig den Angehörigen einen hohen Stellenwert einzuräumen. Zudem sollen ehrenamtliche Dienste ausgebaut und der Erfahrungsaustausch innerhalb und außerhalb der Klinik soll gefördert werden. Dabei könnte die Station ein Schulungs- und Fortbildungsort für Alten- / Krankenpflegeschüler/innen, Hospitant(inn)en und Demenzhelfer/innen werden. Auch das **Klinikum Kassel** mit den Kreiskliniken in Hofgeismar und Wolfhagen führt seit 2017 für seine Mitarbeiter/innen spezielle Schulungen zu „Demenzexperten“ durch. Langfristig sollen alle in den unterschiedlichen Berufsgruppen Tätige ausgebildet werden. Auf diesem Weg soll das Pflegepersonal für Demenzpatient(inn)en sensibilisiert werden. Parallel dazu wird ein Onlinemodul, ebenfalls berufsgruppenübergreifend, zum Thema dementiell erkrankte Menschen erarbeitet. Eine in Vorbereitung befindliche Informationsbroschüre für Angehörige rundet die Aktivitäten ab.



### **AG „Demenz und Krankenhaus“**

Zwischenzeitlich hat sich zudem die AG „Demenz und Krankenhaus“ gebildet, um die Situation zusätzlich auch für Krankenhauspersonal und Angehörige zu verbessern. Zu den Teilnehmer(inne)n gehören Vertreter/innen ambulanter, teilstationärer und stationärer Altenhilfeeinrichtungen ebenso wie mehrere Kliniken aus der Region Kassel. Außerdem sind in dieser Arbeitsgruppe die Altenhilfeplanung des Landkreises Kassel und das Altenreferat der Stadt Kassel vertreten. Zu den ersten Arbeitsschritten gehörte die Entwicklung eines **Pflegeüberleitungsbogens**, der von Pflegeeinrichtungen und Angehörigen verwendet werden sollte, um bei der Aufnahme in ein Krankenhaus wichtige Hinweise zum Umgang mit den Patient(inn)en weiterzugeben. Darin gibt es die Möglichkeit anzugeben, wie z.B. der/die Erkrankte auf Körperkontakt reagiert, wie er/sie sich in Stresssituationen verhält oder ob und wie er/sie noch selbstständig essen kann. Je besser die Klinikmitarbeiter/innen informiert sind, desto besser kann sich das Personal auf den/die Patient(en)/in einstellen.

Im November 2015 organisierte die Arbeitsgruppe eine Fachveranstaltung „Qualitätsoffensive Demenz im Krankenhaus“. Neben Beiträgen zu den Themen „Essener Standard – Desorientierte und an Demenz erkrankte Patienten in Essener Krankenhäusern“ und „Qualifizierungsmaßnahmen“ von hochrangigen Referent(inn)en wurde auch der Pflegeüberleitungsbogen vorgestellt und zur Nutzung empfohlen.

Ende 2016 wurden aus der Arbeitsgruppe heraus Fragen formuliert, die teilweise in eine „Kleine Anfrage“ der SPD-Fraktion an den Hessischen Landtag übernommen wurden (Drucksache 19/4329). Insgesamt gibt die Hessische Landesregierung leider nur vage und unkonkrete Antworten, die den Eindruck vermitteln, dass das Problem noch nicht wirklich angekommen ist. In diesem Zusammenhang wird es im Mai 2018 ein Gespräch mit den Landtagsabgeordneten Frau Dr. Sommer und Herrn Frankenberger geben. Hier soll es grundlegend um die Priorisierung seitens der Politik zur Versorgung von dementiell erkrankten Menschen im Krankenhaus gehen.

Ziel sollte es generell sein, Krankenhausaufenthalte so wenig belastend und so kurz wie möglich zu gestalten, sowie Angehörige einzubeziehen und eventuell deren Mitaufnahme zu ermöglichen. Neben der Begleitung durch die Angehörigen während des Klinikablaufs müssten auch in Krankenhäusern verstärkt Alltagsbegleiter/innen zum Einsatz kommen und deren Leistung entsprechend vergütet werden. Leider wird laut Aussage der hessischen Landesregierung keine Notwendigkeit für eine vergleichbare Regelung des § 87b SGB XI (Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen) im SGB V gesehen. Um die Situation dementiell Erkrankter in Akutkrankenhäusern zu verbessern, ist eine Anpassung der Personalstärke und des Personalmix unabdingbar.

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

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

#### **3.4.1 Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle**

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2015 (s. Tabelle 3-29). Es handelt sich hierbei ausschließlich um die Ausgaben für die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden daher hier nicht berücksichtigt.



Die öffentlichen Ausgaben können dabei den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferversorgung) entnommen werden. Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurden die Leistungsempfänger/innen (entsprechend ihrer Pflegestufe) mit dem pro Kopf zu tragenden Anteil an den Gesamtheimtgelten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert.

Von den privaten Gesamtaufwendungen für die stationäre Pflege wurden anschließend die Nettoausgaben der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen abgezogen. Die Schätzungen für die häuslichen Pflegeaufwendungen beruhen auf Angaben zu privaten Ausgaben aus Daten des SOEP (Durchschnittswerte der Jahre 2010 bis 2013). Für die privaten Ausgaben im Rahmen der häuslichen Pflege wurde die Zahl der Leistungsempfänger/innen mit den selbst getragenen Kosten pro Kopf in der jeweiligen Pflegestufe multipliziert.

Ausgabenquelle	Ausgaben in Mrd. €	Öffentliche/private Ausgaben in %	Alle Ausgaben in %
<b>Öffentliche Ausgaben</b>	33,706	100,0	63,7
Soziale Pflegeversicherung	29,01	86,1	54,8
Private Pflegeversicherung	0,97	2,9	1,8
Sozialhilfe	3,57	10,6	6,7
Kriegsopferfürsorge	0,156	0,5	0,3
<b>Private Ausgaben</b>	19,22	100,0	29,5
Pflegeheim	8,1	57,4	16,9
Häusliche Pflege	6,02	42,6	12,6
<b>Gesamt</b>	<b>47,826</b>		

Tabelle 3-29: Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle  
Quelle: Barmer GEK

Aus der Tabelle geht hervor, dass knapp ein Drittel der Ausgaben privat finanziert werden. Hiervon entfallen etwa zwei Fünftel (rund 13 % der Gesamtkosten) auf den häuslichen und drei Fünftel (rund 17 % der Gesamtkosten) auf den stationären Bereich.

Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 86 % der bei weitem größte Teil von der Sozialen Pflegeversicherung abgedeckt, während auf die Sozialhilfe etwa 11 % entfallen. Demgegenüber ist der Anteil, der jeweils von der privaten Pflegepflichtversicherung und der Kriegsopferversorgung getragen wird, mit rund 3 % bzw. 0,5 % relativ gering.

Die Soziale Pflegeversicherung ist damit die wichtigste Kostenträgerin, die daher auch das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die Soziale Pflegeversicherung aber nur gut die Hälfte der entstehenden Kosten und Ausgaben (ohne die Opportunitätskosten der familiären Pflege zu berücksichtigen) ab. Gemeinsam decken beide Zweige der Pflegeversicherung, also Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung, rund 57 % der Ausgaben ab. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.



### 3.4.1 Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (s. Tabelle 3-30).

Einnahmen und Ausgaben	2002	2012	2016
	in Mrd. €		
<b>Einnahmen</b>	16,98	23,04	32,03
<b>Ausgaben</b>	17,36	22,94	31,00
<b>Leistungsausgaben</b>	16,64	21,85	28,29
<b>Geldleistung</b>	4,11	5,08	6,84
<b>Pflegesachleistung</b>	2,38	3,11	3,83
<b>Pflegeurlaub</b>	0,16	0,50	1,05
<b>Tages- / Nachtpflege</b>	0,08	0,25	0,52
<b>Zusätzliche Betreuungsleistungen</b>	0,01	0,38	1,01
<b>Kurzzeitpflege</b>	0,16	0,38	0,57
<b>Soziale Sicherung der Pflegeperson</b>	0,95	0,89	0,99
<b>Pflegemittel/technische Hilfsmittel</b>	0,36	0,44	0,81
<b>Vollstationäre Pflege</b>	8,20	9,96	10,91
<b>Verwaltungs- und sonstige Kosten</b>	0,72	1,09	1,41

Tabelle 3-30: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung  
Quelle: Barmer GEK

Die Einnahmen resultieren fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Die Einnahmensteigerung ist auf mehrere Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen.

Bei den Ausgaben handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben; der Anteil der Verwaltungskosten lag 2016 bei lediglich 3,3 % der Gesamtausgaben. Die jüngsten Ausgabensteigerungen sind vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze, der Leistungsausdehnungen sowie der Schaffung neuer Leistungstatbestände zurückzuführen. Dementsprechend ist der Anteil der Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen in den Jahren 2012 bis 2016 um 166 % gestiegen.

Von den Leistungsausgaben entfallen etwa 39 % auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege. Die Ausgaben für Pflegegeld betragen rund 24 % und für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich 14 % der Gesamtausgaben.

Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben zeigt, dass die Soziale Pflegeversicherung in den letzten Jahren Überschüsse erzielt hat. Zwar hat es Leistungsverbesserungen gegeben und damit verbunden einen deutlichen Ausgabenzuwachs; da aber zeitgleich auch die Beitragssätze angehoben und zudem die gute konjunkturelle Lage zusätzliche Beitragseinnahmen gebracht haben, konnten die bislang größten Überschüsse erzielt werden. Für das Jahr 2017 ist allerdings mit einem deutlichen Abschmelzen der Rücklagen zu rechnen, da die Mehrausgaben durch das PSG II die Mehreinnahmen durch den Beitragssatzanstieg deutlich übersteigen wird.



### 3.4.2 Soziale Pflegeversicherung

Die Zahl der Pflegebedürftigen (hier: Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung) wird vom Hessischen Statistischen Landesamt ermittelt. Im Landkreis Kassel zeigt sich folgendes Bild (s. Tabellen 3-31/32/33).

	Pflegebedürftige				
	Gesamt	ambulant versorgt	in stationärer Dauerpflege	Pflegegeldempfänger/innen	andere Leistungen
2007	8.887	1.712	2.188	4.827	160
2009	9.060	1.863	2.310	4.781	106
2013	9.985	2.145	2.734	4.983	123
2015	10.505	2.382	2.750	5.279	94

Tabelle 3-31: Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

#### Vergleich der Pflegebedürftigen 2007-2015

	Pflegebedürftige									
	Gesamt	%	ambulant versorgt	%	in stationärer Dauerpflege	%	Pflegegeldempfänger/innen	%	andere Leistungen	%
2007/09	+173	1,94	+151	8,8	+122	5,6	-46	0,9	-54	33,7
2007/13	+1.098	12,4	+433	25,3	+546	24,9	+156	3,2	-106	66,2
2007/15	+1.618	18,2	+670	39,1	+562	25,7	+452	9,4	-66	41,3

Tabelle 3-32: Vergleich der Pflegebedürftigen 2007-2015  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen / Landkreis Kassel, Altenhilfeplanung

Der Vergleich der Jahre 2007/15 verdeutlicht eine 18 %ige Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt. Im gesamten Vergleichszeitraum stieg die Zahl der zu Hause durch ambulante Pflegedienste versorgten und den Pflegebedürftigen, die durch den Bezug von Pflegegeld ihre Versorgung selbst organisieren, um 1.122 Personen. Die Anzahl der Bezieher/innen von Leistungen der vollstationären Pflege stieg im selben Zeitraum um 562 Personen.

Für die beiden nachfolgenden Tabellen liegen leider keine aktuellen Zahlen des Statistischen Landesamtes Hessen vor (s. Tabelle 3-33/34).

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

Tabelle 3-33: Verhältnis der Leistungsarten  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Die Tabelle verdeutlicht, dass von den verschiedenen Leistungsarten das Pflegegeld nach wie vor die größte Bedeutung hat, auch wenn ab dem Jahr 2007 ein Rückgang von insg. 4,4 % zu verzeichnen ist.



Nachdem die Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege im Zeitraum 2001 bis 2007 rückläufig waren, erhöhten sie sich ausgehend von 2001 um 1,3 % in 2013. Die Schwankungen im Segment der stationären Pflege sind marginal. Insgesamt lässt sich eine schwache Tendenz zur steigenden Nutzung professioneller Pflege erkennen (s. Tabelle 3-34).

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

Tabelle 3-34: Altersspezifische Pflegequote 2007  
Quelle: Hessisches Sozialministerium

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

### 3.4.2.1 Leistungsempfänger/innen nach Leistungsart und Pflegestufe (2015)

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat den gesetzlichen Auftrag, im Abstand von vier Jahren den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu berichten. Die folgende Tabelle ist dem „Sechsten Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ entnommen, und bezieht sich auf die Jahre 2011-2015 (s. Tabelle 3-35).

Leistungsart	Pflegestufe		
	1	2	3+Härtefälle
Ambulant Pflegebedürftige	63,2 %	28,6 %	10,1 %
Stationär Pflegebedürftige	42,3 %	37,7 %	24,7 %
Gesamt	58,6	30	11,4

Tabelle 3-35: Leistungsempfänger/innen nach Leistungsart und Pflegestufe 2015  
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit



Deutlich wird zunächst, dass der größte Anteil der Betroffenen in der Pflegestufe I verortet ist. Im Berichtszeitraum ist der Anteil der Leistungsempfänger/innen in Pflegestufe I im **ambulanten Bereich** um 1,5 Prozentpunkte gestiegen. Bei den Pflegestufen II und III ist der Anteil unter den Leistungsempfänger(inne)n der Pflegeversicherung leicht gesunken, wobei der Anteil der Härtefälle unter der Pflegestufe III von 1,4 % auf 1,9 % gestiegen ist.

Im **stationären Bereich** ist der Anteil der Leistungsempfänger/innen mit Pflegestufe I im Berichtszeitraum nur leicht um 0,5 % gestiegen. Hingegen ist der Anteil der Leistungsempfänger/innen in Pflegestufe II leicht um 0,9 % gesunken. Die Leistungsempfänger/innen der Pflegestufe III haben ihren Anteil kaum verändert, der Anteil der darunterfallenden Härtefälle stieg um 1 % von 3,8 % auf 4,8 %.

#### 3.4.2.2 Leistungsempfänger/innen nach Leistungsarten

Insgesamt werden die Leistungen der Pflegeversicherung zur ambulanten Versorgung deutlich häufiger in Anspruch genommen als die stationären Leistungen: 2011 belief sich der Anteil der Leistungsempfänger/innen im ambulanten Bereich auf 69,2 % und im Jahr 2015 bereits auf 71,6 %. Die Anteilswerte für den vollstationären Bereich sind entsprechend dazu leicht rückläufig.

Das **Pflegegeld** ist weiterhin die Leistungsart, die am häufigsten in Anspruch genommen wird. Seit 1995 ist der Anteil der Bezieher/innen von Pflegegeld zunächst kontinuierlich gesunken. Im Jahr 2012 bezogen noch 43,9 % der Leistungsempfänger/innen Pflegegeld. Seit 2013 nimmt der Anteil wieder leicht zu: 2015 bezogen wieder 45,7 % aller Leistungsempfänger/Pflegegeld, also rd. 1,33 Mio. Betroffene.

Der Anteil der Bezieher/innen der ambulanten **Pflegesachleistung** ist zunächst von 6,9 % in 2011 auf 5,1 % in 2013 gesunken und danach wieder auf 6,2 % in 2015 angestiegen. Der Anteil derer, die Pflegegeld und Pflegesachleistung kombinierten, stieg bis 2013 auf 15,6 %, um in 2015 wieder auf 14,0 % abzusinken.

Der Anteil der Pflegebedürftigen, die auch Leistungen der **Tages- und Nachtpflege** bezogen, ist im Berichtszeitraum von 1,8 auf 2,5 % angestiegen. Noch deutlicher war der Anstieg bei der **Verhinderungspflege**: Im Jahr 2015 nahmen 4,4 % der Leistungsempfänger/innen diese Leistungsart in Anspruch, während es 2011 lediglich 2,5 % waren. Der Anstieg dürfte u.a. auf die im Berichtszeitraum deutlichen Leistungszuwächse zurückzuführen sein. 2011 standen hierfür noch 1.510 Euro pro Jahr zur Verfügung, im Jahr 2013 waren es 1.550 Euro, und seit 2015 sind 1.612 Euro jährlich verfügbar.

Die Inanspruchnahme der **Kurzzeitpflege** und der **Verhinderungspflege** hat im Berichtszeitraum zugenommen. Zwischen 2011 und 2015 erhöhte sich die Zahl der Leistungsempfänger/innen und -bezieher/innen der Kurzzeitpflege um rd. 35 %, die Zahl der Leistungsempfänger/innen von Verhinderungspflege sogar um gut 100 %.

#### 3.4.2.3 Leistungsempfänger/innen nach Alter und Geschlecht

Pflegebedürftigkeit tritt überwiegend in den hohen Altersgruppen auf. So waren Ende 2015 knapp 50 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und zwei Drittel der stationär versorgten Pflegebedürftigen über 80 Jahre alt. Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen sind auf Grund der höheren Lebenserwartung Frauen (64 %). Dabei ist die Gesamtzahl der männlichen Leistungsbezieher im ambulanten Bereich während des Berichtszeitraums stärker gestiegen (plus 21,5 %) als der weiblichen Pflegebedürftigen (plus 17,5 %). Der Anteil der Leistungsempfänger/innen der Über-80-Jährigen ist von 2011 bis 2015 angestiegen.

Im stationären Bereich fielen die Zuwächse geringer aus als im ambulanten Bereich. Im Jahr 2015 gab es insgesamt 43.132 mehr Bezieher/innen von Pflegeleistungen als 2011 (plus 6 %). In der Altersgruppe der Über-80-Jährigen nahm der Anteil der Leistungsempfänger/innen zu.



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

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

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der Empfänger/innen und die Nettoausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege, unterteilt nach Leistungen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen (s. Tabelle 3-36).

	Gesamt		ambulant		stationär	
	Empfänger/innen in Tsd.	Ausgaben in Mio. €	Empfänger/innen in Tsd.	Ausgaben in Mio. €	Empfänger/innen in Tsd.	Ausgaben in Mio. €
2001	332	2.349	83	439	249	1.910
2003	323	2.420	87	515	238	1.905
2005	340	2.611	80	547	262	2.064
2007	351	2.666	90	624	266	2.043
2009	392	2.878	108	714	289	2.164
2011	423	3.104	121	802	308	2.302
2013	444	3.339	130	859	320	2.479
2015	451	3.569	129	976	327	2.593

Tabelle 3-36: Leistungen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen  
Quelle: Barmer GEK

Die Mehrzahl der Leistungsempfänger/innen bezieht Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Der Anteil der Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen, gemessen an allen Empfänger(inne)n von Hilfe zur Pflege, liegt seit 2008 bei etwa konstant 28 %.

Die Summen der Nettoausgaben im ambulanten und stationären Bereich haben sich über die letzten Jahre stark angenähert. So ist das Verhältnis von 1:11 (1995) bereits nach wenigen Jahren auf 1:5 (1998) und im Jahr 2015 auf 1:2,6 gesunken.

Die Ausgaben pro Leistungsempfänger/in belaufen sich im Jahr 2015 im ambulanten Bereich auf 7.565 Euro, im stationären auf 7.929 Euro pro Jahr. Insgesamt sind die Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege von 6,3 Mrd. Euro im Jahr 1995 auf 2,3 Milliarden Euro im Jahr 2001 gesunken und steigen seitdem wieder an, zuletzt auf 3,6 Mrd. Euro im Jahr 2015.

Der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen an allen Pflegebedürftigen liegt im stationären Bereich bei leichten Schwankungen seit einigen Jahren weitgehend konstant zwischen etwa 31 % und 33 %. Eine deutliche Ausweitung des Sozialhilfeempfängeranteils kann in der stationären Pflege daher in den letzten 15 Jahren nicht festgestellt werden.

Wie die amtliche Sozialhilfestatistik zeigt, ist die Zahl der Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege nach SGB XII mit der Einführung der Pflegeversicherung stark zurückgegangen. Von 1994 bis 1998 fiel die Zahl dieser Sozialhilfeempfänger/innen in der Bundesrepublik Deutschland von 451.000 auf 222.000 (minus 51 %). Bis 2000 stieg die Zahl der Empfänger/innen auf rd. 261.400 an, sank bis 2004 um 15.000, um 2005 erneut den Stand von 2000 zu erreichen. Am Jahresende 2013 betrug die Zahl der Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege 341.783. Dies bedeutet, dass in Deutschland insg. die Zahl der Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen Ende des Jahres 2013 um 109.217 und somit rd. 32 % niedriger lag als knapp 20 Jahre zuvor.



Bei der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen waren die Empfängerzahlen nach Einführung der Pflegeversicherung um gut zwei Drittel zurückgegangen (1994: 189.000; 1999: 56.000). Zwischen 1999 und 2001 ist hier ein leichter Anstieg auf 60.500 zu verzeichnen, danach sinken die Empfängerzahlen bis 2004 und erreichen Ende 2006 mit 60.500 wieder den Stand von 2001. Bis Ende 2013 stieg die Zahl dieser Leistungsempfänger/innen auf 96.530. Insgesamt ist die Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich jedoch nur gering verbreitet. So stehen den 96.000 Empfänger(inne)n von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen im Jahr 2013 1,86 Mio. Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich gegenüber. Damit kommen auf eine/n Empfänger/in von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen etwa 20 Empfänger/innen von Pflegeversicherungsleistungen der häuslichen Pflege.

Die Anzahl der Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen hat sich ausgehend von 1994 anfangs noch leicht erhöht. Mit der Umsetzung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung zum 1. Juli 1996 ist bei diesen dann ein deutlicher Rückgang der Empfängerzahlen feststellbar, wenn auch nicht in gleicher Größenordnung wie im ambulanten Bereich. Vom Jahresende 1995 bis zum Jahresende 2003 sank die Zahl der Personen, die auf pflegebedingte Sozialhilfeleistungen angewiesen waren, im stationären Bereich um rd. 100 000 Personen (minus 35 %) auf 187 000. Seitdem stiegen die Empfängerzahlen an (plus rd. 60.000). Am Jahresende 2013 wurde 246.659 Personen Hilfe zur Pflege gewährt. Im stationären Bereich ist die Zahl der Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege deutlich höher, was im Wesentlichen auf die Höhe der Heimentgelte zurückzuführen ist als auch auf die Schwierigkeit, die erheblichen Eigenanteile zu tragen.

#### **3.4.3.1 Kostenfolgen des PSG III für die Träger/innen der Sozialhilfe im Bereich Hilfe zur Pflege in Einrichtungen**

Im stationären Bereich wird grundsätzlich eine Kostenentlastung für die Träger/innen der Sozialhilfe entstehen, denn die deutlich erhöhten Leistungen nach § 43 SGB XI führen im Jahr 2017 zu Mehrausgaben der Pflegekassen von 1.350 Mrd. Euro. Diese wirken sich direkt auf die individuellen Zuzahlungen der stationär versorgten Personen aus.

Zu diskutieren ist, welcher Anteil dieser Entlastung auf die Sozialhilfeträger/innen entfällt. Dabei ist für Pflegebedürftige der Pflegestufe I im Durchschnitt ein Anstieg des Eigenanteils zu erwarten, der aber vollständig durch den Bestandsschutz getragen wird. Für diesen Personenkreis ändert sich die Belastung daher nicht, und auch die Sozialhilfe wird weder be- noch entlastet. Bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II und Pflegestufe III kommt es dagegen zu durchschnittlichen monatlichen Entlastungen in Höhe von 138 Euro bzw. 353 Euro. Die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben der Sozialhilfeträger/innen für Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen lagen dagegen 2014 im Durchschnitt bei 856 Euro und damit deutlich höher. Wird zudem noch berücksichtigt, dass die Sozialhilfeempfänger/innen in Pflegestufe I, die hier nicht weiter berücksichtigt werden, im Durchschnitt niedrigere Leistungen erhalten, wird deutlich, dass die Durchschnittsausgaben der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen für die Heimbewohner/innen der Pflegestufe II und III noch deutlich höher liegen dürften, und damit die durchschnittliche Entlastung bei den Eigenanteilen um eine Mehrfaches übersteigen.

Nachfolgend kann daher davon ausgegangen werden, dass die gesamten Entlastungswirkungen bei den Eigenanteilen für Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen in Pflegestufe II und Pflegestufe III zu einer entsprechenden Entlastung der Sozialhilfeträger/innen führen. Entlastungen bei Heimbewohner(inne)n der Pflegestufe I, die immer dann auftreten, wenn der neue EEE niedriger ist als der alte Eigenanteil, werden dagegen nicht zu Gunsten der Sozialhilfeträger/innen berücksichtigt.

Der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen an allen Heimbewohner(inne)n liegt 2014 bei 34,7 %. Für Bewohner/innen der Pflegestufe II und III dürfte er deutlich höher liegen. Wird unterstellt, dass der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen unter den Heimbewohner(inne)n der Pflegestufe II und III ebenfalls bei 34,7 % liegt, dann ergeben sich Sozialhilfeempfängerzahlen von 92.000 in Pflegestufe II und 49.000 in Pflegestufe



III. Werden für diese jeweils Einsparungen in Höhe von 138 Euro (Pflegestufe II) bzw. 352 Euro (Pflegestufe III) pro Person und Monat unterstellt, resultieren Minderausgaben der Sozialhilfeträger/innen für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von rd. 360 Mio. Euro.

An dieser Stelle sei auch verwiesen auf das Kapitel 9 „Menschen mit existenziellem Hilfebedarf“.

### 3.5 Schlussbetrachtung

Der 7. Altenbericht<sup>6</sup> mit dem Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune“ wurde im Juli 2016 veröffentlicht. Die Autor(inn)en gehen davon aus, dass die Unterstützung, Versorgung und Pflege gesundheitlich eingeschränkter älterer Menschen räumlich weitgehend an ihren Wohnort gebunden ist. Sie schließen daraus, dass Teilhabe und Lebensqualität im Alter also nicht nur von bundesweit einheitlich geregelten Strukturen (etwa der Sozialversicherung) abhängig ist, sondern in großem Maße auch von der lokalen Infrastruktur und den sozialen Netzwerken am Wohn- und Lebensort. Dabei ist eine zentrale Frage, wie die Versorgung und Unterstützung von auf Hilfe angewiesenen Menschen sichergestellt wird. Mit dem steigenden Anteil älterer Menschen nimmt auch die Zahl der auf Pflege angewiesenen älteren sowie der demenzkranken Menschen zu. Zugleich geht aber auch das familiäre Pflegepotenzial zurück. Diese Situation wird durch einen sich bereits abzeichnenden Fachkräftemangel in der professionellen Pflege noch verschärft. In dieser Situation kann eine Verknüpfung von informeller Unterstützung und freiwilligem Engagement mit Angehörigenpflege und professioneller Pflege ein sinnvoller Lösungsansatz sein.

Bei der Gestaltung von Strukturen der Sorge und Unterstützung kommt den Kommunen eine besondere Verantwortung zu. Ihre Handlungsspielräume hängen dabei jedoch ganz entscheidend von ihren jeweiligen wirtschaftlichen Situationen ab. Vor diesem Hintergrund wurde die Siebte Altenberichtscommission von der Bundesregierung beauftragt, in ihrem Bericht herauszuarbeiten, an welchen lokalen Voraussetzungen die gesellschaftliche Teilhabe und ein gutes Leben älterer Menschen geknüpft sind, und unter welchen Bedingungen und auf welche Weise die Kommunen und die lokale Politik Strukturen der Sorge und Mitverantwortung aufbauen und gestalten können.

Die Autoren fokussieren dabei die folgenden drei Themen.

- **Gesundheitliche Versorgung – präventiv und wohnortnah**

Die Kommunen sollten eine leistungsfähige, patientennahe haus- und fachärztliche sowie klinisch-stationäre Versorgung sicherstellen können, die die Autonomie und Teilhabe älter Menschen unterstützt. Dabei spielen die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung, der Ausbau der kommunalen Verantwortung sowie die Stärkung der interkommunalen Zusammenarbeit eine wichtige Rolle. Um die ambulante Versorgung weiterzuentwickeln, sollte der Sicherstellungsauftrag den Kommunen übertragen werden; zumindest aber sollte ihnen eine verantwortliche Mitwirkung gesetzlich vorgeschrieben werden.

Die allgemein- und fachärztliche Versorgung auf der einen Seite und die Krankenhausversorgung auf der anderen Seite sollte durch eine verstärkte Kooperation und integrierte Versorgungskonzepte weiterentwickelt werden. Die Autor(inn)en sehen hier die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) als erfolgversprechendes Modell an, und zwar vor allem dort, wo hohe Versorgungsbedarfe bestehen.

---

<sup>6</sup> Die Altenberichterstattung geht auf einen Beschluss des Deutschen Bundestages aus dem Jahr 1994 zurück. Er gibt der Bundesregierung auf, in jeder Legislaturperiode einen Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland vorzulegen. Erarbeitet werden die Berichte von unabhängigen Sachverständigenkommissionen, die mit Expert(inn)en unterschiedlicher Fachrichtungen besetzt werden. Die Altenberichte der Bundesregierung sind eine der wichtigsten Grundlagen für die öffentliche Diskussion zu Fragen der Politik für ältere Menschen.



Dem Problem, freiwerdende Arztpraxen nicht wieder besetzen zu können, könnten Kommunen begegnen, wenn ihnen erweiterte Möglichkeiten gegeben würden, auf die Bedarfsplanung und das Niederlassungsverhalten von Ärzt(inn)e/n Einfluss zu nehmen.

Des Weiteren sollten die ausreichenden finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem so verteilt werden, dass die fachlich angemessene Behandlung alter Menschen sichergestellt ist. Eine DRG-getriebene Medizin wird ihnen vielfach nicht gerecht. Aus Sicht der Kommission ist auch bei Entscheidungen hinsichtlich der rehabilitativen und palliativen Versorgung nicht selten eine primäre Orientierung an ökonomischen Gesichtspunkten erkennbar.

Präventions- und Rehabilitationsangebote sollten mit Blick auf die Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe ausgebaut und den verschiedenen Komponenten (mobil, ambulant, stationär) mehr Gewicht gegeben werden. Gleiches gilt für die Palliativversorgung. Um Schnittstellenprobleme bei der Rehabilitation zu verringern, sollte die Pflegeversicherung in die Mechanismen des SGB IX integriert werden. Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention müssen in stärkerem Maße lebensweltorientiert gestaltet werden, z.B. durch eine engere Kooperation von Bildungs-, Sport-, ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, Sozialarbeit und Pflegediensten, Hausärzt(inn)en sowie den Zielgruppen. Unter koordinierender Funktion der Kommunen empfiehlt die Siebte Altenberichtscommission die Etablierung regionaler Gesundheits- und Pflegekonferenzen.

Die Heterogenität der Gruppe alter Menschen muss in der medizinischen Versorgung größere Beachtung finden. So sollte eine geriatrische Expertise zum Standard ambulanter und stationärer Versorgung gehören – bestenfalls schon erworben während der medizinischen Ausbildung.

- **Sorge und Pflege in gemeinsamer Verantwortung**

Die Siebte Altenberichtscommission begrüßt das Konzept des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, bedauert jedoch, dass der Blick nicht auf den gesamten Unterstützungs- und Hilfebedarf von auf Pflege angewiesenen Menschen gelenkt wird. Im Verständnis der Kommission dienen Sorge und Pflege vor allem der Sicherung von Selbstbestimmung und Teilhabe.

In Anbetracht des demografischen Wandels muss aus ihrer Sicht die häusliche Pflege in gemischten Pflegearrangements zur flächendeckenden gesellschaftlichen Praxis werden – auch für alleinlebende Menschen ohne Angehörige. Als Maßnahmen zum Ausbau solcher Strukturen schlagen die Autor(inn)en den Ausbau teilstationärer Strukturen, die Schaffung von mehr Beratungsmöglichkeiten, die Etablierung von Case-Management und die Einführung des persönlichen Budgets vor. Um Angehörigen die Übernahme von Pflegeaufgaben zu erleichtern, müssen die Voraussetzungen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege verbessert und die Beteiligung von Männern an der familiären Pflege gefördert werden. Die Siebte Altenberichtscommission sieht die Politik gefordert, stärkere Anreize zu schaffen, um eine ausgeglichene Aufteilung von Sorgearbeit zwischen Männern und Frauen zu befördern.

Bei der dringend notwendigen Gewinnung von Menschen für die berufliche Altenpflege schlagen die Autor(inn)en eine Stärkung der Rolle der Regionen und Kommunen vor. Hier müssen vorrangig die Beschäftigungsmöglichkeiten, die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung verbessert werden.

Das Konzept der Sorge, wie es im Siebten Altenbericht beschrieben wird, beruht auf dem Grundsatz der Subsidiarität: Bedarfe nach Unterstützung, Versorgung und Pflege sollten dort gedeckt werden, wo sie entstehen. Gemischte Sorgestrukturen müssen deshalb wohnortnah und unter Berücksichtigung der lokalen Rahmenbedingungen gestaltet sein. Die Kommunen sollten daher ein Care- und Case-Management federführend koordinieren. Die Kommission empfiehlt aus diesem Grund, den Kommunen Aufgaben der Pflegekassen unter anderem im Bereich Care- und Case-Management zu übertragen. Dafür müssen finanzielle Mittel der Pflegekasse auch den kommunalen Aufgaben im Bereich der Pflege sowie der Förderung



des familiären und gesellschaftlichen Engagements zur Unterstützung von Sorge und Pflege zugutekommen.

Die Autor(inn)en ziehen für dieses Thema folgendes Fazit: „Die Ausweitung des stationären Sektors in der Pflege bietet keine Lösung und Perspektive, genauso wenig der inzwischen weit verbreitete, häufig illegale Einsatz mittel- und osteuropäischer Haushaltshilfen und Pflegekräfte.“

- **Von der Wohnungspolitik zu einer umfassenden Wohnpolitik**

Die Wohnung ist für alte Menschen mehr noch als für junge Menschen der räumliche Lebensmittelpunkt. Um die Versorgung mit bezahlbarem Wohnraum sicherzustellen, sollten die Kommunen differenzierte, auf die besonderen Gegebenheiten der lokalen Teilräume ausgerichtete Strategien entwickeln. Es sollte in ausreichendem Umfang angemessener, also auch barrierefreier bzw. -armer Wohnraum auch für einkommensschwache ältere Menschen zur Verfügung gestellt werden. Dazu bedarf es einer kleinräumigen und fortlaufenden Wohnungsmarktbeobachtung und der Entwicklung kommunaler Wohnraumversorgungskonzepte. Notwendig dafür ist sowohl eine Zusammenarbeit verschiedener Ressorts innerhalb der kommunalen Verwaltung als auch die Kooperation mit der Wohnungswirtschaft sowie Privateigentümer(inne)n.

Um ein möglichst langes Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen, muss ein differenziertes und vielfältiges Angebot an Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen geschaffen werden. Dies kann durch Entwicklung und Umbau des Wohnungsbestandes ebenso erreicht werden wie durch Neubau. Kommunen können dazu Spielräume bei Baugenehmigungen und Investitionsförderungen nutzen. „Wohnmobilität im Alter“ sollte stärker unterstützt und gefördert werden: Ältere Menschen, die bei zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen innerhalb des gewohnten Umfeldes in eine für ihre Lebenssituation besser geeignete Wohnung umziehen möchten, sollten dazu leichter die Möglichkeit haben. Bund und Länder sollten ihre Förderprogramme für einen altersgerechten Umbau von Wohnungen und des Wohnumfeldes ausbauen und auf Dauer anlegen. Dabei muss der Wohnungsbedarf von Älteren mit geringem Einkommen durchgehend mitberücksichtigt werden. Gezielte Zuschüsse (etwa einkommensabhängig) für bestimmte Umbaumaßnahmen sind deutlich besser geeignet als die Vergabe zinsgünstiger Kredite, weil so auch private Wohnungseigentümer/innen sowie Mieter/innen mit mittleren Einkommen zum Umbau motiviert werden können.

Die soziale Teilhabe ältere Menschen setzt Mobilität und Erreichbarkeit voraus. Je nach kommunaler Ausgangslage sind verschiedene Verkehrsmittel und mobilitätsbezogene Dienstleistungen so miteinander zu kombinieren, dass es auf einem Weg möglichst wenige zeitliche und räumliche „Brüche“ gibt. Die Siebte Altenberichtscommission empfiehlt den Kommunen, gemeinsam mit anderen in diesem Bereich relevanten Akteur(inn)en kommunale Mobilitätskonzepte oder ein kommunales Mobilitätsmanagement für ältere Menschen zu entwickeln. Hierunter wird auch die Anpassung bestehender Mobilitätsangebote verstanden wie z.B. Sitzgelegenheit, Fahrweise oder auch Informationsmöglichkeiten.

Im Zusammenhang mit informellen nachbarschaftlichen Beziehungen ist eine wichtige Aufgabe der Kommunen, den öffentlichen Raum so zu gestalten, dass Begegnungen, Austausch und Kontakt zwischen den dort lebenden Menschen erleichtert und wahrscheinlicher wird. Dazu gehört auch, eine dezentrale und kleinräumig verteilte Infrastruktur für Versorgung und Freizeit zu schaffen oder zu erhalten. Daneben können Kommunen auch formal organisierte Nachbarschaftshilfen anstoßen und fördern. Ausdruck sozialer Teilhabe ist in diesem Zusammenhang auch die Beteiligung der Menschen bei der Entwicklung und Umsetzung der verschiedenen Vorhaben. Wenn Kommunen eine tragende Rolle bei der Umsetzung einer umfassenden Wohnpolitik übernehmen, müssen sie mit den notwendigen Ressourcen und Kompetenzen ausgestattet werden.



### **Fazit: Lokale Politik in einer älter werdenden Gesellschaft**

Die Verfasser/innen des Siebten Altenberichtes betonen, dass die Rolle, die die Kommunen in Kooperationen, Netzwerken und Abstimmungsprozessen einnehmen, zentrale Themen des Berichtes sind. Dabei sind die Dimensionen des föderalen Staatsaufbaus und die querschnittlichen Politikansätze zu unterscheiden. Gerade in den Handlungsfeldern Gesundheit, Pflege und Wohnen vollzieht sich lokale Politik in komplexen vertikalen und horizontalen Akteurskonstellationen. Hier können Kommunen politische Ziele nicht autonom vorgeben und über die Umsetzung von Maßnahmen allein entscheiden.

Deshalb fordern die Autor(inn)en, den Kommunen einen größeren Einfluss bei der Ausgestaltung von Infrastrukturen der Daseinsvorsorge einzuräumen, insbesondere im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege. Dies kann mit obligatorischen Beteiligungsverfahren und Kooperationsverpflichtungen sichergestellt werden. Die Kommunen sollten verstärkt Koordinationsaufgaben bei Planungsverfahren zugewiesen bekommen. Weiter sollten zentrale Instrumente der Infrastrukturentwicklung, der Planung, der sozialräumlichen Entwicklung und der Steuerung von Hilfen auf kommunaler Ebene angesiedelt, und sowohl kompetenzrechtlich als auch finanziell abgesichert werden.

Im Sinne des Gedankens der „neuen Subsidiarität“ dürfe den Kommunen nur dann Verantwortung und Aufgaben zugewiesen werden, wenn sie gleichzeitig ausreichend mit den nötigen Kompetenzen, Instrumenten und finanziellen Mitteln ausgestattet werden, so dass sie diese Aufgaben auch erfüllen können. Die finanziellen Handlungsspielräume der Kommunen sollten mithilfe eines „Daseinsvorsorgeprogramms“ von Bund und Ländern erweitert werden. Denkbar ist eine Finanzierung im Zuge der Neuausrichtung des Solidarpakts II über eine neue Gemeinschaftsaufgabe „Daseinsvorsorge für strukturschwache Kommunen“. Die Siebte Altenberichtscommission spricht sich dafür aus, die wesentlichen im Siebten Altenbericht entwickelten Analysen und Empfehlungen in einer Konzeption zusammenzuführen. In diesem „Leitgesetz zur Stärkung einer Politik für ältere und mit älteren Menschen“ sollte dieser Politikansatz seine konkrete Form bekommen. Dabei könnte an den § 71 SGB XII (Altenhilfe) angeknüpft werden.

Der Bericht der Unabhängigen Kommission und die Stellungnahme der Bundesregierung könnten Grundlage für ein zielgerichtetes Handeln zum Thema „Kommunen und älter werdende Gesellschaft“ sein.

Dem Vorschlag der Sachverständigenkommission zu einem „Daseinsvorsorgeprogramms“ entzieht sich die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme jedoch einer klaren Positionierung. Sie verweist darauf, dass der Bund „die Kommunen bereits umfassend mit einer ganzen Reihe von Maßnahmen finanziell entlastet“ habe.

Mit der Anregung eines „Leitgesetzes“ knüpfen die Autor(inn)en an die Diskussion über die Schaffung eines Altenhilfestrukturegesetzes an, die vor etwa 15 Jahren geführt wurde. Die Bundesregierung erklärt dazu, dass sie die Empfehlung zum Anlass nehmen werde, „die Diskussion um eine Verbesserung der Altenhilfestrukturen und ggf. deren gesetzliche Grundlagen neu zu beleben“. In jedem Fall hält es die Bundesregierung „für angezeigt, dass bundesweite Altenhilfestrukturen verstärkt geplant, auf- und ausgebaut werden“.

Alle Kommunen – Städte und Kreise – benötigen eine qualifiziert erarbeitete Prognose der Entwicklung ihrer Bevölkerung für die kommenden vier Jahrzehnte, um auf dieser Grundlage planen und gestalten zu können. In diesem Punkt unterstützt die Bundesregierung die Empfehlung der Berichtskommission, die Datenbasis für kleinere räumliche Einheiten zu verbessern.

An dieser Stelle sei auch auf das Fazit in Kapitel 3.2.2.1 Gesetzliche Veränderungen in der Pflege hingewiesen.



## 4 Menschen mit Behinderungen

### 4.1 Aktuelle Entwicklungen

Im Dezember 2016 verabschiedete der Bundestag das Bundesteilhabegesetz (BTHG), an dem nahezu ein Jahrzehnt gearbeitet wurde, und welches am 01. Januar 2017 in Kraft getreten ist. Das Gesetz schafft mehr Möglichkeiten und mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen. U.a. müssen Menschen, die auf Unterstützung wie z.B. persönliche Assistenz angewiesen sind, nun die für sie notwendigen Leistungen nicht mehr getrennt bei verschiedenen Leistungsträger(inne)n beantragen. Die frühzeitige Unterstützung der Rehabilitation wird verbessert. Eine unabhängige Beratung hilft bei konkreten Fragen. Der Leistungskatalog der Eingliederungshilfe wurde konkretisiert, Assistenzen für Elternschaft und Ausbildung explizit geregelt und neue Jobchancen für Werkstattbeschäftigte durch ein Budget für Arbeit geschaffen. Damit wurde eine Möglichkeit geschaffen, mittels Minderleistungsausgleichs mehr Menschen mit Behinderung Beschäftigung im allgemeinen Arbeitsmarkt zu verschaffen. Im Arbeitskontext wurden zudem die Rechte der Schwerbehindertenvertretungen gestärkt. Als zentraler Schritt zu mehr Selbstbestimmung durch ein modernes Recht an Teilhabe kann die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe angesehen werden.

Die Hessische Landesregierung setzt sich seit vielen Jahren für die gleichberechtigte Teilhabe der Menschen mit Behinderungen in allen gesellschaftlichen Bereichen ein. Sie hat den Umsetzungsprozess des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) vom März 2009 von Beginn an aktiv gefördert, u.a. mit dem 2012 initiierten Hessischen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK. Zentrales Ziel ist, dass Menschen mit und ohne Behinderungen auf Augenhöhe zusammenleben. Sie will Behinderung zu einem immer selbstverständlicheren Teil der Gesellschaft machen. Daher initiierte die Hessische Regierung 2016/2017 zahlreiche Veranstaltungen, die noch breiter informieren und sensibilisieren sollten. Die Teilnehmenden sollten erleben, dass jeder Mensch seinen Teil zur Gemeinschaft beitragen und die gesellschaftliche Vielfalt ein Zugewinn für alle sein kann.

Auch das Integrationsamt des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV) Hessen setzte in 2017 neue Aufgaben um. Gemeinsam mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration wurde das am 31.12.2016 auslaufende Programm „HePAS“ (Hessisches Perspektivprogramm zur Verbesserung der Arbeitsmarktchancen schwerbehinderter Menschen) verlängert. Auch das Folgeprogramm (HePAS II) soll in enger Zusammenarbeit mit den Träger(inne)n der Arbeitsvermittlung den Zugang für schwerbehinderte Menschen zum Arbeitsmarkt verbessern. Diese Maßnahme führte u.a. dazu, dass Hessen erneut eine gute Position bei der Beschäftigungsquote schwerbehinderter Menschen erzielte. Sie liegt nach Aussagen des Integrationsamtes LWV Hessen (Jahresbericht 2016/17) mit 5,2 % deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt (4,5 %).

### 4.2 Menschen mit Behinderungen im Landkreis Kassel

Nach Artikel 1 und Präambel der UN-Behindertenrechtskonvention zählen zu den Menschen mit Behinderungen diejenigen Menschen, „[...] die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen (gemeint sind: einstellungs- und umweltbedingte) Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ Menschen gelten gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) IX als „[...] schwerbehindert, wenn bei ihnen

ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.“

Die Anzahl schwerbehinderter Menschen im Landkreis Kassel reduzierte sich von 31.379 in 2014 um 6,5 % auf 29.349 in 2016 (s. Abb. 4-1). Sie liegt 2016 damit 20 % höher als die Anzahl der leichtbehinderten Menschen. Deren Zahl erhöhte sich im Beobachtungszeitraum geringfügig von 22.980 in 2014 um 2 % auf 23.425 in 2016.

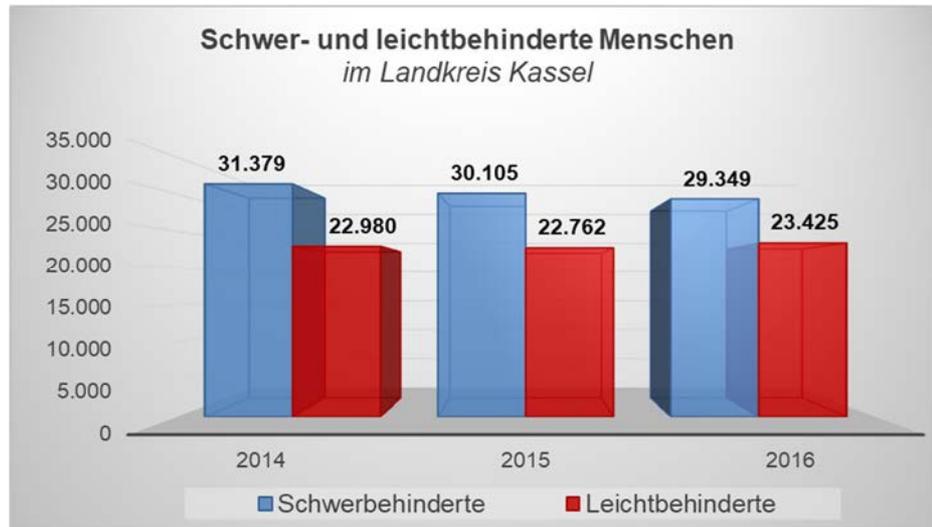


Abb. 4-1: Schwer- und leichtbehinderte Menschen im Landkreis Kassel  
Quelle: Regierungspräsidium Gießen

#### 4.2.1 Menschen mit Behinderungen in den einzelnen Gemeinden

Die folgende Tabelle zeigt die Veränderung der Anzahl der schwer- und leichtbehinderten Menschen in den Städten und Gemeinden des Landkreises Kassel von 2015 auf 2016.

Ortsteile	Schwerbehinderte Menschen		Leichtbehinderte Menschen	
	2016	Veränderung zu 2015	2016	Veränderung zu 2015
Ahnatal	969	-4,1%	742	1,8%
Bad Emstal	809	-5,8%	605	1,9%
Bad Karlshafen	401	-4,4%	326	5,8%
Baunatal	3.544	-4,4%	2.806	2,3%
Breuna	382	-6,4%	348	3,3%
Calden	911	-4,2%	722	2,1%
Espenau	636	-4,3%	448	0,7%
Fuldabrück	1.096	-5,1%	943	1,3%
Fuldatal	1.421	-4,6%	1.237	3,4%
Grebenstein	679	-5,4%	558	3,0%
Habichtswald	628	-3,6%	434	1,4%
Helsa	844	-4,8%	640	2,9%
Hofgeismar	2.125	-4,5%	1.557	3,7%
Immenhausen	896	-4,1%	754	3,1%
Kaufungen	1.423	-4,8%	1.163	3,1%
Liebenau	363	-5,2%	321	2,2%
Lohfelden	1.705	-3,9%	1.346	3,6%



Fortsetzung Ortsteile	Schwerbehinderte Menschen		Leichtbehinderte Menschen	
	2016	Veränderung zu 2015	2016	Veränderung zu 2015
Naumburg	686	-3,5%	510	4,7%
Nieste	164	-5,8%	176	4,1%
Niestetal	1.199	-4,6%	1.016	3,4%
Oberweser	398	-4,2%	347	1,8%
Reinhardshagen	595	-4,2%	445	5,5%
Schauenburg	1.191	-5,6%	1.006	1,9%
Söhrewald	625	-3,8%	535	3,5%
Trendelburg	658	-3,5%	586	4,3%
Vellmar	2.383	-3,8%	1.785	2,2%
Wahlsburg	277	-5,7%	207	1,0%
Wolfhagen	1.510	-5,5%	1.207	4,6%
Zierenberg	831	3,2%	655	3,1%

\*Grüne Zahl = Zuwächse  
Rote Zahl = Rückgänge

Tabelle 4-1: Schwer- und leichtbehinderte Menschen von 2015 auf 2016  
Quelle: Regierungspräsidium Gießen

Die Zahl der *schwerbehinderten* Menschen im Landkreis Kassel reduzierte sich von 30.105 in 2015 um 2,5 % auf 29.349 in 2016 (s. Tab. 4-1). Die höchsten Rückgänge sind in Breuna (minus 6,4 %), Bad Emstal (minus 5,8 %), Nieste (minus 5,8 %) und Wahlsburg (minus 5,7 %) zu verzeichnen. Die Zahl der *leichtbehinderten* Menschen erhöhte sich von 22.762 in 2014 um 3 % auf 23.425 in 2016. Hier zeigen sich die höchsten Zuwächse in Bad Karlshafen (plus 5,8 %), Reinhardshagen (plus 5,5 %), Naumburg (plus 4,7 %) und Wolfhagen (plus 4,6 %).

#### 4.2.2 Schwerbehinderte Frauen und Männer

Die Anzahl schwerbehinderter Frauen blieb mit 11.085 in 2016 im Vergleich zu 11.147 in 2014 nahezu konstant (minus 1,9 %; s. Abb. 4-2). Die Anzahl der schwerbehinderten Männer verringerte sich von 12.816 in 2014 um 2 % auf 12.570 in 2016. 2014 gab es 13 % mehr schwerbehinderte Männer als Frauen. 2016 beträgt die Differenz nur noch 11,8 %.

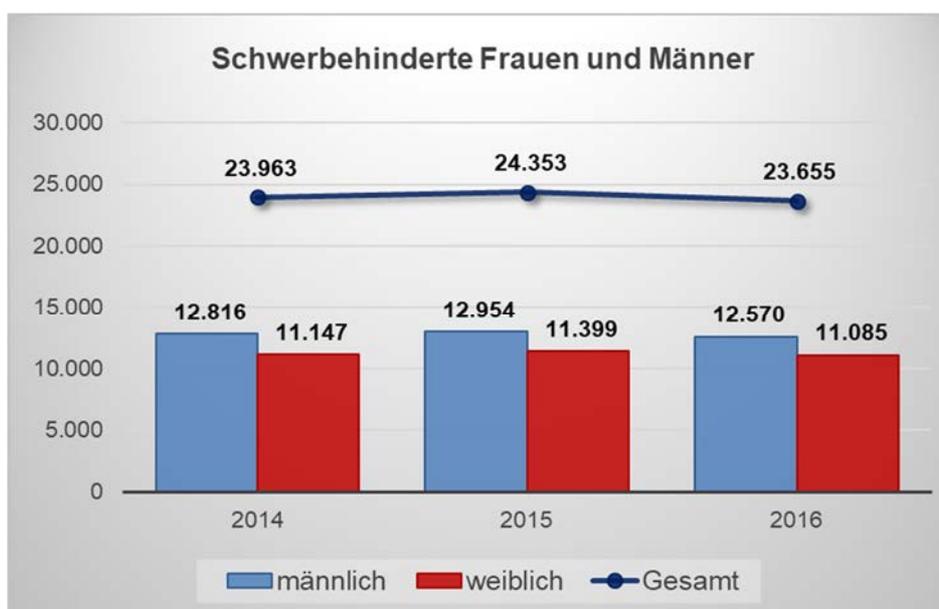


Abb. 4-2: Schwerbehinderte Männer und Frauen  
Quelle: Regierungspräsidium Gießen

### 4.3 Menschen mit Behinderungen in offenen Hilfen – familienentlastende Dienste

„Offene Hilfen“ sind die Gesamtheit aller ambulanten personenbezogenen sozialen Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen. Leitgedanke der Offenen Hilfen ist es, die Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen zu fördern. Sie ergänzen das bestehende Angebot ambulanter Dienste. Neben persönlichen und familienunterstützenden bzw. entlastenden Hilfen (feD), liegt ein Schwerpunkt der Leistungen im Bereich der psychosozialen Beratung und Beratung zur selbständigen Pflege sowie Beratung und Unterstützung von Angehörigen bzw. anderen Bezugspersonen.

Die Offenen Hilfen wurden mit 3.195 Fällen in 2016 doppelt so häufig in Anspruch genommen wie 2013 (1.674 Fälle). Von 2014 bis 2015 ist ein sprunghafter Anstieg erkennbar (s. Abb. 4-3). Die Erstberatungen wurden 2015 (999) doppelt so häufig in Anspruch genommen wie 2013 (575). 2016 reduzierte sie sich auf 754.

Sowohl die Folgebera-

tungen als die Beratungen für Familien, deren Angehörige und gesetzliche Betreuer/innen wurden im Erhebungszeitraum zunehmend häufiger in Anspruch genommen. Die Zahl der Folgeberatungen erhöhte sich von 1.099 in 2013 um 222 % auf 2.441 in 2016. In Nahezu vergleichbarem Umfang (plus 219 %) erhöhte

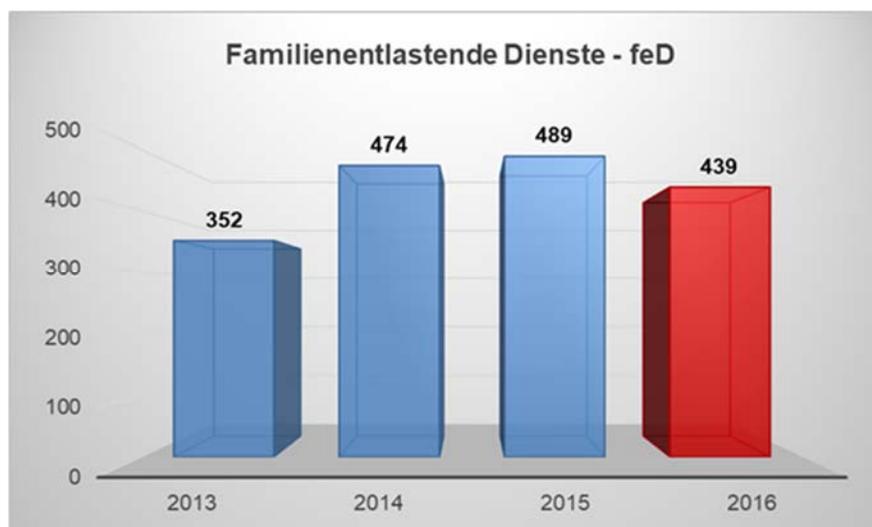


Abb. 4-4: Leistungen der Familienentlastenden Dienste  
Quelle: Diakonisches Werk Region Kassel

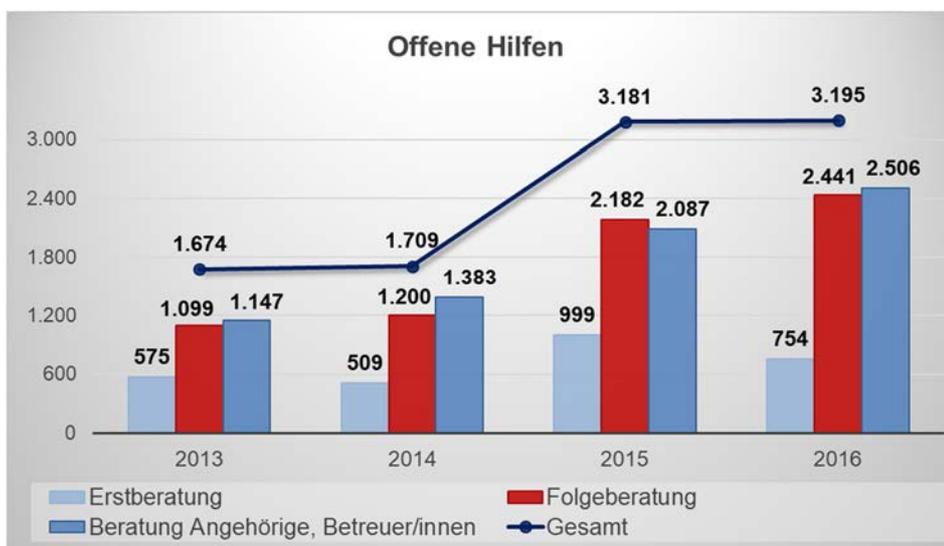


Abb. 4-3: Offene Hilfen  
Quelle: Diakonisches Werk Region Kassel

sich die Zahl der Familien- und Angehörigenberatungen von 1.147 in 2013 auf 2.506 in 2016. Diese Zunahme an Beratungen begründen die Dienstleistungs-Träger/innen mit der zunehmenden Betreuung von Familien und Kindern mit multiplen Problemlagen, dem erhöhten Beratungsbedarf u.a. aufgrund der Erneuerungen im SGB XI-Bereich (Pflegeversicherung und Pflegegestärkungsgesetz - PSG II



und III), den vermehrten Anfragen von Bewohner(inne)n stationärer Einrichtungen für Angebote zur Freizeitgestaltung bzw. Freizeitassistenz und dem Tatbestand, dass geflüchtete oder asylsuchende Menschen mit Behinderungen mit ungeklärtem Status selten bzw. keine ausreichenden Hilfen bezüglich ihrer Behinderung erhalten. Die Inanspruchnahme der Familientlastenden Dienste (feD) nahm ausgehend von 2013 bis 2015 kontinuierlich zu, um sich dann in 2016 wieder zu reduzieren (s. Abb. 4-4). Mit insg. 439 Beratungs- und Unterstützungsleistungen in 2016 liegt deren Zahl um ein Viertel höher als 2013 (352 Beratungen). Im Vergleich mit dem 489 Beratungen in 2015 reduzierte sich deren Anzahl um 10 % auf 439 in 2016. Nachfolgend sind getrennt nach Wohnorten diejenigen Menschen aus dem Landkreis Kassel aufgeführt, die in den Jahren 2013 bis 2016 familientlastende Dienste in Anspruch genommen haben (s. Abb. 4-5).

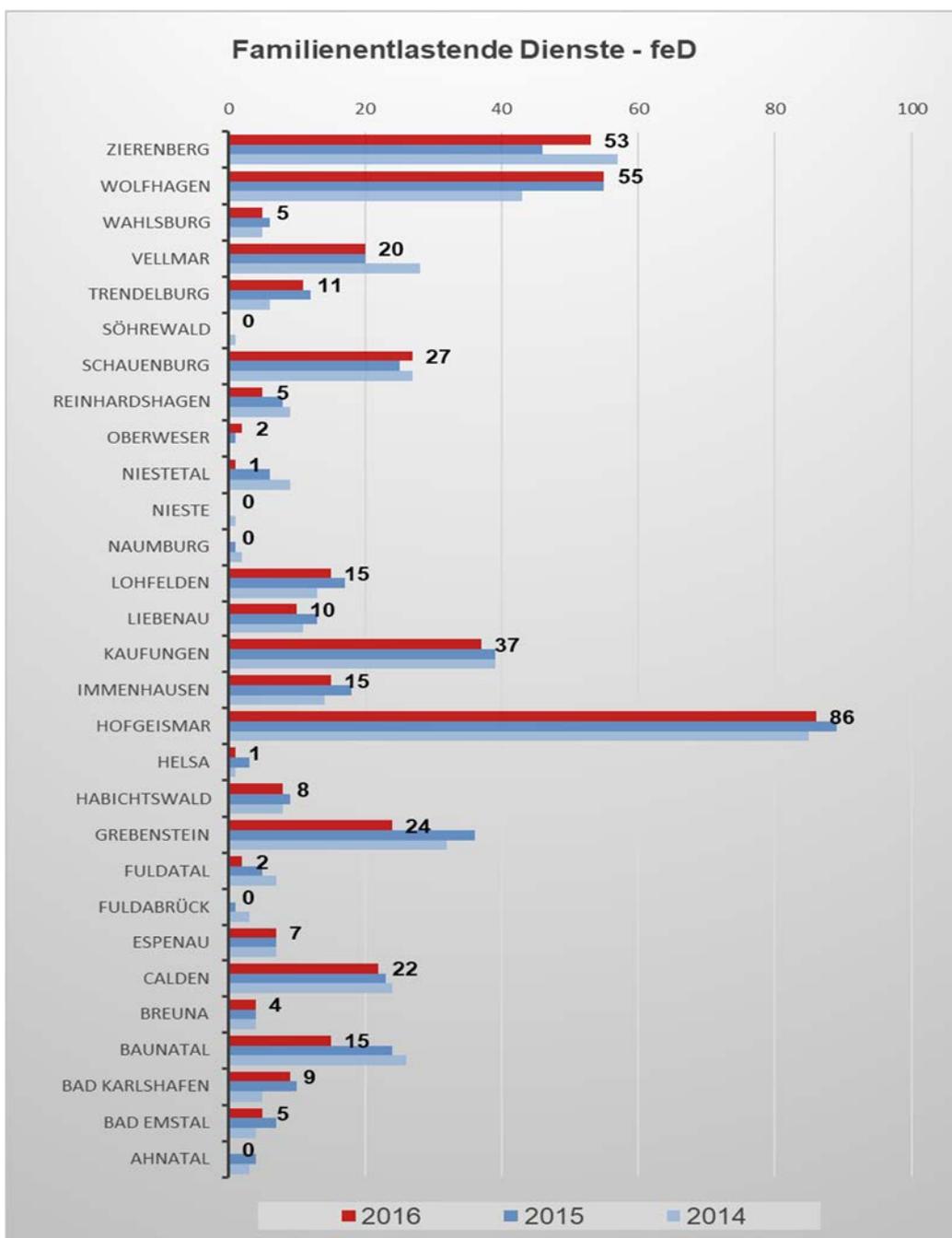


Abb. 4-5: Familientlastende Dienste – feD  
 Quelle: Diakonisches Werk Region Kassel

### 4.3.1 Erhaltung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit

#### 4.3.1.1 Leistungen an Arbeitgeber/innen

Seit mehr als zehn Jahren können Ausbildungsverhältnisse (schwer)behinderter Jugendlicher und junger Erwachsener mit Prämien und Zuschüssen besonders gefördert werden. Dieses Förderinstrument wurde anfangs kaum in Anspruch genommen. Die Ausbildung von Nachwuchskräften hat in den letzten Jahren aber immer mehr an Bedeutung gewonnen. 2016 wurde in Hessen

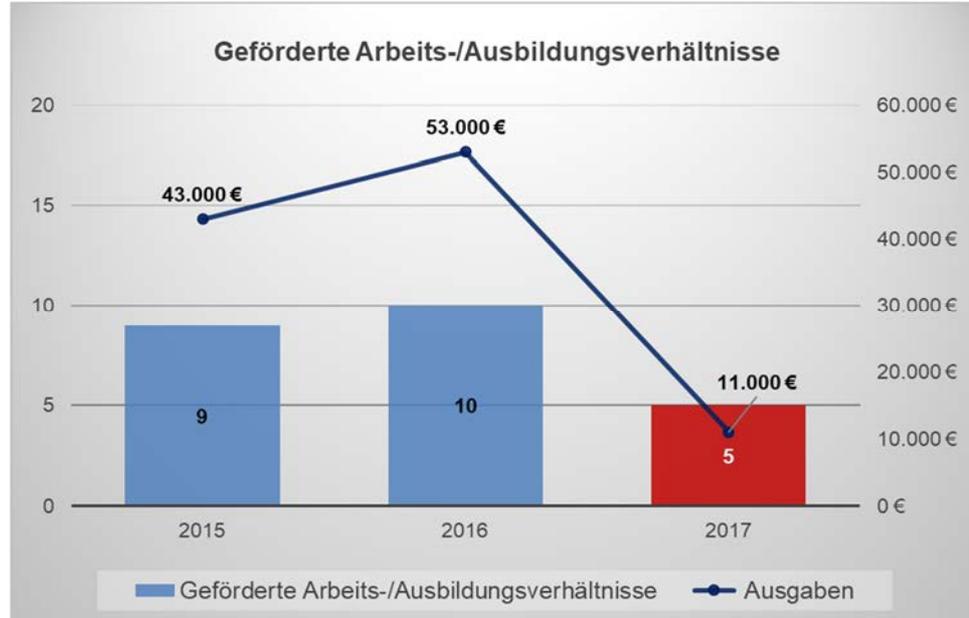


Abb. 4-6: Geförderte Arbeits- und Ausbildungsplätze  
Quelle: LWV Hessen, Integrationsamt

mit 121 Ausbildungsverhältnissen eine annähernd gleichgroße Zahl von Auszubildenden wie 2015 gefördert. Im Landkreis Kassel blieb die Zahl der durch das Integrationsamt des LWV Hessen geförderten Arbeits- und Ausbildungsplätze 2014 und 2015 nahezu konstant, um sich dann 2017 um die Hälfte zu reduzieren (s. Abb. 4-6).

#### 4.3.1.2 Hessische Perspektivprogramm zur Verbesserung der Arbeitsmarktchancen schwerbehinderter Menschen (HePAS)

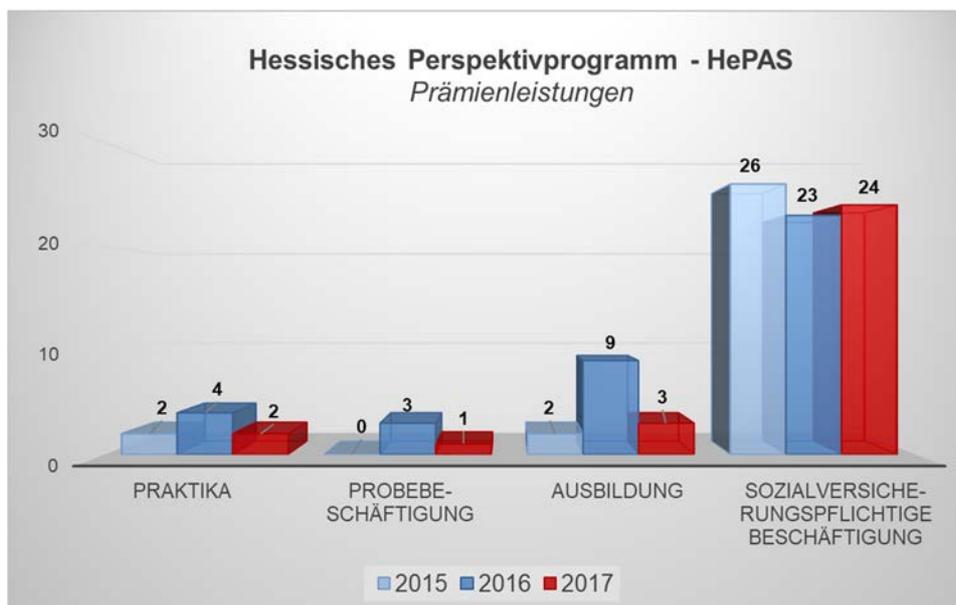


Abb. 4-7: Prämienleistungen im Rahmen von HePAS  
Quelle: LWV Hessen, Integrationsamt

Zusätzlich hat das Integrationsamt LWV Hessen gemeinsam mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration ein neues Programm auf den Weg gebracht: das Hessische Perspektivprogramm zur Verbesserung der Arbeitsmarktchancen schwerbehinderter Menschen, kurz HePAS. Es soll in enger Zusammenarbeit mit den Träger(inne)n der



Arbeitsvermittlung den Zugang für schwerbehinderte Menschen zum Arbeitsmarkt verbessern. Dabei greift HePAS die Handlungsempfehlungen zum Gesamtkonzept „Fachkräftesicherung in Hessen“ auf. Für das Programm stehen von 2014 bis 2016 insgesamt 30 Millionen Euro aus der Ausgleichsabgabe zur Verfügung. Mit diesen Mitteln sollen zusätzliche Anreize für Arbeitgeber/innen geschaffen werden, um schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen. Sie erhalten aus diesem Programm beispielsweise Prämien, wenn sie schwerbehinderten Menschen freiwillige Praktika, sozialversicherungspflichtige Probebeschäftigungen, Ausbildungen oder Festanstellungen bieten. HePAS stieß bereits in seinem ersten Jahr auf großes Interesse. Im Landkreis Kassel wurden mit HePAS überwiegend sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse gefördert (s. Abb. 4-7). Ihre Zahl reduzierte sich von 26 in 2015 auf 23 in 2016, um dann in 2017 auf 24 anzusteigen. Die Anzahl der geförderten Praktika, Probebeschäftigungen und Ausbildungsplätze erhöhte sich jeweils in 2016, um dann in 2017 wieder abzusinken.

#### 4.3.1.3 Werkstätten für Menschen mit Behinderungen

Der Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen förderte 2017 die Modernisierung des Ausbildungs- und Schulungsbereiches der Baunataler Diakonie Kassel (bdks) mit 360.000 Euro aus Mitteln der Ausgleichsabgabe (s. Pressemitteilung des LWV Hessen vom 07.06.2017). Damit ist ein neuer, zeitgemäßer Berufsbildungsbereich für bis zu 35 geistig behinderte Menschen entstanden. Im neuen Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) sollen die jungen Leute so optimal wie möglich für ihre gewünschte berufliche Tätigkeit in den Werkstätten oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt qualifiziert werden. Eine ehemalige Montagehalle wurde in einen barrierefreien, von Tageslicht erhellten Ausbildungsbereich umgebaut. Hier sollen geistig behinderte Schulabgänger/innen zwei Jahre lang grundlegende Kompetenzen in verschiedenen Berufsfeldern wie der Holz- und Metallverarbeitung etc. erwerben. Daran schließt sich eine Aufbauqualifizierung im Berufsfeld der Werkstatt oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt an. Die Zahl der Menschen mit Behinderungen, die sich in Werkstätten für Behinderte (WfbM) des Landkreises Kassel befinden, erhöhte sich von 807 in 2013 geringfügig (plus 1,1 %) auf 816 in 2016 (s. Abb. 4-8).

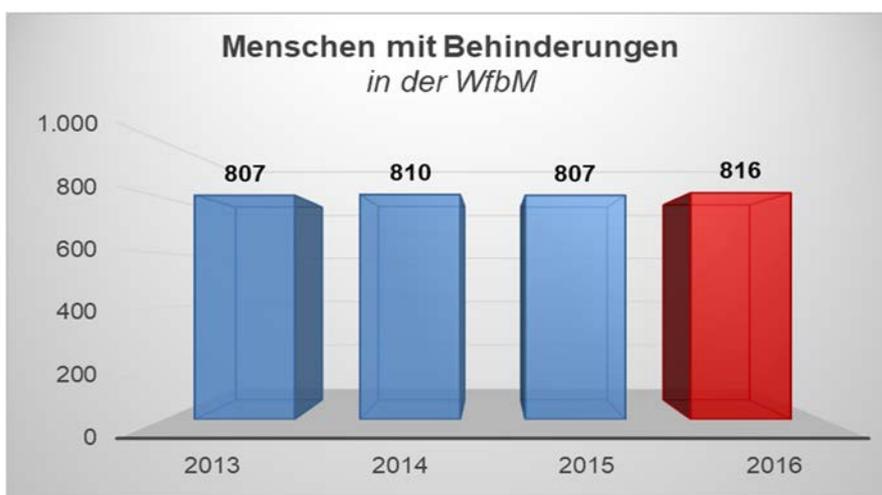


Abb. 4-8: Menschen mit Behinderungen in der WfbM  
Quelle: LWV Hessen



Die Mehrzahl sind Menschen mit einer geistigen Behinderung. Ihre Zahl blieb im Erhebungszeitraum bei 643 in 2013 und 628 in 2016 nahezu konstant (s. Abb. 4-9). Die Zahl der Menschen mit einer Körperbehinderung blieb mit 37 in 2016 auf gleichem Niveau wie 2013. Im Gegensatz dazu erhöhte sich die Zahl der Menschen mit einer seelischen Behinderung von 122 in 2013 um 6,6 % auf 130 in 2016.

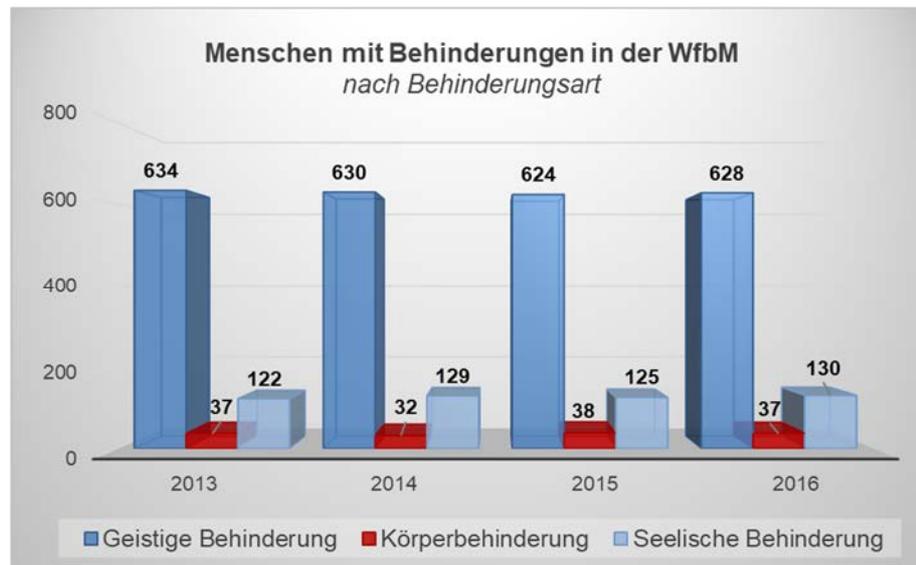


Abb. 4-9: Menschen in der WfbM nach Behinderungsart  
Quelle: LWV Hessen

Der Anteil der Frauen in der WfbM ist insgesamt geringer als der Männeranteil. Ihre Zahl blieb im Vergleich von 2013 und 2016 in den jeweiligen Behinderungsarten konstant. Die Frauen mit einer geistigen Behinderung sind mit 44,5 % am stärksten vertreten, gefolgt von Frauen mit einer seelischen Behinderung (38,5 %) und einer Körperbehinderung (37,8 %).

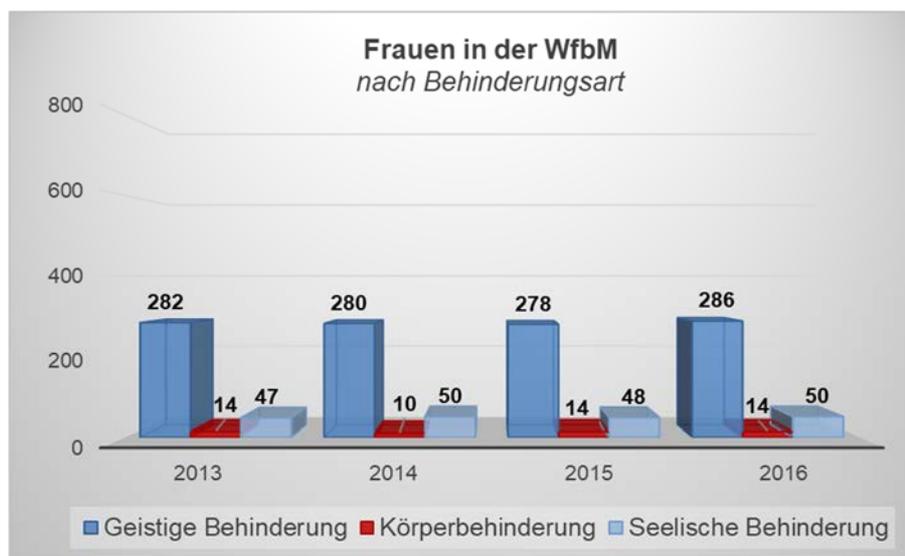


Abb. 4-10: Frauen in der WfbM nach Behinderungsart  
Quelle: LWV Hessen

Wie 2013 sind auch 2016 insgesamt 16 Frauen mit einer Körperbehinderung in der WfbM (s. Abb. 4-10). Nahezu gleich blieb auch die Zahl der Frauen mit einer geistigen Behinderung. Sie erhöhte sich von 282 in 2013 um 1,4 % auf 286 in 2016. Der Anteil der Frauen mit einer seelischen Behinderung hingegen erhöhte sich von 47 in 2013 um 6,4 % auf 50 in 2016.



Der Anteil der Männer mit einer geistigen Behinderung verringerte sich von 352 in 2013 um 3 % auf 342 in 2016 (s. Abb. 4-11). Die Zahl der Männer mit einer Körperbehinderung blieb mit 23 in 2016 gegenüber 2013 konstant. Hingegen erhöhte sich im Erhebungszeitraum die Anzahl der Männer mit einer seelischen Behinderung von 75 in 2013 um 6,7 % auf 80 in 2016.

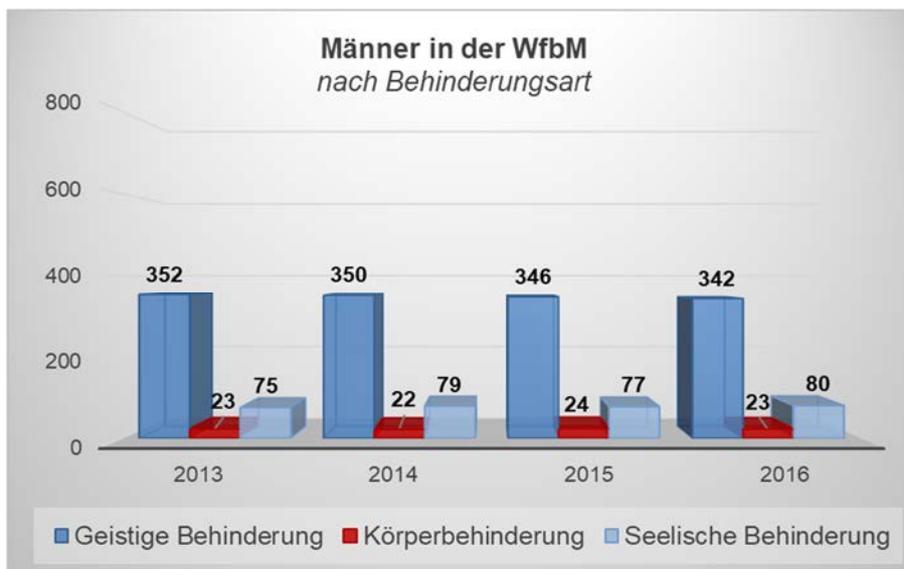


Abb. 4-11: Männer in der WfbM nach Behinderungsart  
Quelle: LWV Hessen

#### 4.3.2 Wohnen für Menschen mit Behinderungen

Der Haushaltsentwurf des LWV Hessen sah für 2017 Aufwendungen in Höhe von 1,97 Milliarden Euro vor (s. Pressemitteilung des LWV Hessen vom 30.11.2016). 1,64 Milliarden Euro und damit 91,20 Millionen Euro mehr als 2016 wendete er für die überörtliche Sozialhilfe auf. Damit wurden rund 57.800 behinderte, kranke und sozial benachteiligte Menschen in ihrem Alltag unterstützt. Das sind rund 800 Männer und Frauen mehr als 2016. Der größte Teil der überörtlichen Sozialhilfe sind Unterstützungsleistungen in den Bereichen Wohnen und Arbeiten für behinderte Menschen. Damit gab es 2017 in Hessen wieder mehr Menschen, die in der eigenen Wohnung, in der Familie oder in einer Gastfamilie anstatt in einer stationären Einrichtung unterstützt wurden.

Es befinden sich etwas mehr Menschen mit Behinderung im Betreuten statt im Stationären Wohnen. Insgesamt stieg im Erhebungszeitraum ihre Zahl in beiden Wohnformen kontinuierlich an (s. Abb. 4-12).

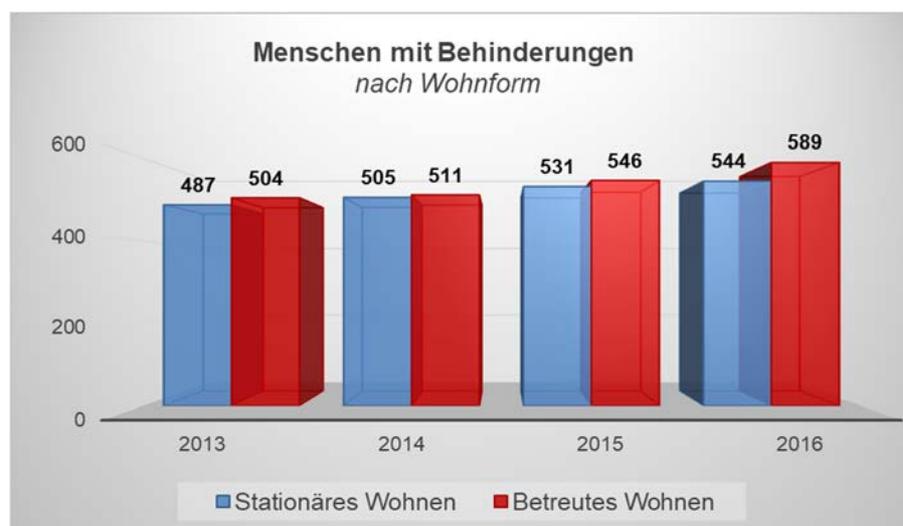


Abb. 4-12: Menschen mit Behinderungen nach Wohnform  
Quelle: LWV Hessen

Im Erhebungszeitraum stieg ihre Zahl in beiden Wohnformen kontinuierlich an (s. Abb. 4-12). Die Zahl der Menschen mit Behinderungen im Stationären Wohnen erhöhte sich von 487 in 2013 um 12 % auf 544 in 2016. Im Betreuten Wohnen erhöhte sich ihre Zahl von 504 in 2013 um 17 % auf 589 in 2016. Ihre Zuwachsrates lag damit um 5 % höher als der Menschen im Stationären Wohnen.

#### 4.4 Inklusive Angebote für Kinder mit Behinderungen

##### 4.4.1 Beratungsstelle für Frühförderung

Die Beratungsstelle für Frühförderung erbringt ihre Leistungen nach dem SGB IX und hat die Eingliederung körperlich, geistig behinderter Kinder sowie von einer Behinderung bedrohter entwicklungsbeeinträchtigter Kinder bis zum Schuleintritt zum Ziel. Fallzahlen der Beratungsstelle für Frühförderung sind auf den ersten Blick als Planungsdaten nicht von vordergründiger Bedeutung. Jedoch können sie Aufschluss geben über Bedarfsentwicklung an Teilha-beförderung, die ihnen auch später das Leben in der gewohnten sozialen Umgebung ermöglicht. Ein Rückblick auf die vergangenen Jahre zeigt keine Korrelation zur Demographischen Entwicklung (s. Abb. 4-13). Durchgängig beobachtbar ist seit Jahren der deutlich höhere Anteil von Jungen der zur Beratung vorgestellten Kinder.

