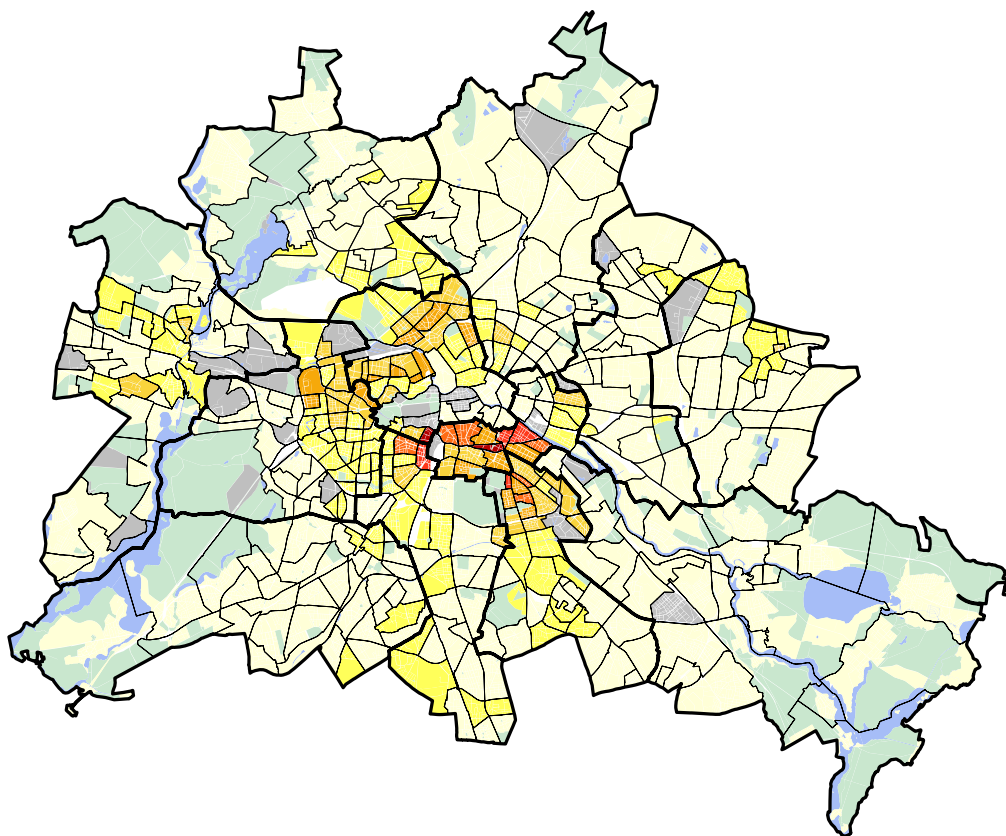


Sozialstatistisches Berichtswesen Berlin Spezialbericht

Zur sozialen Lage älterer Menschen in Berlin



Armutsrisiken und Sozialleistungsbezug

Verantwortliche Autor/innen: Dr. Sylke Sallmon¹, Karin Mittelstaedt², Ulrich Schenk²

Mit Beiträgen von: Heike Adler Pallowski² (1.1, 3.3.1)
Britta Brandt¹ (3.3.3, 5.5)
Jacob Drahs¹ (5.5)
Dr. Christel Geier² (6.4.2, 6.4.3)
Roland Grabowski² (6.4.1, 7.4)
Felix Greif² (6.3.1)
Mathias Hempel² (5.1-5.4)
Uta Hoffmann¹ (6.3.2)
Danny Käding² (3.3.1)
Carola Kohlfärber² (3.3.1)
Jörg-Manuel Koschnick² (6.4)
Anette von Lersner-Wolf² (6.3, 6.4)
Martina Märtens-Wolter² (6.3.2)
Stefan Pospiech³ (6.1, 6.5)
Jutta Schemmerling² (6.2)
Kathrin Scholz² (7.6)
Gerlinde Spotka² (7.2)
Edith Ullrich² (6.3.2)
Sieglinde Waldschmidt² (6.4.1)
Manja Wanke² (7.1)
Birgit Wesner² (7.5)
Ulrich Wiebusch² (7.1, 7.3)
Renate Witt² (6.4.2)

Redaktionelle Bearbeitung: Kathleen Häßler¹

Technische Umsetzung: Michael Ohlew¹

¹ Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Berlin

² Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin

³ Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin

Herausgeber: Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin
Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames
Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozial-
informationssysteme
Dienstgebäude: Oranienstraße 106, 10969 Berlin

ISSN 1861-9444

Fachliche Auskünfte

Telefon: (030) 9028 2660

Telefax: (030) 9028 2067

E-Mail: Gerhard.Meinlschmidt@SenGUV.Berlin.de

Homepage: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Redaktionsschluss: Juni 2011

Schutzgebühr: 15,- Euro (zuzüglich Porto)

Bezug: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Telefon: (030) 9028 1229
Telefax: (030) 9028 1372

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhaltsverzeichnis

0	Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen	7
1.	Einführung und Konzept	10
1.1	Rechtliche Grundlagen - Einführung	11
1.2	Abgrenzung der Lebensphase „Alter“	14
1.3	Armut und staatliche Mindestsicherung - Anliegen der Untersuchung	15
1.4	Beobachtungszeitraum	18
1.5	Räumlicher Bezug	19
1.6	Daten und Methoden	19
2.	Soziodemografische Struktur der älteren Bevölkerung	22
2.1	Soziodemografische Struktur der älteren Bevölkerung im Jahr 2009	22
2.1.1	Melderechtlich registrierte Einwohner und Einwohnerinnen in Berlin am 31.12.2009 ab 50 Jahre	22
2.1.2	Bevölkerung ab 50 Jahre in Privathaushalten in Berlin	23
2.2	Entwicklung der demografischen Struktur der älteren Bevölkerung bis zum Jahr 2030	27
3.	Armut und Sicherung des Lebensunterhaltes nach SGB XII	30
3.1.	Quellen und Höhe der Einkommen	30
3.1.1	Einkommensquellen	30
3.1.2.	Einkommenshöhe	32
3.2	Bevölkerung unter der Armutsrisikogrenze	33
3.2.1	Armutsrisiko im Vergleich der Bundesländer (Median Deutschland)	34
3.2.2	Armutsrisiko in Berlin (Median Berlin)	36

3.3	Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes gemäß SGB XII - Überblick	39
3.3.1	Rechtliche Grundlagen	39
3.3.2	Entwicklung der Ausgaben	45
3.3.3	Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger und -empfängerinnen	47
4.	Ausmaß und Struktur der Abhängigkeit von Grundsicherung zur Sicherung des Lebensunterhaltes in der Bevölkerung ab 65 Jahre	56
4.1	Soziodemografische Struktur	56
4.1.1	Altersstruktur	56
4.1.2	Geschlechtsspezifisch	59
4.1.3	Staatsangehörigkeit	61
4.2	Sozioökonomische Lage	63
4.2.1	Bedarfe	64
4.2.2	Eigenes Einkommen	66
4.3	Sozialräumliche Verteilung und Beziehungen zur Sozialstruktur	67
4.3.1	Bezirkliche Ebene	69
4.3.2	Ebene der Planungsräume	73
5.	Risiko Nichterwerbstätigkeit und prekäre Beschäftigung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren	76
5.1	Einführung - Bedeutung der Erwerbsverläufe für das Alterseinkommen	76
5.2	Beschäftigungsquoten rentennaher Jahrgänge	78
5.3	Atypische Beschäftigungsverhältnisse, Niedriglohnsektor (Risiko Erwerbstätigkeit)	78
5.4	Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach SGB II im Alter von 50 bis unter 65 Jahren	81

5.5	Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung nach SGB XII bei Erwerbsminderung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren	84
5.5.1	Altersstruktur	85
5.5.2	Geschlechtsspezifisch	87
5.5.3	Staatsangehörigkeit	88
5.5.4	Sozialräumliche Verteilung und Beziehungen zu anderen Indikatoren des Transferleistungsbezuges	91
6.	Armutsrisiken Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung in der Bevölkerung ab 50 Jahre	96
6.1	Einführung - Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit im Alter	96
6.1.1	Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit im Alter	98
6.2	Gesundheitliche Versorgung nach dem 5. Kapitel SGB XII	101
6.2.1	Ausgaben für Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII	104
6.2.2	Empfänger und Empfängerinnen von Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII	105
6.3	Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII	106
6.3.1	Teilhabe am Arbeitsleben	110
6.3.2	Betreute Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung	111
6.3.3	Ausgaben für Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII	112
6.3.4	Empfänger und Empfängerinnen von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII	114
6.4	Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII	116
6.4.1	Niedrigschwelle und die Pflege ergänzende Angebote für pflegebedürftige Menschen in Berlin	120
6.4.2	Spezielle Wohnformen mit pflegerischer Versorgung	123
6.4.3	Angebote für schwerstkranke, sterbende Menschen	125
6.4.4	Ausgaben für Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII	126

6.4.5	Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII	126
6.5.	Gesundheitsziele, Prävention und Gesundheitsförderung - Entwicklung von Strategien für sozial benachteiligte ältere Menschen	128
6.5.1	Gesundheitsgewinne durch Prävention und Gesundheitsförderung	128
6.5.2	Gesundheitsförderung und Prävention in kommunaler Verantwortung	130
6.5.3	Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter - Gesundheitsziele für Berlin	133
6.5.4	Umsetzungsstrategien im Berliner Gesundheitszielprozess	135
6.5.5	Perspektiven im Zielprozess	138
7.	Soziokulturelle Teilhabe der älteren Bevölkerung	140
7.1	Bürgerschaftliches Engagement	140
7.2	Stadtteilzentren	141
7.3	Das Berliner Seniorenmitwirkungsgesetz	142
7.4	Interkulturelle Öffnung	144
7.5	„Öffne Dir die Stadt“	144
7.6	Mobilität im Alter und bei Behinderung	145
8.	Zusammenfassung	148
	Anhangstabelle	155
	Literaturverzeichnis	164
	Publikationsverzeichnis	170

0 Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen

Anliegen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) und des Sozialstatistischen Berichtswesens (SBW) in Berlin ist, die differenzierten Lebensverhältnisse und Lebenslagen sowie die gesundheitliche und soziale Versorgungssituation in ihrem zeitlichen Verlauf und in ihrer kleinräumigen Ausprägung systematisch zu erfassen, darzustellen und zu bewerten. Als Mittel dazu dienen Daten bzw. indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen. Soziale Problemlagen in der Berliner Bevölkerung und deren Konzentration im städtischen Raum sind herauszuarbeiten, um eine fundierte Grundlage für die Entwicklung zielgerichteter und passgenauer Handlungsstrategien zu schaffen.

Die Berichterstattung dient als Planungsgrundlage für die Entwicklung und Durchführung von konkreten Maßnahmen und deren Evaluation. Sie informiert das Parlament und die Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung und sie stellt ihre Datenbestände der Wissenschaft zu Forschungszwecken zur Verfügung. Die Berichterstattung ist in diesem Sinne ein öffentliches Gut.

Bei der **Gesundheitsberichterstattung** handelt es sich um eine verdichtende, zielgruppenorientierte Darstellung und beschreibende Bewertung von Daten und Informationen, die für die Gesundheit der Bevölkerung, das Gesundheitswesen und die die Gesundheitssituation beeinflussenden Lebens- und Umweltbedingungen bedeutsam sind.

Die Berliner Gesundheitsberichterstattung verwendet folgende Berichtsformen:

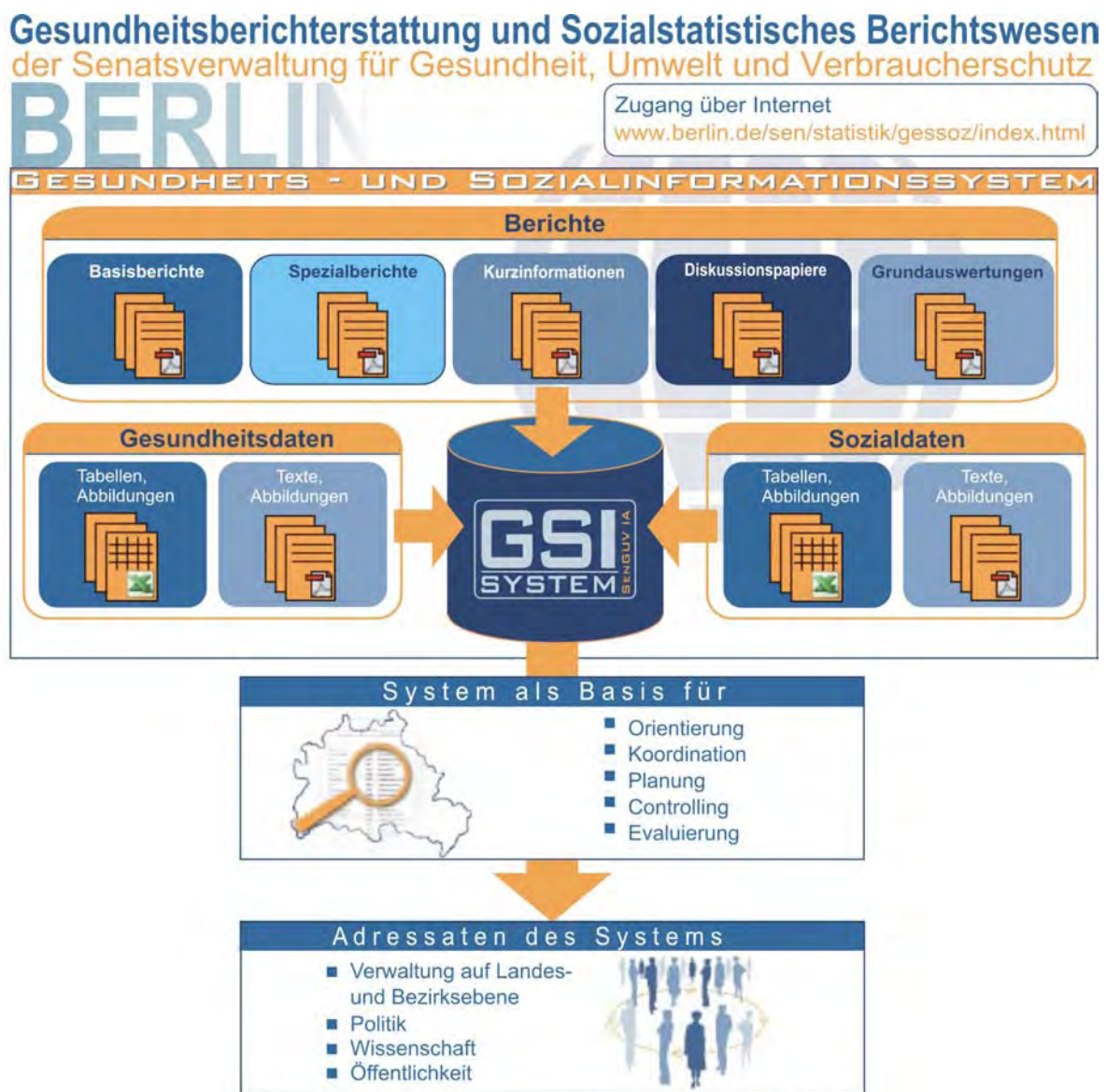
- Der **Basisbericht** enthält Tabellen, die sich am Indikatorensatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie Ergebnisbeschreibungen zu ausgewählten Schwerpunkten aus den behandelten Themenfeldern. Die Basisberichte werden jährlich herausgegeben.
- **Spezialberichte** werden zu Schwerpunktthemen erarbeitet und enthalten Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), die Verantwortlichen der GBE sowie die politisch Verantwortlichen. Zu den Spezialberichten gehören auch die Sozialstrukturatlanten. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.
- **Statistische Kurzinformationen** fokussieren in aller Kürze auf aktuellpolitische Themen und dienen als schnelle Information der politisch Verantwortlichen, der Fachebene sowie als Mitteilung an die Öffentlichkeit. Die Kurzinformationen erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.
- In **Diskussionspapieren** werden aktuelle Forschungsergebnisse präsentiert. Das „Experimentieren“ mit Methoden und der Analyse von Inhalten im Sinne von „Werkstattberichten“ steht hierbei im Vordergrund. Kollegen und Interessierte werden aufgerufen, diese zu kommentieren, Anstöße zu geben und auf mögliche Fehler hinzuweisen. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.
- Die **Grundausswertungen** enthalten Basisdaten z. B. zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin aus den Einschulungsuntersuchungen. Die Daten bieten einen deskriptiven Überblick ohne tiefer gehende Kommentierung oder Interpretation. Jedem Inhaltsbereich ist eine kurze Darstellung zur Methodik der Datenerhebung vorangestellt.

Das **Sozialstatistische Berichtswesen** des Landes Berlin umfasst die systematische und regelmäßige Beobachtung und Auswertung von statistischen Daten auf den Sozialrechtsgebieten des SGB XII, des SGB II, des Asylbewerberleistungsgesetzes, des Landespflegegeldgesetzes und damit im Zusammenhang stehenden sozialen Entwicklungen. Das Sozialstatistische Berichtswesen beinhaltet die Generierung, Aufbereitung und Auswertung der Sozialstatistik des Landes Berlin auf den genannten Rechtsgebieten ebenso wie die Berichterstattung über relevante Entwicklungen von Lebensverhältnissen und Lebenslagen in Berlin. **Ergebnisformen** des Sozialstatistischen Berichtswesens sind Daten und Statistiken und thematische Spezialberichte:

- In der **Sozialstatistik** werden zum einen die nach Leistungsarten differenzierten Einnahmen und Ausgaben und zum anderen die Empfänger der sozialen Leistungen unter Beachtung sozialstruktureller Merkmale betrachtet. Beide Betrachtungsperspektiven werden mit der räumlichen Sichtweise verschränkt.
- **Spezialberichte im Rahmen des Sozialstatistischen Berichtswesens** verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.

Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens werden in das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) des Statistikreferates der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz eingespeist und sind damit über das Internet unter www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html zugänglich. Die Nutzer finden hier die Fülle der Informationen thematisch in regionaler und zeitlicher Differenzierung geordnet. Umfangreiche Suchfunktionen unterstützen das schnelle Auffinden der verfügbaren Texte, Tabellen oder Grafiken.

Einen Überblick über den Aufbau der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens im GSI gibt die folgende Abbildung:



Aktueller Bericht

Der vorliegende Spezialbericht analysiert vor dem Hintergrund der Fragestellung zunehmender Altersarmut wesentliche Dimensionen der sozialen Lage älterer Menschen ab 50 Jahre in Berlin. Ausmaß und Struktur der Abhängigkeit von staatlichen Leistungen der Mindestsicherung in der älteren Bevölkerung werden schwerpunktmäßig untersucht, da das Land Berlin (die Sozialämter) und die Jobcenter in der bundesgesetzlich geregelten Verantwortung für die Betreuung der Leistungsberechtigten nach SGB XII (Sozialhilfe) bzw. SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) stehen. Ebenso wird der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Lage und die Entwicklung von und Arbeit mit (präventiven) Gesundheitszielen in Berlin behandelt. Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung wie auch Nichterwerbstätigkeit oder prekäre Beschäftigung werden als mögliche Armutsrisiken mit darauf antwortenden (gesetzlichen) Leistungen für Betroffene im Land Berlin besprochen.

1. Einführung und Konzept

„Malochen bis zum Tod“¹, „Armut statt Ruhestand“², „Am schlimmsten ist die Scham!“³ usw. lauten Schlagzeilen der Medien, welche auf sich entwickelnde Altersarmut aufmerksam machen wollen. Spiegelt sich hier Medienpanik oder Realität? Auch Autoritäten für die Lage der Rentnergeneration werden herangezogen: „Chef der Rentenversicherung fürchtet Altersarmut“⁴. Etliche wissenschaftliche Veröffentlichungen beschäftigen sich mit Fragen der Alterssicherung und Lebenslagen älterer Menschen und werden auch medial öffentlichkeitswirksam verwertet. Parallel dazu wird in Politik und Öffentlichkeit der demografische Wandel mit der drastischen Zunahme der älteren Bevölkerung u. a. als „Kampf der Generationen“/ „Jung gegen Alt“ inszeniert. Haupttenor hierbei wiederum ist, dass aus dem demografischen Wandel zunehmende Lasten auf Kosten der jüngeren Generation zum Nutzen der älteren, wirtschaftlich noch gut gestellten Generation erwachsen.

Wie ist nun die Lage tatsächlich? Wie präsentiert sie sich in der „Hauptstadt der Armen“, in Berlin? Kommt zum Problem der Kinderarmut, zu vergleichsweise hoher Arbeitslosigkeit Altersarmut hinzu? Wie schlägt sich das in dem, was der Staat, das Land für die Älteren leisten müssen, nieder?

In der Tat fällt auf, dass die Anzahl und die Quote der älteren Bevölkerung mit Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (SGB XII, SGB II) in den letzten Jahren deutschlandweit und in Berlin steigen. Auch wenn vielleicht die mit der Einführung der Grundsicherung im Alter antizipierte Verminderung der Zugangsschwelle Bedürftiger zu diesen Leistungen eine Rolle mit spielt, so scheinen nicht wenige ältere Menschen trotz langjähriger Berufstätigkeit oder aufgrund von langjähriger Arbeitslosigkeit oder wegen wesentlicher gesundheitlicher Einschränkungen vorausgegangener Erwerbsminderung staatliche Transferleistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes zu benötigen.