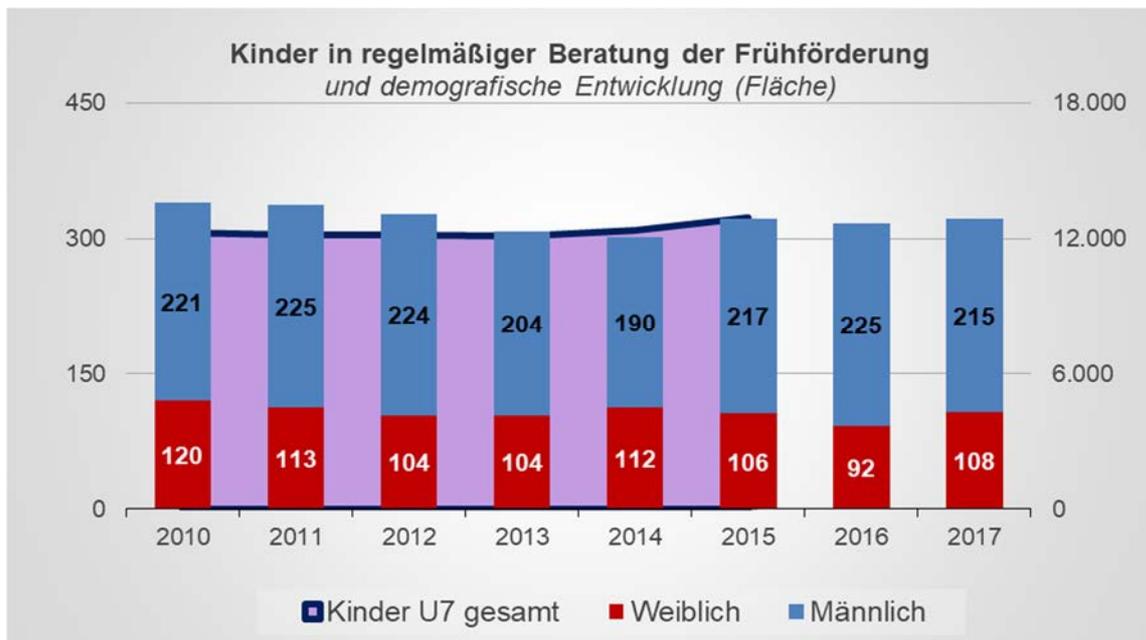


Abb. 4-13: Kinder in regelmäßiger Beratung der Frühförderung  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Jugend

##### 4.4.2 Inklusive Bildung und Betreuung von Kindern mit Behinderungen in Tagesstätten

Der gemeinsamen Förderung von behinderten und nicht behinderten Kindern hat der Gesetzgeber im SGB IX (§ 4 Abs. 3) besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Ziel dieser Vorschrift ist der Verbleib der behinderten Kinder in ihrem sozialen Umfeld. Darüber hinaus ist ein weiterer Aspekt, der so nicht explizit im Gesetz formuliert wurde, von großer Bedeutung: Nicht behinderte Kinder erhalten so die Möglichkeit, mit behinderten Menschen frühzeitig in einem selbstverständlichen Kontext aufzuwachsen. Damit erhält der integrative Ansatz, neben dem Charakter der besonderen individuellen Förderung, vor allem eine präventive Funktion zum Abbau gesellschaftlicher Vorbehalte gegenüber Menschen mit Behinderungen.



Die Zahl integrierter Kinder in den Kindertagesstätten im Landkreis Kassel ist ausgehend von 2011/12 von 226 um 20 % auf 182 insgesamt, wenn auch nicht stetig gesunken (s. Abb. 4-14). Diese tendenziell sinkende Zahl der Integrationen in Kindertagesstätten im Landkreis Kassel in den letzten Jahren entspricht nur zum Teil den deutlich gesunkenen Kinderzahlen. Dies liegt vor allem an der bereits erwähnten Verbesserung der medizinischen Versorgung um das Geburtsgeschehen.



Abb. 4-14: Inklusion im Kindergarten  
Quelle: Landkreis Kassel, Sozialplanung

#### 4.4.3 Assistenzleistungen für Kinder mit Behinderungen im inklusiven Unterricht

Der Logik der Sozialgesetzgebung folgend, gewinnt auch die gemeinsame Beschulung von behinderten und nicht behinderten Kindern an Bedeutung (SGB XII, § 54 Abs. 1 Satz 1). Zunehmend beantragen die Eltern behinderter Kinder die erforderlichen Hilfen für dieses Integrationsfeld. Der Landkreis Kassel als Kostenträger fördert den Schulbesuch an Förder- und Regelschulen mit Assistenzleistungen. Dabei erhalten über den Fachbereich Soziales junge Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung diese Hilfen und über den Fachbereich Jugend werden Kinder mit einer seelischen Behinderung gefördert.

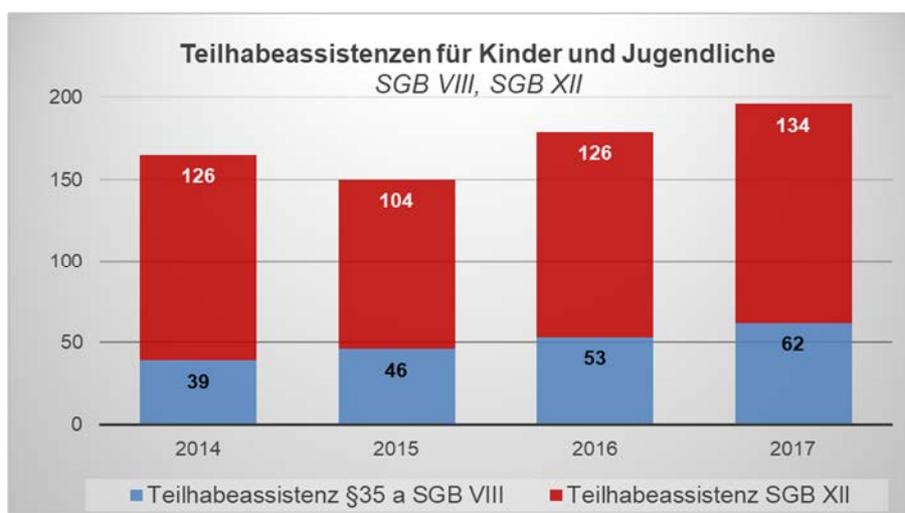


Abb. 4-15: Teilhabeassistenzen für Kinder und Jugendliche  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Die Teilhabeassistenzen für Kinder und Jugendliche im Landkreis Kassel erhöhten sich im Beobachtungszeitraum (s. Abb. 4-15). Die Zahl der Teilhabeassistenzen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (SGB VIII, § 35a) erhöhten sich kontinuierlich von 39 in 2014 um 59 % auf 62 in 2017. Die Teilhabeassistenzen für körperlich und geistig behinderte Kinder und Jugendliche (SGB XII, §§ 53, 54) reduzierten sich auf

104 in 2015, um in 2017 über ein knappes Drittel anzusteigen. Artikel 24 Abs. 2 S. 1 UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) verpflichtet zur Gewährleistung eines inklusiven Schulsystems. In gestuften Schulsystemen bezieht sich die Inklusionsverpflichtung auch auf alle Schularten.

Während sich im Beobachtungszeitraum die Teilhabeassistenzen für körperlich und geistig behinderte Kinder und Jugendliche (SGB XII) in den Regelschulen von 41 in 2014 auf 62 um gut die Hälfte erhöhten, reduzierten sie sich in den Förderschulen von 85 in 2014 um 15 % auf 72 in 2017 (s. Abb. 4-16).

Im gleichen Zeitraum erhöhten sich die Teilhabeassistenzen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (SGB VIII) in den Regelschulen kontinuierlich von 30 in 2014 um 77 % auf 53 in 2017 (s. Abb. 4-17). In den Förderschulen reduzierten sich die Teilhabeassistenzen in 2015 um ein Drittel, um in den Folgejahren erneut das Niveau von 2014 (9 Teilhabeassistenzen) zu erreichen.

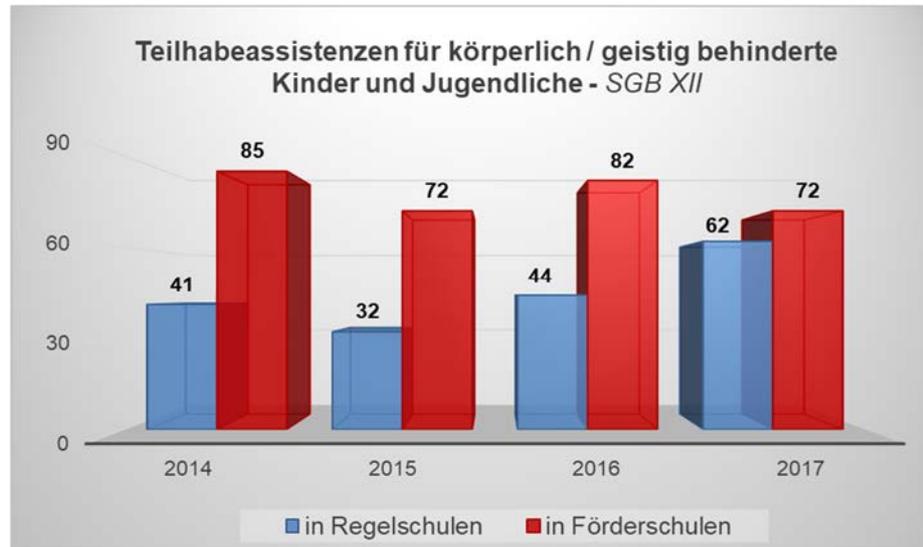


Abb. 4-16: Teilhabeassistenzen SGB XII  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

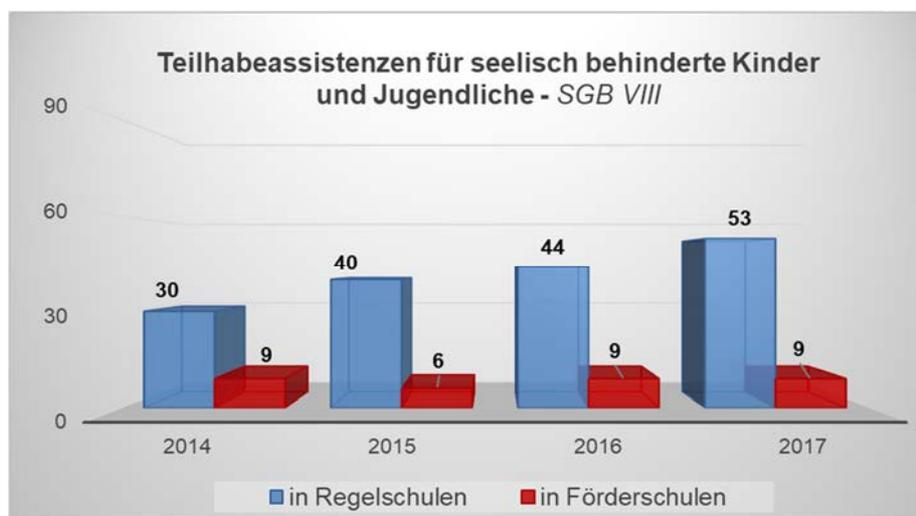


Abb. 4-17: Teilhabeassistenzen SGB VIII  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Den Eltern der betroffenen Schüler/innen kommt eine maßgebliche Rolle zu, da sich diese nicht selten bewusst gegen den inklusiven Unterricht entscheiden, weil sie der Auffassung sind, dass den Bedürfnissen ihrer Kinder in den Förder- bzw. Sonderschulen besser Rechnung getragen werden kann. Dies könnte wiederum damit zusammenhängen, dass es an den allgemeinbildenden Schulen bisher noch zu wenig sonderpädagogisch qualifizierte Lehrkräfte gibt.

Noch zu klären ist die Frage des Weiterbestehens von Leistungsverpflichtungen der Reha-Träger/innen nach SGB IX bei der Ermöglichung eines barrierefreien Zugangs zum allgemeinen Bildungssystem. Bei konsequent umgesetzter Inklusion müsste jedoch das Regelsystem Schule alle Unterstützungsleistungen vorsehen.



## 5 Geflüchtete Menschen im Landkreis Kassel

### 5.1 Einführung

Der Landkreis Kassel hat sich früh entschieden, die Anforderungen aus dem Asylbewerberleistungsgesetz als kommunale Aufgabe nicht an Dritte zu delegieren, sondern die sich daraus ergebenden Betreuungs- und Integrationsleistungen in vollem Umfang selbst zu erbringen.

Der Landkreis Kassel leitet im Gegensatz zu vielen anderen Kommunen die geflüchteten Menschen nicht an die Städte und Gemeinden zur Unterbringung weiter und beauftragt keine freien oder privaten Träger mit der Unterbringung und Betreuung. Dies Konzept ermöglicht es, flexibel auf verändernde Zuweisungen zu reagieren sowie Konzepte und Maßnahmen im gesamten Landkreis schnell und aus einem Guss umzusetzen.

### 5.2 Entwicklung der Zuweisungen an den Landkreis Kassel

Flüchtlinge aus den Krisengebieten der gesamten Welt suchen weiterhin in sicheren Ländern Zuflucht. Nach der Ankunft in Deutschland kann ein Asylantrag bei jeder Behörde oder Polizeidienststelle gestellt werden. Stellt der Flüchtling einen Asylantrag, wird er in die nächstgelegene Aufnahmeeinrichtung des jeweiligen Bundeslandes verwiesen. Der Antrag wird an das grundsätzlich für die Bearbeitung zuständige Bundesamt für Migration und Flüchtlinge weitergeleitet. Die weitere Verteilung auf die verschiedenen Bundesländer erfolgt auf Grundlage eines Quotensystems („Königsteiner Schlüssel“). Nachdem das zuständige Bundesland ermittelt ist, findet der Flüchtling zunächst in einer Erstaufnahmeeinrichtung dieses Bundeslandes Unterbringung. Für Hessen ist die Erstaufnahmeeinrichtung in Gießen zuständig. Im Anschluss erfolgt die weitere Verteilung auf die Landkreise und kreisfreien Städte. Die Zuständigkeit für die

Verteilung der Flüchtlinge auf die Landkreise liegt beim Regierungspräsidium Darmstadt. Dem Landkreis Kassel wurden zu Beginn des Jahres 2015 wöchentlich rd. 25 Flüchtlinge zugewiesen. Endes des Jahres 2015 stieg die Zahl der wöchentlich zugewiesenen Personen, für die Unterkünfte geschaffen und die Betreuung sichergestellt werden musste, auf über 100. Für das Jahr 2015 rechnete der Land-

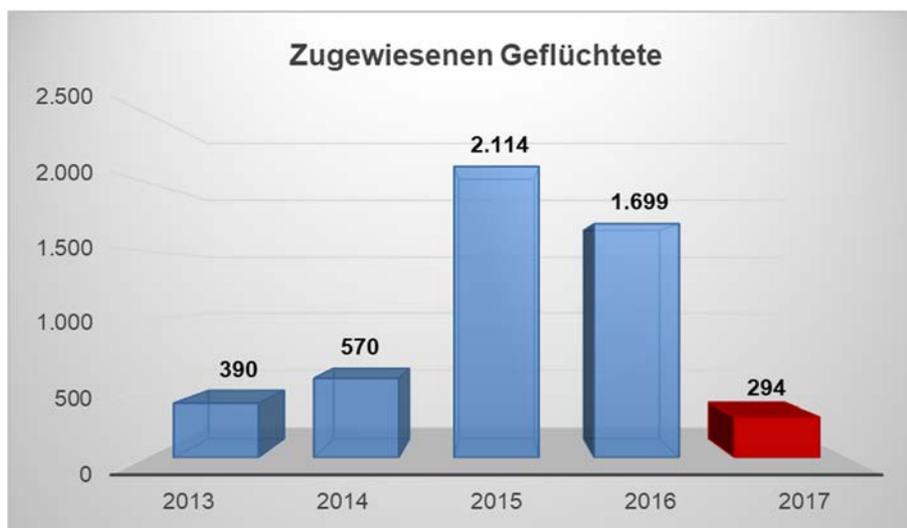


Abb. 5-1: Anzahl der dem Landkreis Kassel zugewiesene Personen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

kreis Kassel ursprünglich mit der Zuweisung von rd. 1.200 Flüchtlingen. Tatsächlich fanden in diesem Zeitraum letztlich 2.114 Flüchtlinge im Landkreis Kassel eine Zuflucht (s. Abb. 5-1). Der Zenit der Anzahl an Zuweisungen an den Landkreis Kassel wurde zum Jahreswechsel 2015/2016 erreicht.



Die sinkende Zahl Hilfesuchender Menschen und die sehr langsame Aufstockung der Anzahl von Entscheidern beim Bundesamt für Migration führten erst im Jahr 2017 zu einer deutlich geringeren Zahl von Leistungsbezieher(inne)n nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (s. Abb. 5-2).

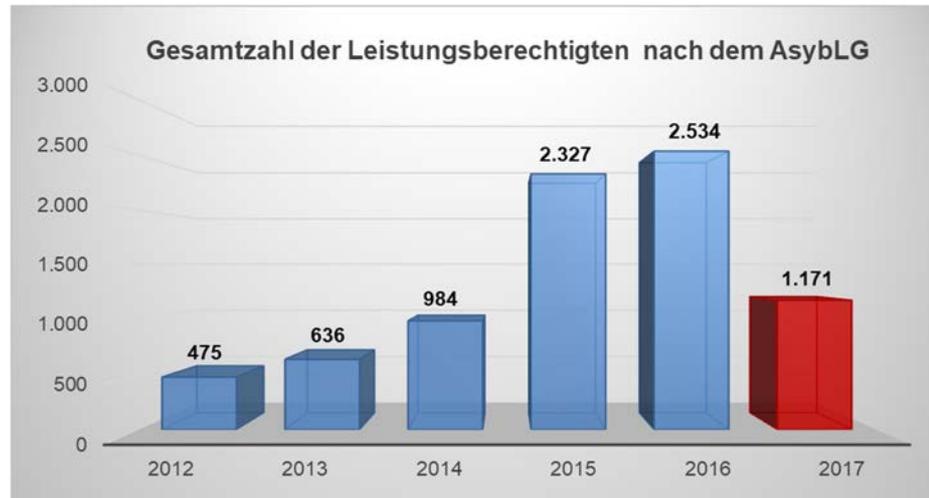


Abb. 5-2: Gesamtzahl der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales



Abb. 5-3: Erwerbsfähige Ausländer/innen im SGB II-Leistungsbezug  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Wie nebenstehende Grafik zeigt, stieg die Anzahl der anerkannten und erwerbsfähigen Asylsuchenden im SGB II-Leistungsbezug bis zum Juli 2017, um seit Oktober bei ca. 1.500 Personen konstant zu bleiben (s. Abb. 5-3).

\*aus einem der acht zugangsstärksten nichteuropäischen Asylozugängler im SGB II-Leistungsbezug

### 5.3 Die Verteilung innerhalb des Landkreises Kassel

Nicht nur geringere Zuweisungen durch das Regierungspräsidium Gießen und die Abarbeitung von Asylverfahren führten beim Landkreis zu einer stetig sinkenden Anzahl an Empfänger(inne)n von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Auch Fortzüge und zumeist freiwillige Ausreisen haben den Gesamtbestand an geflüchteten Menschen im Landkreis Kassel deutlich sinken lassen. Damit einhergehend sinken auch die Platzbedarfe in den Gemeinschaftsunterkünften. Die folgende Tabelle zeigt die Wohnformen der zum 31.08.2017 in Landkreis Kassel lebenden Empfänger/innen von Asylbewerberleistungen (s. Tabelle 5-1).

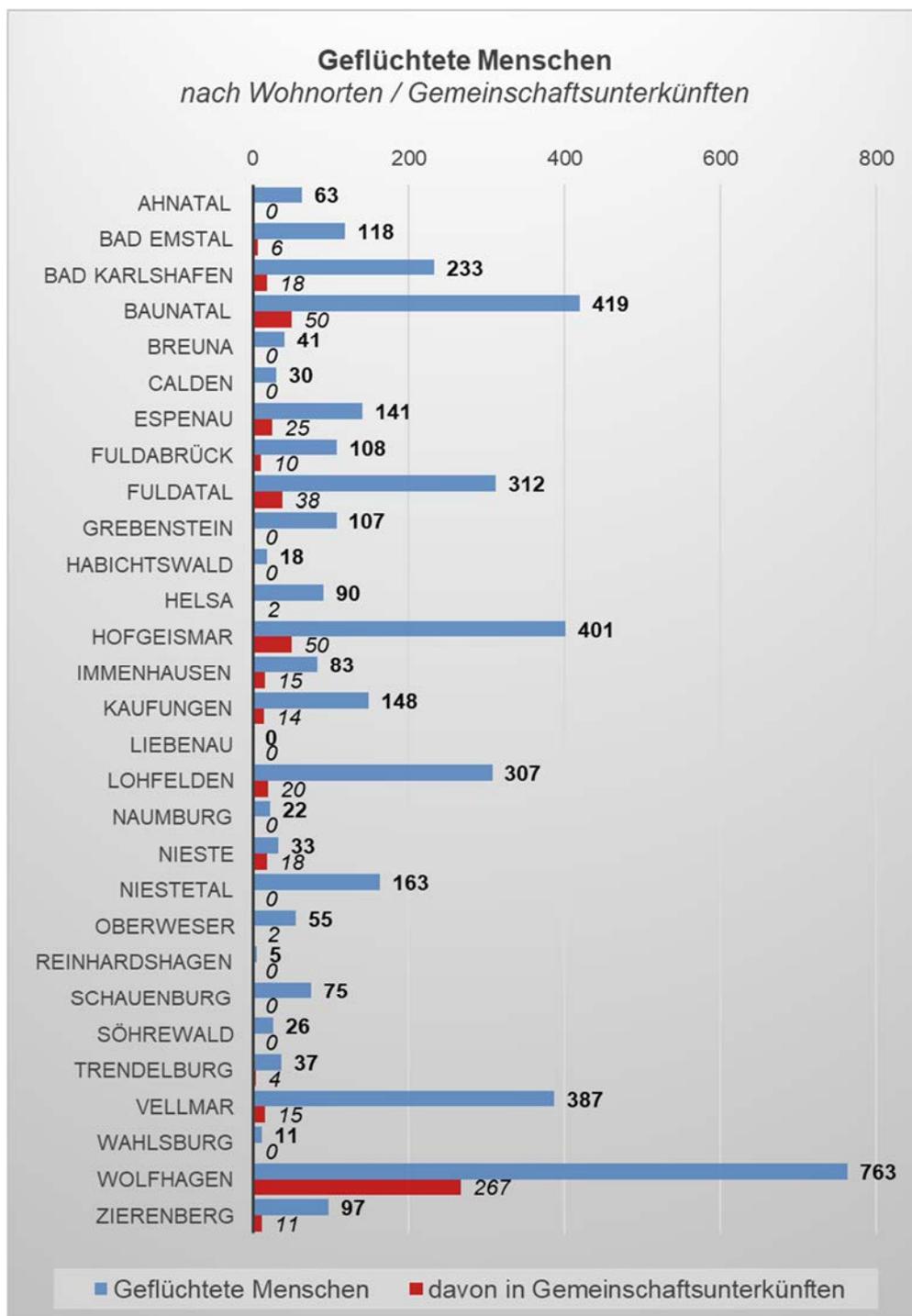


Tabelle 5-1: Geflüchtete Personen nach Unterbringungsorten (Stand 31.12.2017)  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Die Aufgabe des Landkreises Kassel besteht darin, den Flüchtlingen eine menschenwürdige Unterkunft zur Verfügung zu stellen, die notwendige Betreuung zu gewährleisten und ihren Lebensunterhalt durch die Gewährung von finanziellen Leistungen zu sichern. Der Landkreis Kassel ist dabei auf die Mitwirkung der kreisangehörigen Kommunen und der engagierten Bürger/innen vor Ort angewiesen. Neben der Er-

richtung von Gemeinschaftsunterkünften (GUs) ist der Landkreis Kassel bemüht, Flüchtlingen, deren Bleiberecht positiv prognostiziert wird, privaten Wohnraum zu beschaffen. Mit der Akquise von privatem Wohnraum waren zwischenzeitlich bis zu drei Mitarbeiter/innen des Landkreises betraut. Nach beachtlichen Erfolgen vor allem im Jahr 2015 war zu festzustellen, dass insbesondere die medial stark überspitzte Berichterstattung über die Geschehnisse der Kölner Silvesternacht 2015/16 erhebliche Ressentiments bei den potenziellen Vermieter(inne)n verursachte. Dies führte zu einem immer erfolgloseren Einsatz professioneller Kräfte für die Wohnungsakquise. Gute Erfolge bei der Wohnungssuche werden jedoch weiterhin vor allem über ehrenamtliche Helfer/innen und Flüchtlingspat(inn)en erzielt, die vielfach den notwendigen persönlichen Kontakt zwischen Flüchtlingen und Vermieter(inne)n herstellen.

Die besondere Herausforderung der Unterbringung von Flüchtlingen war auch Thema der Kreistagssitzung am 10.11.2014. Hierzu war in der HNA am 11.11.2014 zu lesen:

*„Der Landkreis Kassel sucht weitere Unterkünfte für Flüchtlinge, deren Zahl stark wächst. In Notunterkünften wie Turnhallen und Containern sollen die Asylbewerber aber nicht untergebracht werden. Containerlösung in Thüringen: Der Kreistag lehnt so etwas im Landkreis Kassel ab – auch wenn es schwer ist, für die steigende Zahl der Flüchtlinge Unterkünfte zu finden. Das hat der Kreistag nun bekräftigt und sich hinter die Politik des Landkreises in Sachen Flüchtlinge gestellt.“*

Die meisten Flüchtlinge benötigen während des Umzugs in eine Privatwohnung und auch in den darauffolgenden Monaten Unterstützung im Umgang mit den neuen, ungewohnten Rahmenbedingungen. Neben einer Vielzahl von engagierten ehrenamtlichen Helfer(inne)n und Pat(inn)en kümmern sich momentan vier Kolleg(inn)en des Fachdienstes Flüchtlingshilfe ausschließlich um die Betreuung von Geflüchteten in Wohnungen. Auch die Leitungen der Gemeinschaftsunterkünfte stehen ihren ehemaligen Bewohner(inne)n weiterhin mit Rat und Tat zur Seite. Im Jahr 2015 und auch noch in 2016 stieg die Zahl geflüchteter Menschen im Landkreis Kassel auf einen Höchststand von 3.674 Personen (November 2016). Die folgende Grafik zeigt die Verteilung innerhalb des Landkreises Kassel (s. Abb. 5-4).

- **Gemeinschaftsunterkünfte**  
(44 Unterkünfte)  
Anzahl: 1.348 (AsylbLG)
- **Leistungsberechtigte (AsylbLG)**  
Anzahl: 2.334
- **SGB II-Leistungsbezieher/innen**  
Anzahl: ca. 1.100

Nicht aufgeführt sind die drei vom Regierungspräsidium Gießen betriebenen Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) in Calden, Fulda und Lohfelden. Aufgrund der sinkenden Flüchtlingszahlen wird zurzeit keine EAE mehr im Landkreis Kassel betrieben.



Abb. 5-4: Verteilung der Geflüchteten im Landkreis Kassel  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales



## 5.4 Die konzeptionelle Ausrichtung der Arbeit mit Geflüchteten

### 5.4.1 Dezentrale Verteilung als Prinzip

Der Aufbau des Netzes an Gemeinschaftsunterkünften bestimmte die Arbeit des Fachdienstes „Flüchtlingshilfe“ in den Jahren 2015 und 2016 maßgeblich. Dabei ging es um die Suche nach passenden Wohnobjekten, deren Um- und Ausbau zu Unterkünften, die einem definierten Mindeststandard erfüllten, um die Suche nach geeigneten Betreuungskräften und insbesondere darum, die Akzeptanz der Bürger/innen in den Städten und Gemeinden mit zukünftigen Gemeinschaftsunterkünften zu gewinnen. Jeder Neueröffnung war daher immer eine Bürgerinformation am Ort der zukünftigen Gemeinschaftsunterkunft vorgeschaltet.

Ziel dieser Veranstaltungen waren insbesondere, den interessierten Bürger/innen realistische Einblicke in die anstehenden Integrationsaufgaben zu geben und die Betreuungs- und Integrationskonzepte des Landkreises vorzustellen. Die Versammlungen waren häufig mit ersten Aktivitäten zur Gründung von Unterstützerkreisen verbunden (s. Kap. 6). Mit der Verteilung der GUs auf möglichst viele Städte und Gemeinden verteilten sich so auch die Unterstützungsaufgaben auf eine Vielzahl von ehrenamtlichen Helfer(inne)n.

### 5.4.2 Gemeinschaftsunterkünfte

*„Die Erstaufnahme in Gemeinschaftsunterkünften bietet für Flüchtlinge die große Chance, auf Menschen mit gleichem Schicksal zu treffen und Kontakte zu schließen. Durch die intensive Betreuung der Mitarbeiter/innen vor Ort und der vielen ehrenamtlichen Helfer/innen soll es gelingen, die Flüchtlinge in ihrem neuen zu Hause willkommen zu heißen.“*

So ist im Sozialatlas 2015 zu lesen.

Mit einem Betreuungsschlüssel von 50 Geflüchteten auf eine Betreuungskraft hatte der Landkreis Kassel in den Jahren 2015/16 den Spitzenplatz bei der Intensität der Betreuung in Hessen. Eine der ersten Gemeinschaftsunterkünfte wurde in der Pommernanlage in Wolfhagen, einer ehemaligen Bundeswehrkaserne, eingerichtet. Dort stehen inzwischen insgesamt 10 Häuser mit einer Aufnahmekapazität von bis zu 850 Personen für die Unterbringung von Flüchtlingen zur Verfügung. Jedes Haus konnte zu Beginn mit zwei Betreuungskräften ausgestattet werden. Nach einer Erhöhung des Betreuungsschlüssels auf 1 zu 80, der für sämtliche Unterkünfte des Landkreises gilt und immer noch den hessischen Spitzenwert darstellt, wird jedes Gebäude der Pommernanlage von einer Hausleitung betreut. Durch den engagierten Einsatz vieler ehrenamtlicher Unterstützer/innen, zumeist organisiert über den ökumenischen Arbeitskreis Flüchtlingsarbeit der Region Wolfhagen, existiert in der Pommernanlage eine Vielzahl von Integrationsangeboten. Zudem werden durch den Landkreis eine Kinderbetreuung und wöchentliche ärztliche Sprechstunden vor Ort organisiert.

Diese Möglichkeiten stehen in den weiteren Unterkünften des Landkreises nur in geringerem Umfang zur Verfügung. Die dezentrale Verteilung dieser Einrichtungen erlaubte es jedoch in vielen Städten und Gemeinden, die Geflüchteten in einem überschaubaren Wohnumfeld anzusiedeln, so dass sowohl Geflüchtete untereinander als auch Haupt- und Ehrenamtliche sich schnell kennen lernen können. Dies vereinfacht die soziale Integration in die Wohngemeinde. So bringt jede Form der Unterbringung Vor- und Nachteile mit sich.

Die Verteilung der „Neuankömmlinge“ auf die Unterkünfte liegt im Zuständigkeitsbereich des zentral in Fulda angesiedelten „Mobilen Teams“, das zurzeit auf fünf Personen besteht. Sie nehmen die vom



Regierungspräsidium in Darmstadt zugewiesenen Geflüchteten in Empfang und verteilen sie auf die Unterkünfte. Hierbei werden neben der jeweiligen Auslastung der Gemeinschaftsunterkünfte vor allem die Herkunft, die familiären Verhältnisse und der Gesundheitszustand berücksichtigt. Das „Mobile Team“ unterstützt zudem die Hausleitungen der Unterkünfte bei allen Arten von Problemfällen, z.B. der Klärung sozialer oder disziplinarischer Fragen. Auch die Urlaubs- und Krankheitsvertretung von Hausleitungen dezentraler wird teilweise von Kolleg(inn)en des mobilen Teams übernommen.

### 5.4.3 Arbeitsintegrative Hilfen

*„Die vielen Krisenherde auf der Welt werden den Landkreis Kassel vor die große Herausforderung stellen, auch in den künftigen Jahren eine hohe Anzahl von Asylbewerberinnen/-bewerbern aufnehmen und unterbringen zu müssen. Dabei gilt es, die Potenziale der zu uns kommenden Menschen zu erkennen und entsprechend zu nutzen. Hierbei wird der Landkreis Kassel auch auf das Engagement aller Bürger/innen des Landkreises angewiesen sein. Das eigene Betreuungsangebot gilt es aufrecht zu erhalten und zu erweitern, z. B. auch durch die Möglichkeit an zusätzlicher gemeinnütziger Arbeit, an der bereits schon jetzt durch die Schaffung von Arbeitsgelegenheiten für die Asylbewerber/innen gearbeitet wird. Zudem sind Qualifizierungsmaßnahmen zur Vorbereitung auf Berufsausbildungen in Planung.“*

So war die Einschätzung aus dem Sozialatlas 2015.

Wir stellen heute fest, dass bis auf wenige Ausnahmen alle Geflüchteten in ihrem Heimatland eine Schule besucht haben. Sie haben vor allem praktische Arbeitserfahrung in verschiedensten Berufsfeldern. Formale Abschlüsse können sie jedoch zumeist nicht nachweisen. Es fehlen häufig die Dokumente, die ihre beruflichen Qualifikationen belegen. Damit ist der nahtlose Eintritt in die regelhafte Förderstruktur der Agentur für Arbeit und des Jobcenters nicht möglich.

Seit 01.01.2016 gibt es deshalb das Arbeitsmarktbüro für Flüchtlinge und Migrant(inn)en in der Arbeitsagentur Landkreis Kassel. Doch auch hier ist das Beherrschen der deutschen Sprache für die neuankommenden Geflüchteten die Zugangsvoraussetzung. Mangelnde Sprachkompetenz ist ein Ausschlusskriterium für viele Förderinstrumente.

Auch wenn aufgrund dieser Hürde nur eine geringe Zahl Geflüchteter im Landkreis Kassel die Angebote der Agentur für Arbeit nutzen konnten, so ist es doch ein erster Baustein. Aus fachlicher Sicht des Landkreises Kassel sind speziell auf die Bedürfnisse der geflüchteten Menschen angepasste Qualifizierungsbausteine notwendig, um Geflüchtete auf der Grundlage ihres Wissens und ihrer praktischen Erfahrungen weiter zu qualifizieren.

Der Landkreis Kassel hat mit seinem Integrationsmanagement im Frühjahr 2015 damit begonnen, ein Profiling zu erstellen. Es basiert auf vier Fragen, die im sogenannten Qualifizierungsgespräch die Basis für die weitere Förderung bilden:

- Wie lange haben Sie die Schule besucht?
- Haben Sie einen Beruf gelernt?
- Welche praktischen Berufserfahrungen haben Sie?
- Was wollen Sie hier bei uns in der Region Kassel tun?



#### 5.4.4 Fördermaßnahmen zur beruflichen Integration Geflüchteter durch die Arbeitsagentur

Die erste bundesweite Maßnahme der Arbeitsagentur zur Förderung Geflüchteter war **Perf** (Perspektive für Flüchtlinge), ein 3-monatiges Angebot, das aus 7 Wochen Schule und 5 Wochen Praktikum im Betrieb besteht. Dem folgten dann die Fördermaßnahmen **Perf-Ju**, die für Jugendliche bis 25 Jahren konzipiert wurde und eine **PerfHJu** speziell für junge Geflüchtete in Handwerksbetrieben.

Die aktuelle Förderstruktur sieht folgendes arbeitsintegratives Szenario vor:

Der/Die Geflüchtete soll nach seiner/ihrer Asylanerkennung im Aufnahmezentrum einen in der 1. Stufe einen Integrationskurs besuchen. Dann folgt in der 2. Stufe die Fördermaßnahme PerF und danach eine 13-wöchige Berufsorientierung für Flüchtlinge (BOF). Mit dem Einstiegsqualifizierungs-Praktikum (EQ), das minimal 6 Monate und maximal 12 Monate dauert, soll sich im optimalen Fall eine Ausbildung anschließen. Weitere Angebote wie, MabE (Maßnahmen zur Aktivierung von Beruflicher Eingliederung), AGH (Arbeitsgelegenheiten), AVGS Gutschein (Förderschein in den Arbeitsmarkt), First Step (berufsbezogene Sprachförderung), KOMBER (Sprach- und Arbeitsförderung), KOMPAS (Sprach- und Berufsorientierung) und HESSIN (Förderprogramm speziell für Frauen) werden konzipiert und angeboten. Aus der Perspektive der Agentur für Arbeit ist das erste Ziel immer der Spracherwerb im Anschluss an einen Integrationskurs und/oder DaF/DaZ Kurs (Deutsch als Fremdsprache/Deutsch als Zweitsprache) mit dem Telec Prüfungszertifikat.

Wenn ein/e Geflüchtete/r die B1-Sprachprüfung besteht und über einen Haupt- oder noch besser über einen Realschulabschluss verfügt, bzw. sein/ihr Schulabschluss in Deutschland anerkannt wird, kann es ggf. sein, dass der Berufspsychologische Service des Jobcenters noch einen weiteren Eignungstest durchführen lässt.

#### 5.5 Zu den Inhalten des Asylpakets I und II sowie dem Integrationsgesetz

In der Zusammenfassung sind Asylpaket I und II sowie das Integrationsgesetz Verschärfungen im Aufenthaltbestimmungsgesetz. Die größte Veränderung, die mit dem Asylpaket I am 23.10.2015 in Kraft getreten war, bestand darin Albanien, Kosovo und Montenegro als sog. „sichere Herkunftsstaaten“ einzustufen. Mit dem Asylpaket II vom März 2016 wurde u.a. das „beschleunigte Asylverfahren“ mit sog. besonderen Einrichtungen installiert, um das Aufnahme-, Prüf- und ggfs. Abschiebverfahren zeitlich deutlich zu verkürzen. Am 06.08.16 trat das Integrationsgesetz in Kraft, welches z.B. die Vorrangigkeitsprüfung für drei Jahre außer Kraft setzen sollte, was Geflüchteten den Zugang zum Arbeitsmarkt vereinfacht. Die Agentur für Arbeit stellte 100.000 Plätze für sog. Arbeitsgelegenheiten zur Verfügung, reduzierte die Aufwandsentschädigung von 1,05 Euro/Stunde für Geflüchtete auf 0,80 Euro/Stunde nach § 5 Asylbewerberleistungsgesetz.

In der täglichen Praxis stellte sich heraus, dass die hohen technischen Anforderungen, die ein/e deutsche/r Arbeitsplatz an den/die Mitarbeiter/in stellt, hinderlich sind. Viele Arbeitsgänge sind zertifiziert und unterliegen Normen, die man in einer langen Ausbildungsphase erlernen muss. Oft hat der/die Geflüchtete keine Zeit, erst zwei bis drei Jahre mühsam die deutsche Sprache zu erlernen, um dann im nächsten Schritt eine dreijährige Ausbildung zu besuchen. Aus finanzieller Not muss er/sie schneller Zugang zum Arbeitsmarkt erhalten und Geld verdienen. In Anbetracht dessen, dass in der Arbeitswelt 4.0 niemand mehr 30 Jahre in einem Ausbildungsberuf arbeitet, müssen aus Sicht des Integrationsmanagers des Landkreises Kassel mehr Qualifizierungsbausteine oder Ausbildungsmodule angeboten werden, so dass man in kürzerer Zeit qualifiziert wird und dynamisch am Arbeitsmarkt bleibt. Beispiel: Ein Friseur aus



Syrien möchte Männern den Bart und die Haare schneiden. Warum soll er in der Ausbildung alles über Färbemittel und Chemikalien lernen, wie man eine Dauerwelle bei der Frau anlegt und blondiert?

Die Arbeitsdichte ist sehr hoch, so hat ein/e Facharbeiter/in im praktischen Alltag kaum Zeit, eine/n Geflüchtete/n anzulernen.

Eine Besonderheit im Landkreis Kassel ist es, dass der Integrationsmanager ein Förderinstrument, den „Refugees` Day“ entwickelt hat, bei dem analog zum Boys oder Girls `Day ein/e Geflüchtete/r die Möglichkeit erlangt, für einen Tag einen deutschen Betrieb zu besuchen und die Tätigkeit kennenzulernen. Umgekehrt hat der/die Arbeitgeber/in die Möglichkeit, den/die Geflüchtete/n als Arbeitskraft zu prüfen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Kontakträume schaffen zu den wichtigsten Integrationsaufgaben zählt.

### **5.5.1.1 Integrationsangebote der Volkshochschule Region Kassel im Landkreis Kassel**

Die Volkshochschule Region Kassel hat seit ihrem Beginn Kurse im Bereich Deutsch als Fremd- /Zweit-sprache (kurz: DAF/DAZ) angeboten. In diesem Bereich sind unterschiedliche Kursarten zu finden, wie Integrationskurse, berufsbezogene Deutschkurse nach DeuFöV (Verordnung über die berufsbezogene Deutschsprachförderung), projektgeförderte Kurse als auch reguläre Kurse. Seit 2013 ist zunächst ein leichter Aufschwung, dann ab 2014 bis 2017 ein stetiger radikaler Anstieg in dem DAF/DAZ-Bereich zu verzeichnen. Im Jahr 2017 gab es insgesamt 7.157 Belegungen allein in diesem Bereich – ein Anstieg von 18 % im Vergleich zum Vorjahr.

Ein Integrationskurs ist ein vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) vorgegebener, einheitlicher Kurs zur Integration, bestehend aus einem Sprach- und einem Orientierungskurs. Der Integrationskurs umfasst ca. 700, max. 1.000 Unterrichtseinheiten (UE). Es gibt Kurse für alphabetisierte Menschen und für Analphabet(inn)en. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge übernimmt die Finanzierung des Integrationskurses für anerkannte Flüchtlinge. Darüber hinaus wird Asylbewerber(inne)n, die eine hohe Bleibeperspektive haben (momentan sind das die fünf Herkunftsländer Iran, Irak, Syrien, Somalia und Eritrea), bereits im Asylverfahren eine Teilnahme finanziert.

Die sog. berufsbezogenen Deutschkurse nach DeuFöV sollen als Anschluss an den Integrationskurs, besonders zum notwendigen Spracherwerb für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt dienen. Der Bedarf an Kursen ab A2- bzw. B1-Niveau ist in der zweiten Jahreshälfte von 2017 besonders deutlich geworden. Mit Beginn des ersten Kurses im April 2017 konnten vier weitere Kurse im Jahr 2017 durchgeführt werden.

Neben den Integrationskursen bietet die Volkshochschule Region Kassel eine Reihe von Kursen an, die teilweise auch diejenige Zielgruppe abdeckt, die primär nicht an Integrationskursen teilnehmen kann. Folgende projektgeförderten Deutschangebote konnte die Volkshochschule (VHS) Region Kassel 2017 realisieren: „MitSprache – Deutsch4U“ (Landesprogramm Hessen), „Einstieg Deutsch“ (Deutscher Volkshochschulverband, BMBF), „Erstorientierungskurse für Asylbewerber/innen mit unklarer Bleibeperspektive – EOK“ (Hessischer Volkshochschulverband, BAMF). Über AGiL laufen ebenfalls Kurse, die in Kooperation mit der Volkshochschule für den Landkreis Kassel durchgeführt werden. Dies sind z.B. „Schritt für Schritt“, „15+5“ und „15+5 grün“.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Integrationskurse am häufigsten nachgefragt werden. Die VHS Region Kassel versucht diesen Bedarf zu decken, indem sie die Anzahl der Integrationskurse stetig ausbaut. Diejenigen Projekte, die einen hohen Verwaltungsaufwand mit sich bringen, da sie unterschiedliche Förderungen und Nachweispflicht haben, nehmen einen geringeren Umfang ein.



Neben der immer noch stetig steigenden Nachfrage an Integrationskursen lassen sich auch drei weitere Trends in 2017 feststellen:

1. Es gab in den Integrationskursen eine stärkere Nachfrage an Integrationskursen für Analphabet(inn)en. So gab es im Frühjahrssemester des Jahres 742 Belegungen in diesem Bereich und im Herbst-/Wintersemester bereits 1.363 Belegungen, was einem Anstieg von 84 % entspricht. Ebenso ist ein Anstieg an Anschlussmöglichkeiten nach Integrationskursen feststellen. So gab es im Frühjahrssemester 2017 lediglich einen DeuFöV-Kurs mit 24 Belegungen. Im Herbst-/Wintersemester folgten vier Kurse mit insgesamt 80 Belegungen – das Angebot hat sich folglich mehr als verdreifacht.
2. Festzustellen war auch, dass viele Teilnehmer/innen Wiederholungs- bzw. Festigungsbedarf für das Sprachniveau A2-B1 hatten. Die DeuFöV-Kurse, die ursprünglich ein B1-Niveau voraussetzen, wurden so angepasst, dass sie bei einem A2-Niveau ansetzen. Auch ist erstmals ein C1-Kurs für Anfang 2018 geplant.
3. Die projektgeförderten Kurse sind immer noch nachgefragt und gut ausgelastet. Besonders für Asylbewerber/innen aus Herkunftsländern mit geringer Bleibeperspektive, abgelehnte Asylbewerber/innen oder Geduldete, die sämtlich keinen Anspruch auf einen Integrationskurs haben, haben diese Kurse eine hohe Bedeutung.

- **talentCAMPus-Projekte**

Die Volkshochschule Region Kassel führt seit 2013 sog. „talentCAMPus-Projekte“ durch, die über den Deutschen Volkshochschul-Verband (DVV) und vom BMBF gefördert werden. In dem Ferienbildungsprogramm „talentCAMPus Ferien“, welches Bildungsangebote mit kulturellen Angeboten für Kinder und Jugendliche von 10 bis 18 Jahren in den Ferien verbindet, sind viele neuzugewanderte Kinder bzw. Kinder mit Migrationshintergrund beteiligt. Speziell für die Zielgruppe der Neuzugewanderten wurden zwei neue Varianten des talentCAMPus hinzugefügt. Zum einen ist dies der „talentCAMPus plus“, der als Übergang für Kinder dient, die nicht direkt einen Schulplatz haben. Er verbindet Deutschunterricht mit kulturellen Angeboten. Zum anderen ist das der „talentCAMPus 18plus“, der das gleiche Konzept für geflüchtete junge Erwachsene öffnet. In 2017 fanden drei Kurse dieser Art mit einer Belegung von insg. 69 Teilnehmer(inne)n statt.

- **Bildungskoordination**

Die „Kommunale Koordinierung der Bildungsangebote für Neuzugewanderte“ ist die zentrale Koordinierungsstelle für Angebote, Akteur(inne)n, Themen und Fragen bezüglich der Bildung von Neuzugewanderten im Landkreis Kassel. Seit Juni 2016 sind für die Bildungskoordination zwei Stellen eingerichtet worden. Diese sind bei der Volkshochschule Region Kassel angesiedelt. Ziel ist es vor allem, Transparenz in die Bildungslandschaft für Geflüchtete zu bringen. Dies soll zur optimalen Nutzung von Angeboten und zur Vernetzung beitragen. Den Neubürger(inne)n des Landkreises Kassel werden damit Bildungsmöglichkeiten eröffnet als auch Bildungsübergänge erleichtert.

### 5.5.1.2 Sozialintegrative Hilfen

Ob und wie Integration gelingt, hängt wesentlich von der Aufnahmebereitschaft der einheimischen Bevölkerung ab. Häufig werden aus Bewohner(inne)n von Flüchtlingsunterkünften Nachbarn in den Städten und Gemeinden des Landkreises Kassel. Dabei war und ist es angesichts der Ressentiments und Vorurteile gegen die Geflüchteten nicht selbstverständlich, dass sich mit jeder neuen GU auch ein neuer Unterstützerkreis gebildet hat. In den Spitzenzeiten der Zuweisungen konnten über 900 Ehrenamtliche im



Landkreis Kassel gezählt werden. Dies geschah zu einer Zeit, in der die Diskussionen über die „Flüchtlingswelle“ und die Nachrichten über das angeblich hohe Kriminalitätspotenzial der einreisenden jungen Männer aus vorwiegend muslimischen Ländern zu einer allgemein spürbaren Verunsicherung beitrug. Auch medial aufbereitete negative Vorkommnisse, wie z.B. die bereits angesprochene Silvesternacht 2015/16 trugen dazu bei.

Es war die spontane Hilfsbereitschaft vieler Menschen in den aufnehmenden Kommunen und ihre Fähigkeit, die Problemlagen differenziert zu beurteilen, die Skepsis und Ängste überwinden ließen. Auch die vielen positiven persönlichen Erfahrungen, die mit den Neuankömmlingen vor Ort gemacht wurden, trugen mehrfach dazu bei, die negative Stimmung zu überwinden. In vielen Orten herrschte die Meinung vor: *„Wenn die Flüchtlinge kommen, gehen die Ängste“*. Man stellte fest, dass nicht „die Flüchtlinge“ kamen, sondern Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen, die Flucht und Vertreibung zur Folge hatten, und mit der Hoffnung auf ein sichereres Leben als im Herkunftsland.

Die Integrationsarbeit durchlief und durchläuft verschiedene Phasen. War es zu Beginn der Einreise entscheidend, Räume für Begegnung und zum Kennenlernen zu schaffen, so kamen mit den Anerkennungs- und Verwaltungsverfahren neue Aufgaben und Probleme auf Geflüchtete und ihre ehren- und hauptamtlichen Unterstützer/innen zu. Der Aufbau persönlicher Kontakte war für viele Asylsuchende und Asylantragsteller/innen eine entscheidende Voraussetzung, um die nächsten Integrationsanforderungen bewältigen zu können.

In sämtlichen Unterstützernetzen bildeten sich ähnliche, bedarfsorientierte Hilfsangebote heraus. Neben dem Erlernen der deutschen Sprache bedurften vor allem Anforderungen zur Bewältigung des ungewohnten, neuen Alltags einer intensiven Unterstützung. Sei es der tägliche Einkauf und der energieeffiziente Umgang mit der Heizung, das Mülltrennen, die Hausaufgabenhilfe, die Integration in Sportvereine, die Begleitung bei Behördengängen und Arztbesuchen oder auch die Hilfe bei Übersetzungen. Die Mitarbeit der Unterstützernetze beschleunigt die Integration in die Bevölkerung und erleichtert es den Geflüchteten, sich in einem für sie fremden Land zurechtzufinden, um letztlich den Schritt in die eigene Wohnung zu wagen. Dabei soll nicht verschwiegen werden, dass auch noch im Jahr 2017 vielen Unterstützernetzen die Anforderungen der Verwaltung und die bürokratischen Hürden unüberwindbar erscheinen. Ohne die vielen hochengagierten Helfer/innen, die zum Teil als „Flüchtlingspat(inn)en“ agieren, ist auch in Zukunft eine gelingende Integration kaum denkbar.

## **5.6 Die psychosoziale Dimension im Integrationsprozess**

Die Bilder der Geflüchteten auf ihrem Weg nach Deutschland aus den Jahren 2015/16 sind noch in Erinnerung und die damit verbundenen traumatischen Erfahrungen belasten viele Betroffene noch heute. Daraus resultieren zum Teil Verhaltensauffälligkeiten wie Abschottung oder auch Aggression, deren Ursachen sich dem Laien entziehen, und eher zur Verunsicherung und auch zur Abwehr Anlass geben.

Für den Landkreis Kassel war dies Anlass, zwei dezentrale Informationsveranstaltungen für Haupt- und Ehrenamtliche in der Flüchtlingshilfe anzubieten. Der ehemalige Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bad Emstal, Prof. Dr. Franz, konnte für diese Thematik gewonnen werden. Es wurden drängende Fragen behandelt: Wie fluchtbedingte psychische Auffälligkeiten den Alltag belasten, wie sie den Integrationsprozess behindern, was beim Umgang mit Betroffenen förderlich oder hinderlich ist, wann diese Auffälligkeiten psychiatrischer Intervention bedürfen und auch, wer diese fachlichen Hilfen anbietet. Nach aktuellen Erkenntnissen sind ca. 1/3 aller Geflüchteten mehr oder weniger intensiv psychisch belastet. D.h., dass ca. 1.000 der im Landkreis Kassel lebenden Geflüchteten betroffen sind.



Eine Reaktion auf diesen erheblichen Hilfebedarf ist die Errichtung eines Psychosozialen Zentrums in Nordhessen, das seine Arbeit im November 2017 aufnahm. Es ist eines von insgesamt vier Zentren in Hessen. Seine Aufgabe umfasst die Diagnostik psychiatrischer Problemlagen Geflüchteter und die Steuerung von Hilfsangeboten in enger Abstimmung mit dem Gesundheitsamt Region Kassel.

## 5.7 Fördermaßnahmen des Landes Hessen zur Integrationsarbeit

Dieser sich wandelnde Bedarf zur persönlichen Unterstützung beschränkt sich natürlich nicht auf den Landkreis Kassel. Es sind bundesweite Entwicklungen, und auch die Politik hat dieses unverzichtbare Potenzial der Ehrenamtlichen erkannt. Es wurden Fördermaßnahmen zur Unterstützung der Integrationsarbeit entwickelt, die auch der Landkreis Kassel nutzt.

Zu nennen ist hier zum einen das sog. **Ehrenamtsbudget**, das über die hessische Staatskanzlei zur Verfügung gestellt und seit November 2016 eingesetzt wird. Für die Arbeit der Unterstützergemeinschaften stehen jährlich 20.000 Euro zur Verfügung. Es wird u.a. für die Anschaffung von Schulungsmaterial, Ausflüge, gemeinsame Feiern oder die Gestaltung von Gemeinschaftsräumen aufgewendet.

Vom hessischen Sozialministerium wurde zudem das sog. **WIR-Programm** aufgelegt, aus dem durch den Landkreis Kassel ebenfalls Mittel zum gezielten Auf- und Ausbau eines Hilfenetzwerks beantragt wurden. Über dieses Programm wurde die Stelle eines „WIR-Koordinators“ geschaffen, der Angebote und Bedarfe in der Hilfe für Geflüchtete abgleicht und die verschiedenen Kooperationspartner/innen vernetzt. Zudem wurde die Stelle des „WIR-Fallmanagers“ eingerichtet. Er nimmt die Funktion eines Ehrenamtskoordinators wahr. Die Unterstützung und Förderung der ehrenamtlichen Flüchtlingshilfe ist dabei seine zentrale Aufgabe. Schließlich finanziert der Landkreis aus den WIR-Fördermitteln des Landes Hessen eine Koordinationsstelle für den Aufbau eines **Integrationspatenprojektes**. Hierbei unterstützen Pat(inn)en einzelne Flüchtlinge oder Flüchtlingsfamilien individuell auf ihrem Weg zur gesellschaftlichen Integration. Das Projekt wird von Schulungsveranstaltungen und einer geringen Aufwandsentschädigung für die Pat(inn)en flankiert. Aus diesen Bausteinen konnte ein Integrationsmanagement entwickelt werden, das die berufliche und soziale Integration der Neubürger/innen fokussiert. Mit der inhaltlichen und personellen Aufgabenzuschreibung kann das Integrationsmanagement auf rasche Veränderungen bestehender Rahmenbedingungen reagieren, die u.a. durch Rechtskreiswechsel (vom AsylLG zum SGB II), oder durch neue und veränderte Förderbedingungen entstehen.

Mit der Förderung von Patenschaften zwischen neu Zugewanderten und der einheimischen Bevölkerung hat der Landkreis Kassel bereits auf sich verändernde Bedarfslagen reagiert. Es braucht jedoch die Unterstützung durch ein entwickeltes professionelles Hilfenetzwerk, damit die patenschaftliche Unterstützung nachhaltig Wirkung zeigen kann.

### 5.7.1 Arbeitsprojekte in Kooperation mit ehrenamtlichen Helfer(inne)n

Mit den Aktivitäten der Unterstützergemeinschaften und den Hausleitungen der GUs wurden Arbeits- und Lernprojekte entwickelt, an denen Flüchtlinge freiwillig und nach Interesse – unabhängig vom Status und Herkunftsland – teilnehmen können. Drei dieser Arbeits- und Lernprojekte existieren in Wolfhagen bis heute: das Gartenbauprojekt, das Nähgruppenprojekt und das Fahrradwerkstattprojekt. Insbesondere entstanden in mehreren Unterstützergemeinschaften Fahrradwerkstätten. Dabei ging es den Unterstützergemeinschaften nicht nur darum, die Mobilität durch Nutzung eines eigenen Fahrrads zu verbessern, sondern auch durch die eigenhändige Reparatur den Wert dieser Spende zu erkennen. Neben der gemeinsamen praktischen Tätigkeit steht bei diesen Projekten der en passant erzielte Spracherwerb im Vordergrund.



### 5.7.2 Erfahrungen, Einschätzungen und Erwartungen aus den Unterstützerkreisen

Die Betreuungsanforderungen verändern sich. Häufig bleibt nur noch die Zeit zur Bewältigung von konkreten Alltagsproblemen. Dadurch treten gemeinsame Aktivitäten in den Hintergrund. Pat(inn)en formulieren den Wunsch nach Austausch und gemeinsamen Aktivitäten. In der Realität steht aber diesem Wunsch die alles überlagernde Unterstützung bei der Bewältigung bürokratischer Hindernisse im Wege. Auch, um wieder mehr Zeit für gemeinsame Aktivitäten zu bekommen, wird der Wunsch nach fachlicher Unterstützung durch die Behördenmitarbeiter/innen als auch fachlichem Austausch zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen formuliert. Fachliche Spezialisierungen und feste dezentrale Beratungsangebote für Geflüchtete könnten aus Sicht der Unterstützer/innen alle Beteiligten entlasten.

Ein Teil der Pat(inn)en arbeitet mit den Geflüchteten ohne die Anbindung an den örtlichen Unterstützerkreis. Diese Nachbarschaftshilfen, die zu persönlichen Freundschaften reifen, sind Ausdruck gelungener sozialer Integration. Obwohl aus den Unterstützerkreisen die zunehmende Überforderung als Grund für die kleiner werdende Unterstützerzahl genannt wird, entstehen immer wieder neue Gemeinschaftsinitiativen. Hilfreich sind dabei auch die über den Landessportbund geförderten **Sport-Coaches**. Sie kümmern sich um die Anbindung der Geflüchteten an die heimischen Sportvereine. Diesem Fördererprogramm haben sich aktuell zehn Städte und Gemeinden angeschlossen, in denen Gemeinschaftsunterkünfte existierten oder existieren. Über einen sog. Koordinator wird die kreisweite Kooperation der Sportförderung für Geflüchtete angestrebt. Die verschiedenen Fördermaßnahmen wie

- das Ehrenamtsbudget
- der Ehrenamtskoordinator
- der Fallmanager in der Flüchtlingshilfe
- die Sport-Coaches
- die Bildungskoordinatoren der Volkshochschule und
- die Projektmittel

tragen zur Entlastung der aktiven Ehrenamtlichen bei und helfen, ehemalige Helfer/innen wiederzugewinnen. Ein weiterer Baustein zur Unterstützung der ehrenamtlich Tätigen ist das bereits erwähnte Patenschaftsprojekt, in dem Schulungen angeboten werden und ein Austausch zwischen den Pat(inn)en stattfindet.



## 6 Menschen im Ehrenamt

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

Dort, wo mangelnde Teilhabemöglichkeiten die Integration in Gemeinschaft zu verhindern drohen, finden wir Formen bürgerschaftlichen Engagements. Wir finden dies etwa bei der Hausaufgabenbetreuung für benachteiligte Kinder aus sog. prekären Familienkonstellationen, bei jungen Menschen, die der Hilfe und Orientierung auf dem Weg in eine berufliche Zukunft bedürfen, bei der großen Zahl von älteren Menschen, die ihrem Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben im Alter nicht ohne Unterstützung realisieren können und den vielen Menschen, die vor Flucht und Vertreibung im Landkreis Kassel auf ein neues Zuhause hoffen.

Die Gewichtungen ehrenamtlicher Arbeit unterliegen einem ständigen Wandel. Freiwilligenarbeit ist Ausdruck der Übernahme persönlicher Verantwortung und damit eine konstruktive Antwort der Zivilgesellschaft auf die Bewältigung gesellschaftlicher Probleme. Ihr Engagement findet in der Regel im unmittelbaren Wohnumfeld, als Nachbarschaftshilfe und in der gemeinsamen Arbeit mit Gleichgesinnten statt. Ihr Ziel ist es, die gesellschaftliche Teilhabe und Integration der Menschen zu fördern, die ohne persönliche Hilfen von sozialer und beruflicher Ausgrenzung bedroht sind. Nicht zuletzt sind diese ehrenamtlichen Helfer/innen unverzichtbare Partner/innen in der kommunalen Daseinsvorsorge.

### 6.1 Der Freiwilligensurvey

Der deutsche Freiwilligensurvey (FWS) wird seit 1999 alle fünf Jahre als repräsentative Befragung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführt. Somit liegen aktuellste Ergebnisse aus der umfassendsten und detailliertesten Erhebung zum Ehrenamt aus dem Jahr 2014 vor.

Im Rahmen des Freiwilligensurveys werden in Deutschland Personen ab 14 Jahren zum freiwilligen Engagement bzw. zur Bereitschaft zum Engagement detailliert befragt. Der gesamte Freiwilligensurvey wird von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet. Die Befragung selbst hat im Jahre 2014 das Institut für angewandte Sozialwissenschaft (Infas) durchgeführt. Als Grundlage diente ein gegenüber den vorherigen Befragungen erweiterter Fragenkatalog, um insbesondere sich wandelnde Formen des Engagements und die Unterschiede zwischen Engagierten und nicht engagierten Personen näher beschreiben zu können. Ebenso wurden bei der jüngsten Erhebung Menschen mit Migrationshintergrund einbezogen.

Nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über den Ablauf der telefonischen Befragung im Freiwilligensurvey 2014 (s. Abb. 6-1).

### Ablauf der telefonischen Befragung im Freiwilligensurvey 2014



Abb. 6-1: Ablauf der telefonischen Befragung im Freiwilligensurvey 2014  
Quelle: Institut für angewandte Sozialwissenschaft (Infas)

Die Zahl der befragten Personen hat sich ständig erhöht: 2014 wurden 28.690 Personen (davon in Hessen 1.608) befragt (2009: 20.005; 2004: 15.000; 1999: 14.922). Die Befragung von 2014 erfolgte in 30-minütigen Telefoninterviews, zu 70,8 % über Festnetznummern und zu 29,2 % über Mobilfunknummern, welche 2014 erstmals einbezogen wurden.

Die Ergebnisse aus der Befragung sind im Freiwilligensurvey 2014 auf insgesamt 644 Seiten ausführlich dargelegt. Daher sind in diesem Rahmen hier lediglich die zentralen Ergebnisse des Freiwilligensurveys 2014 zusammenzufassen:

- Im Jahr 2014 sind 43,6 % der Bevölkerung ab 14 Jahren freiwillig engagiert – das entspricht 30,9 Millionen Menschen. In den letzten fünfzehn Jahren ist die Engagementquote um insgesamt knapp zehn Prozentpunkte angestiegen
- Etwa ein Drittel aller Engagierten übt die freiwillige Tätigkeit seit mehr als zehn Jahren aus
- Die meisten Menschen engagieren sich im Bereich Sport, Bewegung: 16,3 %, es folgen die Bereiche Schule, Kindergarten mit 9,1 % und Kultur, Musik mit 9,0 %.

Die Beteiligung unterscheidet sich zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen:

- Frauen engagieren sich mit 41,5 % anteilig etwas seltener als Männer mit 45,7 %.
- In den Altersgruppen der 14- bis 29-Jährigen (46,9 %) und der 30- bis 49-Jährigen (47 %) liegen die Anteile der freiwillig Engagierten am höchsten
- Personen mit hoher schulischer/beruflicher Ausbildung engagieren sich zu deutlich größeren Anteilen (52,3 %) als Personen mit niedrigem Bildungsniveau (28,3 %).



Informelle Unterstützung im sozialen Nahraum ist eine weitere Form zivilgesellschaftlichen Handelns von hoher Bedeutung, die das freiwillige Engagement ergänzt:

- Zwei Fünftel der Wohnbevölkerung im Alter von mindestens 14 Jahren leisten informelle Unterstützung für Nachbar(inne)n, Freund(inn)e/n u.a.
- Informelle Unterstützung umfasst Hilfeleistungen, Betreuung und Pflege nichtverwandter Personen außerhalb des eigenen Haushaltes.

Engagierte verwenden heute weniger Zeit auf ihr Engagement als vor fünfzehn Jahren:

- 58,1 % der Engagierten engagieren sich bis zu zwei Stunden pro Woche (1999: 50,2 %; 2009: 55,4 %)
- Der Anteil der Engagierten, die wöchentlich sechs Stunden und mehr aufwenden, sank zwischen 1999 und 2014 leicht (1999: 22,9 %; 2014: 18,1 %).

Die Anteile Engagierter unterscheiden sich zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, aber auch bei den Menschen mit Migrationshintergrund:

- Unter Menschen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren sind und die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, ist der Anteil der Engagierten mit 43,2 % ähnlich hoch wie bei den Menschen ohne Migrationshintergrund (46,8 %)
- Der Anteil der Engagierten unter Menschen mit Migrationshintergrund, die zwar in Deutschland geboren sind, aber keine deutsche Staatsangehörigkeit haben, ist mit 31,1 % geringer.

Engagement findet nach wie vor am häufigsten in Vereinen und Verbänden statt:

- Über die Hälfte der Engagierten ist im Rahmen dieser Organisationen freiwillig tätig, gefolgt von Engagement in individuell organisierten Gruppen, Kirchen und religiösen Vereinigungen sowie kommunalen oder staatlichen Einrichtungen
- Über ein Viertel aller Engagierten hat eine Leitungs- oder Vorstandsfunktion, wobei auch im Jahr 2014 Männer immer noch deutlich häufiger eine Leitungs- und Vorstandstätigkeit ausüben als Frauen. Anteilig an allen Engagierten nimmt die Leitungs- und Vorstandstätigkeit seit 15 Jahren kontinuierlich ab.

Freiwilliges Engagement ist in Deutschland regional ungleich verteilt:

- In städtischen Regionen liegt der Anteil der freiwillig Engagierten mit 42,7 % deutlich unter dem Anteil in ländlichen Kreisen (45,5 %). In Regionen mit niedriger Arbeitslosigkeit ist der Anteil freiwillig Engagierter höher als in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit
- In Westdeutschland beträgt die Engagementquote 2014 insg. 44,8 % und in Ostdeutschland 38,5 %. Im Zeitvergleich stieg seit 1999 ist die Engagementquote in den neuen Ländern (inklusive Berlin) um insg. 10,6 %, in den alten Ländern um 9,1 %.

Die Bereitschaft, sich künftig zu engagieren, ist groß. Heute ist mehr als jede zweite nicht-engagierte Person bereit, sich zukünftig zu engagieren.



## 6.2 Das „Bürgerschaftliche Engagement“ im Wandel

Die Dimensionen des gesellschaftlichen Wandels zeigen sich umfassender, als es auf den ersten Blick erscheint. Neben der Globalisierung, dem Klimawandel und der Digitalisierung sind es drei Wandlungsbereiche, die sich auf uns alle und damit auch auf das Engagementverhalten insgesamt auswirken:

- der **kulturelle** Wandel, mit dem Individualisierung, Autonomiestreben, aber auch Wertewandel und Traditionsbruch einhergehen
- der **soziale** Wandel, der uns freier, mobiler und unabhängiger aber auch heterogener macht;
- nicht zuletzt der **demografische** Wandel, der uns insgesamt älter macht und uns weniger und bunter werden lässt.

Aus dem demografischen, kulturellen und sozialen Wandel ergeben sich zahlreiche gesellschaftliche Herausforderungen. Sie lassen sich nur durch ein umfassendes, offenes und wertschätzendes Zusammenwirken von Bürger(inne)n und Staat gestalten. Dabei zeigt sich gerade an den aktuellen Herausforderungen der Flüchtlingsthematik, dass Deutschland über eine lebendige und innovative Zivilgesellschaft verfügt. Dies bestätigt den Trend, der auf eine Zunahme des Engagements in seinen verschiedenen Ausprägungen verweist.

Viele Studien neben dem Freiwilligensurvey bestätigen eine Zunahme des freiwilligen Engagements. Die unterschiedlichen Untersuchungen bilden die Vielfalt gesellschaftlicher Verantwortungsübernahme jedoch längst nicht vollständig ab. Engagement findet in formalen und informellen Formen statt, in homogenen und heterogenen Gruppen, zwischen Mitsprache und Mittun, bewahrenden und innovativen Tätigkeiten, Geselligkeit und gesellschaftlichen Aufgaben.

Im Folgenden wird unter Begriff „Zivilgesellschaft“ allgemein ein Bereich verstanden, in dem freiwillige Vereinigungen (Vereine), Stiftungen, Nonprofit-Organisationen oder auch Nichtregierungsorganisationen tätig sind. Der Übergang zu **sozialen Bewegungen** ist dabei fließend, da Bewegungen zivilgesellschaftliche Organisationen umfassen, aber als solche keine Organisationen sind. Ziele und Zwecke zivilgesellschaftlicher Akteur(inn)e/n können auf allgemeingesellschaftliche Probleme wie auch auf Anliegen und Bedürfnisse spezieller Gruppen gerichtet und lokaler, regionaler oder internationaler Natur sein.

Gemeinnützige Einrichtungen wie **Stiftungen, Genossenschaften, GmbHs** sowie Vereine, Verbände und Initiativen als freiwillige Vereinigungen übernehmen Aufgaben in einem äußerst breiten Tätigkeitsrahmen: Solche Einrichtungen informieren über Menschenrechtsverletzungen oder Umweltschädigungen, helfen Opfern von Naturkatastrophen, organisieren Armenküchen, betreiben Krankenhäuser und Kindergärten, markieren Wanderwege oder ermöglichen Sporttreiben von Aerobic bis Fußball. Das konkrete Engagement von Bürger(inne)n bezieht sich dabei auf ein weites Feld gesellschaftlicher Probleme und Bedürfnisse, es dient **karitativen** oder politischen Anliegen wie auch der Freizeitbereicherung. Es findet in traditionsreichen Organisationen ebenso statt wie in mitunter nur befristeten sozialen Bewegungen. Es geht also um die Schaffung bzw. Erbringung gemeinwohlorientierter Güter und Leistungen (z.B. Tafeln für Bedürftige (s. Kap.9.4.4), Hospizbewegung), wie um die Einflussnahme auf die öffentliche Meinung durch die Beteiligung an Debatten, Protesten und anderen öffentlichkeitswirksamen Aktionen (Leserbriefe, Partei-, Gewerkschafts- oder Bürgerinitiativenengagement).



### **6.2.1 Zivilgesellschaftliche Ansätze gewinnen immer mehr an Bedeutung**

Man kann insgesamt feststellen, dass sich die Felder des Engagements, über die Bürger/innen, Politik und Gesellschaft mitgestalten, verschieben bzw. sich verändern. So sind beispielsweise die Mitgliedschaften in Parteien und Gewerkschaften seit mehr als zwanzig Jahren rückläufig. Auch die Mitgliedsorganisationen der Kirchen verlieren an Reichweite. Demgegenüber steht die Entwicklung der Zivilgesellschaft. Das freiwillige Engagement in und jenseits der organisierten Zivilgesellschaft hat vielmehr im selben Zeitraum beträchtlichen Aufschwung erfahren. Auch dies ist ein Ergebnis, das der Freiwilligensurvey 2014 darlegt.

Im Jahr 2016 überstieg die Zahl der eingetragenen Vereine in Deutschland erstmals die Schwelle von 600.000. Doch nicht nur die Zahl der Organisationen stieg, sondern auch die Zahl der Mitglieder in vielen Organisationen. Immerhin ein Drittel der Organisationen gibt an, heute mehr Mitglieder zu haben als im Jahr 2012. Betrachtet man dabei die Entwicklung der eingetragenen Vereine (e.V.) im Vereinsregister, so kann festgestellt werden, dass in 2013 die Zahl der gelöschten Vereine in Höhe von 10.512 von der Zahl der deutschlandweit 15.084 neu eingetragenen Vereine übertroffen wird. In 1995 standen noch 22.042 neu eingetragenen Vereinen nur 4.448 aus dem Vereinsregister gelöschte Vereine gegenüber.

Allen Thesen vom Vereinssterben zum Trotz: die Zivilgesellschaft wächst. Es gibt heute mehr gemeinnützige Organisationen als im Jahr 2012. Mit einer Zahl von mehr als 600.000 ist der Verein immer noch die dominante Rechtsform. Aber nicht nur die Anzahl der Vereine steigt, auch ihrer Größe nach zeichnet sich ein Wachstum ab. Nur ein kleiner Teil der Vereine gibt an, dass die Zahlen der Mitglieder und der Engagierten rückläufig seien.

Während einerseits ältere Organisationen sich größtenteils als eine Gemeinschaft von gleichgesinnten Akteur(inn)en wahrnimmt, steigt andererseits in den jüngeren Organisationen der Anteil jener, die sich auch als engagierte Menschen der politischen Willensbildung oder als Interessenvertreter/innen begreifen.

Eine weitere bisher wenig beachtete Entwicklung zeigt sich bei sog. Fördervereinen. Fördervereine sind interessanter Weise eines der am stärksten wachsenden Bereiche unter gemeinnützigen Organisationen. Besonders häufig treten Fördervereine in den Handlungsfeldern Bildung/Erziehung und Kultur/Medien auf. Da Fördervereine Projekte und Einrichtungen oftmals finanziell unterstützen, gelten sie vielfach als Einrichtungen für Geldsammlungen. Dieser sehr vordergründige Zweck mag auch Grund dafür sein, dass sie in der Zivilgesellschaftsforschung bislang mehr oder weniger vernachlässigt wurden. An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, dass sich nicht alle Fördervereine ihre Aufgaben in der finanziellen Förderung einer Einrichtung sehen.

### **6.2.2 Vereine sind immer noch tragende Säulen**

Bürgerschaftliches Engagement ist durch ihre gemeinnützigen Organisationen eine tragende Säule in unserer Gesellschaft, was in einer Vielzahl von politischen Reden landauf und landab immer wieder betont wird. Nach wie vor arbeitet der überwiegende Teil der Organisationen (72 %) ohne bezahlte Beschäftigte, also auf rein ehrenamtlicher Basis, auch wenn der Anteil seit 2012 leicht gesunken ist. Über Rückgänge bei den freiwillig bzw. ehrenamtlich Engagierten klagen jedoch verstärkt insbesondere Sport und Freizeitvereine. Unter anderem deshalb, weil sich immer mehr Menschen informell engagieren, ist vermehrt von der Sorge zu hören, dass nicht mehr hinreichend Mitglieder und freiwillig Engagierte für Vereine zur Verfügung stünden. Damit setzt sich ein Trend fort, der sich bereits seit einigen Jahren abzeichnet.



### 6.2.3 Örtliche Freiwilligenzentren unterstützen Vereine und Organisationen

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

Zunehmend muss festgestellt werden, dass die Flexibilisierung des Arbeitslebens und starke Umbrüche im sozialen Umfeld ein dauerhaftes bzw. langfristiges Engagement erheblich erschweren. Daraus resultieren vermehrt Hinweise darauf, dass am Engagement interessierte Menschen sich weniger stark binden wollen bzw. selbstbestimmter ehrenamtliche Arbeit leisten möchten, indem sie jederzeit wieder aus dem gewählten Engagement aussteigen können. Dies benachteiligt in verstärktem Maße Projekte und Engagements, die ein längerfristiges Mitmachen erfordern. Insbesondere Freiwilligenagenturen bzw. -zentren reagieren seit geraumer Zeit darauf mit der Schaffung von Angeboten, die ein punktuelles bzw. befristetes Engagement dieser Personengruppe ermöglichen. So organisiert beispielsweise das Freiwilligenzentrum Kassel jährlich einen regionalen Freiwilligentag, der freiwillig Engagierten und Interessierten in Nordhessen eine gute Möglichkeit bietet, sich einmalig und ohne weitere Verpflichtungen für einen guten Zweck einzusetzen. Das Kasseler Freiwilligenzentrum selbst war Vorreiter der Idee, einen Freiwilligentag zu organisieren und durchzuführen. Inzwischen finden überall in Deutschland und in benachbarten Ländern, wie beispielsweise in Österreich Freiwilligentage statt. Seit 2002 konnten im Rahmen von bisher 16 Freiwilligentagen in der Kasseler Region in rd. 480 Projekten mit mehr als 5.000 Freiwilligen Gutes vollbracht werden.

Weitere Arrangements, die ein punktuelles bzw. begrenztes Engagement ermöglichen, wie beispielsweise der „Social Day“ für Unternehmen spielen in den Angeboten der Freiwilligenzentren eine immer größere Rolle. Insgesamt unterstützen Freiwilligenzentren betreffende Vereinen und Organisationen, sich auf veränderte Engagementverhalten einzustellen und organisatorisch darauf gezielt zu reagieren.

### 6.2.4 Verstärktes Engagement für und mit Menschen mit Migrationshintergrund

Ein weiterer interessanter Aspekt ist, dass gemeinnützige Organisationen verstärkt wichtige Beiträge zur sozialen Integration von Bürger(inne)n mit Migrationshintergrund leisten. Die wohl einfachste Möglichkeit, Integration in die Gesellschaft zu befördern, ist die Bereitstellung der unterschiedlichen Organisationen von zielgruppenspezifischen Angeboten und Leistungen. Gerade in der Hilfe für Geflüchtete haben sich viele Organisationen engagiert. Zudem wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Migrant\*innenorganisationen gegründet. Hinsichtlich der Öffnung der Organisationen besteht jedoch noch Potenzial, zumal nach wie vor ein Großteil bestehender Organisationen sich eher als homogene Gruppe sieht. Derzeit gelingt es eher einem geringeren Teil der Migrant\*innenorganisationen, Menschen mit aktuellem Fluchthintergrund zu gewinnen.

Wenn sich der Schwerpunkt der Ehrenamtsarbeit auf die Unterstützung geflüchteter Menschen konzentriert, so ist dies ein Ausdruck der aktuellen Bedarfslage. Davon zeugt die Unterstützung durch hunderte ehrenamtlicher Helfer/innen. Ohne ihr Engagement würde der Weg zur sozialen und beruflichen Integration für viele geflüchtete Menschen deutlich schwieriger und langwieriger werden.

Im Kapitel fünf „Geflüchtete Menschen im Landkreis Kassel“ wird diese Integrationsleistung beschrieben. Die großen Herausforderungen, die im Jahr 2015 mit dem Zuzug von über 2.000 geflüchteter Menschen zu bewältigen war, veranlasste Menschen im gesamten Landkreis Kassel zur spontanen Hilfe.



Im Jahr 2016 konnten über 900 Ehrenamtliche im Landkreis Kassel registriert werden, die persönlich Verantwortung übernommen haben, damit hilfebedürftige Menschen, die Schutz vor Krieg und Vertreibung suchen, ein neues zu Hause finden und sich angenommen fühlen. Hilfsstrukturen entstanden teils spontan als Selbstfindungsprozess aus dem jeweiligen Unterstützerkreis heraus, oder die Organisation war angebunden an eine/n institutionelle/n Träger/in.

Für die größte Gemeinschaftsunterkunft im Landkreis Kassel, die „Pommernanlage“ ist hier der ökumenische Arbeitskreis „Flüchtlingsarbeit in der Region Wolfhagen“ zu nennen. Aufbau und Inhalte der durch den ökumenischen Arbeitskreis geleisteten ehrenamtlichen Flüchtlingshilfe ist im Integrationskonzept zur Gemeinschaftsunterkunft „Pommernanlage“ im Juli 2015 beschrieben und auf der Homepage des Landkreis Kassel veröffentlicht (<http://www.landkreiskassel.de/cms09/bildung/fluechtlingshilfeLKKS/index.html>) Unabhängig von der Organisationsstruktur der Unterstützerverkreise zeigt sich das Bild, dass ca. zwei Drittel der Ehrenamtlichen weiblich sind, und sich überwiegend im Rentenalter befinden.

### **6.3 Berufspatenprojekt**

Berufliches Wissen und Lebenserfahrung weitergeben und damit Jugendliche bei der Ausbildungssuche unterstützen – das ist die Idee des Berufspatenprojektes. Diese Idee begeisterte die Jugendberufshilfen von Stadt und Landkreis Kassel, so dass sie 2008 mit ersten Freiwilligen starteten. Im Rahmen von Berufspatenschaften erhalten Jugendliche mit Migrationshintergrund ein individuelles Coaching und eine längerfristige Begleitung bei der Praktikums- und Ausbildungsplatzsuche. Seit vielen Jahren arbeitet das Projekt mit allgemeinbildenden und beruflichen Schulen in Stadt und Landkreis zusammen. Mittlerweile engagieren sich über 50 berufserfahrene Freiwillige im Projekt. Die Arbeitsförderungsgesellschaft im Landkreis Kassel (AgiL gGmbH) ist Trägerin des Projektes, das vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration gefördert wird. Mit einer halben Personalstelle wird das Projekt durch eine sozialpädagogische Fachkraft koordiniert.

#### **Warum braucht es Mentoring für Jugendliche mit Migrationshintergrund?**

Jugendliche, die mit einem Hauptschulabschluss eine berufliche Erstausbildung anstreben, befinden sich häufig in einer schwierigen Orientierungs- und Übergangsphase. Das Mentoring wird vorrangig Schüler(inne)n im letzten Schulbesuchsjahr angeboten, um die Chance auf direkte Anschlüsse von der Schule in die Ausbildung zu erhöhen. Auf diese Weise sollen schwierige und langwierige Übergangsprozesse, von denen vorrangig Jugendliche mit Migrationshintergrund betroffen sind, vermieden werden. Auch Einblicke in Berufsfelder, Kontakt zum Elternhaus und Schule oder Behördengänge können Teil einer Patenschaft sein. Seit 2015 werden auch verstärkt Berufspatenschaften für junge Flüchtlinge angeboten.

In der Regel können für ca. 75 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Rahmen der Berufspatenschaften konkrete Anschlussperspektiven in Ausbildung, weiterführende Schulen oder Qualifizierungsmaßnahmen entwickelt werden.

Ein weiterer Bereich, in dem sich unsere Berufspat(inn)en engagieren, sind Bewerbertrainings mit Schüler(inne)n. Diese Trainings führen wir in Kooperation mit verschiedenen Schulen aus Stadt und Landkreis Kassel durch. Die Schüler/innen erhalten hier unter realitätsnahen Bedingungen die Möglichkeit, mit berufserfahrenen Menschen ein Vorstellungsgespräch zu simulieren. Auf diese Weise erfahren sie Näheres über die Anforderungen, Möglichkeiten und Karrierewege der dualen Ausbildung. Im Anschluss erhalten sie ein ausführliches Feedback zu ihrer Bewerbungsmappe und dem Verlauf des Gespräches. In



jedem Schuljahr nehmen ca. 220 Jugendliche am Bewerbertraining teil. Von 90 % der Schüler/innen wird das Training als sehr hilfreich und als gute Vorbereitung für die Ausbildungsplatzsuche erlebt.

Zur Gewinnung von Freiwilligen arbeiten die Berufshilfen von Stadt und Landkreis eng mit dem Freiwilligenzentrum Kassel zusammen. Für die Ehrenamtlichen werden regelmäßig Qualifizierungseinheiten und ein Erfahrungsaustausch durchgeführt. Einmal im Jahr wird ein „Danke-schön!-Abend“ für die Freiwilligen des Berufspatenprojektes durchgeführt.



## 7 Gesundheit und Gesundheitsversorgung

### 7.1 Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum

Die allgemeine medizinische Versorgung im Landkreis Kassel ist im Augenblick noch als ausreichend zu bezeichnen. Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) für den Landkreis Kassel zufolge liegt der hausärztliche Versorgungsgrad zum Stichtag 1. März 2016 insgesamt zwischen knapp 100 % bis über 115 % (KVH, 2016, S. 10). Innerhalb des Landkreises variieren die Versorgungsgrade und zeigen ein deutliches Ost-West-Gefälle. Auch den Versorgungsgrad mit Fachärzt(inn)en im Landkreis Kassel sieht die Kassenärztliche Vereinigung Hessen aktuell noch als gesichert an. Dennoch haben Patient(inn)en schon heute zum Teil lange Wegstrecken bis zur nächstgelegenen Facharztpraxis zurückzulegen.

#### 7.1.1 Versorgung mit Hausärzt(inn)en

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Standorte der Hausarztpraxen im Landkreis Kassel (s. Abb. 7-1). Hierzu zählen die Fachärzt(inn)e/n für Allgemeinmedizin und die hausärztlich tätigen Internist(inn)en.

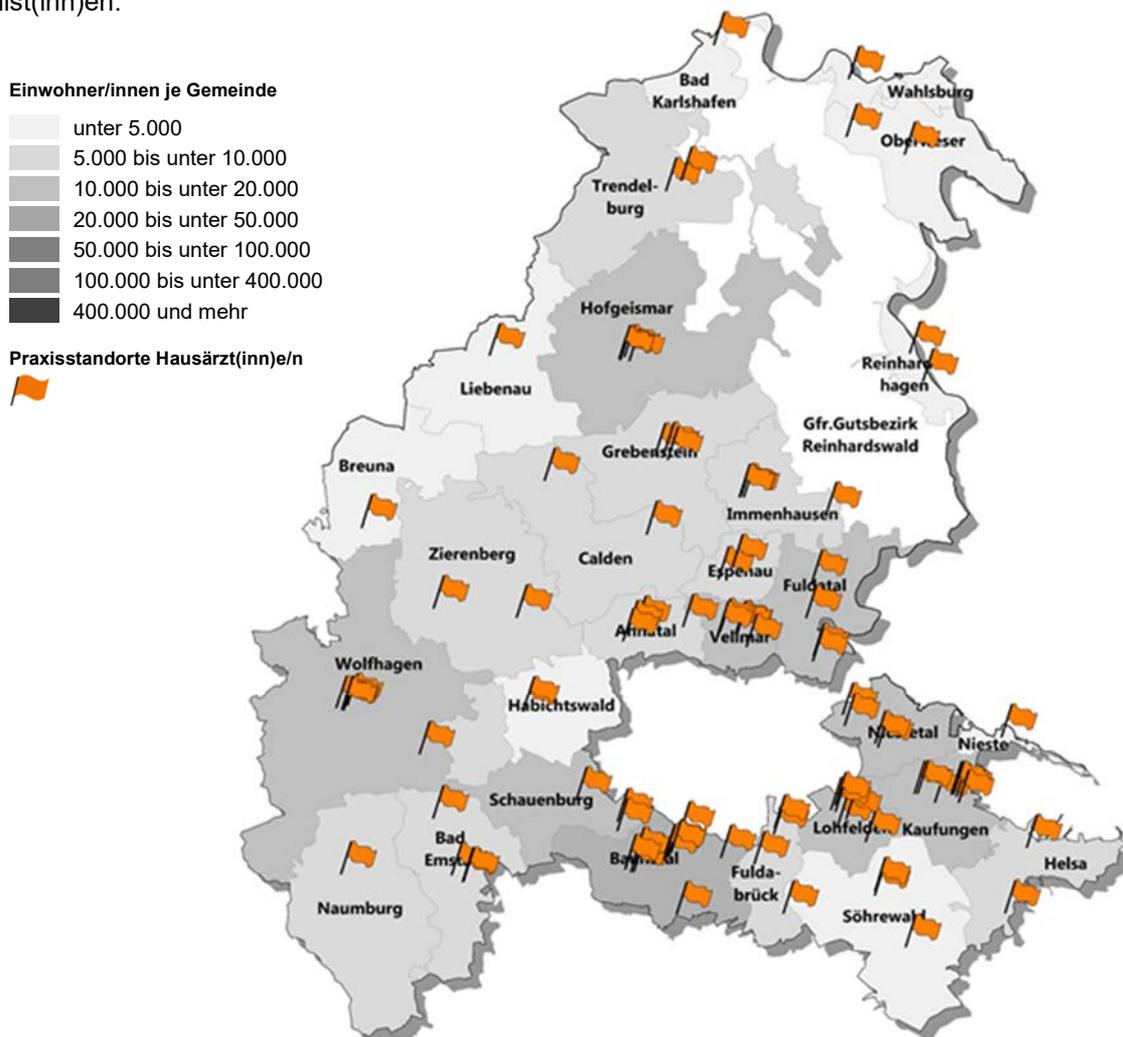


Abb. 7-1: Praxisstandorte der Hausärzt(inn)e/n 2018  
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Es ist zu sehen, dass hausärztliche Niederlassungen eher in den strukturstärkeren Gebieten des Landkreises zu finden sind. Der Anteil der Hausärzteschaft mit über 55 Jahren liegt vor allem in Teilen von Ost- und Nordhessen bei über 50 %. Der aktuelle Versorgungsgrad mit Hausärzt(inn)e/n wird aller Voraussicht nach daher immer schwerer aufrecht zu erhalten sein, da die Anzahl jener Ärzt(inn)en, die in den Ruhestand wechseln, kontinuierlich steigt. Denn im Zuge des demografischen Wandels steigt der Wiederbesetzungsbedarf frei werdender Arztsitze in den kommenden Jahren stetig an.

Von den 145 in 2018 gemeldeten Hausärzt(inn)en werden im Jahr 2020 altersbedingt voraussichtlich 29 Arztsitze frei (s. Abb. 7-2). Dieser Trend setzt sich aller Wahrscheinlichkeit nach in 2025 mit weiteren 22 freiwerdenden Arztsitzen und einem Wiederbesetzungsbedarf von insgesamt 83 Sitzen in 2030 fort (KVH 2018). Unter der Annahme der Praxisabgabe mit 65 Jahren kann für den Landkreis Kassel bis 2030 demnach prognostiziert werden, dass sich die Anzahl der Hausarztpraxen um mehr als die Hälfte reduziert. In entsprechender Höhe wird dann auch der Nachfolgebedarf sein.

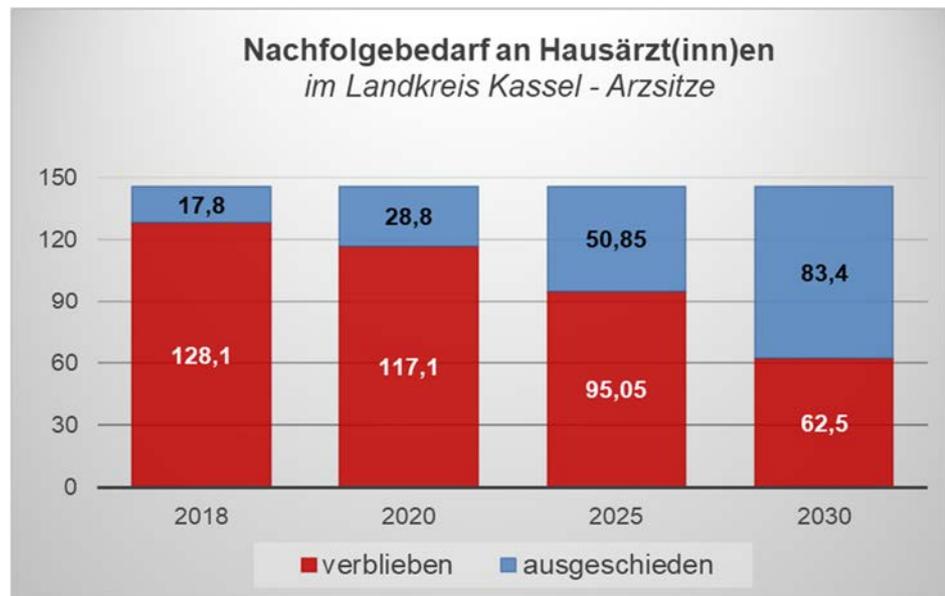


Abb. 7-2: Nachfolgebedarf an Hausärzt(inn)en  
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen

### 7.1.2 Versorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten

Den Versorgungsgrad mit Fachärzt(inn)en im Landkreis Kassel sieht die Kassenärztliche Vereinigung Hessen aktuell noch als gesichert an (KVH 2016).

Allerdings sind auch hier in einzelnen Facharztgruppen in den nächsten Jahren mit wachsenden altersbedingten Wiederbesetzungsbedarfen zu rechnen. Ungeachtet dessen haben Patient(inn)en schon heute zum Teil lange Wegstrecken bis zur nächstgelegenen Facharztpraxis zurückzulegen (s. Abb. 7-3).

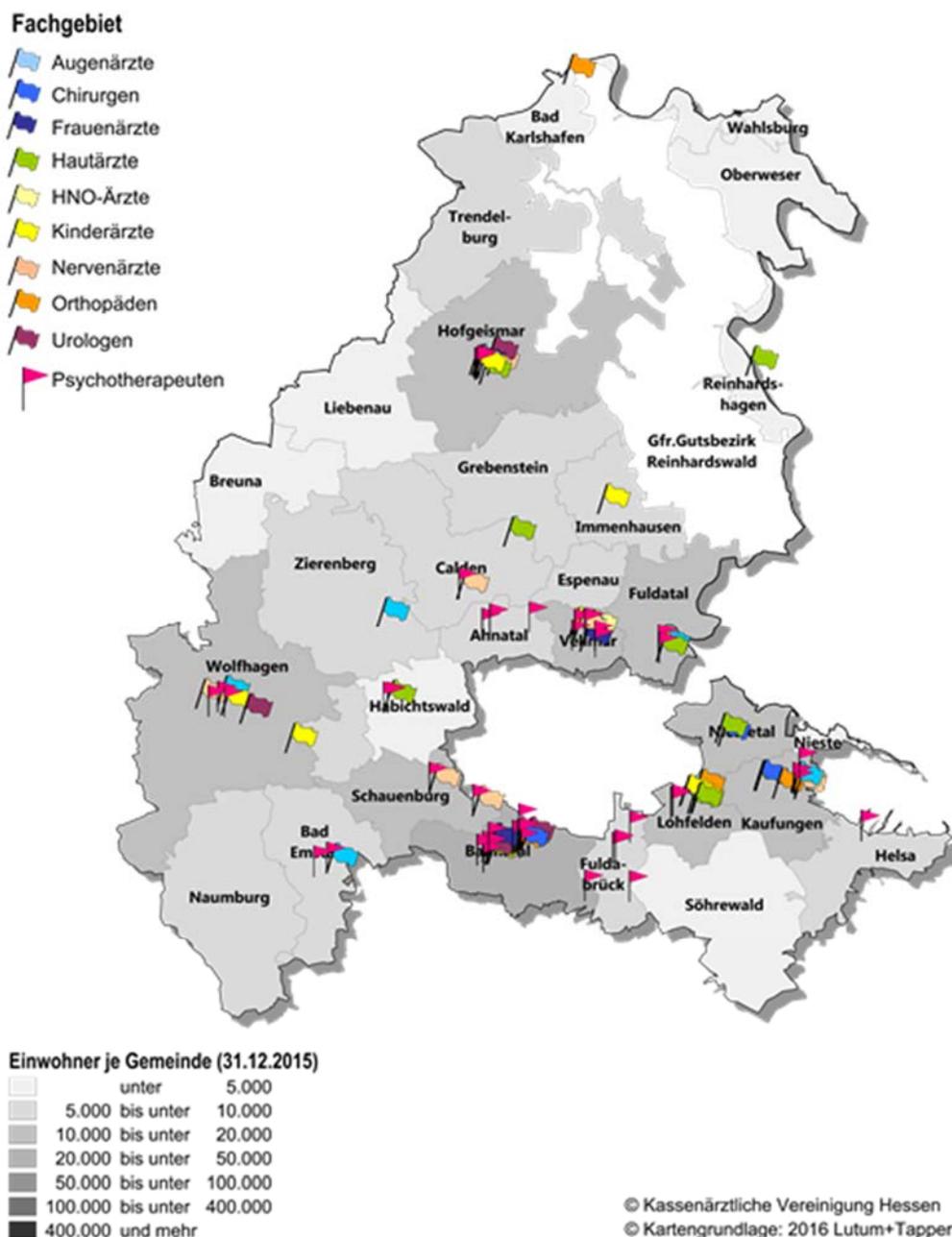


Abb. 7-3: Praxisstandorte der Fachärzt(inn)e/n 2018  
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen

### 7.1.3 Ärztlicher Notfallvertretungsdienst

Der Notfallvertretungsdienst der niedergelassenen Ärzteschaft wird sich für Patient(inn)en durch die frei werdenden Arztsitze künftig weiter verschlechtern. Das Zusammenlegen von kassenärztlichen Vertretungsbezirken hat bereits in den letzten Jahren zu spürbar längeren Anfahrtswegen geführt. Dies wird auch beim Rettungsdienst bemerkt, wo die Umstellung des Notfalldienstes zu einem vermehrten Inanspruchnahmeverhalten in Notfällen geführt hat.



## 7.2 Lösungsansätze für die zukünftige ärztliche Versorgung

Die zunehmenden altersbedingten Lücken im Versorgungsgrad werden künftig nur teilweise durch Nachbesetzungen von der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen werden können. Ursache für diese Entwicklung ist einerseits der sich insgesamt in Deutschland ausweitende Ärztemangel, andererseits aber auch der Wunsch vieler junger Ärzt(inn)e/n nach der sog. *Work-Life-Balance*, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie angemessener Freizeit, und zwar in einer Umgebung, in der sich all diese Aspekte verwirklichen lassen. Dazu kommt, dass die Tätigkeit als Vertragsarzt/-ärztin bedingt durch hohen bürokratischen Aufwand und rigide Rationierungszwänge („budgetierte Medizin“) für die Ärzt(inn)e/n immer unattraktiver wird.

Lösungsansätze sollten zum Ziel haben, die medizinische Versorgung für die Bevölkerung insbesondere in dünn besiedelten ländlichen Regionen im Landkreis Kassel langfristig zu sichern. Nachfolgend sind erste Ideen für mögliche Lösungsansätze skizziert.

### 7.2.1 Gemeinsame Versorgungsstrukturen

Aus Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Region Kassel wird gerade für ländliche Gebiete empfohlen, sowohl für den *ambulant* als auch im *stationären* Bereich weiterhin gemeinsame Versorgungsstrukturen auf- und auszubauen, in dem Hausarzt(inn)e/n, ambulant tätige Facharzt(inn)e/n sowie Krankenhausarzt(inn)e/n eng miteinander kooperieren.

Es können Kooperationsformen gefördert werden, die Tätigkeiten in den klassischen Einzelpraxen ergänzen. Die Anstellung von Ärzt(inn)en als Angestellte – auch in Teilzeit – ist eine mögliche Antwort auf diese Herausforderung. Ebenso gibt es einen deutlichen Trend in Richtung Gemeinschaftspraxen, in welchen sich mehrere Facharzt(inn)e/n zusammenschließen. Die Teams können auch ein Professionen-Mix sein, der sich vor allem aus Medizin und Pflege zusammensetzt. Dabei nehmen (akademisch) qualifizierte Pflegenden eigenverantwortlich Aufgaben wahr, die bislang hierzulande der Ärzteschaft vorbehalten sind. Eine bessere Verzahnung des medizinischen Versorgungssystems und der Pflege ist unabdingbar ebenso wie der Ausbau eines regionalen Versorgungsnetzwerkes. Die entstandene Zeitersparnis der Ärzt(inn)e/n könnten dann für die Versorgung weiterer Patient(inn)en in der Praxis genutzt werden.

Als Beispiel sei das Heilbad Büsum in Schleswig-Holstein genannt. Hier betreibt eine Gemeinde ein Ärztehaus in kommunaler Eigenregie mit kommunalen Angestellten. Die Ärzt(inn)e/n werden aus der Gemeindekasse bezahlt und arbeiten u.a. auch in Teilzeit im Team. Wichtig ist indes, den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung zu beachten, d. h. auch bei solch modellhaften Versorgungsformen darf die KV nicht aus ihrer Verantwortung entlassen werden.

### 7.2.2 Mobile Angebote

Die Einrichtung mobiler Praxen kann eine weitere Option für den ländlichen Raum sein. Damit wird den langen Anfahrtswegen zwischen Arztpraxis und Patient/in entgegengewirkt, und dem Umstand der höheren Behandlungsfrequenz und umfangreicheren Behandlung älterer Patient(inn)en Rechnung getragen. Das mobile Angebot ist sinnvollerweise durch eine/n mobile/n Gemeindeschwester/-pfleger zu ergänzen.

### 7.2.3 Außensprechstunden

Zum Ausbau mobiler Versorgungskonzepte gehören auch Außensprechstunden niedergelassener Ärzt(inn)e/n verschiedener Fachrichtungen sowie der Krankenhäuser auf dem Land. Sie könnten zusätzlich dem Leerstand in vielen Kommunen entgegenwirken.



#### **7.2.4 Attraktive Arbeitszeitmodelle**

Um die ärztliche Tätigkeit in ländlichen Räumen attraktiv zu machen, bedarf es vermehrt neuen Arbeitszeitmodelle wie der Teilzeit und einer Flexibilisierung der Residenzpflicht.

#### **7.2.5 Telemedizinische Angebote**

Telemedizinischer Angebote und der Einsatz nichtmedizinischer Gesundheitsfachberufe können überall dort integriert werden, wo Gesundheitsleistungen sinnvoll an unterschiedliche Assistenzberufe zu delegieren sind. Damit könnten u.a. Assistenzsysteme für ältere Menschen etabliert werden.

#### **7.2.6 Weiterbildungsverbände**

Weiterbildungskandidaten für Fachrichtungen mit hohem Nachfolgebedarf sollen besonders ausgebildet und gefördert werden. Weiterbildungsverbände kümmern sich zum Beispiel um die Verknüpfung der ambulanten und stationären Ausbildung.

#### **7.2.7 Ansiedlungsförderung**

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern von 2015 bis längstens 2018 die Ansiedlung von Ärzt(inn)en in Gebieten mit einem definierten Versorgungsbedarf in Hessen mit Haushaltmitteln.

#### **7.2.8 Förderung von Famulaturen und Praktischem Jahr**

Schon während des Studiums werden den Medizin-Studierenden Anreize geboten, sich mit einer ärztlichen Tätigkeit in der wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung auseinanderzusetzen. Dafür wird zum Beispiel mit verschiedenen Veranstaltungen und Informationsmaterialien für eine spätere vertragsärztliche Niederlassung geworben und Famulaturen in Hausarztpraxen und das Wahlfach „Allgemeinmedizin“ im Praktischen Jahr gefördert.

#### **7.2.9 Gründer- und Abgeberforum**

Ein Gründer- und Abgeberforum bietet eine ungezwungene Plattform zum Austausch zwischen Praxisabgeber(inne)n und Niederlassungsinteressent(inn)en. Im vergangenen Jahr gab es erstmalig einen Überhang an Interessent(inn)en im Verhältnis zu Abgeber(inne)n.

### **7.3 Gesundheitszustand von Kindern im Einschulungsalter**

Jedes Jahr im Spätsommer werden überall in Deutschland Kinder eingeschult. Der Einschulung geht die Schuleingangsuntersuchung (SEU) voraus, deren Teilnahme für alle Kinder verpflichtend ist.

Mit der Untersuchung soll generell die Schulfähigkeit eines Kindes beurteilt und ein etwaiger Förderbedarf rechtzeitig festgestellt werden. Die Eltern werden im persönlichen Gespräch über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung informiert und bei Bedarf beraten, wie ihr Kind am besten unterstützt werden kann. Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung sind zudem die Basis für die Empfehlungen des Gesundheitsamtes an die Schule zur Information gegebenenfalls für eine erforderliche Förderung/Unterstützung des Kindes.

Die Schuleingangsuntersuchung ist die einzige flächendeckende Untersuchung in Hessen, bei der alle Kinder im Einschulungsalter nach einem teilstandardisierten Verfahren untersucht werden (Vollerhebung). Anders als bei den Vorsorgeuntersuchungen (U1-U9) liegt der Fokus der Schuleingangsuntersuchung auf der Beurteilung der Schulfähigkeit und der Frage, wie ein Kinder am besten für die Schule fit gemacht

werden kann. Daneben werden die Untersuchungsergebnisse regelmäßig vollanonymisiert statistisch vom Gesundheitsamt ausgewertet, um verlässliche Aussagen über die gesundheitliche Entwicklung von Kindern im Landkreis Kassel treffen zu können. Die Ergebnisse dienen der Kommunalpolitik und der Fachöffentlichkeit als Entscheidungsgrundlage bei gesundheitsrelevanten Frage- und Problemstellungen.

Sie beziehen sich unter anderem auf:

- die Entwicklung von Unter- und Übergewicht im Einschulungsalter
- die Entwicklung der Impfquoten empfohlener Impfungen
- die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (U1-U9)
- die Entwicklung des Seh- und Hörvermögens
- die Entwicklung des Sprachvermögens
- die grobmotorische Entwicklung
- die feinmotorische Entwicklung.

Im Rahmen des Schulaufnahmeverfahrens für das Schuljahr 2016/17 nahmen 1.920 Kinder aus dem Landkreis Kassel teil. Mit 50,3 % (965 Kinder) haben geringfügig mehr Jungen als Mädchen (49,7 %, 955 Kinder) an der Schuleingangsuntersuchung teilgenommen.

### 7.3.1 Unter- und Übergewicht

Ein wichtiger Langzeitindikator für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern ist die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas. Dieser Wert lag im Kontext der Schuleingangsuntersuchungen für 2016/17 bei nur 8,0 % und damit deutlich unter seinem Vorjahreswert von 9,2 %. Er stellt den niedrigsten Wert der letzten fünf Jahre dar. Übergewicht und Adipositas gelten generell als Risikofaktor für die Entwicklung chronischer Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Erkrankungen des zentralen Nervensystems (z.B. Schlaganfälle). Der Verhinderung von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter kommt deshalb eine hohe Bedeutung zu. Kinder aus schwierigen sozialen Lagen tragen ein signifikant höheres Risiko übergewichtig oder gar fettleibig zu werden. Da der Zugang zu diesen Kindern im direkten familiären Umfeld oft schwierig ist, kommt den Kindertagesstätten, Schulen und Kinder- und Jugendtreffs für die Entwicklung eines gesunden Ernährungsstils eine besondere Bedeutung zu, da betroffene Kinder dort stigmafrem (durchmischte Gruppen) angesprochen werden können (Lebensweltansatz der Gesundheitsförderung).

Deutlich weniger Aufmerksamkeit als „dicke Kinder“ erhalten extrem untergewichtige Kinder, obgleich das ausgeprägte Untergewicht im Kinder- und Jugendalter gesundheitliche Risiken

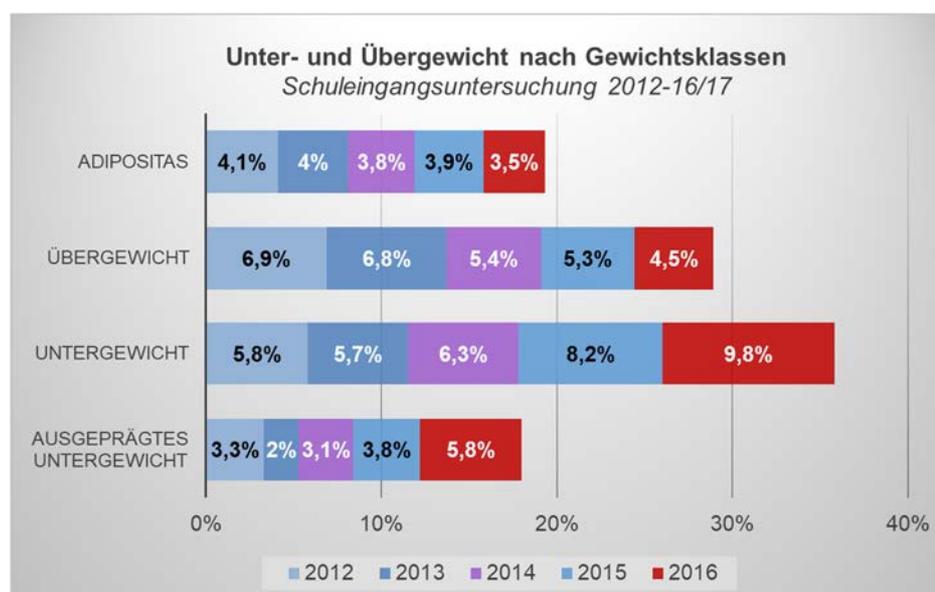


Abb. 7-4: Unter-/Übergewicht nach Gewichtsklassen Schuleingangsuntersuchung Schuljahr 2012-16/17  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel



nach sich ziehen kann. Während Untergewicht eine vorübergehende Phase der körperlichen Entwicklung sein kann, kommt extremes Untergewicht selten vor. Nach den Ergebnissen der 2006 abgeschlossenen Basiserhebung der bundesweiten repräsentativen Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) sind 3,8 % der 3- bis 6-jährigen Kinder untergewichtig. Bei 1,4 % liegt das Gewicht stark unter dem Normalgewicht.

Im Landkreis Kassel ist im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen der zurückliegenden fünf Schuljahre ein kontinuierlicher Anstieg des Anteils der Kinder, die zum Zeitpunkt der Untersuchung extrem untergewichtig waren, zu verzeichnen (s. Abb. 7-4). Er erreichte 2016 mit 5,8 % seinen höchsten Wert. Im gleichen Zeitraum nahm auch die Gruppe der untergewichtigen Kinder zu. Zusammen bildeten beide Untergewichtgruppen 15,6 % aller untersuchten Kinder im Landkreis Kassel. Naturgemäß schwanken die Anteile der Gruppe übergewichtiger und fettleibiger Kinder in den Städten und Gemeinden sowohl innerhalb als auch zwischen den Kommunen im Landkreis Kassel. Grund für die großen Schwankungen sind die vergleichsweise geringen Schülerzahlen (s. Abb. 7-5). Sie sagen auf ein einzelnes Jahr bezogen wenig darüber aus, ob in einer Kommune gehäuft Kinder von Übergewicht und Adipositas betroffen sind. Auf Nachfrage kann das Gesundheitsamt Einzelauswertungen für einzelne Kommunen durchführen.



Abb. 7-5: Anteil übergewichtiger und fettleibiger Kinder nach Städten und Gemeinden (in Prozent) Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2016/17  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

### 7.3.2 Impfungen

Um ansteckungsfähige Erkrankungen mit schweren Komplikationen zu vermeiden, sollen die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen konsequent wahrgenommen werden. Sie empfiehlt unter anderem zwei Impfungen gegen Masern. Die Masern gelten als eine der ansteckendsten Erkrankungen des Menschen überhaupt, und sind trotz Verfügbarkeit effektiver und sicherer Impfstoffe immer noch ein wesentlicher Grund für eine erhöhte Kindersterblichkeit in vielen Regionen der Welt. Die Impfung soll vorzugsweise mit einem sog. MMR-Kombinationsimpfstoff erfolgen, der neben Masern auch vor Mumps und Röteln schützt. Die Nationale Impfstrategie gegen Masern steht im Kontext der Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach die Masern weltweit bis 2020 ausgerottet sein sollen. Von

diesem Ziel ist Deutschland laut der Nationalen Verifizierungskommission Masern am Robert Koch-Institut (RKI) aber weit entfernt. Damit das Masernvirus sich nicht weiter ausbreiten kann, müssen mindestens 95 % der Bevölkerung zweimal gegen Masern geimpft sein. In Deutschland lag die Impfquote für die Zweifachimpfung im Jahr 2015 bei 92,8 %, in Hessen bei 93,9 % und blieb damit weiterhin unter der Zielmarke.

Die Impfquoten bei Einschüler(inne)n im Landkreis Kassel erreichten in den fünf zurückliegenden Jahren wiederholt das Impfziel der WHO von mindestens 95 % (s. Abb. 7-6). Im Schuljahr 2016/17 lag die Impfquote bei nur 94,6 % und damit 0,7 % unter dem Vorjahreswert von 95,3 %. Durchschnittlich waren in den letzten fünf Jahren 94,9 % der Kinder nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission geimpft. Die Aussagen über den Impfstatus der Kinder beziehen sich nur auf die nachgewiesenen Impfungen in den Impfbüchern (s. Tabelle 7-1). Über den Impfstatus der Kinder ohne Vorlage eines Impfbuches lassen sich keine verlässlichen Aussagen machen.

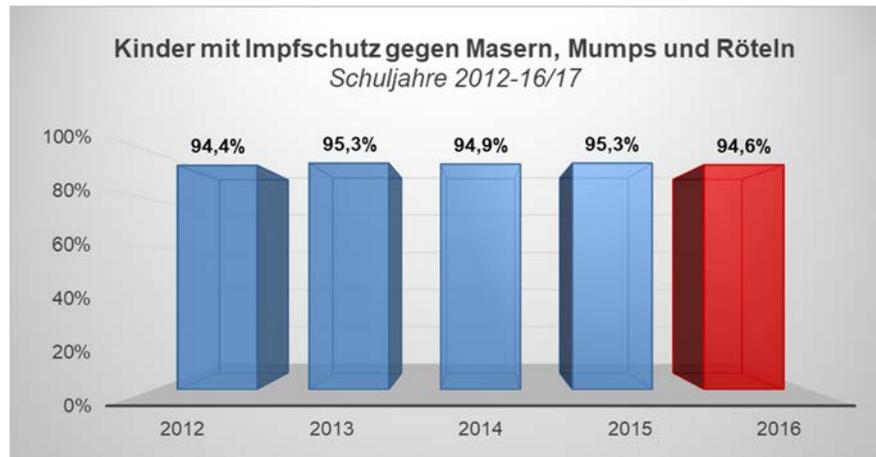


Abb. 7-6: Kinder mit Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln  
Schuljahre 2012–16/17

Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

Gemeinde / Stadt	Impfdokumente	Gemeinde / Stadt	Impfdokumente
Ahnatal	98,5%	Liebenau	90,6%
Bad Emstal	94,5%	Lohfelden	93,8%
Bad Karlshafen	71,0%	Naumburg	93,5%
Baunatal	94,0%	Nieste	91,7%
Breuna	96,8%	Niestetal	90,7%
Calden	90,0%	Oberweser	90,3%
Espenau	89,7%	Reinhardshagen	96,9%
Fuldabrück	100,0%	Schauenburg	94,8%
Fulda	89,1%	Söhrewald	97,5%
Grebenstein	94,9%	Trendelburg	97,3%
Habichtswald	97,9%	Vellmar	93,4%
Helsa	95,6%	Wahlsburg	100,0%
Hofgeismar	93,5%	Wolfhagen	90,1%
Immenhausen	87,7%	Zierenberg	98,4%
Kaufungen	96,0%		

Tabelle 7-1: Vorgelegte Impfdokumente (in Prozent), Schuljahr 2016/17  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

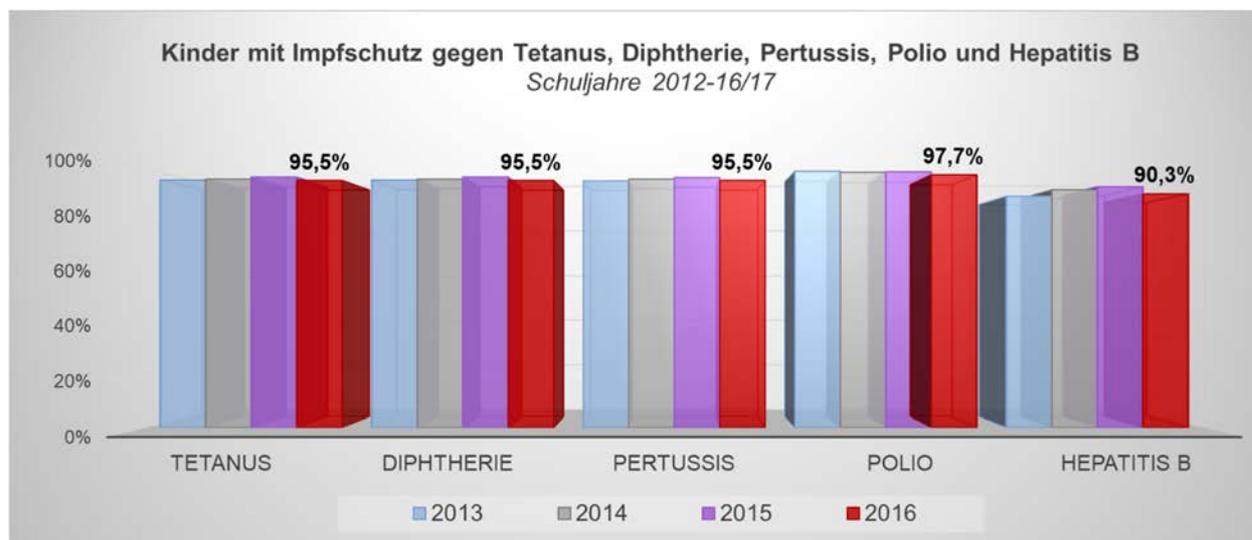


Abb. 7-7: Kinder mit Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Polio und Hepatitis B – Schuljahre 2012–16/17  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

Der bei den Schuleingangsuntersuchungen für das Schuljahr 2016/17 dokumentierte Impfschutz der Kinder aus dem Landkreis gegen Tetanus (95,5 %), Diphtherie (95,5 %), Pertussis (95,5 %) und Poliomyelitis (97,7 %) ist konstant auf hohem Niveau (s. Abb. 7-7).

Nach wie vor wird die Impfung gegen Hepatitis B im Säuglings- und Kleinkindalter von den Eltern nicht so gut angenommen. Die STIKO empfiehlt die Hepatitis-B-Impfung als Standardimpfung im Kindesalter. Heute kommen 6-fach Kombinationsimpfstoffe mit Pertussiskomponente zur Anwendung, die einen Impfstoff gegen HB-Viren enthalten. Für die Grundimmunisierung werden vier Impfdosen des Kombinationsimpfstoffs im Alter von zwei, drei, vier und 11 bzw. 12 Lebensmonaten empfohlen. Bei Verwendung eines Einzelimpfstoffs reichen drei Impfdosen zur Grundimmunisierung aus.

In der Region Kassel sind die Impfquoten gegen Hepatitis B im Vergleich zu den Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis durchgängig schlechter. Ein Trend zu einer steigenden Inanspruchnahme der Impfung ist nicht festzustellen. Nur 90,3 % der im Landkreis lebenden Kinder, die 2016 in die erste Klasse eingeschult werden sollten, waren gemäß der Impfempfehlung der STIKO gegen Hepatitis B geimpft.

### 7.3.3 Sprachauffälligkeiten

Eine dem Alter entsprechende Sprache, ein angemessenes Sprachverständnis und ein altersgerechter Wortschatz sind für die Entwicklung eines Kindes sehr wichtig und haben erheblichen Einfluss auf das Lernen in der Schule. Durch die sprachliche Ausdrucksfähigkeit lernt das Kind sich selbst und andere zu verstehen. Kinder mit einer unzureichenden sprachlichen Kompetenz zeigen entsprechend zunehmend Schwächen in der kognitiven Entwicklung auf. Auch weitere Probleme im schulischen Bereich oder spätere Misserfolge im Berufsleben bis hin zu vielfältigen Schwierigkeiten und Störungen können vorkommen.

Insgesamt sind in den letzten fünf Jahren Sprachauffälligkeiten etwas rückläufig (s. Abb. 7-8). Noch im Jahr 2012 diagnostizierte das Gesundheitsamt bei jedem zweiten Kind (51,4 %) im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung eine Sprachauffälligkeit. Bis 2015 ging dieser Wert konstant bis auf den niedrigsten Wert von 37,2 % zurück. 2016 stieg er gegenüber dem Vorjahreswert um 2,5 Prozentpunkte. Jungen sind im Landkreis Kassel sehr viel öfter von Sprachauffälligkeiten betroffen als Mädchen. Im Jahr 2016 war einer von vier Jungen (25 %) bei der Einschulungsuntersuchung sprachauffällig, während nur rund jedes siebte Mädchen im selben Jahr sprachlich auffällig war (14,7 %).

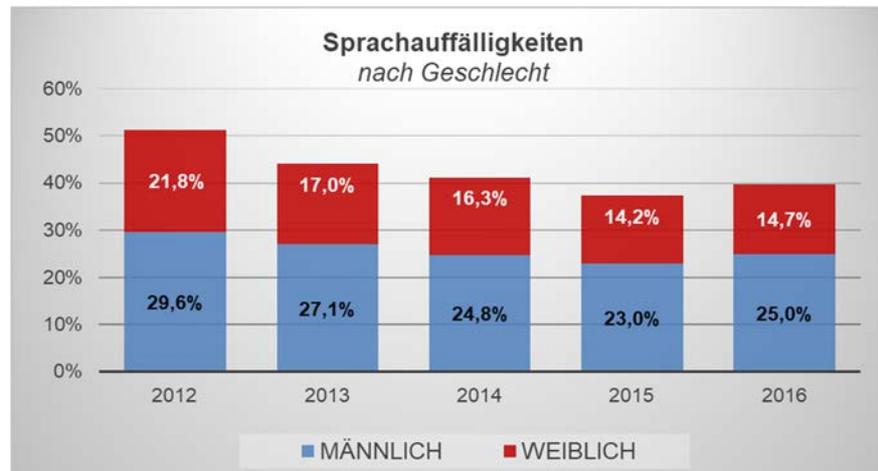


Abb. 7-8: Sprachauffälligkeiten nach Geschlecht  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

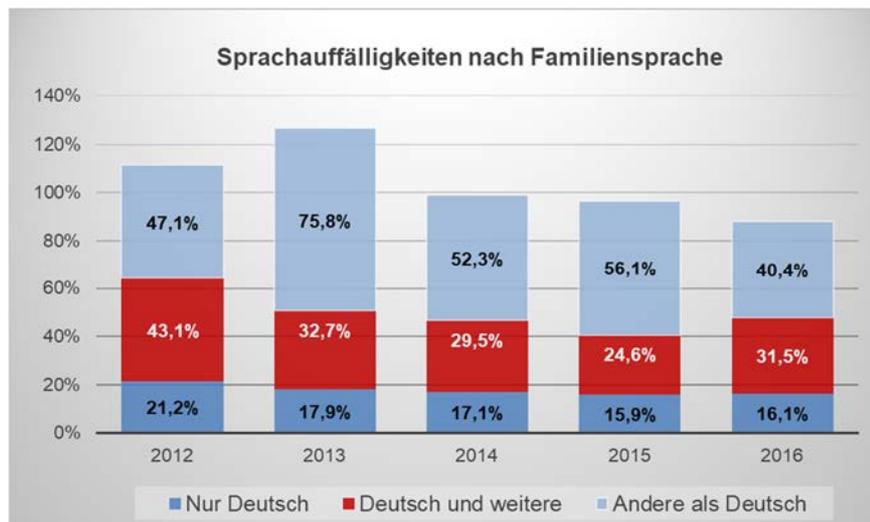


Abb. 7-9: Sprachauffälligkeiten nach Familiensprache  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

Naturgemäß hat die Familiensprache, also die Sprache, die die zuhause überwiegend gesprochen wird, einen großen Einfluss auf die Sprachentwicklung. Kinder, die zuhause nur Deutsch sprechen, zeigen am seltensten Sprachauffälligkeiten. Dies zeigen die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen der letzten fünf Jahre im Landkreis Kassel (s. Abb. 7-9). Kinder, die mindestens zweisprachig aufwachsen, haben häufiger Auffälligkeiten in der Sprache. Während Kinder, die zuhause kein

Deutsch sprechen, am häufigsten von Sprachauffälligkeiten betroffen sind. Seit einigen Jahren gehen Sprachauffälligkeiten in der Gruppe der nicht-deutschsprachigen Kinder zurück.

### 7.3.4 Zahngesundheit bei Kindern

Mit Beginn des ersten Schuljahres werden alle Kinder in der Region Kassel regelmäßig von dem/r Schulzahnarzt/-ärztin untersucht. Der Zahnstatus wird standardisiert erhoben und anonymisiert ausgewertet. Wird ein Behandlungsbedarf festgestellt, erhalten die Eltern des betroffenen Kindes eine Empfehlung mit ihrem Kind zu ihrem Zahnarzt zu gehen. Die Zähne aller Kinder, deren Zähne gesund sind und keine Behandlung erfahren haben, werden als primär gesund gewertet.



Eine Betrachtung der zahnmedizinischen Untersuchungen der letzten fünf Jahre zeigt seit 2015 einen Rückgang der primär gesunden Zähne der 6- und 9-Jährigen und der 12-Jährigen seit 2016 (s. Abb. 7-10 bis 7-12).

Bei den 6- und 9-Jährigen ist der Anteil der Kinder mit primär gesunden Zähnen seit 2015 um circa zwei Prozentpunkte gesunken. Obwohl der Rückgang der primär gesunden Zähne der

12-Jährigen erst für das Jahr 2016 zu verzeichnen ist, ist der Rückgang bei diesen um fast 8 Prozentpunkte besonders hoch im Vergleich zu den 6- und 9-Jährigen. Der Anteil der 12-jährigen Kinder mit sanierten Zähnen ist zwar um fast drei Prozentpunkte in 2016 im Vergleich zum Vorjahr gestiegen, aber der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen ist um fast 11 Prozentpunkte gestiegen.

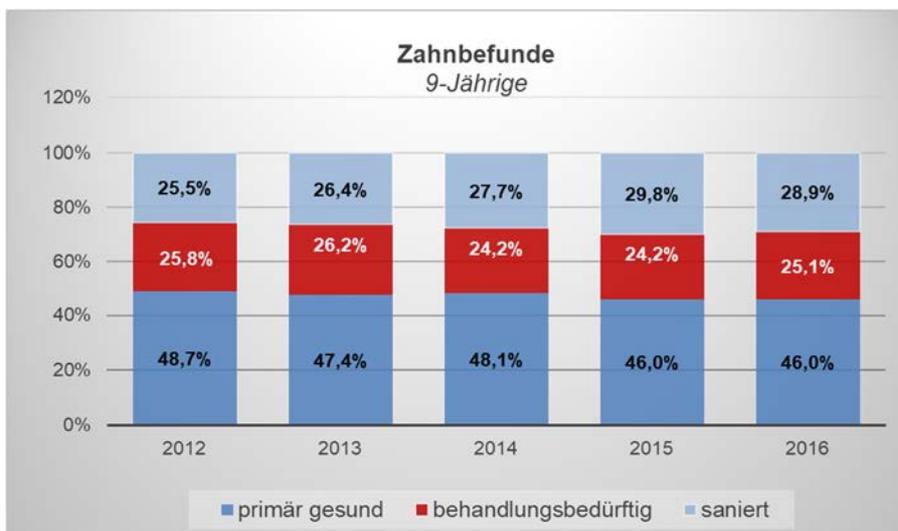


Abb. 7-10: Zahnbefunde aller 9-Jährigen  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

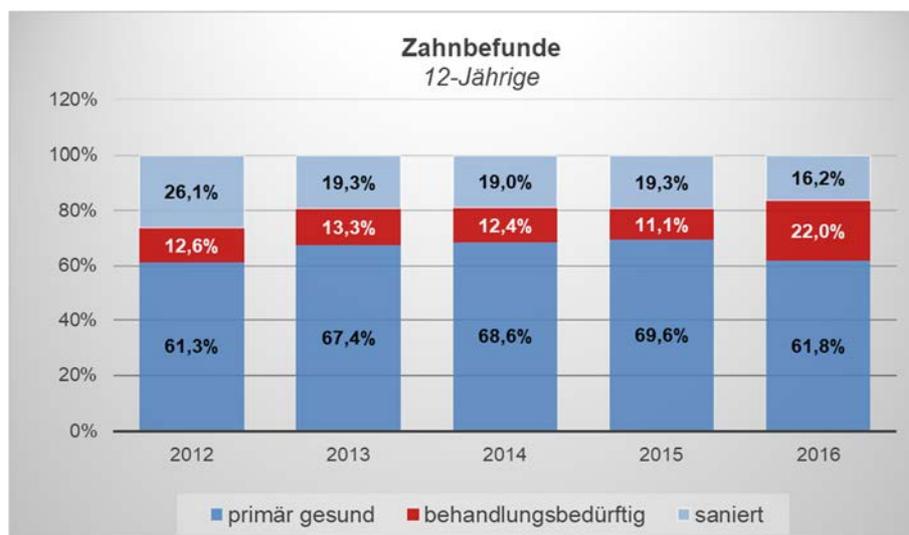


Abb. 7-11: Zahnbefunde aller 12-Jährigen  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

Eine nähere Betrachtung der Zahngesundheit ermöglichen die DMFT-Indexe für das Milchgebiss und die bleibenden Zähne der Kinder. Der DMFT-Index wird sowohl für bleibende Zähne als auch für die Milchzähne erhoben. Unterschieden werden diese durch die Verwendung von Kleinbuchstaben des Indexes für das Milchgebiss (dmft) und von Großbuchstaben für die bleibenden Zähne (DMFT).

**DMFT/dmft-Index:** DMFT steht als Abkürzung für die Beurteilung des Gesundheits- bzw. Krankheitszustandes eines menschlichen Gebisses, dabei bedeutet:

- D = decayed (kariös)
- M = missing (fehlend)
- F = filled (gefüllt mit einer Zahnfüllung)
- T = tooth (Zahn)

Je höher ein DMFT-/dmft-Wert ist, desto schlechter ist die Zahngesundheit.



Ein Blick auf die totalen dmft-Werte in Tabelle 7-2 zeigt, dass der dmft seit 2012 kontinuierlich gestiegen ist, von 1,08 in 2012 auf 1,39 in 2016. Für den großen DMFT (bleibende Zähne) zeigen sich über die Jahre hinweg Schwankungen, allerdings steigt der DMFT seit 2014 wieder an und liegt für das Jahr 2016 bei 0,27.

	2012	2013	2014	2015	2016
dmf-t, 6-Jährige	1,18	1,12	1,10	1,16	1,40
DMF-T, 6-Jährige	0,03	0,04	0,03	0,01	0,03
dmf-t, 9-Jährige	1,49	1,54	1,50	1,77	1,78
DMF-T, 9-Jährige	0,17	0,17	0,16	0,20	0,19
dmf-t, 12-Jährige	0,33	0,29	0,33	0,28	0,32
DMF-T, 12-Jährige	0,63	0,47	0,42	0,48	0,63
dmf-t, total	<b>1,08</b>	<b>1,13</b>	<b>1,14</b>	<b>1,24</b>	<b>1,39</b>
DMF-T, total	<b>0,26</b>	<b>0,26</b>	<b>0,23</b>	<b>0,25</b>	<b>0,27</b>

Tabelle 7-2: DMFT-/dmft-Werte der 6- bis 8-Jährigen  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel

Für die dmft-Werte der 6- und 9-Jährigen zeigt sich parallel zu dem Rückgang des Anteils der primär gesunden Zähne eine steigende Tendenz des dmft seit 2014. Der DMFT der 6- und 9-Jährigen zeigt hingegen Schwankungen um die 0,01 und zeigt für die 6-Jährigen damit einen Anstieg seit 2015 und für die 9-Jährigen eine Abnahme seit 2015. Die 12-Jährigen hingegen haben insgesamt einen deutlich niedrigeren dmft, der allerdings zuletzt von 2015 auf 2016 wieder gestiegen ist. Allerdings ist der DMFT der 12-Jährigen deutlich höher als der DMFT der 6- und 9-Jährigen und ist seit 2014 deutlich gestiegen von 0,42 in 2014 auf 0,63 in 2016. Bei der Beschreibung der Daten muss berücksichtigt werden, dass die ersten Milchzähne erst mit circa 6- bis 8-Jahren durch die bleibenden Zähne ersetzt werden und auch mit zwölf Jahren noch nicht alle bleibenden Zähne durchgebrochen sind.

#### 7.4 Sozialpsychiatrischer Dienst

Das Angebot des interdisziplinär arbeitenden Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes Region Kassel richtet sich an Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Suchtproblemen und an Menschen mit einer geistigen oder Mehrfachbehinderung sowie deren Angehörige, Partner/innen, Freunde, Kolleg(inn)en, Nachbarn und Bekannte.

Zu den Kernaufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes gehören:

- Beratung und Betreuung
- Krisenintervention und im Notfall Unterbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus
- Planung und Koordination der Einzelfallhilfen
- Psychiatriekoordination und Netzwerkarbeit in der Region Kassel und
- Sozialmedizinische Begutachtungen.

Im aktuellen Sozialatlas wird die strukturelle Gliederung der Darstellung der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes Region Kassel verändert. Dies liegt in der zugrundeliegenden Datenbasis begründet. Der Fokus liegt aktuell auf der Anzahl der einzelnen Vorgänge, d.h. den unterschiedlichen Dienstleistungen, die für die einzelnen Klient(inn)en erbracht werden.



### 7.4.1 Vorgänge im Zeitraum 2014-16

Die Anzahl der Vorgänge des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Stadt und Landkreis Kassel hat sich von insgesamt 5.413 im Jahr 2014 im Folgejahr 2015 auf 5.185 verringert, um 2016 auf 5.225 anzusteigen (s. Abb. 7-12). Die einzelnen Vorgänge sind nicht mit der Anzahl an Klient(inn)en gleichzusetzen, da ein/e Klient/in mehrere Dienstleistungen in Anspruch nehmen kann. 2016 beispielsweise sind bei 3.489 Klient(inn)en insg. 5.225 Vorgänge zu verzeichnen, also etwa ein Drittel mehr als Anzahl Klient(inn)en.

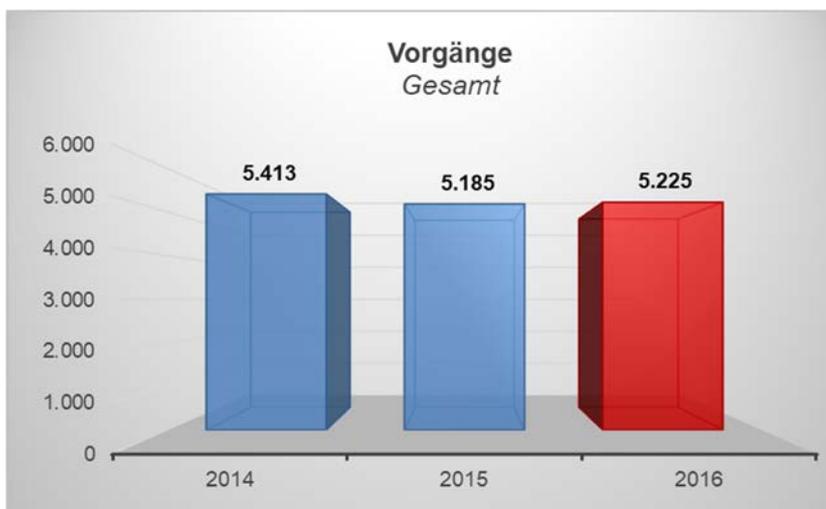


Abb. 7-12: Alle Vorgänge im Zeitraum 2014–16  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel, Sozialpsychiatrischer Dienst

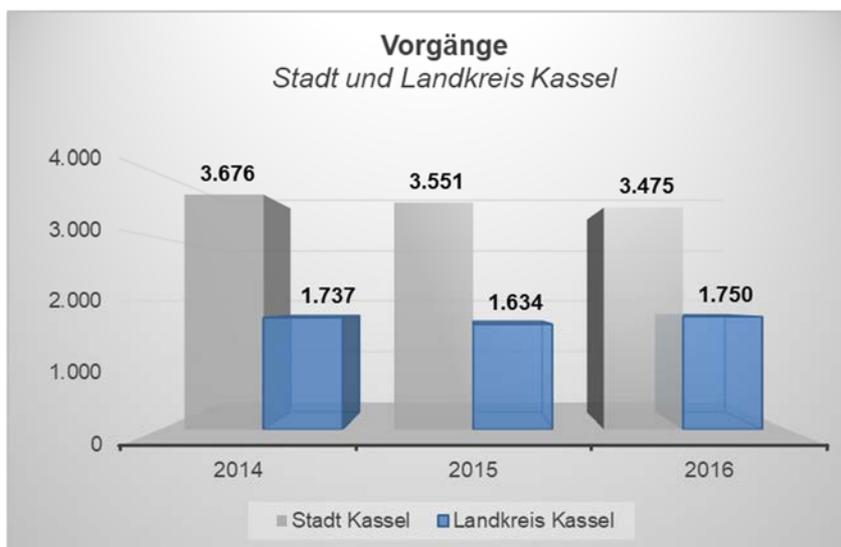


Abb. 7-13: Vorgänge getrennt nach Stadt und Landkreis Kassel  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel, Sozialpsychiatrischer Dienst

Differenziert man zwischen den Dienstleistungen, die für die Einwohner/innen der Stadt im Vergleich zum Landkreis Kassel erbracht werden, zeigt sich ein unterschiedlicher Verlauf (s. Abb. 7-13). Die Anzahl der Kontakte mit Klient(inn)en der Stadt Kassel nimmt von 2014 (insg. 3.676) bis 2016 (insg. 3.475) kontinuierlich leicht ab. Im Landkreis Kassel reduzieren sich die Kontakte von 1.737 in 2014 auf 1.634 in 2015, um dann 2016 den höchsten Wert 1.750 zu erreichen.

Nachfolgende Abbildungen geben einen Überblick über die Anzahl der Vorgänge in den einzelnen Wohnorten des Landkreises Kassel (s. Abb. 7-14/15).

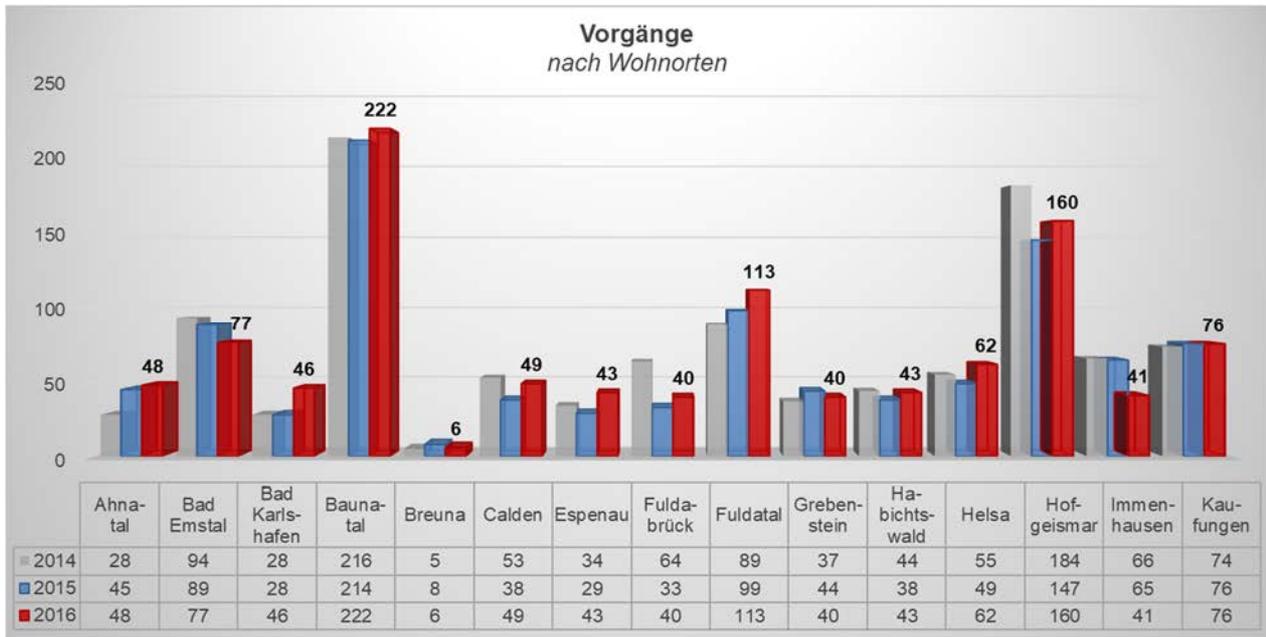


Abb. 7-14: Vorgänge nach Wohnorten – Teil I  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel, Sozialpsychiatrischer Dienst

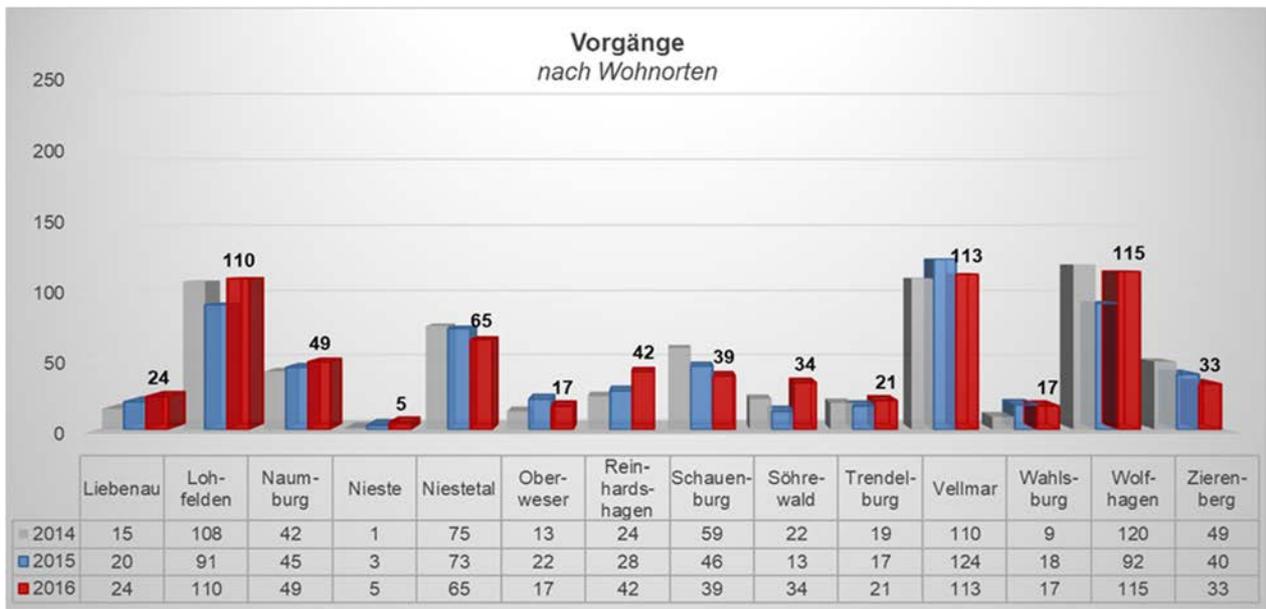


Abb. 7-15: Vorgänge nach Wohnorten – Teil II  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel, Sozialpsychiatrischer Dienst

Im Erhebungszeitraum 2014 -16 zeigt sich in je fünf Wohnorten eine gleichermaßen stetige Zu- bzw. Abnahme der Vorgänge (s. Abb. 7-15). In Ahnatal, Fulda, Liebenau, Naumburg und Nieste nimmt die Anzahl der Vorgänge über den Erhebungszeitraum kontinuierlich zu, während sie in Bad Emstal, Immenhausen, Niestetal, Schaumburg und Zierenberg stetig abnimmt. In dreizehn Wohnorten steigt die Anzahl der Vorgänge von 2015 auf 2016 an: Caldén, Fuldabrück, Habichtswald, Hofgeismar, Wolfhagen, Bad Karlshafen, Baunatal, Espenau, Helsa, Lohfelden, Reinhardshagen, Söhrewald und Trendelburg. Bei letzteren



acht Wohnorten wird 2016 die höchste Anzahl an Vorgängen im Erhebungszeitraum erreicht. In allen übrigen Wohnorten variieren die Verläufe.

### 7.4.2 Dienstleistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Der Sozialpsychiatrische Dienst erbringt unterschiedliche Dienstleistungen. Hierzu gehören unter anderem die Bezirksarbeit, Krisendienst, Durchführung von Hilfeplankonferenzen und die Erstellung sozialpsychiatrischer Gutachten.

Im Rahmen der **Bezirksarbeit** berät der Sozialpsychiatrische Dienst Hilfesuchende, Angehörige und Personen des sozialen Umfeldes bei psychosozialen Problemen und sozialhilfrechtlichen Angelegenheiten. Die *vorsorgenden* Hilfen zu Beginn der Erkrankung oder Wiedererkrankung und bei sich anbahnenden Konfliktsituationen gewährleisten, dass die Betroffenen rechtzeitig ärztlich behandelt und im Zusammenwirken mit der Behandlung u.a. geeignete betreuende Einrichtungen in Anspruch genommen werden können. *Nachgehende* Hilfen stellen für Personen, die aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen werden, eine individuelle Betreuung und Beratung sicher. Es werden geeignete Maßnahmen eingeleitet, um die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern und eine erneute Krankenhausaufnahme zu vermeiden. Der Sozialpsychiatrische Dienst vermittelt sowohl ambulante als auch komplementäre Hilfen, wie z. B. häusliche Pflege, Betreutes Wohnen, usw. Die Hilfen zur Teilhabe werden auf der Grundlage einer individuellen, personenorientierten Hilfeplanung in sog. **Hilfeplankonferenzen** gemeinsam mit den an der psychosozialen Versorgung beteiligten Institutionen und Leistungsträgern festgelegt. Der Sozialpsychiatrische Dienst arbeitet also im Sinne eines Netzwerkes mit anderen Anbieter(inne)n von Hilfen eng zusammen und übernimmt im Bedarfsfall Koordinationsaufgaben. Im Weiteren berät er im Rahmen der Bezirksarbeit zu Fragen gesetzlicher Betreuungen und verfasst sozialpädagogische Stellungnahmen.

Fachärztlicherseits werden im Auftrag von Behörden und Gerichten **sozialpsychiatrische Begutachtungen** durchgeführt und Betreuungsgutachten erstellt. Der **Krisendienst** wird in psychiatrischen Notfällen aktiv und leitet entsprechende Hilfen ein. Bei Bedarf werden stationäre Behandlungen (**Unterbringungen**) eingeleitet.

#### 7.4.2.1 Dienstleistungen im Zeitraum 2014–16

Im Erhebungszeitraum nimmt die Bezirksarbeit zeitlich den größten Raum ein, gefolgt von der Erstellung sozialpsychiatrischer Gutachten (s. Abb. 7-16). Die Anzahl der Vorgänge in der Bezirksarbeit nehmen über den Betrachtungszeitraum hinweg kontinuierlich zu. 2015 zeigt sich in drei Dienstleistungsbereichen ein Rückgang, der sich am stärksten bei den Hilfeplankonferenzen abzeichnet. Die Anzahl der Unterbringungen steigt 2015 an, um 2016 ein vergleichbares Niveau zu erreichen.

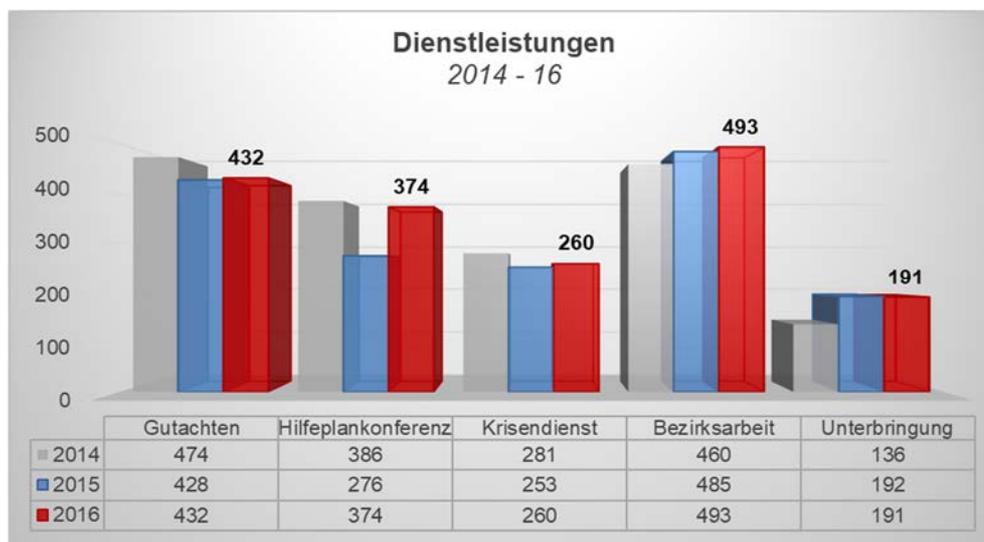


Abb. 7-16: Dienstleistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel, Sozialpsychiatrischer Dienst



### 7.4.2.2 Dienstleistungen in den einzelnen Städten und Gemeinden

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die im Erhebungszeitraum 2014-16 in den einzelnen Wohnorten erbrachten Dienstleistungen (s. Tab. 7-3).

Ort	Jahr	Bezirksarbeit	Krisendienst	Hilfeplan-konferenzen	Gutachten	Unterbrin-gung
Ahnatal	2014	7	0	5	12	4
	2015	14	5	8	12	6
	2016	6	6	15	13	8
Bad Emstal	2014	21	35	13	13	19
	2015	10	29	16	13	21
	2016	10	28	12	9	18
Bad Karlshafen	2014	8	5	5	6	4
	2015	10	7	3	6	2
	2016	10	8	9	12	7
Baunatal	2014	51	32	38	76	19
	2015	57	24	33	76	24
	2016	52	36	24	86	24
Breuna	2014	1	0	0	3	1
	2015	2	0	1	5	0
	2016	3	0	1	2	0
Calden	2014	17	6	14	14	2
	2015	7	2	5	12	12
	2016	13	7	6	16	7
Espenau	2014	7	6	11	7	3
	2015	6	6	4	12	1
	2016	5	8	12	13	5
Fuldabrück	2014	21	6	13	19	5
	2015	7	5	3	16	2
	2016	7	10	8	11	4
Fuldaatal	2014	31	14	16	23	5
	2015	34	6	21	30	8
	2016	43	7	23	26	14
Gebenstein	2014	11	4	3	14	5
	2015	15	1	4	18	6
	2016	9	7	6	13	5
Habichtswald	2014	11	18	6	6	3
	2015	8	19	2	6	3
	2016	6	17	8	11	1
Helsa	2014	7	23	11	10	4
	2015	12	12	7	13	5
	2016	12	33	2	9	6
Hofgeismar	2014	61	54	20	37	12
	2015	43	39	15	36	14
	2016	42	38	22	45	13
Immenhausen	2014	17	10	11	23	5
	2015	20	14	11	17	3
	2016	11	10	4	14	2



Ort	Jahr	Bezirksarbeit	Krisendienst	Hilfeplankonf.	Gutachten	Unterbringung
Kaufungen	2014	14	19	17	17	7
	2015	18	11	14	21	12
	2016	25	17	10	18	6
Liebenau	2014	7	6	0	1	1
	2015	8	6	3	2	1
	2016	5	6	4	6	3
Lohfelden	2014	31	25	19	20	13
	2015	29	13	14	26	9
	2016	37	18	12	27	16
Naumburg	2014	11	21	3	7	0
	2015	10	8	4	19	4
	2016	14	13	4	17	1
Nieste	2014	0	0	1	0	0
	2015	2	0	0	1	0
	2016	0	0	1	2	2
Niestetal	2014	20	15	9	23	8
	2015	21	7	14	22	9
	2016	16	11	14	17	7
Oberweser	2014	2	3	2	6	0
	2015	7	3	1	6	5
	2016	0	1	8	5	3
Reinhardshagen	2014	13	4	2	5	0
	2015	7	6	2	10	3
	2016	10	16	2	12	2
Schauenburg	2014	12	9	16	17	5
	2015	10	3	9	18	6
	2016	7	10	5	14	3
Söhrewald	2014	6	4	4	7	1
	2015	4	3	2	4	0
	2016	13	4	4	10	3
Trendelburg	2014	6	1	3	8	1
	2015	5	2	2	5	3
	2016	5	0	6	6	4
Vellmar	2014	31	16	13	39	11
	2015	38	11	28	35	12
	2016	29	16	24	33	11
Wahlsburg	2014	3	1	1	4	0
	2015	3	3	1	8	3
	2016	5	1	3	7	1
Wolfhagen	2014	37	35	16	27	5
	2015	10	28	13	25	16
	2016	28	40	6	29	12
Zierenberg	2014	10	14	9	16	0
	2015	11	3	13	11	2
	2016	9	6	5	10	3

Tabelle 7-3: Dienstleistungen nach Wohnorten  
 Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel, Sozialpsychiatrischer Dienst

### 7.4.3 Aktuelle Entwicklungen

Am 1. August 2017 ist das Hessische Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten, das „Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz“ (PsychKHG) in Kraft getreten. Ziel ist „[...] die Sicherstellung möglichst personenzentrierter und individuell passgenauer Hilfsangebote.“ Der Gesetzgeber will mit dem neuen Gesetz eine landesweite Verbesserung der psychiatrischen Hilfen wie auch der Qualitätsstandards erreichen. Im Einzelnen wird die kommunale Verantwortung für die psychiatrische Versorgung und die Patientenrechte gestärkt, die Berichterstattung verbessert und die Dokumentation vereinheitlicht. Aufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste ist es, Hilfeangebote im örtlichen Zuständigkeitsbereich zu planen und zu koordinieren.

Mit dem neuen Gesetz werden einige Aufgabenbereiche und Handlungsmöglichkeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste konkretisiert. Hier geht es im Wesentlichen darum, welche Vorgehensweisen genutzt werden können, um mit Menschen in Kontakt treten zu können, die von den sonstigen Hilfeangeboten keinen Gebrauch machen und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie infolge ihrer psychischen Störung ihr Leben, ihre Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer erheblich gefährden.

Im Rahmen des Hessischen Sicherheits- und Ordnungsgesetzes besteht für Ordnungsbehörden und Polizeibehörden die Möglichkeit, eine Person, die ihre Gesundheit oder das Leben bzw. die Gesundheit anderer erheblich gefährdet, vorläufig in Gewahrsam zu nehmen und in ein psychiatrisches Krankenhaus zu bringen. Die eigens dafür bestellten Ärzte der psychiatrischen Kliniken haben dann zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach dem Psychisch Kranken-Hilfe-Gesetz vorliegen. Für die Region Kassel hat sich der Sozialpsychiatrische Dienst von den Ordnungsämtern die Möglichkeit übertragen lassen, eine Ingewahrsamnahme durchzuführen.

## 7.5 Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle

### 7.5.1 Beratungsangebote

Die Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle (PSKB) des Landkreises Kassel bietet schwerpunktmäßig Einzelgespräche in persönlichen Krisen zur Konfliktbewältigung, zur Sicherung persönlicher Lebensverhältnisse, der Klärung beruflicher Konfliktsituationen oder der Koordination von Hilfen im Einzelfall. Partnergespräche dienen vorrangig dem Aufbau von Verständnis gegenüber dem/r erkrankten Partner/in bei einer länger andauernden Erkrankung. Familiengespräche unterstützen bei Erziehungsproblemen, innerfamiliären Krisen und Konflikten, während Gruppengespräche der Begegnung und dem gegenseitigen Meinungsaustausch dienen.

#### 7.5.1.1 Beratene Klient(inn)en

In den letzten drei Jahren haben sich die Fallzahlen der beratenen Klient(inn)en durch die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle stetig leicht verringert. Während 2014 insgesamt 463 Klient(inn)en die Beratung der PSKB in Anspruch nahmen, waren es nach vergleichbarer Anzahl 2015 (insg. 461 Klient(inn)en) 2016 noch

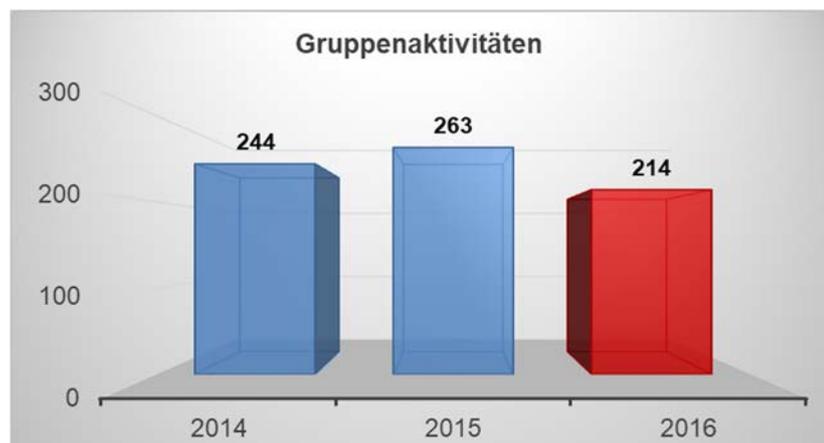


Abb. 7-17: Beratene Klient(inn)en 2014–16  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel, PSKB



450 Klient(inn)en (s. Abb. 7-17). Diese rückläufigen Zahlen in 2016 sind überwiegend auf veränderte Personalressourcen in der PSKB zurückführen. Somit bilden die vorliegenden Daten den damaligen tatsächlichen Beratungsbedarf nicht äquivalent ab. Beim Vergleich der Fallzahlen in den einzelnen Städten/Gemeinden zeigt sich, dass in sieben Städten/Gemeinden die Fallzahlen im Beobachtungszeitraum 2014 bis 2016 nahezu konstant bleiben: Bad Emstal, Bad Karlshafen, Breuna, Espenau, Liebenau, Oberweser und Zierenberg (s. Abb. 7-18/19).

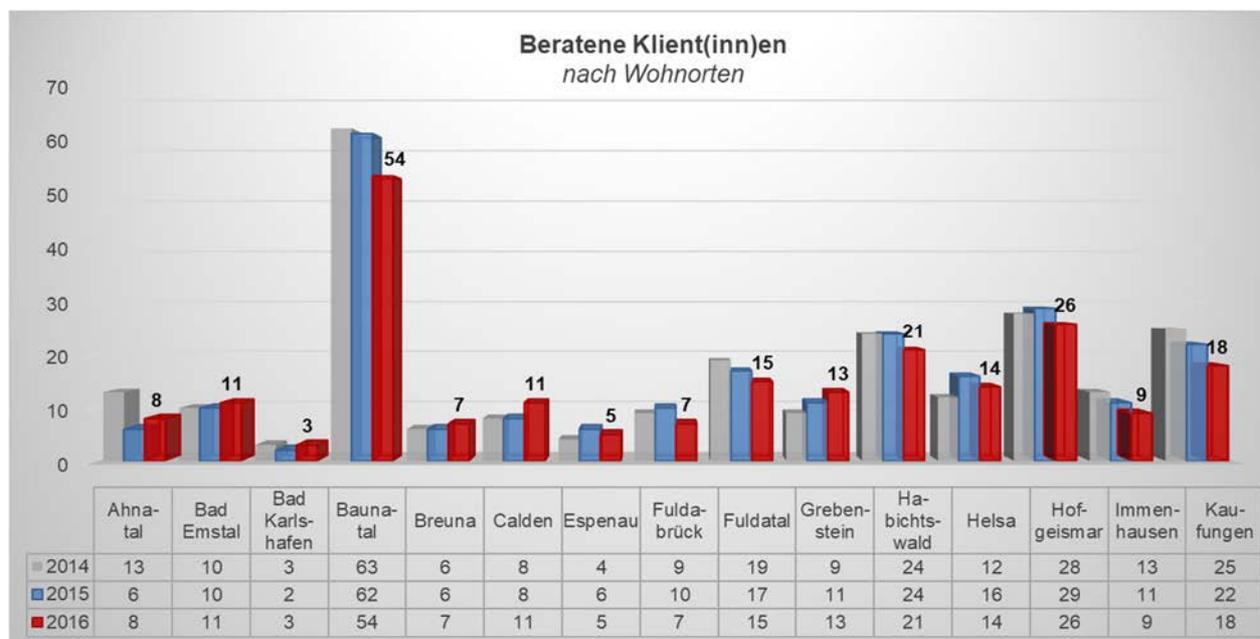


Abb. 7-18: Beratene Klient(inn)en nach Wohnorten – Teil I  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel, PSKB

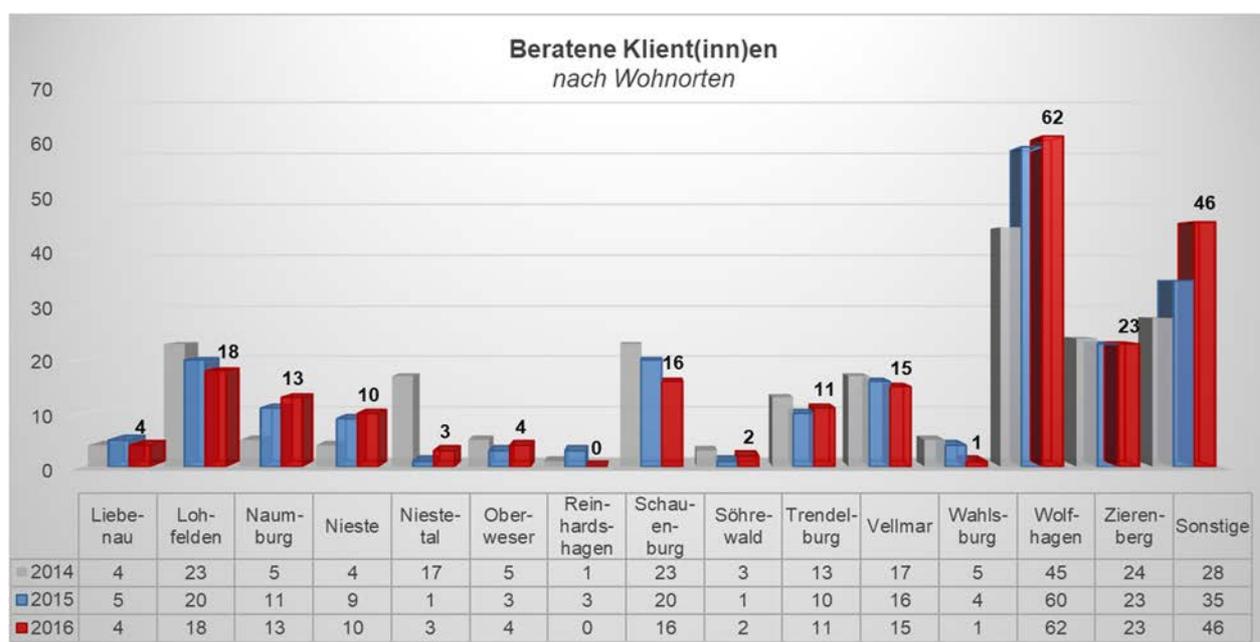


Abb. 7-19: Beratene Klient(inn)en nach Wohnorten – Teil II  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel, PSKB

In vier Gemeinden: Grebenstein, Naumburg, Nieste und Wolfhagen steigen die Fallzahlen über stetig an. Rückläufige Fallzahlen über alle drei Erhebungszeitpunkte hinweg liegen in fünf Städten/Gemeinden vor: Fulda, Kaufungen, Lohfelden, Schauenburg und Vellmar. In allen übrigen Ortsteilen variieren die Verläufe (s. Abb. 7-18/19).

### 7.5.1.2 Beratene Klient(inn)en nach Hauptdiagnosen

Die Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle erhebt selbst keine Diagnosen bei den ratsuchenden Klient(inn)en. Diese nennen jedoch zumeist im Rahmen der Beratung ihre zugrundeliegende psychische Erkrankung. In nebenstehender Grafik sind die Klientenkontakte nach den genannten Hauptdiagnosen kategorisiert (s. Abb. 7-20).

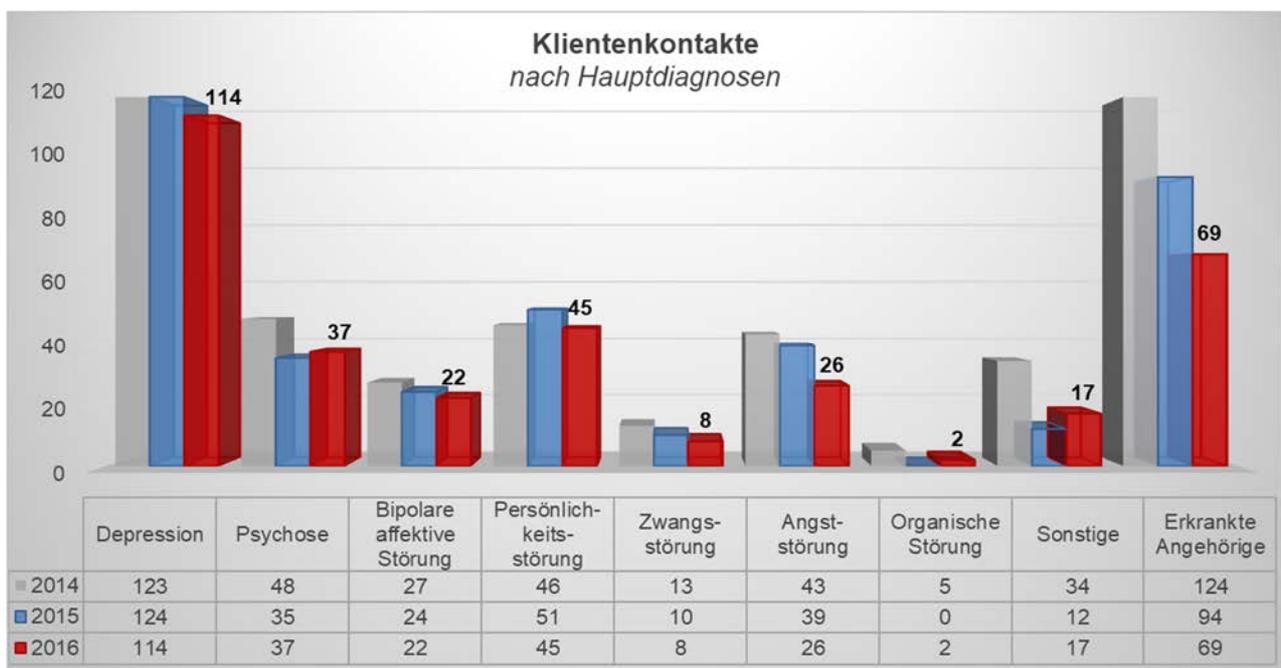


Abb. 7-20: Klientenkontakte nach Hauptdiagnosen  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel, PSKB

Bei vier Krankheitsbildern zeigt sich über den Erhebungszeitraum 2014-16 ein konstanter Rückgang an Anzahl der Erkrankungen: bei den bipolar affektiven Störungen, den Zwangs- und Angststörungen als auch bei den Erkrankungen der beratenen Angehörigen. Bei den restlichen Erkrankungen sind unterschiedliche Auftretensverläufe erkennbar. Die Anzahl depressiver Erkrankungen ist 2014 mit 2015 nahezu konstant, um dann 2016 abzusinken. Die Anzahl der Psychosen und sonstigen Erkrankungen sinkt 2015, um 2016 wieder anzusteigen, jedoch ohne das Niveau von 2014 erneut zu erreichen.