Die oben zitierte Erwartung des Chefs der Rentenversicherung ist genährt von im Kontext zunehmend unterbrochener Erwerbsbiographien, der Ausweitung von Beschäftigungsverhältnissen im Niedriglohnsektor, rentenrechtlicher Veränderungen etc., was sich mittelfristig in einer weiteren Zunahme der Anzahl und Quote Anspruchsberechtigter staatlicher Transferleistungen bzw. von Altersarmut niederschlagen dürfte. Aus diesem Grunde halten es die Autoren des vorliegenden Berichtes für unabdinglich, die Altersjahrgänge, die in den kommenden Jahren in das gesetzliche Rentenalter hinüber wachsen werden, mit zu betrachten.

Daher stehen im Fokus des vorliegenden Berichts sowohl ältere Menschen, die sich noch im erwerbsfähigen Alter befinden als auch ältere Menschen im gesetzlichen Rentenalter. Die nähere Charakterisierung der Zielgruppen der Untersuchung und die Beschreibung der dafür nutzbaren Datenquellen erfolgen im **Kapitel 1** im Zusammenhang mit der Erläuterung des Berichtskonzeptes. Hier wird dargelegt, wie Altersarmut definierbar ist und warum diese im Bericht unter verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet werden soll.

Im **Kapitel 2** wird die Gruppe der älteren Menschen in Berlin aus soziodemographischer Sicht näher beschrieben. Vorliegende prognostische Aussagen über den demografischen Wandel in Berlin werden referiert, um die Trends der mittelfristigen Entwicklung zu einer älteren Gesellschaft in der Stadt aufzuzeigen.

Das **Kapitel 3** gibt einen Überblick über die Einkommenslage der älteren Bevölkerung, über das Armutsrisiko älterer Menschen in Berlin und über die staatlichen Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII - Sozialhilfe). Anhand von Eckdaten erfolgt die Einordnung und Bewertung ihrer Einkommenslage im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Das Armutsrisiko älterer Menschen in Berlin und die Quote derer, welche Leistungen

¹ www.spiegel.de/wirtschaft/soziales, aufgerufen am 26.10.2009.

² www.zeit.de, aufgerufen am 04.03.2008.

³ www.bild.de, 26.10.2009; aufgerufen am 11.06.2010.

⁴ www.focus.de, 25.03.2011; aufgerufen am 28.04.2011.

der Sozialhilfe zur Sicherung des Lebensunterhaltes beziehen müssen, wird mit den Ergebnissen der bundesweiten „Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik“ (vgl. www.destatis.de) in Beziehung gesetzt. Bereits hinsichtlich dieser Eckdaten werden die Gruppen der sich noch im erwerbsfähigen Alter befindlichen und der ab dem gesetzlichen Renteneintrittsalter unterschieden.

Anhand der Ausführungen der rechtlichen Grundlagen für den Erhalt staatlicher Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Kapitel 1 und Kapitel 3) kann nachvollzogen werden, dass sich die Lebenslagen der älteren Menschen vor und ab dem gesetzlichen Renteneintrittsalter aus verschiedenen Gründen voneinander unterscheiden und insofern ihre Betrachtung voneinander getrennt erfolgen sollte.

Daher widmet sich das **Kapitel 4** denen, die „klassisch“ zu den armen Alten gezählt wurden und werden - den Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes im Alter ab 65 Jahren und ihrer sozialstrukturellen und sozialräumlichen Verortung in Berlin.

Die Risiken derjenigen Älteren, die sich noch im erwerbsfähigen Alter befinden und aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen bzw. Behinderung oder aufgrund von Arbeitslosigkeit bzw. Nichterwerbstätigkeit abhängig von Transferleistungen gemäß SGB II oder SGB XII sind, werden im **Kapitel 5** untersucht.

Auch wenn Einkommensarmut und der Bezug staatlicher Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes im Mittelpunkt stehen, so gibt es insbesondere durch Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit gekennzeichnete Lebenslagen, welche selbst mit Einkommen über der definitiven Armutsrisikogrenze bzw. jenseits der Bedarfsgrenzen für staatliche Transferleistungen zu ökonomischen Situationen der Betroffenen führen können, welche die individuelle Lebensführung ähnlich gravierend beschränken wie bei Transferleistungsbeziehenden. Durch die mögliche Aufzehrung der Einkommen können die durch Einkommen bestimmten Handlungsspielräume der Betroffenen so stark eingeschränkt werden, dass sie denen der Bezieherinnen und Bezieher staatlicher Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes vergleichbar werden. Diesem Themenschwerpunkt widmet sich das **Kapitel 6**, wo der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Lage, gesetzliche Leistungen für Betroffene im Land Berlin und die Entwicklung von und Arbeit mit (präventiven) Gesundheitszielen in Berlin behandelt werden.

Das **Kapitel 7** öffnet den Blick in Richtung Teilhabe der Älteren und Engagement für die ältere Bevölkerung in Berlin.

Der demografische Wandel wird in Deutschland vor allem als mit Lasten und Gefahren behafteter Prozess verstanden. Das Hauptziel der vorliegenden Berichtslegung für Berlin besteht nichtsdestoweniger darin, die Situation differenziert zu erkennen, Potentiale aufzuzeigen, damit darauf aufbauend verschiedenste Akteure entsprechend zukunftsorientiert handeln können.

In diesem Sinne sollte bei der hoffentlich intensiven und breiten Rezeption des Berichts nicht übersehen werden, dass Altersarmut im Kontext des Wandels hin zu einer älteren Gesellschaft und im Sinne des Lebenslagenansatzes nicht allein ein ökonomisches Problem einer randständigen Gruppe ist. Denn, „um die wachsende Zahl ... Alter (Menschen, d. A.) angemessen einbeziehen zu können, und zwar sowohl im Interesse ihrer Lebensqualität als auch im Interesse der Leistungsfähigkeit der Gesellschaft, ist es notwendig umzubauen, die überlieferten Strukturen der Gesellschaft zu weiten, zu lockern, zu revidieren“ (vgl. Kocka 2008).

1.1 Rechtliche Grundlagen - Einführung

„Das Wohlergehen des Menschen, die gesellschaftliche Stabilität und das Funktionieren der staatlichen Ordnung hängt wesentlich davon ab, dass die Bürgerinnen und Bürger in verlässlicher Weise ihre existentiellen Grundbedürfnisse decken können. Unterschiedliche Lebensverhältnisse wie der

Verlust materieller Ressourcen oder Eintritt bestimmter Risiken wie Krankheit oder Behinderung erfordern Mittel, die dem Einzelnen häufig nicht zur Verfügung stehen. Sie aufzubringen und einzusetzen ist in der Bundesrepublik Deutschland Aufgabe der Sozialleistungen.“ (vgl. Großmann/Melzer 2009, S. 1)

Während zahlreiche Sozialleistungen nur dann erbracht werden, wenn zuvor Beiträge entrichtet wurden (z. B. Leistungen der Kranken- und Rentenversicherung), folgen andere dem im Grundgesetz verankerten Sozialstaatsprinzip in Form beitragsunabhängiger Versorgung und Fürsorge:

Abbildung 1.1:
Säulen der Sozialen Sicherung

Sozialversicherung	Versorgung	Fürsorge
<ul style="list-style-type: none"> - Krankenversicherung - Pflegeversicherung - Unfallversicherung - Rentenversicherung - Arbeitsförderung - Arbeitslosenversicherung - ... 	<ul style="list-style-type: none"> - Beamte - Richter - Soldaten - Kriegsoffer - Schwerbehinderte - Impfgeschädigte - Opfer von Gewalttaten - (Wehrpflichtige) - (Zivildienstleistende) - ... 	<ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendhilfe - Sozialhilfe - Grundsicherung für Arbeitsuchende - ...

(Datenquelle: SenIAS Berlin)

Durch das System der sozialen Sicherung in Deutschland soll u. a. erreicht werden, dass alle Menschen über ein soziokulturelles Existenzminimum verfügen, das sich von Armutsrisikoschwellen dahingehend unterscheidet, dass es auf tatsächlichem Verbrauch und den dafür erforderlichen Ressourcen basiert. Das soziokulturelle Existenzminimum definiert Mindeststandards, die über die Erhaltung der physischen Existenz hinausgehen und eine der Würde des Menschen entsprechende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen sollen. Der Sozialhilfe und der Grundsicherung für Arbeitsuchende kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu, da über dieses „Auffangnetz sozialer Transferleistungen“ u. a. der Lebensunterhalt (und damit das soziokulturelle Existenzminimum) für Menschen ohne Arbeit, voll Erwerbsgeminderte sowie Menschen im Rentenalter und deren leistungsberechtigte Angehörige im Bedarfsfall abgesichert wird.

Seit 1962 war das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) die maßgebliche Rechtsgrundlage, wenn es um die Sicherstellung des Lebensunterhalts ging, eigene Einkünfte oder Vermögen nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung standen und andere, vorrangige Sozial- und Unterhaltsleistungen die materielle Existenz nicht absichern konnten. Der umgangssprachlich verwendete Begriff der „Armut“ wurde jahrzehntelang gleichgesetzt mit der Zahl der Empfänger und Empfängerinnen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL) nach dem BSHG, die aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung in Berlin von Jahr zu Jahr weiter anstieg. Am 31.12.2004, dem letzten Tag der Rechtsgültigkeit des BSHG, bezog rd. jede zwölfte Berlinerin bzw. jeder zwölfte Berliner laufende HzL außerhalb von Einrichtungen, insgesamt rd. 276.000 Personen.

Die im Zusammenhang mit dem Thema „Altersarmut“ aufgekommene Frage der Heranziehung von Unterhaltspflichtigen führte mit Wirkung vom 1. Januar 2003 zu einer Herauslösung des Personenkreises ab 65 Jahre und auf Dauer erwerbsgeminderter Personen unter 65 Jahren aus dem Rechtskreis des BSHG; das Grundsicherungsgesetz⁵ trat in Kraft. Mit dem neuen Leistungsrecht wurden Unterhaltspflichtige entlastet, die finanzielle Heranziehung wurde stärker pauschaliert und einfacher ausgestaltet als bisher. Zielsetzung war dabei insbesondere, der sogenannten „verschäm-

⁵ Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung - GSIG - vom 26. Juni 2001 (BGBl. I S. 1310, 1335)

ten Altersarmut“ entgegenzuwirken, die immer wieder dazu führte, dass anspruchsberechtigte alte Menschen Sozialhilfe nicht in Anspruch nahmen, um ihren Kindern keine Unterhaltszahlungen aufzubürden. Zwar gab es keinen generellen Unterhaltsverzicht, die Zahl der tatsächlich heranzuziehenden Angehörigen reduzierte sich im Verhältnis zu den Regelungen des BSHG aber deutlich.

Der vielleicht bedeutendste Einschnitt in der Rechtsgeschichte der Sozialhilfe seit Inkrafttreten des BSHG erfolgte mit Wirkung vom 1. Januar 2005 und dem gleichzeitigen Inkrafttreten von SGB II und SGB XII. Während das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII - Sozialhilfe) nunmehr auf den Personenkreis der - im weitesten Sinne - nicht Erwerbsfähigen abstellt, sind die Rechtsansprüche von Arbeitsuchenden und ihren Angehörigen im Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende) geregelt, sofern kein vorrangiger Anspruch auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung⁶ oder sonstiger Sozialleistungen besteht. Für die Sozialhilfe sind in Berlin weiterhin die 12 Berliner Sozialämter (und für einen bestimmten Personenkreis von Kindern und Jugendlichen auch die Jugendämter) zuständig, das Gros der bis dahin Leistungsberechtigten wird aber nunmehr von 12 Berliner Jobcentern als gemeinsame Einrichtungen der Bundesagentur für Arbeit und dem kommunalen Träger betreut, wobei den Kommunen auch weiterhin einzelne Aufgaben obliegen (etwa im Zusammenhang mit der Gewährung der Kosten für Unterkunft und Heizung). Die Verwaltung der „Armut“ und die Sicherstellung des soziokulturellen Existenzminimums liegt - gemessen an der Zahl der Leistungsberechtigten - seit mehr als 5 Jahren in den Händen der Arbeitsagenturen und ist direkt und unmittelbar mit den Instrumenten des Arbeitsmarktes verknüpft. Das mit der Rechtsänderung politisch gewollte „Fördern und Fordern“ hat auch im Zusammenhang mit der Armutsdiskussion eine neue Bedeutung bekommen.

Von den ursprünglich rd. 276.000 Leistungsberechtigten der Hilfe zum Lebensunterhalt nach BSHG wurden rd. 97 % in den neuen Rechtskreis des SGB II und damit in die Zuständigkeit der Jobcenter überführt. Die übrigen Leistungsberechtigten stehen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung und erhalten - unter bestimmten Voraussetzungen - laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, nunmehr nach dem 3. Kapitel SGB XII.

Mit Inkrafttreten des neuen Sozialhilferechts zum 1. Januar 2005 wurden auch die bisher im Grundsicherungsgesetz verankerten Rechtsansprüche für Leistungsberechtigte über 65 Jahre und voll Erwerbsgeminderte novelliert und als eigenes „4. Kapitel“ in das SGB XII überführt. Die inhaltliche Ausgestaltung entspricht im Wesentlichen der der Hilfe zum Lebensunterhalt, geht aber aufgrund des zu betreuenden Personenkreises davon aus, dass es sich in aller Regel nicht um eine vorübergehende Notlage handelt, die durch Fürsorgeleistungen und gestärkte eigene Kräfte der Leistungsberechtigten überwunden werden kann. Die vorgenannte Problematik der sogenannten „verschämten Altersarmut“ ist auch bezüglich des SGB XII weiter gesetzesimmanent und bestimmt auch hier die relativ „weichen“ Regelungen zur Heranziehung Unterhaltspflichtiger. Die den Ländern daraus entstehenden finanziellen Mehrbelastungen werden - anders als bei den übrigen Leistungen nach SGB XII - anteilig vom Bund erstattet.

Neben den im Schwerpunkt beschriebenen Leistungen für den Lebensunterhalt sieht das SGB XII u. a. Leistungen für besondere Lebenslagen, etwa im Zusammenhang mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung vor. Die jeweiligen rechtlichen Grundlagen sowie nähere Erläuterungen zu einzelnen Leistungsansprüchen - auch der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Grundsicherung - sind den nachfolgenden Kapiteln zu entnehmen. Auf eine ausführliche Darstellung des Leistungskataloges nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) wird an dieser Stelle verzichtet, um den Berichtsschwerpunkt im Fokus zu lassen. Die grundsätzlichen Zusammenhänge mit der Sicherstellung des soziokulturellen Existenzminimums werden daher nachfolgend im Wesentlichen auf der Grundlage des SGB XII beschrieben. Soweit Maßnahmen der Arbeitsförderung und Beschäftigungspolitik perspektivisch auf das Armutsrisiko wirken, werden diese in Kapitel 5 erläutert.

⁶ Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III - Arbeitsförderung)

1.2 Abgrenzung der Lebensphase „Alter“

Mit dem Begriff „**Alter**“ im Sinne eines mit dem Tod endenden Lebensabschnittes Erwachsener verbinden sich im öffentlichen Bewusstsein, in der individuellen Wahrnehmung und in der wissenschaftlichen Analyse - abhängig vom jeweiligen Betrachtungswinkel und der Fragestellung - unterschiedliche Implikationen, welche sich in Begrifflichkeiten wie dem „gefühlten“ Alter, dem „biologischen“ Alter, dem „psychologischen“ Alter usw. widerspiegeln. Dieser sehr differenzierten Thematik soll und kann an dieser Stelle nicht näher nachgegangen werden.

Die Fassung des Begriffes „Alter“ für diesen Bericht erfolgt anhand des **kalendarischen Lebensalters**. Aber auch für die Setzung des Beginns des Lebensabschnitts „Alter“ im kalendarischen Sinne gibt es verschiedene Konventionen. Dem Anliegen dieses Berichts entsprechend werden die folgenden Überlegungen zugrunde gelegt:

Sozialgesetzliche Perspektive

In der sozialgesetzlichen Perspektive ist mit dem Begriff „Alter“ der Zeitraum ab dem gesetzlich vorgesehenen Austritt aus dem Erwerbsleben, wesentlich also die gesetzliche Altersgrenze für den Bezug einer „Regelaltersrente“ aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VI), verbunden. Derzeit liegt diese noch bei 65 Jahren; sie wird ab dem Jahr 2012 bis zum Jahr 2029 stufenweise bis auf 67 Jahre angehoben. Korrespondierend dazu gelten hinsichtlich der Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes gemäß SGB II und SGB XII entsprechende Regelungen für dauerhaft Erwerbsfähige derzeit im Alter bis unter 65 Jahren. Der Begriff „Alter“ als Lebensphase wird hier noch nicht relevant. Allenfalls ist die Rede von „älteren“ Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen, für deren Abgrenzung jedoch keine gesetzlich festgelegte Altersgrenze gilt.

Der Begriff „Alter“, verbunden mit einer Abgrenzung der entsprechenden Leistung zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes wird im Sozialhilferecht (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) - Sozialhilfe) mit dem 4. Kapitel „Grundsicherung **im Alter** und bei Erwerbsminderung“ aufgenommen. Leistungsberechtigt nach Alter ist hier, „wer die Altersgrenze erreicht hat“ (vgl. SGB XII Kap. 4 § 41 Abs. 2), wobei sich diese, wie oben ausgeführt, an den Bestimmungen des SGB VI orientiert.

Unbestritten verändert sich die Lebenslage im kalendarisch gemessenen Lebensfortschritt nicht (nur) schlagartig ab dem Datum des Austritts aus dem gesetzlich festgeschriebenen Alter der Erwerbsfähigkeit und dem Eintritt in das gesetzlich festgeschriebene Alter mit potentiell Bezug einer Regelaltersrente. Bezogen auf die unterschiedlichen Lebenslagendimensionen läuft im Gegenteil ein mehr oder wenig gleitender und individuell durchaus stark differierend verlaufender Prozess ab, welcher auch schon vor dem gesetzlichen Altersrentenalter charakteristische Entsprechungen, z. B. physiologische Veränderungen, veränderte Stellung in den familiären bzw. Generationsbeziehungen usw., findet.

Lebensphase „Älter sein“

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, die Lebensphase des Alters beginnend mit dem 50. Geburtstag zu verstehen und unterscheidet hierfür verschiedene Phasen, an welchen sich die Konventionen der Berliner Gesundheitsberichterstattung orientieren (vgl. Meinschmidt 2009a). Dementsprechend werden folgende Gruppen unterschieden:

- die 50- bis unter 60-Jährigen (**junge Alte**),
- die 60- bis unter 70-Jährigen (**Ältere**),
- die 70- bis unter 80-Jährigen (**Alte**),
- die 80- bis unter 95-Jährigen (**Hochbetagte**) und
- die 95-Jährigen und Älteren (**Langlebige**).

Die Abgrenzung der Zielgruppe auf die der älteren Menschen ab dem Lebensalter von 50 Jahren wird für die Analyse im vorliegenden Bericht übernommen. Die Einteilung in o. g. Hauptgruppen ist indessen für das verfolgte Ziel nur bedingt hinreichend, da die oben ausgeführte maßgebliche Problematik der Altersgrenze für die Regelaltersrente hier nicht berücksichtigt ist. Daher muss in jedem Fall innerhalb der Hauptgruppe der Älteren ein Schnitt beim Alter von derzeit 65 Jahren erfolgen. Für die differenzierte Analyse dieses Berichtes ist teilweise eine weitere Unterteilung oder Zusammenfassung der Altersgruppen erforderlich.

Somit werden im vorliegenden Bericht die beiden **Hauptaltersgruppen**

- **50- bis unter 65-Jährige** (junge Alte und Ältere/ Teilgruppe) und

- **65-Jährige und älter** (Ältere/ Teilgruppe, Alte, Hochbetagte, Langlebige)

voneinander abgegrenzt sowie die benannten Hauptgruppen bei inhaltlichem Bedarf und vorliegender Differenzierungsmöglichkeit (v. a. mit Hilfe von Daten) weiterer Unterteilung unterzogen. Abgeleitet aus der sozialgesetzlichen Perspektive liegt der **hauptsächliche Fokus auf der Altersgruppe der Bevölkerung ab 65 Jahren**.

Die sprachliche Verwendung des Begriffes „**Ältere**“ im Berichtstext meint in Zusammenfassung die gesamte Zielgruppe der Bevölkerung ab 50 Jahren.