### 7.5.2 Gruppenaktivitäten

Gruppenangebote bilden seit Beginn der PSKB einen Schwerpunkt in der Betreuungsarbeit. Sie sind sowohl an die Klient(inn)en als auch ihre Angehörigen gerichtet. Sie bieten gemeinsames Erleben, Abwechslung zum Alltag und fördern soziale Kontakte in unterschiedlichen Kontexten. Die im Gruppenkontext gemachte Selbsterfahrung kann eine klarere Sichtweise der gegenseitigen Beziehung oder das Heraustreten aus der Isolation bewirken. Oftmals resultieren

mehr Selbstbewusstsein als auch Sensitivität im Umgang mit sich selbst und anderen. Die Gruppenaktivitäten umfassen sozialtherapeutische Gruppen wie Patientengruppen, Ehepaar-/Partnergruppen oder Angehörigengruppen, sowie kontaktfördernde Gruppen und offene Begegnungsstätten. 2015 ist die höchste Anzahl an Teilnehmer(inne)n von Gruppenaktivitäten zu verzeichnen, während sie 2016 auf das im Erhebungszeitraum niedrigste Niveau absinkt (s. Abb. 7-21).

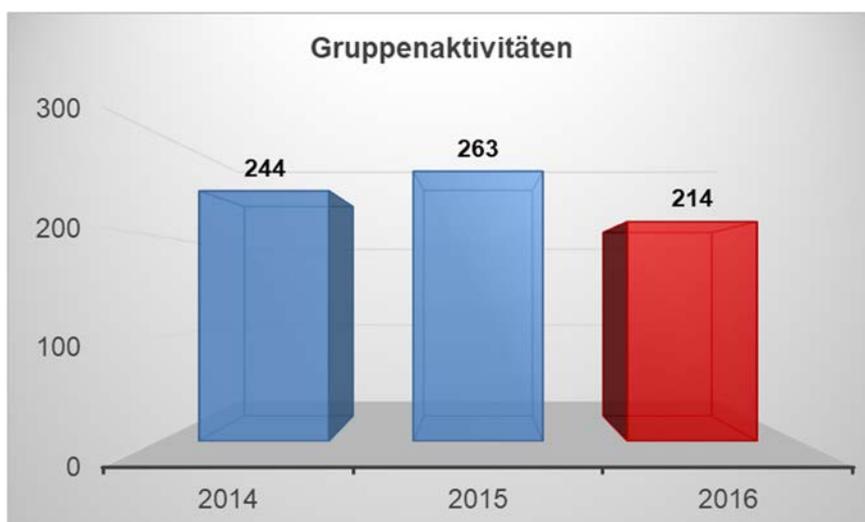


Abb. 7-21: Gruppenaktivitäten  
Quelle: Gesundheitsamt Region Kassel, PSKB

### 7.6 Ambulante Suchthilfe

Für Personen mit substanz- und verhaltensbezogenen Süchten sowie deren Angehörige sind die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe die zentralen Fachstellen in einem regionalen Hilfesystem. Sie stellen für die Hilfesuchenden wie für die Kommune die Umsetzung von Leistungen der kommunalen Daseinsvorsorge sicher und ermöglichen den Zugang zu weiteren Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Daten, die unmittelbar Auskunft über die tatsächliche Häufigkeit von Suchtmittelabhängigkeit in einer abgrenzbaren Region geben, stehen in der Regel nicht zur Verfügung. Jedoch ermöglichen die Fallzahlen aus den regionalen Suchtberatungsstellen Aussagen über die Häufigkeit und Verteilung der Inanspruchnahme von ambulanter Suchthilfe durch Einwohner/innen des Landkreises Kassel.

Die Inanspruchnahme des ambulanten Suchthilfesystems als primäre Anlaufstelle für Beratung, ambulante Therapie sowie zur Weitervermittlung in stationäre Hilfen ist für die Klientinnen und Klienten nicht einfach, da sie ihren eigenen Suchtmittelkonsum als beratungs- oder behandlungsbedürftig erleben müssen. Faktisch findet damit nur ein kleiner Teil der Menschen, die von Suchtproblemen betroffen sind, rechtzeitig den Weg zu Beratungsstellen. Darüber hinaus beeinflussen viele weitere Faktoren die Inanspruchnahme von ambulanter Suchtberatung. Diese sind u.a.:

1. die Sensibilisierung der niedergelassenen Ärzt(inn)e/n vor Ort
2. eine dezentrale Angebotsstruktur und deren Bekanntheit
3. eine fachlich gute Vernetzung und Kooperation zwischen dem Hilfesystem und behördlichen Institutionen sowie
4. eine aktive Suchtselbsthilfe.

Die Zuständigkeiten der Ambulanten Suchthilfe im Landkreis Kassel sind wie folgt geregelt: Bei Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln (Alkohol, Medikamenten) und bei Glücksspielsucht erfolgt die Versorgung der Altersgruppe der über 27-jährigen Klient(inn)en schwerpunktmäßig durch die Suchtberatungsstellen des Diakonischen Werkes Region Kassel und des Blaukreuzzentrums. Bis zum 27. Lebensjahr erfolgen die ambulanten Beratungs- und Behandlungsangebote schwerpunktmäßig über die Drogenhilfe Nordhessen e.V. unabhängig davon, ob die Hauptproblematik der Klient(inn)en hinsichtlich eines legalen oder illegalen Suchtmittels besteht. Bei illegalen Suchtmitteln besteht diese Zuständigkeit unabhängig vom Alter. Die folgenden Fallzahlen beziehen sich ausschließlich auf die Inanspruchnahme von ambulanter Suchtberatung bzw. Suchtbehandlung durch Einwohner/innen des Landkreises Kassel in den Jahren 2014 bis 2016. (s. Abb. 7-22/23. Vergleichbare Zahlen zur Nutzung stationärer Behandlungsformen liegen nicht vor.

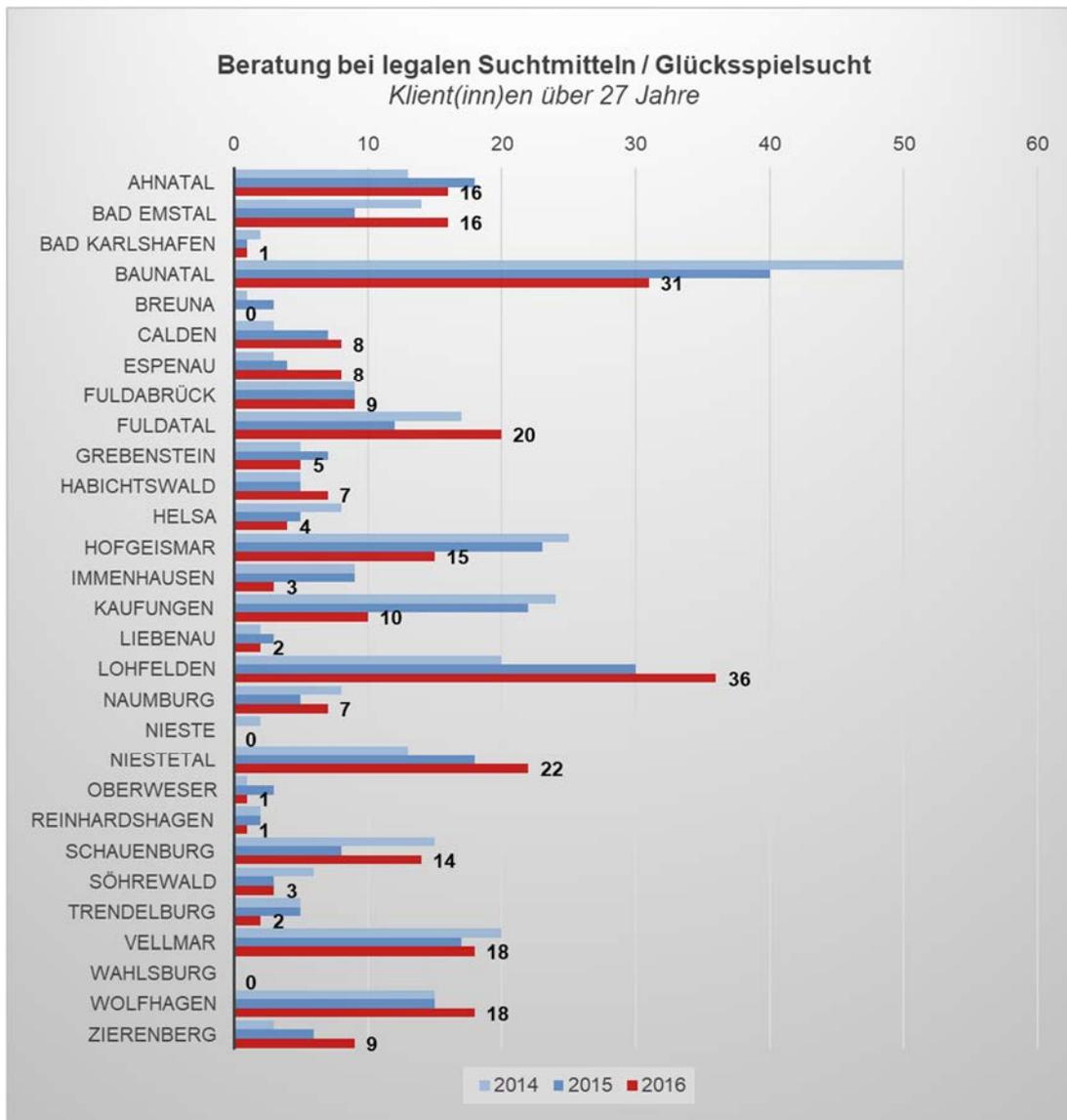


Abb. 7-22: Beratung bei legalen Suchtmitteln / Glücksspielsucht – Klient(inn)en über 27 Jahre  
 Quelle: Diakonisches Werk Region Kassel / Blaukreuzzentrum

In den Grafiken wird nicht zwischen den Suchtdiagnosen unterschieden. Der überwiegende Teil bezieht sich auf die Alkoholabhängigkeit, gefolgt von der Glücksspielsucht und der Medikamentenabhängigkeit.



Hinsichtlich der Glücksspielproblematik besteht ein spezialisiertes Beratungs- und Behandlungsangebot des Diakonischen Werkes Region Kassel. Die Inanspruchnahme der von Glücksspielsucht betroffenen Menschen aus dem Landkreis Kassel ist stabil. In 2014 kamen 26 % aller vom Diakonischen Werk Region Kassel beratenen Glücksspieler/innen aus dem Landkreis Kassel, in 2015 waren es 24 % und in 2016 waren es 30 % (s.

	Glücksspieler/innen	Angehörige
2011	15	10
2012	63	8
2013	57	10
2014	47	11
2015	36	3
2016	47	11

Tabelle 7-4: Beratung und Behandlung bei Glücksspielsucht  
Quelle: Diakonisches Werk Region Kassel

Tabelle 7-4). Nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die Beratung bei illegalen/legalen Suchtmitteln in den Städten/Gemeinden des Landkreises Kassel (s. Abb. 7-23).

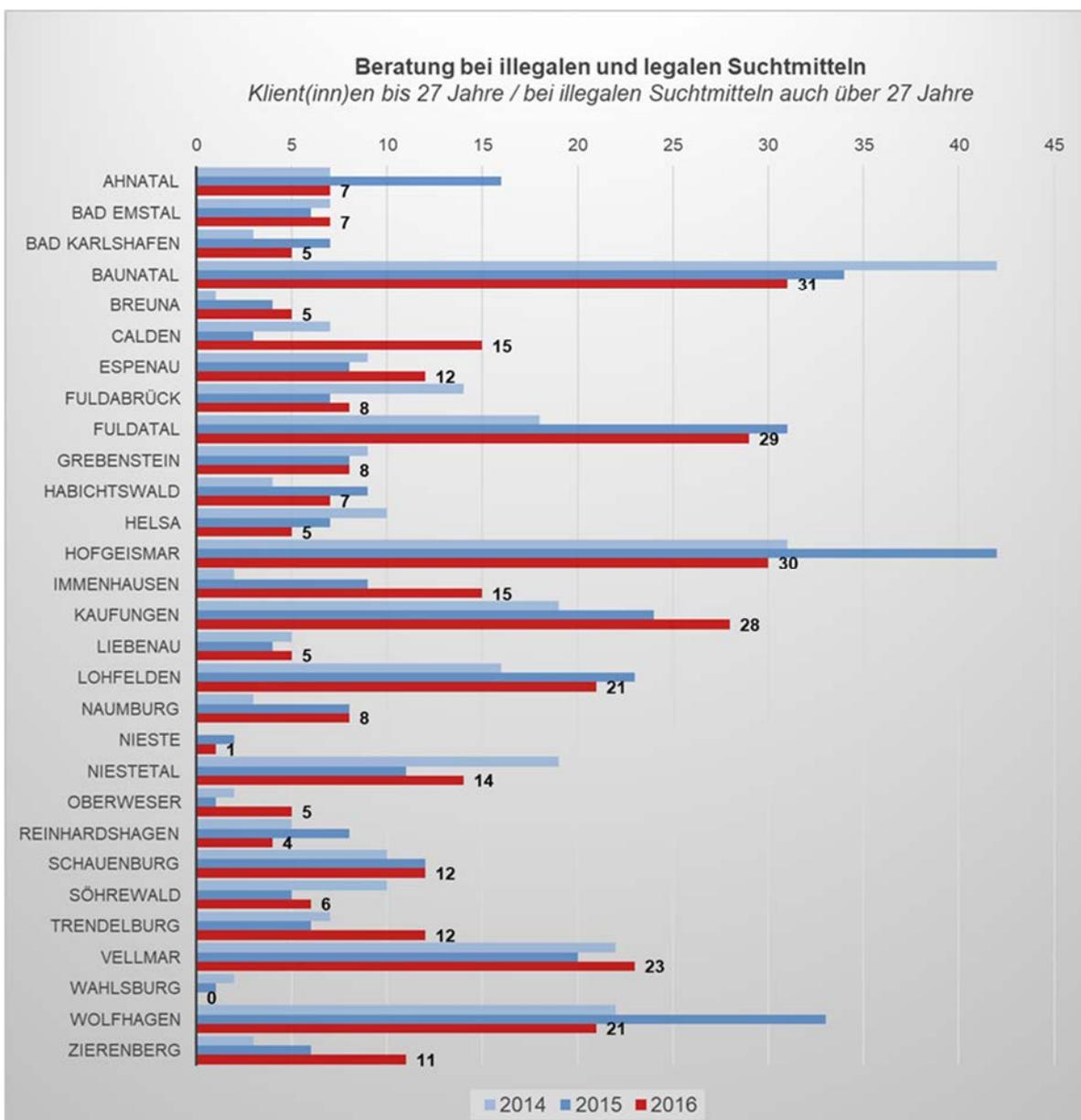


Abb. 7-23: Beratung bei illegalen und legalen Suchtmitteln. Klient(inn)en bis 27 Jahre / bei illegalen auch über 27 Jahre  
Quelle: Drogenhilfe Nordhessen e.V.

Für eine Gesamtbetrachtung der Inanspruchnahme von Ambulanter Suchthilfe im Landkreis Kassel folgt ein Diagramm mit den kumulierten Fallzahlen der Suchtberatungsstellen des Diakonischen Werkes, des Blaukreuzzentrums und der Drogenhilfe Nordhessen e.V. im Verhältnis zur Einwohnerzahl der jeweiligen Gemeinden (s. Abb. 7-24). Die Anzahl der Beratungssuchenden korreliert erwartungsgemäß im Wesentlichen mit der Größe der Einwohnerzahlen der jeweiligen Gemeinden.

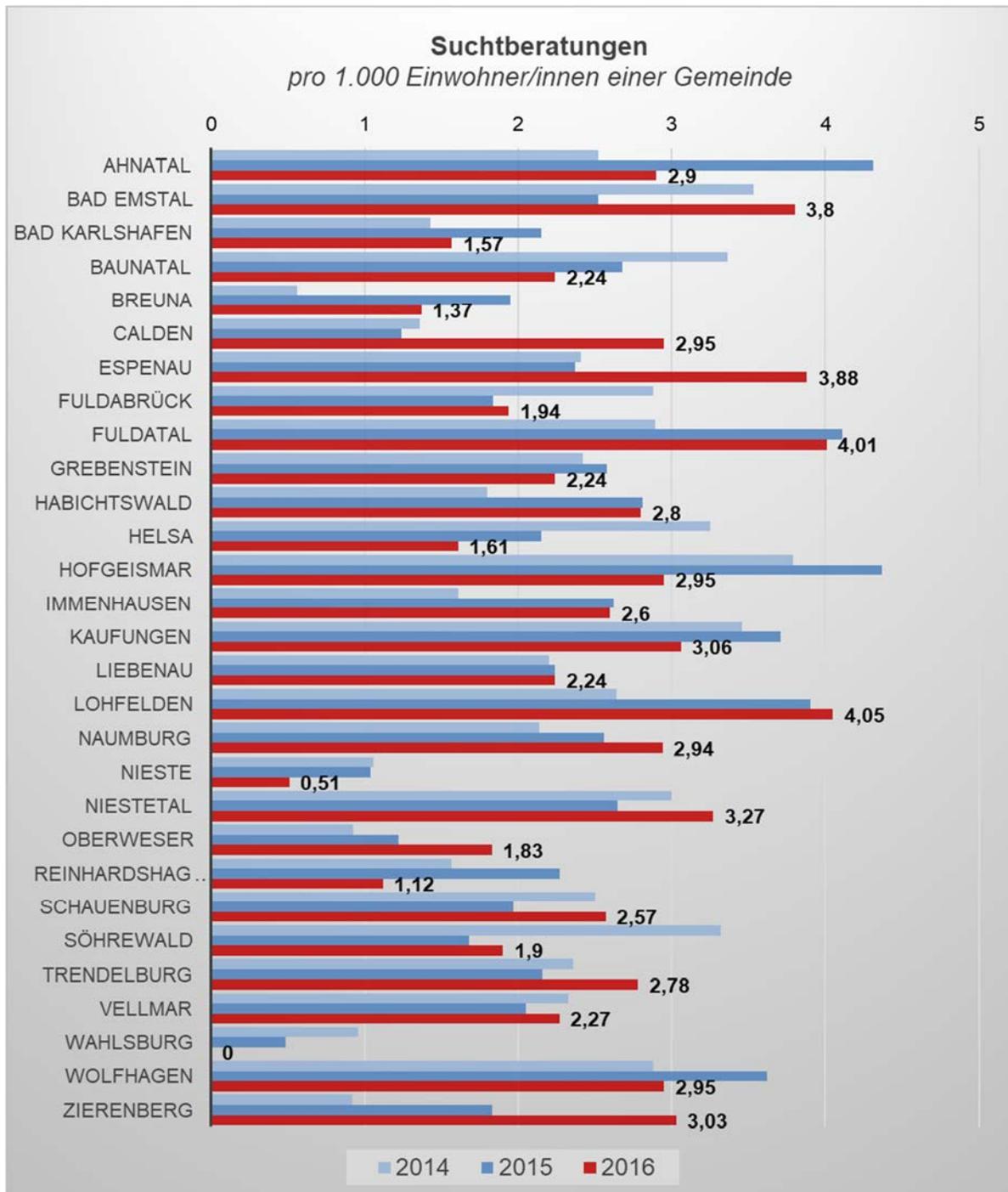


Abb. 7-24: Suchtberatung pro 1.000 Einwohner/innen  
Quelle: Drogenhilfe Nordhessen e.V.



An dieser Stelle sei deutlich darauf hingewiesen, dass diese Fallzahlen keine Aussage über den tatsächlichen Umfang der Suchtmittelproblematik im Landkreis Kassel zulassen. Sie geben lediglich einen Überblick über die Inanspruchnahme der ambulanten Suchtberatungsstellen. Epidemiologische Studien schätzen z.B. allein den Anteil der Menschen mit Alkoholerkrankung auf ca. 2,4 % der erwachsenen Gesamtbevölkerung. Die obigen Abbildungen zeigen im Umkehrschluss, dass der Anteil der nicht versorgten Menschen mit Suchterkrankung entsprechend hoch einzuschätzen ist. Vor diesem Hintergrund sollte eine hohe Inanspruchnahme auch positiv bewertet werden und auf eine gute Vermittlung und fachlich gelungene Vernetzung vor Ort hinweisen.

Wichtige Faktoren, welche die Inanspruchnahme unterstützen oder einschränken, sind die jeweiligen Zugangswege bzw. Zugangsmöglichkeiten zum nächsten Beratungsangebot. Bestehende Beratungszentren der hier genannten Träger/innen im Bereich der Stadt Kassel werden von Einwohner(inne)n aus den umliegenden Landkreisgemeinden genutzt. Ratsuchende aus dem Raum Hofgeismar oder Wolfhagen, die eine Versorgung direkt vor Ort bevorzugen, orientieren sich an den Außenstellen der Drogenhilfe Nordhessen e.V. und des Diakonischen Werkes Region Kassel in Hofgeismar und Wolfhagen. In der Außenstelle in Wolfhagen ist die Zusammenarbeit mit der qualifizierten Entgiftung der Vitos Klinik Bad Emstal hervorzuheben, die eine fast nahtlose Beratung mit weiterführenden Angeboten für die betroffenen Menschen bedeutet. Die ambulante Therapie in der Außenstelle Baunatal des Diakonischen Werkes Region Kassel wird weiterhin gut angenommen. Dies gilt ebenso für die Beratung in der Außenstelle Lohfelden des Diakonischen Werkes Region Kassel. Einige Betroffene im Landkreis orientieren sich aufgrund der randständigen Lage ihrer Herkunftsgemeinden an näheren suchtspezifischen Beratungsangeboten in anderen Landkreisen.

Relevant im regionalen Netzwerk zu nennen sind die tagesklinischen und stationären Behandlungsmöglichkeiten beim Blaukreuzzentrum (bis Ende 2017) und die stationären Behandlungsmöglichkeiten in der Fachklinik Fürstenwald.

### **7.6.1 Frühhilfeprojekte**

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit riskantem Konsum legaler oder illegaler Suchtmittel oder exzessivem Medienkonsum sollten grundsätzlich zum frühesten Zeitpunkt jugendspezifische Beratungen und Hilfen angeboten werden, um rechtzeitig eine Suchtgefährdung bzw. Suchtentwicklung zu vermeiden.

Die folgenden Projekte „Just in Time“, „HaLT“ (Hart am Limit) und „Real Life“ sind Beratungsangebote, die versuchen, diesen Frühhilfansatz jeweils spezifisch zu verwirklichen.

#### **7.6.1.1 „Just in Time“**

„Just in time“ ist ein aufsuchendes Beratungsangebot der Drogenhilfe Nordhessen e.V., das sich gezielt an junge Menschen im Landkreis Kassel richtet, die an unterschiedlichen Orten und Institutionen (Schule, Krankenhäuser, Jugendamt, Polizei) mit riskantem Konsum legaler und illegaler Suchtmittel auffallen. Diese aufsuchende Beratung kurz nach dem Zeitpunkt der Auffälligkeit ermöglicht eine besonders niederschwellige Unterstützung sowie im Bedarfsfall die Weitervermittlung von suchtgefährdeten jungen Menschen. Die Frühintervention „Just in time“ unterstützt seit Beginn 2009 eine zunehmende Anzahl von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (2009: 64 junge Menschen; 2013: 79 junge Menschen).



Nebenstehende Grafik gibt einen Überblick über die Anzahl der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in den Jahren 2011 bis 2016 mit ihrer jeweiligen Erstauffälligkeitsproblematik über das Frühhilfeprojekt „Just in time“ erreicht werden konnten (s. Abb. 7-25)<sup>1</sup>.

In der Regel waren die Beratungsanlässe problematischer Alkoholkonsum und/oder Cannabismissbrauch. Im Laufe der Jahre hat sich der prozentuale

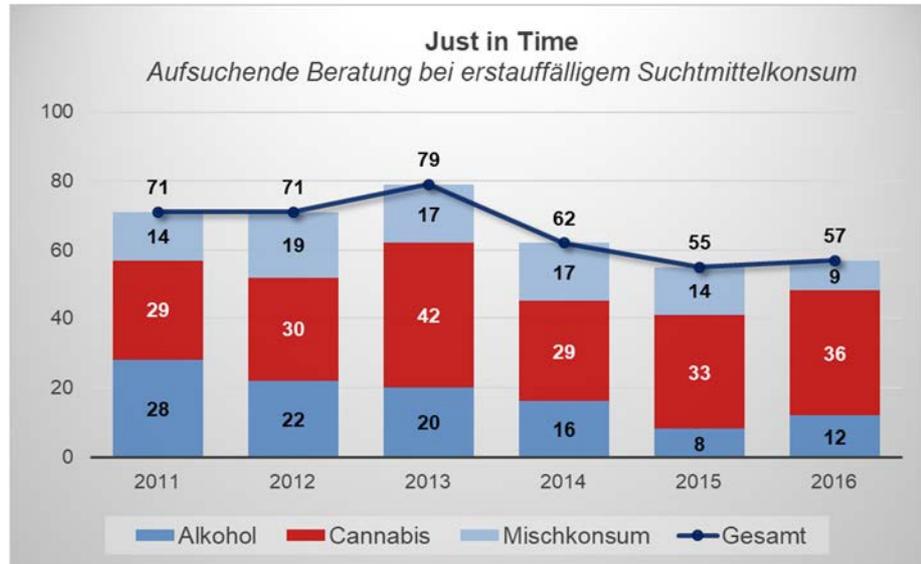


Abb. 7-25: Aufsichende Beratung bei erstauffälligem Suchtmittelkonsum (Just in Time) Quelle: Drogenhilfe Nordhessen e.V.

Anteil, der durch dieses Angebot erreichten Cannabiskonsument(inn)en prozentual erhöht. Durch seinen niedrigschwelligen Ansatz hat sich „Just in Time“ als zentrales Hilfeangebot bei erstauffälligem Suchtmittelkonsum junger Menschen im Landkreis Kassel etabliert. Aufgrund beschränkter personeller Ressourcen steht es jedoch nicht in allen Regionen des Landkreises zur Verfügung.

### 7.6.1.2 „HaLT“ - Hart am Limit

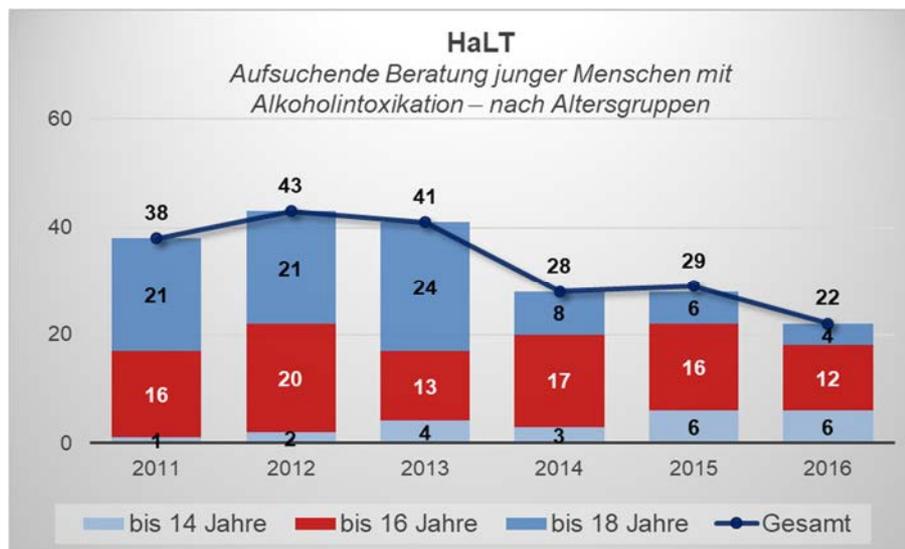


Abb. 7-26: HaLT – nach Altersgruppen Quelle: Drogenhilfe Nordhessen e.V.

Die Anzahl junger Menschen, die aufgrund akuter Alkoholintoxikation in Krankenhäusern behandelt werden müssen, hatte sich ab dem Beginn der 2000er Jahre bundesweit mehr als verdoppelt. Seit Mitte 2010 erfolgte für diese Kinder und Jugendlichen eine noch im Rahmen ihrer Behandlung im Klinikum Kassel stattfindende direkt aufsuchende Beratung durch die Drogenhilfe Nordhessen e.V. Dieser Ansatz einer aufsuchenden Hilfe

durch sog. „Brückengespräche“ im Krankenhaus wurde dann 2011 im Rahmen des hessenweiten Präventionsprojektes HaLT fortgesetzt. Diese „Brückengespräche“ im Rahmen von HaLT werden durch Elterngespräche und ein spezifisches Gruppenangebot ergänzt. Die mit Abstand größte betroffene Altersgruppe

<sup>1</sup> Mischkonsum = Alkohol, Cannabis, Amphetamine u.a.



sind die 14- bis 16-jährigen Jugendlichen. HaLT basiert als wissenschaftlich gut evaluiertes Präventionsprojekt zudem auf einer kommunal vernetzten Präventionsstrategie. Die institutionsübergreifende Zusammenarbeit von Fachkräften im Bereich der Alkoholprävention und des Jugendschutzes mit hoher Multiplikatorenwirkung ergänzt und vervollständigt das individuell aufsuchende Hilfe- und Beratungsangebot in der konkreten Krisensituation „Alkoholintoxikation“, welches in enger Kooperation mit dem Klinikum Kassel erfolgt.

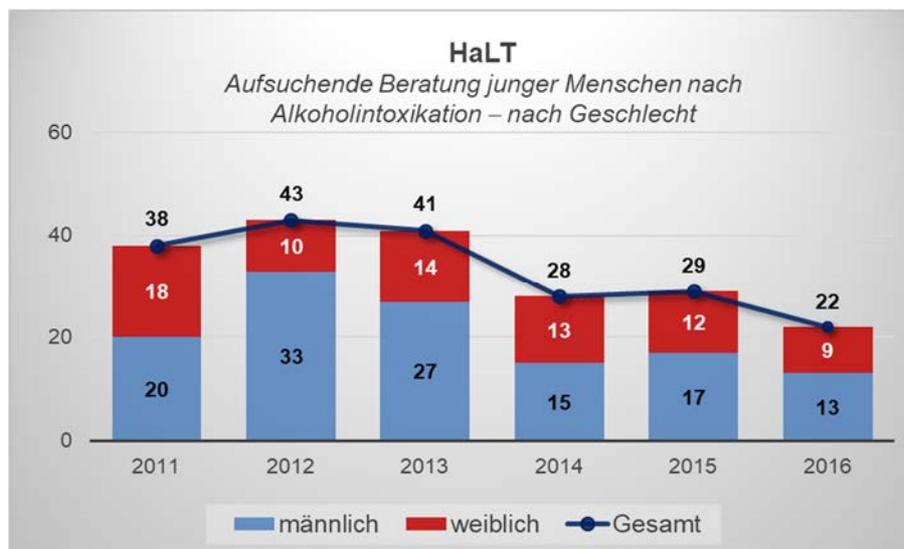


Abb. 7-27: HaLT – nach Geschlecht  
Quelle: Drogenhilfe Nordhessen e.V.

Ab 2014 zeigt sich auch in der Region Kassel ein leichter und kontinuierlicher Rückgang der Fallzahlen, der im auch bundesweiten Trend liegt (s. Abb. 7-26/27). Ein deutlicher Hinweis dafür, dass ein gezieltes und gut implementiertes Suchtpräventionsprojekt nachweisbare Wirkung entfalten kann.

### 7.6.1.3 „Real Life“

In der heutigen Medienlandschaft verändern sicher innerhalb kürzester Zeit die technischen Möglichkeiten, die medialen Angebote und die entsprechenden Nutzungsmuster (Stichworte: Onlinespiele, soziale Netzwerke, Smartphone Nutzung). Während Kinder und Jugendliche wie selbstverständlich in dieser Medienlandschaft aufwachsen, häufen sich die Sorgen der zum Teil überforderten Eltern. Im Spannungsfeld zwischen Medienwandel und -ängsten ist es eine fachlich anspruchsvolle Aufgabe zu differenzieren, ob es sich bei intensivem Mediennutzungsverhalten um ein Durchgangsstadium handelt oder eine medienspezifische Abhängigkeitsentwicklung mit erheblichen sozialen Folgen (wie z.B. Antriebsverlust, Rückzug, Isolation, Vernachlässigung von Pflichten) und einem folgenschweren Scheitern an den alterstypischen Entwicklungsaufgaben beginnt.

Das Projekt „Real Life“ ist seit 2008 ein Beratungsangebot des Diakonischen Werkes Region Kassel für Menschen, die als Betroffene einen problematischen Umgang mit den neuen Medien entwickeln (z.B. durch exzessive Computer- oder Internetnutzung) oder auch für deren Angehörige und Bezugspersonen, die Unterstützung und Rat suchen. Der Schwerpunkt liegt in der Beratung der betroffenen Kinder und Jugendlichen. In den letzten Jahren waren etwa 30 % der beratenen Klient(inn)en minderjährig. 2014 wurden im Landkreis Kassel 34 Klient(inn)en intensiv beraten und betreut (s. Abb. 7-28). In den beiden Folgejahren waren dies auf gleichbleibendem Niveau 35 und 34 Klient(inn)en. In der Regel wohnen 35 % – 40 % aller Ratsuchenden im Landkreis Kassel. Die Beratung von Angehörigen sowie Betroffenen in der Beratungsstelle „Real Life“ spiegelt die Entwicklung und Verunsicherung wider, die durch die intensive Nutzung digitaler Medien entstanden ist. Folglich ist es auch ein wesentlicher Auftrag dieser spezifischen Beratungsstelle über aktuelle Entwicklungen, Chancen und Risiken medialer Nutzung zu informieren und aufzuklären. Hierzu fanden in der Region jährlich bis zu 30 Informationsveranstaltungen statt.

Um medienaffines Handeln junger Menschen nicht vorschnell zu pathologisieren, ist eine medien-spezifische Professionalisierung in allen pädagogischen Arbeitsfeldern und psychosozialen Hilfesystemen nötig. Die Vermittlung und Abstimmung fachlich fundierter Standards zum Erkennen eines exzessiven Medienkonsums mit Abhängigkeitspotenzial bei jungen Menschen und deren qualifizierte Weiterleitung an vorhandene spezifische Behandlungsangebote ist eine vordringliche Netzwerkaufgabe.

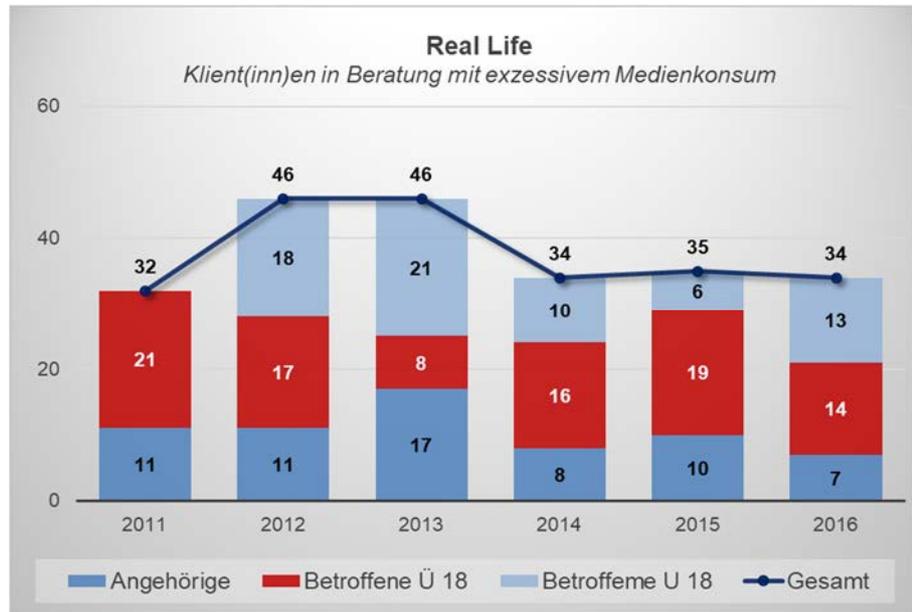


Abb. 7-28: Beratungen Real Life  
Quelle: Drogenhilfe Nordhessen e.V.

### 7.7 Rechtliche Betreuungen

Wer seine eigenen Angelegenheiten auf Grund des hohen Alters, einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht mehr vollständig oder teilweise regeln kann, findet Hilfestellung und Vertretung im Rahmen der rechtlichen Betreuung. Über eine Betreuung entscheidet das zuständige Amtsgericht. Es prüft, ob und in welchem Umfang eine Betreuung erforderlich ist. Ein/e Betreuer/in kann nur mit Gerichtsbeschluss und nur in seinem/ihrer Wirkungskreis handeln. Er/Sie unterliegt dem Betreuungsgesetz und wird vom Gericht kontrolliert. Im Landkreis Kassel gibt es mit Stand 31.12.2017 insg. 3.983 laufende Betreuungen und damit eine Konstanz zum Vorjahr (3.987) (s. Abb. 7-29). Zwischen den Geschlechtern zeigen sich mit je rund 50 % keine Unterschiede.

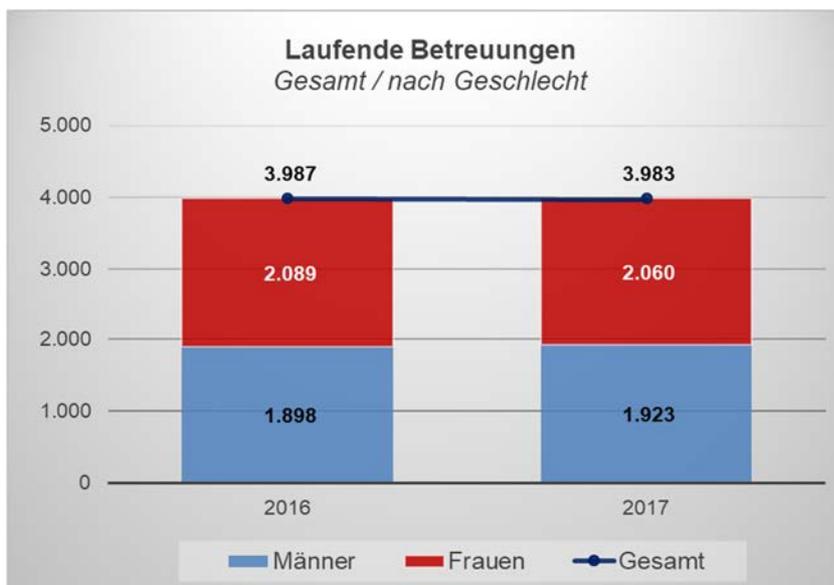


Abb. 7-29: Laufende Betreuungen – Gesamt und nach Geschlecht  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales



Im Jahresvergleich ist eine Steigerung in den Altersgruppen der „Unter-40-Jährigen“ und der „40-65-Jährigen“ zu beobachten (s. Abb. 7-30). Dies lässt den Rückschluss zu, dass immer mehr Menschen die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung vermeiden, in dem sie bereits frühzeitig eine oder mehrere Personen ihres Vertrauens im Rahmen einer „Vorsorgevollmacht“ benennen, die bereit sind, für sie im Bedarfsfall zu handeln.

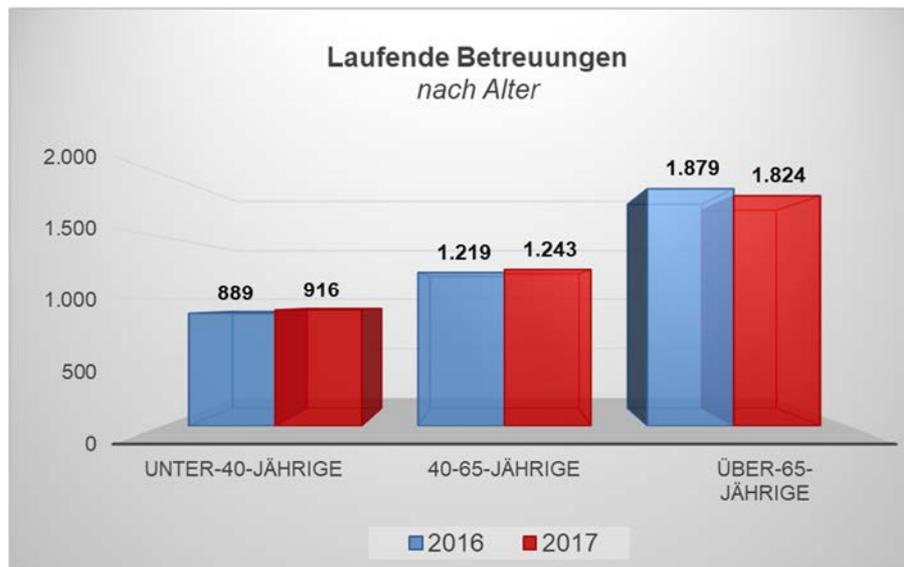


Abb. 7-30: Laufende Betreuungen – nach Alter  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die laufenden Betreuungen in den jeweiligen Städten/Gemeinden (s. Tabelle 7-5).

Gemeinde / Stadt	2016	2017	Gemeinde / Stadt	2016	2017
Ahnatal	86	86	Liebenau	36	34
Bad Emstal	178	170	Lohfelden	189	185
Bad Karlshafen	78	80	Naumburg	223	208
Baunatal	449	458	Nieste	10	11
Breuna	33	35	Niestetal	88	101
Calden	111	116	Oberweser	41	36
Espenau	41	42	Reinhardshagen	60	64
Fuldabrück	84	76	Schauenburg	91	90
Fuldata	180	181	Söhrewald	50	50
Grebenstein	102	110	Trendelburg	75	69
Habichtswald	85	89	Vellmar	261	260
Helsa	209	211	Wahlsburg	51	48
Hofgeismar	498	495	Wolfhagen	283	277
Immenhausen	110	112	Zierenberg	130	124
Kaufungen	155	165			

Tabelle 7-5: Laufende Betreuungen nach Städten/Gemeinden  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Deutliche Zuwächse sind in Niestetal (plus 13), Kaufungen (plus 10), Baunatal (plus 9) und Grebenstein (plus 8) zu verzeichnen. In den Orten Naumburg (minus 15), Bad Emstal und Fuldabrück (je minus 8) ging die Zahl der laufenden Betreuungen zurück.

Wie nebenstehende Grafik zeigt, stieg die Zahl der von Berufsbetreuer(inne)n geführten Betreuungen von 1.694 in 2016 um 6 % auf 1.797 in Jahr 2017 (s. Abb. 7-31). Die Betreuungen, die von Ehrenamtlichen Betreuer(inne)n und Angehörigen durchgeführt wurden, sank im selben Zeitraum um 4,7 %. Die Zahl der Vereinsbetreuer/innen reduzierte sich um 3,6 %. Im Jahr 2017 gingen insg. 775 Anträge auf eine rechtliche Betreuung (Neuverfahren) bei der Betreuungsbehörde des Landkreises Kassel ein. Im Vergleich zum Vorjahr (689) ist hier eine Steigerung um 12,5 % zu verzeichnen. Des Weiteren wurden 661 Ermittlungen in laufenden Betreuungen (Bestandsverfahren) vom Amtsgericht angefordert. Die Zahl der betreuungsrechtlichen Beratungen im Vorfeld eines Betreuungsverfahrens (z.B. Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung) stieg um 15,4 % auf 90. Dies deckt sich mit der Aussage aus Abbildung 7-27, dass sich immer mehr Menschen beizeiten um entsprechende Vorkehrungen bemühen. Ein gravierender Anstieg um 137 % ist bei der Beratung und Unterstützung von Betreuer(inne)n/Bevollmächtigten erkennbar. Inwieweit dies als Anzeichen für die zahlreichen gesetzlichen Änderungen im letzten Jahr zu werten oder ein Ausdruck der steigenden Relation von Betreuten und Betreuer(inne)n ist, ist mit den vorliegenden Daten nicht zu beantworten. Im Jahr 2017 gingen erstmals 7 Anträge aus dem Bereich „Geflüchtete“ ein. Hier ist zukünftig mit einer Steigerung zu rechnen. Damit sind sowohl sprachliche als ethische Schwierigkeiten verbunden.

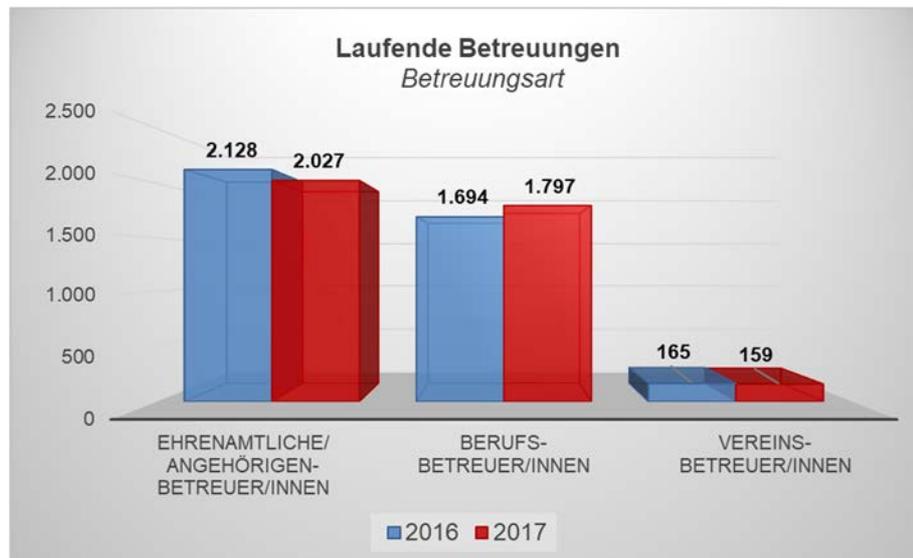


Abb. 7-31: Laufende Betreuungen nach Betreuungsart  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales



## 8 Menschen und Beschäftigung

Erwerbslosigkeit und ihre direkten und indirekten Folgen durchziehen alle Kapitel des Sozialatlasses wie ein roter Faden. Einzelne Bevölkerungsgruppen sind in unterschiedlichem Maße von Armut- und Erwerbslosigkeitsrisiken betroffen. Daher befasst sich das folgende Kapitel zu Beginn allgemein mit dem Umfang von Beschäftigung und Erwerbslosigkeit. Im Fokus stehen einzelne Betroffenengruppen wie erwerbslose Alleinerziehende (insbesondere Frauen), erwerbslose ältere Menschen am Ende ihres Berufslebens, erwerbslose junge Menschen beim Versuch, in das Berufsleben einzusteigen oder erwerbslose behinderte Menschen. Neben eindeutigen Fakten wie Umfang, Dauer und die Verteilung nach Wohnorten der Betroffenen wird auch die Kategorisierung ihrer jeweiligen Problemlagen dargestellt.

Neu hinzugekommen sind die geflüchteten Menschen, deren Anteil an den Hilfeleistungsbezieher(inne)n im SGB II sich mit ihrer Anerkennung als Asylberechtigte kontinuierlich erhöht. Dargestellt werden auch die zu ihrer nachhaltigen Integration in den Arbeitsmarkt angepassten Strategien der regionalen Arbeitsagentur und dem Jobcenter Landkreis Kassel. Konzepte zur Überwindung von Erwerbslosigkeit setzen voraus, dass zu Beginn dieses Prozesses eine umfassende Analyse des individuellen Hilfebedarfs erfolgt. Die vorliegenden Evaluationsergebnisse helfen, im weiteren Fallgeschehen zielgerichtet die sozial- und arbeitsintegrativen Hilfen zu erkennen und entsprechend zu initiieren. So wie im Einzelfall bei der Hilfe zur Überwindung der Erwerbslosigkeit eine umfassende Analyse des individuellen Hilfebedarfs steht, kann die vorliegende Evaluation als Basis bei der Ermittlung von sozial- und arbeitsintegrativen Hilfen genutzt werden.

### 8.1 Erwerbsquote

Die Erwerbsquote beschreibt das Verhältnis von potenziell erwerbsfähigen Menschen im Alterssegment von 15-65 Jahren im Vergleich zur Anzahl der Menschen, die tatsächlich einer beruflichen Tätigkeit nachgehen. Im Dezember 2015 befanden sich 149.513 Menschen im Landkreis Kassel im erwerbsfähigen Alter. Unter die „nicht Erwerbstätigen“ in diesem Alterssegment fallen Schüler/innen, Erwerbslose, Hausfrauen und -männer, sowie nicht erwerbsfähige Personen. Neben den nachstehend aufgeführten sozialversicherungspflichtig und den geringfügig Beschäftigten zählen zur Ermittlung der Erwerbsquote zusätzlich Beamte und Selbständige.

#### 8.1.1 Beschäftigungsentwicklung

Die Quote der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf dem Arbeitsmarkt weist seit 2013 einen positiven Trend auf (s. Abb. 8-1; Stand jeweils Juni des Jahres). Sie hat sich insg. von 56,4 % in 2013 um 5,5 % auf 59,6 % in 2017 erhöht. Dabei fiel der Anstieg bei den Frauen mit 8,4 % höher aus als bei den Männern (plus 3,2 %).

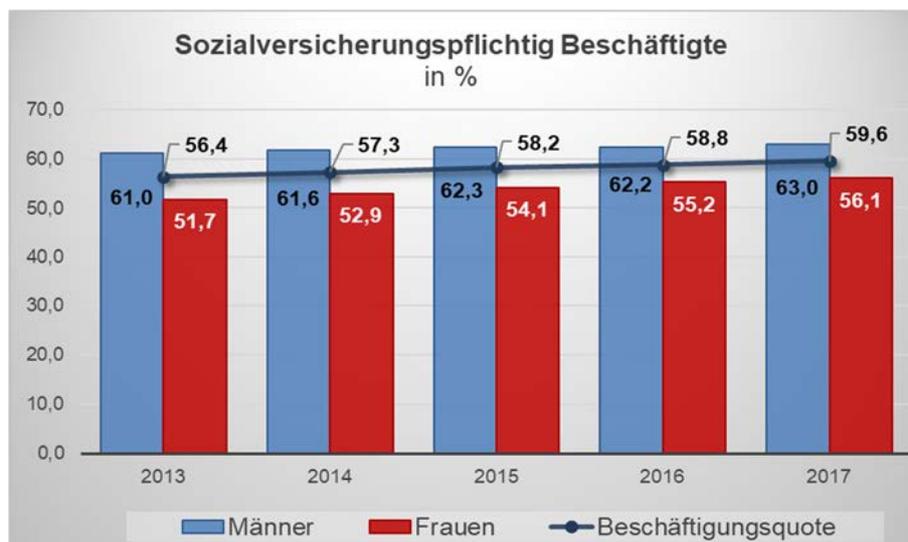


Abb. 8-1: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Eine differenzierte Betrachtung der Beschäftigungsformen ergibt, dass diese Zunahme in hohem Maße auf den Anstieg sog. *atypischer* Beschäftigungsverhältnisse zurückzuführen ist. Darunter fallen sowohl Tätigkeiten im Kontext von Zeitarbeitsfirmen, Teilzeitverträge, als auch Minijobs, wie die sog. 450 Euro-Jobs, für die keine Sozialversicherungsabgaben entrichtet werden. Ihre Zahl hat sich von 31.767 in 2013 um 6,4 %

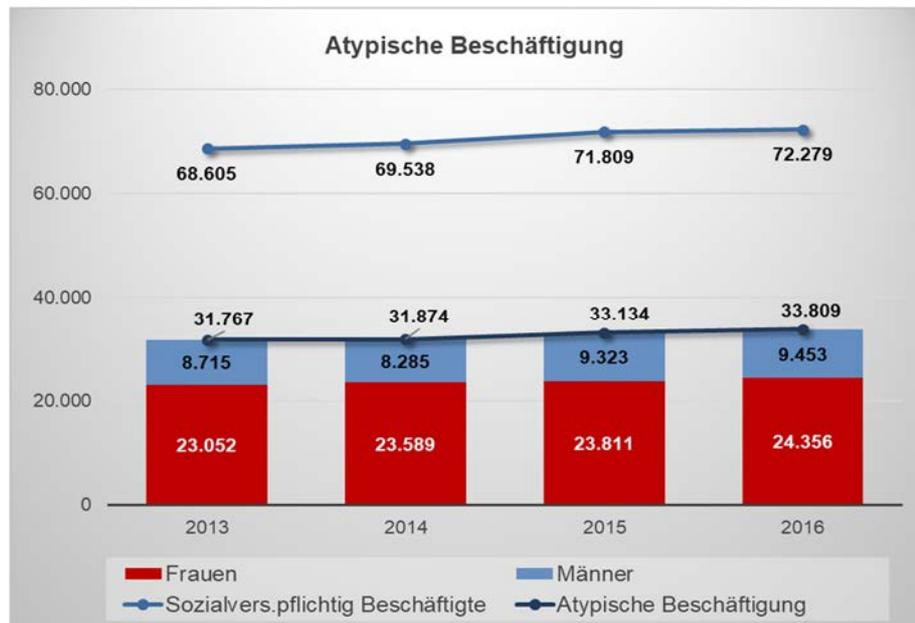


Abb. 8-2: Atypische Beschäftigung  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

(und damit 1 % mehr als die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten) auf 33.809 in 2016 erhöht (s. Abb. 8-2). Diese atypischen Arbeitsplätze werden vorrangig von Frauen besetzt. Ihre Zahl stieg von 23.052 in 2013 um 5,7 % auf 24.356 in 2016. Damit liegt sie 61,2 % über dem Anteil der Männer (9.453). Die Flexibilisierung des Arbeitsmarktes im Rahmen der Agenda 2010 ermöglichte diesen Anstieg. Da in diesen Beschäftigungssegmenten selten Kündigungsschutzregelungen greifen, sind sie in hohem Maße auftrags- bzw. konjunkturabhängig. Die Gefahr ist bereits real, dass mit der Aufspaltung in typische und atypische Beschäftigungsverhältnisse am Arbeitsmarkt auch eine Aufspaltung der Einkommen verbunden ist (s. auch Armutsbericht des Landkreises Kassel, 2013). Geringere Rentenansprüche für die wachsende Zahl an Geringverdien(er)ner(inne)n und eine höhere Zahl Leistungsberechtigter in der Grundsicherung sind zwangsläufige Folgen dieser Entwicklung.

## 8.2 Umfang der Erwerbslosigkeit im Landkreis Kassel

### 8.2.1 Erwerbslose im Leistungsbezug von ALG-I und ALG-II

Zur Interpretation der vorliegenden Grafiken zum Umfang der Erwerbslosigkeit ist es erforderlich, zwischen Leistungsbezieher(inne)n und erwerbslos gemeldeten Personen zu unterscheiden. Als nicht-erwerbslose Leistungsbezieher/innen werden vor allem marginal Beschäftigte, die zur Bedarfsdeckung ergänzende Hilfen benötigen, gezählt sowie Schüler/innen über 15 Jahre.

Die Zahl der erwerbslosen Menschen hat sich von 6.197 in 2013 um knapp ein Viertel (21,4 %) auf 4.871 in 2016 reduziert (s. Abb. 8-3).



Dabei verringerte sich der Anteil bei den Frauen um 23,3 % und bei den Männern um 19,6 %. Der Anteil der Ausländer/innen unter den Erwerbslosen erhöhte sich von 711 in 2013 um 48,2 % auf 1.054 in 2016. Offensichtlich profitieren insbesondere Menschen, die erst kurze Zeit erwerbslos sind und noch Anspruch auf Arbeitslosengeld I-Leistungen haben, von dem Bedarf an Arbeitskräften.

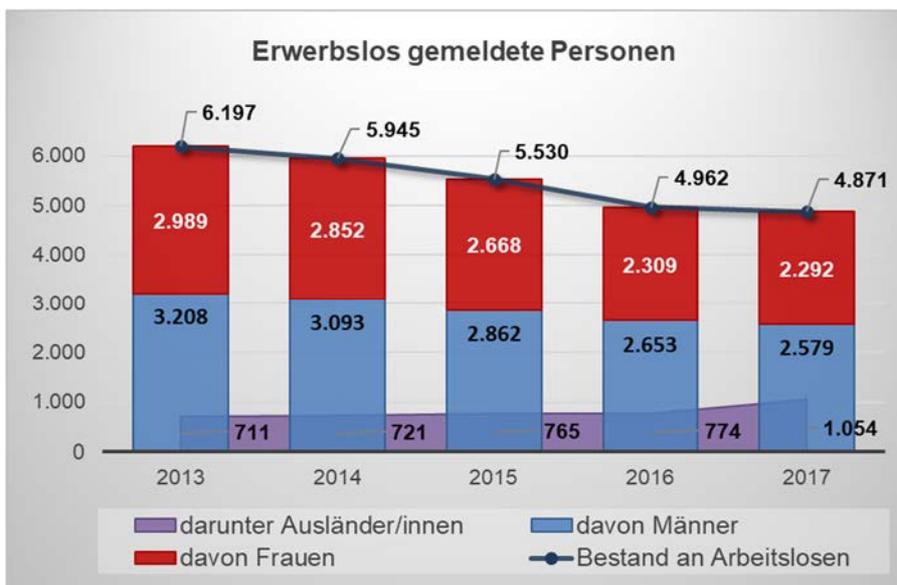


Abb. 8-3: Erwerbslos gemeldete Personen  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

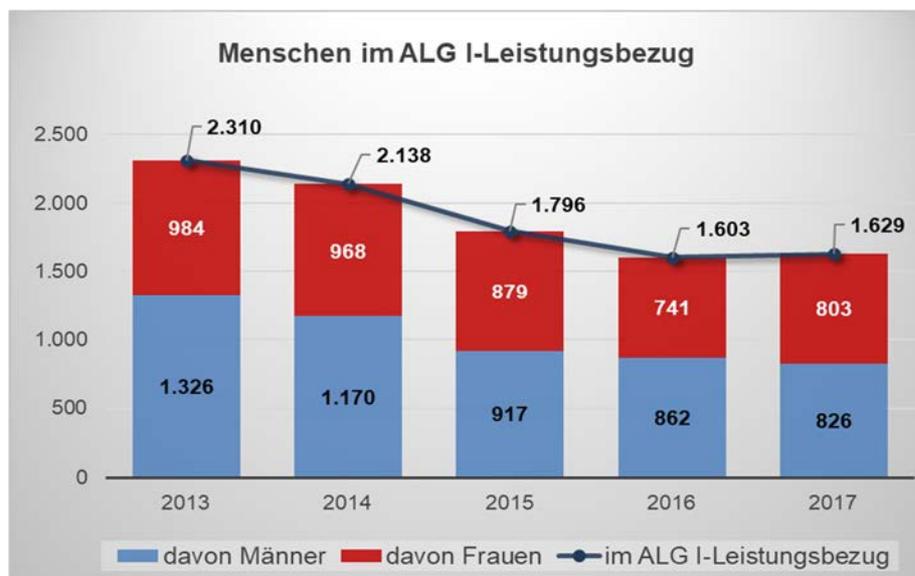


Abb. 8-4: Menschen im ALG-I-Leistungsbezug  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Die Zahl der Menschen im ALG I-Leistungsbezug hat sich – bei einem geringfügigen Wiederanstieg in 2017 – von 2.310 in 2013 um 30 % auf 1.629 in 2017 reduziert (s. Abb. 8-4). Dabei ist der Anteil der Männer deutlicher (minus 38 %) zurückgegangen als der Frauenanteil (minus 18,4 %).

Die deutlich abgesunkenen Erwerbslosenzahlen bei den ALG I-Bezieher(inne)n und leicht ansteigenden Zahlen bei den

Bezieher(inne)n von SGB II-Leistungen (s. Abb. 8-5) deuten darauf hin, dass der Bedarf primär von den qualifikatorischen Voraussetzungen der Bewerber/innen abhängt.

Nicht jede/r SGB II-Leistungsbezieher/in ist auch erwerbslos gemeldet.

In 2017 beziehen 8.275 Menschen SGB II-Leistungen (s. Abb. 8-6), davon werden jedoch lediglich 3.242 als erwerbsfähig gezählt (s. Abb. 8-5). D.h. es ergibt sich eine Differenz von 5.000 Personen im erwerbsfähigen Alter, die zwar Leistungen nach dem SGB II erhalten, jedoch nicht als erwerbsfähig gelten. Die Zahl der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im SGB II er-



Abb. 8-5. Erwerbsfähige arbeitslose Menschen im SGB II-Leistungsbezug  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

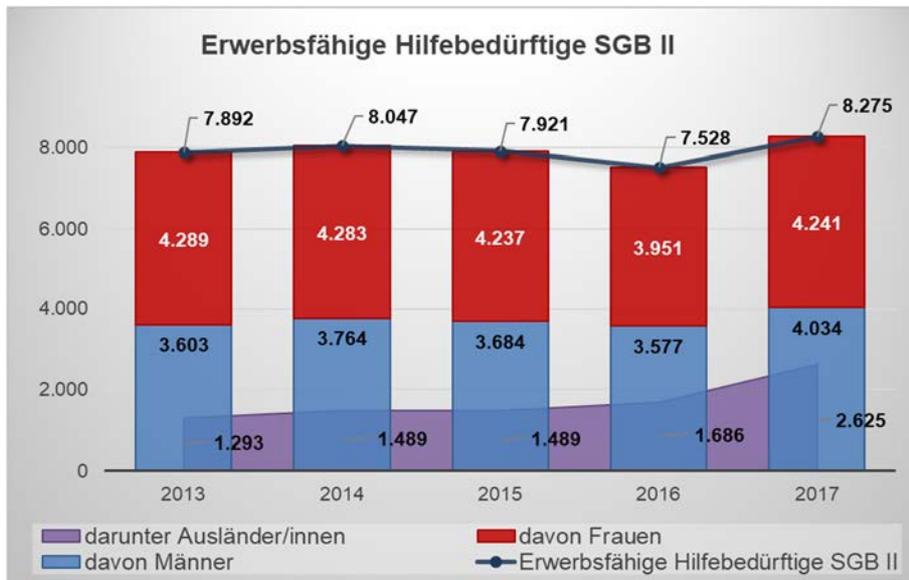


Abb. 8-6: Erwerbsfähige Hilfebedürftige im SGB II  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

reichte im Beobachtungszeitraum 2016 mit 7.528 ihren Tiefstand (s. Abb. 8-6).

Der nachfolgende Anstieg in 2017 um 747 auf insg. 8.275 Personen ist auf den Rechtskreiswechsel der geflüchteten Menschen aus dem Asylbewerberleistungsgesetz zurückzuführen. Der Anstieg bei den ausländischen Hilfebedürftigen belief sich in diesem Zeitraum auf nahezu 1.000 Personen.

### 8.2.2 Dauer der Erwerbslosigkeit

Die beiden folgenden Grafiken geben einen Überblick über die Dauer der Erwerbslosigkeit bei Frauen und Männern über den Zeitraum der letzten fünf Jahre (s. Abb. 8-7/8). Während die blauen Säulen die eher kurzfristig Erwerbslosen SGB II-Leistungsbezieher/innen ausweisen, verdeutlichen die hellblauen und roten Säulen den Anteil der Langzeiterwerbslosen. Per definitionem zählen zu ihnen diejenigen, die ein Jahr und länger erwerbslos gemeldet sind. Menschen, die weniger als ein Jahr erwerbslos sind und dennoch SGB II-Leistungen erhalten, sind häufig von kurzfristigem Arbeitsplatzwechsel betroffen. Dies geschieht



vor allem, wenn sie in Leiharbeitsbetrieben auftragsbezogen und damit befristet beschäftigt sind. Auftragsrückgänge führen folglich zu erneuter Erwerbslosigkeit und damit zur Beantragung von ALG II-Leistungen. Auf Grund der Kürze der Beschäftigung und der Lohnhöhe sind viele der Betroffenen dann nicht in der Lage, ALG I-An-

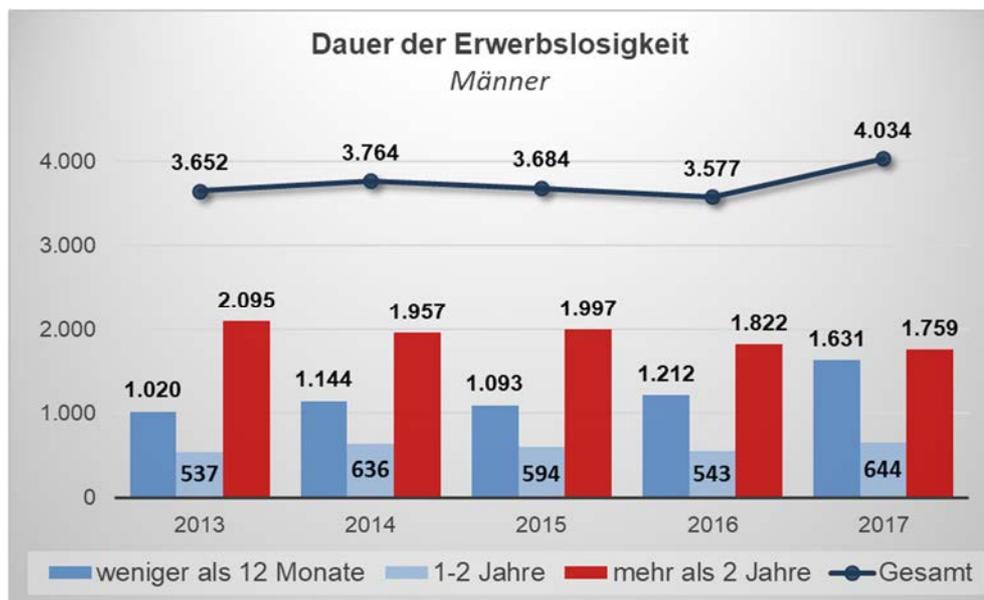


Abb. 8-7: Dauer der Erwerbslosigkeit bei Männern  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

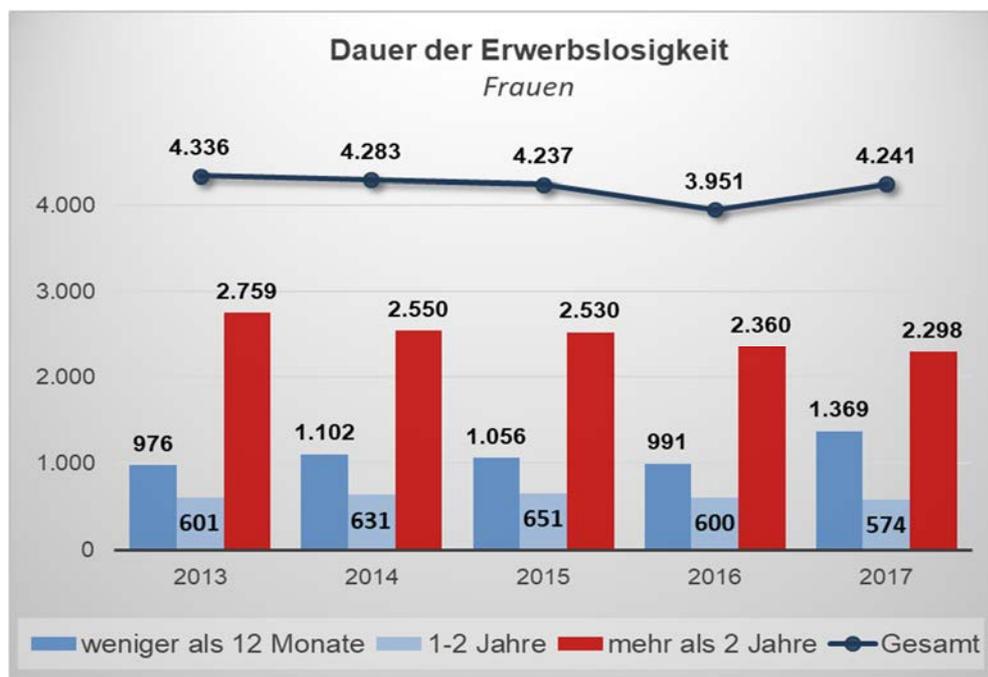


Abb. 8-8: Dauer der Erwerbslosigkeit bei Frauen  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

sprüche zu erwerben. Mit der Revision der Grundsicherungsstatistik im April 2016 führte die Bundesagentur für Arbeit neue Zählkategorien ein. Sie sollen die Ränder der Personen in Bedarfsgemeinschaften widerspiegeln. Sie wurden unter die Kürzel KOL (Kinder ohne Leistungsbezug) und SLB (sonstige Leistungsbezieher/innen) subsumiert. Diese Neuregelung und in der

Folge Neuberechnung wurde rückwirkend für den Bestand der SGB II-Bedarfsgemeinschaften eingeführt. Im vorliegenden Sozialatlas verzichten wir auf eine rückwirkende Datenkorrektur. Die letzten Daten zur Dauer der Erwerbslosigkeit resultieren aus dem Jahr 2013.



Mit dieser Revision führte die Bundesagentur für Arbeit auch folgende neue Verfahrensrichtlinie zur Ermittlung der Dauer der Erwerbslosigkeit ein:

*„Es wird eine Gesamtdauer aller Zeiträume ermittelt, in denen eine Person Gesamtleistung (Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld) bezogen hat, wobei Unterbrechungen des Regelleistungsbezugs von mehr als 31 Tagen dazu führen, dass die Dauerermittlung neu begonnen wird. Als Unterbrechung gilt ein Zeitraum, in der die Person keine Gesamtleistung bezieht“.*

(Bundesagentur für Arbeit (2017). Methodische Hinweise zur Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende - SGB II.)

Die Entwicklung der Erwerbslosenzahlen zeigt eine deutliche Zunahme bei erwerbslosen Männern und Frauen, deren Erwerbslosigkeit weniger als 12 Monate beträgt. Es ist anzunehmen, dass diese Zunahme auf anerkannte Asylant(inn)en, die ihren Antrag auf SGB II-Leistungen im Jahr 2017 gestellt haben, zurückzuführen ist. Bei den registrierten Langzeiterwerbslosen, die länger als zwei Jahre erwerbslos sind, sinkt die Zahl 2013 bis 2017 um 800 Leistungsbezieher/innen.

Das Jobcenter des Landkreises Kassel identifiziert für diese deutliche Reduzierung des Bestandes an langzeiterwerbslosen Hilfeempfänger/innen folgende Gründe:

- Eine größere Zahl von Altersabgänger(inne)n in Rente
- Einen Wechsel in die Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers nach intensiver Prüfung der Erwerbsfähigkeit (s. auch Kapitel 9.1.1)
- Zielgruppenspezifische Förder- und Vermittlungsmaßnahmen. Hier sind insbesondere neue Beschäftigungsmöglichkeiten bei Sicherheitsfirmen zu nennen, die im Zuge der Einrichtung von Gemeinschaftseinrichtungen für geflüchtete Menschen entstanden.

Da die Jobchancen langzeiterwerbsloser Menschen außerordentlich gering sind, liegt die Frage nahe, ob die Revision der Grundsicherungsstatistik SGB II inklusive der Neuberechnung mit der deutlichen Reduzierung des Bestandes an langzeiterwerbslosen Menschen in Verbindung steht.

Diese Entwicklung muss vor dem Hintergrund der individuellen Problemlagen betrachtet werden. So sehen wir in Kapitel 8.4, dass im Jahr 2017 nur noch jede/r sechste (noch) erwerbsfähige Leistungsbezieher/in als sogenannte/r „marktnahe/r Kund(e)/in“ bezeichnet wird.



### 8.2.3 Erwerbsfähige ALG II-Leistungsbezieher/innen in Städten und Gemeinden

Die folgende Grafik visualisiert den Umfang und die Verteilung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im SGB II nach Städten und Gemeinden im Landkreis Kassel. Die Prozentwerte beziehen sich auf den Bevölkerungsanteil der 15 bis 65-Jährigen in der jeweiligen Stadt bzw. Gemeinde im Jahr 2015 (s. Abb. 8-9).

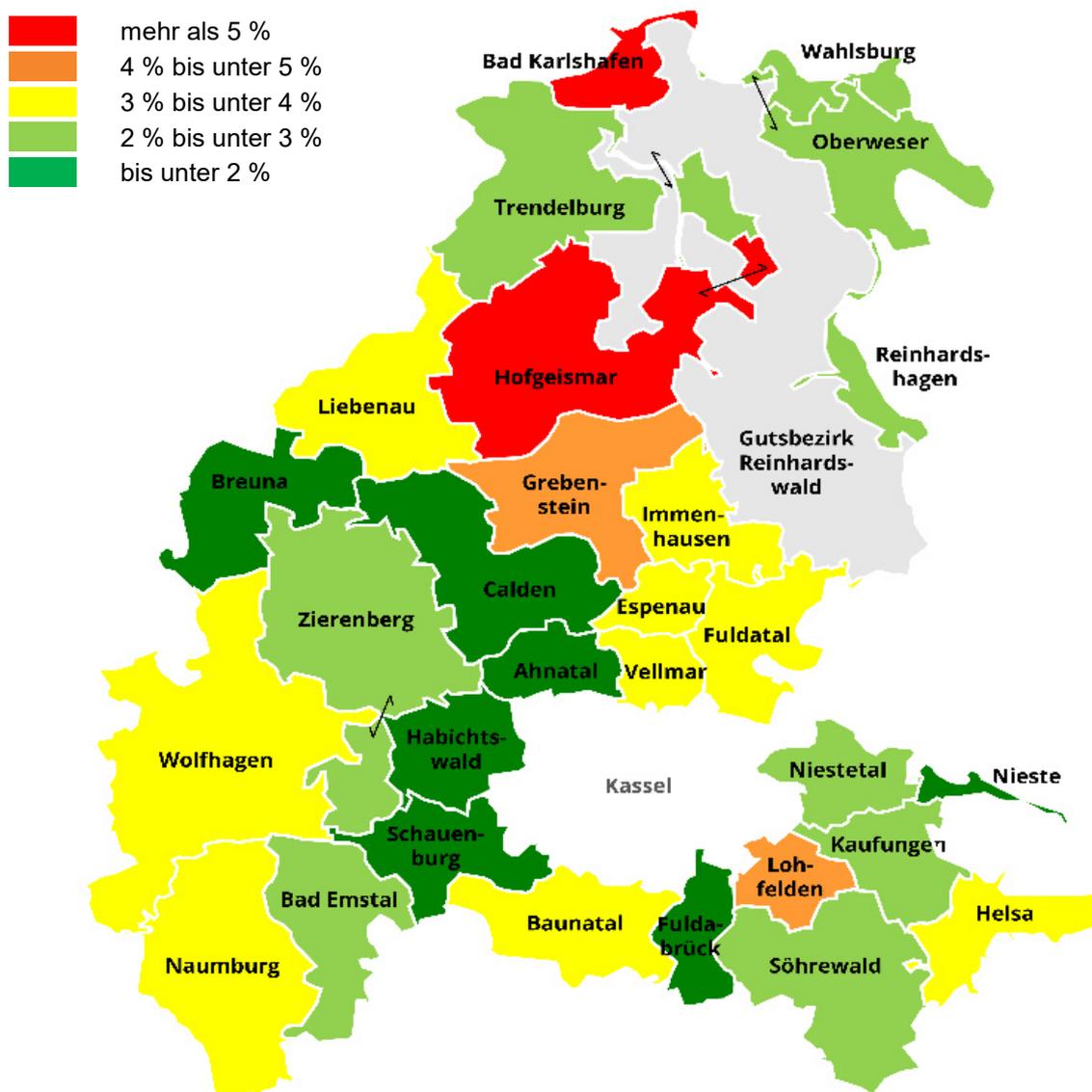


Abb. 8-9: Verteilung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im SGB II  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Die jeweilige Anzahl der Leistungsbezieher/innen ist den Gemeindedaten aus Teil II zu entnehmen.

### 8.2.4 Bedarfsgemeinschaften und ihre Mitglieder

Nachdem die Zahl der SGB II-Leistungsbezieher/innen 2016 den niedrigsten Werte von 11.331 erreichte, nahm sie im ersten Halbjahr 2017 (Stand der Erhebung) bereits um 10 % auf 12.415 zu (s. Abb. 8-10). Der Rückgang an SGB II-Leistungsbezieher(inne)n zwischen 2014 und 2016 hat sich aufgrund des Zugangs weiterer geflüchteter Menschen nicht fortgesetzt. Aktuell liegt die Anzahl der Bedarfsgemeinschaftsmitglieder etwa auf dem Niveau von 2010 (12.881).

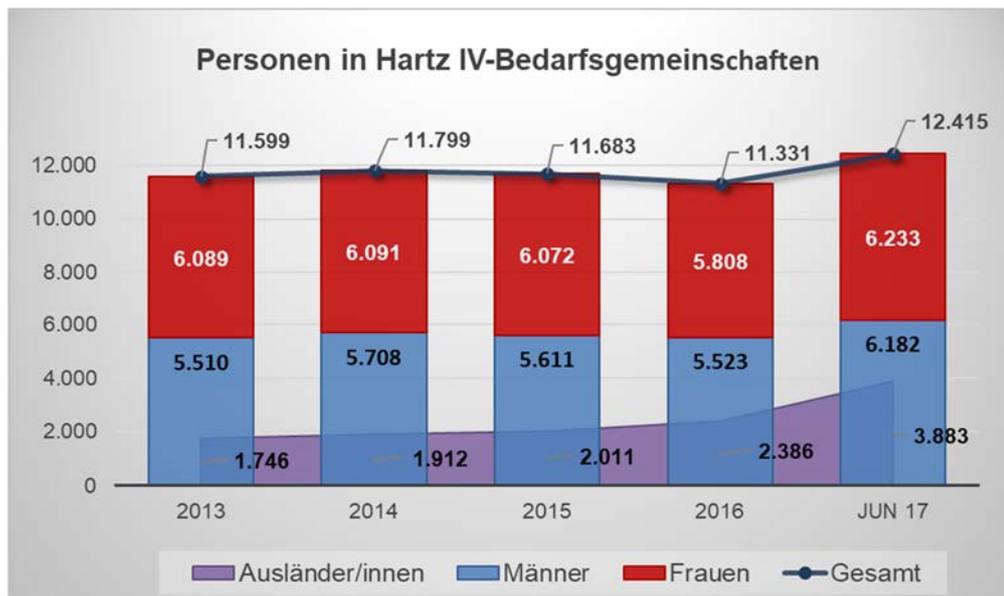


Abb. 8-10: Personen in Hartz-IV-Bedarfsgemeinschaften  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Während sich im Beobachtungszeitraum 2013-17 der Anteil der Frauen lediglich um 2 % erhöhte, nahm der Anteil der Männer um 12 % zu. Der Anteil der Ausländer/innen hingegen hat sich jedoch bis zum Erhebungszeitpunkt Mitte Juni 2017 bereits mehr als verdoppelt (plus 222 %).

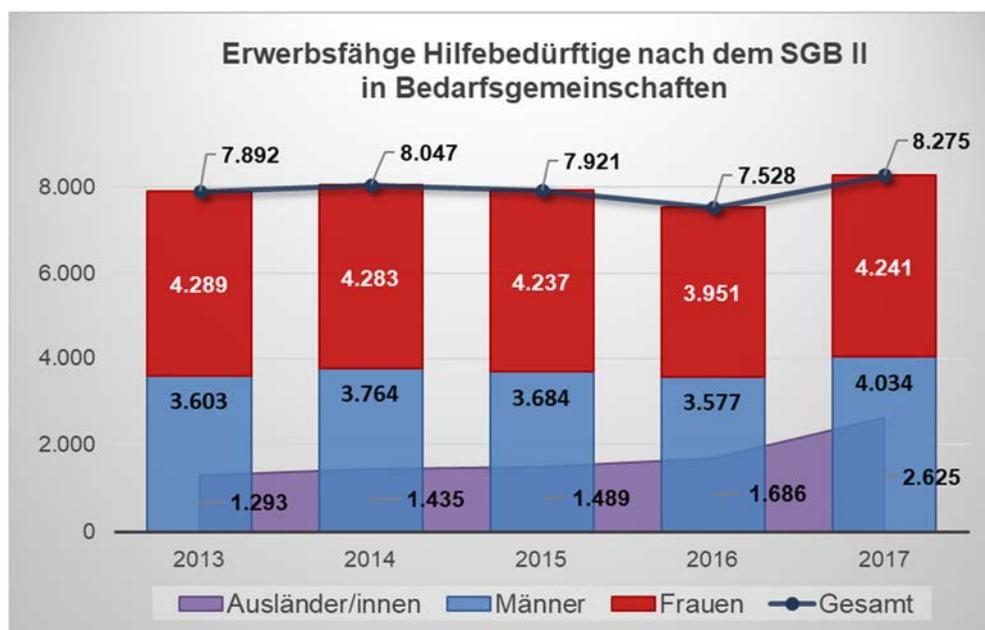


Abb. 8-11: Erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II in Bedarfsgemeinschaften  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Auch die Zahl der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nach dem SGB II in Bedarfsgemeinschaften hat sich von 7.528 in 2016 um 10 % auf 8.275 in 2017 erhöht (s. Abb. 8-11). Während der Anteil der Männer um 12 % zunahm, blieb der Frauenanteil nahezu gleich (minus 1 %). Auch hier hat sich der Anteil der Ausländer/innen verdoppelt.



Im Juni 2017 bezogen 3.324 Kinder unter 15 Jahren im Landkreis Kassel SGB II-Leistungen (s. Abb. 8-12). Dies sind 18 % mehr als 2016 (2.828). Der Anstieg von 2013 bis 2017 verläuft bei Jungen und Mädchen gleichermaßen (plus 12 %), während sich der Anteil an ausländischen Kindern und Jugendlichen mehr als verdreifacht – von 294 in 2013 auf 1.068 in 2017 (Stand Juni).

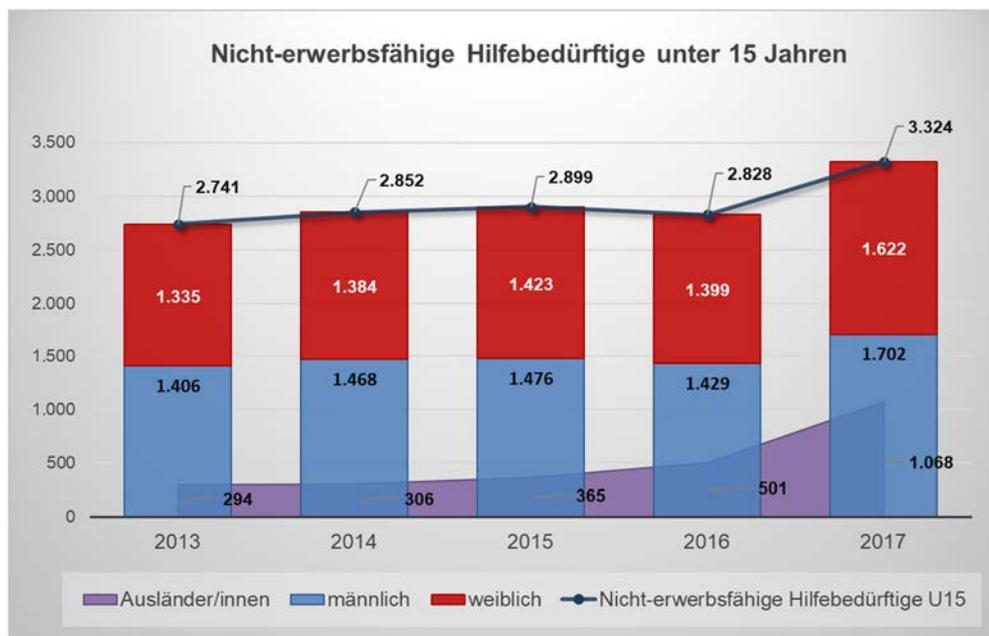


Abb. 8-12: Nicht-erwerbsfähige Hilfebedürftige unter 15 Jahren  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

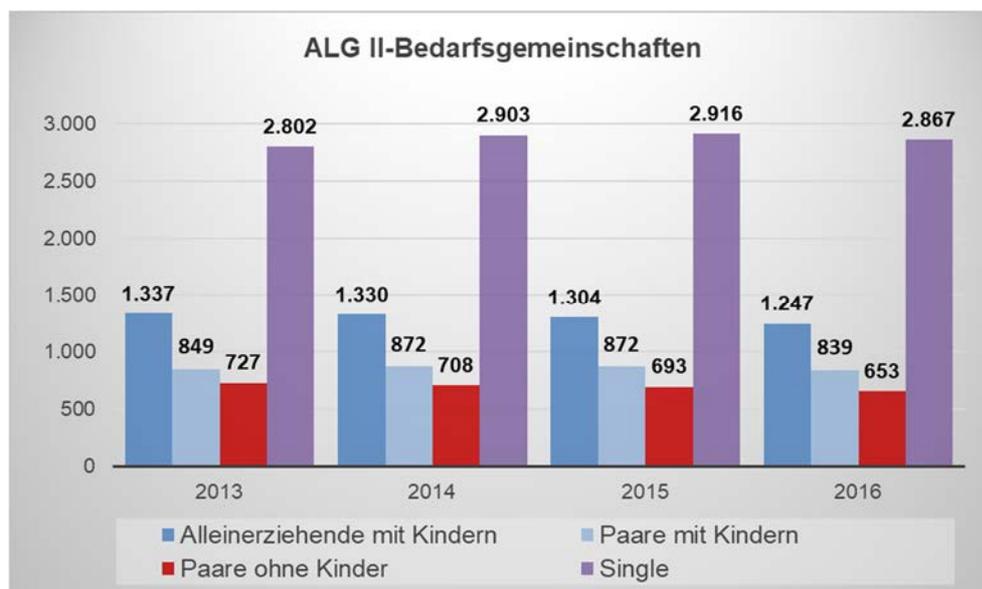


Abb. 8-13: ALG II-Bedarfsgemeinschaften  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Wurden im Jahr 2013 noch 1.337 Alleinerziehende registriert, so sank deren Zahl bis 2016 um 7 % (90) auf 1.247 Leistungsbezieher/-innen (s. Abb. 8-13). Trotzdem bilden sie noch immer die zweitgrößte Gruppe bei den Bedarfsgemeinschaften. Ihre Situation, weder am Arbeitsleben noch am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, hat in

aller Regel auch unmittelbare Auswirkungen auf ihre Kinder. Sie sind es, die als sog. „Bildungsbenachteiligte“ geringere Chancen haben, an schulischer und beruflicher Bildung teilhaben zu können. Während sich von 2013 bis 2016 in den Bedarfsgemeinschaften die Zahl der Paare mit Kindern (minus 1 %) als auch die Zahl der Singles (plus 2 %) kaum veränderte, reduzierte sich die Zahl der Paare ohne Kinder von 727 in 2013 um 10 % auf 653 in 2016.

## 8.2.5 Erwerbslosigkeit bei Frauen, marginale Beschäftigungsformen und Alleinerziehende im SGB II

### 8.2.5.1 Erwerbslosigkeit bei Frauen

Die Gefahr, auf SGB II-Leistungen angewiesen zu sein, ist für Frauen prinzipiell höher als für Männer. 2013 waren von den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II 45,7 % Männer und 54,3 % Frauen (s. Abb. 8-14). Die Relation hat sich in 2017 etwas verringert. Hier sind insg. 48,7 % Männer und 51,3 % Frauen auf Leistungen nach dem SGB II angewiesen. Dies ist mit dem Zuzug der überwiegend männlichen Geflüchteten zu erklären.

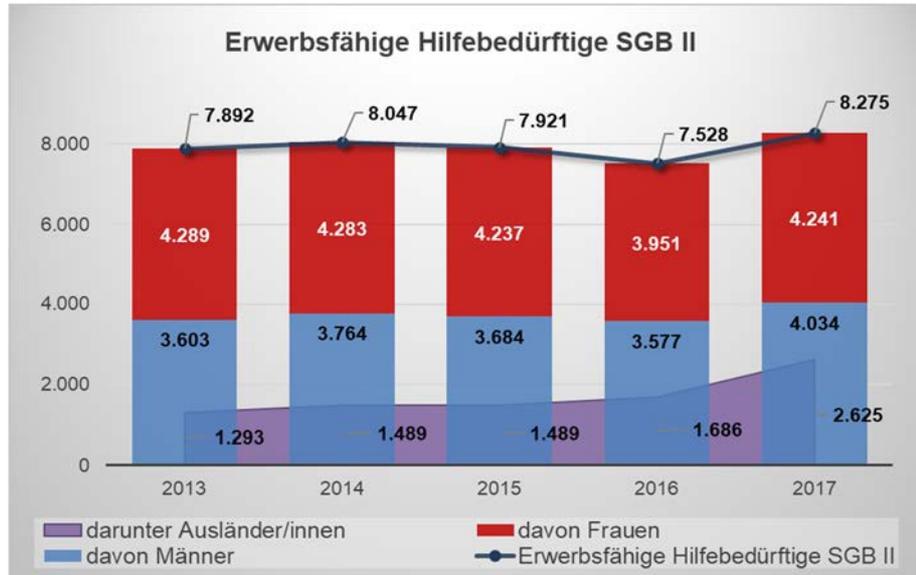


Abb. 8-14: Erwerbsfähige hilfebedürftige Frauen SGB II  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

### 8.2.5.2 Marginale Beschäftigungsformen

Die Gesamtzahl der marginal (geringfügig) Beschäftigten ist mit 20.197 in 2017 im Vergleich zu 20.300 in 2013 nahezu gleichgeblieben. Während bei den Frauen die Zahl geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse



Abb. 8-15: Geringfügig Beschäftigte  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

mit leichtem Rückgang (minus 5 %) auf 12.643 in 2017 auf insgesamt hohem Niveau stagniert, ist bei den Männern von 7.041 in 2013 ein Anstieg um 7,3 % auf 7.554 in 2017 zu verzeichnen (s. Abb. 8-15). Die Differenz zwischen geringfügig beschäftigten Frauen und Männern verringerte sich in 2017 zwar um 21 % gegenüber 2013, es befinden sich jedoch immerhin noch 67 % mehr Frauen (12.643) als Männer (7.554) in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis. Damit

ist noch immer die deutliche Mehrheit aller marginal Beschäftigten im Landkreis Kassel Frauen. Vorrangig handelt es sich hierbei um sog. 450 Euro-Jobs.



Da mit dieser Einkommensart, sofern diese Nebenbeschäftigung als Form des dauerhaften Erwerbseinkommens genutzt wird, kaum Rentenansprüche erworben werden können, birgt sie die Gefahr der Altersarmut. Im Jahr 2017 war für 2/3 der geringfügig Beschäftigten diese Nebenbeschäftigung die einzige Einkommensart. Dazu gehören aber auch zunehmend Menschen, die das fünfundsechzigste Lebensjahr vollendet haben, wie wir im Armutsbericht für den Landkreis Kassel (2013) nachweisen konnten. Sie nutzen diese Beschäftigungsform zunehmend, um ihre geringen Renten aufzubessern.

### 8.2.5.3 Alleinerziehende im SGB II

Nachfolgende Grafik verdeutlicht das Dilemma der Alleinerziehenden. 2017 sind rund 95 % von ihnen Frauen, davon gehen 40 % einer Beschäftigung nach. Bezogen auf alle erwerbsfähigen Leistungsbezieher/innen sind dies lediglich 39 % (s. Abb. 8-16). Da die Beschäftigungszeiten im Einklang mit den Kinderbetreuungszeiten stehen müssen, steht in aller Regel nur ein schmaler zeitlicher Korridor für eine berufliche Tätigkeit zur Verfügung. Seit 2013 hat sich weder an der Anzahl der Alleinerziehenden im Leistungsbezug des SGB II noch an dem Umfang ihrer gleichzeitigen Erwerbstätigkeit eine signifikante Änderung ergeben. Dies bestätigt das Ergebnis des Armutsberichtes des Landkreises Kassel (2013), nach dem Alleinerziehende in besonderem Maße von Armut betroffen sind. Sie sind es, die die erwähnten *atypischen* Beschäftigungsformen nutzen bzw. nutzen müssen. 2017 verfügen 338 alleinerziehende

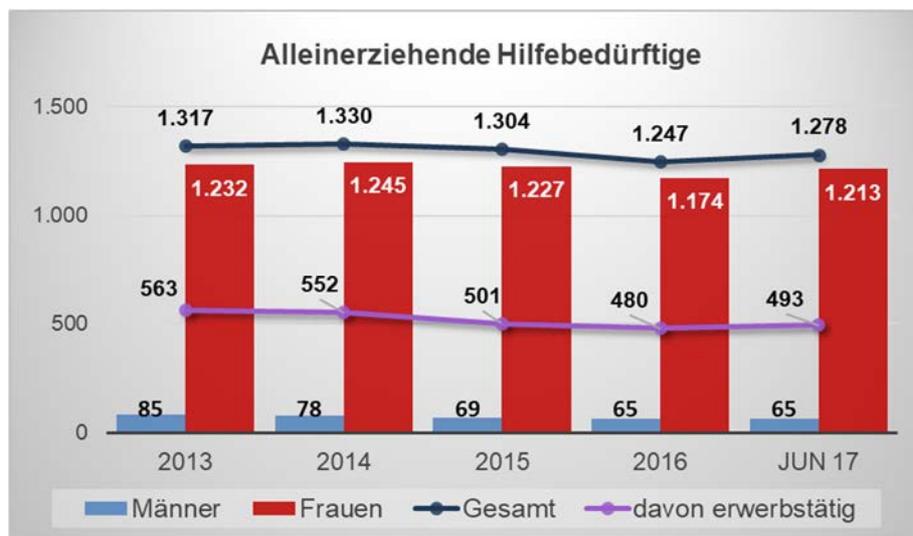


Abb. 8-16: Alleinerziehende Hilfebedürftige  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

2017 verfügen 338 alleinerziehende

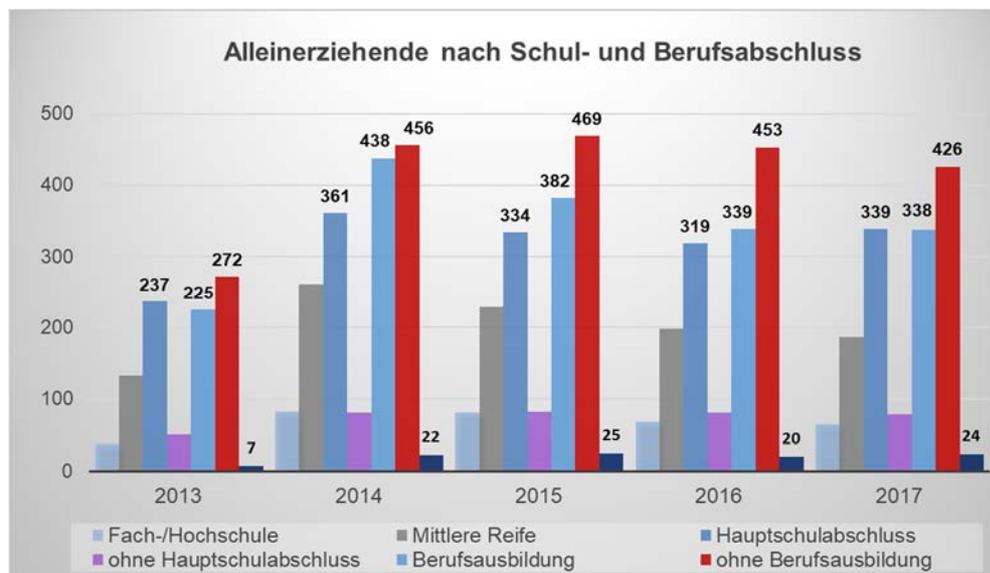


Abb. 8-17: Alleinerziehende nach Schul- und Berufsabschluss  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Frauen, das sind 28 % über eine abgeschlossene Berufsausbildung (s. Abb. 8-17). 2013 waren es lediglich 18 %. Im Vergleich zwischen 2013 und 2017 konnten in allen Kategorien Zuwächse erzielt werden. Sie fielen am deutlichsten bei den alleinerziehenden Frauen mit Studien- (plus 243 %) und Fach-

/Hochschulabschluss (plus 68 %) aus. Die höchsten Hauptschul- und Berufsausbildungsabschlüsse wurden 2014 erreicht (Hauptschule: 361; Berufsausbildung: 438).

### 8.3 Erwerbslosigkeit bei Migrant(inn)en

Die beiden folgenden Grafiken setzen den deutschen und ausländischen Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung zu den ALG II-Leistungsbezieher(inne)n für den Zeitraum 2013 bis 2017 in Beziehung. Während sich der Anteil der Erwerbsfähigen im ALG II-Bezug von 7.892 in 2013 um 5 % auf 8.275 in 2017 erhöhte, stieg der Anteil der Migrant(inn)en von 1.293 in 2013 um mehr als das Doppelte auf 2.625 in 2017 (s. Abb. 8-17).

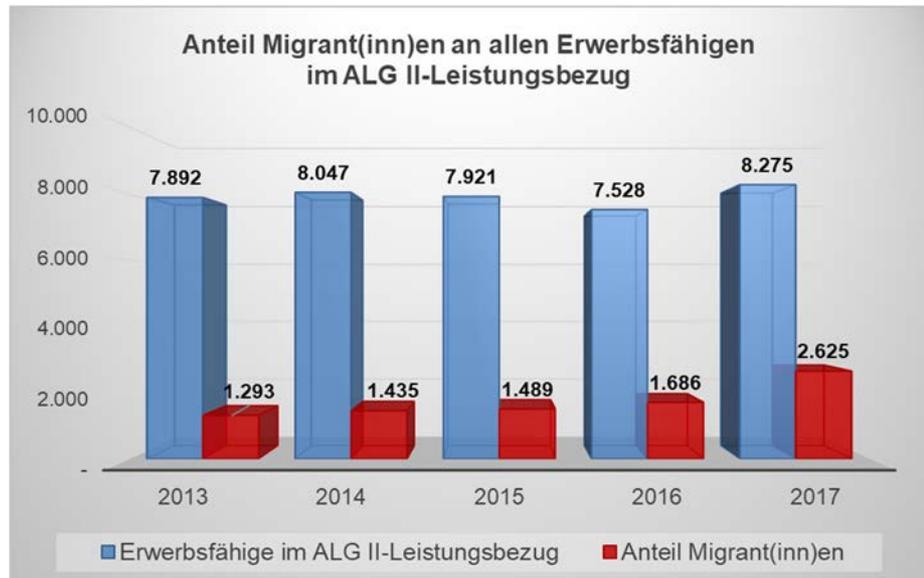


Abb. 8-17: Anteil Migrant(inn)en im ALG II-Leistungsbezug  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Vor allem im Jahr 2017 sehen wir eine deutliche Zunahme (plus 56 % gegenüber 2016) hilfesuchender geflüchteter Menschen in den Rechtskreis des SGB II. Diese Entwicklung geschah mit einer zeitlichen Verzögerung. Erst nach dem Rechtskreiswechsel im Zuge der Anerkennung als asylberechtigte/r Geflüchtete/r kann

der Wechsel vom Asylbewerberleistungsgesetz in das SGB II erfolgen. Diese Entwicklung hat sich im Laufe des Jahres 2017 verlangsamt (s. Kapitel 5). Es ist offensichtlich der großen Nachfrage an Arbeitskräften geschuldet, dass die Zahl der Mitglieder in den Hartz IV-Bedarfsgemeinschaften von 11.289 in 2013 um 10 % auf 12.415 gestiegen ist (s. Abb. 8-19).

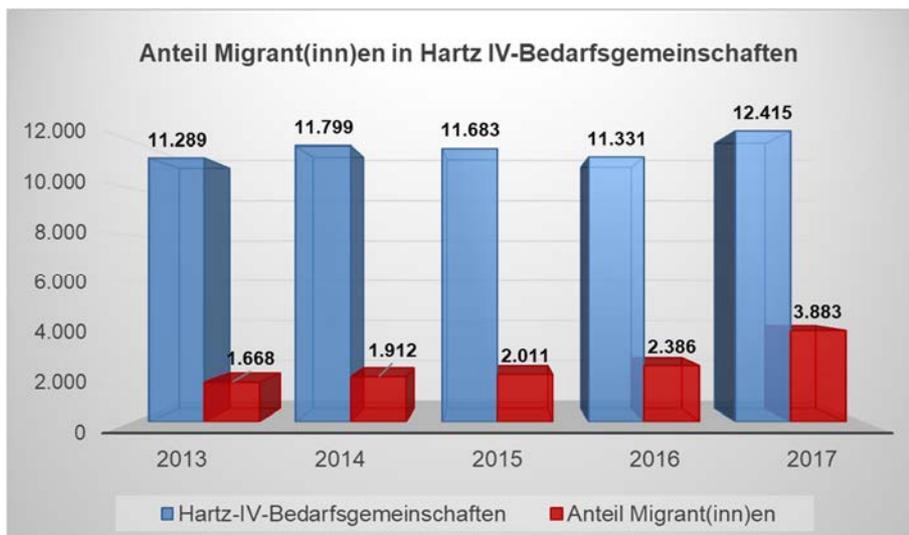


Abb. 8-19: Anteil Migrant(inn)en in Hartz IV-Bedarfsgemeinschaften  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit



Im gleichen Zeitraum erhöhte sich die Zahl der Migrant(inn)en von 1.668 in 2013 um 233 % auf 3.883 in 2017. Ein Drittel dieser hilfeschenden Leistungsempfänger/in-nen sind Kinder und Jugendliche (s. Abb. 8-20). Ihr Anteil erhöhte sich von 302 in 2013 um 354 % auf 1.068 in 2017. Der höchste Zuwachs (plus 213 %) ist von 2016 auf 2017 zu verzeichnen.

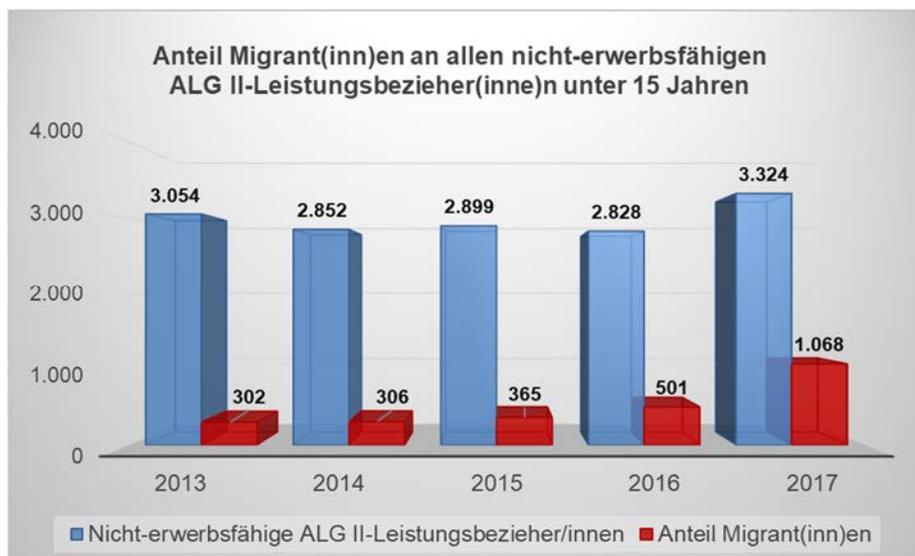


Abb. 8-20: Anteil Migrant(inn)en an allen nicht-erwerbsfähigen ALG II-Leistungsbezieher(inne)n unter 15 Jahren

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Um knapp 800 zusätzliche Hilfesuchende mit sprachlichem und beruflichem

Qualifizierungsbedarf beim Einstieg in den Arbeitsmarkt bedarfsgerecht zu fördern und zu begleiten, sind bedarfsgerechte Integrationsmaßnahmen nötig. Das Jobcenter des Landkreises Kassel hat hierzu ein Integrationskonzept entwickelt, das sich an Vorgaben der Bundesagentur für Arbeit orientiert und den individuellen Förderbedarf im Rahmen eines „Problemdruckindikators“ ermitteln soll. Daraus resultierend sollen differenzierte „frikionslose bzw. -arme Förderketten“ entwickelt werden.

Das Konzept sieht die Etablierung eines „Kompetenzteams Migranten (KT MIG)“ ab Januar 2018 vor. Jedes Team aus dem Bereich „Markt und Integration“ wird dann mit einem/r „Spezialist(en)/in“ bzw. einem/r „Multiplikator/in“ mit interkulturellen Kompetenzen ausgestattet. Das KT MIG besteht aus einem/r fachlichen Leiter/in und sechs Integrationsfachkräften. Diesem Kompetenzteam ist ein Migrations-Integrations-Center (MIC) zugeordnet. Das MIC hat die Aufgabe, diejenigen Migrant(inn)en zu betreuen, die über ausreichende Deutschkenntnisse und sonstige für die Arbeitsintegration relevante Kompetenzen verfügen.

„Das Maßnahmeangebot verknüpft ein hohes Maß an Aktivierung und gefordertem eigenverantwortlichem Handeln mit vermittlungstechnischer Unterstützung“, so ist auf Seite 8 des „Lokalen Planungsdokuments 2018“ des Jobcenter Landkreis Kassel zu lesen. Zu den 19 aufgelisteten Aufgaben der Spezialist(inn)en im KT-MIC gehören vordringlich die Zuweisungen in die Deutsch-Integrationskurse, die anschließenden Zuweisungen in die berufsbezogenen Fördermaßnahmen, die vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) bereitgestellt werden, sowie die Kontrolle der Teilnahme. Ziel ist die schnellstmögliche Integration in den 1. Arbeitsmarkt. Dazu dienen die Vorgaben der Kundenkontaktdichte (KKD), die Unterbreitung von Vermittlungsvorschlägen (VV) und deren Nachhaltung. Maßnahmeplanungen orientieren sich an der Sicherstellung friktionsloser bzw. -armer Förderketten.

An 18. Stelle der insgesamt 19 Aufgaben wird die Netzwerkarbeit mit Dritten genannt. Zu den Erfahrungen in der Netzwerkarbeit im Fallmanagement des SGB II ist in den Empfehlungen des Deutschen Vereins (DV) vom Dezember 2017 zu lesen:

*„Jobcenter haben mit Akteuren der Zivilgesellschaft und freiwillig Engagierten neue Netzwerke initiiert oder sich daran beteiligt, Geflüchteten niedrigschwellig und effektiv zu ermöglichen, die Arbeitswelt und die Alltagskultur in Deutschland kennenzulernen.“*

Diese Darstellung als Beispiel guter Netzwerkarbeit würdigt den hohen Wert der bereits geleisteten Integrationsarbeit. Folgt man den Empfehlungen des Deutschen Vereins, so sollten für die Mitarbeiter/innen des KT-MIC die bis zum Antrag auf SGB II-Leistungen erfolgten Integrationsbemühungen den Anknüpfungspunkt für die weitere berufliche und soziale Unterstützungsarbeit bilden.

Ein Großteil der Geflüchteten lebt mit dem Wechsel aus dem Zuständigkeitsbereich des Asylbewerberleistungsgesetzes zum SGB II in eigenem Wohnraum. Pat(inn)en im Wohnumfeld helfen ihnen bei der Bewältigung der Alltagsanforderungen. Deren Unterstützung, ihr Wissen um die örtlichen Gegebenheiten, u.a. dem regionalen Arbeitsmarkt, sind eine nicht zu unterschätzende Unterstützung im Integrationsprozess. Auch bei Problemen, die diesen Prozess behindern, etwa weil sie fluchtbedingte Ursachen haben, kann die Kooperation mit den ehrenamtlichen Helfer(inne)n, den Pat(inn)en ein Schlüssel zur erfolgreichen Integration sein.

#### 8.4 Problemlagen im Vermittlungskontext der Hilfebezieher/innen

Die Eingliederung insbesondere von Langzeiterwerbslosen in den Arbeitsmarkt ist nach wie vor schwierig. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Das Jobcenter kategorisierte bisher die Leistungsempfänger/innen nach sechs Profillagen (siehe Sozialatlas 2015). Die ersten drei Profillagen, Markt-, Aktivierungs- und Förderprofil, wurden als *integrationsnahe*, die letzten drei, die Entwicklungs-, Stabilisierungs- und Unterstützungsprofile, als *komplexe* Profillagen deklariert. Diese komplexen Profillagen erfordern fallmanagement-spezifischen Unterstützungsbedarf. Mit der Revision der Grundsicherungsstatistik 2016 hat die Bundesagentur für Arbeit die Profillagen von sechs auf zwei Kategorien verdichtet. Sie unterscheidet nun lediglich die Kategorien *integrationsnahe* und *komplexe* Profillagen.

Bei ersteren gilt eine Integration in Arbeit als wahrscheinlich, während letztere größeren Unterstützungsbedarf ausweist. Insgesamt zeichnet sich über den Beobachtungszeitraum eine Zunahme des Unterstützungsbedarfes ab (s. Abb. 8-21). Während 2013 insg. 4.051 SGB II-Leistungsbezieher/innen komplexe Profillagen aufwiesen, erhöhte sich ihre Zahl 2016 um 17 % auf

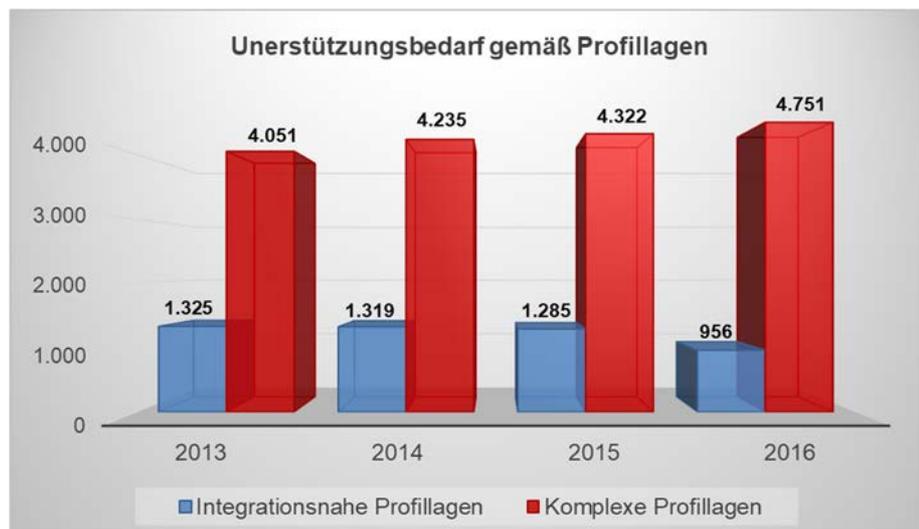


Abb. 8-21: Unterstützungsbedarf gemäß Profillagen  
Quelle: Jobcenter Landkreis Kassel

4.751 Personen. Im selben Zeitraum reduzierte sich die Zahl der integrationsnahen Leistungsempfänger/innen von 1.325 um nahezu ein Drittel (28 %) auf 956. Kulturelle Anpassungsschwierigkeiten, sprachliche Defizite, qualifikatorischer Nachholbedarf und nicht zuletzt psychische Problemlagen, die nach Schätzungen von Fachleuten bei bis zu 50 % der geflüchteten Menschen akut sind, führen dazu, dass mit dem Zugang geflüchteter Menschen in das Hilfesystem des Jobcenter der Anteil der Personengruppe mit komplexen Problemkonstellationen weiter steigt.



Dies schlägt sich in den Gesamtausgaben für Eingliederungsleistungen nieder. Ausgehend von 11.454.174 Euro in 2013 erhöhten sich die Gesamtkosten in 2016 um 21 % auf 13.915.292 Euro (s. Abb. 8-22).

Dieses Phänomen des steigenden Hilfebedarfs ist bundesweit zu beobachten. Er findet sich auch in den Empfehlungen des „Deutschen Vereins“ von 12/ 2017 wieder (<https://www.deutscher-verein.de/de/uplads/empfehlungen-stellungnahmen/2017/dv-18-16-fallmanagement.pdf>). Das Jobcenter des Landkreises Kassel reagiert mit in seinem „Lokalen Planungsdokument 2018“ beschriebenen Strategien auf diese steigenden Anforderungen.

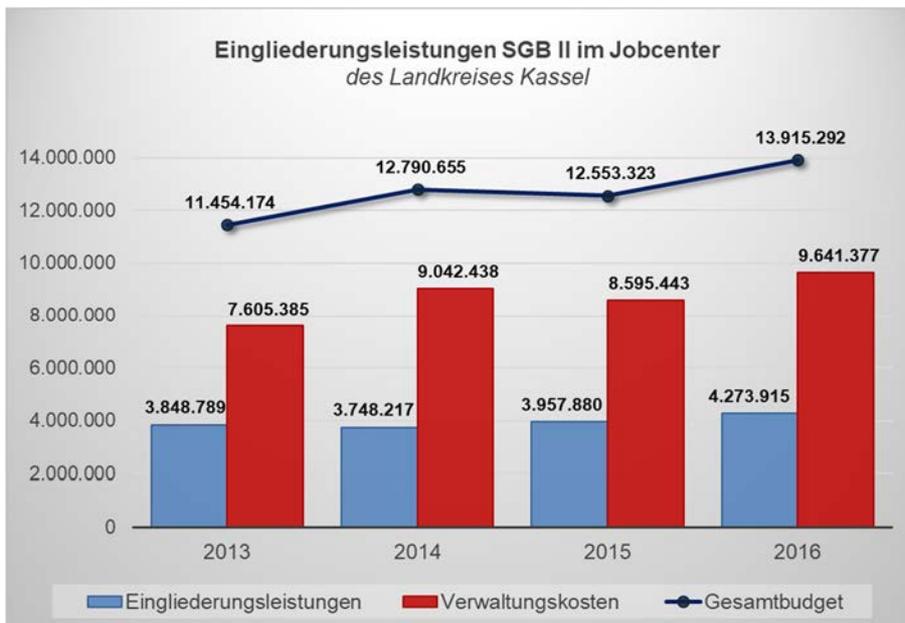


Abb. 8-22: Eingliederungsleistungen SGB II  
Quelle: Jobcenter Landkreis Kassel

### 8.5 Sozialintegrative Leistungen

Sozialintegrative Leistungen werden in § 16 a des SGB II als „Kommunale Eingliederungsleistungen“ bezeichnet. Sie umfassen neben Leistungen zur Betreuung minderjähriger behinderter Kinder und Leistungen zur Pflege von Angehörigen auch Leistungen der Schuldnerberatung, der Suchtberatung sowie psychosoziale Hilfen. Diese kommunalen Leistungen und insbesondere die Beratungsleistungen sind Hilfsangebote an betroffene Leistungsbezieher/innen.



Abb. 8-23: Kommunale Beratungsleistungen im Jobcenter  
Quelle: AGIL und Diakonisches Werk Region Kassel

Wie nebenstehende Grafik zeigt, ist nach wie vor die Bereitschaft, Hilfen bei finanziellen Problemlagen anzunehmen, deutlich ausgeprägter als bei gesundheitlichen und insbesondere psychischen Problemen (s. Abb. 8-23). Der Rückgang der kommunalen Beratungsleistungen ist angesichts der beschriebenen Zunahme der Problemlagen (s. Kap. 8.4) nicht erklärbar. Der deutliche Abfall der Leistungen

in der Schuldnerberatung von 2014 auf 2015 ergibt sich durch eine Revision der Beratungsfälle in diesem Zeitraum. So wurden zu Beginn des Jahres 2015 alle in 2014 bearbeiteten Beratungsfälle geprüft und mit den Beratungsstellen abgeglichen. Dabei wurde festgelegt, dass alle Beratungsfälle automatisch als beendet gelten, wenn im Vorjahr keinerlei Beratungsaktivität stattgefunden hat.

Sollte sich danach erneut Beratungsbedarf ergeben, wird der/die Ratsuchende als „Neufall“ behandelt. Der Bereinigungsprozess hat also im Ergebnis für ein tatsächliches Beratungsmonitoring gesorgt. Die Ergebnisse in den Jahren 2015 und 2016 sind vergleichbar denen in 2008 und 2009.

## 8.6 Erwerbslosigkeit bei älteren Menschen (50+) und der Übergang in die Grundsicherung

Um die Lebenswirklichkeit der Menschen zu verstehen, die auf öffentliche Unterstützung zur Deckung des Lebensunterhalts angewiesen sind, wurden bei der Erstellung des Sozialatlases 2015 zwei Mitarbeiterinnen aus dem Kompetenzteam 50+ befragt. Ein Hauptproblem sehen sie in den gesundheitlichen Problemen, insbesondere in psychischen Erkrankungen der älteren Hilfebedürftigen, die sich im Laufe ihrer Langzeiterwerbslosigkeit entwickelt haben.

Die Altersgruppe 50+ hat verstärkt mit Perspektivlosigkeit, Resignation und Angst vor Altersarmut zu kämpfen, was eine besondere Zuwendung durch intensive Beratung und umfangreiche aktivierende Hilfen erforderlich macht.

Da sich an der grundsätzlichen Problematik älterer SGB II-Leistungsbezieher/innen nichts geändert hat, ist es umso erstaunlicher, dass der Anteil dieser Hilfebedürftigen in den letzten zwei Jahren rückläufig ist (s. Abb. 8-24). Die Jobcenterverantwortlichen erklären dies mit einer verstärkten Prüfung der grundsätzlichen Erwerbsfähigkeit. Der deutliche Rückgang bei den Erwerbslosen, die über zwei Jahre im Hilfebezug standen, lässt vermuten, dass nicht ihre Hilfebedürftigkeit, sondern vielmehr ihr Status als „erwerbsfähige Hilfebedürftige“ beendet wurde. Damit sind sie als nicht erwerbsfähig jedoch weiterhin hilfebedürftig in die Grundsicherung des SGB XII gewechselt.

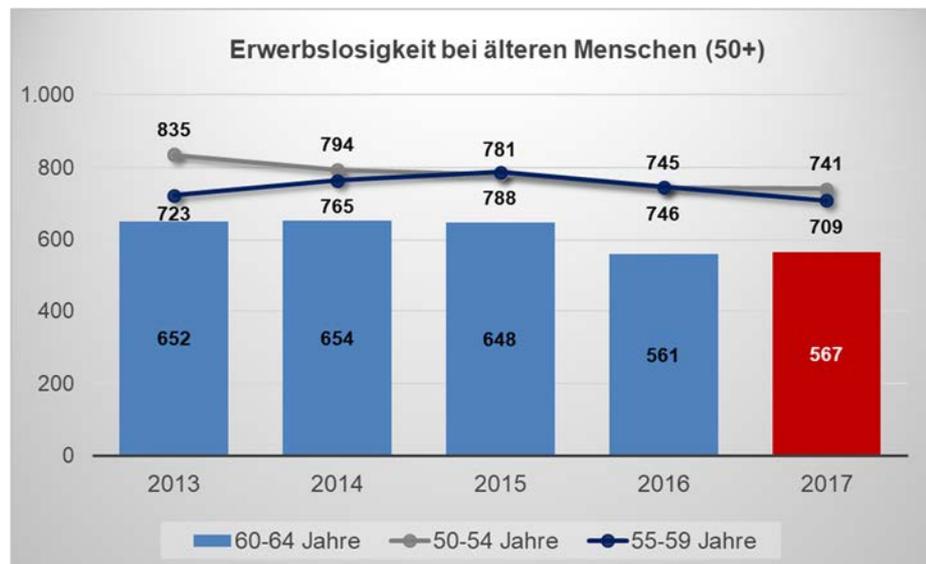


Abb. 8-24: Erwerbslosigkeit bei älteren Menschen (50+)  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit



Eine genauere Betrachtung der Altersgruppe der 50-65-jährigen Erwerbslosen zeigt, dass der größte Anteil (704) der 50-65-jährigen Frauen länger als zwei Jahre erwerbslos ist (s. Abb. 8-25). Ihre Anzahl reduzierte sich im Beobachtungszeitraum von 836 in 2013 um rd. 16 % auf 704 in 2016. Ein leichter Rückgang von 48 in 2013 auf 44 in 2016 ist bei den Frauen zu verzeichnen, die weniger als 3 Monate erwerbslos sind. Nahezu

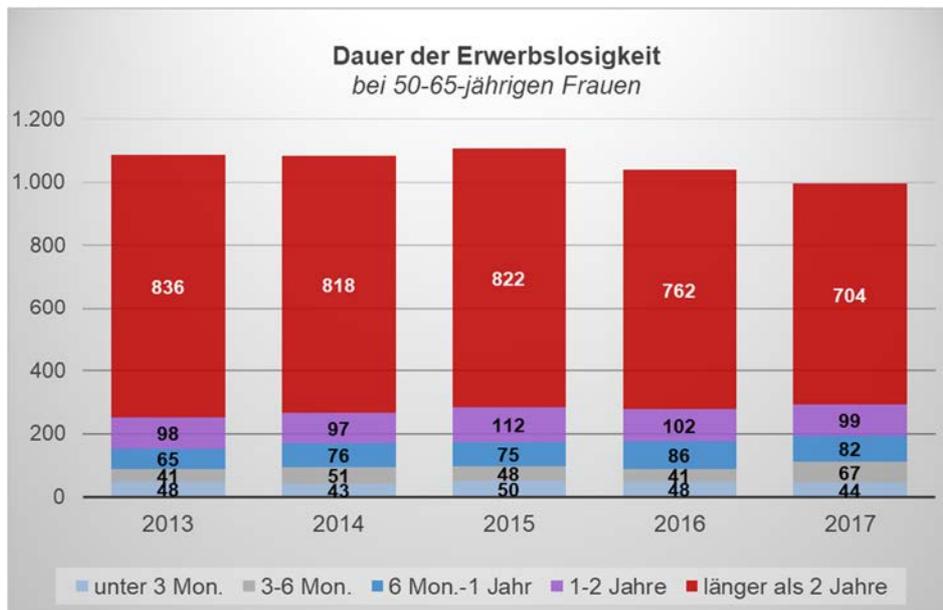


Abb. 8-25: Dauer der Erwerbslosigkeit bei 50-65-jährigen Frauen  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

unverändert ist die Zahl der 1-2 Jahre Erwerbslosen. Sowohl bei den 50-65-jährigen Frauen, die 3-6 Monate bzw. 6 Monate bis zu 1 Jahr erwerbslos sind, ist ein Zuwachs zu verzeichnen. Bei Ersteren erhöht sich die Zahl um 63 %, bei Letzteren um 26 %.

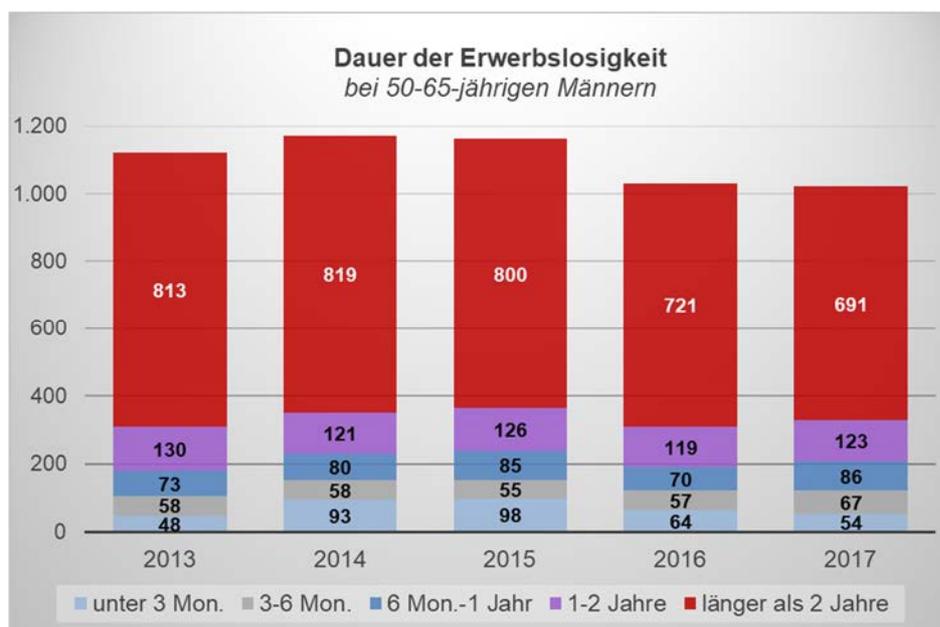


Abb. 8-26: Dauer der Erwerbslosigkeit bei 50-65-jährigen Männern  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Auch bei den 50-65-jährigen Männern überwiegt der Anteil derjenigen, die länger als zwei Jahre erwerbslos sind. Zahlenmäßig (691 in 2017) sind sie in etwa mit den Frauen (704 in 2017) vergleichbar. Ihre Zahl verringerte sich in vergleichbarem Umfang (minus 15 %) von 813 in 2013 auf 691 in 2017. Eine geringfügige Abnahme (minus 5 %) ist auch bei denjenigen zu verzeichnen, die 1-2 Jahre erwerbslos sind. Bei allen anderen nehmen die Erwerbslosenzahlen im Erhebungszeitraum im Umfang von 13 % (unter 3 Monate erwerbslos) bis 18 % (6 Monate bis 1 Jahr erwerbslos) zu (s. Abb. 8-26).

men die Erwerbslosenzahlen im Erhebungszeitraum im Umfang von 13 % (unter 3 Monate erwerbslos) bis 18 % (6 Monate bis 1 Jahr erwerbslos) zu (s. Abb. 8-26).

### 8.7 Menschen mit Schwerbehinderungen im Bereich Beschäftigung

Der Anspruch auf Förderung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben ist formell im 7. Abschnitt des SGB III geregelt. Die Leistungsgewährung und die adäquate Förderung tangierten im hohen Maße die jeweiligen Haushaltstitel der Reha-Trägerin Bundesagentur für Arbeit im Rahmen der Erstausbildung (Reha) und den Leistungserbringer(inne)n Jobcenter im Falle der Wiedereingliederung, sofern der/die Antragsteller/in Leistungen nach dem SGB II bezieht. Wer anspruchsberechtigt ist und tatsächlich Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben bekommt, entscheidet die Reha-Trägerin unter Zuhilfenahme von Gutachten der

Fachdienste aus den regionalen Arbeitsagenturen (s. hierzu auch Kapitel 8.8.4 Junge Rehabilitand(inn)en - Übergang in das Berufsleben). Die Entwicklung der schwerbehinderten Menschen im Leistungsbezug des SGB II verläuft analog der älteren Leistungsbezieher/innen. Während der Anteil der schwerbehinderten Menschen im SGB III im Beobachtungszeitraum nahezu konstant bleibt, reduziert sich die Anzahl der schwerbehinderten Menschen im SGB II von 409 in 2013 um 13 % auf 355 in 2016 (s. Abb. 8-27).

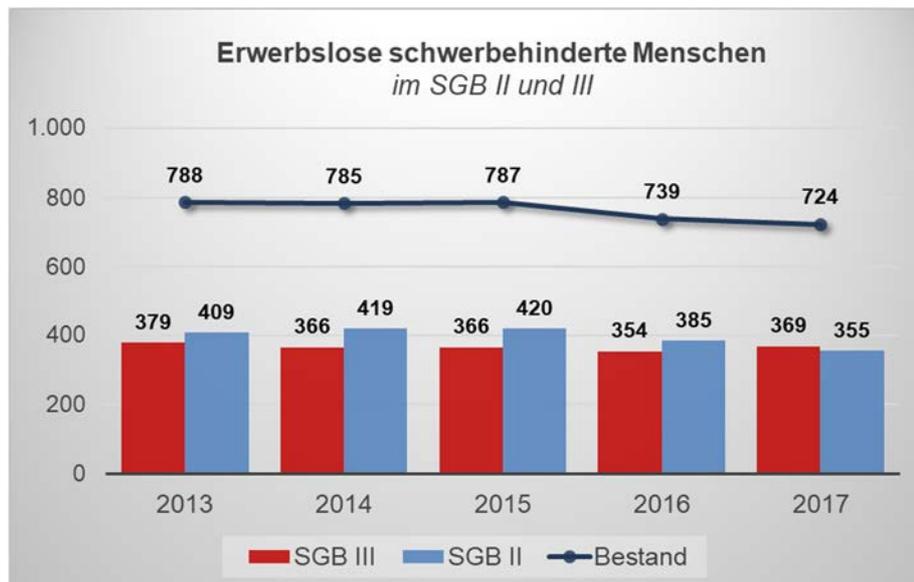


Abb. 8-27: Erwerbslose schwerbehinderte Menschen im SGB II und III  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

#### 8.7.1 Erwerbslose schwerbehinderte Menschen im SGB II

Im Erhebungszeitraum ist die Zahl der Abgänge erwerbsloser schwerbehinderter Menschen höher als die Zahl ihrer Zugänge (s. Abb. 8-28). Bis 2016 erhöhte sich sowohl die Zahl der Zugänge als auch der Abgänge erwerbsloser schwerbehinderter Menschen, um dann 2017 abzunehmen. 2017 meldeten sich insg. 168 schwerbehinderte Menschen erwerbslos. Dies sind 15 % mehr als 2013 (198). Die Anzahl der Abmeldungen reduzierte sich um 4 % von 267 in 2013 auf 256 in 2017.

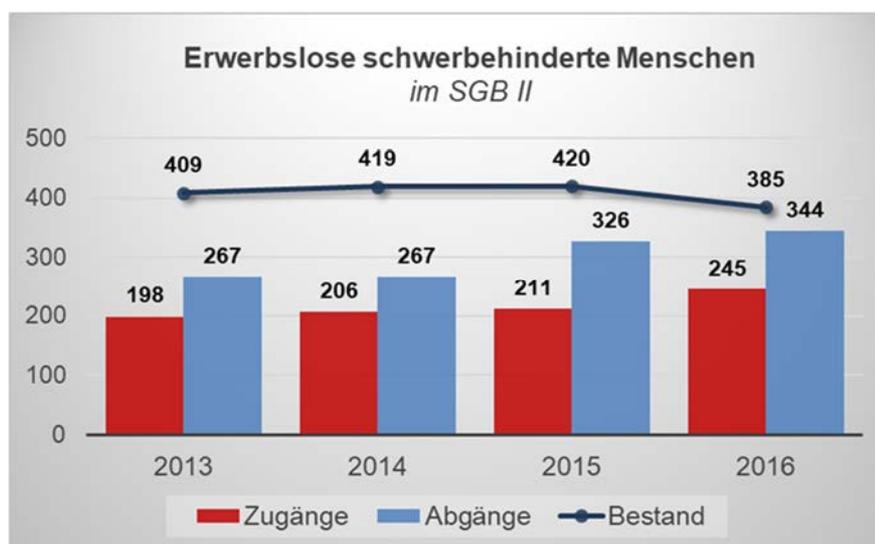


Abb. 8-28: Erwerbslose schwerbehinderte Menschen im SGB II  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit



Im Jahr 2017 wurden 256 schwerbehinderte Menschen im Jobcenter des Landkreises Kassel abgemeldet (s. Abb. 8-29). Von ihnen konnten lediglich 5 Personen eine Arbeit aufnehmen, 9 mündeten in eine Berufsausbildung. Im gesamten Erhebungszeitraum der letzten fünf Jahre nahmen insg. 31 Abgänger/innen (2,1 % aller Abgänger/innen) eine Erwerbstätigkeit auf, während 50 (3,4 % aller Abgänger/innen) in eine Berufsausbildung begannen. D.h. die Mehrzahl der Abgänger/innen aus dem Rechtskreis des SGB II mündete in die Nichterwerbsfähigkeit. In der Regel werden sie damit in den Rechtskreis SGB XII umgemeldet (s. Kap. 9.1).

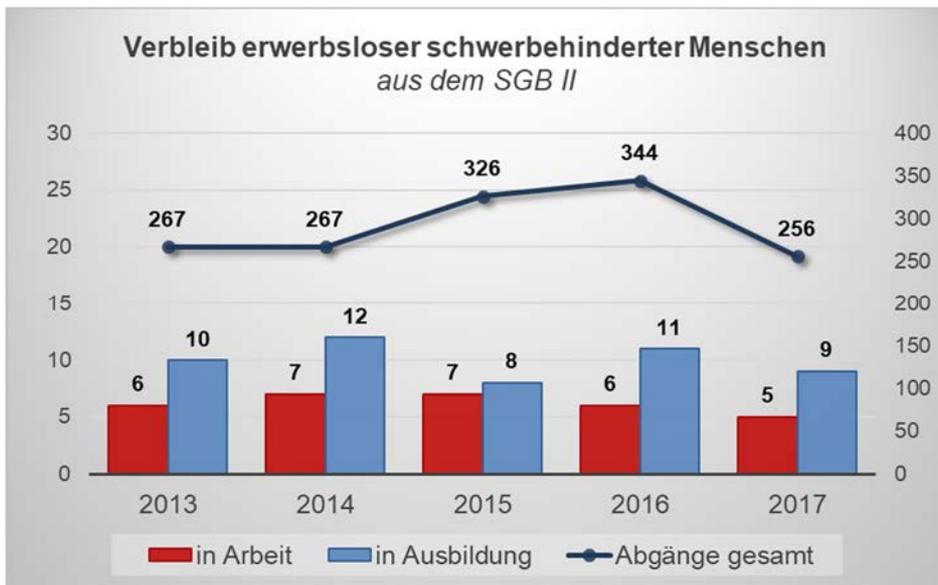


Abb. 8-29: Verbleib erwerbsloser schwerbehinderte Menschen im SGB II  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

### 8.7.2 Erwerbslose schwerbehinderte Menschen im SGB III

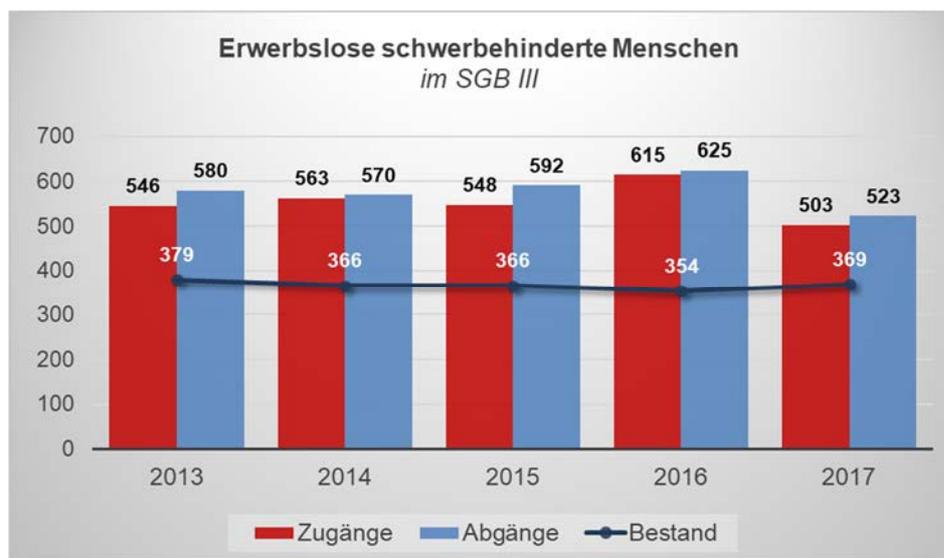


Abb. 8-30: Erwerbslose schwerbehinderte Menschen im SGB III  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Der Bestand der erwerbslosen schwerbehinderten Menschen im SGB III blieb im Erhebungszeitraum nahezu konstant. Ihre Zahl verringerte sich von 379 in 2013 um 3 % auf 369 in 2017 (s. Abb. 8-30). Im gleichen Zeitraum waren von 2013 bis 2017 insg. 8 % weniger Zugänge und 10 % weniger Abgänge zu verzeichnen.

Von allen erwerbslosen schwerbehinderten Menschen im SGB III mündeten 2017 insg. 41 % in eine Erwerbstätigkeit, während lediglich 4 % eine Berufsausbildung aufnahmen (s. Abb. 8-31).

Die Wiedereingliederung schwerbehinderter Menschen durch Fördermaßnahmen der Agentur für Arbeit (s. Abgänge in Ausbildung) als gesetzlichem Anspruch im Rahmen der sog. Reha-Förderung erfolgte für schwerbehinderte SGB

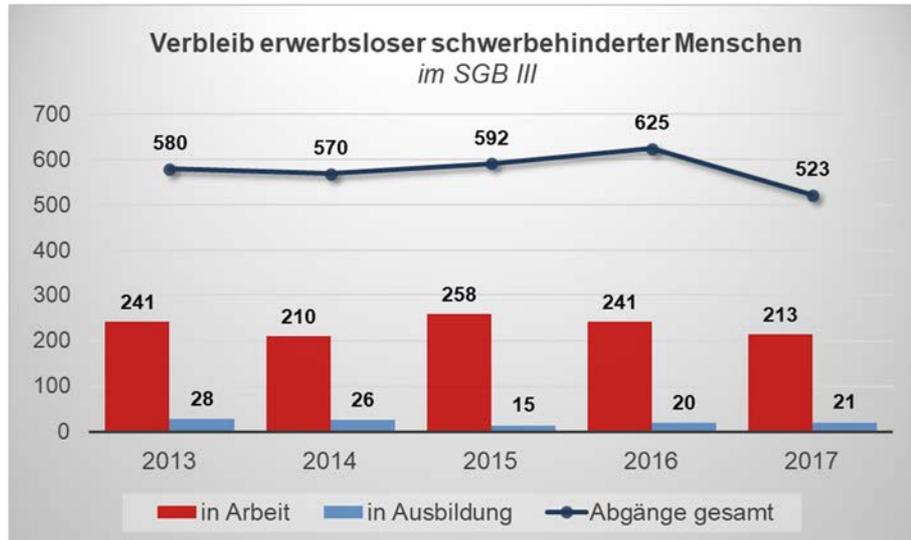


Abb. 8-31: Verbleib erwerbsloser schwerbehinderter Menschen im SGB III  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

II-Leistungs-bezieher/innen im Zeitraum 2013 bis 2017 lediglich für rd. 4 % (4,8 % in 2013; 4,0 % in 2017) der potenziell Anspruchsberechtigten. Dies verdeutlicht, dass die Chancen auf dem Arbeitsmarkt für schwerbehinderte SGB II-Bezieher/innen nach wie vor verschwindend gering sind.

## 8.8 Erwerbslosigkeit und SGB II-Leistungsbezug bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

### 8.8.1 Umfang und Dauer der Erwerbslosigkeit bei jungen Menschen

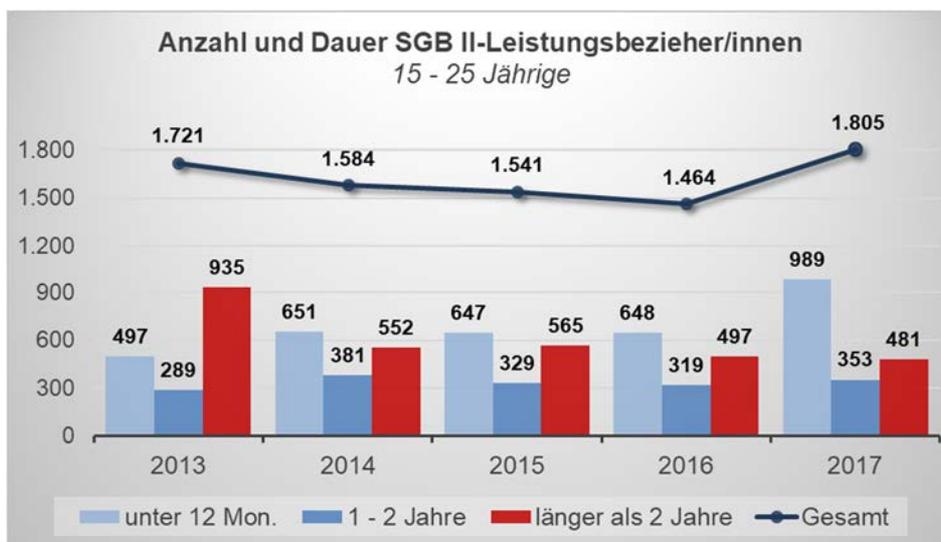


Abb. 8-32: Anzahl und Dauer der 15-25-jährigen SGB II-Leistungsbezieher/innen  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Die Anzahl der 15-25-Jährigen im SGB II-Leistungs-bezug hat sich von 1.721 in 2013 um 5 % auf 1.805 in 2017 erhöht (s. Abb. 8-32). Während sich die Zahl derjenigen, die unter 12 Monate SGB II-Leistungen beziehen, von 497 in 2013 auf 989 in 2017 nahezu verdoppelte, halbierte sich die Zahl derer, die länger als 2 Jahre die Leistungen bezogen, von 935 in 2013 auf 481 in 2017.

Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl derer, die 1-3 Jahre im Leistungsbezug sind, von 289 in 2013 um 22 % auf 353 in 2017 zu. Der deutliche Rückgang der 15-25-Jährigen, die länger als 2 Jahre im SGB II-Leistungsbezug sind, kann mit der Neuregelung und damit Neuberechnung der Bundesagentur für Arbeit



erklärt werden. Hiernach startet für Personen, die wegen Krankheit oder der Teilnahme an einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahme der Vermittlung in den Arbeitsmarkt länger als 31 Tage nicht zur Verfügung stehen, der Status der Erwerbslosigkeit neu (s. Kapitel 8.2.2).

Die Aufgabe für das Jobcenter Landkreis Kassel, wie für alle Träger/innen der SGB II-Leistungen bundesweit, besteht für die nächsten Jahre darin, Langzeiterwerbslosigkeit insbesondere bei jungen geflüchteten Menschen mit Bleiberecht zu vermeiden. Die Antwort der Bundesagentur für Arbeit sieht abgestufte, sogenannte friktionslose oder -arme Förderketten vor. Von der Zuweisung in Deutsch-Integrationskurse bis zu „passgenauen Aktivierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen nach individuellem Bedarf“. Danach ist auch die Netzwerkarbeit mit Dritten eingeschlossen. Unabhängig vom Umfang der Zahl langzeiterwerbsloser junger Menschen spiegelt die hohe Zahl sogenannter „marktferner Kunden“ in den Profillagen über den Vergleichszeitraum 2013 bis 2016 den Förderbedarf junger Menschen im SGB II-Leistungsbezug wieder.

### 8.8.2 Ausprägungen der Erwerbslosigkeit bei jungen Menschen und die sich daraus ergebende Förderanforderungen

Während sich die Zahl der „marktnahen“ Profillagen bei den Unter-25-Jährigen von 355 in 2013 um 44 % auf 200 in 2016 nahezu halbierte, erhöhte sich die Zahl der „marktfernen“ jungen Menschen von 285 in 2013 um 91 % auf 543 in 2017 (s. Abb. 8-33).

Die von Handwerk und Industrie oft beklagte mangelnde Ausbildungsreife junger Menschen wird durch die vorliegenden Zahlen leider bestätigt. Nur ein

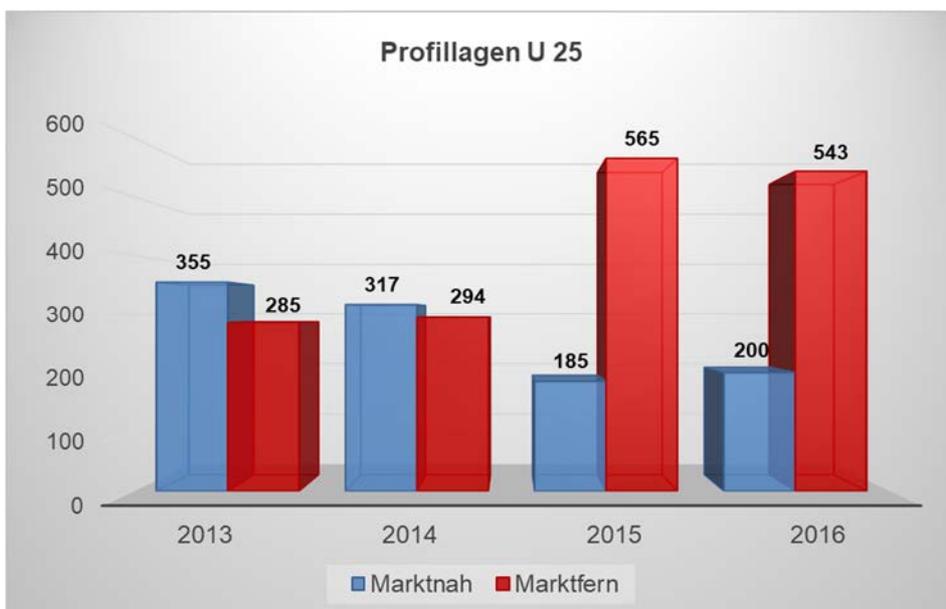


Abb. 8-33: Profillagen U25  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

äußerst geringer Teil der jungen Hartz IV-Bezieher/innen wird danach als „marktnah“ gekennzeichnet. Neben qualifikatorischen Problemen sind es auffallend viele persönliche und sog. multiple Problemlagen, die ursächlich dafür sind, dass vielen jungen Menschen der Weg in Berufsausbildung und Beschäftigung verwehrt bleibt. Um Langzeiterwerbslosigkeit bei jungen Menschen zu vermeiden, sind adäquate und passgenaue Angebote unabdingbar. Sie müssen den hilfebedürftigen jungen Menschen Perspektiven eröffnen, die für sie auch erkennbar sind. Der Begriff „Maßnahmekarriere“ beschreibt den gegenteiligen Effekt. Mit kurzfristigen Maßnahmeangeboten wird zwar die Aktivierungsquote als statistische Größe verbessert, allerdings ist zu befürchten, dass mit dem Zweifel an der Sinnhaftigkeit von Aktivierungsmaßnahmen sowohl die Motivation leidet, als auch die nachhaltige Integration in den Berufsausbildungs- und Arbeitsprozess verhindert wird. Jedoch gerade hierfür sind zukünftig mehr abgestimmte Förderstrategien gefordert.

### 8.8.3 Kinder in der Grundsicherung nach dem SGB II

Das SGB II unterscheidet die Hilfeempfänger/innen nach *erwerbsfähigen* und *nicht erwerbsfähigen* Leistungsbezieher(inne)n. Nicht erwerbsfähige Leistungsbezieher/innen zeichnen sich durch eine lediglich vorübergehende Erwerbsunfähigkeit aus. Neben Eltern im Erziehungsurlaub betrifft dies vor allem Kinder bis 15 Jahre in den sog. „Hartz IV-Bedarfsgemeinschaften“. Wie viele dieser Kinder in den Städten und Gemeinden im Landkreis Kassel leben, visualisieren die folgenden Landkreiskarten (s. Abb. 8-34/35).

#### SGB II-Quote bezogen auf Kinder bis 6 Jahre im Jahr 2015

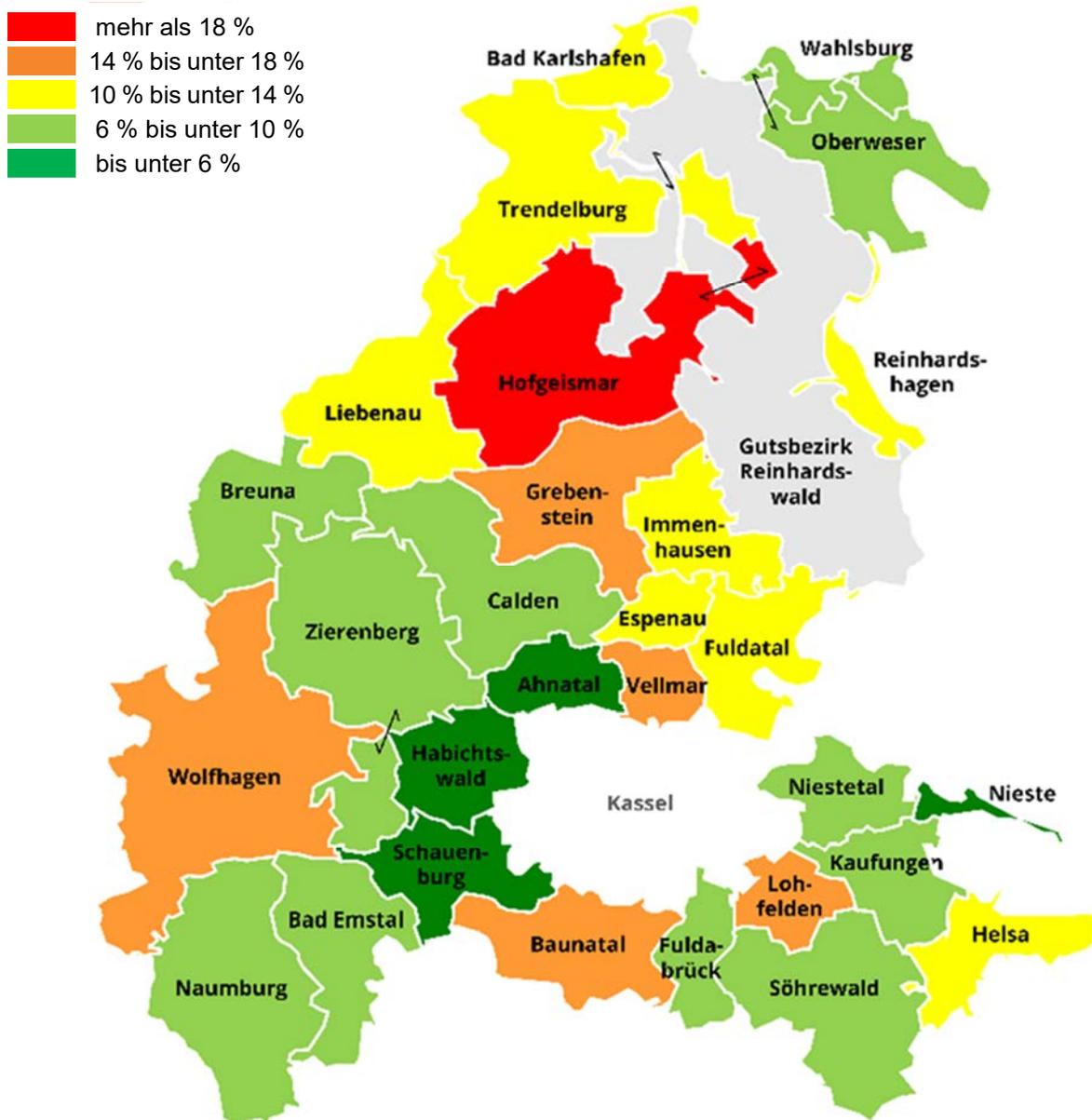


Abb. 8-34: Kinder bis 6 Jahre im Landkreis Kassel 2015  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit



**SGB II-Quote bezogen auf Kinder bis 15 Jahre im Jahr 2015**

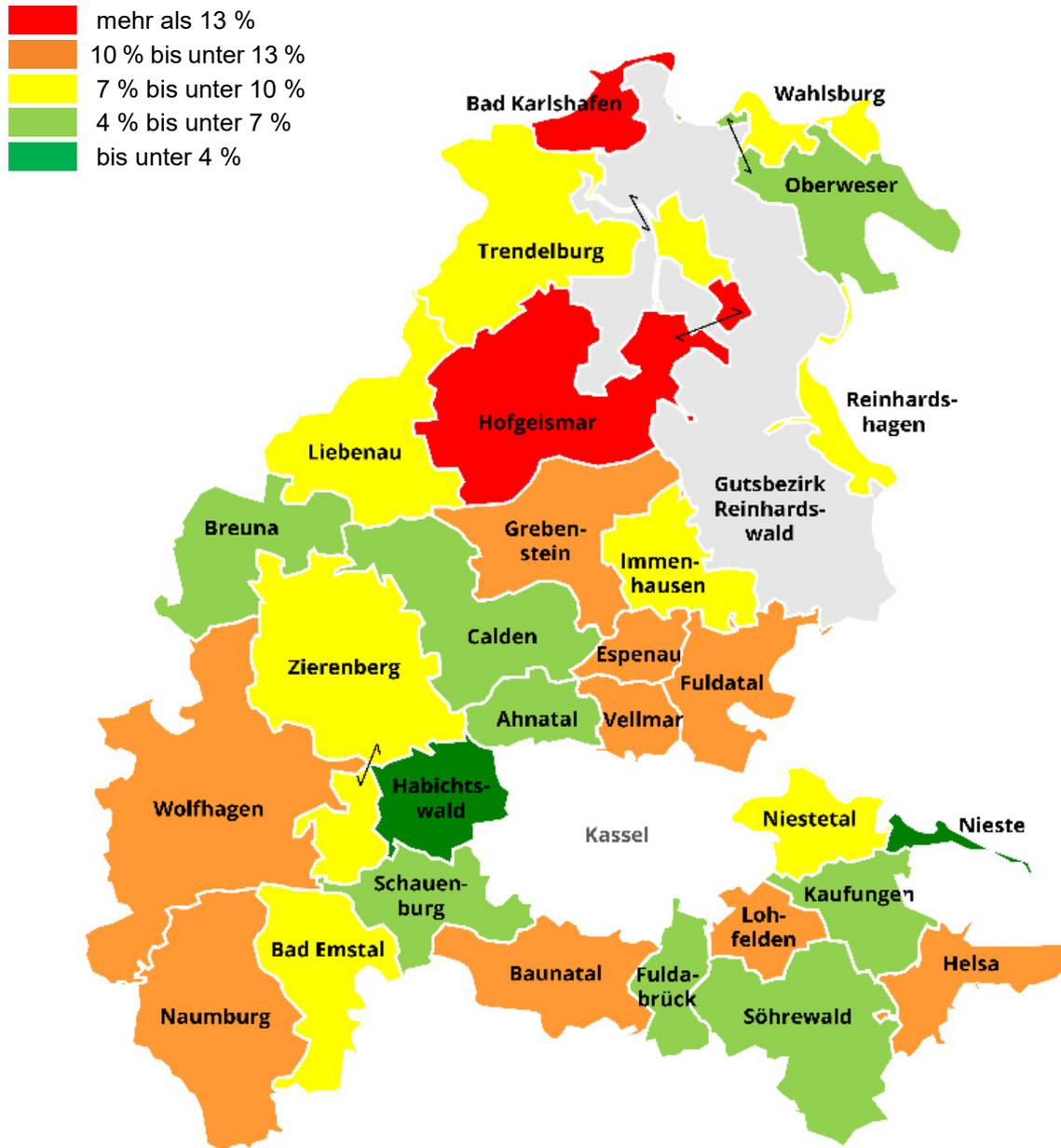


Abb. 8-35: Kinder bis 15 Jahre im Landkreis Kassel 2015  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Die Prozentwerte beziehen sich auf den Anteil aller Kinder dieser Altersgruppe je Stadt oder Gemeinde. Die Einzelwerte und die Entwicklung dieser Werte über die letzten drei Jahre sind den jeweiligen Gemeindedaten im Teil II zu entnehmen.

#### 8.8.4 Junge Rehabilitand(inn)en – Übergang in das Berufsleben

Seit 2014 weist die Bundesagentur für Arbeit nicht mehr die Zahlen der Reha-Ausbildungen SGB II aus. Die Statistik-Abteilung der Bundesagentur für Arbeit begründet dies mit einer veränderten Zählstruktur. Sie listete ausschließlich die Zahlen der Kostenträger/innen auf. Die letzten verfügbaren Daten resultieren aus 2013. Hier nahmen 23 % (16) von insg. 70 Rehabilitand(inn)en an einer Reha-Ausbildung für Menschen mit besonderem Förderbedarf teil (s. Abb. 8-36). In 2015 reduziert sich die Gesamtzahl der Rehabilitand(inn)en von 70 in 2013 auf 34 in 2015 um knapp die Hälfte. 2016 erhöht sich ihre Zahl auf 42 Rehabilitand(inn)en, wobei jedoch das Niveau von 2013 nicht mehr erreicht wird. Es ist anzunehmen, dass sich die Zahl der SB II-Leistungsbezieher/innen unter ihnen in vergleichbarer Weise reduziert hat. Aus Sicht der Agentur für Arbeit sind zwei Gründe für einen aus ihrer Sicht geringeren Reha-Förderbedarf ausschlaggebend. Zum einen steigen durch berufsvorbereitende Angebote (vor allem der Beruflichen Schulen) nach der Förderschule die formal-schulischen Qualifikationen, so dass vermeintlich keine Lernbehinderung mehr vorliegt. Andererseits stellen die Reha-Berufsberater bei einem erheblichen Teil der Reha-Antragsteller/innen eine mangelnde Ausbildungsreife und vor allem mangelnde Mitwirkung fest. Dies erstaunt angesichts der Tatsache, dass es nach dem SGB III die Aufgabe der Reha-Förderung und damit der Arbeitsagentur ist, eben diese Ausbildungsreife herzustellen.

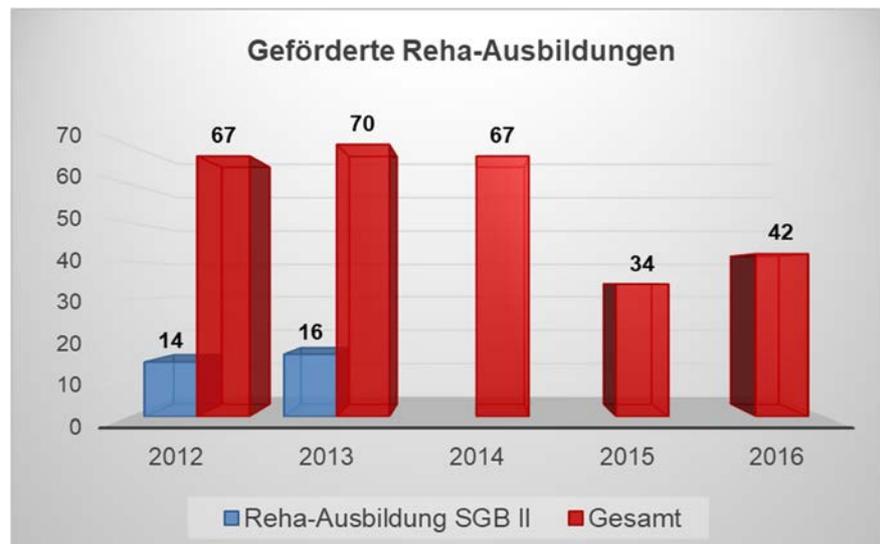


Abb. 8-36: Junge Rehabilitand(inn)en  
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Durch den formalen Status-Verlust als „Rehabilitand/in“ werden eventuelle berufs- und ausbildungsfördernde Angebote statt aus dem SGB III dann im Rahmen des arbeitsmarktpolitischen Programms des SGB II organisiert. Auf Basis der Profilingergebnisse der Fallmanager/innen des Jobcenters und der Diagnostik der Reha-Berufsberatung können in gemeinsamen Fallkonferenzen der Institutionen Jobcenter und Arbeitsagentur im Einzelfall abgestimmte und fachlich adäquate Förderstrategien entwickelt werden.

Nach wie vor wachsen und verfestigen sich mit der Dauer der Erwerbslosigkeit – unabhängig vom Alter der Langzeiterwerbslosen – die Vermittlungshemmnisse. Es sind vor allem die persönlichen Problemlagen, die einer schnellen Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt entgegenstehen. Eine passgenaue Förderung setzt die detaillierte Kenntnis des persönlichen und qualifikatorischen Profils des/r Leistungsempfänger(s)/in voraus.

Ein qualitativ gutes Profiling spiegelt sich nicht nur in einer erfolgreichen Vermittlung in Arbeit wider, sondern bildet die Basis, die Langzeiterwerbslosen bei der Überwindung ihrer persönlichen Problemlagen adäquat unterstützen zu können.



## 8.9 Jugendberufshilfe

### 8.9.1 Aktuelle Tendenzen im Übergang von der Schule in den Beruf

Der demografische Wandel ist auch im Landkreis Kassel spürbar. Die Schülerzahlen nehmen kontinuierlich ab (s. Abb. 8-37<sup>1</sup>). Der stärkste Rückgang an Schüler(inne)n ist im Hauptschulzweig zu verzeichnen. Die Schülerzahlen im mittleren Bildungsgang hingegen sind stabil. Die Zahl der Schüler/innen, die ohne Schulabschluss die allgemeinbildende

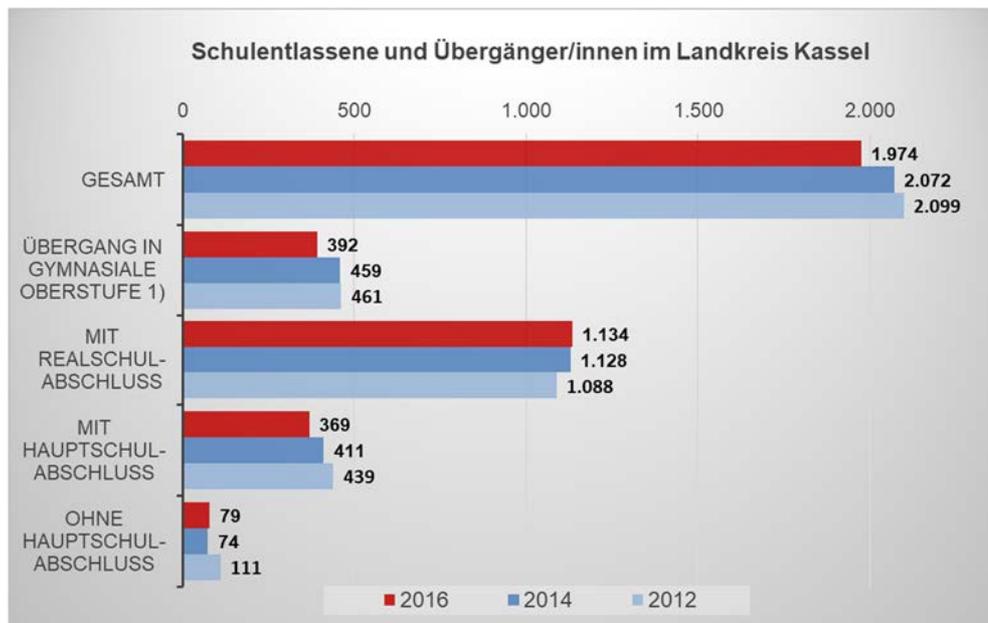


Abb. 8-37: Schulentlassene und Übergänger/innen im Landkreis Kassel  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Schule verlassen, ist in den letzten Jahren deutlich gesunken. Zum Vergleich: 2016 betrug die Zahl der Abgänger/innen ohne Schulabschluss in Hessen 5,4 %, im Landkreis Kassel 4,0 % (absolute Zahl 79).

### 8.9.2 Jugendliche entscheiden sich für Ausbildung

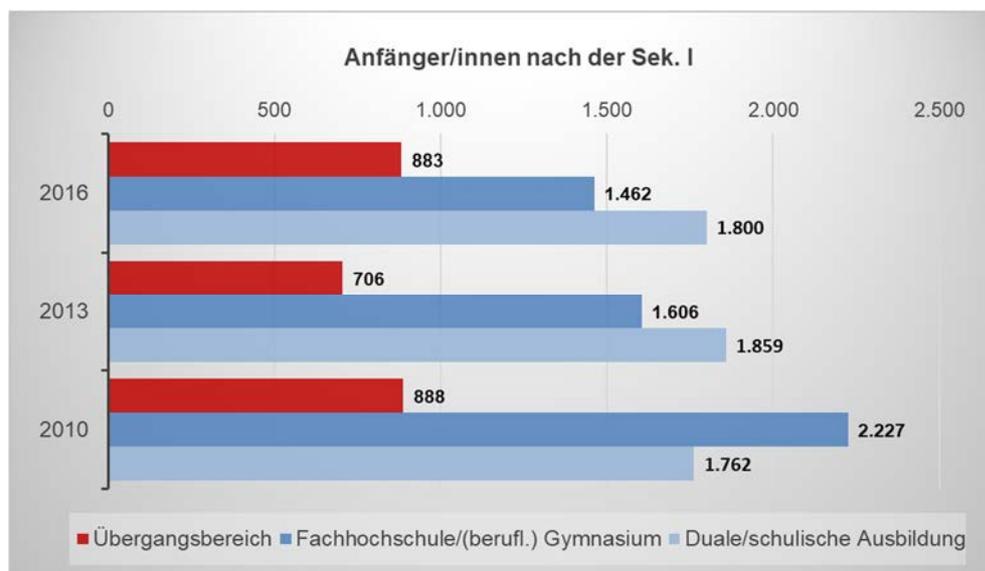


Abb. 8-188: Anfänger/innen nach der Sek. I  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Entgegen dem bundes- und hessenweiten Trend der Akademisierung verlaufen die Übergänge in den Beruf im Landkreis noch in Richtung Berufsausbildung (s. Abb. 8-38). Im Landkreis Kassel haben sich 2016 insg. 43,4 % der Abgänger/innen (absolute Zahl 1.800) für eine duale oder

<sup>1</sup> Die räumliche Zuordnung für Übergänger/innen in die Sek. II erfolgt auf Basis des Verwaltungsbezirks, in dem die Schüler/innen die gymnasiale Oberstufe besuchen

schulische Berufsausbildung entschieden (2013: 44,6 %).

Die Zahl der Jugendlichen im Übergangsbereich ist von 15,7 % in 2013 auf 21,3 % in 2016 gestiegen (s. Abb. 8-39). Dieser Anstieg ist auf die neuen vollzeitschulischen berufsvorbereitenden Angebote für geflüchtete junge Menschen (sog. „InteA“-Klassen an beruflichen Schulen) zurückzuführen.

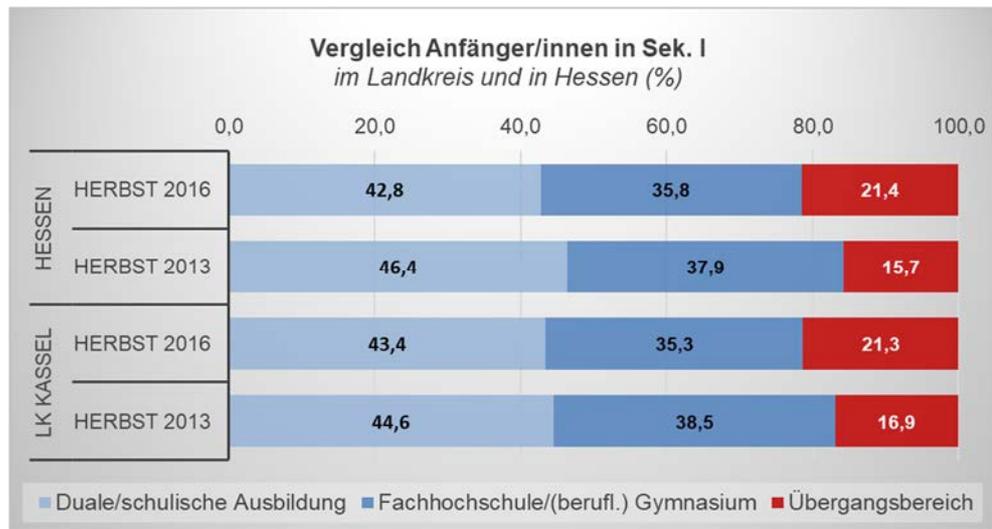


Abb. 8-39: Vergleich Abgänger/innen in Sek. I in Landkreis und Hessen (%)  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

### 8.9.3 Veränderungen im Übergangsbereich

Das Übergangssystem bietet die Chance, eine Berufswahlentscheidung für sich zu treffen, sich auf den Berufseinstieg vorzubereiten und ggf. die schulische Qualifikation weiter zu verbessern. Mit dem Ziel, Schüler/innen gezielter auf die Aufnahme einer Ausbildung vorzubereiten und die vielfältigen Angebotsformen zu verschlanken, hat sich der Übergangsbereich seit dem Schuljahr 2017/2018 erheblich verändert.