1.3 Armut und staatliche Mindestsicherung - Anliegen der Untersuchung

Was Armut ist bzw. wer als arm gilt, wurde und wird in der Gesellschaft im historisch-konkreten Kontext in unterschiedlicher Weise definiert. So ist eine als arm ausgewiesene Lebenslage in westlichen Industriestaaten nicht mit Armut in Ländern der „Dritten Welt“ zu vergleichen. Trotzdem kann nicht einfach der Schluss gezogen werden, in westlichen Industriestaaten gäbe es keine Armut, vorausgesetzt, man geht von einem relativen Armutsbegriff aus. Es ist also zu unterscheiden, ob es sich absolut um die Frage des „nackten“ Überlebens handelt oder um eine Frage von (sozialer) Gerechtigkeit.

Definitionen von Armut

Von **absoluter Armut** ist zu sprechen, wenn die Ausstattung hinsichtlich lebenswichtiger materieller und immaterieller Grundbedürfnisse nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist. Als grober Indikator wird von der Weltbank die Verfügbarkeit von 1 US-Dollar in lokaler Kaufkraft pro Tag für die Befriedigung der Lebensbedürfnisse angesehen. In weiteren Schritten wurden nationale bzw. regionale Schwellenwerte festgelegt, von 2 US-Dollar für Lateinamerika bis zu 14,40 US-Dollar für die Industrieländer.

Das Konzept der **relativen Armut** berücksichtigt hingegen den allgemeinen Wohlstand, allgemein akzeptierte Bedürfnisse, Interessen der Gesellschaft als Vergleichsmaßstab.

Der **Ressourcenansatz** setzt in der Regel relative Armut mit **Einkommensarmut** gleich. Dabei wird der Mangel an materiellen Ressourcen vorwiegend am Einkommen festgemacht. Wer über weniger als einen bestimmten prozentualen Anteil des durchschnittlichen Einkommens einer Gesellschaft verfügt, gilt demnach als arm. Dieser Armutsbegriff ist allein aus seiner Definition heraus relativ, da der Maßstab für die Armutsmessung (durchschnittliches Nettoäquivalenzeinkommen) erstens selbst der Veränderung unterliegt und zweitens über diesen relativen Bezug stets ein gewisser Teil der Bevölkerung als arm definiert werden muss.

In der Bewertung und Interpretation hat sich die Einbettung in den **Lebenslagenansatz** bzw. in das Konzept der Teilhabe- und Verwirklichungschancen etabliert, so u. a. in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung des Bundes. Arm sein meint in diesem Sinne immer den Ausschluss oder den

eingeschränkter Zugang bei der Realisierung wichtiger Interessen und Bedürfnisse. Der Lebenslagenansatz versteht Armut als multidimensionales Phänomen, welches zwar in der Regel durch Einkommensarmut gekennzeichnet ist, aber mit Unterversorgung in anderen zentralen Dimensionen der Lebenslage einhergeht. Dadurch werden Handlungsspielräume, Teilhabechancen und gegebenenfalls subjektives Wohlbefinden und Zufriedenheit eingeschränkt. Einkommensarmut beschreibt aus dieser Sicht eine zentrale Dimension der Armut, die auf die anderen Dimensionen der Lebenslage prägende Auswirkungen hat und wesentliche Grundlage von Deprivation ist (vgl. Schmidtke 2005).

So wird im 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung Armut im Sinne sozialer Ausgrenzung und nicht mehr gewährleisteter Teilhabe als dann vorliegend definiert, „wenn die Handlungsspielräume von Personen in gravierender Weise eingeschränkt und gleichberechtigte Teilhabechancen an den Aktivitäten und Lebensbedingungen der Gesellschaft ausgeschlossen sind“. Damit beziehe sich Armut auf die Ausgrenzung von einem gesellschaftlich akzeptierten Lebensstandard (vgl. Bundesregierung 2005).

Auswirkungen manifestieren sich auf individueller Ebene beispielsweise in sozialpsychologischen und/oder gesundheitlichen Belastungen. Auf räumlicher Ebene zeigen sie sich unter anderem in Prozessen und Zuständen sozialräumlicher Segregation.

Duale Betrachtung von Einkommensarmut

Die Feststellung dessen, wann und in welchem Maße nun Einkommensarmut vorliegt, erfolgt in der (politischen) Öffentlichkeit und in der Wissenschaft unter differierenden Betrachtungswinkeln. Am gebräuchlichsten sind

- die **Berechnung von Armuts(risiko)quoten** und
- die **Gleichsetzung von einkommensarmer Lebenslage mit dem Bezug von staatlichen Transferleistungen** zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes (**Mindestsicherung**)

mit jeweils unterschiedlichen Ergebnissen. Während die Berechnung von Armutsquoten strikt auf die Bestimmung eines relativen, veränderlichen Maßstabes in der gesellschaftlich konkret vorhandenen Verteilung der Einkommen setzt, unterstellt die Gleichsetzung mit dem Bezug staatlicher Transferleistungen einen Einkommensstatus am unteren Verteilungsrand der Gesellschaft, welcher als „soziokulturelles Existenzminimum“ bzw. „Mindestsicherung“ per se als „arm“ zu charakterisieren sei.

In anderer Interpretation wird impliziert, dass Armut nur vorliegt, wenn das Einkommen unterhalb der Bedarfssätze der sozialen Mindestsicherung bleibt, im Prinzip also bei Nichtinanspruchnahme der zustehenden Leistungen (vgl. Bäcker 2008). Die Inanspruchnahme dieser Leistungen zeigt das Ausmaß, in dem Teile der Bevölkerung diesen Mindeststandard nur mit Unterstützung des Systems der sozialen Sicherung erreichen, weshalb nach dieser Auffassung von **bekämpfter Armut** gesprochen wird (vgl. Bieber/ Stegmann 2008).

Diese unterschiedlichen Sichtweisen greift die **Amtliche Sozialberichterstattung von Bund und Ländern** auf und veröffentlicht parallel Daten zu Armutsquoten sowie zur „sozialen Mindestsicherung“ in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt 2011). Als Transferleistungen der sozialen Mindestsicherungssysteme werden hier finanzielle Hilfen des Staates, die zur Sicherung des grundlegenden Lebensunterhaltes an leistungsberechtigte Personen ausgezahlt werden, bezeichnet (vgl. Mertel, Wolff 2010). Eine Festlegung darauf, ob die Leistungsberechtigten zu den „Armen“ zählen, erfolgt dort nicht, zumal in der EU-weit abgestimmten regelmäßigen Erhebung LEBEN IN EUROPA wie auch in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung postuliert und berechnet wird, dass und inwieweit Sozialtransfers das Armutsrisiko vermindern. Sozialhilfe und Grundsicherung für Arbeitsuchende sind demnach „...mit Rechtsansprüchen ausgestattete Fürsorgesysteme, die eine Mindestsicherung bieten und vor Armut und sozialer Ausgrenzung schützen“ (vgl. Bundesregierung 2008; Deckl 2008).

Unabhängig von der konkreten Methodik der Berechnung von Armuts(risiko)quoten liegen diese im Ergebnis im Allgemeinen unter den Mindestsicherungsquoten bzw. den Quoten von Beziehern und Bezieherinnen staatlicher Transferleistungen, was in der medialen Öffentlichkeit gelegentlich zur Verwirrung führt. Methodisch ist das aber nicht verwunderlich, denn in die Datengrundlagen zur Erhebung der Einkommen, aus welchen die Armuts(risiko)quoten errechnet werden, gehen auch die Einkommen der Bezieher und Bezieherinnen staatlicher Transferleistungen ein und bilden den unteren Rand der Einkommen mit.

Das **Anliegen dieses Berichtes** ist nicht die Fällung eines Urteils darüber, welche der beiden oben dargestellten Herangehensweisen denn richtiger als die andere sei. Während die Berechnung von Armuts(risiko)quoten, vorausgesetzt, sie erfolgt mit der gleichen Methodik wie in der Amtlichen Sozialberichterstattung des Bundes, zu mindestens bundesweit vergleich- bzw. einordenbaren Ergebnissen führt und die relative Position der einzelnen Personen/ Haushalte verortet, ist die Quote an Transferleistungsempfängern und -empfängerinnen ein ebenso markantes Maß für das Ausmaß ökonomischer Deprivation. Der Vorteil der Betrachtung von Armuts(risiko)quoten liegt u. a. darin, dass die relative Ersparnis von Mehrpersonenhaushalten bei der Lebensführung mit berücksichtigt wird und dass neben den Transfereinkommen auch andere Niedrigeinkommen in die Berechnung eingehen. Die Betrachtung der Quoten von Transferleistungsempfangenden wiederum gibt ein direktes Bild über das Ausmaß notwendiger staatlicher Unterstützung auf Ebene der sogenannten staatlichen Mindestsicherung. Da beide Betrachtungsweisen üblich und inhaltlich sinnvoll sind, greift der vorliegende Bericht diese Dualität auf und untersucht unter der Fragestellung der Altersarmut **sowohl die Bezieher und Bezieherinnen von Sozialhilfe** zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes (insbesondere Grundsicherung nach SGB XII) und von Grundsicherung bzw. Arbeitslosengeld II nach SGB II **als auch** die Ergebnisse aus dem Mikrozensus 2009 hinsichtlich der **Einkommenslage der älteren Bevölkerung**.

Die Untersuchung des Ausmaßes und der Struktur der Abhängigkeit von staatlichen Leistungen der Mindestsicherung in der älteren Bevölkerung bildet den **Schwerpunkt der Analyse**, da das Land Berlin (die Sozialämter) und die Jobcenter in der bundesgesetzlich geregelten Verantwortung für die Betreuung der Leistungsberechtigten nach SGB XII (Sozialhilfe) bzw. SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) stehen. Auch ist der Datenbestand über die Berechtigten von Leistungen nach SGB XII und SGB II wesentlich umfassender und differenzierter, als der des Mikrozensus, um die Lage von Berlinerinnen und Berlinern mit Einkommen aus Systemen der sozialen Mindestsicherung zu untersuchen und darzustellen. Das gilt auch unabhängig von der Beantwortung der Frage, ob der bzw. die Einzelne hinsichtlich des Einkommens jeweils kurz über oder unter der Armutsrisikogrenze liegt, zumal die rechnerisch exakte Bestimmung der Armutsrisikogrenze in Zusammenhang mit methodischen Fragestellungen, die sich aus den Bedingungen der zugrunde liegenden Erhebungsdaten aus dem jährlichen Mikrozensus (v. a. Stichprobe, Einstufung in Einkommensklassen ohne genaue Angabe der Höhe der Einkommen) ergeben, notwendig einer gewissen Varianz unterliegt (vgl. Gerhardt et al. 2009).

Zu den staatlichen Leistungen der **Mindestsicherung** gehören nach Definition der Amtlichen Sozialberichterstattung von Bund und Ländern Leistungen der Sozialhilfe (Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII), Arbeitslosengeld II/Sozialgeld nach dem SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“, Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sowie Leistungen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz⁷. Von den Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen gemäß AsylbLG in Berlin sind lediglich 634 zwischen 50 und unter 65 Jahren sowie 231 Personen 65 Jahre alt und älter und sollen an dieser Stelle nur Erwähnung finden. Über das Alter und die soziodemografische Struktur der Personen mit Leistungen der Kriegsopferfürsorge liegen keine Daten vor. Zudem nimmt deren Zahl in Berlin jährlich stark ab und betrug mit Stand 31.12.2008 nur noch insgesamt 2.509.

Erkennend, dass

- die Lebensphase „Alter“ nicht zuletzt in ihren gesundheitlichen und sozialen Dimensionen in gewissem Maße deutlich vor dem 65. Geburtstag als junges (oder beginnendes) Alter startet und

⁷ Die Kriegsopferfürsorge stellt in Ergänzung insbesondere der Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz individuelle Hilfen an Kriegsbeschädigte und deren Familienmitglieder sowie Hinterbliebene bereit. Anspruchsberechtigt sind auch Personen, die einen Gesundheitsschaden erlitten haben, für dessen Folgen die staatliche Gemeinschaft einzustehen hat.

- wesentliche ökonomische Bedingungen, die darüber entscheiden, ob ein Mensch ab dem 65. Lebensjahr ein auskömmliches, über dem Sozialhilfeanspruch bzw. der Armutsrisikogrenze liegendes Alterseinkommen erzielen wird, im erwerbsfähigen Alter gelegt werden und dies sich insbesondere in dessen späteren Lebensjahren manifestiert,

wird in diesem Bericht neben den Menschen im Alter ab 65 Jahren auch die Altersgruppe der 50- bis unter 65-Jährigen untersucht.

Besondere Beachtung finden diejenigen, welche bereits in diesem Lebensalter von staatlichen Transferleistungen (SGB II, SGB XII) abhängig sind. Dabei wird in Rechnung gestellt, dass der Bezug von Leistungen der Mindestsicherung gemäß SGB XII in diesem Lebensalter zumeist mit dauerhaft voller Erwerbsminderung verbunden ist und in Form der Zahlung von Grundsicherung gemäß 4. Kapitel SGB XII erfolgt. Auch in den Fällen 50- bis unter 65-Jähriger, welche laufende Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß 3. Kapitel SGB XII beziehen, ist oftmals nicht von einer perspektivisch grundsätzlich verbesserten Einkommenslage auszugehen. Außerdem setzt der Bezug von Sozialhilfe für den Lebensunterhalt voraus, kaum über eigene Rücklagen oder Vermögen für das Alter zu verfügen. Ähnlich sieht die Bewertung für die Gruppe der 50- bis unter 65-jährigen Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung gemäß SGB II („Hartz IV“) aus. Auch diese Menschen dürfen über so gut wie keine eigenen Rücklagen oder Vermögen verfügen. Die Hoffnung auf ihre dauerhaft und finanziell ertragreiche Rückkehr auf den Arbeitsmarkt ist im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen mit deutlich geringeren Erfolgsaussichten verknüpft.

Lebenslagen, welche Armutsrisiken beinhalten können bzw. für den weiteren Lebensverlauf wahrscheinlicher werden lassen, sind darüber hinaus prekäre Beschäftigung (vor dem Rentenalter), Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung und können gegebenenfalls weitere staatliche Leistungen erfordern. D. h. der Bezug bzw. das Zurverfügungstellen solcher Leistungen gibt einen Überblick über die Größenordnung entsprechender Armutsrisiken bzw. armutsnaher Lebenslagen älterer Menschen in Berlin.

Zweifelsohne gibt es noch etliche weitere, hier nicht aufgeführte und im Bericht nicht behandelte Seiten der Lebenslage der einkommensarmen Bevölkerung im Alter. Deren Nichtbehandlung bedeutet nicht, dass diese im Land Berlin keine Beachtung finden. Die vorliegende Berichtslegung muss aber, u. a. aus Gründen der Praktikabilität, die beschriebene Schwerpunktsetzung vornehmen.

1.4 Beobachtungszeitraum

Der Schwerpunkt der Analyse liegt auf der Untersuchung des *IST-Standes zum Zeitpunkt 31.12.2009* bzw. im Jahr 2009. Fünf Jahre nach dem Systemwechsel in der Sozialgesetzgebung am 01.01.2005 kann davon ausgegangen werden, dass nunmehr organisatorische, verwaltungstechnische bzw. softwaretechnische Umstellungsschwierigkeiten und rechtliche Unklarheiten im Wesentlichen beseitigt sind, so dass ein möglichst hohes Maß an Genauigkeit in der Abbildung der Realität erwartet wird. Zukünftige Analysen können auf diesem Datenstand aufbauend differenzierte Aussagen in der Zeitreihe prüfen und weiter verfolgen.

Darüber hinaus wird für *Schwerpunktindikatoren* die *zeitliche Entwicklung seit dem Jahr 2005* dargestellt, deren Bewertung und Interpretation allerdings stets unter dem vorgenannten Aspekt gesehen werden muss.

Für einige wichtige Indikatoren lagen kurz vor Redaktionsschluss bereits neue Daten mit dem Stand 31.12.2010 vor. Diesbezügliche Eckdaten werden im Text mit benannt, so dass die Kernaussagen aktuell bestätigt werden können.

Aus der inhaltlichen Analyse des IST-Standes und der bisherigen Entwicklung im zeitlichen Verlauf werden erste kurze Einschätzungen zur kurz- bzw. mittelfristigen Projektion gegeben.

1.5 Räumlicher Bezug

Neben der Berichtsebene des Landes Berlin insgesamt erfolgt die räumlich differenzierte Exploration für die Ebene der Berliner Bezirke (12) und für Eckdaten bis hinunter auf die kleinste Ebene der Berliner Raumgliederung der Lebensweltlich orientierten Räume (LOR)⁸ - die Ebene der Planungsräume.

Um den Belangen des Datenschutzes und der statistischen Validität genügen zu können, wurden 28 der 447 Planungsräume aus der Analyse ausgeschlossen. Darüber hinaus sind in der tabellari-schen Darstellung der Werte für die verbliebenen 419 Planungsräume aus Gründen der statistischen Geheimhaltung weitere einzelne Werte gesperrt.

Dort, wo Vergleiche der Bundesländer vorgenommen werden und Aussagen zu Deutschland ins-gesamt getroffen werden, wurde die vorhandene Bezugsgröße der fortgeschriebenen Bevölkerung gewählt. Für unterhalb der Bezirksebene liegende Raumgliederungen stehen indessen keine Daten zur fortgeschriebenen Bevölkerung zur Verfügung. Aus diesem Grund wird bei allen eigenen Be-rechnungen von (Transferleistungs- bzw. Empfänger-)Quoten bzw. prozentualen Anteilen auf die Daten des Einwohnermelderegisters zurückgegriffen, was dann aus Gründen der Aggregierbarkeit alle betrachteten räumlichen Ebenen des Landes Berlin betrifft. Dadurch kann es zu - wenn über-haupt, dann nur geringfügigen - **Abweichungen zu den im Deutschlandvergleich vorhandenen Daten** kommen.

1.6 Daten und Methoden

Untersuchung der soziodemografischen Struktur der älteren Bevölkerung

Datenhalter: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Datenquelle: Einwohnerregisterstatistik, fortgeschriebene Bevölkerung, Mikrozensus

Verlässlichkeit der Daten: Aufgrund der bestehenden Rechtslage ist von der Vollständigkeit der Daten der **Einwohnerregisterstatistik** auszugehen. Die Validität kann eingeschränkt sein durch fehlende An- bzw. Abmeldungen der Zu-/Fortziehenden beim Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten Berlin. Wegen unterschiedlicher Zweckbestimmung und Erhe-bungsmodi gibt es Abweichungen der Ergebnisse dieser Statistik von denen aus der **Bevöl-kerungsfortschreibung**. Der **Mikrozensus** erlaubt als repräsentative Zufallsstichprobe (bei 1 % aller Haushalte) mit Auskunftspflicht und einer hohen Ausschöpfungsquote zuverlässige Hoch-rechnungen auf die gesamte Bevölkerung. Hochrechnungen zu Personengruppen, die in der Stichprobe mit weniger als 50 Fällen vertreten sind, erfolgen wegen des zu erwartenden hohen Stichprobenfehlers nicht. Seit 2005 wird die Befragung nicht mehr auf eine Berichtswoche im Jahr festgelegt, sondern verteilt über alle Wochen des Jahres durchgeführt.

Methoden: deskriptive Statistik

Kleinste verfügbare räumliche Ebene: Bezirke; Planungsräume (kleinste Ebene der „Lebensweltlich orientierten Räume“ im Land Berlin) - nur Einwohnermelderegister

Untersuchung der Einkommensquellen und -arten der älteren Bevölkerung

Daten zur Einkommenshöhe sowie zur Einkommensquelle der Bevölkerung liegen aus dem Mi-krozensus vor. Dieser bildet auch die Datengrundlage, aus welcher das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg Berechnungen zur Ermittlung der Armuts(risiko)grenzen und -quoten vornimmt.

Datenhalter: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Datenquelle: Mikrozensus

Verlässlichkeit der Daten: siehe oben.

Methoden: deskriptive Statistik

Kleinste verfügbare räumliche Ebene: Bezirke

⁸ Zur Abgrenzung und Definition der LOR vgl. Jahn et al. 2006.

Untersuchung der Armuts(risiko)- und Reichtumsquoten der älteren Bevölkerung

In der Amtlichen Sozialberichterstattung von Bund und Ländern wird die **Armutsrisikoquote** als Anteil der Personen in Haushalten, deren bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen (monatlich) weniger als 60 % des Medians (mittlerer Wert) aller Personen beträgt, definiert. Reichtum liegt laut Definition bei einem Einkommen von 200 % und mehr des Äquivalenzeinkommens, Wohlstand bereits ab 80 % vor.

Das bedarfsgewichtete **Nettoäquivalenzeinkommen** wird als gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen über die Division des Nettohaushaltseinkommens durch die Summe der Personengewichte ermittelt. Für die Bestimmung der Personengewichte werden Gewichtungsfaktoren benutzt (Haupteinkommensbezieher bzw. -bezieherin = 1,0; weitere Haushaltsmitglieder ab 14 Jahre = 0,5; weitere Haushaltsmitglieder unter 14 Jahre = 0,3). Durch die Verwendung des Äquivalenzeinkommens können beim Vergleich von Haushalten Struktureffekte in Form relativer Kostenersparnis von Mehr-Personen-Haushalten vermieden werden.