Seit Herbst 2017 nehmen alle beruflichen Schulen im Schulamtsbezirk Landkreis und Stadt Kassel an einem Modellversuch teil, in dem die berufsvorbereitenden Bildungsgänge (BzB), die einjährigen Höheren und die zweijährigen Berufsfachschulklassen zur Schulform *Berufsfachschule zum Übergang in Ausbildung (BüA)* zusammengefasst sind. Die sogenannte BüA besuchen somit alle Schulabgänger/innen mit einem Haupt- und Realschulabschluss, die einerseits keinen Ausbildungsplatz und andererseits auch keine Eignung für die Fachoberschule bzw. gymnasiale Oberstufe erhalten haben. In der zweijährigen Schulform soll der überwiegende Teil der Schüler/innen nach einem Jahr in eine Berufsausbildung eintreten, das zweite Schuljahr der BüA ist Schüler(inne)n vorbehalten, die sich aufgrund ihrer Leistungen für das Erreichen eines höherwertigen Bildungsabschlusses qualifiziert haben. Durch die Einführung der BüA soll der Bildungsmüdigkeit und dem langen, häufig auch ziellosen Verweilen im Übergangssystem vorgebeugt werden, durch das sich die beruflichen Einstiegschancen nicht wesentlich verbessern.

Weiterhin gehören zum Übergangsbereich Maßnahmen der Arbeitsagentur wie die *berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen (BvB)* und die *Einstiegsqualifizierung (EQ)*. Diese Angebote stehen allen jungen Menschen offen, die nicht mehr schulpflichtig, bei der Arbeitsagentur als Ausbildungsplatzsuchende gemeldet und unter 25 Jahren alt sind.



### 8.9.4 Übergang in die Berufsausbildung

Der Trend, einen möglichst hohen schulischen Bildungsabschluss zu erreichen, hält ungebrochen an. Mit dem Ziel, zukünftige leistungsstarke Fachkräfte für die regionale Wirtschaft zu gewinnen, bemühen sich Ausbildungsbetriebe und Kammern besonders um Abgangsschüler/innen mit gutem Realschulabschluss und (fachgebundener) Hochschulreife. Die Eintritte junger Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen in eine Ausbildung oder ein duales Studium sind seit 2015 relativ stabil (s. Abb. 8-40<sup>2</sup>).

Der Einstieg in eine Berufsausbildung ist dagegen für viele Hauptschüler/innen sowie leistungsschwächere Realschüler/innen nicht einfach. Betriebe beklagen das schlechte Leistungsniveau, eine diffuse Berufswahlmotivation und eine unzureichende Ausbildungsreife.

Aus diesem Grund entscheiden sich Betriebe eher, Ausbildungsstellen unbe-

setzt zu lassen, als mit einem/r „riskanten“ Bewerber/in zu besetzen. Dadurch geraten leistungsschwächere Jugendliche in Warteschleifen, werden zu sogenannten Altbewerber/innen, während leistungsstärkere Bewerber/innen die Qual der Wahl an Ausbildungsstellen haben. Durch ein zu enges oder zu festgelegtes Berufswahlspektrum seitens der Jugendlichen verschärfen sich die Besetzungsprobleme auf dem Ausbildungsmarkt zusätzlich.

Für Jugendliche mit keinem bzw. einem Hauptschulabschluss hat sich die Lage auf dem Ausbildungsmarkt seit 2015 verschlechtert, da weitaus weniger Hauptschüler/innen in Ausbildung genommen wurden. Auch wenn man dem Rechnung trägt, dass seit einigen Jahren die Schülerzahlen im Hauptschulbereich rückläufig sind, wurden proportional weniger Ausbildungsverträge mit Hauptschüler(inne)n abgeschlossen. Die Chance, eine Ausbildungsstelle ohne Hauptschulabschluss zu erhalten, ist zurzeit nahezu aussichtslos.

Hauptschüler/innen haben beim Übergang in den Beruf eine große Aufgabe zu schultern. Sie stehen bereits mit ca. 15 Jahren vor der Berufswahlentscheidung und müssen den Berufseinstieg bewältigen. Wenn sie zudem aus schwierigen sozialen Verhältnissen kommen und nur über begrenzte Bildungsressourcen verfügen, ist diese Hürde häufig nicht aus eigener Kraft zu bewältigen. Hauptschüler/innen haben die höchste Vertragsauflösungsquote, nur 62 % schließen ihre Ausbildung erfolgreich ab (vgl. Bethge, M. & Weil, M. (2014). Berufsausbildung: Vor unsicheren Zeiten; *dji impulse* 3, S. 18).

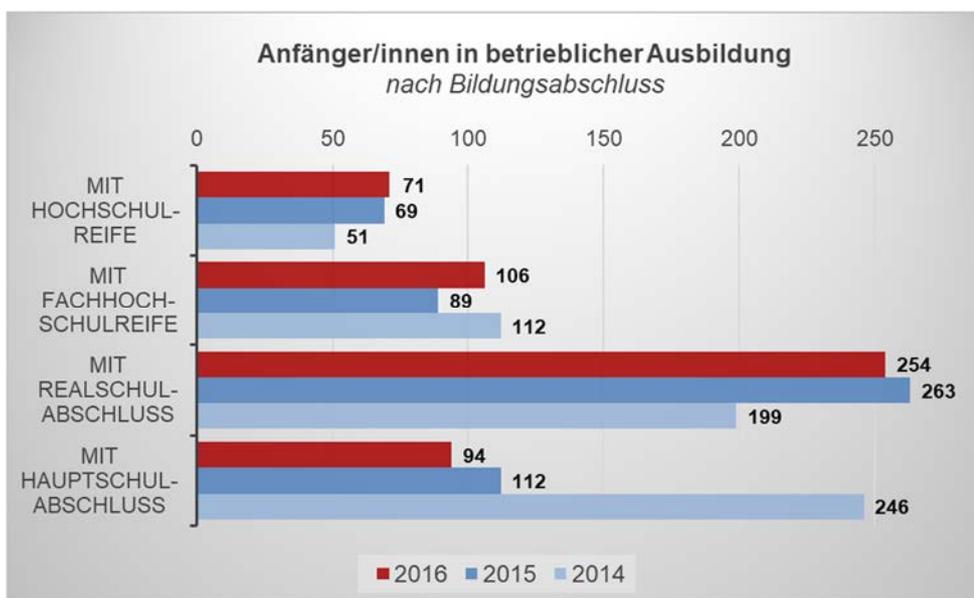


Abb. 8-40: Anfänger/innen in betrieblicher Ausbildung  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

<sup>2</sup> Die Grafik zeigt im Jahr 2014 sowohl im Hauptschul- als auch im Realschulbereich Spitzenwerte bzw. Einbrüche, für die erst einmal keine offensichtlichen Erklärungen zu finden sind



### 8.9.5 Regionale Handlungsbedarfe

Um Jugenderwerbslosigkeit frühzeitig entgegenzuwirken ist es notwendig, Jugendliche mit einer riskanten beruflichen Einstiegsprognose frühzeitig zu unterstützen.

Wesentliche Elemente dabei sind:

1. Eine **frühzeitig einsetzende Berufsorientierung** in der allgemeinbildenden Schule, da auch der Übergang in die Berufsschule bereits die Einwahl in eine berufsfeldspezifische Schulform voraussetzt.
2. Eine **praxisnahe, handlungsorientierte und stärkenorientierte Berufsorientierung und -vorbereitung** sowie Angebote zur Förderung der sozialen Kompetenzen in der allgemeinbildenden Schule und im Modellversuch *Berufsfachschule zum Übergang in Ausbildung (BÜA)*.
3. **Förderung der Unterstützungskompetenzen im Elternhaus** durch Informations- und Beratungsangebote und frühzeitige Einbindung der Eltern in die Berufsorientierung an der Schule und in die Angebote anderer Träger/innen (z.B. Berufsberatung der Arbeitsagentur); dabei ist die Durchlässigkeit des beruflichen Bildungssystems aufzuzeigen.
4. **Individuelle Unterstützungsangebote für Jugendliche mit Förderbedarf**, insbesondere auch bei der Praktikums- und Ausbildungsplatzsuche und bei den Übergängen zwischen den Bildungssystemen für Jugendliche im Übergang Schule – Beruf (Mentoren- und Patenprojekte / Berufseinstiegsbegleitung).
5. Verringerung der Zahl der Jugendlichen, die ohne Schulabschluss die allgemeinbildende Schule verlassen, u.a. durch **praxisnahe Bildungs- sowie individuelle Unterstützungs- und Lernangebote**.
6. **Besondere, ggf. auch niedrigschwellige, berufsvorbereitende und berufsbegleitende Unterstützungsangebote** für junge Menschen in besonderen Lebenslagen (junge Mütter, Haftentlassene, langzeiterwerbslose junge Menschen), damit nach einer persönlichen Stabilisierung auch die berufliche Integration gelingen kann.
7. **Alternative Ausbildungsmöglichkeiten** für junge erwerbslose Erwachsene bis ca. 30 Jahren, die voraussichtlich eine betriebliche Ausbildung erfolgreich abschließen können, aber gleichzeitig einen größeren Förderbedarf haben.
8. **Besondere Angebote der Sprachförderung und Berufsorientierung bzw. -vorbereitung** für die Zielgruppe der jungen Geflüchteten mit dem Ziel, ihre soziale und berufliche Integration zu verbessern. Bei der Konzipierung der Angebote ist eine genaue Bedarfsanalyse erforderlich, die auch den ÖPNV und Angebote der Kinderbetreuung einschließt.



### 8.9.6 Neue regionale Handlungsansätze

- **Zu 6: Jugendberatung U25 – Projekt Gatekeeper**

Auf Initiative des Jobcenters Landkreis Kassel gibt es seit Januar 2017 ein niedrigschwelliges Beratungsangebot für junge Menschen bis 25 Jahre, welches auch aufsuchend tätig ist. Durch das Angebot sollen junge Menschen, die sich in schwierigen und prekären Lebenslagen befinden, unterstützt und (wieder) an das Sozialsystem angekoppelt werden.

- **Zu 7: Projekte „15+5“ und „Schritt für Schritt“**

Für geflüchtete junge Erwachsene im Alter von 21-35 Jahren wurden seit 07/2016 bzw. 09/2017 drei unterschiedliche Angebote entwickelt und in Zusammenarbeit mit der VHS Region Kassel umgesetzt. Die Angebote stehen auch Menschen mit unklarer Bleibeperspektive offen:

Projekt „15+5“	15-monatiger Sprachkurs mit Berufsorientierung und Praktika bis zur Niveaustufe B1 bzw. B2; <i>Zielgruppe</i> : Geflüchtete mit höherer Schulbildung
Projekt „15+5 – Grün“	12-monatiger Sprachkurs bis Niveaustufe A2 mit Berufsvorbereitung im Garten- und Landschaftsbau; <i>Zielgruppe</i> : Geflüchtete, die langsam lernen bzw. lernungeübt sind
Projekt „Schritt für Schritt“	9-monatiger Sprachkurs mit Erstorientierung und Vermittlung von Basiswissen über Hauswirtschaft in Deutschland für geflüchtete Frauen; <i>Zielgruppe</i> : Frauen mit keiner oder wenig Schulbildung bzw. Alphabetisierungsbedarf; in Zusammenarbeit mit dem Mütterzentrum Hofgeismar kann Kinderbetreuung angeboten werden.

Alle Projekte wurden bzw. werden durch die Jugendberufshilfe Landkreis Kassel konzipiert, entwickelt und umgesetzt.





## 9 Menschen mit existenziellem Hilfebedarf

### 9.1 Menschen im Sozialhilfebezug

Leistungen nach dem SGB XII erhalten Menschen, die ihren Lebensunterhalt aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht bestreiten können und entweder aufgrund ihres Alters oder einer Erkrankung dauerhaft nicht erwerbsfähig sind. Darüber hinaus werden Leistungen in besonderen Lebenslagen wie Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder Krankheit gewährt. In der Regel wird in diesen Fällen der Lebensunterhalt aus dem eigenen Einkommen (oder Vermögen) oder dem der Eltern gedeckt. In Einzelfällen findet aber auch die gleichzeitige Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur Unterstützung in besonderen Lebenslagen statt. Durch die notwendigen Hilfen zum Lebensunterhalt einschließlich vorbeugender Gesundheitshilfen und präventiver Hilfen in besonderen Notlagen wird die Grundversorgung sichergestellt. Eingliederungshilfen fördern die Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben behinderter Menschen. Hilfen zur Pflege folgen dem Prinzip „ambulant vor stationär“. Mit zunehmendem Alter wächst der Hilfe- bzw. Pflegebedarf. Nachfolgende Landkreiskarten zeigen die Verteilung der Männer (s. Abb. 9-1) und Frauen (s. Abb. 9-2) im Sozialhilfeleistungsbezug SGB XII.

**Männer im Sozialhilfeleistungsbezug SGB XII**

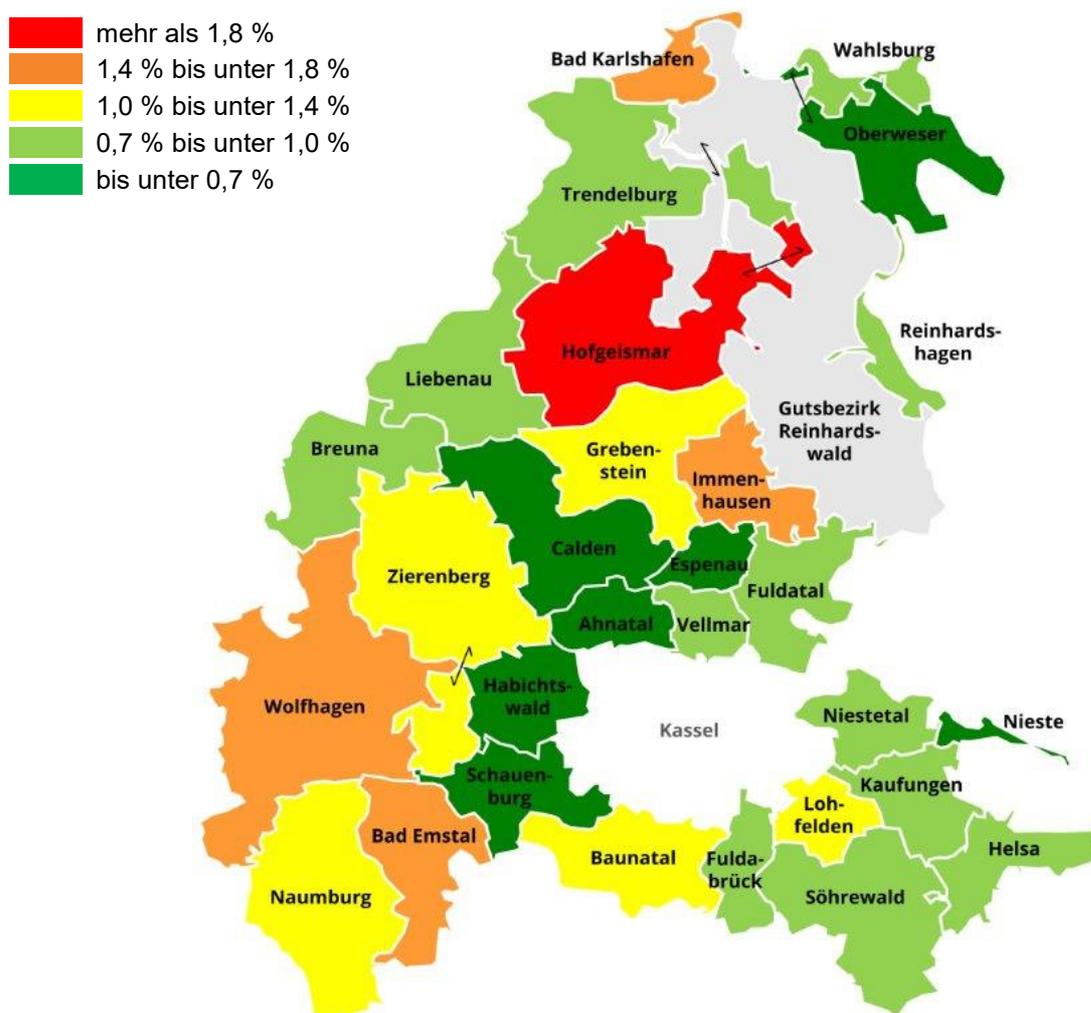


Abb. 9-1: Männer im Sozialhilfeleistungsbezug SGB XII  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

## Frauen im Sozialhilfeleistungsbezug SGB XII

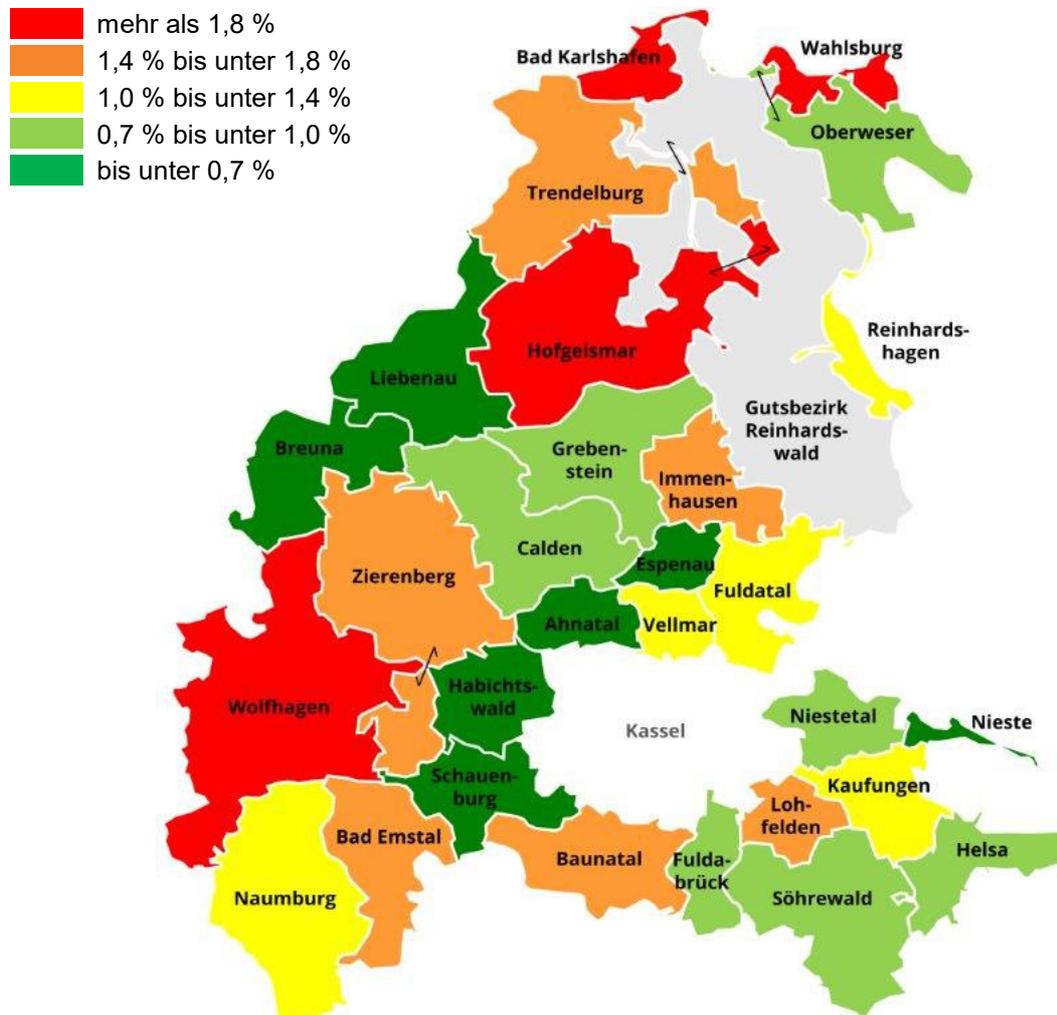


Abb. 9-2: Frauen im Sozialhilfeleistungsbezug SGB XII  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Im Folgenden bleiben diejenigen Kapitel des SGB XII unberücksichtigt, die sich im Wesentlichen mit allgemeinen Vorschriften, Leistungsbeschreibungen und Einzelfallhilfen befassen. Zur Darstellung des Umfangs und der Entwicklung von Sozialhilfeleistungen und den sich daraus ergebenden Kostenentwicklungen beschränken wir uns auf die Kapitel 3, 4 und 7 des SGB XII. Eingliederungsleistungen nach Kapitel 6 des SGB XII werden hier lediglich benannt. Sie werden im Kapitel „Menschen mit Behinderungen“ ausführlich behandelt.

### 9.1.1 Hilfe zum Lebensunterhalt – Kapitel 3 SGB XII

Nach dem 3. Kapitel sind diejenigen Personen anspruchsberechtigt, die die gesetzliche Renteraltersgrenze noch nicht erreicht haben und mindestens sechs Monate befristet voll erwerbsgemindert sind. Als *voll erwerbsgemindert* gilt, wer nicht in der Lage ist, mindestens drei Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig zu sein. Für diesen Personenkreis werden bedarfsorientierte Leistungen nach dem SGB XII gewährt, sofern sie ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen sicherstellen können.

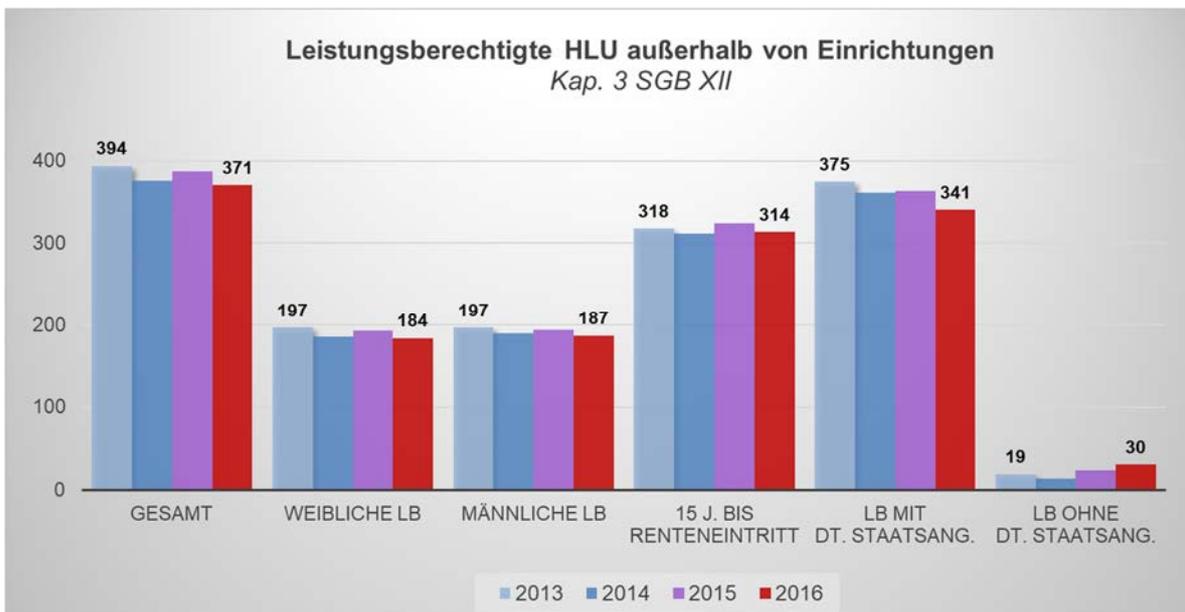


Abb. 9-3: Leistungsberechtigte im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) außerhalb von Einrichtungen – Kap. 3 SGB XII  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Die Gesamtzahl der Anspruchsberechtigten nach dem 3. Kapitel (außerhalb von Einrichtungen) reduzierte sich im Erhebungszeitraum von 394 in 2013 um 5,8 % auf 371 in 2016 (s. Abb. 9-3). Diese Reduktion ist bei den weiblichen und männlichen Leistungsbeziehern in vergleichbarem Umfang zu verzeichnen. Der Anteil Leistungsberechtigter, die die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht haben und deren Leistungsanspruch somit auf eine dauerhafte volle Erwerbsminderung vorliegt, erhöhte sich von 390 in 2013 um 12,6 % auf 439 in 2016. Während sich der Anteil der Leistungsbezieher/innen deutscher Staatsangehörigkeit im Beobachtungszeitraum um 9 % reduzierte, erhöhte sich die Anzahl der Leistungsbezieher/innen ohne deutsche Staatsangehörigkeit von 19 in 2013 um 58 % auf 30 in 2016.

Die kommunalen Gesamtausgaben für Hilfen zum Lebensunterhalt reduzierten sich im Zeitraum 2013 bis 2016 in etwas geringerem Umfang (minus 3,6 %) als die Anzahl der Leistungsempfänger/innen. Die durchschnittlichen Ausgaben pro Person werden insbesondere durch die Erhöhung des Eckregelsatzes und die Rentenanpassungen beeinflusst. In 2014 wurde der Eckregelsatz um 9,00 Euro erhöht, während

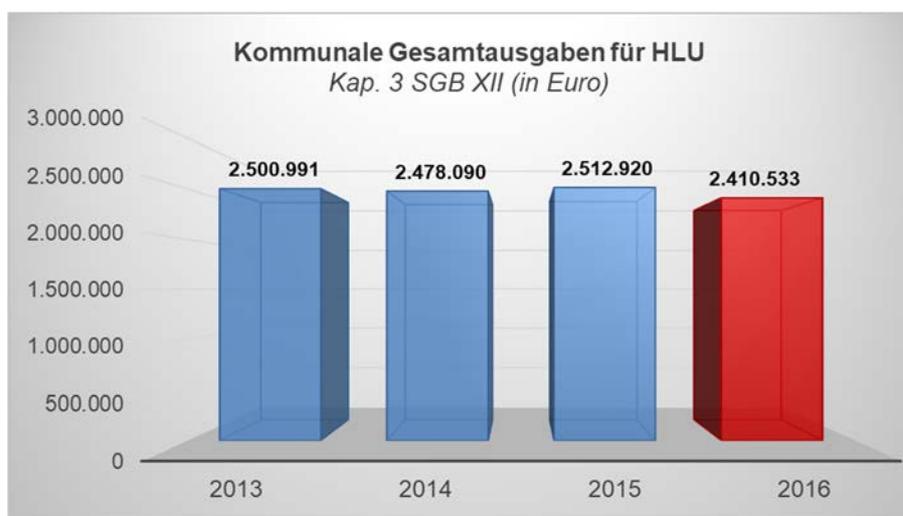


Abb. 9-4: Kommunale Gesamtausgaben für HLU – Kap. 3 SGB II  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

in den folgenden Jahren jeweils eine Erhöhung um 5,00 Euro erfolgte. Gleichzeitig stiegen die Renten in 2014 nur um 1,6 %, während in 2015 die Renten um 2,1 % und in 2016 um 4,25 % angehoben wurden.

Die verbesserte Einkommenssituation der Leistungsberechtigten mindert die Netto-Sozialhilfeaufwendungen. Eine detailliertere Betrachtung der Zu- und Abgänge aus dem Bereich der Hilfen zum Lebensunterhalt lässt erkennen, dass sich im Betrachtungszeitraum die Neuzugänge der Leistungsberechtigten durchaus erhöht haben (plus 5,4 %), gleichzeitig aber mehr Abgänge zu verzeichnen sind (plus 31 %). Hierdurch erklärt sich die Reduktion der Gesamtzahl aller Leistungsberechtigten.

Nachdem sich die Anzahl der Menschen aus den Förderstrukturen des SGB II (Eingliederung in Erwerbstätigkeit) in die Strukturen des SGB XII (Grundsicherung) von 2014 bis 2015 halbiert hat, erreichte sie mit 52 Personen in 2016 das Niveau von 2013 (51 Personen) (s. Abb. 9-5). 2016 gab

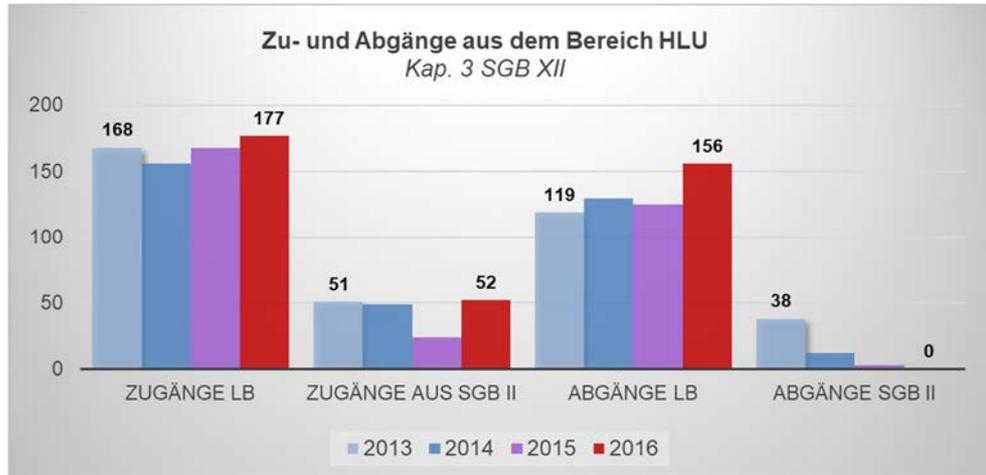


Abb. 9-5: Zu- und Abgänge aus dem Bereich HLU – Kap. 3 SGB XII  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

es keinerlei Rückflüsse in den Zuständigkeitsbereich des Jobcenters. Zur Frage, wer zu diesen Betroffenengruppen zählt, siehe auch Kap. 8.6. und 8.7.

Fallmanagement zielt auf die Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben und damit auf ein Leben ohne die Unterstützung durch staatliche Transferleistungen. Voraussetzung dafür ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Leistungsbezieher/innen. Die Ermittlung individueller Hilfebedarfe, die Entwicklung von Hilfeplänen als auch die Organisation individueller Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten sind Inhalte des Fallmanagements und originäre Leistungen nach dem SGB XII.

### 9.1.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung – Kapitel 4 SGB XII

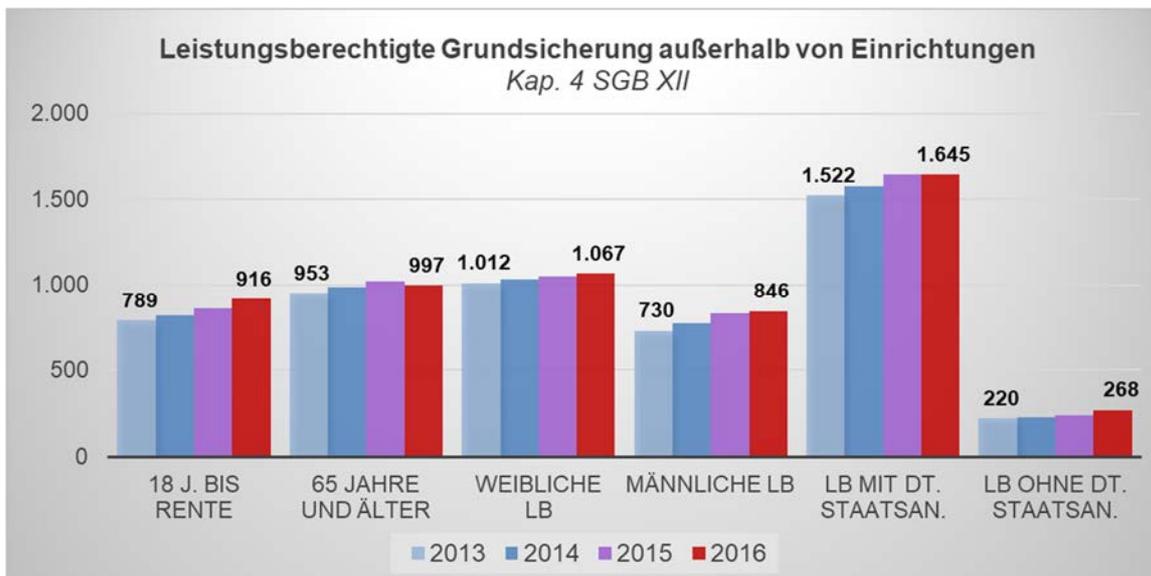


Abb. 9-6: Leistungsberechtigte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen – Kap. 4 SGB XII  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales



Nach dem 4. Kapitel SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) erhalten volljährige Personen mit einer festgestellten vollen dauerhaften Erwerbsminderung und ältere Menschen mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze eine Grundsicherung, sofern sie ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen sicherstellen können.

Die Zahl der Leistungsempfänger/innen ist im Betrachtungszeitraum 2013 bis 2016 kontinuierlich gestiegen (plus 9,8 %) (s. Abb. 9-6). Dabei fällt der Anstieg der Leistungsberechtigten, die die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht haben und deren Leistungsanspruch somit auf eine dauerhafte volle Erwerbsminderung vorliegt, mit 16 % erheblich höher aus, als der Personenkreis, der die Leistung aufgrund seines Alters erhält (plus 5 %). Diese Entwicklung lässt einen weiteren Anstieg des anspruchsberechtigten Personenkreises in den nächsten Jahren vermuten. Einhergehend mit dem Anstieg der Leistungsempfänger/innen sind die kommunalen Gesamtausgaben der Grundsicherung im Kapitel 4 des SGB XII im Zeitraum von 2013 bis 2016 um 18,7 % gestiegen (s. Abb. 9-7). Ein sinkendes Rentenniveau bei den Erwerbsminderungs- und Altersrenten erfordert einen höheren Anteil kompensatorischer Leistungen nach dem SGB XII Kapitel 4. Hieraus erklären sich die höheren kommunalen Gesamtausgaben der Grundsicherung trotz nahezu gleichbleibender Anzahl an Leistungsbezieher(inne)n.



Abb. 9-7: Kommunale Gesamtausgaben Grundsicherung – Kap. 4 SGB XII  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

### 9.1.3 Teilhabeleistungen für behinderte Menschen – Kapitel 6 SGB XII

Teilhabeleistungen für behinderte Menschen nach dem 6. Kapitel des SGB XII werden zum einen durch den *überörtlichen* Sozialhilfeträger, den Landeswohlfahrtsverband (LWV) erbracht. Hierzu zählen u.a. die Förderung in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder die Angebote in den Tagesstätten. Zudem erbringt der *örtliche* Sozialhilfeträger, der Fachbereich Soziales im Landkreis Kassel, Eingliederungsleistungen. Hier sind in erster Linie die Leistungen der Familien entlastenden Dienste (feD) und die Sozialassistenzen zu nennen. Die Teilhabeleistungen werden im Kapitel 4 „Menschen mit Behinderungen“ ausführlich beschrieben.

Eingliederungshilfen nach dem sechsten Kapitel des SGB XII zielen neben den Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auf die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben ab. In diesem Themenbereich ist, gefördert durch das Sozialministerium des Landes Hessen, das Fallmanagement im SGB XII angesiedelt. Es bildet im Hinblick auf arbeitsintegrative Hilfen die Schnittstelle zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger. Diese Fallsteuerung für Menschen, deren Erwerbsunfähigkeit befristet besteht und damit überwunden werden kann, beginnt mit dem Wechsel zwischen dem Rechtskreis SGB II und SGB XII und damit mit der Frage der Erwerbsfähigkeit (näheres s. auch Kap. 5).

### 9.1.4 Hilfen zur Pflege – Kapitel 7 SGB XII

Das 7. Kapitel des SGB XII regelt die Hilfen zur Pflege, außerhalb wie innerhalb von Einrichtungen. Mit dem demografischen Wandel wird, wie in Kapitel 1 beschrieben, der Anteil älterer und hochbetagter Menschen steigen. Einhergehend mit dieser Entwicklung ist zukünftig auch ein Anstieg der Fallzahlen in der Hilfe zur Pflege zu erwarten.

#### 9.1.4.1 Ambulante Hilfe zur Pflege

Die Gesamtzahl der Leistungsberechtigten von ambulanten Hilfen zur Pflege hat sich von 212 in 2013 auf 263 in 2016 erhöht (s. Abb. 9-8). Im Beobachtungszeitraum ist die weit überwiegende Anzahl der Leistungsberechtigten in der ambulanten Hilfe zur Pflege der Pflege-

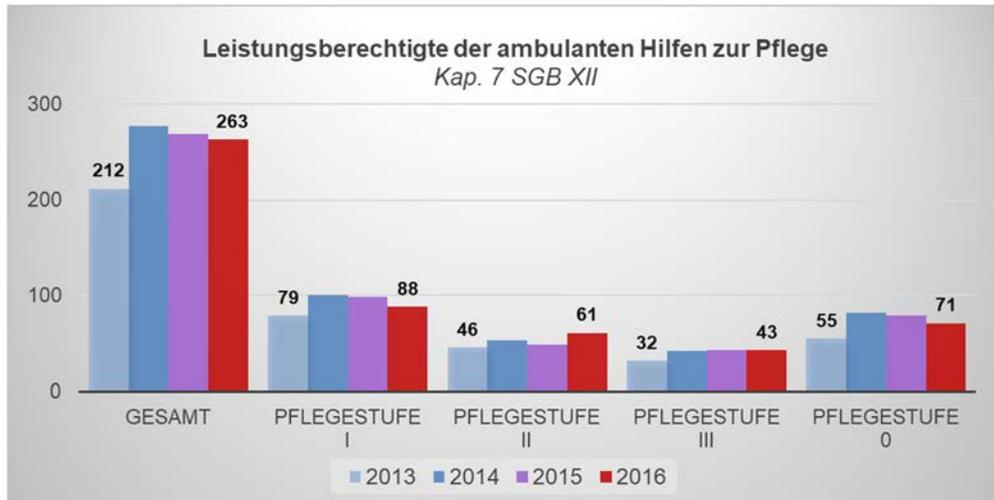


Abb. 9-8: Leistungsberechtigte der ambulanten Hilfe zur Pflege – Kap. 7 SGB XII  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

gestufe I zuzuordnen bzw. dem Leistungsbezug nach dem SGB XII, da sie die Voraussetzungen nach dem SGB IX (noch) nicht erfüllen. Dieser Personenkreis erhält Leistungen nach der sog. Pflegestufe 0. Mit Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II und III erfolgte ab dem 01.01.2017 zum einen die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und zum anderen die Umwandlung der bisherigen Pflegestufen in Pflegegrade. Im Bereich des SGB XII wurden die Umwandlungen in Pflegegrade mit sog. einfachen Stufensprüngen (im SGB XI waren auch zweifache möglich) durchgeführt. Dies führte dazu, dass ab dem 01.01.2017 die überwiegende Mehrheit der Leistungsberechtigten im ambulanten Pflegebereich den Pflegegraden 1 und 2 zugeordnet ist. Prognostisch ist der Schwerpunkt im ambulant pflegerischen Bereich

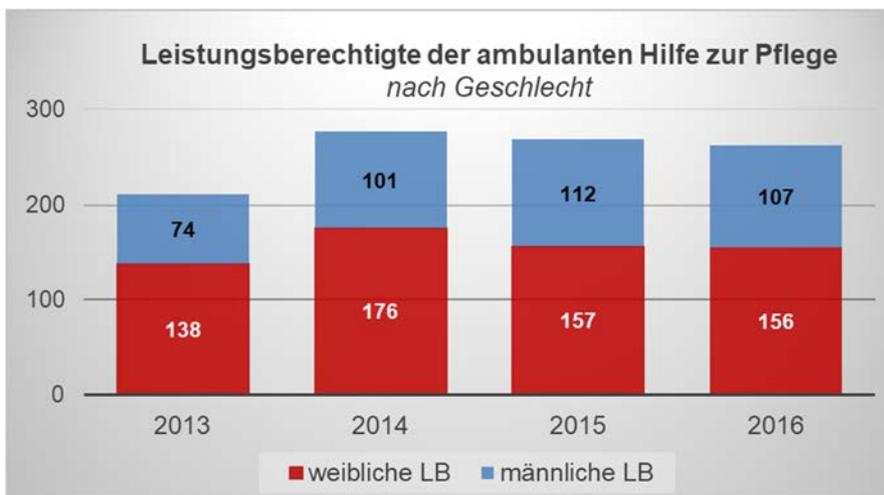


Abb. 9-9: Leistungsberechtigte der ambulanten Hilfe zur Pflege nach Geschlecht  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

zukünftig bei den Pflegegraden 2 bis 3 zu erwarten. Der Anteil weiblicher Leistungsberechtigter hat sich von 138 in 2013 um 13 % auf 156 in 2016 erhöht (s. Abb. 9-9). Im gleichen Zeitraum erhöhte sich die Zahl der männlichen Leistungsberechtigten von 74 in 2013 um 44,6 % auf 107 in 2016. Hierbei handelt es sich seit 2014 um lediglich lineare geschlechterspezifische Verschiebungen. Das



bedeutet, dass sich innerhalb veränderter Zahlen der Gesamtleistungsberechtigten die Verteilungen auf Männer und Frauen nicht wesentlich verändert hat. 2013 lag ihr Anteil bei 35 %, 2016 bei 40,7 %. Ausschließlich in den Jahren 2013 auf 2014 ist ein höherer Anstieg (plus 1,6 %) an männlichen Leistungsberechtigten festzustellen. Bezogen auf die Gesamtzahl der Leistungsberechtigten sind die Verschiebungen jedoch von untergeordneter Bedeutung. Dass grundsätzlich weniger Männer ambulante Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen, mag daran liegen, dass die häusliche Pflege sehr häufig noch von deren Ehefrauen wahrgenommen wird.

### 9.1.4.2 Stationäre Hilfe zur Pflege

Für Leistungsbezieher/innen über 65 Jahre aus dem Bereich stationärer Hilfen zur Pflege sind die örtlichen Sozialhilfeträger/innen zuständig. Die Gesamtzahl der Leistungsberechtigten von stationären Hilfen zur Pflege hat sich von 630 in 2013 auf 609 in 2016 reduziert (s. Abb. 9-

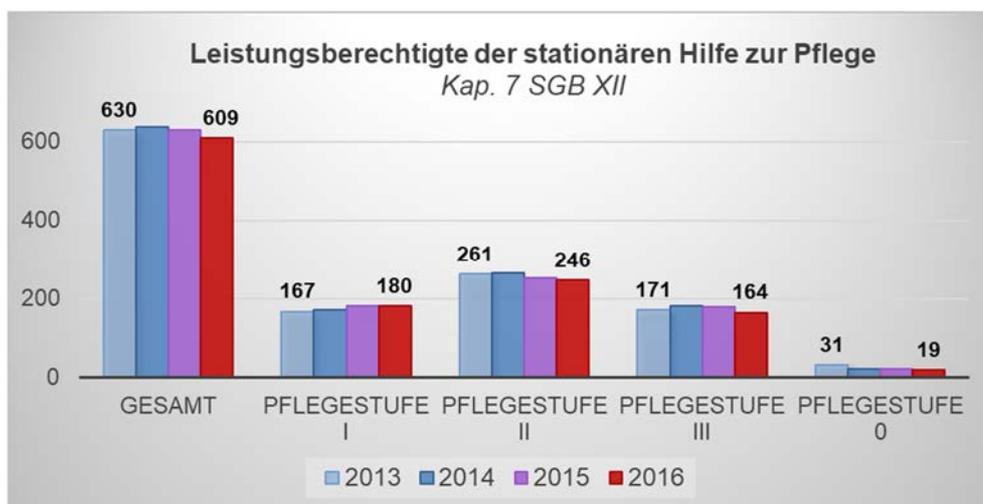


Abb. 9-10: Leistungsberechtigte der stationären Hilfe zur Pflege – Kap. 7 SGB XII  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

10). Gravierende Verschiebungen innerhalb der Pflegestufen sind im Beobachtungszeitraum nicht festzustellen. Lediglich im Bereich der sog. Pflegestufe 0 ist ein deutlicher Rückgang zu bemerken, der seine Begründung darin findet, dass erheblich weniger Menschen mit geringem pflegerischen Bedarf stationäre Einrichtungen aufsuchten und der überwiegende Teil mindestens die Leistungen nach Pflegestufe I auslösten. Dieser Trend macht deutlich, dass die Wahl auf stationäre Einrichtungen erst dann fällt, wenn die Pflege im häuslichen Bereich durch ansteigenden pflegerischen Bedarf nicht mehr zu leisten ist.

Weiterhin ist zu beobachten, dass erheblich mehr Frauen in stationären Einrichtungen gepflegt werden.

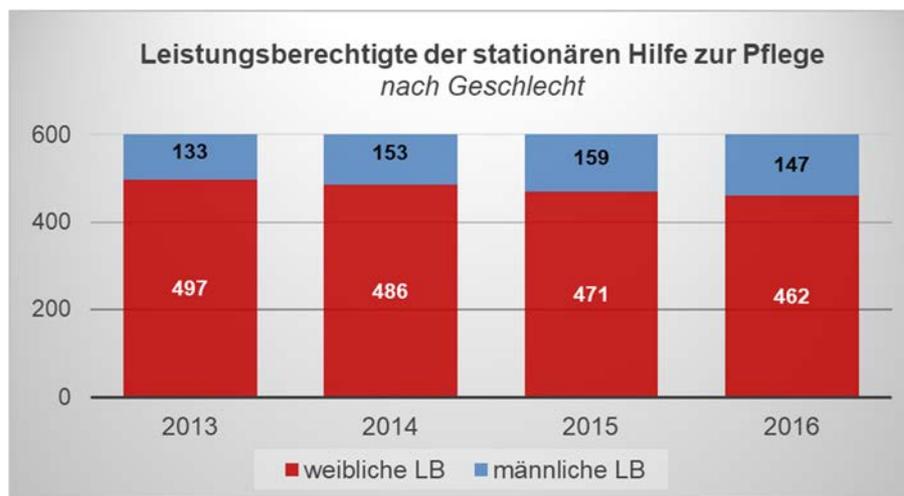


Abb. 9-11: Leistungsberechtigte der stationären Hilfe zur Pflege nach Geschlecht  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

2013 nahmen 497 Frauen stationäre Hilfen in Anspruch, 2016 waren es 462 (s. Abb. 9-11). Ihr Anteil an allen Leistungsberechtigten betrug 2013 insg. 79 %, 2016 reduzierte er sich auf 76 %. Dies findet letztlich seine Begründung darin, dass die Lebenserwartung bei Frauen erheblich höher ist als bei Männern, aber auch darin, dass der über-

wiegende Teil der männlichen pflegebedürftigen Heimbewohner in der Lage ist, ihre stationäre Pflege aus eigenem Einkommen und Vermögen zu bestreiten.

### 9.1.4.3 Kostenentwicklung der Hilfe zur Pflege

Während sich die **Gesamtausgaben** für die verschiedenen Arten stationärer Hilfen zur Pflege (Stationäre Pflege, Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege) in den Jahren 2010 bis 2013 kontinuierlich erhöhten, sanken sie im aktuellen Beobachtungszeitraum stetig. Sie reduzierten sich von 6.718.292 Euro in 2013 um 4,5 % auf 6.415.617 Euro in 2016 (s. Abb. 9-12). Dieser Abwärtstrend findet seine Entsprechung in den Ausgaben für die **Stationäre Hilfe zur Pflege**. Sie reduzierten sich im Beobachtungszeitraum um 4 %.

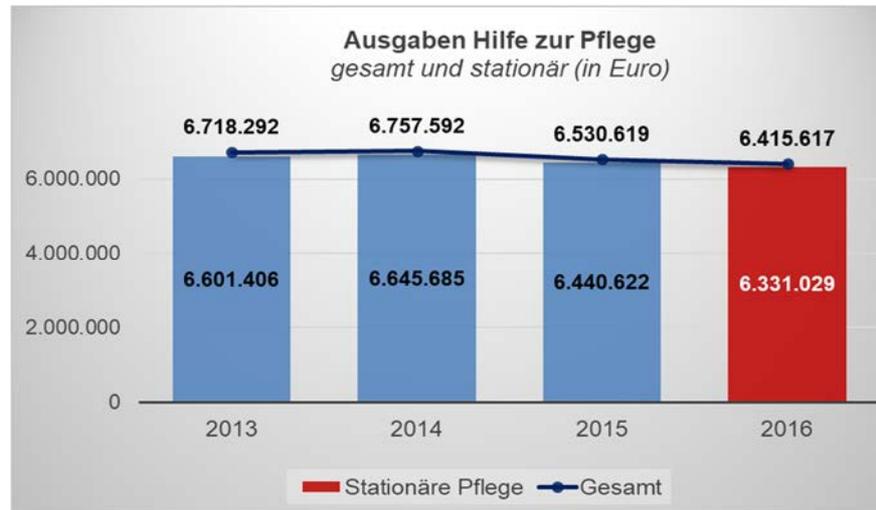


Abb. 9-12: Ausgaben für stationäre Pflege und Gesamtausgaben  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

Auch hier sind noch die Jahr-

gänge mit relativ stabilen und gleichbleibenden Renteneinkommen dominierend. Neben der leicht sinkenden Fallzahl und günstiger Abschlüsse der Pflegesätze ist dies auch Ursache für die sinkenden Kosten. Mit zunehmender Altersarmut und wachsenden Fallzahlen aufgrund des demografischen Wandels wird auch hier zukünftig mit deutlichen Kostensteigerungen zu rechnen sein. Zurzeit wirken dem noch die ab 01.01.2017 erhöhten Leistungen des Pflegestärkungsgesetzes II entgegen. Sie wirken kostendämpfend auf die Leistungen des SGB XII und reduzieren die Anzahl der Neufälle, die in die Leistungen des SGB XII fallen. Die Betroffenen sind über einen längeren Zeitraum als bisher in der Lage, die Kosten der Einrichtungen zunächst mit eigenem Einkommen und Vermögen und der Hilfe der Leistungen der Pflegekasse

unabhängig von Sozialhilfe zu bestreiten. Es ist anzunehmen, dass sich dieser Effekt im Laufe der Zeit wieder umkehrt, da dann die einkommensschwächeren Menschen in die Sozialhilfe fallen werden.

Die Ausgaben für die **Teilstationäre Pflege** reduzierten sich von 47.743 Euro in 2013 um nahezu ein Viertel (24 %) auf 36.266 Euro in 2016 (s. Abb. 9-13). Die



Abb. 9-13: Ausgaben für Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales



Ausgaben für die **Kurzzeitpflege** weisen einen 30 % igen Rückgang auf. Sie sind von 69.143 Euro in 2013 auf 48.322 Euro in 2016 gesunken. Betrachtet man die Kostenentwicklung in der stationären Hilfe zur Pflege getrennt nach **Pflegestufen**, findet sich mit Ausnahme von Pflegestufe I der Abwärtstrend wieder. Am deutlichsten zeigt er sich in Pflegestufe 0. Hier reduzierten sich die Ausgaben von 2013 auf 2016 um 26,7 %, gefolgt von Pflegestufe 2 (minus 5,9 %) und Pflegestufe III (minus 3,5 %). Die Ausgaben in Pflegestufe I erhöhten sich im Beobachtungszeitraum von 1.327.056 Euro in 2013 um 5,4 % auf 1.398.233 Euro in 2016 (s. Abb. 9-14).

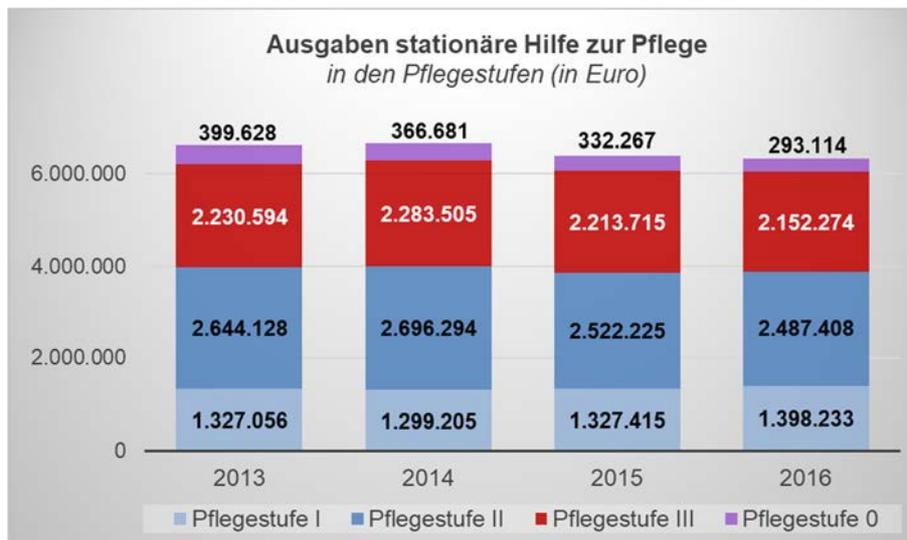


Abb. 9-14: Ausgaben für Stationäre Pflege in den Pflegestufen  
Quelle: Landkreis Kassel, Fachbereich Soziales

### 9.1.5 Kostenentwicklung für Leistungen nach dem SGB XII

Ein Vergleich der Entwicklung der Nettoausgaben für Leistungen nach dem SGB XII des Landkreises Kassel mit den Gesamtzahlen des Landes Hessen verdeutlicht, dass die hier beschriebenen Zusammenhänge für alle kommunalen Träger/innen der Sozialhilfe thematisch relevant sind.

Der bereits im vorausgegangenen Sozialatlas beschriebenen Aufwärtstrend in den Ausgaben für Leistungen nach dem SGB XII setzt sich auch im aktuellen Beobachtungszeitraum fort. Der Anstieg fällt jedoch insgesamt wesentlich geringer aus; zudem kehrte sich das Verhältnis um. Während 2006-13 die Gesamtausgaben im Landkreis Kassel um 54 % und damit um 17 Prozentpunkte mehr als in Hessen (plus 37 %) stiegen, liegt der Zuwachs im Landkreis Kassel von 2013 (30 Mio. Euro) auf 2016 (33,2 Mio. Euro) bei 11,3 % (s. Abb. 9-15). Für das Land Hessen erhöhten sich die Ausgaben von 2,03 Mrd. Euro in 2013 um 28 % auf 2,6 Mrd. Euro in 2016.

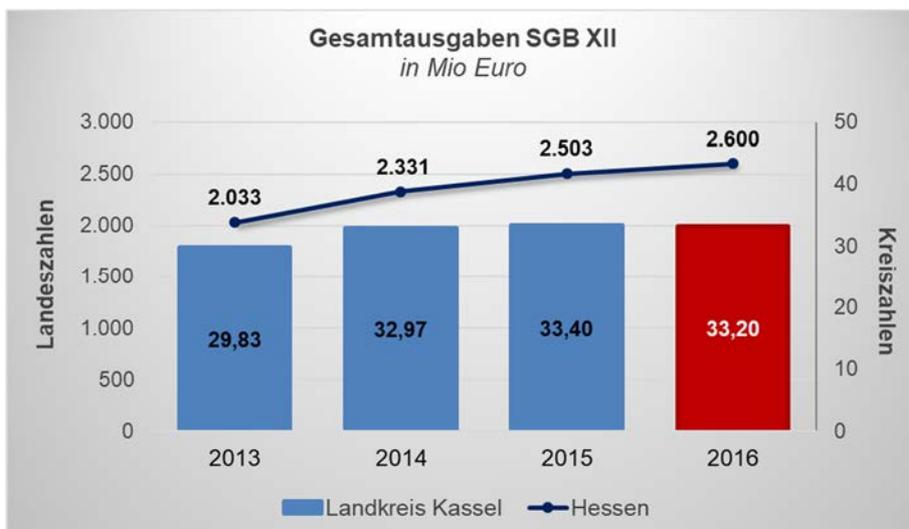


Abb. 9-15: Gesamtausgaben SGB XII in Mio. Euro  
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

## 9.2 Überschuldung privater Haushalte und Insolvenzen

Die Schuldnerquote im Landkreis Kassel hat sich im Beobachtungszeitraum geringfügig von 9,06 % in 2013 um 2,6 Prozentpunkte auf 9,3 % in 2016 erhöht (s. Abb. 9-16). Sie liegt damit nach den Erhebungen der Auskunftsdatei „Creditreform“ leicht unter dem Bundesdurchschnitt. Bundesweit hat sich die Schuldnerquote in vergleichbarer Weise von 9,81 in 2013 um 2,5 Prozentpunkte auf 10,06 % in 2016 erhöht.

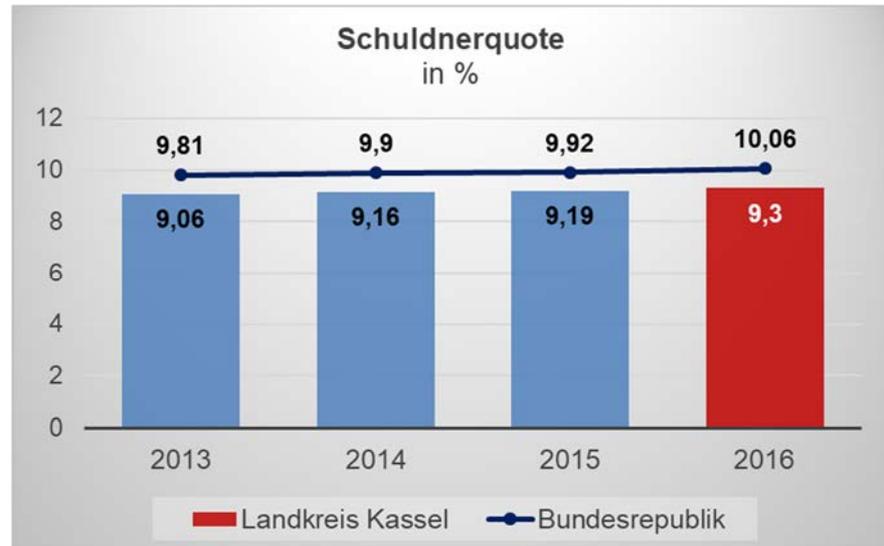


Abb. 9-16: Schuldnerquote Landkreis Kassel und Bundesrepublik (in %)   
Quelle: Creditreform / Statistisches Landesamt Hessen

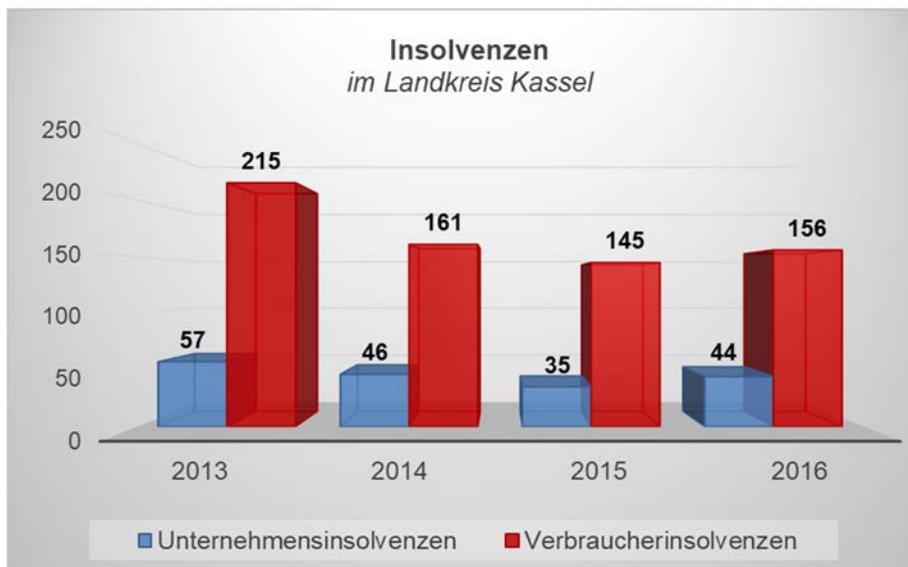


Abb. 9-17: Verbraucher- und Unternehmensinsolvenzen   
Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

Sowohl die Verbraucher- als auch die Unternehmensinsolvenzen verringerten sich im Beobachtungszeitraum. Die Verbraucherinsolvenzen reduzierten sich von 215 in 2013 um 27,4 % auf 156 in 2016 (s. Abb. 9-17.). Im Verlauf wurde 2015 mit 145 Verbraucherinsolvenzen ein Tiefstand erreicht; die Zahl erhöhte sich von 2015 auf 2016 um 7,6 Prozentpunkte. Die Unternehmensinsolvenzen erreichten ebenfalls 2015 ihr niedrigstes Niveau, um dann 2016

wieder anzusteigen. Insgesamt reduzierten sie sich im Erhebungszeitraum von 67 in 2013 um 23 % auf 44 in 2016. Zum qualitativen Ausbau der Schuldnerberatung in Hessen wird seit 2015 zum Wieder-Neueinstieg des Landes in die Finanzierung von Schuldnerinsolvenzberatungsstellen ein Betrag in Höhe von 2 Mio. Euro p. a. in das Budget der kommunalisierten sozialen Hilfen eingestellt. Mit den Vorgaben des bedarfsgerechten Ausbaus der Schuldnerinsolvenzberatungsstellen und unter Berücksichtigung der Armutsprävention wurde festgelegt, dass die Weitergabe der Landesmittel über das Sozialbudget keiner Verwendung zum Abbau kommunaler Eigenmittel an Schuldnerinsolvenzberatungsstellen zugeführt werden soll, sondern in voller Höhe den Leistungserbringer(inne)n zugutekommen soll.



Die Bereitstellung dieses zusätzlichen Budgets ist an zwei Bedingungen geknüpft: an

- das Substituierungsverbot / den Ausbau bzw. finanzielle Absicherung der Schuldnerinsolvenzberatungsstellen und
- eine künftige Beteiligung an der Bundesstatistik.

Für den Landkreis Kassel impliziert dies ein zusätzliches Budget für den Zielbereich der anerkannten Schuldnerinsolvenzberatungsstellen in Höhe von 70.500 Euro pro Jahr. Der Kreisausschuss hat in einer Sitzung am 15.03.2016 beschlossen, dass das zusätzliche Budget an die Schuldnerberatungsstelle des Diakonischen Werkes Region Kassel mit Sitz in Hofgeismar fließen soll. Nach Verhandlungen mit dem Diakonischen Werk konnte ein entsprechender Zuwendungsvertrag abgeschlossen werden. Mit dem Zuwendungsvertrag war eine Neufestlegung des zu versorgenden Personenkreises verbunden. Seitens des Diakonischen Werkes werden nun SGB II- und SGB XII-Bezieher/innen des Altkreises Hofgeismar sowie Selbstständige im gesamten Kreisgebiet beraten.

Schuldnerberatungsstellen informieren als Teil ihrer Tätigkeit über unterschiedliche Möglichkeiten im Umgang mit der Überschuldung. Dies beinhaltet bei der Regulierung eine Bandbreite von Stundung, Ratenzahlungen, Ausbuchung, Einrede der Verjährung, Einzelvergleichen oder Gesamtregulierungskonzepten mit allen Gläubiger(inne)n bis hin zu einem gerichtlichen Schuldenbereinigungsplanverfahren, das kein Verbraucherinsolvenzverfahren darstellt. Viele Ratsuchende entscheiden sich auch bewusst gegen ein Verfahren mit seinen Obliegenheiten, um weiterhin mit ihren Schulden zu leben. Dies ist bei Menschen mit langfristig unpfändbaren laufenden Einkünften, die mit einem Pfändungsschutzkonto gesichert sind, häufiger der Fall.

### 9.2.1.1 Schuldnerberatung des Landkreises Kassel

Mit der Schuldner- und Insolvenzberatungsstelle im Kasseler Kulturbahnhof bietet der Landkreis Kassel seinen Bewohner(inne)n eine kostenfreie Schuldnerberatung an. Für die Bewohner/innen des Altkreises Hofgeismar gibt es zudem eine kostenfreie Beratungsstelle des Diakonischen Werkes in Hofgeismar.

Schulden bedeuten neben dem finanziellen Druck auch häufig eine psychosoziale Belastung. Eine qualifizierte Schuldnerberatung hilft bei der Bewältigung dieser Probleme. Ziel ist es, zu einer nachhaltigen Stabilisierung der wirtschaftlichen und persönlichen Situation beizutragen, um auch zukünftiger Überschuldung und Hilfebedürftigkeit vorzubeugen. Am Ende eines Beratungsprozesses kann eine vollständige Entschuldung durch eine außergerichtliche Regulierung oder ein Insolvenzverfahren stehen. War die Inanspruchnahme der Schuldnerberatung im vorausgehenden Sozialatlas rückläufig, zeigt sich im aktuellen Beobachtungszeitraum eine stetige Zunahme. Die Zahl erhöhte sich von 670 in 2013 um 23,4 % auf 827 in 2016 (s. Abb. 9-18).

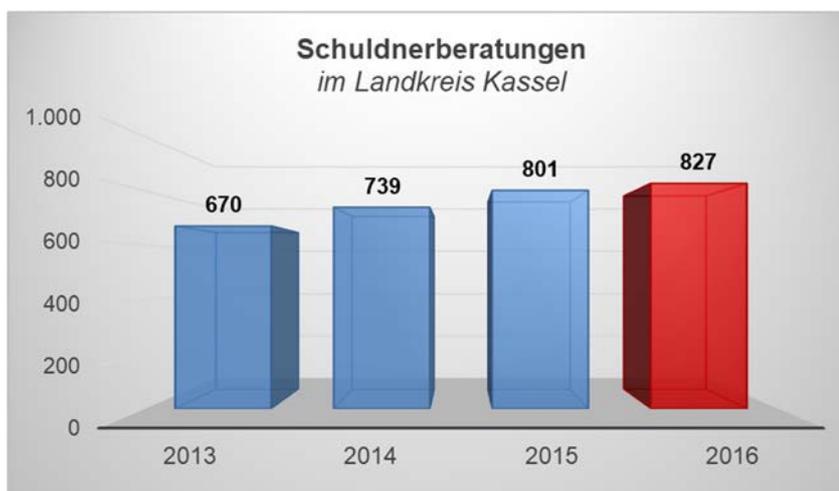


Abb. 9-18: Schuldnerberatungen im Landkreis Kassel  
Quelle: Landkreises Kassel, Schuldnerberatung

Im Vergleich nahmen zwischen 2013 und 2016 die 20-30-Jährigen vermehrt (plus 31 %) die Schuldnerberatung in Anspruch, gefolgt von den 50-60 und Über-60-Jährigen (je plus 25 %) und den 40-50-Jährigen (plus 24 %) (s. Abb. 9-19). Eine leichte Zunahme der Inanspruchnahme der Schuldnerberatung

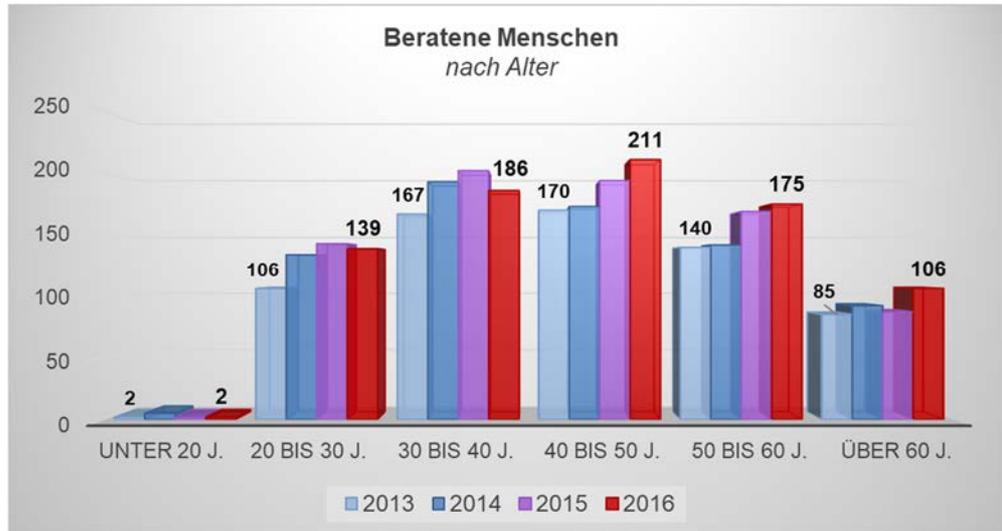


Abb. 9-19: Beratene Menschen nach Alter  
Quelle: Landkreises Kassel, Schuldnerberatung

von 2013 auf 2016 zeigt sich bei den 30-40-Jährigen (plus 11,4 %). Die Anzahl der Beratungen für die Unter-20-Jährigen erreichte nach einer Zunahme in 2014 in 2016 das Ausgangsniveau von 2013.

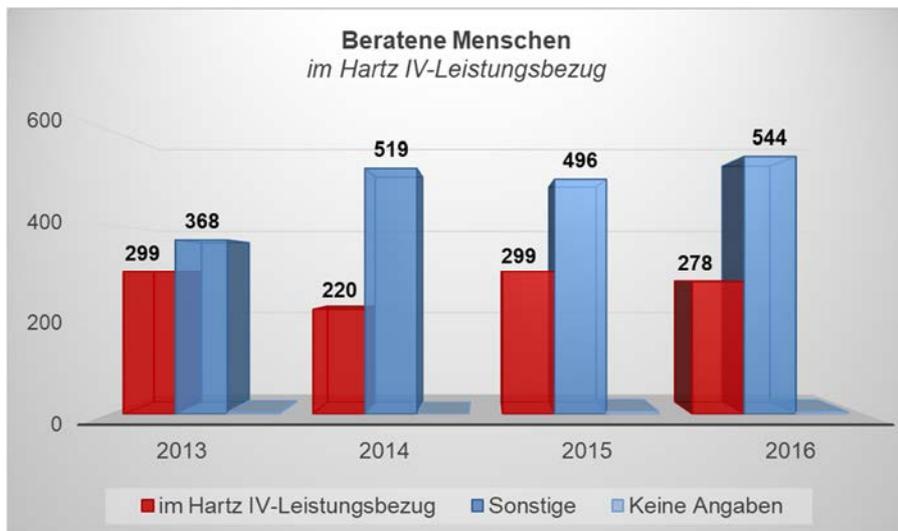


Abb. 9-20: Beratene Menschen im Hartz IV-Leistungsbezug  
Quelle: Landkreises Kassel, Schuldnerberatung

Es zeigen sich keine signifikanten genderspezifischen Unterschiede. Im Erhebungszeitraum reduzierte sich die Zahl der Beratenen im Hartz IV-Leistungsbezug von 299 in 2013 um 7 % auf 278 in 2016 (s. Abb. 9-20). Ihr Anteil an allen Ratsuchenden betrug 2013 45 %. Er verringerte sich in 2016 auf insg. 34 %. Sie werden vom Jobcenter im Rahmen einer Eingliederungsvereinbarung an die Schuldnerberatung überwiesen.

### 9.3 Wohnungslosigkeit

Im aktuellen Sozialatlas wird erstmals das Thema „Wohnungslosigkeit“ aufgenommen, da sich die sozialen Dienste in der Region Kassel in ihrer alltäglichen Arbeit immer häufiger mit dem Problem der Wohnungsnot der ihr anvertrauten Klientel konfrontiert sehen. Ohne eine Lösung des Problems der Wohnungsnot laufen Hilfen ins Leere, entstehen hohe Folgekosten und Abhängigkeiten der Menschen von staatlicher Unterstützung. Vor diesem Hintergrund erscheint es uns wichtig, den Fokus ganz gezielt auch auf dieses Thema zu lenken. Der Begriff „Wohnungslosigkeit“ ist in der vorliegenden Ausführung weitreichend gefasst. Er schließt auch die Menschen an der Schnittstelle zur Obdachlosigkeit mit ein. Belastbare Indikatoren, die den Umfang und die Entwicklung der von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen im Landkreis Kassel



abbilden, sind nur indirekt zu finden. Als Indiz für Wohnungslosigkeit betrachten wir im Folgenden die gerichtlich angekündigten Räumungsklagen, die Belegung der gemeindlichen Notschlafstellen und den Besuch des Tagestreffs „kanapee“ in Hofgeismar. Die wenigsten sozialen Einrichtungen führen auswertbare Statistiken über die Zahl wohnungsloser Menschen. Daher geben die nachfolgenden Werte einen näherungsweisen Überblick über die derzeitige Situation.

### 9.3.1 Gerichtliche Ankündigungen zu Räumungsklagen

Es existieren keine standardisierten statistischen Erhebungen über die Zahl der gerichtlich angeordneten und vorgenommenen Zwangsräumungen. Zwar werden die Städte und Gemeinden im Landkreis Kassel vom zuständigen Amtsgericht im Vorfeld einer Zwangsräumung informiert, da aber nicht jede angekündigte Räumungsanordnung auch zum Wohnungsverlust oder gar zur Obdachlosigkeit führt, sind diese Meldungen und insbesondere die Entwicklung der Räumungsklagen nur Indizien für den Umfang von Wohnungslosigkeit.

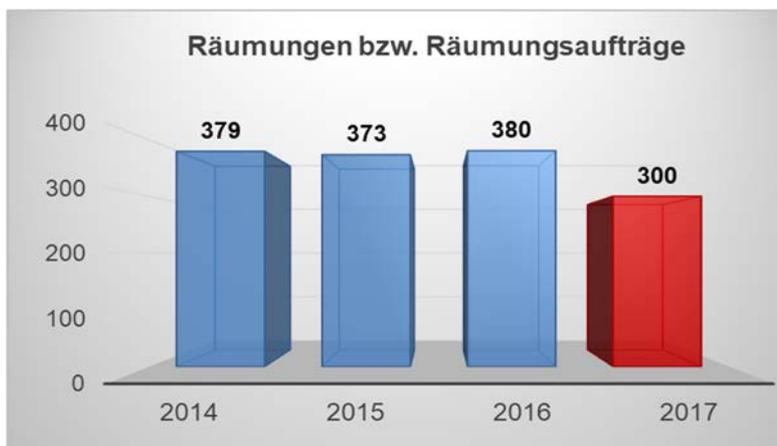


Abb. 9-21: Gerichtliche Ankündigungen zur Räumungsklage  
Quelle: Amtsgericht Kassel

Nach internen Recherchen des Amtsgerichts Kassel liegen folgende Angaben zum Umfang der Räumungen bzw. Räumungsaufträgen vor (s. Abb. 9-21). Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die notierten Fälle bei den einzelnen Ordnungsämtern (s. Tabelle 9-1), wobei nicht jede Gemeinde die gerichtliche Ankündigung erfasst und hinterlegt.

Gemeinde / Stadt	2014	2015	2016	2017
Ahnatal	2	1	0	0
Bad Emstal	-	-	-	-
Bad Karlshafen	0	0	1	1
Baunatal	9	6	10	10
Breuna	0	1	0	1
Calden	1	0	0	0
Espenau	-	-	-	-
Fuldabrück	1	2	3	2
Fuldata	1	2	4	5
Grebenstein	0	1	0	0
Habichtswald	1	1	1	0
Helsa	1	0	2	1
Hofgeismar	0	2	3	3
Immenhausen	2	1	1	2
Kaufungen	-	-	-	-
Liebenau	1	1	1	1
Lohfelden	3	7	3	5
Naumburg	0	0	1	1
Nieste	0	0	0	0
Niestetal	0	1	8	2
Oberweser	-	-	-	-
Reinhardshagen	-	-	-	-
Schauenburg	0	0	0	2
Söhrewald	-	-	-	-
Trendelburg	0	0	0	0
Vellmar	1	1	1	2
Wahlsburg	-	-	-	-
Wolfhagen	5	2	3	2
Zierenberg	1	0	2	1
<b>Gesamt</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>40</b>

Tabelle 9-1: Angekündigte Zwangsräumungen im Landkreis Kassel  
Quelle: Landkreises Kassel, Ordnungsämter



Die angekündigten Zwangsräumungen erhöhten sich in den Jahren 2016 und 2017. Die meisten Zwangsräumungen zwischen 2014 und 2017 wurden in Baunatal angekündigt.

### 9.3.2 Belegung der örtlichen Notschlafstellen

Notschlafstellen bieten alleinstehenden Wohnungslosen die Möglichkeit zu übernachten. Das Diakonische Werk verfügt in Hofgeismar über insgesamt drei Plätze. Aktuell gibt es beim Diakonischen Werk Kassel 28 Plätze für wohnungslose Menschen und 30 Plätze in der Eingliederungshilfe in Stadt und Landkreis Kassel. (s. Diakonisches Werk Kassel, Wegweiser durch Tat vor Ort Nr. 1/2016). Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der Personen, die eine Notschlafstelle in den Städten und Gemeinden des Landkreises Kassel in Anspruch genommen haben (s. Tabelle 9-2).

Gemeinde / Stadt	2014	2015	2016	2017	Gemeinde / Stadt	2014	2015	2016	2017
Ahnatal	0	0	0	0	Liebenau	-	-	-	-
Bad Emstal	-	-	-	-	Lohfelden	4	4	2	2
Bad Karlshafen	0	0	0	1	Naumburg	1	0	2	0
Baunatal	11	8	13	14	Nieste	0	0	0	0
Breuna	-	-	-	-	Niestetal	1	1	4	2
Calden	0	1	1	2	Oberweser	-	-	-	-
Espenau	0	1	1		Reinhardshagen	-	-	-	-
Fuldabrück	1	1	1	2	Schauenburg	0	0	0	2
Fuldatal	0	1	1	3	Söhrewald	-	-	-	-
Grebenstein	0	1	1	0	Trendelburg	0	0	0	0
Habichtswald	0	0	0	0	Vellmar	3	2	0	5
Helsa	0	0	0	0	Wahlsburg	-	-	-	-
Hofgeismar	25	18	20	25	Wolfhagen	7	2	0	7
Immenhausen	0	0	0	1	Zierenberg	0	0	0	
Kaufungen	1	1	3	3	<b>Gesamt</b>	<b>54</b>	<b>41</b>	<b>49</b>	<b>69</b>

Tabelle 9-2: Anzahl der Personen-Belegung der Notschlafstellen im Landkreis Kassel  
Quelle: Landkreises Kassel, Ordnungsämter

Am häufigsten wurden von 2014 bis 2017 die Notschlafstellen in Hofgeismar in Anspruch genommen. Die hohe Nutzerzahl steht in Verbindung mit der Nähe zum Tagestreff „kanapee“, der Beratungsstelle für Wohnungslose. Kleinere Gemeinden kommen nur selten in die Situation eine Notschlafstelle zur Verfügung stellen zu müssen. Daher wird in der Regel auch kein Wohnraum für eine solche Eventualität vorgehalten. Sollte es doch zu einem solchen Notfall kommen, wird entweder ein Zimmer in einer Pension am Ort angemietet oder ein Raum in einem Vereinsheim kurzfristig zur Notschlafstelle umgewandelt.

### 9.3.3 Ambulante Hilfen für Wohnungslose

Ambulante Hilfen für Wohnungslose werden durch das Sozial-Center Kassel der Heilsarmee für Hilfesuchende aus dem östlichen Bereich des Landkreis Kassel angeboten, als auch durch den Tagestreff „kanapee“. Beides sind Einrichtungen für wohnungslose Frauen und Männer sowie Erwachsene mit geringem Einkommen, die diese Anlaufstellen als Tagesstruktur nutzen.



Der **Tagestreff „kanapee“** als Einrichtung im Landkreis Kassel und die Fachberatungsstelle Wohnen des Diakonischen Werkes Hofgeismar-Wolfhagen beraten und unterstützen bei der Wohnungssuche, bei drohendem Wohnungsverlust, etc. Der Tagestreff bietet neben einem Café auch die Möglichkeit zur Körperhygiene und Verpflegung. Das Beratungsangebot, das in den Zweigstellen des Diakonischen Werks in Hofgeismar, Wolfhagen, Lohfelden und Baunatal wahrgenommen werden kann, richtet sich nicht nur an bereits Wohnungslose, sondern an alle Menschen mit Wohnungsproblemen. Die Mitarbeiter/innen leisten somit auch Präventionsarbeit, unterstützen bei Behördengängen und vermitteln an zuständige Stellen. Am wichtigsten ist es, für die Wohnungslosen eine vertretbare Lösung für den Winter zu finden. Deshalb arbeitet der Tagestreff „kanapee“ eng mit der Notschlafstelle in Hofgeismar zusammen, bietet selbst aber auch Wohnungen und Container an, in denen die Betreuten bis zu sechs Monaten unterkommen können.

Die Zahl der Besucher/innen des Tagestreffs „kanapee“ erhöhte sich von 177 in 2013 kontinuierlich auf 189 in 2015, um dann in 2017 mit insg. 179 Besucher(inne)n nahezu erneut das Niveau von 2013 zu erreichen (s. Abb. 9-22). Es nahmen mehr Männer als Frauen dieses Angebot in Anspruch. Ihr Anteil betrug 71 % in 2013, und verringerte sich auf 64 % in 2017. Der Anteil der Frauen erhöhte sich – mit Ausnahme des Rückgangs

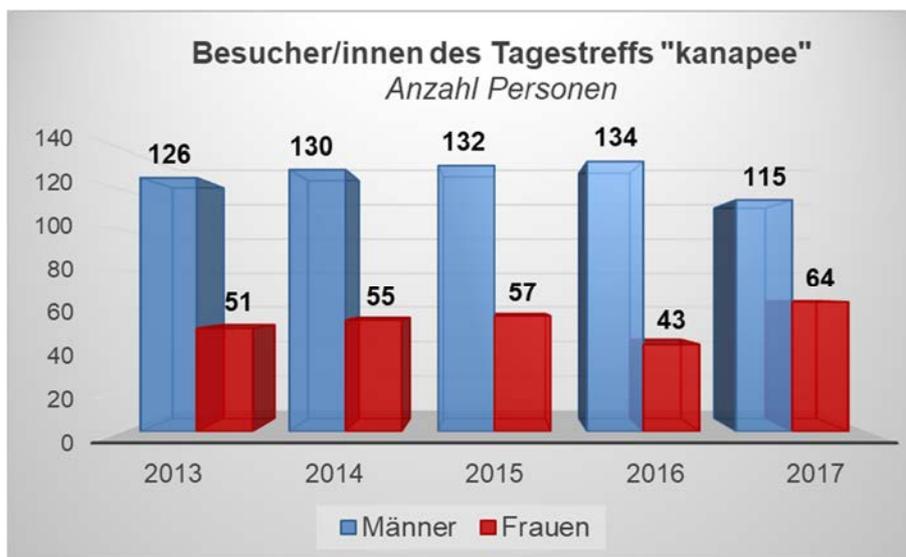


Abb. 9-22: Besucher/innen des Tagestreffs „kanapee“  
Quelle: Diakonisches Werk Kassel

in 2016 – im Erhebungszeitraum kontinuierlich von 51 in 2013 um ein Viertel auf 64 in 2017. Auch die Anzahl der männlichen Besucher erhöhte sich bis 2016 kontinuierlich von 126 in 2013 auf 134 in 2016, um

sich dann auf das tiefste Niveau mit 115 Besuchern in 2017 zu verringern.

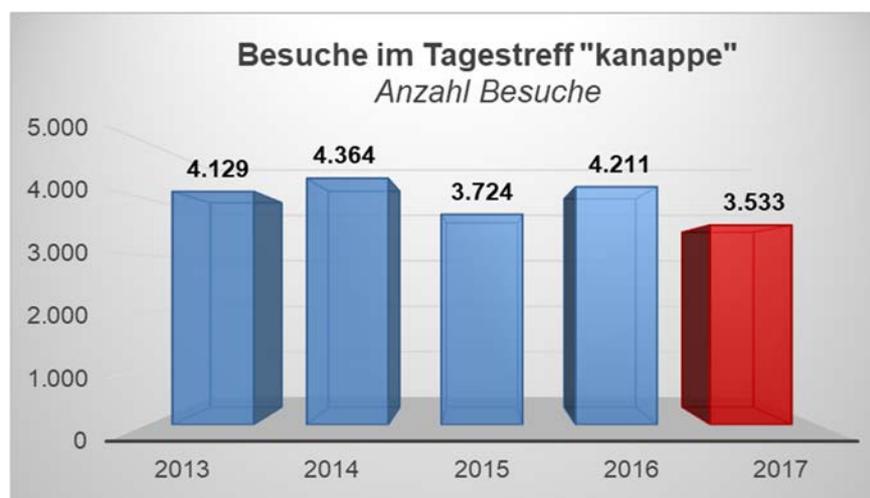


Abb. 9-23: Besuche im Tagestreff „kanapee“  
Quelle: Diakonisches Werk Kassel

Die Anzahl der Besuche insgesamt im Tagestreff „kanapee“ nahm im Beobachtungszeitraum ab. Während 4.129 Einzelbesuche in 2013 zu verzeichnen waren, reduzierte sich ihre Anzahl um 14,4 % auf 3.533 in 2017 (s. Abb. 9-23).