Mit der Wahl des Begriffes **Armutsrisikoquote** soll der Begriff der Armut insofern relativiert werden, als zum einen Einkommensarmut nicht allein maßgebend für eine als arm zu kennzeichnende Lebenslage ist und zum anderen die Wahl der Methodik und die Festlegung einer bestimmten Armutsgrenze letztlich normative Entscheidungen sind, die den Armutsbegriff in seiner Relativität mitbestimmen. Der Einfachheit halber wird **äquivalent auch der Begriff Armutsquote verwendet**.

Die Höhe der Armutsquoten unterscheidet sich nach dem gewählten Bezugsrahmen für die Ermittlung des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens. Da dessen Höhe regional unterschiedlich ausfällt, werden beispielsweise für Berlin mit derzeit unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Einkommen höhere Armutsquoten ermittelt, wenn als Bezugsgröße das mittlere Nettoäquivalenzeinkommen für Deutschland verwendet wird. Für die Ermittlung regionaler (bezirklicher) Unterschiede innerhalb des Landes wird vom Amt für Statistik Berlin Brandenburg als Berechnungsgrundlage das mittlere Nettoäquivalenzeinkommen im Land Berlin verwendet. Ein Vergleich mit anderen Werten in Deutschland ist hierfür nicht möglich.

Datenhalter: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Datenquelle: Mikrozensus

Verlässlichkeit der Daten: siehe oben.

Methoden: vgl. Gerhardt et al. (2009), deskriptive Statistik

Kleinste verfügbare räumliche Ebene: Bezirke

Untersuchung der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß SGB XII

Datengrundlage sind die anonymisierten Daten aus dem IT-Fachverfahren Soziales im (bezirklichen) Geschäftsbereich Soziales des Landes Berlin⁹. Es wurden Daten aus allen relevanten Leistungsfällen in die Analyse einbezogen, so dass eine Vollerhebung vorliegt.

Datenhalter: Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales

Datenquelle: Fachverfahren ProSoz. In den Jahren 2005 bis 2009 wurde das IT-Fachverfahren ProSoz/S genutzt, ab dem 4. Quartal 2007 gleitend parallel OPEN/PROSOZ. Die Daten zum Stichtag 31.12.2009 basieren nur noch auf dem neuen IT-Fachverfahren. Einwohnerregisterstatistik, fortgeschriebene Bevölkerung.

Verlässlichkeit der Daten: Die Daten aus den IT-Fachverfahren Soziales sind grundsätzlich als zuverlässig anzusehen. Umstellungsbedingt können jedoch Einflüsse auf die Datenstruktur beim Wechsel zur neuen Fachsoftware nicht ausgeschlossen werden. Hinsichtlich der Differenzierung zeitlicher Verläufe zwischen Empfängern und Empfängerinnen von Grundsicherung (4. Kapitel SGB XII) und von Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) muss in Rechnung

⁹ Die Zuständigkeit der Leistungsgewährung nach SGB XII erstreckt sich im Land Berlin auch auf einen Teil der Jugendämter, umfasst jedoch nicht den in diesem Bericht behandelten Personenkreis der Menschen ab 50 Jahre.

gestellt werden, dass in den ersten Jahren der neuen Sozialgesetzgebung ab 2005 die Zahl der Empfänger und Empfängerinnen von Grundsicherung noch nicht vollständig der nach Rechtslage Anspruchsberechtigten entsprach. Nicht wenige Anspruchsberechtigte waren im Vorfeld als Fälle mit laufender Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß BSHG (bis 2004) behandelt worden, obwohl ab 1. Januar 2003 bereits ein Leistungsanspruch der Grundsicherung bestand. Deren Überführung von einer Leistungsart in die andere erfolgte in der Praxis gleitend, letzte Fälle wurden im Zuge der Neueingabe der Falldaten bei Einführung der neuen Fallbearbeitungssoftware umgestellt. Die Betrachtung von Zeitreihen ist daher nur unter Beachtung des Vorgesagten sinnvoll. Darüber hinaus könnte eine sehr geringe Untererfassung bezüglich der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen im Alter dadurch vorliegen, dass Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII bei Erreichen des Lebensalters von 65 Jahren nicht sofort auf die Grundsicherung im Alter umgestellt werden, wie es im Sozialgesetzbuch vorgesehen ist. Unklar ist auch, wie groß die Zahl der Personen ist, die aus unterschiedlichen Gründen keine Grundsicherung im Alter in den Bezirken beantragen, obwohl sie einen Anspruch hätten. Im Vergleich zu an anderer Stelle veröffentlichten Daten können sich aufgrund technischer Vorgaben für die Anpassung der Auswertungsdaten geringfügige Differenzen ergeben. Zur *Einwohnerregisterstatistik* und zur *Bevölkerungsfortschreibung* siehe oben.

Methoden: deskriptive Statistik

Kleinste verfügbare räumliche Ebene: Planungsräume (kleinste Ebene der „Lebensweltlich orientierten Räume“ im Land Berlin)

Die Analysen sind ausschließlich auf der räumlichen und zeitlichen Ebene möglich, eine Verknüpfung von (anonymisierten) Individualdaten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.

Untersuchung der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß SGB II

Datengrundlage sind die anonymisierten Daten aus der Fallbearbeitung der Jobcenter im Land Berlin. Es wurden Daten aus allen relevanten Leistungsfällen in die Analyse einbezogen, so dass eine Vollerhebung erfolgen konnte.

Datenhalter: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

Datenquelle: Mikrozensus; Datenpool/ Arbeitsmarktdaten, Einwohnerregisterstatistik.

Verlässlichkeit der Daten: Nähere Ausführungen zur Qualität der Daten zum *SGB II* können den statistischen Hinweisen zur Interpretation der Bundesagentur für Arbeit entnommen werden (<http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/index.shtml>). Zur *Einwohnerregisterstatistik* und zum *Mikrozensus* siehe oben.

Methoden: deskriptive Statistik

Kleinste verfügbare räumliche Ebene: Planungsräume (kleinste Ebene der „Lebensweltlich orientierten Räume“ im Land Berlin)

Die Analysen sind ausschließlich auf der räumlichen und zeitlichen Ebene möglich, eine Verknüpfung von (anonymisierten) Individualdaten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.

Sprachliche Gleichbehandlung von Männern und Frauen

Ein Wort zur sprachlichen Gleichbehandlung von Männern und Frauen: Die sprachliche Gleichbehandlung drückt sich beispielsweise in einer jeweils getrennten Verwendung der „Empfängerinnen und Empfänger“ bzw. „Grundsicherungsempfängerinnen und Grundsicherungsempfänger“ aus. Im Interesse der Lesbarkeit und Übersichtlichkeit wird in Abbildungen und Tabellen von der korrekten (ausgeschriebenen) Form abgewichen.

2. Soziodemografische Struktur der älteren Bevölkerung

2.1 Soziodemografische Struktur der älteren Bevölkerung im Jahr 2009

2.1.1 Melderechtlich registrierte Einwohner und Einwohnerinnen in Berlin am 31.12.2009 ab 50 Jahre

Laut Melderegister des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg waren am 31. Dezember 2009 insgesamt 3.369.672 Einwohner und Einwohnerinnen am Ort der Hauptwohnung in Berlin registriert, darunter 1.267.245 Personen ab 50 Jahre und älter. Dies entspricht einer Quote von 37,6 % im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung.

Bezogen auf alle registrierten Einwohnerinnen und Einwohner sieht die Verteilung der für diesen Bericht relevanten Altersgruppen zusammengefasst wie folgt aus:

- 62,4 % der Berliner Bevölkerung sind unter 50 Jahre alt,
- 18,4 % der Berliner Bevölkerung sind 50 bis unter 65 Jahre alt und
- 19,2 % der Berliner Bevölkerung sind 65 Jahre und älter.

In Berlin ist demnach knapp jeder bzw. jede Fünfte 65 Jahre und älter, darunter sind 58,1 % Frauen. Bezieht man die 50- bis unter 65-Jährigen mit ein, ist sogar knapp jeder bzw. jede Dritte im statistischen Sinne älter oder alt, davon insgesamt 54,4 % Frauen. Der Frauenanteil nimmt aufgrund der höheren Lebenserwartung und den noch immer nachwirkenden Folgen der hohen Mortalitätsrate des Zweiten Weltkrieges mit steigendem Alter zu und ist in der Altersgruppe ab 90 Jahre mit 83,0 % am höchsten (vgl. Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1:
Melderechtlich registrierte Einwohner ab 50 Jahre am Ort der Hauptwohnung in Berlin am 31.12.2009 nach Altersjahren und Geschlecht

Alter	insgesamt	männlich	weiblich	Anteil der Frauen an der jeweiligen Altersgruppe in %
50 bis unter 55 Jahre	229.531	116.680	112.851	49,2
55 bis unter 60 Jahre	214.459	103.696	110.763	51,7
60 bis unter 65 Jahre	175.136	85.119	90.017	51,4
65 bis unter 70 Jahre	217.676	104.300	113.376	52,1
70 bis unter 75 Jahre	182.889	82.752	100.137	54,8
75 bis unter 80 Jahre	108.069	45.306	62.763	58,1
80 bis unter 85 Jahre	74.592	25.618	48.974	65,7
85 bis unter 90 Jahre	43.412	10.177	33.235	76,6
90 Jahre und älter	21.481	3.647	17.834	83,0
50 bis unter 65 Jahre	619.126	305.495	313.631	50,7
50 Jahre und älter	1.267.245	577.295	689.950	54,4
65 Jahre und älter	648.119	271.800	376.319	58,1
unter 50 Jahre	2.102.427	1.069.403	1.033.024	49,1
Bevölkerung insgesamt	3.369.672	1.646.698	1.722.974	51,1

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - I D 21 -)

Betrachtet man die Gruppe der in Berlin am 31.12.2009 melderechtlich registrierten Ausländer und Ausländerinnen ab 50 Jahre ergibt sich hingegen folgendes Bild:

Tabelle 2.2:
Ausländische Bevölkerung ab 50 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Alter und Geschlecht

Alter	insgesamt	männlich	weiblich	Anteil der Frauen an der jeweiligen Altersgruppe in %
50 bis unter 65 Jahre	73.624	37.432	36.192	49,2
50 Jahre und älter	109.842	56.337	53.505	48,7
65 Jahre und älter	36.218	18.905	17.313	47,8
unter 50 Jahre	350.345	180.507	169.838	48,5
insgesamt	460.187	236.844	223.343	48,5

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - I D 21 -)

13,7 % der in Berlin lebenden Menschen haben eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit¹⁰. Von diesen insgesamt 460.187 Personen sind 76,1 % (in absoluten Zahlen: 350.345) unter 50 Jahre alt, 16,0 % (73.624) im Alter von 50 bis unter 65 Jahren und 7,9 % (36.218) 65 Jahre und älter. Nur jeder bzw. jede zwölfte in Berlin lebende Ausländer bzw. Ausländerin ist im Rentenalter, darunter sind 47,8 % Frauen (vgl. Tabelle 2.2). Der im Verhältnis zur deutschen Bevölkerung geringe Anteil an (lt. statistischer Definition) älteren und alten Ausländern und Ausländerinnen kann u. a. als Indiz für eine Rückkehr in das Heimatland nach Beendigung des aktiven Berufslebens gewertet werden.

2.1.2 Bevölkerung ab 50 Jahre in Privathaushalten in Berlin

Datenmaterial zur Größe des Haushalts, Familienstand und Lebensform der in diesem Bericht betrachteten Personen stehen aus dem Mikrozensus Berlin (Erläuterung dazu siehe Abschnitt 1.7) zur Verfügung, allerdings nicht immer in der erforderlichen Altersgruppierung. Dennoch können anhand der nachfolgenden Daten aus dem Jahr 2009 Informationen über das Leben von älteren und alten Menschen ab 50 Jahre¹¹ in Privathaushalten gewonnen werden.

Die **Bevölkerung in Privathaushalten** umfasst alle im Land Berlin wohnhaften Personen (Haupt- und Nebenwohnsitz), die allein oder zusammen mit anderen Personen eine wirtschaftliche Einheit (Privathaushalt) bilden. Unberücksichtigt bleiben Personen in Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünften. Dagegen werden Personen in Privathaushalten in Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünften einbezogen. Da eine Person in mehreren Privathaushalten wohnberechtigt sein kann, sind Doppelzählungen möglich.

Haushaltsgröße

Etwa 62 % der in Privathaushalten lebenden Berlinerinnen und Berliner im Alter von 65 bis unter 85 Jahren wohnen mit einer oder mehreren Personen zusammen und sind damit ggf. über vorhandenes weiteres Haushaltseinkommen finanziell zusätzlich abgesichert. Darüber hinaus kann dadurch in vielen Fällen bei Eintritt von Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit die erforderliche Versorgung durch Angehörige und/oder Mitbewohner bzw. Mitbewohnerinnen sichergestellt werden.

Von den 32.900 in Berliner Privathaushalten lebenden Ausländerinnen und Ausländern im Alter von 65 bis unter 85 Jahren leben ca. 32 % allein (Deutsche: 38 %). Rund 52 % (17.100 Personen) gehört zu 2-Personen-Haushalten (Deutsche: 59 %). Die Anzahl der in 3- und Mehr-Personen-Haushalten lebenden Ausländer und Ausländerinnen ist so gering, dass sie statistisch nicht ausgewiesen wird.

Orientiert am Merkmal der Haushaltsgröße leben 164.600 (rd. 48 %) der 340.300 in Privathaushalten wohnenden Berlinerinnen im Alter von 65 bis unter 85 Jahren allein, bei den Männern der gleichen Altersgruppe liegt die Quote bei rd. 24 % (65.300 Personen). Männliche Ausländer im vorgenannten Alter wohnen in der Regel nicht in 1-Personen-Haushalten, bei den ausländischen Frauen sind es demgegenüber 5,9 %.

Ab dem 85. Lebensjahr leben mehr als zwei Drittel der Berliner Bürgerinnen und Bürger allein, wobei die Zahl der Ausländerinnen und Ausländer dieser Altersgruppe zu gering ist, um statistisch aus-

¹⁰ inkl. der Personen mit nur fremder oder ungeklärter Staatsangehörigkeit sowie Staatenlose; Einwohner insgesamt: 3.369.672, davon 460.187 Ausländer und Ausländerinnen (13,7 %)

¹¹ Die Altersgruppe ab 50 bis unter 55 Jahren steht in den Veröffentlichungen des Mikrozensus nur eingeschränkt zur Verfügung.

gewiesen zu werden. Unter den Frauen der Altersgruppe wohnen 80 % allein, unter den Männern jedoch 65 % zusammen mit einer weiteren Person (vgl. Tabelle 2.3).

Tabelle 2.3:
Bevölkerung ab 65 Jahre in Privathaushalten in Berlin 2009 nach Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Altersgruppen und Haushaltsgröße

Alter / Geschlecht / Staatsangehörigkeit	Davon in Haushalten mit ... Personen				
	insgesamt	1	2	3	4 und mehr
	in 1.000				
Bevölkerung 65 bis unter 85 Jahre	610,9	230,0	356,0	19,3	5,5
männlich	270,5	65,3	190,3	11,6	.
weiblich	340,3	164,6	165,7	7,7	.
Deutsche	578,0	219,6	338,9	16,1	.
männlich	252,5	60,9	180,0	9,4	.
weiblich	325,4	158,7	159,0	6,7	.
Ausländer	32,9	10,4	17,1	.	.
männlich	18,0	.	10,3	.	.
weiblich	14,9	5,9	6,8	.	.
Bevölkerung 85 Jahre und älter	50,3	34,4	14,6	.	.
männlich	12,8	.	8,3	.	.
weiblich	37,4	30,1	6,3	.	.
Deutsche	49,6	34,0	14,3	.	.
männlich	12,7	.	8,1	.	.
weiblich	37,0	29,7	6,2	.	.
Ausländer	.	.	.	.	.
männlich	.	.	.	.	.
weiblich	.	.	.	.	.

(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - I D 21 -)

Insgesamt ist zu beachten, dass die vorgenannten Zahlen keine Angaben über Personen in Einrichtungen enthalten und zudem Doppelzählungen möglich sind, da eine Person in mehreren Privathaushalten wohnberechtigt sein kann. Daten über Personen in Einrichtungen liegen in vergleichbarer Form nicht vor. In Verknüpfung der Daten aus dem Mikrozensus mit den Daten aus dem Melderegister bezüglich der Einwohner und Einwohnerinnen ab 65 Jahren ist aber davon auszugehen, dass die Mehrzahl der älteren und alten Berlinerinnen und Berliner den Lebensabend in Privathaushalten verbringt (648.119 melderechtlich registrierte Personen ab 65 Jahre und 661.200 Personen der gleichen Altersgruppe lt. Mikrozensus in Privathaushalten).

Familienstand

Neben den Angaben zur Haushaltsgröße können dem Mikrozensus auch Informationen zum Familienstand entnommen werden. So sind von den 634.500 in Privathaushalten registrierten Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren 61 % verheiratet, 19 % geschieden, 15 % ledig und 5 % verwitwet. In der Altersgruppe ab 65 Jahre (661.200 Personen) sieht die Verteilung wie folgt aus: 57 % sind verheiratet, 24 % verwitwet, 12 % geschieden und 7 % haben als Familienstand „ledig“ angegeben.

Bei den ledigen Personen überwiegen in der Altersgruppe der 50- bis 65-Jährigen die Männer (63.600 Männer, 39.100 Frauen), bei den über 65-Jährigen sind hingegen mehr Frauen vertreten (19.000 Männer, 27.600 Frauen).

Während in der Altersgruppe der unter 65-Jährigen die Zahl der verheirateten Männer und Frauen annähernd gleich hoch ist, trifft dies in der Altersgruppe ab 65 Jahren nicht mehr zu. Hier sind mehr Männer (74,2 %) verheiratet als Frauen (44,1 %), aber mehr Frauen (34,1 %) verwitwet als Männer (9,6 %)(vgl. Tabelle 2.4).

Tabelle 2.4:

Bevölkerung ab 50 Jahre in Privathaushalten in Berlin 2009 nach Geschlecht, Altersgruppen und Familienstand

Alter / Geschlecht	Familienstand				
	insgesamt	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet
	in 1.000				
Bevölkerung von 50 bis unter 55 Jahre	232,5	49,1	127,8	48,7	7,0
männlich	115,8	31,3	59,3	24,1	.
weiblich	116,7	17,7	68,5	24,6	5,9
Bevölkerung von 55 bis unter 60 Jahre	224,0	34,4	135,8	42,5	11,4
männlich	108,0	20,4	67,7	17,8	.
weiblich	116,0	14,0	68,1	24,7	9,2
Bevölkerung von 60 bis unter 65 Jahre	187,0	19,3	126,9	28,5	12,3
männlich	92,8	11,9	65,4	12,6	.
weiblich	94,2	7,4	61,4	15,9	9,4
Bevölkerung von 50 bis unter 65 Jahre	643,5	102,8	390,5	119,7	30,7
männlich	316,6	63,6	192,4	54,5	.
weiblich	326,9	39,1	198,0	65,2	24,5
Bevölkerung 65 Jahre und älter	661,2	46,7	376,7	81,2	156,4
männlich	283,3	19,0	210,3	26,7	27,3
weiblich	377,8	27,6	166,6	54,7	128,9

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - I D 21 -)

Zusammenleben in Privathaushalten

In der bisherigen Betrachtung wurden Haushaltgröße und Familienstand separat dargestellt. Eine Verknüpfung beider Merkmale führt zu folgenden Aussagen:

245.500 (93,5 %) der verheirateten Berlinerinnen und Berliner im Alter von 55 bis unter 65 Jahren in Privathaushalten leben in Mehr-Personen-Haushalten, davon 80,3 % in Haushalten mit zwei Personen.

Der Anteil der ledigen, geschiedenen und verwitweten Personen in Berliner Mehr-Personen-Haushalten ist so gering, dass er statistisch nicht ausgewiesen wird bzw. ein solcher Anteil nicht vorhanden ist. Wer nicht verheiratet ist, lebt in Privathaushalten in der Regel allein. Auch hier noch einmal der Hinweis, dass die Daten keine Angaben über Personen enthalten, die z. B. wegen Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht in der Wohnung verbleiben konnten und ihren Lebensabend in einer Einrichtung verbringen.

Die Haushaltgröße und der Familienstand erlauben zusammen eine erste Einschätzung des Zusammenlebens in Privathaushalten. Detaillierte Angaben können ergänzend den Antworten zur Frage nach der individuell gewählten Lebensform entnommen werden.

So leben 47 % der 55- bis unter 60-Jährigen in Berliner Privathaushalten als Paar ohne (ledige) Kinder zusammen. In der Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen liegt diese Quote bei 59 %, in der Altersgruppe ab 65 Jahre beträgt sie noch 54 %. Mehr als die Hälfte aller in Privathaushalten lebenden Berlinerinnen und Berliner ab 65 Jahre lebt mit dem Ehe- oder Lebenspartner zusammen.

Als Eltern oder Elternteil in Familien leben 40.700 Personen (18 %) der 55- bis unter 60-Jährigen, 19.100 Personen (10 %) der 60- bis unter 65-Jährigen und 26.800 Personen (4 %) der über 65-Jährigen in Privathaushalten.

Ein Drittel (72.700 Personen) der in Privathaushalten lebenden Berlinerinnen und Berliner im Alter von 55 bis unter 60 Jahren lebt allein, in der Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen sind es noch 29 %. Bei den über 65-Jährigen leben nach eigenen Angaben 40 % (262.300) in 1-Personen-Haushalten (vgl. Tabelle 2.5).

Tabelle 2.5:
Bevölkerung ab 55 Jahre in Privathaushalten in Berlin 2009 nach Geschlecht, Familienstand, Altersgruppen und Haushaltsgröße

Familienstand / Alter	Davon in Haushalten mit ... Personen				
	insgesamt	1	2	3	4 und mehr
	in 1.000				
ledig					
55 bis unter 65 Jahre	53,7	41,3	10,6	.	.
65 Jahre und älter	46,7	40,7	5,7	.	.
verheiratet					
55 bis unter 65 Jahre	262,7	16,9	197,3	32,7	15,5
65 Jahre und älter	376,7	14,5	341,7	16,3	.
geschieden					
55 bis unter 65 Jahre	71,0	54,3	14,0	.	.
65 Jahre und älter	81,2	71,3	8,9	.	.
verwitwet					
55 bis unter 65 Jahre	23,7	17,0	5,8	.	.
65 Jahre und älter	156,4	137,7	14,3	.	.

(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - I D 21 -)

Der weit überwiegende Teil der Berlinerinnen und Berliner ab 55 Jahre lebt in traditionellen Lebensformen, lediglich 4.200 Personen (2 %) der 55- bis unter 60-Jährigen lebt mit weiteren Erwachsenen zusammen, die nicht zur unmittelbaren Familie gehören und auch nicht Ehe-/Lebenspartner sind („Alleinstehende ohne ledige Kinder“ abzgl. „darunter Alleinlebende“). Dazu gehören u. a. Wohngemeinschaften, die mit zunehmendem Alter immer mehr an Bedeutung gewinnen und insbesondere im Bereich der pflegerischen Versorgung innovative Ansätze des altersgerechten Wohnens bereitstellen. 10.200 Personen über 65 Jahre in Berliner Privathaushalten bevorzugen bereits eine solche Lebensform, wobei es sich hier naturgemäß auch um eine schlichte Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft handeln kann, die keinerlei Unterhaltsverpflichtungen enthält.

Während in der Altersgruppe der 55- bis unter 60-Jährigen in Berliner Privathaushalten lebenden Ausländer und Ausländerinnen alle Lebensformen annähernd gleichmäßig vertreten sind, überwiegt in der Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen das Zusammenleben als Paar (ohne ledige Kinder) oder allein. Ab dem 65. Lebensjahr leben Ausländer und Ausländerinnen in Berliner Privathaushalten zu 47 % (15.700 Personen) als Paar, 32 % (10.600) leben allein und 17 % (5.500) als Eltern/Elternteil in der Familie. Die restlichen 5 % sind alleinstehend, aber nicht allein lebend (vgl. Tabelle 2.6).

Tabelle 2.6:
Bevölkerung ab 55 Jahre in Privathaushalten in Berlin 2009 nach Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit und Lebensformen

Alter / Geschlecht / Staatsangehörigkeit	in Familien						in Paaren ohne ledige Kinder		Alleinstehende ohne ledige Kinder	
	insgesamt	zusammen		dar. Eltern/ Elternteile	insgesamt	zusammen		dar. Alleinlebende		
		in 1.000								
55 bis unter 60 Jahre	222,2	41,8	40,7	103,6	76,9	72,7				
männlich	107,0	21,0	20,5	47,5	38,4	36,1				
weiblich	115,3	20,7	20,3	56,1	38,4	36,6				
Deutsche	195,0	34,0	33,1	92,7	68,3	64,7				
Ausländer	27,2	7,7	7,6	10,9	8,6	8,0				
60 bis unter 65 Jahre	185,5	19,6	19,1	109,1	56,7	54,6				
männlich	92,3	11,9	11,5	54,2	26,2	25,2				
weiblich	93,2	7,7	7,6	54,9	30,5	29,3				
Deutsche	162,1	15,5	14,9	97,9	48,7	47,2				
Ausländer	23,4	.	.	11,2	8,0	7,3				
65 Jahre und älter	655,9	27,3	26,8	356,1	272,5	262,3				
männlich	280,3	14,9	14,4	195,0	70,4	68,4				
weiblich	375,6	12,5	12,4	161,1	202,0	193,9				
Deutsche	622,5	21,8	21,2	340,4	260,3	251,7				
Ausländer	33,4	5,5	5,5	15,7	12,1	10,6				

(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - I D 21 -)

2.2 Entwicklung der demografischen Struktur der älteren Bevölkerung bis zum Jahr 2030

Die in Kapitel 2.1 genannten Daten bilden die Ist-Situation der Berliner Bevölkerung ab 50 Jahre zum Stichtag 31.12.2009 ab und bieten Einblicke in verschiedene Aspekte der soziodemografischen Struktur wie etwa Familienstand, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Lebensform. Unter Berücksichtigung des mit der Alterung der Gesellschaft einhergehenden demografischen Wandels und dessen sozialpolitischer Relevanz sind aber auch Prognosedaten zur Bevölkerungsentwicklung von Bedeutung, die in regelmäßigen Abständen von der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung veröffentlicht werden (vgl. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung 2009). Die zuletzt vorliegenden Zahlen bilden den Zeitraum bis zum Jahr 2030 ab (vgl. Tabelle 2.7, Abbildung 2.1).

Tabelle 2.7:

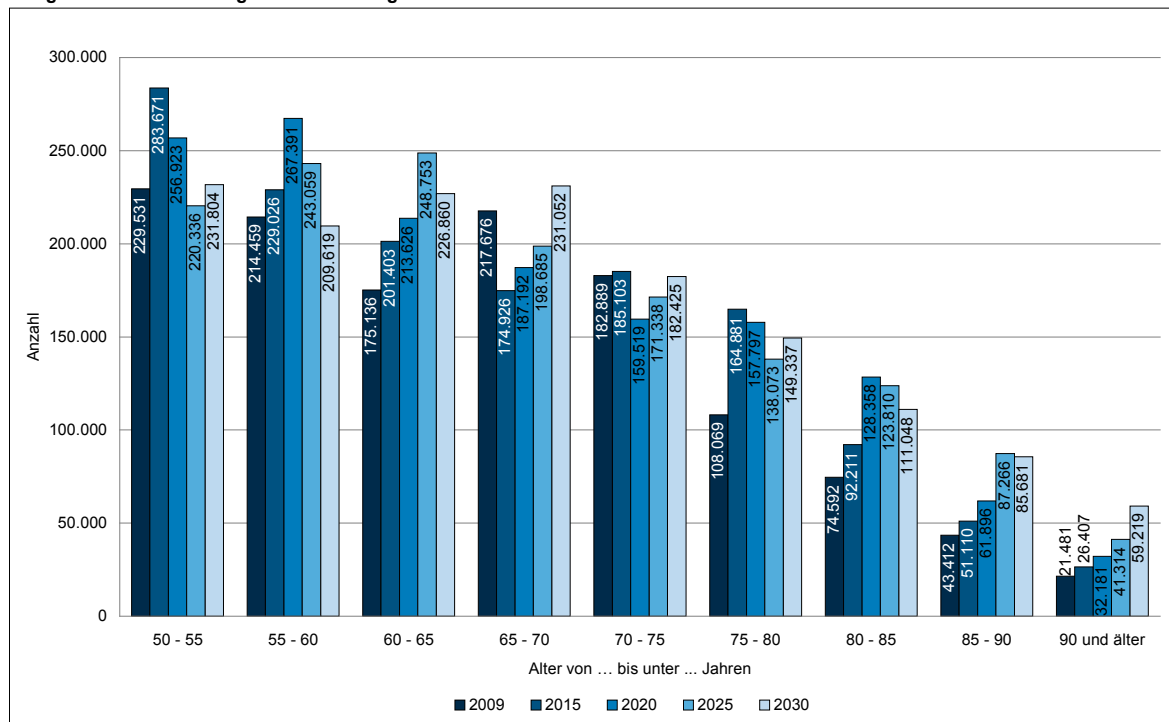
Prognose der Entwicklung der Bevölkerung ab 50 Jahre in Berlin bis zum Jahr 2030 nach Geschlecht und Alter

Alter / Geschlecht	2009 (Ist-Daten 31.12.)	2015		2020		2025		2030	
		prog. Bev. absolut	Veränd. zu 2009 in %	prog. Bev. absolut	Veränd. zu 2009 in %	prog. Bev. absolut	Veränd. zu 2009 in %	prog. Bev. absolut	Veränd. zu 2009 in %
50 bis unter 55 Jahre	229.531	283.671	23,6	256.923	11,9	220.336	-4,0	231.804	1,0
männlich	116.680	145.218	24,5	132.045	13,2	114.049	-2,3	119.337	2,3
weiblich	112.851	138.453	22,7	124.878	10,7	106.288	-5,8	112.467	-0,3
55 bis unter 60 Jahre	214.459	229.026	6,8	267.391	24,7	243.059	13,3	209.619	-2,3
männlich	103.696	115.524	11,4	134.871	30,1	123.202	18,8	107.104	3,3
weiblich	110.763	113.502	2,5	132.520	19,6	119.858	8,2	102.515	-7,4
60 bis unter 65 Jahre	175.136	201.403	15,0	213.626	22,0	248.753	42,0	226.860	29,5
männlich	85.119	96.877	13,8	106.031	24,6	123.561	45,2	113.369	33,2
weiblich	90.017	104.526	16,1	107.595	19,5	125.193	39,1	113.491	26,1
65 bis unter 70 Jahre	217.676	174.926	-19,6	187.192	-14,0	198.685	-8,7	231.052	6,1
männlich	104.300	82.552	-20,9	88.000	-15,6	96.410	-7,6	112.331	7,7
weiblich	113.376	92.374	-18,5	99.192	-12,5	102.276	-9,8	118.722	4,7
70 bis unter 75 Jahre	182.889	185.103	1,2	159.519	-12,8	171.338	-6,3	182.425	-0,3
männlich	82.752	85.745	3,6	73.154	-11,6	78.391	-5,3	86.300	4,3
weiblich	100.137	99.358	-0,8	86.365	-13,8	92.947	-7,2	96.124	-4,0
75 bis unter 80 Jahre	108.069	164.881	52,6	157.797	46,0	138.073	27,8	149.337	38,2
männlich	45.306	71.878	58,7	70.100	54,7	60.961	34,6	66.024	45,7
weiblich	62.763	93.003	48,2	87.698	39,7	77.111	22,9	83.313	32,7
80 bis unter 85 Jahre	74.592	92.211	23,6	128.358	72,1	123.810	66,0	111.048	48,9
männlich	25.618	37.265	45,5	53.659	109,5	52.833	106,2	47.195	84,2
weiblich	48.974	54.946	12,2	74.700	52,5	70.977	44,9	63.853	30,4
85 bis unter 90 Jahre	43.412	51.110	17,7	61.896	42,6	87.266	101,0	85.681	97,4
männlich	10.177	17.332	70,3	23.375	129,7	34.358	237,6	34.562	239,6
weiblich	33.235	33.778	1,6	38.521	15,9	52.909	59,2	51.119	53,8
90 Jahre und älter	21.481	26.407	22,9	32.181	49,8	41.314	92,3	59.219	175,7
männlich	3.647	5.553	52,3	9.048	148,1	13.615	273,3	20.947	474,4
weiblich	17.834	20.853	16,9	23.133	29,7	27.699	55,3	38.272	114,6
50 bis unter 65 Jahre	619.126	714.100	15,3	737.940	19,2	712.148	15,0	668.283	7,9
männlich	305.495	357.619	17,1	372.947	22,1	360.812	18,1	339.810	11,2
weiblich	313.631	356.481	13,7	364.993	16,4	351.339	12,0	328.473	4,7
50 Jahre und älter	1.267.245	1.408.738	11,2	1.464.883	15,6	1.472.634	16,2	1.487.045	17,3
männlich	577.295	657.944	14,0	690.283	19,6	697.380	20,8	707.169	22,5
weiblich	689.950	750.793	8,8	774.602	12,3	775.258	12,4	779.876	13,0
65 Jahre und älter	648.119	694.638	7,2	726.943	12,2	760.486	17,3	818.762	26,3
männlich	271.800	300.325	10,5	317.336	16,8	336.568	23,8	367.359	35,2
weiblich	376.319	394.312	4,8	409.609	8,8	423.919	12,6	451.403	20,0

(Datenquelle: SenStadt Berlin / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - I D 21 -)

Abbildung 2.1:

Prognose der Entwicklung der Bevölkerung ab 50 Jahren in Berlin bis zum Jahr 2030



(Datenquelle: SenStadt Berlin / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - I D 21 -)

Betrachtet man die Personengruppe der Berlinerinnen und Berliner im erwerbsfähigen Alter von **50 bis unter 65 Jahre**, so sind hier in den kommenden Jahren noch Bevölkerungszuwächse zu erwarten, die aber im Jahr 2020 mit einem Zuwachs von 19,2 % im Verhältnis zu 2009 ihren vorläufigen Höhepunkt haben und sich danach rückläufig entwickeln werden. Im Jahr 2030 werden voraussichtlich nur 7,9 % mehr Menschen dieser Altersgruppe in Berlin leben als 2009 (2009: 619.126; 2030: 668.283).

Bei den Personen **ab 65 Jahre** wird es bis 2030 insgesamt eine Zunahme geben, die bis 2025 alle fünf Jahre rd. 5 % beträgt und für 2030 im Verhältnis zu 2009 ein Plus von 26,3 % ausweisen wird (2009: 648.119; 2030: 818.762). De facto bedeutet dies ein Anwachsen dieser Bevölkerungsgruppe um rd. 171.000 Personen. Bei detaillierter Betrachtung sieht die Entwicklung wie folgt aus:

- Die Zahl der **50- bis unter 55-Jährigen** wird bis 2015 um 23,6 % anwachsen und danach stark rückläufig sein. Im Jahr 2030 werden nur 1 % mehr Menschen dieser Altersgruppe in Berlin leben als im Jahr 2009 (2009: 229.531; 2030: 231.804).
- Bei den **55- bis unter 60-Jährigen** ist bis 2020 ein Bevölkerungsanstieg um 24,7 % zu erwarten, der im Jahr 2030 den Wert von 2009 aber um 2,3 % unterschreiten wird (2009: 214.459; 2030: 209.619).
- Während am 31.12.2009 insgesamt 175.136 Berlinerinnen und Berliner im Alter von **60 bis unter 65 Jahren** in der Stadt lebten, werden es 2020 bereits 213.626 (+ 22,0 %) sein. Nur fünf Jahre danach ist die Zahl um weitere rd. 35.000 Personen angewachsen und liegt um 42,0 % über dem Ausgangswert von 2009. Auch wenn sich der Zuwachs in den Folgejahren abschwächen wird, werden im Jahr 2030 insgesamt rd. 51.700 Personen dieser Altersgruppe mehr in Berlin leben als im Jahr 2009 (+ 29,5 %).
- In der Altersgruppe **der 70- bis unter 75-Jährigen** sind bis 2030 kontinuierliche Rückgänge zu verzeichnen, die 2020 zu einer Reduzierung um 12,8 % im Verhältnis zu 2009 führen, sich danach abschwächen und im Jahr 2030 lediglich - 0,3 % gegenüber 2009 betragen werden. Während im Jahr 2009 insgesamt 182.889 Berlinerinnen und Berliner dieser Altersgruppe hier lebten, werden es im Jahr 2030 voraussichtlich nur noch 182.425 sein.

- Eine signifikante Bevölkerungsentwicklung wird in der Altersgruppe der **75- bis unter 80-Jährigen** zu verzeichnen sein, die bereits im Jahr 2015 einen Zuwachs um mehr als die Hälfte (+ 52,6 %) des Ausgangswertes von 2009 aufweisen wird (2009: 108.069; 2015: 164.881; Zuwachs um rd. 57.000 Personen). Zwar schwächt sich auch hier die Zuwachsrate im Verhältnis zu 2009 in den kommenden Jahren ab, sie liegt aber im Jahr 2030 noch um 38,2 % über dem Ausgangswert und weist in absoluten Zahlen rd. 41.000 Menschen dieser Altersgruppe mehr aus als im Jahr 2009. Auffällig ist zudem, dass der Anteil der Männer stärker steigen wird, als der der Frauen. So liegt die Steigerungsrate von 2009 zu 2015 bei den Männern bei + 58,7 %, während sie bei den Frauen „nur“ + 48,2 % beträgt. Diese Tendenz wird - wenn auch in abgeschwächter Form - bis 2030 voraussichtlich beibehalten werden.
- Auch in der Altersgruppe der **80- bis unter 85-Jährigen** sind bei den Männern in den kommenden Jahren stärkere Zuwächse zu verzeichnen als bei den Frauen. Bereits im Jahr 2020 wird sich die Anzahl der Männer im Verhältnis zu 2009 mehr als verdoppelt haben (+ 109,5 %; 2009: 25.618; 2020: 53.659), während die Anzahl der Frauen im selben Zeitraum nur um etwa die Hälfte (+ 52,5 %; 2009: 48.974; 2020: 74.700) zunimmt. Insgesamt wird in 2020 ein Zuwachs im Verhältnis zu 2009 in Höhe von + 72,1 % zu verzeichnen sein, der sich in den Folgejahren abschwächt, aber im Jahr 2030 im Verhältnis zu 2009 noch immer + 48,9 % beträgt. Im Jahr 2030 werden in Berlin rd. 36.500 Menschen im Alter von 80 bis unter 85 Jahren mehr leben als im Jahr 2009.
- Den in Kontinuität größten Personenzuwachs werden voraussichtlich die Altersgruppen der **85-Jährigen und älteren** Menschen verzeichnen. Bis 2030 wird sich diese Altersgruppe annähernd verdoppelt haben (+ 97,4 %; 2009: 43.412; 2030: 85.681). Bei den über 90-Jährigen wird sich die Anzahl bis 2030 sogar knapp verdreifachen (+ 175,7 %; 2009: 21.481; 2030: 59.219). Auch bei den 85-Jährigen und Älteren wird sich der Anteil der Männer im Verhältnis zum Anteil der Frauen rasant entwickeln. So wird sich etwa die Zahl der in Berlin lebenden Männer im Alter von 85 bis unter 90 Jahren mehr als verdreifachen (+ 239,6 %; 2009: 10.177; 2030: 34.562) und die im Alter ab 90 Jahre sogar mehr als verfünffachen (+ 474,4 %; 2009: 3.467; 2030: 20.947). Der Zuwachs der weiblichen Bevölkerung fällt dagegen geringer aus und liegt bei den 85- bis unter 90-Jährigen bei + 53,8 % im Jahr 2030 im Verhältnis zu 2009 (2009: 33.235; 2030: 51.119) und bei den ab 90-Jährigen bei + 114,6 % (2009: 17.834; 2030: 38.272).

Zusammenfassend lässt sich aussagen, dass sich die Zahl der älteren Menschen in Berlin bis 2030 stark erhöhen wird. Das betrifft insbesondere die Altersgruppe ab 75 Jahre. Die Zahl der Männer ab 85 Jahre wird sich in einschneidendem Maße vergrößern.

3. Armut und Sicherung des Lebensunterhaltes nach SGB XII

Unter dem Blickwinkel der Einkommensarmut wird in diesem Kapitel ein Überblick gegeben über die Einkommenslage der Berliner Bevölkerung ab 50 Jahre. Besondere Beachtung finden dabei diejenigen, deren Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze/ oberhalb der Reichtumsschwelle liegt bzw. die Menschen, die mit Transfereinkommen ihren notwendigen Lebensunterhalt bestreiten. Neben der Rückschau bis hin zum Zeitpunkt der Einführung der neuen Sozialgesetzgebung zum 1. Januar 2005 werden die Berliner Ergebnisse zu bundesweiten Befunden ins Verhältnis gesetzt.

3.1. Quellen und Höhe der Einkommen

Über Quellen und Höhe der Einkommen der älteren Bevölkerung in Berlin liegen Daten aus der Erhebung zum Mikrozensus vor. Hier wird der Begriff „Einkommen“ im Sinne des monatlichen Nettoeinkommens gefasst.

Das **monatliche Nettoeinkommen** setzt sich aus der Summe aller Einkommensarten (z. B. Lohn, Wohngeld, eigenes Vermögen, Einkünfte aus Vermietung/ Verpachtung, Zinsen, Altenteil, BAföG, Stipendium, private Unterstützung, Sachbezüge, außerdem Zuschüsse zum vermögenswirksamen Sparen, Vorschüsse und ggf. der vom Arbeitgeber getragene Anteil einer Werkwohnungsmiete) zusammen. Das monatliche Nettoeinkommen aus einer Erwerbstätigkeit ergibt sich aus dem Bruttoeinkommen abzüglich Steuern und Sozialversicherung. Für Selbständige, bei denen nur der Nettojahresbetrag bekannt ist, wird in der Statistik der Monatsdurchschnitt des Jahres angegeben. Das Nettoeinkommen wird in Klassen eingeteilt erfasst.