### 9.3.4 „Tafeln“ im Landkreis Kassel

Auf die Nutzung der „Tafeln“ als Armutsindikator sind wir bereits in unseren regionalen Armutsbericht eingegangen (s. Seite 34 „Armutsbericht für den Landkreis Kassel“ 2013). Im Landkreis Kassel gibt es vier Ausgabestellen. Das Diakonische Werk Region Kassel betreibt die Einrichtungen in Bad Karlshafen, Hofgeismar und Wolfhagen. Auf Vereinsbasis wird die Tafel Baunatal/Schauenburg betrieben. Der Verein gibt an, dass seit einigen Jahren die Zahl stabil bei 400 Nutzer(inne)n liegt. Waren davon noch vor wenigen Jahren ca. 180 Kinder, so sank deren Anzahl auf aktuell ca. 140. Dafür erhöhte sich die Zahl der Erwachsenen, insbesondere der älteren Menschen. Auch von einigen Geflüchteten wird dieses Angebot wahrgenommen.

Das Diakonische Werk Region Kassel teilt folgende Angaben zur Nutzung mit (s. Tabelle 9-3)<sup>1</sup>:

		Hofgeismar	Bad Karlshafen	Wolfhagen	Gesamt
Erwachsene	2013	316	69	248	633
	2016	391	75	276	742
Kinder	2013	131	33	67	164
	2016	240	48	128	416
Gesamt	2013	447	102	316	865
	2016	631	123	404	1.158
Rente und/oder Grundsicherung	2013	61	---	---	---
	2016	84	11	*	---
AsylbLG	2013	---	---	---	---
	2016	65	16	*	---

Tabelle 9-3: Nutzung der Tafeln  
Quelle: Diakonisches Werk Kassel

Die Tafel in Hofgeismar wurden in 2013 und in 2016 insgesamt am stärksten frequentiert, gefolgt von der Tafel in Wolfhagen. Über alle Nutzergruppen hinweg nimmt ihre Zahl von 2013 auf 2016 deutlich zu. Der höchste Anstieg ist bei den Kindern in Wolfhagen zu verzeichnen. 2016 nutzten knapp doppelt so viele Kinder (128) die Tafel als 2013 (67).

<sup>1</sup> Für Wolfhagen liegen keine Angaben über den Umfang älterer Menschen als Nutzer der Tafeln vor. Nach Aussage der Ehrenamtlichen Helfer/innen habe aber die Zahl der Geflüchteten rapide zugenommen.



## 9.4 Häusliche Gewalt

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

Laut einer 2005 veröffentlichten Studie des BMFSFJ „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ haben rund 25 % der Frauen im Alter von 16 bis 85 Jahren Gewalt in einer Beziehung erlebt. Differenziert nach der Schwere der Gewalt haben zwei Drittel der von Häuslicher Gewalt betroffenen Frauen schwere bis sehr schwere körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlitten, ein Drittel leichte bis mäßig schwere körperliche Gewalt. Nahezu 70 % der Frauen, die von schweren körperlichen, psychischen und sexuellen Misshandlungen betroffen sind, beziehen ein eigenes Einkommen, gut ein Drittel sogar über mittlere bis hohe Einkommen. Mehr als 60 % der betroffenen Frauen verfügen über einen mittleren oder hohen Schulabschluss und üben einen qualifizierten Beruf aus. 38 % der misshandelten Frauen weisen die höchsten Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse (Abitur/Fachabitur, Fach-/Hochschulabschluss oder Meister-/Fachschulabschluss) auf.

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

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

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

Mit dem am 01. Januar 2002 in Kraft getretenem "Gesetz zur Verbesserung des zivilrechtlichen Schutzes bei Gewalttaten und Nachstellungen sowie zur Erleichterung der Überlassung der Ehewohnung bei Trennung (Gewaltschutzgesetz)" werden die zivilrechtlichen Rechtsschutzmöglichkeiten der Opfer Häuslicher Gewalt deutlich gestärkt und die Täter/innen stärker zur Verantwortung gezogen. Die Polizei hat dadurch die Möglichkeit, konsequenter gegen die Täter/innen vorzugehen (Wohnungsverweisung/Platzverweis/Strafanzeige) und den Opfern Hilfestellung bei der Beantragung weitergehenden zivilrechtlichen Schutzes zu geben. Das Kernstück des Gewaltschutzgesetzes ist die Zuweisung der Wohnung (§ 2 GewSchG), die sog. „Wegweisung“ bzw. der „Platzverweis“. Dabei spielt es keine Rolle, ob der gewalttätige Partner Mieter oder Eigentümer der Wohnung oder des gemeinsam bewohnten Hauses ist. "Wer schlägt muss gehen – das Opfer bleibt in der Wohnung" (§ 2 GewSchG). Dadurch besteht die Möglichkeit, dass Frauen und Kinder, die von Gewalt betroffen sind, in ihrer Wohnung bleiben.

Im Juli 2016 wurde das Sexualstrafrecht durch den sog. „Nein heißt Nein“-Passus verschärft, der im November 2016 in Kraft trat. Damit macht sich künftig nicht nur die Person strafbar, die Sex mit Gewalt oder Gewaltandrohung erzwingt, sondern auch wer sich gegen den "erkennbaren Willen" des Opfers hinwegsetzt. Bis Dezember 2016 hatte das Bundeskriminalamt 38.191 Fälle gegen die sexuelle Selbstbestimmung gezählt – von Vergewaltigungen und mit Waffengewalt erzwungenem Geschlechtsverkehr bis zu Fällen, bei denen jemand begripscht oder auf andere Weise sexuell belästigt wurde.

#### 9.4.1 Fallzahlen Häuslicher Gewalt

Noch immer wird das Thema Häusliche Gewalt in unserer Gesellschaft eher verschwiegen. Daher ist die Dunkelziffer hoch. Die offiziellen Anzeigedaten der polizeilichen Kriminalstatistik zeigen, dass in ländlich geprägtem Raum weniger Gewalt zur Anzeige kommt. Dies ist jedoch kein zwingendes Indiz für ein geringeres Gewaltaufkommen auf dem Land. Das Polizeipräsidium Nordhessen nennt

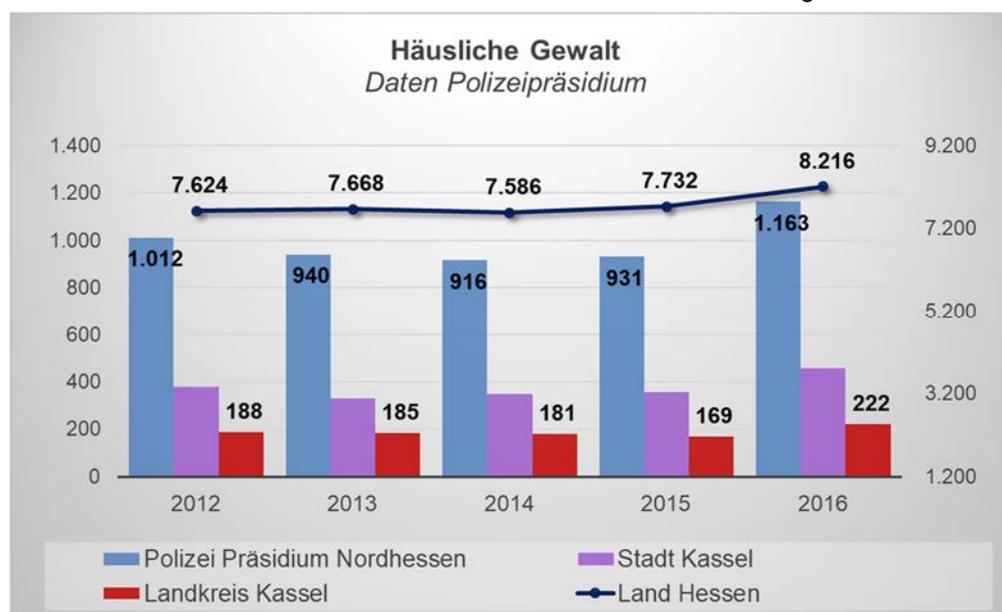


Abb. 9-24: Fallzahlen Häuslicher Gewalt  
Quelle: Polizeipräsidium Nordhessen



folgende Fallzahlen (s. Abb. 9-25). Hiernach haben sich die Fälle Häuslicher Gewalt im Landkreis Kassel von 188 in 2012 um 18 % auf 222 in 2016 erhöht. Im Vergleichszeitraum haben sich die Fallzahlen des Landes Hessen um 8 % erhöht.

Die Fallzahlen im Landkreis Kassel des Frauenhauses zeigen im Betrachtungszeitraum einen Rückgang von 2012 bis 2014, um danach bis 2016 wieder anzusteigen. Insgesamt sanken die Fallzahlen von 97 in 2012 um 22,7 % auf 75 in 2016 (s. Abb. 9-25). Die Fallzahlen reduzierten sich bei den Kindern (minus 23,3 %) mit 1 % geringfügig mehr als bei den Frauen (minus 22,2 %).

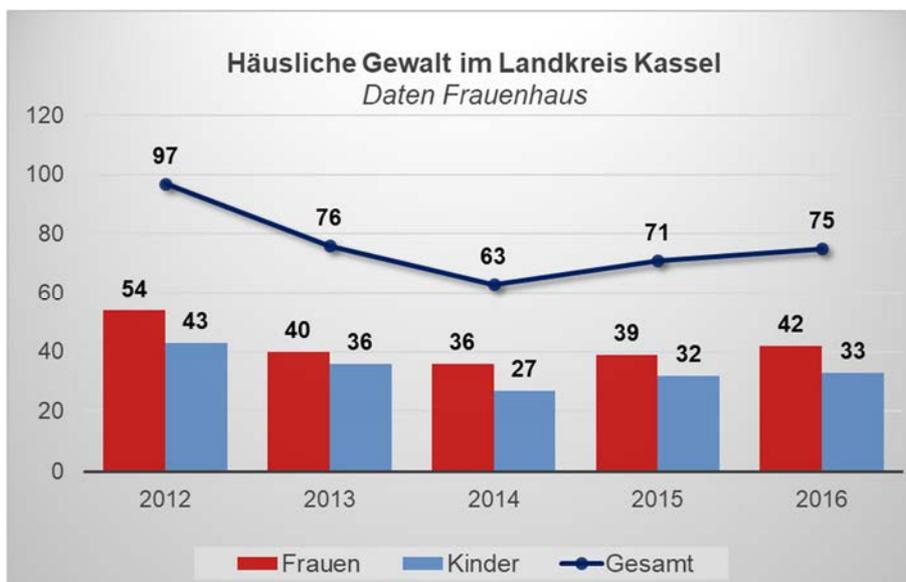


Abb. 9-25: Häusliche Gewalt im Landkreis Kassel  
Quelle: Verein Frauen helfen Frauen e.V.

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Aufenthaltsdauer der betroffenen Frauen im Frauenhaus, die Herkunft, die Aufnahmeanfragen sowie die Anzahl der Weitervermittlungen wegen Vollbelegung (s. Tabelle 9-4).

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Anzahl gesamt</b>	97	76	63	71	75
<b>Frauen</b>	54	40	36	39	42
<b>Kinder bis 16 Jahre</b>	43	36	27	32	33
<b>Aufenthaltsdauer Frauen</b>					
bis zu 7 Tage	16	9	6	10	19
bis zu 1 Monat	13	7		10	7
bis zu 3 Monate	15	12	17	5	11
bis zu 6 Monate	6	7	12	7	7
bis zu 1 Jahr	2	2	1	1	1
über 1 Jahr	2	0	0	1	0
<b>Herkunft</b>					
Deutsche Herkunft	30	12	14	17	14
Deutsche mit Migrationshintergrund	0	0	0	5	8
Migration	24	28	22	17	20
<b>Anfragen zu Aufnahme</b>	149	140	136	134	154
<b>Weitervermittlung wegen Vollbelegung</b>	46	70	54	72	112

Tabelle 9-4: Detailangaben zu den Fallzahlen  
Quelle: Verein Frauen helfen Frauen e.V.



#### 9.4.2 Das Hilfesystem in der Region

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

Ein weiterer Teil des Hilfesystems bei Häuslicher Gewalt ist eine Interventionsstelle. Die Interventionsstelle „Kooperatives Gewaltinterventionsprogramm Region Kassel“ – kurz KAIP – ist im Polizeipräsidium Nordhessen angesiedelt, und wird in Kooperation von verschiedenen Träger(inne)n unterstützt, u.a. auch vom Landkreis Kassel. Sie versucht, betroffene Frauen direkt in einer akuten Krise zu erreichen. Bei einem Polizeieinsatz oder einer Anzeigenerstattung wird eine von Gewalt betroffene Frau gleich über die Möglichkeit einer Beratung durch die Interventionsstelle informiert. Die Angebote erstrecken sich auf zeitnahe Informationen, Beratung, Begleitung und Weiterverweisung. Meistens sind Frauen und deren Kinder Opfer, somit richtet sich die Hilfe primär an sie. Aber auch die Täter/innen, in der Regel Männer, erhalten von der Interventionsstelle ein Gesprächsangebot.

2003 wurde ein Runder Tisch gegen Häusliche Gewalt im Landkreis Kassel gegründet mit dem Ziel, Opfern von Häuslicher Gewalt durch fachübergreifende Kooperationen wirkungsvoll zu helfen. 2009 wurde er um die Stadt Kassel erweitert. 2017 richtete der Runde Tisch gegen Häusliche Gewalt eine Internetseite „[www.gegen-haeusliche-gewalt-region-kassel.de](http://www.gegen-haeusliche-gewalt-region-kassel.de)“ ein. Auf diese Weise können Frauen schneller und zeitgemäßer auf die Hilfsangebote der Region Kassel zu greifen.

Darüber hinaus wurde 2006 das Aktionsbündnis gegen Häusliche Gewalt Nord- und Osthessen gegründet. Das Ziel dieses Aktionsbündnisses ist in erster Linie die Gewaltprävention und die Bewusstseinsbildung zu dieser gesellschaftlichen Problematik. Um die Häusliche Gewalt und die damit verbundenen Risiken durch Vorbeugung, Beratung, Hilfestellung und Sanktionen nachhaltig zu minimieren, bedarf es eines Konzeptes, dessen einzelne Teile von der Intervention über Hilfe, Schutz, Sanktionen und Prävention sinnvoll ineinandergreifen müssen. Der regionale Ansatz ermöglicht neben dem Informationsaustausch und dem Lernen voneinander das Abstimmen von Strategien und Maßnahmen und die Entwicklung von gemeinsamen Standards im Umgang mit Häuslicher Gewalt. Hieran und an der Erstellung von Handlungsleitfäden für alle beteiligten Institutionen wird im Aktionsbündnis weiterhin gearbeitet.

Ein weiteres Ziel ist die Koordination und effektive Umsetzung des Gewaltschutzgesetzes in Nord- und Osthessen. Über 60 Einrichtungen, Behörden und Institutionen umfasst dieses Netzwerk für Gewaltprävention. Dem Aktionsbündnis gehören Fachleute von Einrichtungen aus ganz Nord- und Osthessen an, die Beratung und Hilfestellung für die Opfer von Gewalt in verschiedenen Bereichen bieten. Neben den Vertreter(inne)n des Hilfesystems sind Fachkräfte der Intervention und Strafverfolgung, von Jugendämtern über Polizei bis zur Staatsanwaltschaft und Richter(inne)n im Bündnis vertreten. Weiterhin arbeiten Frauenbeauftragte und Vertreter/innen des Gesundheitsbereichs und des Ausländerbereichs im Aktionsbündnis mit.



# Teil II

## Strukturdaten der Städte und Gemeinden

### Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	206
1 Landkreis Kassel.....	207
2 Gemeinde Ahnatal .....	209
3 Gemeinde Bad Emstal .....	213
4 Stadt Bad Karlshafen .....	217
5 Stadt Baunatal.....	221
6 Gemeinde Breuna .....	227
7 Gemeinde Calden .....	231
8 Gemeinde Espenau .....	237
9 Gemeinde Fuldabrück.....	241
10 Gemeinde Fuldata.....	245
11 Stadt Grebenstein .....	251
12 Gemeinde Habichtswald .....	255
13 Gemeinde Helsa .....	259
14 Gemeinde Hofgeismar .....	263
15 Gemeinde Immenhausen.....	269
16 Gemeinde Kaufungen .....	275
17 Stadt Liebenau .....	281
18 Gemeinde Lohfelden.....	285
19 Stadt Naumburg .....	291
20 Gemeinde Nieste .....	295
21 Gemeinde Niestetal.....	299
22 Gemeinde Oberweser .....	303
23 Gemeinde Reinhardshagen .....	307
24 Gemeinde Schauenburg .....	311
25 Gemeinde Söhrewald.....	315
26 Stadt Trendelburg .....	319
27 Stadt Vellmar.....	323
28 Gemeinde Wahlsburg .....	329
29 Stadt Wolfhagen.....	333
30 Stadt Zierenberg .....	339



## Einleitung

In Teil II des Sozialatlasses werden die **Strukturdaten** der Städte und Gemeinden hinsichtlich der Themenbereiche

1. Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsstruktur
2. Arbeitsmarkt
3. Soziale Sicherung und
4. Jugendhilfedaten

dargestellt. Die Daten zur Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsstruktur, basierend auf den Angaben des Statistischen Landesamts Hessen, lagen bis zum Februar 2018 allerdings nur für die Jahre 2013 bis 2015 vor.

Die Entwicklung wird – wie auch in den Sozialatlanten zuvor – in ihrem Verlauf als auch in ihrer jeweiligen Tendenz beschrieben und mit dem Kreisdurchschnitt des Jahres 2015 in Beziehung gesetzt. Zusammen mit den Sozial- und Arbeitsmarktindikatoren ist diese Darstellung für weitere sozialplanerische Aufgaben relevant. So werden sozialräumliche Unterschiede auf Stadt- und Gemeindeebene deutlich und die Möglichkeit geschaffen, in den unterschiedlichen sozialen Feldern die Förderungsstrukturen den vorliegenden Förderbedarfen anzupassen bzw. zu optimieren. Auf der jeweils letzten Seite zu den einzelnen Städten und Gemeinden werden unter der Überschrift „**Bildungsangebote und soziale Infrastruktur**“ die Einrichtungen mit den aktuellen Angeboten für Kinder, Jugendliche, behinderte Menschen und Senior(inn)en aufgelistet. Hierzu zählen:

Kindertageseinrichtungen

- Schulen
- Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen
- Behinderteneinrichtungen und
- Einrichtungen der Altenhilfe (Stationäre Bereiche, Tagespflege und Ambulante Dienste).

Weitere Informationen sind über die Gemeindedatenbank des Landes Hessen im Internet unter <http://www.hessen-nachhaltig.de/web/vitale-orte-2020/gemeindedatenbank> abrufbar. Als Quelle diente u.a. die jeweilige Homepage der einzelnen Städte und Gemeinden (Stand Januar 2018). Es handelt sich hierbei um ein Nachschlagewerk, das mit der jeweiligen Neuauflage des Sozialatlasses aktualisiert wird. Der Vielfältigkeit der kommunalen Aktivitäten ist es geschuldet, dass an dieser Stelle nicht der Anspruch auf eine lückenlose Darstellung aller - insbesondere der ehrenamtlich organisierten Angebote - realisiert werden kann.



# 1 Landkreis Kassel



Landkreis Kassel	
<b>29 Kommunen</b>	Ahnatal, Bad Emstal, Bad Karlshafen, Baunatal, Breuna, Calden, Espenau, Fulda-brück, Fuldata, Grebenstein, Habichtswald, Helsa, Hofgeismar, Immenhausen, Kaufungen, Liebenau, Lohfelden, Naumburg, Nieste, Niestetal, Oberweser, Reinhardshagen, Schauenburg, Söhrewald, Trendelburg, Vellmar, Wahlsburg, Wolfhagen und Zierenberg
<b>Einwohnerzahl</b>	237.564 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	1.292,76 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	184 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.lankreis-kassel.de">www.lankreis-kassel.de</a>

## Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

## Die Jugend- und Freizeiteinrichtungen - Eigenbetriebe des Landkreises Kassel



Der Eigenbetrieb Jugend- und Freizeiteinrichtungen betreibt sowohl Jugend- und Gästehäuser als auch den Tierpark Sababurg. Zweck des Betriebes ist es, insbesondere Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen, die Möglichkeit von günstigen Erholungs-, Freizeit- und Bildungsaufenthalten zu bieten.



### Jugendseeheim Kreis Kassel auf Sylt

Auf dem 23 ha großen Gelände stehen 350 Betten in 10 Häusern und ein Zeltplatz mit 160 Betten zur Verfügung. Das weitläufige Gelände bietet viele Sport- und Freizeitmöglichkeiten. Das Jugendseeheim ist ideal für Klassenfahrten und Jugendfreizeiten, aber auch Familien haben die Möglichkeit, hier kostengünstig Urlaub zu machen. Seniorenfreizeiten mit Busanreise werden organisiert.

### Haus Panorama in Schönau am Königssee

Das gemütliche Haus mit 114 Betten ist idealer Ausgangsort für Bergtouren und zum Skifahren. Der hauseigene Skiverleih macht Skifreizeiten für Schulklassen besonders günstig. Aber auch Familien und Vereine nutzen das Haus gerne. Hier bietet der Eigenbetrieb ebenfalls Seniorenfreizeiten an.



### Jugendburg/Sportbildungsstätte Sensenstein bei Nieste

Die Jugendburg Sensenstein betreibt der Landkreis Kassel gemeinsam mit dem Landessportbund Hessen e.V. Der Sensenstein mit 125 Betten und wettkampfgerechten Trainingsmöglichkeiten ist die einzige Sportbildungsstätte in Nordhessen. Auch für Seminare und Tagungen sind die Räume ideal. Für die Grundschulkin- der des Landkreises findet hier die Verkehrserziehung statt.

### Wasserschloss Wülmersen bei Trendelburg

Das ehemalige landwirtschaftliche Gut wurde mit Mitteln der Denkmalpflege liebevoll restauriert. Ein Gruppenhaus mit 60 Betten und ein Zeltplatz für 120 Personen stehen für Selbstversorger zur Verfügung. Mit dem Land-Museum und einem eigenen Veranstaltungsprogramm ist das Wasserschloss Wülmersen ein wichtiger kultureller Anziehungspunkt im nördlichen Kreisteil.

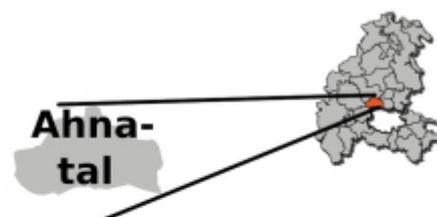


### Tierpark Sababurg

Mitten im Reinhardswald liegt der 130 ha große historische Tierpark. Über 900 Tiere aus 85 Arten werden hier gehalten. Mit dem Konzept „Tiere ohne Grenzen“ und vielfältigen Veranstaltungen ist der Tierpark nicht nur für Familien die größte Attraktion im Landkreis Kassel.

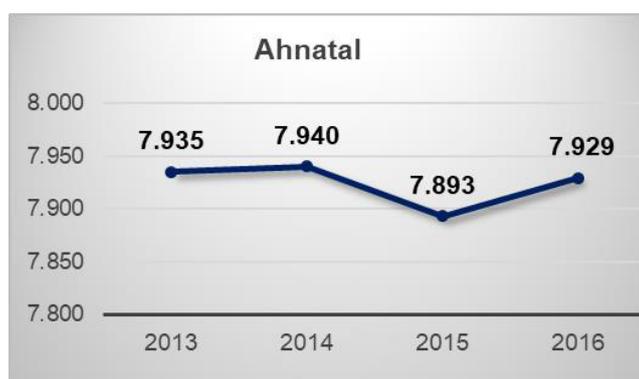


## 2 Gemeinde Ahnatal



	<b>Ahnatal</b>
<b>Ortsteile</b>	Heckershausen und Weimar
<b>Einwohnerzahl</b>	7.929 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	18,03 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	440 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.ahnatal.de">www.ahnatal.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



## 2.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Ahnatal	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	3.909	4.026	3.903	4.037	3.895	3.998	↘	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	624	578	606	565	594	547		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,0%	14,4%	15,5%	14,0%	15,3%	13,7%	↓	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	444	359	454	385	449	366		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,4%	8,9%	11,6%	9,5%	11,5%	9,2%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	612	675	594	631	588	620		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,7%	16,8%	15,2%	15,6%	15,1%	15,5%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1.261	1.333	1.261	1.359	1.271	1.353		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	32,3%	33,1%	32,3%	33,7%	32,6%	33,8%	↑	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	785	798	791	805	780	788		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	20,1%	19,8%	20,3%	19,9%	20,0%	19,7%	↗	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	183	283	197	292	213	324		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,7%	7,0%	5,0%	7,2%	5,5%	8,1%	↘	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	92	99	102	114	108	115		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,4%	2,5%	2,6%	2,8%	2,8%	2,9%	↑	6,5%	5,2%

## 2.2 Arbeitsmarkt

Ahnatal	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1.472	1.353	1.479	1.357	1.519	1.386	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	207	406	205	397	222	402	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	65	51	65	54	70	43	2.579	2.292



## 2.3 Soziale Sicherung

Ahnatal	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	80	70	72	64	74	63	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	25	21	23	22	30	31	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	32				28			
davon Alleinerziehende	20				16			
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	62,50%				57,14%			
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	30	23	25	28	25	21	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	20	23	21	20	25	25	1.296	1.535

## 2.4 Jugendhilfedaten

Ahnatal	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	29,76%		27,60%		30,92%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	13	20	15	23	16	19	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 2.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 2.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Weimar	Königsfahrt 7, 34292 Ahnatal	05609 / 303
Kindergarten Heckershausen	Dorfplatz 2, 34292 Ahnatal	05609 / 804015
Kindergarten „Regenbogen“	Berliner Str. 31, 34292 Ahnatal	05609 / 350

### 2.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule „Helfensteinschule“ Ahnatal- Weimar	Schulstr. 12, 34292 Ahnatal	05609 / 9812
Grundschule Heckershausen	An der Ahna 9, 34292 Ahnatal	05609 / 2505

### 2.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Werkhilfe Calden e.V. - Wohnhaus Ahnatal-Heckershausen	Hauptstr. 21 a, 34292 Ahnatal	05674 / 99820	19 Plätze

*Behindertenbeauftragte:* Katja Zöllner, Markus Budenz, Frank Kraus

### 2.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Ev. Altenhilfezentrum Ahnatal	Casselbreite 5, 34292 Ahnatal Tel. 05609 / 80360	56 Plätze 4 KZP-Plätze 4 TP-Plätze
Pflegehaus Ahnataler Hausgemeinschaft – Das Wohnhaus für Seniorenpflege	Im Kreuzfeld 11, 34292 Ahnatal Tel. 05609 / 807790	24 Plätze 2 KZP-Plätze
<b>Tagespflege</b> Ahnataler Tagespflege	Weißes-Kreuz-Str. 4, 34292 Ahnatal Tel. 05609 / 8075700	24 Plätze
<b>Betreutes Wohnen</b> Ev. Altenhilfezentrum	Casselbreite 5, 34292 Ahnatal Tel. 05609 / 8036-0	
<b>Ambulante Dienste</b> Sozialstation Gemeinde Ahnatal	Wilhelmtaler Str. 3, 34292 Ahnatal Tel. 05609 / 628161	
G & G Pflegedienst	Hauptstr. 23, 34292 Ahnatal	

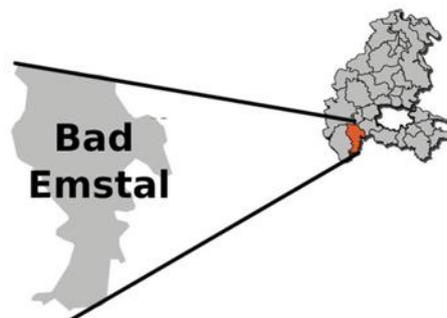
*Mitglied des Kreissenorenbeirates:* Peter Schürmann

*Seniorenbeirat:* Walter Plätzer

KZP = Kurzzeitpflege / TP = Tagespflege



### 3 Gemeinde Bad Emstal



	<b>Bad Emstal</b>
<b>Ortsteile</b>	Balhorn, Merxhausen, Riede und Sand hat
<b>Einwohnerzahl</b>	6.048 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	38,67 km
<b>Bevölkerungsdichte</b>	156 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.bad-emstal.de">www.bad-emstal.de</a>



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 3.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Bad Emstal	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	2.960	3.016	2.946	3.004	2.951	3.009	→	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	444	452	435	445	425	443		1.8751	1.7658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,0%	15,0%	14,8%	14,8%	14,4%	14,7%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	370	324	373	339	372	346		1.5253	1.3125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,5%	10,7%	12,7%	11,3%	12,6%	11,5%	↘	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	563	508	558	468	550	470		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	19,0%	16,8%	18,9%	15,6%	18,6%	15,6%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1.015	992	1.003	1.003	1.004	981		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	34,3%	32,9%	34,0%	33,4%	34,0%	32,6%	→	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	465	543	476	536	485	551		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,7%	18,0%	16,2%	17,8%	16,4%	18,3%	↗	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	103	197	101	213	115	218		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,5%	6,5%	3,4%	7,1%	3,9%	7,2%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	94	88	98	102	106	112		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,2%	2,9%	3,3%	3,4%	3,6%	3,7%	↘	6,5%	5,2%

### 3.2 Arbeitsmarkt

Bad Emstal	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1.216	1.061	1.241	1.069	1.269	1.090	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	177	311	189	308	179	287	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	62	56	56	37	56	54	2.579	2.292



### 3.3 Soziale Sicherung

Bad Emstal	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	78	81	66	70	83	87	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	22	27	27	27	50	36	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	43		42					
davon Alleinerziehende	29		25					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	67,44%		59,52%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	26	23	23	14	25	22	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	57	46	54	42	49	40	1.296	1.535

### 3.4 Jugendhilfedaten

Bad Emstal	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	35,21%		21,70%		19,88%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	27	18	23	15	26	21	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



### 3.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

#### 3.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten „Zwergenhöhle“	Schulstr. 6, 34308 Bad Emstal-Sand	05624 / 920162
Kindergarten „Hummelnest“	Wolfhager Str. 21 A, 34308 Bad Emstal-Sand	05624 / 2267
Kindergarten „Spatzennest“	Bruchstr. 20 A (DGH Balhorn), 34308 Bad Emstal-Balhorn	05625 / 1450

#### 3.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Balhorn	Siedlungsstr. 32, 34308 Bad Emstal-Balhorn	05625 / 836
Christine-Brückner-Schule, Gesamtschule mit Grundstufe	Otto-Heinrich-Kühner Str. 2-6, 34308 Bad Emstal	05624 / 998480

#### 3.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Vitos – Heilpädagogische Einrichtung	Landgraf-Philipp-Str. 8, 34308 Bad Emstal	05624 / 600	47 Plätze
Vitos Kurhessen gGmbH - Wohnheim für mehrfach geschädigte abhängigkeitskranke Menschen	Landgraf-Philipp-Str. 8, 34308 Bad Emstal	05624 / 600	12 Plätze
Vitos Kurhessen gGmbH -Wohnheim Klostergarten	Landgraf-Philipp-Str. 8, 34308 Bad Emstal	05624 / 600	20 Plätze
Vitos Kurhessen gGmbH -Betreutes Wohnen „Sucht“	Landgraf-Philipp-Str. 8, 34308 Bad Emstal	05624 / 600	33 Plätze
Vitos Kurhessen gGmbH - Wohnen in Familie	Landgraf-Philipp-Str. 8, 34308 Bad Emstal	05624 / 600	40 Plätze

#### 3.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> ASB Wohnen und Pflege	Tränkeweg 15, 34308 Bad Emstal Tel. 05624 / 9988	70 Plätze 3 KZP-Plätze 12 TP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> Pflegedienst Bad Emstal	Im Tor 14, 34308 Bad Emstal Tel. 05625 / 9979940	

Mitglied des Kreissenioresbeirates: Konrad Ochse

KZP = Kurzeitpflege  
TP = Tagespflege

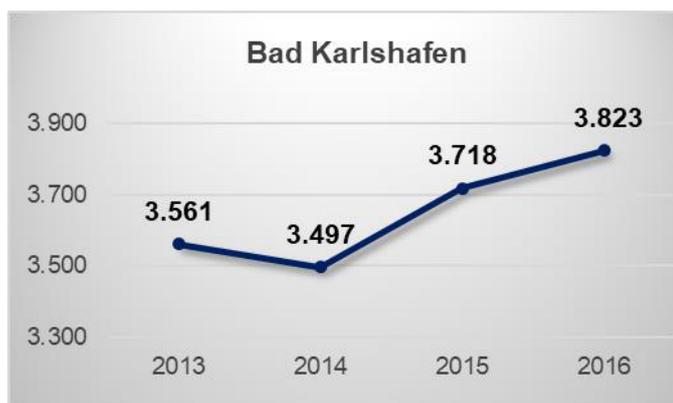


#### 4 Stadt Bad Karlshafen



	<b>Bad Karlshafen</b>
<b>Ortsteile</b>	Helmarshausen und Bad Karlshafen
<b>Einwohnerzahl</b>	3.823 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	14,85 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	257 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.bad-karlshafen.de">www.bad-karlshafen.de</a>

**Bevölkerungsentwicklung**



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



#### 4.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Bad Karlshafen	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	1.727	1.807	1.697	1.800	1.878	1.840	↓	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	290	260	290	257	319	275		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,8%	14,4%	17,1%	14,3%	17,0%	14,9%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	211	187	202	192	286	209		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,2%	10,3%	11,9%	10,7%	15,2%	11,4%	↓	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	269	279	250	269	298	263		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,6%	15,4%	14,7%	14,9%	15,9%	14,3%	↓	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	570	544	568	550	581	548		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	33,0%	30,1%	33,5%	30,6%	30,9%	29,8%	↗	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	305	331	304	330	308	343		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,7%	18,3%	17,9%	18,3%	16,4%	18,6%	↗	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	82	206	83	202	86	202		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,7%	11,4%	4,9%	11,2%	4,6%	11,0%	↗	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	124	118	121	122	311	194		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	7,2%	6,5%	7,1%	6,8%	16,6%	10,5%	↘	6,5%	5,2%

#### 4.2 Arbeitsmarkt

Bad Karlshafen	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	640	513	648	529	646	543	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	111	233	124	230	127	218	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	70	56	82	61	83	63	2.579	2.292



### 4.3 Soziale Sicherung

Bad Karlshafen	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	96	96	111	91	173	120	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	33	35	38	34	73	53	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	44		48					
davon Alleinerziehende	22		26					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	50,00%		54,17%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	10	9	16	10	16	14	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	31	42	31	39	35	38	1.296	1.535

### 4.4 Jugendhilfedaten

Bad Karlshafen	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	32,04%		11,70%		18,97%		18,97%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	11	5	14	4	15	3	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↓↘ Entwicklung sinkend / fallend

↑↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 4.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 4.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Bad Karlshafen	C.-D.-Stunz-Weg 2, 34385 Bad Karlshafen	05672 / 1236
Kindergarten Helmarshausen	Poststr. 6, 34385 Bad Karlshafen	05672 / 564

### 4.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Marie-Durand-Schule Bad Karlshafen, Integrierte Gesamtschule	Carlstr. 27, 34385 Bad Karlshafen	05672 / 99760
Sieburgschule Bad Karlshafen, Grundschule	C.-D.-Stunz-Weg 5, 34385 Bad Karlshafen	05672 / 2839

### 4.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

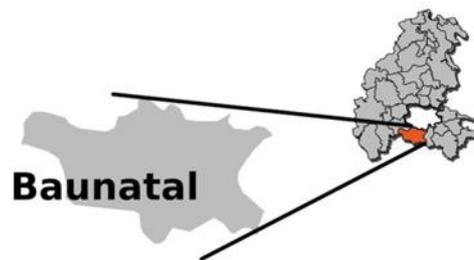
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Seniorenwohnsitz Carolinum	Mündener Str. 9-13, 34385 Bad Karlshafen Tel. 05672 / 2366	92 Plätze 6 KZP-Plätze
<b>Tagespflege</b> ascleonCare Tagespflege am Schlösschen	Am Fahlenberg 2, 34385 Bad Karlshafen Tel. 0561 / 766855-10	22 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> Pro Senior GmbH	Poststr. 74, 34385 Bad Karlshafen Tel. 05672 / 9229384	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Hans-Joachim Sernal

KZP = Kurzeitpflege

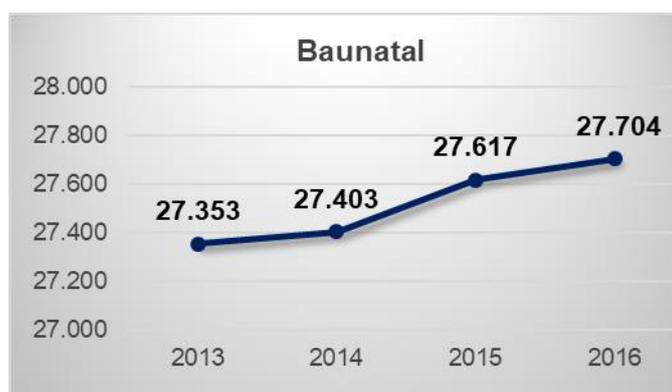


## 5 Stadt Baunatal



	<b>Baunatal</b>
<b>Ortsteile</b>	Altenbauna, Altenritte, Großenritte, Guntershausen, Hertingshausen, Kirchbauna und Rengershausen
<b>Einwohnerzahl</b>	27.704 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	38,27 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	724 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.baunatal.de">www.baunatal.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



## 5.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Baunatal	2011		2012		2013		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	13.267	14.086	13.249	14.154	13.372	14.245	→	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	2.301	2.105	2.262	2.159	2.241	2.200		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,3%	14,9%	17,1%	15,3%	16,8%	15,4%	↘	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	1.775	1.640	1.743	1.619	1.819	1.655		152.53	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,4%	11,6%	13,2%	11,4%	13,6%	11,6%	↘	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	2.256	2.487	2.234	2.412	2.280	2.382		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,0%	17,7%	16,9%	17,0%	17,1%	16,7%	↓	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	4.110	4.299	4.180	4.346	4.148	4.340		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,0%	30,5%	31,5%	30,7%	31,0%	30,5%	↗	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	2.233	2.614	2.202	2.615	2.233	2.602		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,8%	18,6%	16,6%	18,5%	16,7%	18,3%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	592	941	628	1.003	651	1.066		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,5%	6,7%	4,7%	7,1%	4,9%	7,5%	↘	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	822	881	824	952	967	971		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	6,2%	6,3%	6,2%	6,7%	7,2%	6,8%	↘	6,5%	5,2%

## 5.2 Arbeitsmarkt

Baunatal	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	5.860	4.703	5.910	4.755	5.978	4.820	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	789	1522	828	1556	820	1.519	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	295	407	270	336	263	313	2.579	2.292



### 5.3 Soziale Sicherung

Baunatal	2015		2016		2017		LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	453	657	429	639	456	628	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	228	271	241	257	233	287	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	363		348					
davon Alleinerziehende	222		219					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	61,16%		62,93%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	89	133	78	97	88	131	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	153	229	161	219	165	223	1.296	1.535

### 5.4 Jugendhilfedaten

Baunatal	2011		2012		2013		LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	34,09%		27,60%		27,20%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	78	48	78	52	86	70	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↓↘ Entwicklung sinkend / fallend

↑↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 5.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 5.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kinderhort Janusz-Korczak-Haus	Im Wiesental 17, 34225 Baunatal	0561 / 4915548
Kindergarten Albert-Schweitzer-Haus	Lohweg 3, 34225 Baunatal	0561 / 4915542
Kindergarten Birkenallee	Bornhagen 2, 34225 Baunatal	0561 / 497137
Pestalozzi Kindergarten	Albert-Einstein-Str. 56, 34225 Baunatal	0561 / 4915547
Kindergarten und Kinderhort Am Stadtpark	Fr.-Ebert-Allee 16, 34225 Baunatal	0561 / 4911423
Kindergarten und Kinderhort Astrid-Lindgren-Haus	Schulstr. 10, 34225 Baunatal	05601 / 868369
Kindergarten Talrain	Schwengebergstr. 8, 34225 Baunatal	05601 / 86672
Kindergarten Hünstein	Hünsteinplatz 2, 34225 Baunatal	05601 / 87411
Kindertagesstätte Himmelberg	Lindenstr. 1, 34225 Baunatal	05665 / 7456
Kindergarten Hertingshausen	Mönchweg 17, 34225 Baunatal	05665 / 5755
Kindergarten und Kinderhort Rengershausen	Dor.-Viehmann-Str. 31, 34225 Baunatal	0561 / 498814
Kindergarten Kirchbauna	Hermann-Schafft-Str. 23, 34225 Baunatal	0561 / 49747
Vorkindergarten "Die Leiselzwerge" e.V.	Friedrich-Ebert-Allee 16, 34225 Baunatal	0561 / 9844953 o. 0174 / 1517341

### 5.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Erich Kästner - Schule Baunatal, Integrierte Gesamtschule	Friedrich-Ebert-Allee, 34225 Baunatal	05601 / 97980
Theodor-Heuss-Schule	Friedrich-Ebert-Allee 4, 34225 Baunatal	0561 / 949660

### 5.5.3 Jugend- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
Jugendbildungswerk Baunatal	Bornhagen 3, 34225 Baunatal	0561 / 9492870
Kinder- und Jugendzentrum „Second Home“	Friedrich-Ebert-Allee 20, 34225 Baunatal	0561 / 94899510

### 5.5.4 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
bdks – Baunataler Wohnstätten	Beethovenstr. 2-6, 34225 Baunatal	0561 / 949390	66 Plätze
	Landhaus Gunterhausen, Grifter Weg 23, 34225 Baunatal	05665 / 9611-45	



<b>Fortsetzung Behinderteneinrichtungen</b>			
bdks - Betreutes Wohnen für geistig behinderte Menschen	Marktplatz 5-7, 34225 Baunatal	0561 / 579896-111	60 Plätze
bdks – Baunataler Werkstätten	Kirchbaunaer Str. 21, 34225 Baunatal	0561 / 94951-5	346 Plätze
bdks - Tagesförderstätte für geistig behinderte Menschen	Kirchbaunaer Str. 21, 34225 Baunatal	0561 / 94951-5	17 Plätze
Baunataler Integrationsbetriebe gGmbH für behinderte Menschen	Kirchbaunaer Str. 19, 34225 Baunatal	0561 / 949510	150 Plätze
Emstaler Verein e.V. - Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen	Rembrandtstr. 6, 34225 Baunatal	0561 / 94992-62	13 Plätze
Emstaler Verein e.V. - Betreutes Wohnen für seelisch behinderte Menschen	Rembrandtstr. 6, 34225 Baunatal	0561 / 94992-60	22 Plätze

Behindertenbeirat: Bernd Kellner

### 5.5.5 Einrichtungen der Altenhilfe

<b>Einrichtung</b>	<b>Adresse</b>	<b>Platzzahl</b>
<b>Stationärer Bereich</b>		
AWO Altenzentrum Baunatal	Am Goldacker 4, 34225 Baunatal Tel. 0561 / 9496-0	109 Plätze 11 KZP-Plätze
Ev. Luth. Gertrudenstift	Prinzenstr. 82, 34225 Baunatal Tel. 05601 / 97770	99 Plätze 10 KZP-Plätze 8 TP-Plätze
Marie-Behre-Altenhilfezentrum	Zum Bahnhof 26, 34225 Baunatal Tel. 05665 / 4061-0	46 Plätze 4 KZP-Plätze 8 TP-Plätze
<b>Tagespflege</b>		
AWO-solitäre Tagespflege	Am Stadtpark 10, 34225 Baunatal Tel. 0561 / 94990387	15 Plätze
ASB Tagespflegezentrum Baunatal	Am Erlenbach 7, 34225 Baunatal Tel. 0561 / 9488424	12 Plätze
<b>Betreutes Wohnen</b>		
Servicewohnen Birkenhof	Birkenallee 102, 34225 Baunatal Tel. 0561 / 4915285	
Ev. – Luth. Gertrudenstift e. V.	Prinzenstr. 82, 34225 Baunatal Tel. 05601/977711	
AWO Altenzentrum Baunatal Betreutes Wohnen	Am Goldacker 4, 34225 Baunatal Tel. 0561/ 94960	
AWO Wohnen mit Service „Wohnen im Park“	Altenritter Str. 29 A, 34225 Baunatal Tel. 0561/ 95380011	
Marie-Behre-Altenhilfezentrum	Zum Bahnhof 26, 34225 Baunatal Tel. 05665/ 40610	



Fortsetzung Einrichtungen der Altenhilfe		
<b>Ambulante Dienste</b>		
AMP Amb. Mobiler Pflegedienst	Rostocker Str. 35, 34225 Baunatal Tel. 05601 / 9290070	
DOMUS Sozialpflegedienst	Marktstr. 1A, 34225 Baunatal Tel. 0561 / 4910554	
Pflegedienst Baunatal	Birkenallee 98, 34225 Baunatal Tel. 0561/49947997	

*Mitglied des Kreissenorenbeirates:* Wolfram Meibaum

*Seniorenarbeitskreis:* Wolfram Meibaum

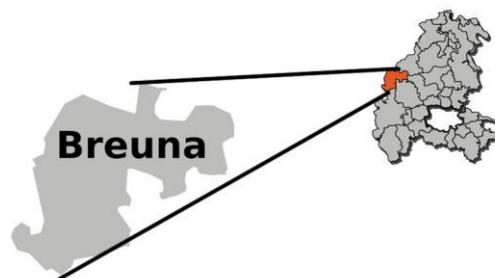
---

KZP = Kurzeitpflege

TP = Tagespflege



## 6 Gemeinde Breuna



	<b>Breuna</b>
<b>Ortsteile</b>	Rhöda, Oberlistingen, Niederlistingen und Wettesingen
<b>Einwohnerzahl</b>	3.642 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	40,47 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	90 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.breuna.de">www.breuna.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



## 6.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Breuna	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	1.810	1.816	1.788	1.802	1.800	1.790	↗	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	310	286	307	279	301	267		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,1%	15,7%	17,2%	15,5%	16,7%	14,9%	↗	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	234	192	225	192	229	192		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,9%	10,6%	12,6%	10,7%	12,7%	10,7%	↘	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	291	319	284	301	283	297		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,1%	17,6%	15,9%	16,7%	15,7%	16,6%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	621	581	614	588	623	583		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	34,3%	32,0%	34,3%	32,6%	34,6%	32,6%	↑	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	275	290	278	285	275	293		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,2%	16,0%	15,5%	15,8%	15,3%	16,4%	↗	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	79	148	80	157	89	158		5447	9653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,4%	8,1%	4,5%	8,7%	4,9%	8,8%	↘	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	28	38	30	41	43	51		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,5%	2,1%	1,7%	2,3%	2,4%	2,8%	→	6,5%	5,2%

## 6.2 Arbeitsmarkt

Breuna	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	802	616	809	642	854	651	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	113	196	124	205	121	206	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	40	32	29	30	30	33	2.579	2.292



### 6.3 Soziale Sicherung

Breuna	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	23	34	26	32	38	50	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	19	10	15	14	24	20	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	23		23					
davon Alleinerziehende	15		17					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	65,22%		73,91%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	16	14	13	15	16	11	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	13	8	11	9	10	9	1.296	1.535

### 6.4 Jugendhilfedaten

Breuna	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	36,63%		35,10%		34,57%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	15	13	14	10	16	11	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 6.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 6.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte „Pustebume“	Birkenweg 22 a, 34479 Breuna	05693 / 6486
Kindergarten „Regenbogen“	Stadtweg 26, 34479 Breuna-Oberlistingen	05676 / 577
Ev. Kindergarten „Arche Noah“	Kirchstraße 5, 34479 Breuna-Wettesingen	05641 / 4202

### 6.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Mittelpunktschule Braunsberg, Grundschule	Schulstr. 10, 34479 Breuna	05693 / 894

### 6.5.3 Behinderteneinrichtungen

*Behindertenbeauftragte/r:* Peter Burmester

### 6.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Alten- und Pflegeheim Haus am Walde	Waldstr. 9, 34479 Breuna Tel. 05693 / 7688	44 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> AKTIV – Mobiles Pflegeteam	Lerchenweg 1, 34479 Breuna Tel. 05693 / 918605	

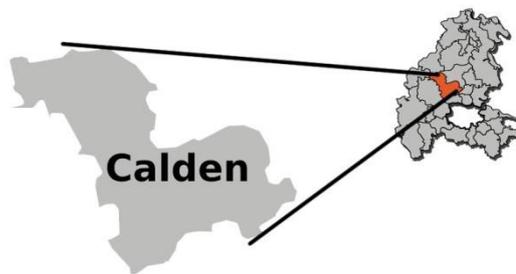
*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Gottfried Grebe

### 6.5.5 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

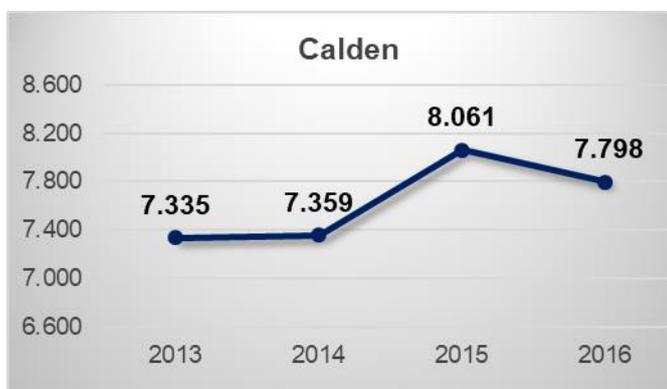


## 7 Gemeinde Calden



	<b>Calden</b>
<b>Ortsteile</b>	Ehrsten, Fürstenwald, Meimbressen, Obermeiser und Westuffeln
<b>Einwohnerzahl</b>	7.798 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	54,84 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	142 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.calden.de">www.calden.de</a>

**Bevölkerungsentwicklung**



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 7.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Calden	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	3.640	3.695	3.653	3.706	4.199	3.862	↗	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	634	603	618	571	739	641		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,4%	16,3%	16,9%	15,4%	17,6%	16,6%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	411	372	419	387	712	445		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,3%	10,1%	11,5%	10,4%	17,0%	11,5%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	600	630	576	605	671	628		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,5%	17,1%	15,8%	16,3%	16,0%	16,3%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1.247	1.254	1.262	1.272	1.309	1.274		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	34,3%	33,9%	34,5%	34,3%	31,2%	33,0%	→	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	610	597	641	633	617	637		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,8%	16,2%	17,5%	17,1%	14,7%	16,5%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	138	239	137	238	151	237		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,8%	6,5%	3,8%	6,4%	3,6%	6,1%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	68	77	109	93	673	338		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,9%	2,1%	3,0%	2,5%	16,0%	8,8%	↗	6,5%	5,2%

### 7.2 Arbeitsmarkt

Calden	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1.541	1.314	1.546	1.324	1.559	1.343	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	225	404	242	398	255	416	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	71	61	66	43	57	44	2.579	2.292



### 7.3 Soziale Sicherung

Calden	2015		2016		2017		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	69	62	63	71	59	59		4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	39	29	38	23	26	20		1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	36		33						
davon Alleinerziehende	18		15						
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	50,00%		45,45%						
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	31	29	27	19	25	20		826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	20	34	21	34	21	33		1.296	1.535

### 7.4 Jugendhilfedaten

Calden	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	37,29%		36,20%		38,41%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	23	17	20	13	15	14	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 7.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 7.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Calden	Lindenstr. 6, 34379 Calden	05674 / 5394
Kindergarten Meimbressen	Schäferbreite 13, 34379 Calden	05677 / 47
Kindergarten Westuffeln	Schulstr. 6, 34379 Calden	05677 / 878
Kinderkrippe „Kleine Schritte-Große Sprünge“	Heckenweg 10, 34379 Calden	05674 / 9238818

### 7.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Mittelpunktschule Wilhelmsthal	Weserstr., 34379 Calden	0567 / 4840

### 7.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kinder und Jugendhilfe Bezirksverband Hessen Nord e.V.	Schutzhof Calden	05677 / 959810

### 7.5.4 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
mittendrin leben – Werk-Hilfe Calden Wohnheim für geistig behinderte Menschen	Schachter Str. 18, 34379 Calden 05674 / 99820	24 Plätze
bdks – Caldener Werkstätten	Breslauer Str. 15, 34379 Calden 05674 / 99860	140 Plätze

### 7.5.5 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Tagespflege</b> Tagespflege Kastanienhof	Schachter Str. 18, 34379 Calden Tel. 05674 / 923150	12 Plätze
<b>Betreutes Wohnen</b> Wohnen im Park (integratives Angebot für Behinderte und Senior(inn)en)	Hegerweg 16, 34379 Calden Tel. 05674 / 21540	
<b>Ambulante Dienste</b> BST – Ambulanter Pflegedienst	Diemelweg 10, 34379 Calden Tel. 05674 / 925124	

Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Adolf Roß

Seniorenbeauftragte/r: Adolf Roß

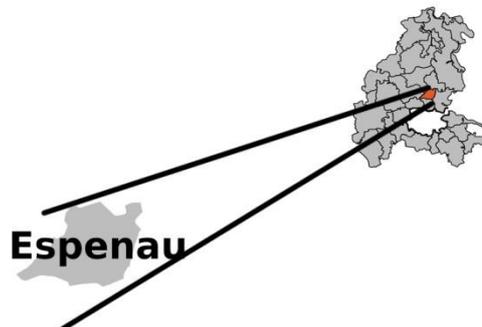
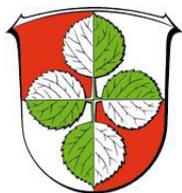
**7.5.6 Sonstige**

<b>Einrichtung</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefon</b>
Bürgerbus über die Ortsteile Obermeiser und Westuffeln	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417





## 8 Gemeinde Espenau



	<b>Espenau</b>
<b>Ortsteile</b>	Hohenkirchen, Mönchehof, Auf der Heide und Schäferberg
<b>Einwohnerzahl</b>	5.152 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	13,59 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	379 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.espenau.de">www.espenau.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



## 8.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Espenau	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	2.378	2.520	2.421	2.559	2.492	2.578	↑	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	378	400	364	401	382	406		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,9%	15,9%	15,0%	15,7%	15,3%	15,7%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	265	256	290	267	325	267		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,1%	10,2%	12,0%	10,4%	13,0%	10,4%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	394	411	394	403	386	401		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,6%	16,3%	16,3%	15,7%	15,5%	15,6%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	812	839	821	850	843	841		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	34,1%	33,3%	33,9%	33,2%	33,8%	32,6%	↗	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	429	475	437	492	439	507		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,0%	18,8%	18,1%	19,2%	17,6%	19,7%	↑	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	100	139	115	146	117	156		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,2%	5,5%	4,8%	5,7%	4,7%	6,1%	↗	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	69	70	89	102	176	157		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,9%	2,8%	3,7%	4,0%	7,1%	6,1%	↗	6,5%	5,2%

## 8.2 Arbeitsmarkt

Espenau	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	935	855	969	868	996	901	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	122	270	130	269	144	272	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	63	43	58	44	70	57	2.579	2.292



### 8.3 Soziale Sicherung

Espenau	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	73	70	85	70	99	98	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	25	30	42	32	62	43	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	36		43					
davon Alleinerziehende	15		17					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	41,67%		39,53%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	23	13	19	20	19	19	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	11	15	18	16	20	17	1.296	1.535

### 8.4 Jugendhilfedaten

Espenau	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	36,53%		29,80%		28,33%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	16	20	13	13	16	13	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 8.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 8.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten „Sonnenhang“	Am Hang 10, 34314 Espenau	05673 / 4045
Kindergarten Espe-Aue	Goethestr. 7, 34314 Espenau	05673 / 6391

### 8.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Espenau	Goethestr. 9, 34314 Espenau	05673 / 1460
Brüder-Grimm-Schule Espenau-Hohenkirchen	Schulweg 3, 34314 Espenau	05673 / 1411

### 8.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Jugendzentrum	Immenhäuser Str. 5, 34314 Espenau	05673 / 4530

### 8.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Betreutes Wohnen</b> Soziales Zentrum „Neue Mitte“ (integratives Angebot für Behinderte und Senior(inn)en)	Goethestr. 5, 34314 Espenau Tel. 05674 / 99820	
<b>Ambulante Dienste</b> ESPE – Pflorgeteam	Weimarer Weg 17, 34314 Espenau Tel. 01520 / 9767663	
Pflorgeteam Vital GmbH	Weimarer Weg 49, 34314 Espenau Tel. 05673 / 913637	

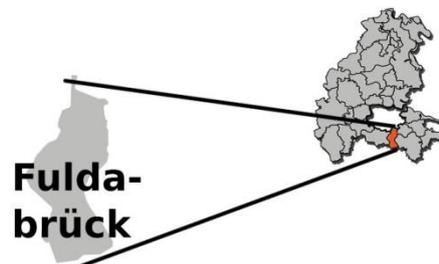
Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Hannelore Weifenbach

### 8.5.5 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

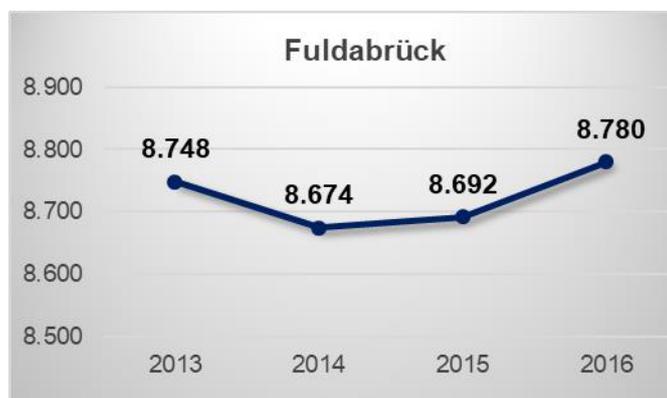


## 9 Gemeinde Fuldabrück



	<b>Fulda brück</b>
<b>Ortsteile</b>	Bergshausen, Dennhausen, Dittershausen und Dörnhagen
<b>Einwohnerzahl</b>	8.780 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	17,85 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	492 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.fuldabrueck.de">www.fuldabrueck.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



## 9.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Fuldaer Brück	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	4.249	4.499	4.225	4.449	4.245	4.447	→	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	580	578	573	571	571	578		187.51	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,7%	12,8%	13,6%	12,8%	13,5%	13,0%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	492	472	498	455	510	445		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,6%	10,5%	11,8%	10,2%	12,0%	10,0%	↘	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	695	710	678	665	672	657		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,4%	15,8%	16,0%	14,9%	15,8%	14,8%	↓	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1.358	1.423	1.326	1.423	1.343	1.417		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	32,0%	31,6%	31,4%	32,0%	31,6%	31,9%	↗	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	935	1.010	946	1006	928	1.022		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	22,0%	22,4%	22,4%	22,6%	21,9%	23,0%	↗	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	189	306	204	329	221	328		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,4%	6,8%	4,8%	7,4%	5,2%	7,4%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	144	143	139	129	172	147		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,4%	3,2%	3,3%	2,9%	4,1%	3,3%	↗	6,5%	5,2%

## 9.2 Arbeitsmarkt

Fuldaer Brück	2015		2016		2017		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1.749	1.452	1.772	1.506	1.774	1.513		47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	254	466	254	478	251	470		7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	76	70	82	52	72	61		2.579	2.292



### 9.3 Soziale Sicherung

Fuldabrück	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	76	96	69	91	110	108	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	38	32	31	34	44	53	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	52		48					
davon Alleinerziehende	37		36					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	71,15%		75,00%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	42	38	39	26	37	30	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	30	31	34	31	30	34	1.296	1.535

### 9.4 Jugendhilfedaten

Fuldabrück	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	34,82%		31,20%		22,96%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	10	6	17	8	20	13	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 9.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 9.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte "Wackelzahn"	Das Spenglershöfchen 5, 34277 Fulda-brück-Bergshausen	0561 / 583390
Kindertagesstätte „Zwergenburg“	Parkstr. 32, 34277 Fulda Brück- Dennhausen / Dittershausen	0561 / 44191
Kindertagesstätte "Tausendfüßler"	Dennhäuser Str. 26, 34277 Fulda Brück-Dörnhagen	05665 / 2972

### 9.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule "Am Lindenplatz"	Kasseler Str. 10, 34277 Fulda Brück	0561 / 5851234
Grundschule „Hermann-Schafft- Schule“	Obere Feldstr. 11, 34277 Fulda Brück	0561 / 4750893

### 9.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Öffnungszeiten
Jugendclub Dittershausen	Schulstr. 5, 34277 Fulda Brück	Mo / Mi ab 19 Uhr
Jugendclub Dörnhagen	An der Sporthalle, 34277 Fulda Brück	Do 18 - 20 Uhr
Jugendclub Bergshausen	Am Bürgerhaus, 34277 Fulda Brück	Mo, Mi, Do ab 18 Uhr

### 9.5.4 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
bdks diakom Fulda Brück - Werk- statt für seelisch behinderte Men- schen	Ostring 10, 34277 Fulda Brück-Bergshausen	0561 / 959670	120 Plätze

### 9.5.5 Einrichtungen der Altenhilfe

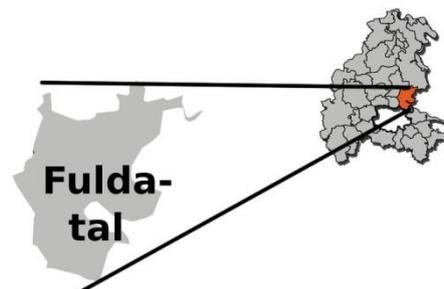
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> AWO Altenzentrum Fulda Brück- Dörnhagen	Guntershäuser Str. 10, 34277 Fulda Brück Tel. 05665-407870	47 Plätze 4 KZP-Plätze 4 TP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> Ambulanter Pflegedienst	Parkstr. 9, 34277 Fulda Brück Tel. 0561/5798585	
Sozialstation der Gemeinde Fulda Brück	Am Rathaus 2, 34277 Fulda Brück Tel. 05665-946315	
Pflegedienst Vivantus	Oderweg 6, 34277 Fulda Brück Tel. 0561/5858778	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* z.Zt. nicht besetzt

KZP = Kurzzeitpflege  
TP = Tagespflege



## 10 Gemeinde Fuldataal



	<b>Fuldataal</b>
<b>Ortsteile</b>	Ihringshausen, Knickhagen, Rothwesten, Simmershausen, Wahnhausen und Wilhelmshausen
<b>Einwohnerzahl</b>	12.228 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	33,68 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	363 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.fuldataal.de">www.fuldataal.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**10.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

Fuldata	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	5.968	6.069	6.022	6.090	6.221	6.174	→	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	971	798	963	823	1.010	870		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,3%	13,1%	16,0%	13,5%	16,2%	14,1%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	763	642	764	636	883	655		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,8%	10,6%	12,7%	10,4%	14,2%	10,6%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	972	1.002	1.006	994	1.018	1.014		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,3%	16,5%	16,7%	16,3%	16,4%	16,4%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1.832	1.860	1.832	1.868	1.850	1.854		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	30,7%	30,6%	30,4%	30,7%	29,7%	30,0%	↗	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	1.129	1.259	1.142	1.244	1.129	1.230		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,9%	20,7%	19,0%	20,4%	18,1%	19,9%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	301	508	315	525	331	551		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	5,0%	8,4%	5,2%	8,6%	5,3%	8,9%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	385	323	440	326	685	455		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	6,5%	5,3%	7,3%	5,4%	11,0%	7,4%	↗	6,5%	5,2%

**10.2 Arbeitsmarkt**

Fuldata	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2.305	1.989	2.385	2.011	2.374	2.049	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	420	633	422	629	421	612	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	145	121	134	92	172	115	2.579	2.292



### 10.3 Soziale Sicherung

Fuldataal	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	221	213	233	196	249	206	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	92	87	89	79	102	99	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	112		102					
davon Alleinerziehende	57		56					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	50,89%		54,90%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	46	46	49	29	55	35	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	60	67	63	71	72	71	1.296	1.535

### 10.4 Jugendhilfedaten

Fuldataal	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	35,15%		23,90%		21,00%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	30	22	34		717	534	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 10.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 10.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Weddel	Lewalterstr. 20, 34233 Fuldata-Ihringshausen	0561 / 814204
Kindergarten Tanzplatz	Tanzplatz 4a, 34233 Fuldata-Ihringshausen	0561 / 814625
Kindergarten Simmershausen	Feldhof 2, 34233 Fuldata	0561 / 819210
Kindergarten "Hummelnest"	Am Sportplatz 1 A, 34233 Fuldata-Rothwesten	05607 / 7777
Kindergarten "Kunterbunt"	Schlesierstr. 4, 34233 Fuldata-Wilhelmshausen	05541 / 4146
Kinderhort	Schulstr. 1 + 8, 34233 Fuldata-Ihringshausen	0561 / 814115 und 8150857

### 10.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Gesamtschule Fuldata	Weserstr. 38, 34233 Fuldata	0561 / 981730
Ludwig-Emil-Grimm-Schule	Schulstr. 8, 34233 Fuldata-Ihringshausen	0561 / 8109990
Grundschule Simmershausen	Teichstr. 10, 34233 Fuldata	0561 / 8150450

### 10.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Seniorenpflegezentrum Märchenmühle	Kurfürstenstr. 18, 34233 Fuldata Tel. 0561 / 981480	47 Plätze 4 KZP-Plätze
„Haus Sonnenhof“	Bruchstr. 4, 34233 Fuldata Tel. 0561 / 510591-0	80 Plätze 4 KZP-Plätze
<b>Tagespflege</b>		
Tagespflege Seeger	Veckerhagener Str. 35, 34233 Fuldata Tel. 0561 / 815327	24 Plätze
Tagespflege Märchenmühle	Veckerhagener Str. 27, 34233 Fuldata Tel. 0561 / 8169651	15 Plätze
Tagespflege König	Veckerhagener Str. 104, 34233 Fuldata Tel. 0561 / 40098666	16 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b>		
Mobile Kranken- und Seniorenpflege König	Veckerhagener Str. 104, 34233 Fuldata Tel. 0561 / 9845911	
Häusliche Alten- und Krankenpflege Märchenmühle	Veckerhagener Str. 41, 34233 Fuldata Tel. 0561 / 981520	
Mobile Alten- und Krankenbetreuung Seeger	Veckerhagener Str. 35, 34233 Fuldata Tel. 0561 / 815327	



*Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Wilhelm Kniffert*

#### 10.5.4 Sonstige

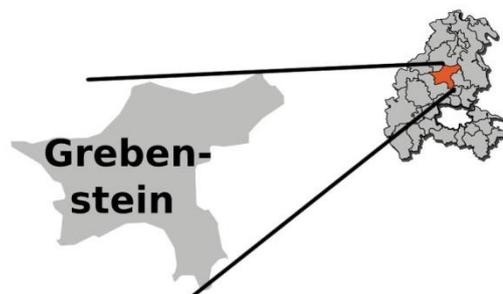
Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

KZP = Kurzeitpflege



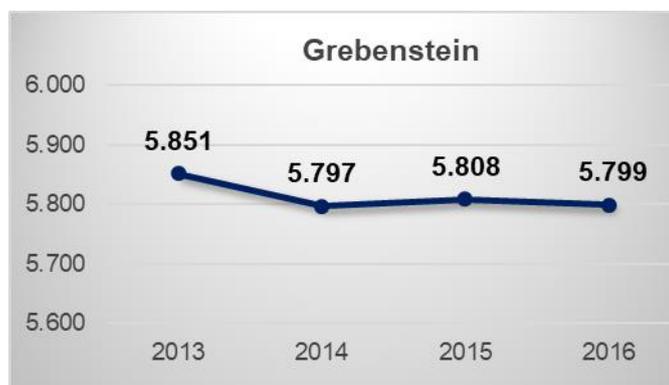


## 11 Stadt Grebenstein



	<b>Grebenstein</b>
<b>Ortsteile</b>	Friedrichsthal, Udenhausen, Burguffeln und Schachten
<b>Einwohnerzahl</b>	5.799 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	49,85 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	116 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.stadt-grebenstein.de">www.stadt-grebenstein.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



## 11.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Grebenstein	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	2.900	2.951	2.876	2.921	2.878	2.930	→	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	512	493	498	490	507	491		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,7%	16,7%	17,3%	16,8%	17,6%	16,8%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	329	326	332	312	331	306		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,3%	11,0%	11,5%	10,7%	11,5%	10,4%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	561	543	522	527	497	517		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	19,3%	18,4%	18,2%	18,0%	17,3%	17,6%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	916	889	932	893	937	895		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,6%	30,1%	32,4%	30,6%	32,6%	30,5%	→	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	454	485	465	487	478	495		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,7%	16,4%	16,2%	16,7%	16,6%	16,9%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	128	215	127	212	128	226		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,4%	7,3%	4,4%	7,3%	4,4%	7,7%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	69	77	83	83	104	107		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,4%	2,6%	2,9%	2,8%	3,6%	3,7%	→	6,5%	5,2%

## 11.2 Arbeitsmarkt

Grebenstein	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1.169	929	1.152	950	1.135	959	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	160	292	172	301	172	297	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	99	75	85	74	90	75	2.579	2.292



### 11.3 Soziale Sicherung

Grebenstein	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	130	136	122	132	119	127	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	49	52	50	48	55	57	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	73		65					
davon Alleinerziehende	45		38					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	61,64%		58,46%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	27	14	26	14	19	21	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	31	28	30	40	35	41	1.296	1.535

### 11.4 Jugendhilfedaten

Grebenstein	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	36,06%		26,80%		34,17%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	15	11	16	18	20	14	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 11.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 11.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte Grebenstein	Sauertalsweg 2, 34393 Grebenstein	05674 / 746920

### 11.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Burgbergschule Grundschule	Hofgeismarer Str. 9, 34393 Grebenstein	05674 / 1207
Heinrich-Gruppe-Schule, Gesamtschule	Hofgeismarer Str. 9, 34393 Grebenstein	05674 / 99760

### 11.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Jugendzentrum	Steinweg 6, 34393 Grebenstein	05674 / 4526

### 11.5.4 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
bdks – Grebensteiner Wohnstätten	Am Kirchhof 3, 34393 Grebenstein-Burguffeln	05674 / 924542	26 Plätze

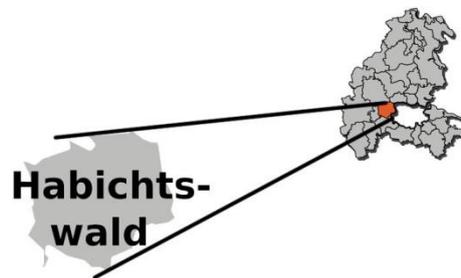
### 11.5.5 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Vitalis Senioren-Zentrum Reinhardswald	Hofgeismarer Str. 12, 34393 Grebenstein	90 Plätze 9 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> Mobile Pflege Petra Jordan	Marktstr. 22, 34393 Grebenstein Tel. 05674 / 922702	
Ambulanter Pflegedienst Deyk-Manns und Heine GbR	Kleehöfe 9, 34393 Grebenstein Tel. 05674 / 6300	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Herbert Schröder

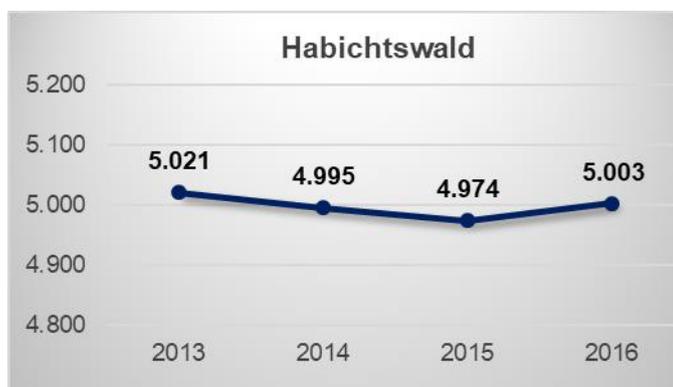


## 12 Gemeinde Habichtswald



	Habichtswald
<b>Ortsteile</b>	Dörnberg und Ehlen
<b>Einwohnerzahl</b>	5.003 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	28,21 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	177 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.habichtswald.de">www.habichtswald.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**12.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

<b>Habichtswald</b>	<b>2013</b>		<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>Ten-</b> <b>denz</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Einwohner/innen	2.462	2.559	2.469	2.526	2.460	2.514	→	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	409	392	397	364	390	345		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,6%	15,3%	16,1%	14,4%	15,9%	13,7%	↘	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	274	252	272	247	279	263		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,1%	9,8%	11,0%	9,8%	11,3%	10,5%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	430	436	417	429	407	416		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,5%	17,0%	16,9%	17,0%	16,5%	16,5%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	843	830	862	836	858	837		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	34,2%	32,4%	34,9%	33,1%	34,9%	33,3%	↗	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	410	460	424	465	430	461		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,7%	18,0%	17,2%	18,4%	17,5%	18,3%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	96	189	97	185	96	192		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,9%	7,4%	3,9%	7,3%	3,9%	7,6%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	59	72	67	73	64	79		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,4%	2,8%	2,7%	2,9%	2,6%	3,1%	↗	6,5%	5,2%

**12.2 Arbeitsmarkt**

<b>Habichtswald</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	992	841	1006	869	995	909	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	125	287	152	282	145	259	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	49	32	37	32	38	32	2.579	2.292

**12.3**



## 12.4 Soziale Sicherung

Habichtswald	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	37	43	38	32	33	39	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	13	14	11	13	11	7	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	17		18					
davon Alleinerziehende	14		13					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	82,35%		72,22%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	28	14	20	17	16	13	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	12	13	12	15	21	19	1.296	1.535

## 12.5 Jugendhilfedaten

Habichtswald	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	30,96%		26,80%		27,07%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	12	11	16	16	14	14	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 12.6 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 12.6.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Ev. Kindertagesstätte Dörnberg	Saure Breite 7, 34317 Habichtswald-Dörnberg	05606 / 60582
Kindergarten "Kunterbunt"	Kasseler Str. 8, 34317 Habichtswald-Ehlen	05606 / 9554

### 12.6.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Schule im Erlenhof, Grundschule	Oderweg 7, 34317 Habichtswald-Ehlen	05606 / 9550
Grundschule Dörnberg	Schulweg 12, 34317 Habichtswald-Dörnberg	05606 / 9681

#### 12.6.2.1 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Haus am Dörnberg GmbH & Co KG - Wohnheim für mehrfach geschädigte abhängigkeitskranke Menschen	Wolfhager Str. 37, 34317 Habichtswald-Dörnberg	05606 / 551792-15	33 Plätze

### 12.6.3 Einrichtungen der Altenhilfe

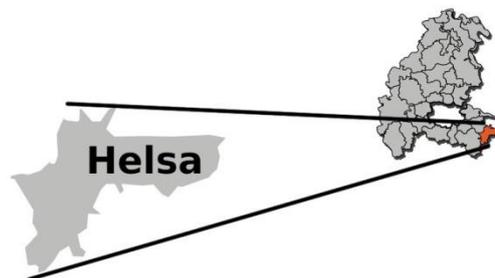
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Haus Habichtswald Knöß	Blumensteiner Str. 28-30, 34317 Habichtswald Tel. 05606 / 530800	48 Plätze 4 KZP-Plätze
Senioren-Residenz-Reich	Wolfhager Str. 60, 34317 Habichtswald Tel. 05606 / 5317283	14 Plätze 2 KZP-Plätze
<b>Betreutes Wohnen</b> ASB Habichtswald	Oderweg 9, 34317 Habichtswald Tel. 05606 / 5990-200	
<b>Ambulante Dienste</b> ASB-Sozialstation Wolfhager Land	Oderweg 9, 34317 Habichtswald Tel. 05606 / 5990-200	
Ambulantes Pflegeteam Reich	Wolfhager Str. 60, 34317 Habichtswald Tel. 05606 / 530486	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Ruth Nußbeck

KZP = Kurzzeitpflege

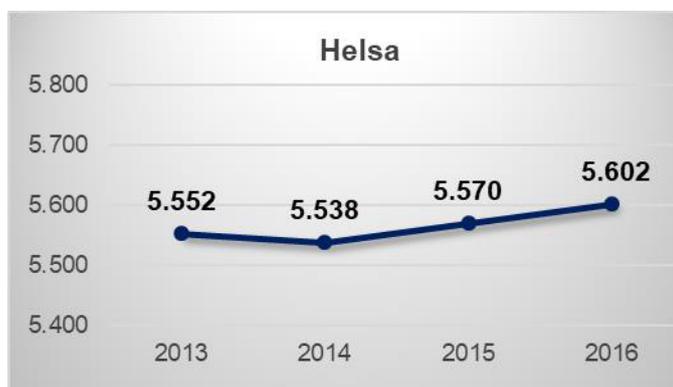


### 13 Gemeinde Helsa



	Helsa
<b>Ortsteile</b>	Eschenstruth, St. Ottilien und Wickenrode
<b>Einwohnerzahl</b>	5.602 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	25,77 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	217 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.gemeinde-helsa.de">www.gemeinde-helsa.de</a>

#### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**13.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

<b>Helsa</b>	<b>2013</b>		<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>Ten-</b> <b>denz</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Einwohner/innen	2.685	2.867	2.679	2.859	2.719	2.851	→	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	420	390	398	387	405	382		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,6%	13,6%	14,9%	13,5%	14,9%	13,4%	↘	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	296	256	314	252	325	245		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,0%	8,9%	11,7%	8,8%	12,0%	8,6%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	449	456	433	452	443	433		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,7%	15,9%	16,2%	15,8%	16,3%	15,2%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	910	867	899	872	901	879		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	33,9%	30,2%	33,6%	30,5%	33,1%	30,8%	→	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	459	542	480	551	477	549		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,1%	18,9%	17,9%	19,3%	17,5%	19,3%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	151	356	155	345	168	363		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	5,6%	12,4%	5,8%	12,1%	6,2%	12,7%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	71	64	90	85	125	87		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,6%	2,2%	3,4%	3,0%	4,6%	3,1%	↗	6,5%	5,2%

**13.2 Arbeitsmarkt**

<b>Helsa</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1.041	908	1.050	934	1.047	963	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	153	273	167	278	149	267	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	78	73	66	57	71	60	2.579	2.292



### 13.3 Soziale Sicherung

Helsa	2015		2016		2017		LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	90	91	95	94	96	111	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	43	37	40	35	46	38	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	51		52					
davon Alleinerziehende	29		34					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	56,86%		65,38%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	23	28	21	20	20	23	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	23	26	21	29	22	36	1.296	1.535

### 13.4 Jugendhilfedaten

Helsa	2015		2016		2017		LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	32,64%		31,30%		41,60%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	20	15	21	15	20	18	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 13.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 13.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten „Hirschbergzwerge“	Hirschbergstr. 10, 34298 Helsa-Wickenrode	05604 / 915770
Kindergarten „Kunterbunt“	St. Ottilier Weg 15, 34298 Helsa-Eschenstruth	05602 / 7509
Kindergarten „Lossespatzen“	Fröbelstr. 4, 34298 Helsa	05605 / 1497

#### 13.5.1.1 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Schäferland-Schule	Schulstr. 10, 34298 Helsa	05605 / 2015
Eschenwaldschule	An der Langen Wiese 11-13, 34298 Helsa-Eschenstruth	05602 / 1229

### 13.5.2 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Seniorenzentrum Waldhof - Wohnheim für seelisch behinderte und abhängigkeitskranke Menschen	Waldhof 53, 34298 Helsa	05602 / 93820	33 Plätze

### 13.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

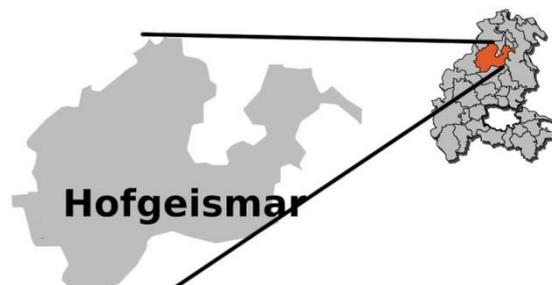
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Senioren- und Therapiezentrum Helsa  Geschützter Wohnbereich	Fröbelstr. 6, 34298 Helsa Tel. 05605 / 8080	177 Plätze 6 KZP-Plätze 4 TP-Plätze 36 Plätze 3 KZP-Plätze
Seniorenzentrum Waldhof	Waldhof 53, 34298 Helsa Tel. 05602 / 9382-0	121 Plätze 5 KZP-Plätze
<b>Betreutes Wohnen</b> Barrierefreies-Servicewohnen	Fröbelstr. 6, 34298 Helsa Tel. 05605 / 8080	ab April 2018
<b>Ambulante Dienste</b> Diakoniestation Helsa	Alte Berliner Str. 2, 34298 Helsa Tel. 05605 / 6544	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Ernst Werner

DE = Demenz  
KZP = Kurzzeitpflege  
TP = Tagespflege



## 14 Gemeinde Hofgeismar



	Hofgeismar
<b>Ortsteile</b>	Sababurg, Beberbeck, Carlsdorf, Friedrichsdorf, Hombressen, Hümme, Kelze und Schöneberg
<b>Einwohnerzahl</b>	15.247 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	86,39 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	176 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.hofgeismar.de">www.hofgeismar.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 14.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Hofgeismar	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	7.141	7.778	7.086	7.697	7.164	7.708	↓	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	1.275	1.134	1.203	1.149	1.191	1.141		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,9%	14,6%	17,0%	14,9%	16,6%	14,8%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	965	957	958	905	1.009	935		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,5%	12,3%	13,5%	11,8%	14,1%	12,1%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	1.227	1.266	1.188	1.205	1.181	1.173		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,2%	16,3%	16,8%	15,7%	16,5%	15,2%	↓	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	2.296	2.386	2.271	2.402	2.244	2.417		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	32,2%	30,7%	32,0%	31,2%	31,3%	31,4%	↗	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	1.095	1.319	1.154	1.305	1.181	1.341		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,3%	17,0%	16,3%	17,0%	16,5%	17,4%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	283	716	312	731	358	701		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,0%	9,2%	4,4%	9,5%	5,0%	9,1%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	278	307	303	330	360	358		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,9%	3,9%	4,3%	4,3%	5,0%	4,6%	→	6,5%	5,2%

### 14.2 Arbeitsmarkt

Hofgeismar	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2.832	2.553	2.847	2.580	2.849	2.622	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	484	867	501	874	490	827	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	267	258	259	247	222	177	2.579	2.292



### 14.3 Soziale Sicherung

Hofgeismar	2015		2016		2017		LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	411	477	380	437	441	472	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	174	173	168	166	212	186	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	225		210					
davon Alleinerziehende	130		125					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	57,78%		59,52%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	49	50	53	48	46	35	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	173	198	179	196	178	204	1.296	1.535