Das **Pro-Kopf-Einkommen** ist das verfügbare Einkommen je Mitglied eines Haushaltes. Beim Pro-Kopf-Einkommen wird die Haushaltsgröße berücksichtigt und das Einkommen auf die Zahl der Haushaltsangehörigen umgelegt.

Bei der Einteilung in Altersklassen muss entsprechend der zu verwendenden Daten aus dem Mikrozensus in diesem Unterkapitel in Abweichung zum Berichtskonzept der Schnitt beim Altersjahrgang der 55-Jährigen erfolgen.

3.1.1 Einkommensquellen

Die grundsätzlich unterschiedliche Charakteristik der Lebensphasen vor dem gesetzlichen Rentenalter und ab dem gesetzlichen Rentenalter spiegelt sich u. a. in den Einkommensquellen, aus welchen der überwiegende Lebensunterhalt bestritten wird, wider.

Der **überwiegende Lebensunterhalt** kennzeichnet die Unterhaltsquelle, aus der hauptsächlich die Mittel für den Lebensunterhalt bezogen werden. D. h. es kann weitere Quellen geben.

Erwerbstätigkeit und die nur auf Grundlage der Erwerbsfähigkeit möglichen Leistungen des Arbeitslosengeldes I bzw. Leistungen nach „Hartz IV“ bilden für die Mehrheit der **Bevölkerung im Alter von 55 bis unter 65 Jahren** in Berlin die überwiegende Quelle des Lebensunterhaltes. Knapp die Hälfte der Altersgruppe nennt Einkünfte aus Erwerbstätigkeit als Hauptquelle des Lebensunterhaltes, weitere 16 % leben vorwiegend von Leistungen nach dem SGB II oder III. Mehr als ein Viertel dagegen bezieht bereits eine Rente bzw. Pension zur Sicherung des Lebensunterhaltes. Jede bzw. jeder Zwanzigste lebt hauptsächlich von privaten Unterhaltsleistungen.

Frauen dieser Altersgruppe können in etwas geringerem Ausmaß als Männer hauptsächlich von Erwerbstätigkeit bzw. Ersatzleistungen (Arbeitslosengeld I, Leistungen nach SGB II) leben. Renten/ Pensionen bzw. Unterhalt sind etwas häufiger als bei Männern die Hauptquelle des Lebensunterhaltes. Unter den Ausländern und Ausländerinnen der Altersgruppe leben 28 % von Leistungen nach dem SGB II, nur gut ein Drittel hauptsächlich von Erwerbstätigkeit.

Bei der **Bevölkerung ab 65 Jahren** insgesamt wird zu über 95 % als Hauptquelle der Bezug einer Rente bzw. Pension angegeben, bei Ausländern und Ausländerinnen der Altersgruppe nur zu knapp 82 %. Weniger als 1 % der Bevölkerung ab 65 Jahren lebt vornehmlich von (privatem) Unterhalt, darunter eher Frauen als Männer. Sonstige Unterstützung, welche in dieser Altersgruppe v. a. als

Leistung gemäß SGB XII oder als eigenes Vermögen in Frage kommt, ist für 1,5 % als Hauptquelle ausgewiesen. Hinsichtlich dieses niedrigen Anteils ist zu bedenken, dass darüber hinaus viele Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen nach SGB XII die Grundsicherungsleistungen nicht als Hauptquelle ihres Lebensunterhaltes erhalten oder ansehen, wenn sie daneben noch über andere Einkünfte wie Renten oder Pensionen verfügen (vgl. Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1:
Bevölkerung in Berlin im Jahr 2009 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Erwerbsstatus und Quelle des überwiegenden Lebensunterhaltes

Alter	davon Lebensunterhalt durch ...					
von ... bis unter ... Jahren	Insgesamt	Erwerbstätigkeit	Arbeitslosengeld I, II, Sozialgeld	Rente, Pension	Unterhalt durch Eltern, Ehegatten etc.	sonstige Unterstützung ¹
in 1.000						
55 - 65	409,8	197,6	66,6	112,3	24,0	9,4
darunter:						
weiblich	209,2	94,8	27,5	63,8	18,5	.
männlich	200,6	102,7	39,1	48,5	5,4	.
Ausländer	50,9	17,9	15,9	11,4	.	.
65 und älter	676,1	12,9	.	645,1	6,3	10,2
darunter:						
weiblich	392,5	.	.	375,6	5,8	6,5
männlich	283,6	9,1	.	269,5	.	.
Ausländer	33,6	.	.	27,5	.	.
in %						
55 - 65	100,0	48,2	16,2	27,4	5,8	2,3
darunter:						
weiblich	100,0	45,3	13,2	30,5	8,9	.
männlich	100,0	51,2	19,5	24,2	2,7	.
Ausländer	100,0	35,2	31,2	22,4	8,5	.
65 und älter	100,0	1,9	.	95,4	0,9	1,5
darunter:						
weiblich	100,0	.	.	95,7	1,5	1,7
männlich	100,0	3,2	.	95,0	.	.
Ausländer	100,0	.	.	81,9	.	.

¹⁾ z. B. Vorruhestandsgeld, Pflegeversicherung, Asylbewerberleistungen, laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfen in besonderen Lebenslagen (z. B. Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege), eigenes Vermögen

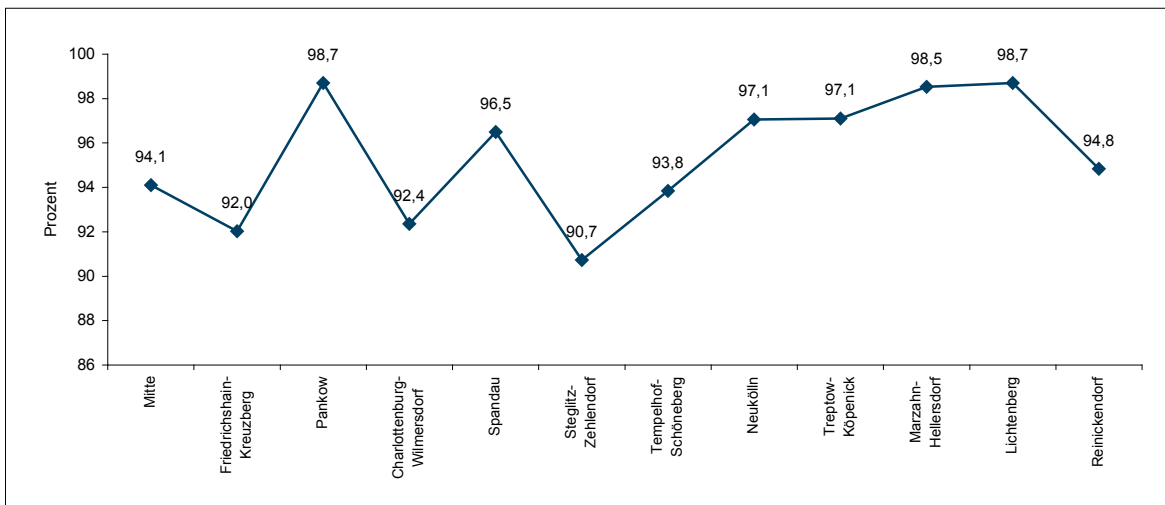
(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Weniger als 2 % der Bevölkerung ab 65 Jahre geben Erwerbstätigkeit als Quelle ihres überwiegenden Lebensunterhaltes an. Das sind ca. 12.900 Personen. Insgesamt sind nach Auskunft der Daten des Mikrozensus 2009 für Berlin ca. 21.200 Personen im Alter ab 65 Jahre erwerbstätig. Ungefähr zwei Drittel der Erwerbstätigen ab 65 Jahre sind im Grundstücks- und Wohnungswesen, im Bereich wirtschaftlicher oder öffentlicher und privater Dienstleistungen beschäftigt. Für 8.300 (rund 40 %) der Erwerbstätigen ab 65 Jahre ist Einkommen aus Erwerbstätigkeit neben Renten, Pensionen oder sonstigen Unterstützungen lediglich eine untergeordnete Einkommensquelle (vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2011).

Daten nach Berliner **Bezirken** differenziert liegen nur für den Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre mit Rente bzw. Pension als Quelle des überwiegenden Lebensunterhalts vor. Hier zeigt sich, dass in den Bezirken des ehemaligen Ostteils Berlins deutlich höhere Anteile der Bevölkerung ab 65 Jahre ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus Renten- bzw. Pensionsansprüchen bestreiten als in den Bezirken des ehemaligen Westteils. Dies ist wesentlich begründet durch die im ehemaligen Ostteil Berlins - insbesondere in den älteren Alterskohorten - weniger unterbrochene Erwerbsbeteiligung insgesamt und die tendenziell höhere Erwerbsbeteiligung der Frauen. Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg als gemischte Bezirke (im Rahmen der Bezirksfusion zusammengeführte ehemalige Ost- und Westbezirke) weisen unter den Haupteinkommensquellen der Bevölkerung ab 65 Jahren die nach Steglitz-Zehlendorf geringsten Anteile von Renten und Pensionen auf. Im Unterschied zu Steglitz-Zehlendorf jedoch dürften hier höhere Transferleistungsquoten aufgrund niedrigerer Erwerbsbeteiligung begründend sein (vgl. Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:

Bevölkerung ab 65 Jahre in Berlin im Jahr 2009 mit Rente bzw. Pension als Quelle des überwiegenden Lebensunterhaltes nach Bezirken



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

3.1.2. Einkommenshöhe

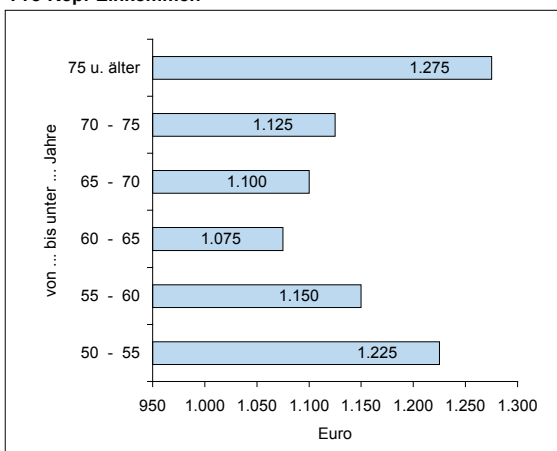
Mittleres monatliches Pro-Kopf-Einkommen

Das mittlere monatliche Pro-Kopf-Einkommen der Berliner Bevölkerung insgesamt wurde im Jahr 2009 in einer Höhe von 950 Euro gemessen. In allen Altersgruppen der Bevölkerung ab 50 Jahre liegen die mittleren Pro-Kopf-Einkommen merklich höher. Dennoch werden in der Gruppe der Bevölkerung von 50 bis unter 65 Jahren mit steigendem Alter pro Kopf im Mittel immer geringere Einkommen erzielt. Berlinerinnen und Berliner im Alter von 50 bis unter 55 Jahren verfügten im Mittel über 1.225 Euro, im Alter von 60 bis unter 65 Jahren mit 1.075 Euro über ein deutlich geringeres Einkommen. Unter der Bevölkerung ab 50 Jahren ist das der geringste Betrag. Das muss vor allem mit der mit steigendem Alter abnehmenden Erwerbsbeteiligung in Zusammenhang gesehen werden.

Mit dem höchsten mittleren Pro-Kopf-Einkommen der Altersgruppen ab 50 Jahren kann die älteste Altersgruppe ab 75 Jahren disponieren.¹² Das mittlere Pro-Kopf-Einkommen der Ältesten ist insgesamt um ca. ein Drittel höher als das der Berliner Bevölkerung insgesamt. Unter der Bevölkerung im Rentenalter haben diejenigen, welche die Jüngsten sind (Altersgruppe 65 bis unter 70 Jahre) das niedrigste mittlere Pro-Kopf-Einkommen aufzuweisen (vgl. Abbildung 3.2). Offensichtlich wirken hier bereits rentenrechtliche Veränderungen (z. B. geringere Anrechnung von Ausbildungszeiten) oder die Minderung der in Zeiten von Arbeitslosigkeit erzielbaren Rentenansprüche. Es muss also davon ausgegangen werden, dass die Bevölkerung ab 75 Jahren mit dem Nachwachsen der nachfolgenden Alterskohorten über geringere mittlere Einkommen als zum Stand 2009 verfügen wird.

Abbildung 3.2:

Bevölkerung ab 50 Jahre in Berlin im Jahr 2009 nach mittlerem Pro-Kopf-Einkommen



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹² Für die Bevölkerung ab 75 Jahren liegen Angaben zum mittleren monatlichen Pro-Kopf-Einkommen ohne weitere Differenzierung nach Altersgruppen vor.

Höhe der monatlichen Nettoeinkommen

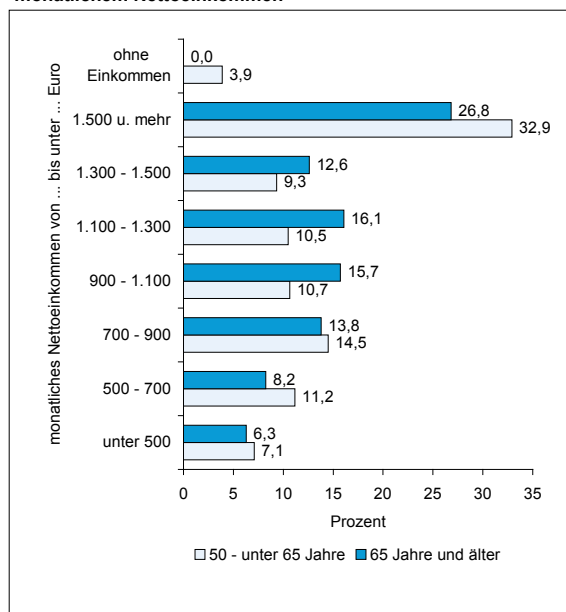
Eine zunehmende Polarisierung der Einkommen der Bevölkerung wird in jüngster Zeit als Trend in Gesamtdeutschland konstatiert. Der Anteil der Bevölkerung mit Einkommen im unteren und im oberen Bereich steigt, während der Anteil der mittleren Gruppe abnimmt (Goebel et al. 2010).

Im Vergleich der Verteilung der beiden Hauptaltersgruppen der Bevölkerung von 50 bis unter 65 Jahren und der ab 65 Jahren auf einzelne Klassen der monatlichen Nettoeinkommen in Berlin ist hervorzuheben, dass die höchste Einkommensklasse ab 1.500 Euro in der Altersgruppe von

50 bis unter 65 Jahren zwar häufiger als in der Altersgruppe ab 65 Jahre erzielt wird, die unteren Einkommensklassen ab „700 bis 900 Euro“ abwärts aber ebenfalls häufiger als bei den ab 65-Jährigen. Damit polarisieren sich die Pro-Kopf-Einkommen der Bevölkerung von 50 bis unter 65 Jahren für jeweils knapp ein Drittel in Höhe von 1.500 Euro und darüber und von 900 Euro und weniger. Unter der Bevölkerung ab 65 Jahre werden diese beiden Pole von jeweils gut einem Viertel der Altersgruppe besetzt. Die Einkommen der Bevölkerung ab 65 Jahre verteilen sich also weniger stark auf die äußeren Pole nach Einkommensklassen.

Im erwerbsfähigen Alter zwischen 50 und unter 65 Jahren ist für knapp 4 % der Bevölkerung angegeben, dass sie über kein eigenes Einkommen verfügen. Es ist davon auszugehen, dass es sich im Wesentlichen um Personen handelt, welche in Haushaltsgemeinschaft mit anderen Personen leben und an der Verwendung des hinreichenden Haushaltseinkommens teilhaben (vgl. Abbildung 3.3).

Abbildung 3.3:
Bevölkerung ab 50 Jahre in Berlin im Jahr 2009 nach monatlichem Nettoeinkommen



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

3.2 Bevölkerung unter der Armutsrisikogrenze

Zur Berechnung und Definition von Armutsrisiko- und Reichtumsquoten sowie zur kurzen Diskussion ihres Aussagegehaltes wird auf die Ausführungen in den Abschnitten 1.3 und 1.6 verwiesen. erinnert sei lediglich an die Tatsache, dass die Feststellung, ob eine Person als (einkommens)**arm** bzw. armutsgefährdet oder als (einkommens)**reich** zu definieren sei, anhand des bedarfsgewichteten Nettoäquivalenzeinkommens erfolgt, welches bei Personen in Mehr-Personen-Haushalten nicht identisch mit dem Pro-Kopf-Einkommen der Haushaltsmitglieder und auch nicht identisch mit dem im vorhergehenden Abschnitt besprochenen (mittleren) monatlichen Nettoeinkommen einer bestimmten Bevölkerungsgruppe ist. Eine bestimmende Rolle spielt der Bezugsrahmen, in welchem das mittlere Nettoäquivalenzeinkommen (Median) als Maßstab zur Berechnung der Armutsrisiko- oder Reichtumsquoten ermittelt wird. Daher ergeben sich unterschiedliche Ergebnisse beispielsweise für das Land Berlin - je nachdem, ob als Maßstab das mittlere Nettoäquivalenzeinkommen deutschlandweit oder das aus den bedarfsgewichteten Berliner Nettoeinkommen ermittelte mittlere Nettoäquivalenzeinkommen verwendet wird.

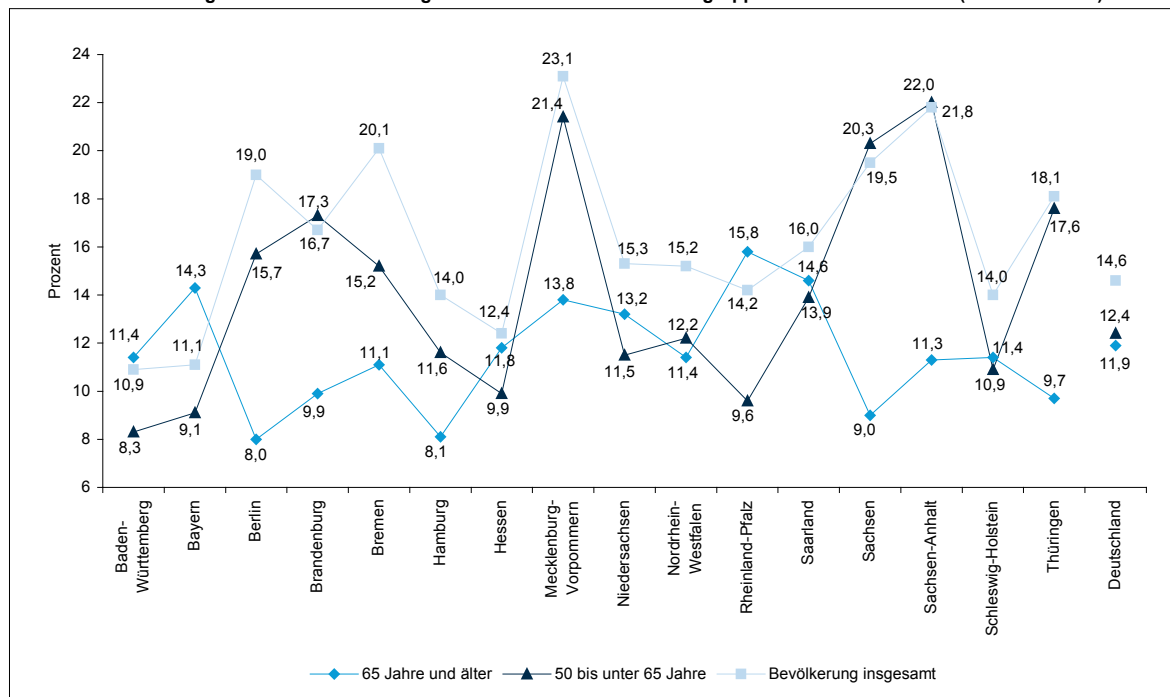
3.2.1 Armutsrisiko im Vergleich der Bundesländer (Median Deutschland)

Nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes lag im Jahr 2009 die **Armutsgefährdungsschwelle (Armutsrisikogrenze)** in Deutschland bei 801 Euro. Das heißt, Personen in 1-Personen-Haushalten mit Einkommen unterhalb dieser Grenze, werden als arm bzw. armutsgefährdet gezählt. Personen in Mehr-Personen-Haushalten gehen mit entsprechenden Gewichtungsfaktoren in die Berechnungen ein (vgl. Abschnitt 1.6).

Deutschlandweit verfügten 14,6 % der Bevölkerung über Äquivalenzeinkommen unter der Armutsrisikogrenze, in Berlin 19,0 %. Die neuen Bundesländer und Berlin weisen durchweg höhere Armutsgefährdungsquoten auf als die alten Bundesländer mit Ausnahme von Bremen (vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4:

Anteil der Bevölkerung unter der Armutsrisikogrenze im Jahr 2009 nach Altersgruppen und Bundesländern (Bundesmedian)



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

12,4 % der **Bevölkerung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren** gelten deutschlandweit als armutsgefährdet.¹³ In Berlin waren es 15,7 % der Altersgruppe. Alle Bundesländer mit höheren Armutsgefährdungsquoten für diese Altersgruppe als Berlin sind neue Bundesländer, alle mit niedrigeren alten. In den Bundesländern mit den höchsten Armutsrisikoquoten der Bevölkerung sind tendenziell auch die höchsten Armutsquoten der 50- bis unter 65-Jährigen zu finden und umgekehrt, was sich statistisch in der sehr hohen Korrelation beider Indikatoren ($r = 0,932$) ausdrückt.

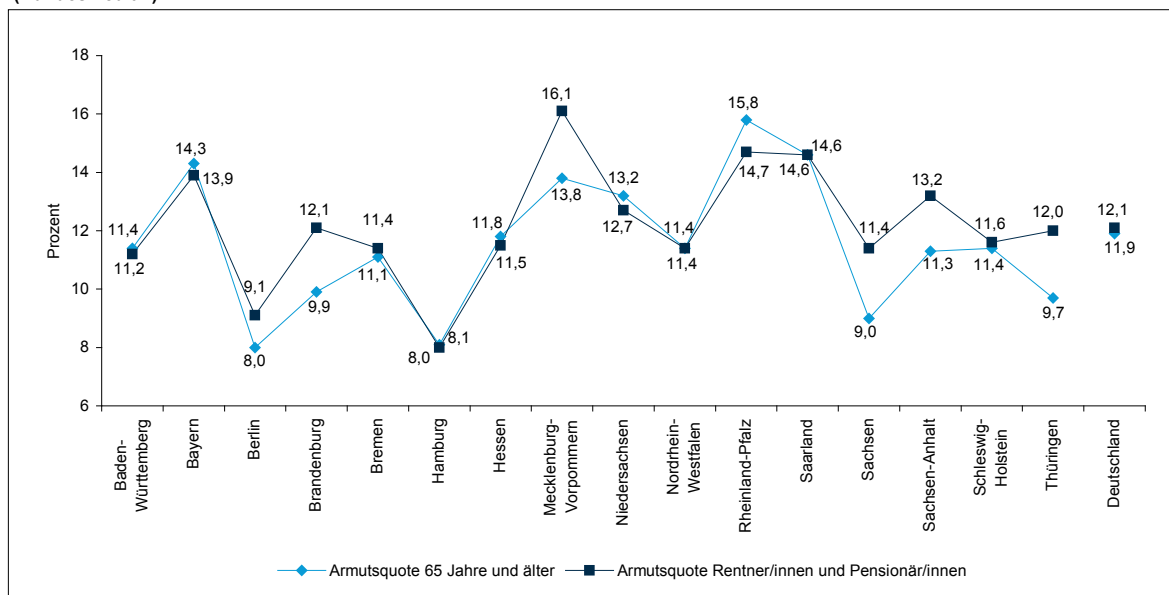
Unter der **Bevölkerung ab 65 Jahren** in Deutschland ist (Alters)Armut mit 11,9 % Betroffener weniger stark als im Durchschnitt der Bevölkerung verbreitet. Diese Situation stellt sich in den einzelnen Bundesländern hingegen höchst unterschiedlich dar. Obwohl die neuen Bundesländer, Berlin und Bremen die höchsten Armutsquoten in der Bevölkerung aufweisen, liegen sie hinsichtlich der Armutsquoten der älteren Bevölkerung, mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern, unter dem Wert für Deutschland insgesamt. Gleichzeitig sind die Abstände zwischen beiden Indikatorenwerten deutlich größer als in den alten Bundesländern (mit Ausnahme von Bremen). Die mit Abstand niedrigsten Armutsquoten für die Älteren ab 65 Jahren zeigen Berlin mit 8,0 % und Hamburg

¹³ Im weiteren Text werden die Bezeichnungen „armutsgefährdet“ und „arm“ synonym verwendet.

mit 8,1 %. Die vergleichsweise höchsten Armutsquoten unter der älteren Bevölkerung gibt es in Rheinland-Pfalz, im Saarland und in Bayern, wo mit Ausnahme vom Saarland die Armutsquote der Bevölkerung insgesamt niedriger als die der Bevölkerung ab 65 Jahre liegt. Folgerichtig kann auch statistisch kein nennenswerter Zusammenhang zwischen den für alle Bundesländer gemessenen Werten beider Indikatoren nachgewiesen werden; die Korrelation ist allenfalls als schwach und invers (umgekehrt) zu bezeichnen ($r = -0,213$).

Die Frage, woran das liegt, kann mit den vorliegenden Daten nicht hinreichend beantwortet werden. Nahe läge der Schluss, dass z. B. aufgrund höherer, durch eigene Erwerbstätigkeit erworbene Rentenansprüche älterer Frauen in den neuen Bundesländern ein verringertes Potential für Altersarmut bestünde. Jedoch lässt sich diese Hypothese nicht einfach bestätigen, da gerade in den neuen Bundesländern und Berlin die Armutsquote unter den Rentnern und Rentnerinnen bzw. Pensionären und Pensionärinnen im Alter ab 65 Jahren höher liegt als in der Gruppe der älteren Bevölkerung ab 65 Jahre insgesamt. Auch die Armutsquote unter den Berliner Rentnerinnen und Rentnern sowie Pensionärinnen und Pensionären beträgt mit 9,1 % mehr als die der Bevölkerung ab 65 Jahre insgesamt. In den alten Bundesländern hingegen sind beide Quoten fast deckungsgleich (vgl. Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5:
Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren unter der Armutsrisikogrenze im Jahr 2009 nach sozialer Gruppe und Bundesländern (Bundesmedian)



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Das deutet einerseits darauf hin, dass im Alter noch weitere Einkommensquellen, die nicht unbedingt gleichzeitig Quelle des überwiegenden Lebensunterhaltes sein müssen, eine mit entscheidende Rolle für die Positionierung über oder unter der Armutsrisikogrenze spielen. Andererseits scheint ein gewisser Teil der Bevölkerung ab 65 Jahren über so hohe Einkommen aus anderen Quellen (Vermögen etc.) zu verfügen, dass dieses auch ohne den Bezug einer Rente bzw. Pension über der Armutsrisikoschwelle liegt.

Diese Argumentation wird gestützt von dem Befund, dass deutschlandweit die höchsten Vermögenszuwächse in der Zeit zwischen 2002 und 2007 zwar durch die Altersgruppen der 56- bis unter 65-Jährigen und der über 75-Jährigen erzielt wurden, sich in den neuen Bundesländern jedoch in der Altersgruppe von 36 bis unter 65 Jahren¹⁴ ein deutlicher Vermögensrückgang u. a. mit Einführung des Arbeitslosengeldes II vollzog. Zudem habe sich die Vermögensposition der Bevölkerung ab

¹⁴ Die abweichende Gruppierung von 36 bzw. 56 bis unter 65 Jahren wurde der Literaturquelle entnommen.

65 Jahren in den neuen Bundesländern u. a. aufgrund fehlender Akkumulationsmöglichkeiten im Vergleich zu den gesamtdeutschen Werten gegenüber 2002 verschlechtert (vgl. Frick/ Grabka 2009).

Eine mögliche Schlussfolgerung aus diesen Befunden wäre die Vermutung, dass sich unter den Rentnern und Rentnerinnen bzw. Pensionären und Pensionärinnen eine gewisse Anzahl verbirgt, welche grundsätzlich anspruchsberechtigt auf („aufstockende“) staatliche Transferleistungen zum Lebensunterhalt wäre, diese Ansprüche aber, ob aus Unkenntnis oder anderen Gründen, nicht wahrnimmt. Diese Vermutung kann an dieser Stelle mangels Datengrundlage nicht konkret belegt werden. Dessen ungeachtet scheint ein in der Tendenz dennoch starker Zusammenhang zwischen der Höhe der Armutsquoten unter der Bevölkerung ab 65 Jahre insgesamt und der der Armutsquoten unter den Rentnern und Rentnerinnen sowie Pensionären und Pensionärinnen ab 65 Jahre mit einer Korrelation von $r = 0,856$ zu bestehen.

Bezieht man in die Betrachtung der Belastung der Bevölkerung ab 50 Jahren die Notwendigkeit, Grundsicherungsleistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen zu müssen, mit ein, bietet sich im Vergleich der Bundesländer ein anderes Bild, wie im Abschnitt 3.3.2 gezeigt wird. Daher empfiehlt sich es sich stets, beide Blickwinkel zur Einschätzung von Einkommensarmut einzunehmen.

3.2.2 Armutsrisiko in Berlin (Median Berlin)

Mit Bezug auf den mittleren Wert der Berliner Nettoäquivalenzeinkommen lag die **Armutsrisikogrenze** für die Berliner Bevölkerung im Jahr 2009 bei 743 Euro und damit um 58 Euro niedriger als bei einer am mittleren Nettoäquivalenzeinkommen für Deutschland orientierten Messung. Rechnerisch ergeben sich daraus zwangsläufig spürbar höhere Armutsrisikoquoten, d. h. weit größere Anteile der Bevölkerung, welche als unterhalb der Armutsrisikogrenze lebend gezählt werden, als im deutschlandweiten Vergleich (vgl. Abschnitt 3.2.1).

Die Grenze zu einem Nettoäquivalenzeinkommen, ab welchem Personen im Berliner Maßstab als **reich** eingestuft wurden, liegt für das Jahr 2009 bei einem Äquivalenzeinkommen von 2.476 Euro und mehr. Das sind 200 % des durchschnittlichen (Netto)Äquivalenzeinkommens.

3.2.2.1 Armutsrisiko und Reichtumsquote der Berliner Bevölkerung insgesamt

14,1 % der Berliner Bevölkerung insgesamt sind als armutsgefährdet und 9,3 % als reich zu kennzeichnen. Mehr als ein Fünftel der Bevölkerung gelten in den Bezirken Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln als armutsgefährdet, die prozentual wenigsten in Steglitz-Zehlendorf (7,6 %), Treptow-Köpenick (9,4 %) und Pankow (9,6 %). Andererseits lebt mehr als ein Fünftel der Bevölkerung von Steglitz-Zehlendorf in einkommensreichen Verhältnissen, was in Lichtenberg nur auf jeden Vierzigsten bzw. jede Vierzigste, in Neukölln und Marzahn-Hellersdorf auf ca. jeden Zweiundzwanzigsten bzw. jede Zweiundzwanzigste der Bevölkerung zutrifft (vgl. Abbildung 3.6).

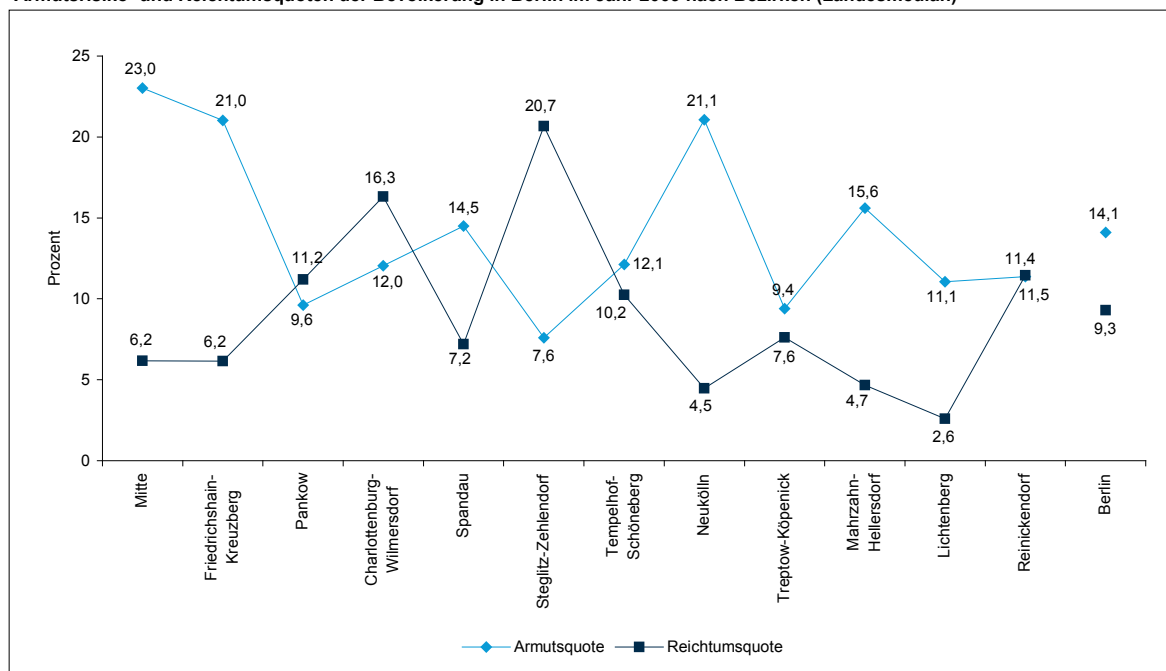
Mit einer inversen (d. h. umgekehrten) Korrelation in Höhe von $r = -0,567$ ist für die Berliner Bezirke nachweisbar, dass es einen Zusammenhang mittlerer Stärke zwischen hohen Armutsquoten und niedrigen Reichtumsquoten und umgekehrt gibt.

3.2.2.2 Armutsrisiko und Reichtumsquote der älteren Berliner Bevölkerung

Gemessen am Berliner Landesmedian der bedarfsgewichteten Äquivalenzeinkommen sind 11,1 % der Bevölkerung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren, also vor dem Eintritt ins derzeitige Rentenalter, als armutsgefährdet klassifiziert. Im Alter ab 65 Jahre ist nur noch ein Zwanzigstel der Bevölkerung (5,2 %) armutsgefährdet, 7,8 % gelten als reich.

Abbildung 3.6:

Armutsrisiko- und Reichtumsquoten der Bevölkerung in Berlin im Jahr 2009 nach Bezirken (Landesmedian)



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Armutsrisiko und Alter

Dieser enorme Unterschied zwischen den aneinander anschließenden Hauptaltersgruppen widerlegt nicht einfach die Frage von einer Rückkehr der lange als weitgehend für überwunden gehaltenen Altersarmut, sondern legt eher die Hypothese nahe, dass mit dem Nachrücken der rentennahen Jahrgänge über die gesetzliche Rentenaltersgrenze, Altersjahrgänge mit spürbar höherem Armutsrisiko die Altersarmutsquote erhöhen werden.

Projektionen über das Ausmaß künftiger Altersarmut legen beispielsweise im Zeitraum von 2007 bis 2023 für Gesamtdeutschland eine Zunahme der Altersarmut der 65- bis unter 70-Jährigen um fast 3 Prozentpunkte nahe (vgl. Kumpmann et al. 2010). Andere prospektive Berechnungen lassen auf ein insgesamt sinkendes Rentenniveau schließen, am stärksten in den neuen Bundesländern und hier besonders bei den Frauen (vgl. Geyer/ Steiner 2010). Bereits für den Rentenzugang 2007 werden bundesweit bei Männern und Frauen höhere Anteile der Altersrenten unterhalb des Existenzminimums als im Rentenbestand festgestellt (vgl. Deml et al. 2008).

Hinweisen zur Beantwortung bzw. zumindest Untermauerung dieser Fragestellung wird in den folgenden Kapiteln an den entsprechenden Stellen nachgegangen. Allein schon die in diesem Abschnitt nutzbaren Daten zur Armutsrisikoquote in den einzelnen Altersgruppen der Bevölkerung ab 50 Jahren belegen ein erhöhtes Armutsrisiko in den jüngeren Altersgruppen und eine Abnahme, je älter die Altersgruppen sind.¹⁵ Während 13 % der Berliner Bevölkerung von 50 bis unter 55 Jahren armutsgefährdet sind, beträgt die Armutsrisikoquote ab 65 Jahren im Durchschnitt nur 5,2 %.

In der *Zeitreihe* für Berlin seit 2005 lassen sich bislang nur schwer Trends ablesen. Insbesondere anhand der Daten für die Jahre 2005 und 2006 fällt auf, dass eventuell Unklarheiten bei der Angabe von Einkommen aus Transferleistungen nach der Reform der Sozialgesetzgebung mit Wirkung vom 1. Januar 2005 bestanden haben könnten, so dass der Blick vornehmlich auf die Zeit ab 2007 gerichtet wird. Doch hier ist selbst bei vorsichtiger Interpretation (noch) kein eindeutiger Trend

¹⁵ Für die Altersgruppen ab 80 Jahre sind aufgrund nicht ausreichender Stichprobenwerte keine Daten verfügbar.

ableitbar. Vor allem die Daten, welche eventuell eine leichte Verringerung der Reichtumsquote abbilden, sind vorerst nur zu beobachten (vgl. Tabelle 3.2).¹⁶

Die bereits anhand des Bundesmedians erkannte höhere Armutsgefährdung der **Rentner und Rentnerinnen sowie Pensionäre und Pensionärinnen** ab 65 Jahre im Vergleich zur gesamten Gruppe derer ab 65 Jahre in Berlin bestätigt sich erwartungsgemäß mit den Messungen anhand des Landesmedians. Die Armutsgefährdungsquote der Rentner und Rentnerinnen und Pensionäre und Pensionärinnen ab 65 Jahre beträgt demnach 5,8 %.

Reichtumsquote und Alter

Auch der Anteil derjenigen in der Bevölkerung, welche über ein Äquivalenzeinkommen von 200 % und mehr des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens (**Reichtumsschwelle**) in der Bevölkerung verfügen, ist in den Altersgruppen ab 50 bis unter 65 Jahren mit Werten zwischen 12,4 % und 13,8 % erkennbar höher als unter denen ab 65 Jahren, wo im Durchschnitt 7,8 % gemessen wurden (vgl. Abbildung 3.7).

Geschlecht

Über das Äquivalenzeinkommen von älteren Männern und Frauen liegen nur wenige Angaben vor. Es lässt sich ermitteln, dass im Alter **zwischen 50 und unter 65 Jahren** Männer ein um fast 4 Prozentpunkte höheres Armutsrisiko tragen als gleichaltrige Frauen. Da nur spekulativ möglich, muss auf eine Einschätzung eventueller Ursachen verzichtet werden.

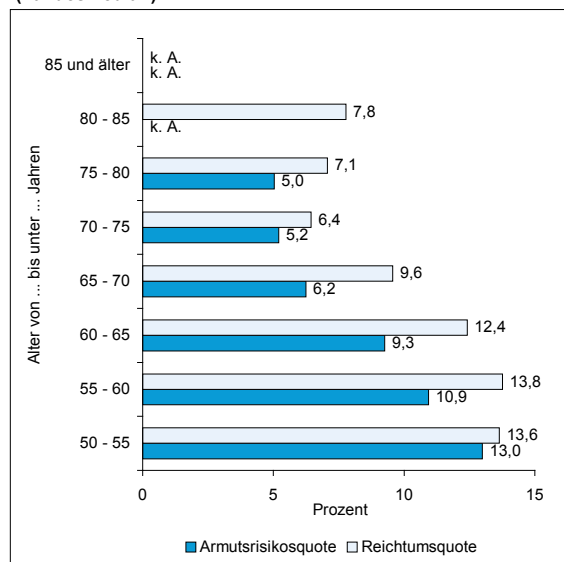
Das Armutsrisiko der Geschlechter im Alter **ab 65 Jahre** ist fast gleich, wobei hier für Frauen ein leicht höheres Risiko als bei gleichaltrigen Männern zu verzeichnen ist (vgl. Abbildung 3.8). Stärker zeigt sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied anhand der im Abschnitt 4.1.2 analysierten Daten über den Bezug von Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes im Alter ab 65 Jahren. Dort wird plastisch, dass Frauen mit steigendem Lebensalter ein signifikant höheres Risiko der Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes als Männer tragen. Das ist unter anderem mit geringeren Rentenansprüchen bei gleichzeitig höherer Rate Alleinlebender unter

Tabelle 3.2:
Armutsrisiko- und Reichtumsquote der Bevölkerung ab 50 Jahren in Berlin der Jahre 2005 bis 2009 (Landesmedian)

Alter von ... bis unter ... Jahren	2005	2006	2007	2008	2009
Armutsquote in %					
50 - 55	12,0	12,3	12,0	12,6	13,0
55 - 60	12,2	9,7	10,7	11,1	10,9
60 - 65	8,5	8,5	9,4	9,9	9,3
65 und älter	5,5	4,2	5,0	5,4	5,2
Reichtumsquote in %					
50 - 55	16,7	14,4	14,2	14,2	13,6
55 - 60	15,9	15,2	14,5	13,9	13,8
60 - 65	13,2	12,6	13,1	13,0	12,4
65 und älter	7,5	8,3	8,4	8,0	7,8

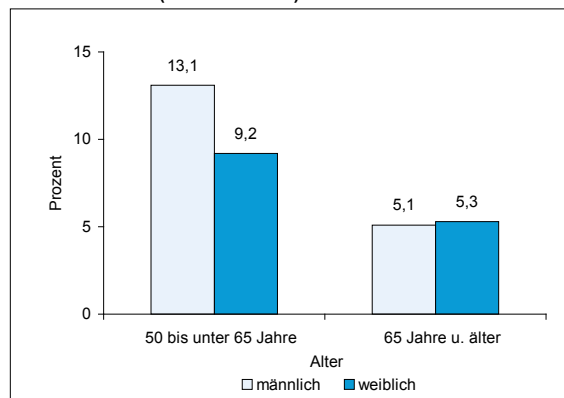
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.7:
Armutsrisiko- und Reichtumsquote der Bevölkerung ab 50 Jahre in Berlin im Jahr 2009 nach Altersgruppen (Landesmedian)



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.8:
Anteil der Bevölkerung ab 50 Jahre unter der Armutsrisikogrenze in Berlin im Jahr 2009 nach Altersgruppen und Geschlecht (Landesmedian)



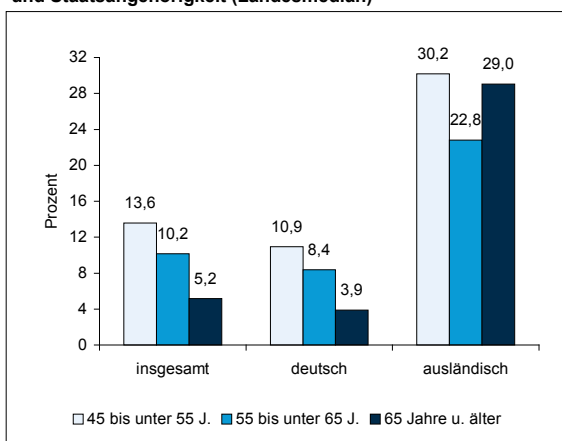
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹⁶ Im Unterschied zu den Daten über Transferleistungsempfänger und -empfängerinnen, welche die Grundgesamtheit repräsentieren, werden die Daten zu Armut und Reichtum aus einer Stichprobenerhebung gewonnen.

den Frauen zu begründen, welche offensichtlich auch eventuelle Ansprüche aus Witwenrenten nicht immer auffangen.