### 14.4 Jugendhilfedaten

Hofgeismar	2015		2016		2017		LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	33,80%		28,60%		27,32%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	54	43	52		717	534	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 14.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 14.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Städt. Kindergarten und Kinderhort "Am Anger"	Am Anger 1, 34369 Hofgeismar	05671 / 50115
Städt. Kindergarten "Adolf-Häger-Str."	Adolf-Häger-Str. 2, 34369 Hofgeismar	05671 / 2122
Städt. Kindergarten "Hohes Feld"	Heinrich-Lübke-Str. 5, 34369 Hofgeismar	05671 / 50474
Städt. Kindergarten Hombressen	Udenhäuser Str. 13, 34369 Hofgeismar	05671 / 3430
Städt. Kindergarten Schöneberg	Wilhelm-Busch-Str. 4, 34369 Hofgeismar	05671 / 1585
Ev. Kindergarten Hofgeismar	Hospitalstr. 3, 34369 Hofgeismar	05671 / 2555
Kath. Kindergarten "St. Peter"	Dragonerstr. 2, 34369 Hofgeismar	05671 / 2291
Ev. Kindergarten Hümme	Breslauer Str. 11, 34369 Hofgeismar	05675 / 314

### 14.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Albert-Schweitzer-Schule, Gymnasium	Magazinstr. 21, 34369 Hofgeismar	05671 / 992 40
Gustav-Heinemann-Schule, Gesamtschule	Adolf-Häger-Str., 34369 Hofgeismar	05671 / 99770
Würfelturmschule, Grundschule	Garnisonstr. 4, 34369 Hofgeismar	05671 / 2355 05671 / 5659
Grundschule Hombressen "Zur Friedenseiche"	Am Sportplatz, 34369 Hofgeismar	05671 / 2778
Grundschule Hümme "Wiesenbergerschule"	Schulstr. 11, 34369 Hofgeismar	05675 / 9665
Herwig-Blankertz-Schule, Berufliche Schulen	Magazinstr. 23, 34369 Hofgeismar	05671 / 99830
Brüder-Grimm-Schule, Schule für Lernhilfe	Würfelturmstr. 9, 34369 Hofgeismar	05671 / 920758
Käthe-Kollwitz-Schule, Schule für praktisch Bildbare	Käthe-Kollwitz-Str. 10, 34369 Hofgeismar	05671 / 99250
Ev. Altenpflegeschule	Brunnenstr. 23, 34369 Hofgeismar	05671 / 8820 App. 610



### 14.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
Pro Jugend, Projekt Jugendarbeit	Am Mühlentor 1, 34369 Hofgeismar	05671 / 5070522

### 14.5.4 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
bdks – Sozialpädagogisches Kinderheim Villa Kunterbunt	Schützenplatz 1, 34369 Hofgeismar	05671 / 996753	18 Plätze
bdks – Hofgeismarer Wohnstätten Wohnheime für geistig behinderte Menschen	Schützenhofweg 17-19, 34369 Hofgeismar	05671 / 99670	107 Plätze
bdks - Tagesförderstätte für geistig behinderte Menschen	Erlenweg 4, 34369 Hofgeismar	05671 / 99840	25 Plätze
bdks - Betreutes Wohnen für geistig behinderte Menschen	Neue Str. 13, 34369 Hofgeismar	05671 / 766494-10	60 Plätze
bdks – Hofgeismarer Werkstätten für geistig behinderte Menschen	Erlenweg 4, 34369 Hofgeismar	05671 / 99840	225 Plätze
diakom Hofgeismar – Werkstatt für seelisch behinderte Menschen	Neue Str. 13, 34369 Hofgeismar	05671 / 7664960	40 Plätze
bdks – Sozialpsychiatrisches Zentrum, Wohnheim für seelisch behinderte Menschen	Altstädter Kirchplatz 2+8, 34369 Hofgeismar	05671 / 99890	20 Plätze
bdks – Sozialpsychiatrisches Zentrum, Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen	Altstädter Kirchplatz 2+8, 34369 Hofgeismar	05671 / 99890	13 Plätze
FeD Hofgeismar/Wolfhagen e.V., Familienentlastende Dienste für behinderte Menschen	Erlenweg 2 A, 34369 Hofgeismar	05671 / 920091 oder 05692 / 990048	
Emstaler Verein e.V. - Betreutes Wohnen für seelisch behinderte Menschen	Manteuffelanlage 5, 34369 Hofgeismar	05671 / 4825	50 Plätze
Gesundheitsamt Region Kassel – Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle für seelisch behinderte Menschen	Manteuffelanlage 5, 34369 Hofgeismar	0561 / 787-5364	

*Behindertenbeauftragte/r:* Annegretel Hering



### 14.5.5 Einrichtungen der Altenhilfe

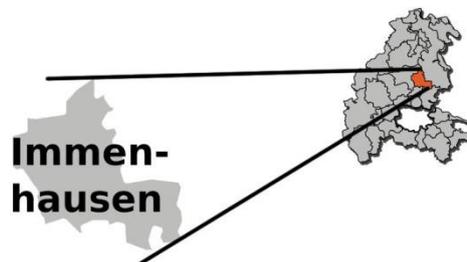
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b>		
Ev. Alten- und Pflegeheim „Theodor-Weiss-Haus“	Brunnenstr. 25, 34369 Hofgeismar 05671 / 882400	34 Plätze 3 KZP-Plätze
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen e.V. Else-Steinbrecher-Haus	Kabemühlenweg 14, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 882350	81 Plätze 8 KZP-Plätze
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen e.V. Neues Brunnenhaus	Kabemühlenweg 16, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 882310	90 Plätze 8 KZP-Plätze
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen e.V. Alber-Klingender-Haus	Kabemühlenweg 18, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 882250	68 Plätze 6 KZP-Plätze
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen e.V. Schloss Beberbeck	Oberhof 1, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 99130	43 Plätze 4 KZP-Plätze
<b>Tagespflege</b>		
Tagespflege Ochs	Bahnhofstr. 10, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 500484	10 Plätze
Tagespflege am Gesundbrunnen	Kabemühlenweg 16, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 882322	35 Plätze
<b>Betreutes Wohnen</b>		
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen	Brunnenstr. 25, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 882-0	
<b>Ambulante Dienste</b>		
Ambulante Kranken- und Alten- pflege	Bergstr. 23, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 50692	
Diakoniestation im Ev. Kirchen- kreis Hofgeismar e.V.	Bahnhofstr. 29, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 50405	
Pflege, Hilfe & Betreuung e.V.	Bahnhofstr. 1, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 779950	
AHDO Ambulanter Hauspflege- dienst	Bahnhofstr. 10, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 920245	
DRK Ambulanter Pflegedienst	Friedrich-Pfaff-Str. 1, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 996670	
Leben Daheim Ambulanter Pflegedienst	Bahnhofstr. 22a, 34369 Hofgeismar Tel. 05671 / 7661570	

Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Georg Conrad

KZP = Kurzzeitpflege



## 15 Gemeinde Immenhausen



	<b>Immenhausen</b>
<b>Ortsteile</b>	Mariendorf und Holzhausen
<b>Einwohnerzahl</b>	6.936 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	28,53 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	243 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.immenhausen.de">www.immenhausen.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 15.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Immenhausen	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	3.368	3.481	3.360	3.455	3.385	3.483	↘	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	543	472	539	473	528	483		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,1%	13,6%	16,0%	13,7%	15,6%	13,9%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	419	348	419	312	447	342		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,4%	10,0%	12,5%	9,0%	13,2%	9,8%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	549	570	530	560	501	540		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,3%	16,4%	15,8%	16,2%	14,8%	15,5%	↓	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1.112	1.122	1.101	1.125	1.111	1.112		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	33,0%	32,2%	32,8%	32,6%	32,8%	31,9%	↑	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	587	666	605	675	612	699		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,4%	19,1%	18,0%	19,5%	18,1%	20,1%	↑	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	158	303	166	310	186	307		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,7%	8,7%	4,9%	9,0%	5,5%	8,8%	↓	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	77	102	82	113	111	134		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,3%	2,9%	2,4%	3,3%	3,3%	3,8%	↘	6,5%	5,2%

### 15.2 Arbeitsmarkt

Immenhausen	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1.309	1.149	1.306	1.183	1.326	1.201	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	246	340	266	363	245	336	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	98	81	102	64	91	69	2.579	2.292



### 15.3 Soziale Sicherung

Immenhausen	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	123	108	107	100	137	106	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	44	46	45	42	52	40	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	53		52					
davon Alleinerziehende	31		29					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	58,49%		55,77%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	25	26	31	17	24	21	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	49	55	45	60	44	61	1.296	1.535

### 15.4 Jugendhilfedaten

Immenhausen	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	36,24%		25,70%		30,18%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	22	18	25	14	14	12	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 15.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 15.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Immenhausen	Kirchweg 10, 34376 Immenhausen	05673 / 2085
Kindergarten Immenhausen	Albert-Schweitzer-Str. 16, 34376 Immenhausen	05673 / 1038
Kindergarten „Heidelbeerzwerge“	Bürgerhaus, Kasseler Str. 70, 34376 Immenhausen	05673 / 4730

### 15.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Freiherr-vom-Stein-Schule	Kampweg 24, 34376 Immenhausen	05673 / 99810
Lilli-Jahn-Schule	Nordweg 10, 34376 Immenhausen	05673 / 2651
Dietrich-Bonhoeffer-Schule	Hessenweg 16, 34376 Immenhausen	05673 / 9984 0

### 15.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Akku Immenhausen	Bernhardt-Vocke-Str. 1, 34376 Immenhausen	05673 / 920296
Jugendraum Holzhausen	Kasseler Str. 70, 34376 Immenhausen	05673 / 4730
Jugendraum Mariendorf	Teichweg, 34376 Immenhausen	

### 15.5.4 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Philippstiftung Immenhausen – Wohnpflegeheim Phase F	Echterstr. 2, 34376 Immenhausen	05673 / 3151	30 Plätze

*Behindertenbeiratsvorsitzende/r:* Herbert Rössel



### 15.5.5 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Phillipstiftung Pflegeservice	Robert-Koch-Str. 3, 34376 Immenhausen Tel. 05673 / 501161	40 Plätze 8 KZP-Plätze 20 TP-Plätze
Haus der Betreuung und Pflege Buttlarhof (für psychisch erkrankte Pflegebedürftige)	Am Bahnhof 5, 34376 Immenhausen Tel. 05673 / 5054-0	36 Plätze
<b>Tagespflege</b> Tagesbetreuung am Reinhardswald	Immenhäuser Str.18,34376 Immenhausen Tel. 05673 / 925855	15 Plätze
<b>Betreutes Wohnen</b> Philippstiftung Wohn-Service	Robert-Koch-Str. 3, 34376 Immenhausen Tel. 05673 / 501161	
<b>Ambulante Dienste</b> ASB- Sozialstation Hofgeismarer Land	Neue Str. 15, 34376 Immenhausen Tel. 05673 / 9979-50	
Ambulante Dienste Wilhelm	Immenhäuser Str.18,34376 Immenhausen Tel. 05673 / 925855	

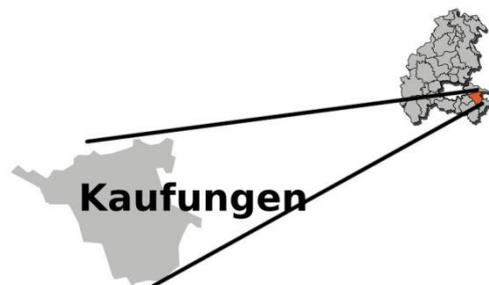
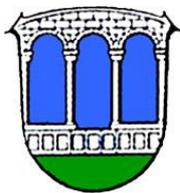
*Mitglied des Kreissenorenbeirates:* Wolfgang Martiensen

KZP = Kurzzeitpflege  
 TP = Tagespflege





## 16 Gemeinde Kaufungen



	<b>Kaufungen</b>
<b>Ortsteile</b>	Niederkaufungen, Oberkaufungen und Papierfabrik
<b>Einwohnerzahl</b>	12.436 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	26,13 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	476 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.kaufungen.de">www.kaufungen.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**16.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

Kaufungen Merkmale	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	5.970	6.510	5.979	6.466	5.978	6.428	→	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	1.036	995	1.009	991	1.013	962		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,4%	15,3%	16,9%	15,3%	16,9%	15,0%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	745	721	709	692	696	680		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,5%	11,1%	11,9%	10,7%	11,6%	10,6%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	1.072	1.089	1.013	1.114	1.011	1.095		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,0%	16,7%	16,9%	17,2%	16,9%	17,0%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1.960	2.155	2.003	2.104	1.994	2.098		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	32,8%	33,1%	33,5%	32,5%	33,4%	32,6%		32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	929	1.092	995	1.093	1.014	1.109		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,6%	16,8%	16,6%	16,9%	17,0%	17,3%	↗	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	228	458	250	472	250	484		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,8%	7,0%	4,2%	7,3%	4,2%	7,5%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	192	217	223	220	248	226		7.524	62.43
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,2%	3,3%	3,7%	3,4%	4,1%	3,5%	→	6,5%	5,2%

**16.2 Arbeitsmarkt**

Kaufungen Merkmale	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2.512	2.349	2.502	2.392	2.512	2.445	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	404	695	410	693	400	668	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	125	140	119	109	125	112	2.579	2.292



### 16.3 Soziale Sicherung

Kaufungen	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	160	218	155	194	155	196	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	58	54	54	49	61	52	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	96		86					
davon Alleinerziehende	68		60					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	70,83%		69,77%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	42	47	40	35	45	37	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	56	76	53	80	60	75	1.296	1.535

### 16.4 Jugendhilfedaten

Kaufungen	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger <sup>1</sup> (Ziel 2013: ca. 35%)	35,80%		35,20%		35,99%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	42	19	38	16	33	19	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend

<sup>1</sup> Die individuell mitgeteilten Zahlen der Gemeinde Kaufungen lassen für das Jahr 2018 und 2019 einen Versorgungsgrad von über 70 % bzw. 90 % erwarten. Aktuell kann dies noch nicht durch die kreisweite Berechnung verifiziert werden



## 16.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 16.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte „Zwergenburg“	Teich Str. 2, 34260 Kaufungen	05605 / 6938
Kindertagesstätte "Zur Schönen Aussicht"	Zur Schönen Aussicht 12, 34260 Kaufungen	05605 / 6971
Kindertagesstätte "Pustebume"	Ostpreußen Str. 25, 34260 Kaufungen	05605 / 6778
Kindertagesstätte "Im Feldhof"	Im Feldhof 16, 34260 Kaufungen	05605 / 6937
Kindertagesstätte "Kunterbunt"	Gustav-Heinemann-Str. 10, 34260 Kaufungen	05605 / 925917
Kindertagesstätte "Stern-schnuppe"	Am Lindenberg 2, 34260 Kaufungen	0561 / 5107917
Kindertagesstätte "Die Wühl-mäuse"	Kirchweg 3, 34260 Kaufungen	05605 / 80070

### 16.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Ernst-Abbe-Schule, Grundschule	Schulstr. 24, 34260 Kaufungen	05605 / 2373
Gesamtschule Kaufungen	Friedrich-Ebert-Str. 26, 34260 Kaufungen	05605 / 80060
Grundschule Niederkaufungen	Leipziger Str. 265, 34260 Kaufungen	05605 / 2030

### 16.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Emstaler Verein e.V. - Betreutes Wohnen für seelisch behinderte Menschen	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen	05605 / 9467-13 oder -14	43 Plätze
Emstaler Verein e.V. - Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen	05605 / 9467-19	13 Plätze
Gesundheitsamt Region Kassel- Psychosoziale Kontakt und Beratungsstelle für seelisch behinderte Menschen	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen	0561 / 787-5393	

*Behindertenbeauftragte/r:*



#### 16.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> DRK Altenpflegeheim	Sophie-Henschel-Weg 11, 34260 Kaufungen Tel. 05605 / 945201	106 Plätze 11 KZP-Plätze
Senioren-, Pflege und Begegnungsstätte Kaufungen	Ziegeleiweg 1, 34260 Kaufungen Tel. 05605 / 946610	44 Plätze 4 KZP-Plätze
<b>Tagespflege</b> Tagespflege Lossetal	Kirchweg 3, 34260 Kaufungen Tel. 05605 / 800755	15 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> prolivo Pflegedienst	Leipziger Str. 484, 34260 Kaufungen Tel. 05605 / 6134	
Sozialstation Kaufunger Wald-Söhre	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen Tel. 05605 / 939454-0	
Pflegeteam-Helfende Hände	Bahnhofstr. 1A, 34260 Kaufungen Tel. 05605 / 929931	

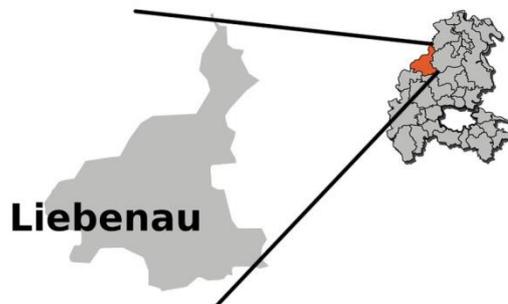
*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Reinhard Fehr

KZP = Kurzzeitpflege



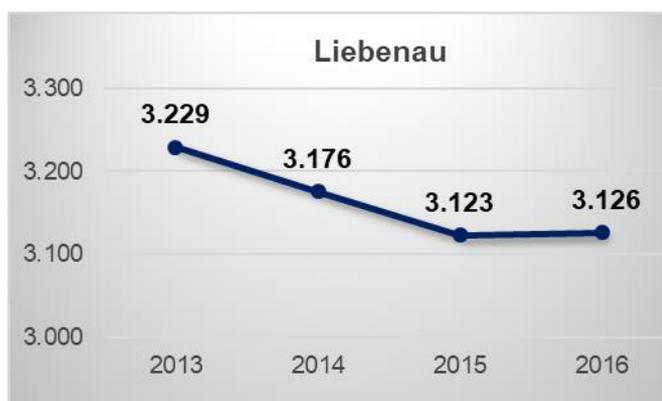


## 17 Stadt Liebenau



	<b>Liebenau</b>
<b>Ortsteile</b>	Ersen, Grimelsheim, Haueda, Lamerden, Niedermeiser, Ostheim und Zwergen
<b>Einwohnerzahl</b>	3.126 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	48,87 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	64 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.stad-liebenau.de">www.stad-liebenau.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**17.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

Liebenau	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	1.565	1.664	1.539	1.637	1.508	1.615	→	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	254	263	246	250	227	231		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,2%	15,8%	16,0%	15,3%	15,1%	14,3%	↘	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	191	188	188	192	194	195		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,2%	11,3%	12,2%	11,7%	12,9%	12,1%	↗	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	257	260	242	241	222	228		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,4%	15,6%	15,7%	14,7%	14,7%	14,1%	→	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	526	548	530	555	528	560		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	33,6%	32,9%	34,4%	33,9%	35,0%	34,7%	↑	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	258	278	256	277	259	279		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,5%	16,7%	16,6%	16,9%	17,2%	17,3%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	79	127	77	122	78	122		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	5,0%	7,6%	5,0%	7,5%	5,2%	7,6%	↘	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	17	27	26	32	27	35		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,1%	1,6%	1,7%	2,0%	1,8%	2,2%	↘	6,5%	5,2%

**17.2 Arbeitsmarkt**

Liebenau	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	608	556	620	569	636	588	47977	41733
Geringfügig Beschäftigte	102	194	102	197	105	193	7554	12643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	38	38	46	40	35	31	2579	2292



### 17.3 Soziale Sicherung

Liebenau	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	48	56	51	56	50	64	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	21	20	17	18	18	21	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	25		25					
davon Alleinerziehende	17		15					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	68,00%		60,00%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	11	14	14	12	13	7	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	11	10	13	9	11	9	1.296	1.535

### 17.4 Jugendhilfedaten

Liebenau	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	31,46%		43,10%		40,51%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	9	5	7	4	8	2	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 17.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 17.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Ev. Kindergarten	Lacheweg 6, 34396 Liebenau	05676 / 553

### 17.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Diemeltalschule, Grundschule	Am Anhaltsberg 1, 34396 Liebenau	05676 / 433

### 17.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Ambulante Dienste</b> Pflege zu Hause Heike Bringmann	Buttenstr. 17, 34396 Liebenau Tel. 05676 / 925364	

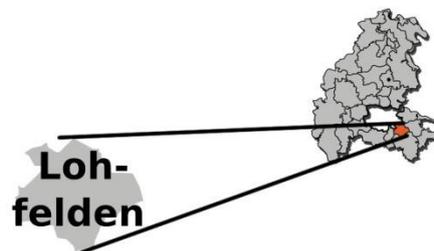
*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Karl-Heinz Forster

---

KZP = Kurzzeitpflege



## 18 Gemeinde Lohfelden



	<b>Lohfelden</b>
<b>Ortsteile</b>	Crumbach, Ochshausen und Vollmarshausen
<b>Einwohnerzahl</b>	14.072 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	16,57 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	849 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.lohfelden.de">www.lohfelden.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**18.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

<b>Lohfelden</b>	<b>2013</b>		<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>Ten- denz</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Einwohner/innen	6.631	6.929	6.669	6.953	6.645	6.946	↘	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	1.186	1.051	1.175	1.048	1.136	1.062		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,9%	15,2%	17,6%	15,1%	17,1%	15,3%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	876	768	880	807	870	794		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,2%	11,1%	13,2%	11,6%	13,1%	11,4%	↘	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	1.139	1.287	1.193	1.193	1.175	1.155		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,2%	18,6%	17,9%	17,2%	17,7%	16,6%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	2.101	2.084	2.019	2.159	2.047	2.164		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,7%	30,1%	30,3%	31,1%	30,8%	31,2%	↗	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	1.082	1.240	1.134	1.240	1.140	1.246		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,3%	17,9%	17,0%	17,8%	17,2%	17,9%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	247	499	268	506	277	525		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,7%	7,2%	4,0%	7,3%	4,2%	7,6%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	550	538	578	551	597	585		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	8,3%	7,8%	8,7%	7,9%	9,0%	8,4%	↗	6,5%	5,2%

**18.2 Arbeitsmarkt**

<b>Lohfelden</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2.860	2.499	2.909	2.462	2.995	2.521	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	485	833	474	833	471	788	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	223	188	178	156	165	148	2.579	2.292



### 18.3 Soziale Sicherung

Lohfelden	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	296	318	282	301	290	299	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	126	128	112	125	115	129	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	170		162					
davon Alleinerziehende	93		86					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	54,71%		53,09%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	61	57	55	47	49	43	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	82	115	88	110	97	113	1.296	1.535

### 18.4 Jugendhilfedaten

Lohfelden	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	33,88%		23,00%		33,24%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	46	19	40	21	50	24	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 18.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 18.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte Vollmarshausen	Kurt-Schumacher-Str. 10 c, 34253 Lohfelden	05608 / 16 93
Kindertagesstätte „Die kleinen Strolche“	Quellenweg 72, 34253 Lohfelden	0561 / 5102721
Kindertagesstätte „Löwenzahn“	Fröbelweg 2 + 4, 34253 Lohfelden	0561 / 53768
Kindertagesstätte Ochshausen	Am Wahlebach 7, 34253 Lohfelden	0561 / 513767
Kindertagesstätte Ochshausen - Außenstelle Lindenberg	Elisabeth-Selbert-Str. 1, 34253 Lohfelden	0561 / 5105354
Kindertagesstätte und Kinderhort des ASB	Lange Str. 37, 34253 Lohfelden	0561 / 9518733
Kinderhort Vollmarshausen	Kaufunger Str. 20, 34253 Lohfelden	05608 / 3292 oder -1693

### 18.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Vollmarshausen	Kaufunger Str. 18, 34253 Lohfelden	05 608 / 1221
Grundschule Regenbogenschule	Friedrich-Ebert-Ring 1 und 2, 34253 Lohfelden Lange Str. 51, 34253 Lohfelden	0561 / 512345
Gesamtschule Söhreschule		0561 / 951060

### 18.5.3 Behinderteneinrichtungen

*Behindertenbeauftragte/r:* Ernst Zufall

### 18.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> ASB Wohnen und Pflege	Quellenweg 60, 34253 Lohfelden Tel. 0561 / 51189-0	131 Plätze 2 KZP-Plätze 12 TP-Plätze
<b>Tagespflege</b> Tagespflege „Die Dinos“	Bahnhofstr. 6, 34253 Lohfelden Tel. 0561 / 4000606	12 Plätze
ASB Tagespflege Kulturhalle	Friedrich-Ebert-Ring 25, 34253 Lohfelden Tel. 0561 / 58529220	15 Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> DIE BETREUER Grubschat Ambulante Pflege	Crumbacher Str. 91, 34253 Lohfelden Am Stadion 2, 34253 Lohfelden Tel. 0561 / 4000606	



Fortsetzung Einrichtungen der Altenhilfe		
Krankenbetreuung MEDICUS	Hauptstr. 59, 34253 Lohfelden Tel. 0561 /	
DAS-Pflege-Team	Heupel 21, 34253 Lohfelden Tel. 05608 / 6585445	
Zweckverband Kaufunger Wald-Söhre	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen Tel. 05605 / 9394540	
Alcura 24 Ambulantes Pflegeteam	Kirchweg 14, 34253 Lohfelden Tel. 0176 / 72566355	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Klaus Steffek

*Senioresenbeirat:* Klaus Steffek

### 18.5.5 Sonstige

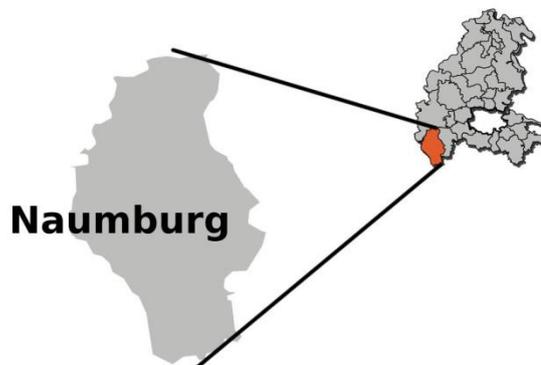
Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417
ASB Mehrgenerationenhaus	Lange Str. 37, 34253 Lohfelden	0561/95187-50

KZP = Kurzzeitpflege  
TP = Tagespflege



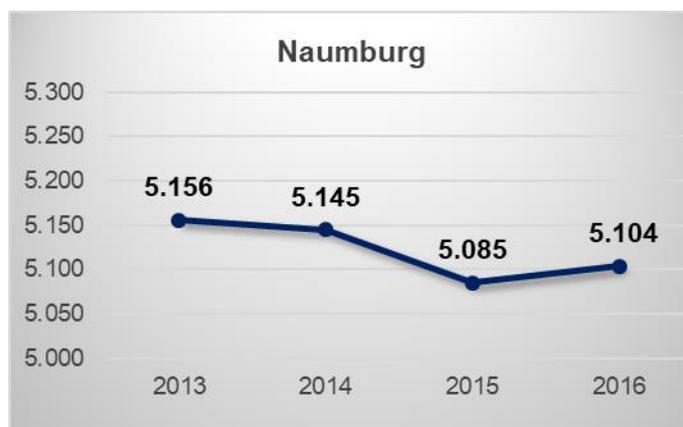


## 19 Stadt Naumburg



	<b>Naumburg</b>
<b>Ortsteile</b>	Altendorf, Altenstädt, Elbenberg und Heimarshausen
<b>Einwohnerzahl</b>	5.104 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	66,29 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	77 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.naumburg.eu">www.naumburg.eu</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 19.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Naumburg	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	2.553	2.603	2.553	2.592	2.509	2.576	→	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	414	399	409	389	399	385		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,2%	15,3%	16,0%	15,0%	15,9%	14,9%	↓	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	346	321	357	321	345	312		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	13,6%	12,3%	14,0%	12,4%	13,8%	12,1%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	445	447	441	438	417	424		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,4%	17,2%	17,3%	16,9%	16,6%	16,5%	→	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	869	831	856	825	837	840		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	34,0%	31,9%	33,5%	31,8%	33,4%	32,6%	↑	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	365	387	383	401	396	400		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,3%	14,9%	15,0%	15,5%	15,8%	15,5%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	114	218	107	218	115	215		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,5%	8,4%	4,2%	8,4%	4,6%	8,3%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	42	45	50	50	57	56		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,6%	1,7%	2,0%	1,9%	2,3%	2,2%	↗	6,5%	5,2%

### 19.2 Arbeitsmarkt

Naumburg	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1.087	933	1.095	939	1.098	947	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	151	256	156	262	155	272	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	71	73	62	50	58	53	2.579	2.292



### 19.3 Soziale Sicherung

Naumburg	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	102	84	85	84	88	96	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	29	36	28	45	35	52	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	46		47					
davon Alleinerziehende	24		24					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	52,17%		51,06%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	17	26	19	20	15	16	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	27	32	24	38	23	36	1.296	1.535

### 19.4 Jugendhilfedaten

Naumburg	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	32,55%		28,90%		30,94%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	34	17	33	13	32	13	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 19.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 19.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Städt. Kindertagesstätte „Regenbogenland“	Auf dem Lindengarten 8, 34311 Naumburg	05625 / 808
Städt. Kindertagesstätte „Zwergenstübchen“	Naumburger Str., 34311 Naumburg	05625 / 5146
Kath. Kindertagesstätte „St. Vinzenz“	Im Hain 41, 34311 Naumburg	05625 / 5805

### 19.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Elbetalschule Grundschule Naumburg	Am Kuhberg 13, 34311 Naumburg	05625 / 894

### 19.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Internationales Bildungs- und Sozialwerk e.V., Haus St. Martin, Wohn- und Therapiezentrum für Menschen mit Prader-Willi-Syndrom	Wintersgrund 2, 34311 Naumburg	05625 / 922280	40 Plätze
Internationales Bildungs- und Sozialwerk e.V., Haus Wintersgrund, Wohn- und Therapiezentrum für Menschen mit Autismus	Wintersgrund 2, 34311 Naumburg	05625 / 9239640	28 Plätze

### 19.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

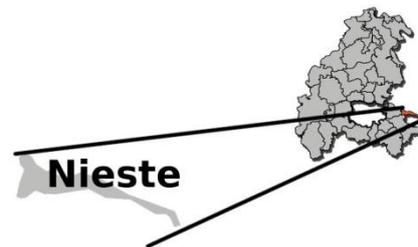
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Pflege- und Altenheim Hahn	Bergstr. 48-54, 34311 Naumburg Tel. 05625-890	105 Plätze 2 KZP-Plätze 3 TP-Plätze
Seniorenwohn- und Pflegezentrum „Haus am See“	Elbener Pfad 4a, 34311 Naumburg Tel. 05625 / 92144-0	63 Plätze 6 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> Caritas Sozialstation	Elbener Pfad 4, 34311 Naumburg Tel. 05625 / 3799275	

Mitglied des Kreissenioresbeirates: Manfred Hamel

KZP = Kurzzeitpflege

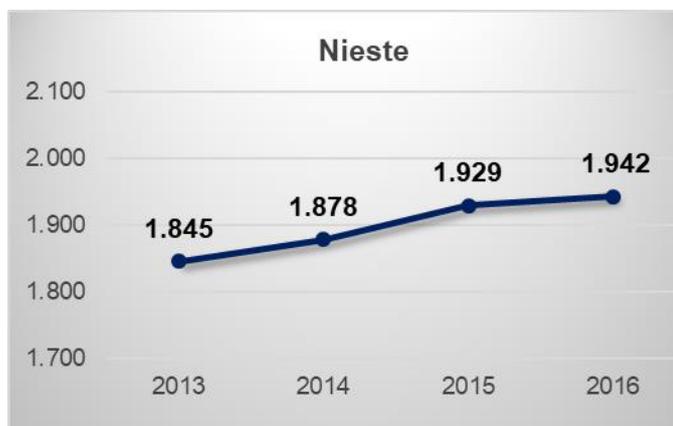


## 20 Gemeinde Nieste



	<b>Nieste</b>
<b>Ortsteile</b>	Buntebock, Rottebreite, Endschlag und Sensenstein
<b>Einwohnerzahl</b>	1.942 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	4,05 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	480 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.nieste.de">www.nieste.de</a>

**Bevölkerungsentwicklung**



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



## 20.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Nieste	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	913	932	927	951	958	971	↑	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	181	171	183	169	195	170		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	19,8%	18,3%	19,7%	17,8%	20,4%	17,5%	↗	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	99	81	112	88	116	88		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	10,8%	8,7%	12,1%	9,3%	12,1%	9,1%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	168	201	171	200	176	216		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,4%	21,6%	18,4%	21,0%	18,4%	22,2%	↓	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	329	304	330	316	334	319		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	36,0%	32,6%	35,6%	33,2%	34,9%	32,9%	↑	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	117	136	112	135	119	130		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,8%	14,6%	12,1%	14,2%	12,4%	13,4%	↓	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	19	39	19	43	18	48		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,1%	4,2%	2,0%	4,5%	1,9%	4,9%	↓	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	29	30	28	37	29	23		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,2%	3,2%	3,0%	3,9%	3,0%	2,4%	↑	6,5%	5,2%

## 20.2 Arbeitsmarkt

Nieste	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	448	390	450	395	458	399	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	53	105	50	106	57	108	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	19	11	18	17	15	17	2.579	2.292



### 20.3 Soziale Sicherung

Nieste	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	14	23	16	18	21	16	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	7	4	8	4	8	7	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	10		12					
davon Alleinerziehende	7		9					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	70,00%		75,00%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	10	7	13	11	8	7	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	2	4	2	5	3	5	1.296	1.535

### 20.4 Jugendhilfedaten

Nieste	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	33,74%		27,30%		46,97%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	4	3	6	2	6	3	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 20.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 20.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Nieste	Vor der Warte 25, 34329 Nieste	05605 / 9441-16

### 20.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Nieste	Am Schulhof 2, 34329 Nieste	05605 / 3511

### 20.5.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Jugendburg Sportbildungsstätte Sensenstein	Sensenstein, 34329 Nieste	0561 / 712680

### 20.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

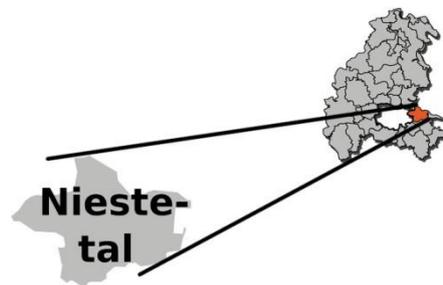
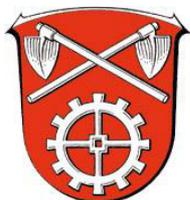
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Ambulante Dienste</b> Zweckverband Kaufunger Wald - Söhre	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen Tel. 05605 / 9394540	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Walter Reitze*

*Senioresenbeirat: Walter Reitze*

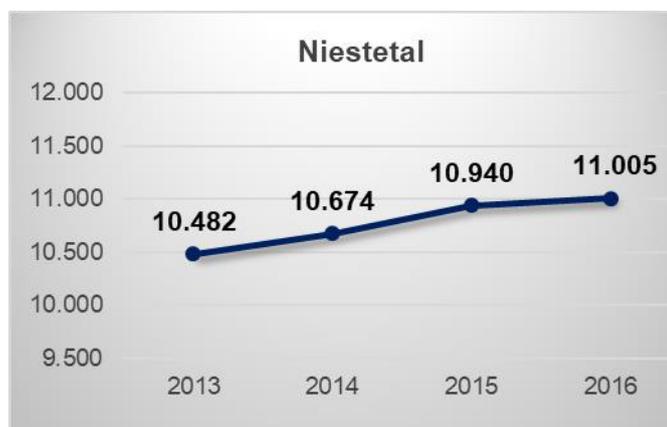


## 21 Gemeinde Niestetal



	<b>Niestetal</b>
<b>Ortsteile</b>	Heiligenrode und Sandershausen
<b>Einwohnerzahl</b>	11.005 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	22,15 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	497 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.niestetal.de">www.niestetal.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen



### 21.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Niestetal	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	5.054	5.428	5.164	5.510	5.350	5.590	→	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	816	777	826	806	856	817		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,1%	14,3%	16,0%	14,6%	16,0%	14,6%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	585	616	608	656	687	704		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,6%	11,3%	11,8%	11,9%	12,8%	12,6%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	914	992	949	967	984	970		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,1%	18,3%	18,4%	17,5%	18,4%	17,4%	↓	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1633	1668	1682	1680	1709	1677		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	32,3%	30,7%	32,6%	30,5%	31,9%	30,0%	↑	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	879	978	851	1000	873	1006		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,4%	18,0%	16,5%	18,1%	16,3%	18,0%	↑	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	227	397	248	401	241	416		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,5%	7,3%	4,8%	7,3%	4,5%	7,4%	↘	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	275	280	311	313	432	372		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	5,4%	5,2%	6,0%	5,7%	8,1%	6,7%	→	6,5%	5,2%

### 21.2 Arbeitsmarkt

Niestetal	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2.243	2.059	2.291	2.108	2.348	2.145	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	353	575	382	613	412	580	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	98	95	93	93	95	105	2.579	2.292



### 21.3 Soziale Sicherung

Niestetal	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	134	169	137	160	148	177	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	68	67	63	71	68	77	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	90		88					
davon Alleinerziehende	63		60					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	70,00%		68,18%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	54	38	46	45	33	49	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	40	46	45	49	44	50	1.296	1.535

### 21.4 Jugendhilfedaten

Niestetal	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	32,96%		18,50%		25,47%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	16	19	17	18	15	17	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↓↘ Entwicklung sinkend / fallend

↑↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 21.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 21.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten am Park	Friedrich-Ebert-Str. 7 a, 34266 Niestetal	056152 / 577
Kindergarten „Fantasia“	Theodor-Heuss-Str. 7, 34266 Niestetal	0561 / 527255
Kindergarten „Regenbogen“	Cornelius-Gellert-Str. 20, 34266 Niestetal	0561 / 528961
Kindergarten „Sternschnuppe“	Stein-Str. 5, 34266 Niestetal	0561 / 527215

### 21.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Sandershausen	Mühlenweg 14 – 16, 34266 Niestetal	0561 / 523877
Astrid-Lindgren-Schule	Friedrich-Ebert-Str. 25, 34266 Niestetal	0561 / 522203
Wilhelm-Leuschner-Schule	Karl-Marx-Str. 32, 34266 Niestetal	0561 / 952770

### 21.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

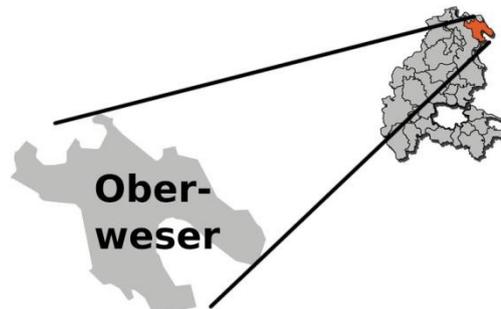
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> AWO-Seniorenzentrum Niestetal	Karl-Marx-Str. 29, 34266 Niestetal	83 Plätze 4 KZP-Plätze 8 TP-Plätze
PCK Pflege-Centrum-Kassel	Kasseler Str. 58, 34266 Niestetal	
Haus Sandershausen	Am Wackelstein 3, 34266 Niestetal Tel. 0561 / 7668460	75 Plätze 8 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> G & S ambulantes Pflege- u. Betreuungsteam mit Herz	Dorfstr. 14, 34266 Niestetal Tel. 0561 / 5296986	
RR Kasseler Pflegedienst	Hannoversche Str. 77, 34266 Niestetal Tel. 0561 / 50610170	
PCK Ambulante Pflege	Am Wackelstein 12, 34266 Niestetal Tel. 0561 / 8706087	

Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Erich-Wilhelm Schubert

KZP = Kurzzeitpflege  
TP = Tagespflege

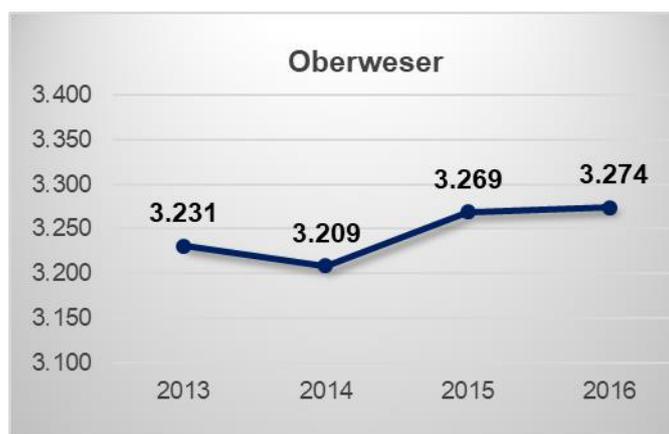


## 22 Gemeinde Oberweser



	Oberweser
<b>Ortsteile</b>	Arenborn, Gewissenruh, Gieselwerder, Gottstreu, Heisebeck und O-edelsheim
<b>Einwohnerzahl</b>	3.274 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	41,16 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	80 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.oberweser.de">www.oberweser.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**22.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

<b>Oberweser</b>	<b>2013</b>		<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>Ten-</b> <b>denz</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Einwohner/innen	1.621	1.610	1.608	1.601	1.674	1.595	→	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	251	262	250	253	254	256		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,5%	16,3%	15,5%	15,8%	15,2%	16,1%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	169	145	164	143	212	141		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	10,4%	9,0%	10,2%	8,9%	12,7%	8,8%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	280	263	263	256	270	245		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,3%	16,3%	16,4%	16,0%	16,1%	15,4%	↓	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	549	532	558	539	557	538		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	33,9%	33,0%	34,7%	33,7%	33,3%	33,7%	↑	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	296	294	292	299	301	291		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	18,3%	18,3%	18,2%	18,7%	18,0%	18,2%	↓	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	76	114	81	111	80	124		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,7%	7,1%	5,0%	6,9%	4,8%	7,8%	↘	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	29	26	35	35	113	61		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,8%	1,6%	2,2%	2,2%	6,8%	3,8%	→	6,5%	5,2%

**22.2 Arbeitsmarkt**

<b>Oberweser</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	663	551	660	523	683	539	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	123	218	129	210	146	208	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	39	21	44	26	39	26	2.579	2.292



### 22.3 Soziale Sicherung

Oberweser	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	39	39	46	42	61	42	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	13	14	18	11	18	19	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	17		20					
davon Alleinerziehende	10		12					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	58,82%		60,00%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	16	8	17	9	9	11	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	10	12	8	11	13	10	1.296	1.535

### 22.4 Jugendhilfedaten

Oberweser	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	38,75%		13,80%		23,44%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	11	5	14	7	15	8	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 22.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 22.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte Gieselwerder	Hopfenbergstr., 34399 Oberweser	05574 / 349
Kindertagesstätte Heisebeck	Kirchstr. 2, 34399 Oberweser	05574 / 1877
Kindertagesstätte Oedelsheim	Bremer Str. 1, 34399 Oberweser	05574 / 5140

### 22.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Gieselwerder	Jahnstr. 15, 34399 Oberweser	05572 / 341
Grundschule Oedelsheim	Schulstr. 6, 34399 Oberweser	05574 / 311

### 22.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Ambulante Dienste</b> Ambulanter Pflegedienst Oberweser	In der Laake 2, 34399 Oberweser Tel. 05572 / 921887	
Häusliche Krankenpflege Oberweser e.V.	Bremer Str. 4, 34399 Oberweser Tel. 05574 / 944815	

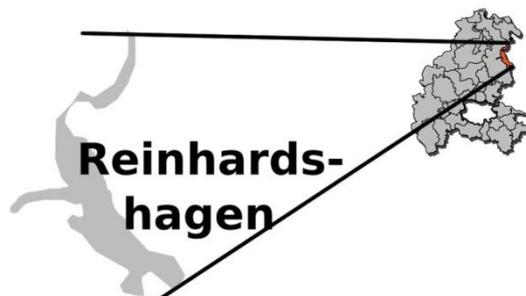
*Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Monika Seifert*

### 22.5.4 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417



## 23 Gemeinde Reinhardshagen



	Reinhardshagen
<b>Ortsteile</b>	Veckerhagen und Vaake
<b>Einwohnerzahl</b>	4.464 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	12,99 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	344 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.reinhardshagen.de">www.reinhardshagen.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**23.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

<b>Reinhardshagen</b>	<b>2013</b>		<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>Ten- denz</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Einwohner/innen	2.213	2.264	2.213	2.242	2.227	2.264	↘	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	324	311	332	305	339	318		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,6%	13,7%	15,0%	13,6%	15,2%	14,0%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	273	263	270	263	264	261		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,3%	11,6%	12,2%	11,7%	11,9%	11,5%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	329	317	330	311	348	315		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,9%	14,0%	14,9%	13,9%	15,6%	13,9%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	810	764	796	748	782	747		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	36,6%	33,7%	36,0%	33,4%	35,1%	33,0%	→	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	374	405	380	418	391	413		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,9%	17,9%	17,2%	18,6%	17,6%	18,2%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	103	204	105	197	103	210		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,7%	9,0%	4,7%	8,8%	4,6%	9,3%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	58	57	59	59	59	63		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,6%	2,5%	2,7%	2,6%	2,6%	2,8%	→	6,5%	5,2%

**23.2 Arbeitsmarkt**

<b>Reinhardshagen</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	914	716	936	732	925	739	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	130	249	142	254	141	249	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	54	43	56	44	55	43	2.579	2.292



### 23.3 Soziale Sicherung

<b>Reinhardshagen</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	76	75	64	61	65	57	40.34	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	26	24	29	25	27	24	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	38		35					
davon Alleinerziehende	23		21					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	60,53%		60,00%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	19	15	16	16	28	16	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	21	25	19	26	21	26	1.296	1.535

### 23.4 Jugendhilfedaten

<b>Reinhardshagen</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	32,64%		34,40%		32,63%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	14	7	15	11	10	13	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 23.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 23.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Veckerhagen	Friedhofsweg 12, 34359 Reinhardshagen	05544 / 7763
Kindergarten Vaake	Schlesierstr. 24m 34359 Reinhardshagen	05544 / 1234

### 23.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Lucas-Lossios-Schule	Graseweg 1, 34359 Reinhardshagen	05544 / 50

### 23.5.3 Behinderteneinrichtungen

*Behindertenbeauftragte/r:* Heinz Weidner

### 23.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Seniorenpflegeheim Kaiserhof	Untere Kasseler Str. 3, 34359 Reinhardshagen Tel. 05544 / 7330	20 Plätze 4 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> Ambulante Pflege	Mündener Str. 9, 34359 Reinhardshagen Tel. 05544 / 912161	

*Mitglied des Kreissenorenbeirates:* Willi Dettmar

*Seniorenbeirat:* Wili Dettmar

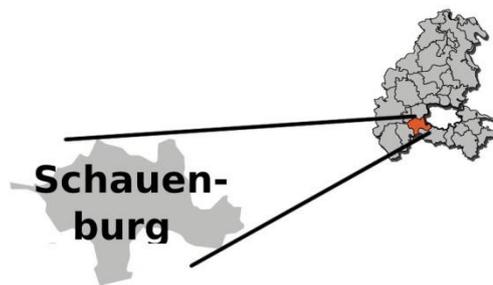
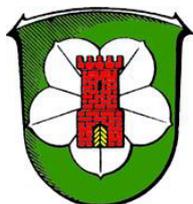
### 23.5.5 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

KZP = Kurzzeitpflege

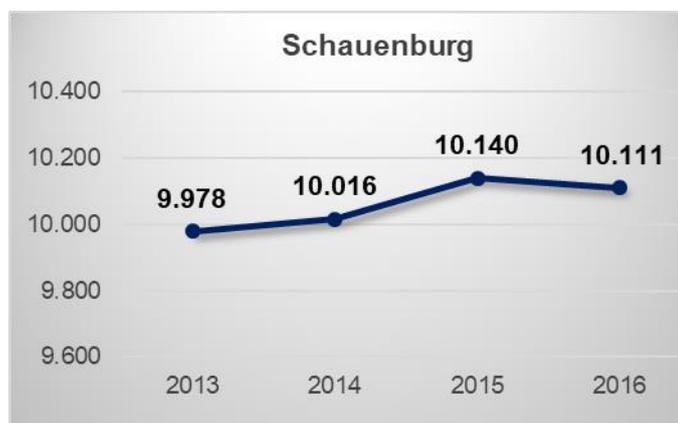


## 24 Gemeinde Schauenburg



	Schauenburg
<b>Ortsteile</b>	Breitenbach, Elgershausen, Elmshagen, Hoof und Martinhagen
<b>Einwohnerzahl</b>	10.111 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	30,85 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	328 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.gemeinde-schauenburg.de">www.gemeinde-schauenburg.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**24.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

Schauenburg	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	4.946	5.032	5.002	5.014	5.084	5.056	↘	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	865	692	834	675	853	687		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,5%	13,8%	16,7%	13,5%	16,8%	13,6%	↘	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	613	532	622	535	650	545		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	12,4%	10,6%	12,4%	10,7%	12,8%	10,8%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	770	854	811	828	839	841		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,6%	17,0%	16,2%	16,5%	16,5%	16,6%	↓	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1.634	1.652	1.650	1.672	1.661	1.685		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	33,0%	32,8%	33,0%	33,3%	32,7%	33,3%	↑	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	861	957	869	954	849	940		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,4%	19,0%	17,4%	19,0%	16,7%	18,6%	↑	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	203	345	216	350	232	358		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,1%	6,9%	4,3%	7,0%	4,6%	7,1%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	158	170	187	189	250	231		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,2%	3,4%	3,7%	3,8%	4,9%	4,6%	→	6,5%	5,2%

**24.2 Arbeitsmarkt**

Schauenburg	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2.142	1.800	2.191	1.840	2.188	1.873	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	252	571	280	564	284	527	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	100	75	98	74	75	80	2.579	2.292



### 24.3 Soziale Sicherung

Schauenburg	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	91	88	107	91	111	106	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	35	28	35	29	41	39	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	46		46					
davon Alleinerziehende	27		26					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	58,70%		56,52%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	35	37	29	28	21	33	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	25	32	25	34	23	29	1.296	1.535

### 24.4 Jugendhilfedaten

Schauenburg	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	34,04%		23,90%		30,86%		21,97%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	32	28	28	23	22	17	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 24.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 24.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten "Sonnenschein" Breitenbach	Heinrichstr. 15, 34270 Schauenburg	05601 / 4148
Kindergarten "Kleiner Bär" Elgershausen	Kirchweg 5, 34270 Schauenburg	05601 / 2160
Kindergarten "Regenbogen" Hoof	Wahlgemeinde 17, 34270 Schauenburg	05601 / 5260
Kindergarten "Panama" Martinshagen	Pfarrgarten 5, 34270 Schauenburg	05601 / 4460

### 24.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Breitenbach	Johann -Friedrich-Krause-Schule, Leckenweg 1, 34270 Schauenburg	05601 / 1553
Grundschule Elgershausen	Unterer Kirchweg, 34270 Schauenburg	05601 / 1420
Grundschule Hoof	Wahlgemeinde 19, 34270 Schauenburg	05601 / 2250

### 24.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

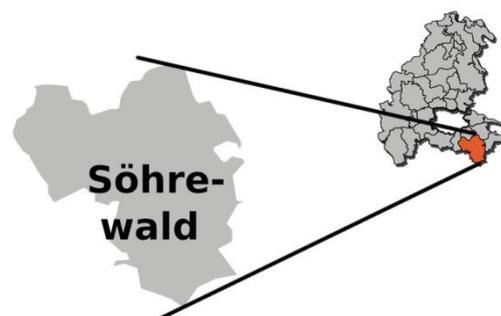
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Haus Elgershausen	Udo-Fischer-Str. 1, 34270 Schauenburg Tel. 05601 / 96867-0	77 Plätze 8 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> Ambulanter Pflegedienst Schau- enburg	Amters Hof 3, 34270 Schauenburg Tel. 05601 / 93232	
Ihr Pflegeteam	Wahlgemeinde 24, 34270 Schauenburg Tel. 05601 / 5639	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Friedhelm Höhle

KZP = Kurzzeitpflege

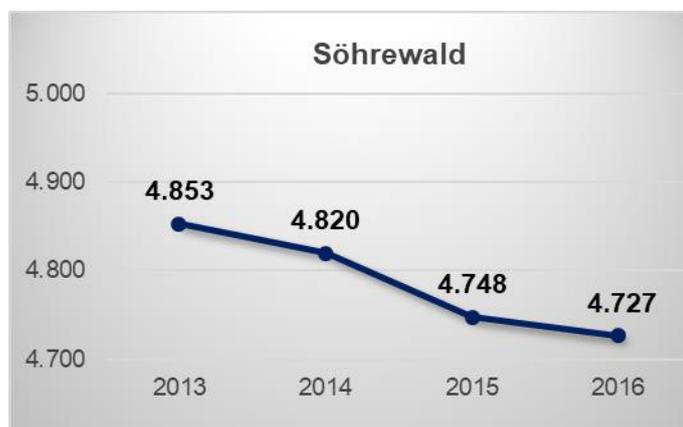


## 25 Gemeinde Söhrewald



	Söhrewald
<b>Ortsteile</b>	Eiterhagen, Wattenbach und Wellerode
<b>Einwohnerzahl</b>	4.727 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	58,9 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	80 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.soehrewald.de">www.soehrewald.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**25.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

<b>Söhrewald</b>	<b>2013</b>		<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>Ten-</b> <b>denz</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Einwohner/innen	2.414	2.439	2.398	2.422	2.353	2.395	↘	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	392	365	382	362	367	342		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,2%	15,0%	15,9%	14,9%	15,6%	14,3%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	270	229	272	220	260	222		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,2%	9,4%	11,3%	9,1%	11,0%	9,3%	↗	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	411	418	384	413	361	396		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,0%	17,1%	16,0%	17,1%	15,3%	16,5%	↓	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	797	800	786	792	792	801		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	33,0%	32,8%	32,8%	32,7%	33,7%	33,4%	↑	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	462	442	480	456	476	456		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	19,1%	18,1%	20,0%	18,8%	20,2%	19,0%	↗	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	82	185	94	179	97	178		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	3,4%	7,6%	3,9%	7,4%	4,1%	7,4%	↗	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	61	69	63	71	66	74		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,5%	2,8%	2,6%	2,9%	2,8%	3,1%	→	6,5%	5,2%

**25.2 Arbeitsmarkt**

<b>Söhrewald</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	953	841	974	843	977	854	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	131	254	154	269	145	251	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	44	50	41	51	38	40	2.579	2.292



### 25.3 Soziale Sicherung

Söhrewald	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	54	58	47	51	43	50	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	20	16	14	17	21	13	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	33		27					
davon Alleinerziehende	21		18					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	63,64%		66,67%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	17	23	16	28	15	21	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	19	18	19	17	15	19	1.296	1.535

### 25.4 Jugendhilfedaten

Söhrewald	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	34,33%		31,10%		27,62%		21,97%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	22	13	26	9	27	8	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 25.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 25.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte „Kleine Wichte“	Schulstr. 12, 34320 Söhrewald	05608 / 5366
Kindertagesstätte „Kleine Waldwichte“	Berndtswiese 2, 34320 Söhrewald	05608 / 953737
Kindertagesstätte „Sonnenflieger“	Trieschweg 2B, 34320 Söhrewald	05608 / 2602

### 25.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Söhrewald	Schulstr. 6, 34320 Söhrewald-Wellerode	05608 / 1504

### 25.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Seniorenheimat Langeleben	Kasselberg 5, 34320 Söhrewald Tel. 05608 / 1525	47 Plätze 4 KZP-Plätze
<b>Tagespflege</b> Seniorenheimat Langeleben	Am Kasselberg 5, 34320 Söhrewald Tel. 05608 / 1525	8 TP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> Zweckverband Kaufunger Wald-Söhre	Theodor-Heuss-Str. 15, 34260 Kaufungen Tel. 05605 / 939454-0	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Gerhard Lücke

*Senioresenbeirat:* Gerhard Lücke

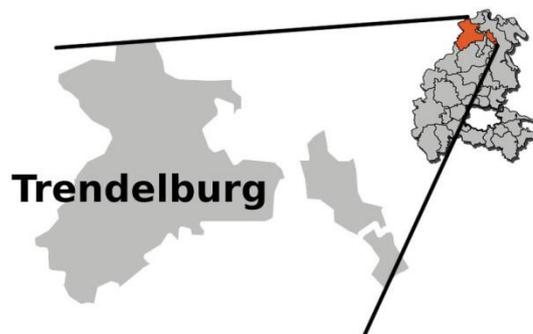
### 25.5.4 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

KZP = Kurzzeitpflege



## 26 Stadt Trendelburg



	<b>Trendelburg</b>
<b>Ortsteile</b>	Deisel, Eberschütz, Friedrichsfeld, Gottsbüren, Langenthal, Sielen und Stammen
<b>Einwohnerzahl</b>	5.036 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	69,35 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	73 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.trendelburg.de">www.trendelburg.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**26.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

<b>Trendelburg</b>	<b>2013</b>		<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>Ten-</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Einwohner/innen	2.500	2.565	2.518	2.563	2.526	2.561	→	115.97 2	119.84 1
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	409	380	409	377	392	363		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,4%	14,8%	16,2%	14,7%	15,5%	14,2%	↓	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	295	254	313	253	338	266		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,8%	9,9%	12,4%	9,9%	13,4%	10,4%	↓	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	402	426	357	400	350	380		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,1%	16,6%	14,2%	15,6%	13,9%	14,8%	→	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	877	823	914	838	896	846		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	35,1%	32,1%	36,3%	32,7%	35,5%	33,0%	↑	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	394	422	406	429	426	432		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,8%	16,5%	16,1%	16,7%	16,9%	16,9%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	123	260	119	266	124	274		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,9%	10,1%	4,7%	10,4%	4,9%	10,7%	↘	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	23	34	43	52	67	54		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	0,9%	1,3%	1,7%	2,0%	2,7%	2,1%	↗	6,5%	5,2%

**26.2 Arbeitsmarkt**

<b>Trendelburg</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1044	859	1041	865	1038	858	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	141	249	149	274	139	270	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	62	52	57	41	48	36	2.579	2.292



### 26.3 Soziale Sicherung

Trendelburg	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	67	77	63	67	72	68	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	18	29	27	30	17	27	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	35		35					
davon Alleinerziehende	18		17					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	51,43%		48,57%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	15	12	20	9	8	14	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	25	37	24	33	30	37	1.296	1.535

### 26.4 Jugendhilfedaten

Trendelburg	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	36,48%		25,00%		35,29%		21,97%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	14	10	12	11	13	11	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 26.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 26.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten „Seifenblase“ Sielen	Bachstr. 2, 34388 Trendelburg	05675 / 5431
Kindergarten „Regenbogen“ Deisel	Raiffeisenstr. 36, 34388 Trendelburg	05675 / 364

### 26.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Mittelpunktgrundschule	Zur Abgunst, 34388 Trendelburg	05675 / 9549

### 26.5.3 Einrichtungen der Altenhilfe

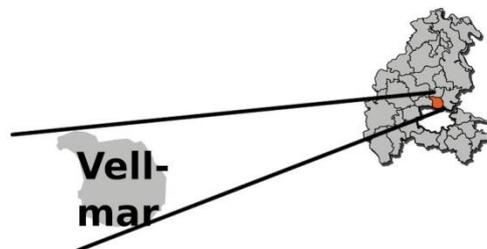
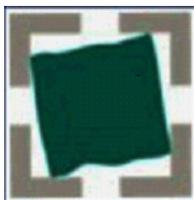
Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Seniorenpflegeheim Trendelburg	Auf der Breite 1, 34388 Trendelburg Tel. 05675 / 9689	14 Plätze 3 KZP-Plätze
Alten- und Pflegeheim "Schloss Stammen"	Schlossstr. 27, 34388 Trendelburg Tel. 05675 / 279	30 Plätze 2 KZP-Plätze
Privates Seniorenpflegeheim Landgraf-Carl	Landgraf-Carl-Weg 2, 34388 Trendelburg Tel. 05675 / 72259-0	60 Plätze 6 KZP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> Sozialstation der Stadt Trendel- burg	Zur Burg 4, 34388 Trendelburg Tel. 05675 / 749999	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates: Wilfried Aßhauer*

KZP = Kurzzeitpflege



## 27 Stadt Vellmar



	Vellmar
<b>Ortsteile</b>	Frommershausen, Obervellmar, Niedervellmar und Vellmar-West
<b>Einwohnerzahl</b>	18.067 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	13,97 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	1.380 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.vellmar.de">www.vellmar.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**27.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

<b>Vellmar</b>	<b>2013</b>		<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>Ten-</b> <b>denz</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Einwohner/innen	8.524	9.551	8.477	9.560	8.500	9.533	↘	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	1.355	1.378	1.327	1.407	1.347	1.381		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,9%	14,4%	15,7%	14,7%	15,8%	14,5%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	952	1.022	962	1.015	982	1.012		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,2%	10,7%	11,3%	10,6%	11,6%	10,6%	↓	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	1.511	1.614	1.402	1.579	1.386	1.580		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,7%	16,9%	16,5%	16,5%	16,3%	16,6%	→	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	2.690	3.019	2.660	3.024	2.634	2.993		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	31,6%	31,6%	31,4%	31,6%	31,0%	31,4%	→	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	1.666	1.900	1.748	1.901	1.739	1.899		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	19,5%	19,9%	20,6%	19,9%	20,5%	19,9%	↑	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	350	618	378	634	412	668		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,1%	6,5%	4,5%	6,6%	4,8%	7,0%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	515	574	526	590	561	615		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	6,0%	6,0%	6,2%	6,2%	6,6%	6,5%	→	6,5%	5,2%

**27.2 Arbeitsmarkt**

<b>Vellmar</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	3.214	3.140	3.258	3.151	3.298	3.200	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	565	967	591	983	614	939	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	220	201	210	179	167	184	2.579	2.292



### 27.3 Soziale Sicherung

Vellmar	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	289	363	272	327	292	359	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	155	134	127	130	161	153	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	192		181					
davon Alleinerziehende	110		97					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	57,29%		53,59%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	74	65	68	52	64	69	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	80	123	90	115	88	110	1.296	1.535

### 27.4 Jugendhilfedaten

Vellmar	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	32,70%		25,40%		32,44%		21,97%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	53	27	49	30	45	42	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 27.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 27.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindertagesstätte Niedervellmar	Steinstückerweg 21, 34246 Vellmar	0561 / 820014
Kindertagesstätte Stadtmitte	Hauffstr. 10, 34246 Vellmar	0561 / 8200722
Kindertagesstätte Obervellmar	Holländische Str. 129A, 34246 Vellmar	0561 / 8200654
Kindertagesstätte Vellmar-West	Rheinstahlring 3C, 34246 Vellmar	0561 / 8820463
Kindertagesstätte Frommershausen	Am Kaiserberg 21, 34246 Vellmar	0561 / 8200675
Kinderhort Vellmar-West	Lüneburger Str. 10, 34246 Vellmar	0561 / 8200693
Kinderhort Frommershausen	Am Kaiserberg 21, 34246 Vellmar	0561 / 8200675

### 27.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Gesamtschule Ahnatal	Mittelring 20, 34246 Vellmar	0561 / 982660
Grundschule Niedervellmar	Jahnstr. 13, 34246 Vellmar	0561 / 9827950
Grundschule Frommerhausen	Simmershäuser Str. 10, 34246 Vellmar	0561 / 9823980
Grundschule Obervellmar	Heckershäuser Str. 54, 34246 Vellmar	0561 / 821778

### 27.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
bdks - Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen	Nordstr. 20, 34246 Vellmar	0561 / 8205810	13 Plätze

### 27.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Medical Park Seniorenresidenz	Rembrandtweg 2, 34246 Vellmar Tel. 0561 / 82960	151 Plätze 7 KZP-Plätze
Haus Mühlenhof Vellmar	In der Aue 27, 34246 Vellmar Tel. 0561 / 49181-0	146 Plätze 10 KZP-Plätze
<b>Tagespflege</b> Aktiv durch's Jahr Tagespflege B & K	Rheinstahlring 1, 34246 Vellmar Tel. 0561 / 962828	24 TP-Plätze
<b>Betreutes Wohnen</b> Grubau Massivhaus GmbH	Kollostr. 3, 34246 Vellmar Tel. 0561 / 982870	
<b>Ambulante Dienste</b> Pro Agila	Adalbert-Stifter-Str. 23, 34246 Vellmar Tel. 0561 / 7661927-0	
Pflegeteam am Park	Rheinstahlring 3 b, 34246 Vellmar Tel. 0561 / 81687730	



Fortsetzung Einrichtungen der Altenhilfe		
Ambulanter Pflegedienst	Kasseler Str. 8, 34246 Vellmar Tel. 0561 / 8616171	
Ambulante Krankenpflege	Frommershäuser Str. 57, 34246 Vellmar Tel. 0561 / 822633	
Sozialstation Vellmar	Lüneburger Str. 10, 34246 Vellmar Tel. 0561 / 8200743	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Wilfried Apel

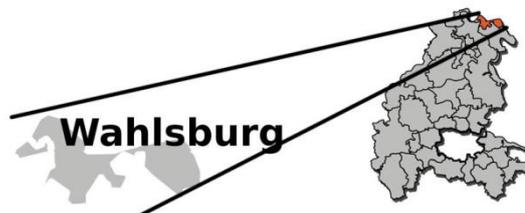
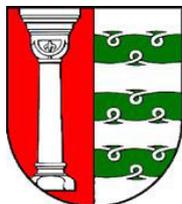
*Senioresenbeirat:* Helga Beyer

KZP = Kurzzeitpflege



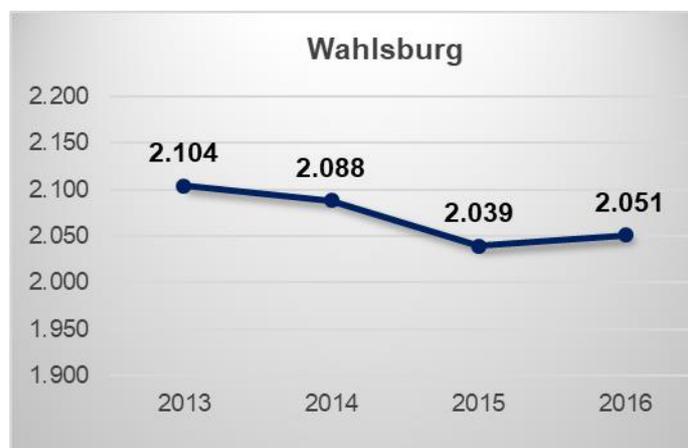


## 28 Gemeinde Wahlsburg



	<b>Wahlsburg</b>
<b>Ortsteile</b>	Lippoldsberg und Vernawahlshausen
<b>Einwohnerzahl</b>	2.051 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	11,43 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	179 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.wahlsburg.de">www.wahlsburg.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**28.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

<b>Wahlsburg</b>	<b>2013</b>		<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>Ten-</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Einwohner/innen	1.024	1.080	1.025	1.063	1.003	1.036	↓	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	175	160	177	155	172	154		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,1%	14,8%	17,3%	14,6%	17,1%	14,9%	↓	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	101	110	97	103	88	96		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	9,9%	10,2%	9,5%	9,7%	8,8%	9,3%	↘	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	164	183	158	172	144	167		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,0%	16,9%	15,4%	16,2%	14,4%	16,1%	↘	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	353	329	361	337	363	335		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	34,5%	30,5%	35,2%	31,7%	36,2%	32,3%	→	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	168	185	165	181	167	173		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,4%	17,1%	16,1%	17,0%	16,7%	16,7%	→	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	63	113	67	115	69	111		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	6,2%	10,5%	6,5%	10,8%	6,9%	10,7%	↘	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	21	28	19	31	24	31		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	2,1%	2,6%	1,9%	2,9%	2,4%	3,0%	↑	6,5%	5,2%

**28.2 Arbeitsmarkt**

<b>Wahlsburg</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	370	325	377	338	380	340	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	64	112	69	117	66	119	7.554	1.2643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	28	25	32	16	37	25	2.579	2.292



### 28.3 Soziale Sicherung

Wahlsburg	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	31	33	28	33	31	37	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	12	8	11	9	17	7	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	15		17					
davon Alleinerziehende	9		12					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	60,00%		70,59%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	7	6	12	3	13	6	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	9	19	12	17	13	13	1.296	1.535

#### 28.3.1 Jugendhilfedaten

Wahlsburg	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	37,19%		39,50%		43,24%		21,97%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	4	2	5	1	7	1	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 28.4 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 28.4.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten „Spatzennest“	Schulstr. 5, 37194 Wahlsburg	05572 / 7295
Kindergarten „Regenbogenland“	Oedelsheimer Str. 8, 37194 Wahlsburg	05571 / 5470

### 28.4.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Lippoldsberg	Schulstr. 32, 37194 Wahlsburg	05572 / 398

### 28.4.3 Jugendhilfe- und Jugendberufshilfeeinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Ev. Jugendarbeit Oberweser	Peter Kleinadel, Gartenstr. 3, 37194 Wahlsburg	05572 / 999944

### 28.4.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Ev. Altenhilfezentrum Lippoldsberg	Brauhausstr. 5, 37194 Wahlsburg Tel. 05572 / 94860	55 Plätze 4 KZP-Platz 8 TP-Plätze
<b>Ambulante Dienste</b> Häusliche Krankenpflege Wahlsburg	Mühlenstr. 5, 37194 Wahlsburg Tel. 05572 / 9998701	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Horst Heusner

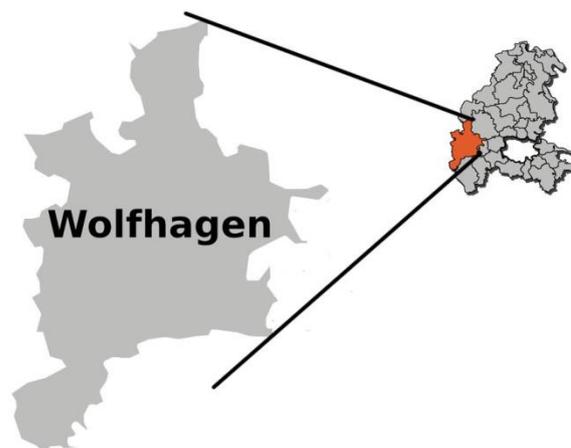
#### 28.4.4.1 Sonstige

Einrichtung	Adresse	Telefon
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

KZP = Kurzeitpflege  
TP = Tagespflege



## 29 Stadt Wolfhagen



	<b>Wolfhagen</b>
<b>Ortsteile</b>	Altenhasungen, Bründersen, Elmarshausen, Gasterfeld, Ippinghausen, Isthä, Leckringhausen, Niederelsungen, Nothfelden, Philippinenburg, Philippinenthal, Viesebeck und Wenigenhasungen
<b>Einwohnerzahl</b>	13.199 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	111,95 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	118 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.wolfhagen.de">www.wolfhagen.de</a>

### Bevölkerungsentwicklung



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

## 29.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur

Wolfhagen	2013		2014		2015		Tendenz	LKKS	
	m	w	m	w	m	w		m	w
Einwohner/innen	6.231	6.490	6.368	6.488	6.767	6.509	↘	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	1.053	940	1.063	992	1.107	997		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,9%	14,5%	16,7%	15,3%	16,4%	15,3%	↓	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	878	778	948	774	1165	799		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	14,1%	12,0%	14,9%	11,9%	17,2%	12,3%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	1068	1068	1059	1050	1120	1021		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,1%	16,5%	16,6%	16,2%	16,6%	15,7%	↓	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	2027	2042	2074	2011	2128	2039		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	32,5%	31,5%	32,6%	31,0%	31,4%	31,3%	↑	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	950	1157	945	1133	970	1126		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	15,2%	17,8%	14,8%	17,5%	14,3%	17,3%	↗	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	255	505	279	528	277	527		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,1%	7,8%	4,4%	8,1%	4,1%	8,1%	→	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	298	248	464	324	889	403		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,8%	3,8%	7,3%	5,0%	13,1%	6,2%	↗	6,5%	5,2%

## 29.2 Arbeitsmarkt

Wolfhagen	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	2.662	2.187	2.697	2.206	2.735	2.236	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	457	751	467	781	482	735	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	196	180	157	147	181	150	2.579	2.292



### 29.3 Soziale Sicherung

Wolfhagen	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	256	313	253	271	365	323	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	130	93	118	107	151	130	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	157		152					
davon Alleinerziehende	97		96					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	61,78%		63,16%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	47	44	40	36	48	38	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	96	124	101	122	95	115	1.296	1.535

### 29.4 Jugendhilfedaten

Wolfhagen	2015		2016		2017		LKKS	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	34,68%		21,40%		25,92%		21,97%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	63	55	53	62	51	62	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 29.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 29.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Ippinghausen	Leckringhäuser Str. 6b, 34466 Wolfhagen	05692 / 7727
Kindergarten „Villa Kunterbunt“	Kampweg 8, 34466 Wolfhagen	05692 / 6836
Kindergarten „Haus der kleinen Füße“	Landgrafen Str. 29, 34466 Wolfhagen	05692 / 996227
Kindergarten „Liemecke“	Liemecke Str. 1, 34466 Wolfhagen	05692 / 5401
Kindergarten Niederelsungen	Johann-Wachenfeld-Str. 2, 34466 Wolfhagen	05606 / 8050
Kindergarten „Kleine Strolche“	Raiffeisenweg 2, 34466 Wolfhagen	05692 / 2275
Kindergarten „Zwergenstübchen“	Kurfürstenstr. 22, 34466 Wolfhagen	05692 / 9960830

### 29.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Grundschule Ippinghausen	Korbacher Str. 27, 34466 Wolfhagen	05692 / 8486
Wilhelm-Filchner-Grundschule	Ippinghäuser Str. 13, 34466 Wolfhagen	05692 / 8026
WFS Gesamtschule und Gymnasiale Oberstufe	Kurfürsten Str. 20, 34466 Wolfhagen	05692 / 98480
Grundschule Erpetal	Schulstr. 10, 34466 Wolfhagen	05692 / 2455
WFS Schule für Lernhilfe	Kurfürstenstr. 20, 34466 Wolfhagen	05692 / 8089
Herwig-Blankertz-Schule, Berufsschule	Magazinstr. 23, 34466 Wolfhagen	05692 / 98890

### 29.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
Emstaler Verein e.V., Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen	Liemeckestr. 3, 34466 Wolfhagen	05692 / 9869-15	13 Plätze
Emstaler Verein e.V., Betreutes Wohnen für seelisch behinderte Menschen	Liemeckestr. 3, 34466 Wolfhagen	05692 / 98690	43 Plätze
Gesundheitsamt Region Kassel, Psychosoziale Kontakt und Beratungsstelle für seelisch behinderte Menschen Psychosoziales Zentrum	Liemeckestr. 3, 34466 Wolfhagen	0561 / 787-5365	

*Behindertenbeauftragte/r:* Wolfgang Hensel



#### 29.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationärer Bereich</b> Seniorenzentrum Wolfhagen	Karlstr. 18, 34466 Wolfhagen Tel. 05692 / 9965-0	131 Plätze 3 KZP-Plätze 4 TP-Plätze
Phönix Seniorenresidenz	Eichenstr. 43, 34466 Wolfhagen Tel. 05692 / 99773-0	134 Plätze 5 KZP-Plätze
<b>Tagespflege</b> Tagespflege am Karlsark	Karlstr. 23, 34466 Wolfhagen Tel. 05692 / 218	12 TP-Plätze
<b>Betreutes Wohnen</b> Seniorenwohnanlage „Am Karlsark“, Seniorenzentrum Wolfhagen	Karlstr. 18, 34466 Wolfhagen Tel. 05692 / 99650	
<b>Ambulante Dienste</b> Pflegedienst Sonnenblume	Mittelstr. 12, 34466 Wolfhagen Tel. 05692 / 994291	
Sozialpflegedienst Wolfhagen	Karlstr. 23, 34466 Wolfhagen Tel. 05692 / 8118	

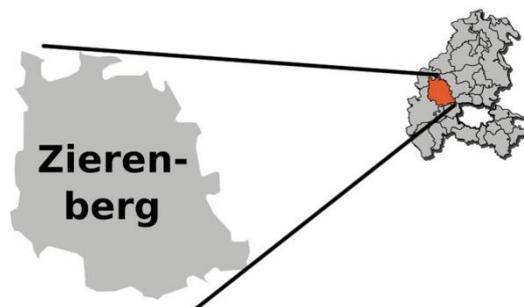
*Mitglied des Kreissenioresenbeirates: z. Z. nicht besetzt*

KZP = Kurzeitpflege  
TP = Tagespflege





### 30 Stadt Zierenberg



	Zierenberg
<b>Ortsteile</b>	Burghasungen, Escheberg, Hohenborn, Laar, Oberelsungen und Oelshausen
<b>Einwohnerzahl</b>	6.600 (Stand 2016)
<b>Gemeindefläche</b>	86,53 km <sup>2</sup>
<b>Bevölkerungsdichte</b>	77 Einwohner/innen je km <sup>2</sup>
<b>Webadresse</b>	<a href="http://www.zierenberg.de">www.zierenberg.de</a>

**Bevölkerungsentwicklung**



Quelle: Statistisches Landesamt Hessen

**30.1 Bevölkerungsentwicklung und -struktur**

<b>Zierenberg</b>	<b>2013</b>		<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>Ten-</b> <b>denz</b>	<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>		<b>m</b>	<b>w</b>
Einwohner/innen	3.175	3.287	3.206	3.310	3.231	3.337	↘	115.972	119.841
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	511	453	509	452	491	464		18.751	17.658
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	16,1%	13,8%	15,9%	13,7%	15,2%	13,9%	→	16,2%	14,7%
"Haushaltsgründer/innen" (18 bis unter 30 Jahre)	363	330	373	334	410	339		15.253	13.125
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	11,4%	10,0%	11,6%	10,1%	12,7%	10,2%	→	13,2%	11,0%
"Familiengründer/innen" (30 bis unter 45 Jahre)	548	550	550	534	521	528		19.099	19.372
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,3%	16,7%	17,2%	16,1%	16,1%	15,8%	↓	16,5%	16,2%
"Konsolidierte" (45 bis unter 65 Jahre)	1.069	1.041	1.071	1.048	1.084	1.040		37.369	38.013
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	33,7%	31,7%	33,4%	31,7%	33,5%	31,2%	↗	32,2%	31,7%
"Senior(inn)en" (65 bis unter 80 Jahre)	545	578	561	594	561	602		20.053	22.020
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	17,2%	17,6%	17,5%	17,9%	17,4%	18,0%	↑	17,3%	18,4%
"Hochbetagte" (80 Jahre und älter)	139	335	142	348	164	364		5.447	9.653
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	4,4%	10,2%	4,4%	10,5%	5,1%	10,9%	↗	4,7%	8,1%
Ausländische Einwohner/innen	60	99	76	107	100	109		7.524	6.243
Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	1,9%	3,0%	2,4%	3,2%	3,1%	3,3%	↗	6,5%	5,2%

**30.2 Arbeitsmarkt**

<b>Zierenberg</b>	<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>LKKS</b>	
<b>Merkmale</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>m</b>	<b>w</b>
Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte	1.336	1.059	1.356	1.094	1.385	1.099	47.977	41.733
Geringfügig Beschäftigte	177	355	200	352	196	348	7.554	12.643
Arbeitslose jeweils zum 30.06	67	60	51	43	61	46	2.579	2.292



### 30.3 Soziale Sicherung

Zierenberg	2015		2016		2017		LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w	m	w
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II*	67	89	75	76	75	77	4.034	4.241
Minderjährige bis unter 15 Jahren im Leistungsbezug nach dem SGB II	29	32	29	35	27	39	1.805	1.759
Bedarfsgemeinschaften mit Kindern im SGB II Leistungsbezug	47		44					
davon Alleinerziehende	34		29					
Anteil der Alleinerziehenden in % der BG mit Kindern	72,34%		65,91%					
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB III**	27	20	17	16	26	20	826	803
Leistungsbezieher/innen nach dem SGB XII***	35	47	40	40	33	37	1.296	1.535

### 30.4 Jugendhilfedaten

Zierenberg	2015		2016		2017		LKKS	
Merkmale	m	w	m	w	m	w	m	w
Versorgungsgrad Betreuung unter 3-Jähriger (Ziel 2013: ca. 35%)	37,88%		17,90%		17,20%		29,17%	
Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII	15	13	20	11	17	13	717	534

SGB II \* Grundsicherung für Arbeitssuchende

SGB III \*\* Arbeitsförderungsrecht, Arbeitslosenversicherung

SGB XII \*\*\* Grundsicherung bei Erwerbsminderung & im Alter, u.a. Hilfe zum Lebensunterhalt / zur Pflege, Eingliederungshilfe

Tendenz ↘ Entwicklung sinkend / fallend

↗ Entwicklung steigend

→ Entwicklung gleichbleibend



## 30.5 Bildungsangebote und soziale Infrastruktur

### 30.5.1 Kindertageseinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Kindergarten Oberelsungen	Malsburgstr. 2, 34289 Zierenberg	05606 / 1275
Kindergarten Burghasungen	Schulstr. 4, 34289 Zierenberg	05606 / 9001
Kindergarten Zierenberg	Dörnbergstr. 31, 34289 Zierenberg	05606 / 2515

### 30.5.2 Schulen

Einrichtung	Adresse	Telefon
Fritz Hufschmidt-Grundschule	Neißer Str. 1, 34289 Zierenberg	05606 / 3269
Bärenberg Grundschule	Malsburg Str. 5, 34289 Zierenberg	05606 / 1710
Elisabeth-Selbert-Schule, Gesamtschule	Zum Steinborn 1, 34289 Zierenberg	05606 / 51990

### 30.5.3 Behinderteneinrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefon	Platzzahl
aha e.V.- Betreutes Wohnen für geistig behinderte Menschen	Poststr. 30, 34289 Zierenberg	0561 / 5061650	33 Plätze
aha e.V. - Betreutes Wohnen für körperbehinderte Menschen	Poststr. 30, 34289 Zierenberg	0561 / 5061650	9 Plätze
aha e.V. - Familienentlastender Dienst für behinderte Menschen	Poststr. 30, 34289 Zierenberg	0561 / 5061650	
bdks diakom Zierenberg, Werkstatt für seelisch behinderte Menschen	Raiffeisenstr. 7, 34289 Zierenberg	05606 / 51840	30 Plätze
Baunataler Integrationsbetriebe gGmbH für behinderte Menschen	Raiffeisenstr. 7, 34289 Zierenberg	0561 / 949510	

*Behindertenbeauftragte/r:* Helmut Schmidt

### 30.5.4 Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtung	Adresse	Platzzahl
<b>Stationäre Bereiche</b> Seniorenwohnzentrum „Viadukt“	Kasseler Str. 46, 34289 Zierenberg Tel. 05606 / 51850	33 Plätze 3 KZP-Plätze
Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen Zierenberg	Falkenweg 11, 34289 Zierenberg Tel. 05606 / 5313900	70 Plätze 6 KZP-Plätze
Bergparkresidenz	Ludwig-Müller-Str. 1-3, 34289 Zierenberg Tel. 05606 / 5308230	66 Plätze 5 KZP-Plätze
Alten- und Pflegeheim Haus Abendfrieden	Bärenbergstr. 3 34289 Zierenberg Tel. 05606 / 8083	36 Plätze 3 KZP-Plätze



<b>Fortsetzung Einrichtungen der Altenhilfe</b>		
<b>Ambulante Dienste</b> Mobiler Krankenpflagedienst	Marktplatz 9, 34289 Zierenberg Tel. 05606 / 5423	

*Mitglied des Kreissenioresenbeirates:* Ellen Weis

### 30.5.5 Sonstige

<b>Einrichtung</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefon</b>
Bürgerbus	Manteuffel-Anlage 5, 34369 Hofgeismar  Ansprechpartner/in: Patricia Ruffini Mail: patricia-ruffini@landkreiskassel.de.	Tel: 05671 / 8001 – 2452 Fax: 05671 / 8001-2417

KZP = Kurzeitpflege