Inwieweit sich das Verhältnis des Armutsrisikos der Geschlechter zuungunsten der Männer beim Herüberwachsen der betreffenden Jahrgänge in das gesetzliche Rentenalter weiter entwickelt, bleibt im Zeitverlauf zu beobachten. Während retrospektiv für Deutschland festgestellt wird, dass sich das Armutsrisiko der Männer ab 65 Jahren bei allein lebenden Männern deutlich erhöht hat, hat es bei allein lebenden Frauen der Altersgruppe leicht abgenommen, wofür gestiegene eigene Rentenanwartschaften der Frauen verantwortlich gemacht werden (vgl. Grabka/ Frick 2010). Zunehmende eigene Erwerbstätigkeit unter Frauen verbessert nach Kumpman et al. (2010) perspektivisch jedoch eher die Einkommensposition von Frauen im Alter ab 65 Jahren in den alten Bundesländern, die von Frauen in den neuen Bundesländern dürfte sich signifikant verschlechtern. Berlin als „gemischtes“ Bundesland mit ohnehin eigenen Spezifika lässt eine lineare Anwendung dieser Projektionsergebnisse kaum zu. Hinzu kommt, dass bei Zunahme der Erwerbsquote unter Frauen gleichzeitig die Teilzeitquote steigt. Daher müssen immer mehr Beitragsjahre erworben werden, um die Sozialhilfeschwelle mit eigenen Rentenansprüchen zu erreichen (vgl. Wübbecke 2007). Die so genannte „Arbeitszeitlücke“ (Differenz zwischen der Anzahl der Beschäftigten und dem Arbeitsvolumen) von Frauen wirkt sich demnach auch zukünftig auf deren Rentenansprüche aus (vgl. Allmendinger et al. 2008).

Abbildung 3.9:
Anteil der Bevölkerung ab 45 Jahre unter der Armutsrisikogrenze in Berlin im Jahr 2009 nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit (Landesmedian)



(Datenquelle: Afs Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Staatsangehörigkeit

Personen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit unterliegen einem beträchtlich höheren Armutsrisiko als Personen deutscher Staatsangehörigkeit. Statistisch zeigt sich diese Differenz am stärksten im gesetzlichen Rentenalter, wo Nichtdeutsche ein um mehr als das Siebenfache höheres Armutsrisiko als Deutsche tragen. Annähernd jede dritte ausländische Person ab 65 Jahre lebt in einkommensarmen Verhältnissen. Nicht zuletzt aufgrund mangelnder Rentenanträge sind große Teile der Nichtdeutschen im Alter von staatlichen Transferleistungen abhängig (vgl. Abschnitt 4.1.3). Bereits im erwerbsfähigen Alter von 45 bis unter 55 und von 55 bis unter 65 Jahren beträgt das Armutsrisiko der Nichtdeutschen fast das Dreifache dessen der

Deutschen, was u. a. auf eine schlechtere Positionierung auf dem Arbeitsmarkt hinweist (vgl. Abbildung 3.9).

3.3 Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes gemäß SGB XII - Überblick

3.3.1 Rechtliche Grundlagen

3.3.1.1 Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII

Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes werden nach dem 3. und 4. Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) gewährt. Leistungsberechtigte nach dem 3. Kapitel SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt) sind Personen unter 65 Jahre¹⁷, die ihren Lebensunterhalt nicht

¹⁷ Nach § 41 Abs. 2 SGB XII erhält Grundsicherungsleistungen im Alter und bei Erwerbsminderung wer die Altersgrenze erreicht hat. Personen, die vor dem 1. Januar 1947 geboren sind, erreichen die Altersgrenze mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Für Personen, die nach dem 31. Dezember 1946 geboren sind, wird die Altersgrenze gestaffelt angehoben.

oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen beschaffen können und dem Arbeitsmarkt vorübergehend nicht zur Verfügung stehen bzw. zum Einsatz ihrer Arbeitskraft nicht verpflichtet sind.

Personen, die nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende) als Erwerbsfähige oder als deren Angehörige dem Grunde nach leistungsberechtigt sind, erhalten insofern - mit wenigen Ausnahmen im Einzelfall - **keine** Leistungen zum Lebensunterhalt nach SGB XII.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL) nach dem 3. Kapitel SGB XII steht synonym für die Sicherung eines sozio-ökonomischen Mindeststandards in Deutschland. Insbesondere die Regelsätze der HzL sind Maßstab und Orientierungspunkt für alle bedarfsbezogenen Regelungen im Steuer-, Unterhalts- und Sozialleistungsrecht der Bundesrepublik Deutschland und dienen als Referenzsystem, u. a. für die Regelleistungen nach SGB II. Hinzu kommen wirtschaftspolitische Aspekte durch die in Höhe der Regelsätze festgelegte volkswirtschaftliche Mindestkaufkraft. Insofern kommt der HzL trotz drastisch gesunkener Empfängerzahlen seit 2005 (vgl. Abschnitt 3.3.3) noch immer eine wichtige Bedeutung zu.

Kernelement der gesetzlichen Regelungen des 3. Kapitels SGB XII ist der so genannte „**notwendige Lebensunterhalt**“, also der Bedarf eines Menschen, der mangels eigener Mittel von der HzL zu decken ist. Der notwendige Lebensunterhalt umfasst insbesondere

- Ernährung,
- Kleidung,
- Körperpflege,
- Hausrat,
- Haushaltsenergie¹⁸
- persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens sowie
- Unterkunft und Heizung.

Mit Ausnahme der Kosten für Unterkunft und Heizung, zusätzlicher Leistungen für Kinder und Jugendliche sowie so genannter Sonderbedarfe ergeben alle vorgenannten Teilbereiche den monatlichen Regelbedarf. Dieser ist in Regelbedarfsstufen unterteilt, die bei Kindern und Jugendlichen altersbedingte Unterschiede und bei erwachsenen Personen deren Anzahl im Haushalt sowie die Führung eines Haushalts berücksichtigen. Zur Deckung der Regelbedarfe sind monatliche Regelsätze zu gewähren.

Regelsätze

Grundlage für die Festsetzung der Regelsätze (und der Regelbedarfsstufen) sind die tatsächlichen, statistisch ermittelten Verbrauchsausgaben von Haushalten unterer Einkommensgruppen. Die Daten werden aus der **Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS)** ermittelt, die von den Statistischen Ämtern alle fünf Jahre bundesweit erhoben wird. Aktuell liegen die Daten aus dem Jahr 2008 vor. Welche Daten der EVS in die Regelsätze sowie die Festlegung der Regelbedarfsstufen einfließen ist vom Bundesgesetzgeber im **Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz**¹⁹ bindend festgelegt. Das Gesetz hat die bisherige **Regelsatzverordnung**²⁰ mit Wirkung vom 1. Januar 2011 abgelöst. In den Jahren, in denen keine Daten der EVS erhoben werden, erfolgt die Fortschreibung der Regelbedarfsstufen und Regelsätze auf Grundlage der bundesdurchschnittlichen Entwicklung der Preise für regelbedarfsrelevante Güter und Dienstleistungen sowie der bundesdurchschnittlichen Entwicklung der Nettolöhne und -gehälter je beschäftigten Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerin nach der **Volkswirt-**

¹⁸ Ohne die auf Heizung und Erzeugung von Wärme entfallenden Anteile

¹⁹ Gesetz zur Ermittlung der Regelbedarfe nach § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz - RBEG) vom 24. März 2011 (BGBl. I S. 453)

²⁰ Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelsatzverordnung - RSV) vom 3. Juni 2004 (BGBl. I S. 1067), zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. März 2009 (BGBl. I S. 432) mit Wirkung vom 1. Juli 2009

schaftlichen Gesamtrechnung. Die Veränderungsrate der Preisentwicklung wird dabei zu 70 % und die der Lohnentwicklung zu 30 % berücksichtigt.²¹ Mit dieser Neuregelung entfällt die bisherige Orientierung am Rentenwert der gesetzlichen Rentenversicherung, der in den vergangenen „Nicht-EVS-Jahren“ zum Teil dazu geführt hat, dass „Null-Runden“ bei den Renten an HzL-Empfängern und -Empfängerinnen (und auch an Regelleistungsberechtigte nach SGB II) weitergegeben wurden.

Mit der Novellierung der inhaltlichen Ausgestaltung der Regelsätze nach SGB XII und der Regelleistungen nach SGB II kommt der Gesetzgeber einer Forderung des **Bundesverfassungsgerichts (BVerfG)** nach, das mit Urteil vom 9. Februar 2010 die Verfassungswidrigkeit der damaligen Höhe der Regelleistungen des Arbeitslosengeldes II - und damit in analoger Anwendung auch die Regelungen zur Höhe der Regelsätze nach SGB XII als Referenzsystem - festgestellt hatte. Zwar wurde das Bedarfsbemessungssystem auf der Grundlage der EVS als solches nicht in Frage gestellt, ein Verstoß gegen das Grundgesetz aber in der intransparenten Auswahl einzelner statistischer Daten aus der EVS sowie in den „frei gegriffenen“ prozentualen Ableitungen der Regelsätze für Kinder und Jugendliche aus dem Eckregelsatz des Haushaltsvorstandes gesehen. Die Höhe der Regelleistungen wurde dabei nicht als evident unzureichend eingestuft, jedoch hielt das BVerfG eine gesetzliche Öffnungsklausel für erforderlich, um ergänzend atypische einmalige und laufende Bedarfe im Einzelfall durch entsprechende Leistungen abdecken zu können. Darüber hinaus erachtete es das Gericht als sachwidrig, die Entwicklung des Rentenwerts der gesetzlichen Rentenversicherung als Maßstab für eine Fortschreibung der Regelsätze/ Regelleistungen in den Jahren ohne aktuelle EVS-Daten heranzuziehen. Der Gesetzgeber wurde aufgefordert, bis zum 31. Dezember 2010 die Regelleistungen perspektivisch korrekt abzuleiten und gesetzlich festzuschreiben.

In Umsetzung des vorgenannten Urteils werden seit dem 1. Januar 2011 die Regelsätze für Kinder und Jugendliche nicht mehr aus dem so genannten Eckregelsatz des Haushaltsvorstandes (neu: der Regelbedarfsstufe 1²²) abgeleitet, sondern als altersbezogene Regelbedarfe aus den Verbrauchsausgaben der Familienhaushalte (Daten aus der EVS) verpreislischt. Darüber hinaus enthält die Gesetzesnovelle Sondertatbestände für Bildung und Teilhabe, die insbesondere Kindern und Jugendlichen eine adäquate Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen sollen sowie weitere Rechtsanpassungen. Inwieweit der Gesetzgeber hier den Vorgaben des BVerfG in vollem Umfang entsprochen hat, wird die künftige Rechtsprechung zeigen.

Zusätzliche Bedarfe

Ergänzend zu den Regelsätzen, die unter Berücksichtigung bestimmter Bedarfstatbestände des Einzelfalles auch erhöht oder gemindert werden können (etwa aufgrund hoher Kosten für Kleidung bei Unter- oder Übergröße oder freies Essen bei Verwandten), besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein Rechtsanspruch auf Gewährung von Leistungen zur Abdeckung zusätzlicher Bedarfe. Dazu gehören u. a. die Mehrbedarfzuschläge nach § 30 SGB XII, die alten Menschen, Kranken, Erwerbsunfähigen, Schwangeren, Menschen mit Behinderung sowie Alleinerziehenden gewährt werden. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Leistungen für die Erstausrüstung der Wohnung, für die Erstausrüstung an Bekleidung oder bei Schwangerschaft, jetzt neu für die Anschaffung und Reparatur von orthopädischen Schuhen sowie die Miete und Reparatur von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen. Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben werden seit dem 1. Januar 2011 ebenfalls zusätzlich anerkannt und durch Geld- und Sachleistungen gedeckt. Im Zusammenhang mit der Übernahme von Versicherungsbeiträgen sieht das 3. Kapitel SGB XII Ansprüche in Bezug auf Kranken-, Pflege-

²¹ Die Bundesländer können die Regelsätze durch Rechtsverordnung in abweichender Höhe festsetzen, sind dabei aber an die Regelbedarfsstufen gebunden. Statt bundesweiter EVS-Daten sind dann regionale EVS-Daten zugrunde zu legen, wobei insbesondere - auf das jeweilige Land bezogene - Umstände zur Deckung des Regelbedarfs berücksichtigt werden können.

²² Anlage zu § 28 SGB XII

„Regelbedarfsstufe 1: Für eine erwachsene leistungsberechtigte Person, die als alleinstehende oder alleinerziehende Person einen eigenen Haushalt führt; dies gilt auch dann, wenn in diesem Haushalt eine oder mehrere weitere erwachsene Personen leben, die der Regelbedarfsstufe 3 zuzuordnen sind.“

„Regelbedarfsstufe 3: Für eine erwachsene leistungsberechtigte Person, die weder einen eigenen Haushalt führt, noch als Ehegatte, Lebenspartner oder in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftlicher Gemeinschaft einen gemeinsamen Haushalt führt.“

sowie Vorsorgeversicherungen vor, die jedoch einer engen rechtlichen Eingrenzung unterliegen (vgl. §§ 32 und 33 SGB XII). Soweit der Verlust der Wohnung oder eine vergleichbare Notlage drohen, können im Einzelfall auch Schulden aus Sozialhilfemitteln übernommen werden (vgl. § 36 SGB XII).

Unterkunft und Heizung

Anders als die Regelsätze werden die Leistungen für Unterkunft und Heizung in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erbracht (vgl. § 35 SGB XII). Die Pauschalierung dieser Leistung ist optional möglich. Übersteigen die Kosten für die Unterkunft den der Besonderheit des Einzelfalles angemessenen Umfang, werden sie nur solange anerkannt, als es den Leistungsberechtigten nicht möglich oder nicht zuzumuten ist, durch einen Wohnungswechsel, durch Vermieten oder auf andere Weise die Aufwendungen zu senken, in der Regel jedoch längstens für sechs Monate.

Die Regelungen zu den Unterkunftskosten im SGB II und SGB XII weisen inhaltlich große Übereinstimmungen aus, so dass für beide Rechtskreise gemeinsame Ausführungsvorschriften gelten. Das Land Berlin übernimmt zurzeit Kosten für Unterkunft und Heizung für rund 329.000²³ Bedarfsgemeinschaften nach SGB II und rund 5.300²⁴ Bedarfsgemeinschaften nach SGB XII. Im Verhältnis zu einem Wohnungsbestand von 1,8 Millionen entspricht dies einer Quote von rund 18,6 % und betrifft insofern knapp jeden fünften Haushalt. Der Bund beteiligt sich an den von den Kommunen nach SGB II zu tragenden Kosten für Unterkunft und Heizung in prozentualer Höhe²⁵ (vgl. § 46 Abs. 5 und 6 SGB II).

Schon vor Inkrafttreten von SGB II und SGB XII war es erforderlich, die bis dahin nach dem BSHG geltenden Richtwerte für Mieten anzupassen, da eine adäquate Versorgung der Leistungsberechtigten mit angemessenem Wohnraum in der Stadt auch perspektivisch nicht mehr sichergestellt werden konnte. Im Ergebnis einer einjährigen, intensiven Diskussion auf politischer Ebene, aber auch mit Gewerkschaften, Verbänden und anderen beteiligten Institutionen, wurden mit Wirkung vom 1. Oktober 2005 die Ausführungsvorschriften zur Ermittlung angemessener Kosten der Wohnung gemäß § 22 SGB II und §§ 29 und 34 SGB XII - **AV-Wohnen** - vom 7. Juni 2005 (ABl. S. 3743) erlassen und zuletzt mit Wirkung vom 1. März 2009 novelliert²⁶.

Die rechtliche Verankerung von Regelungen zur Angemessenheit der Kosten der Unterkunft ist in Berlin von besonderer Bedeutung, da hier seit Jahren bundesweit die höchste Empfängerdichte an Leistungsberechtigten nach dem SGB II zu verzeichnen ist. Wegen des hohen Anteils an Wohnungen, die aus Transferleistungen des Landes Berlin finanziert werden, besteht ein großes Interesse, die Angemessenheit von Mieten so zu definieren, dass „Massenumzüge“ von Leistungsberechtigten und die Entstehung neuer sozialer Brennpunkte verhindert werden. Primäres Ziel einer sozialverantwortlichen Stadtpolitik ist es, Segregation in diesem Sinne und daraus resultierende Folgekosten in nicht absehbarer Höhe zu vermeiden. Aber auch die Zielsetzung der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) nach schnellstmöglicher Rückkehr auf den Arbeitsmarkt kann nur erreicht werden, wenn der Verbleib in vorhandenem Wohnraum soweit wie möglich gelingt. Wer mit Wohnungssuche, Auszugsrenovierung, Umzug und Einrichtung einer neuen Wohnung beschäftigt ist und darüber hinaus sein bisheriges soziales Netz verliert, der kann sich der Arbeitssuche nicht mit der erforderlichen Intensität widmen. Dies trifft auch auf erwerbsfähige Personen ab 50 Jahren zu, für die eine Vervollständigung ihrer Erwerbsbiografie insbesondere vor Eintritt in das Rentenalter existenziell sein kann.

Der Aspekt der Vermeidung von Segregation ist auch maßgebend für die Definition der Angemessenheit von Unterkunftskosten. Eine restriktive - an statischen Mietobergrenzen - ausgerichtete Verwaltungspraxis birgt das Risiko, Leistungsberechtigte aus gemischten Wohnquartieren in

²³ Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit; Stand: Dezember 2009

²⁴ Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin; Stand: 31. März 2010, Bedarfsgemeinschaften mit Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen

²⁵ 2005 = 29,1 %, 2006 = 29,1 %, 2007 = 31,2 %, 2008 = 28,6 %, 2009 = 25,4 %

²⁶ Ausführungsvorschriften zur Gewährung von Leistungen gemäß § 22 SGB II und §§ 29 und 34 SGB XII (AV-Wohnen) vom 10. Februar 2009 (ABl. S. 502)

bestimmte preisgünstige Wohnanlagen zu drängen. Als adäquate Lösung bietet sich hier nur eine Orientierung an den auf dem Wohnungsmarkt - auch bei Neuvermietung - zu erzielenden Mieten an, um einer sozialen Entmischung einzelner Wohngebiete entgegenzuwirken.

Mit der AV - Wohnen hat das Land Berlin einen Rechtsrahmen geschaffen, der es ermöglicht, zielgruppen- und einzelfallbezogen spezifische Wohnbedarfe im Verwaltungshandeln zu berücksichtigen. Dazu gehört z. B. auch die Anerkennung besonderer Härtefalltatbestände im Zusammenhang mit dem Lebensalter, Erkrankungen, schweren Behinderungen (auch vorübergehender Einschränkungen) oder der Lebenssituation Alleinerziehender. Auch eine Wohndauer von über 15 Jahren, die insbesondere bei älteren und alten Menschen oft der Fall ist, wirkt beeinflussend auf die Klärung der Frage der Angemessenheit von Mieten. Sowohl den Jobcentern als auch den Sozialämtern steht mit den vorgenannten Regelungen eine einheitliche Entscheidungsgrundlage zur Verfügung, um Wohnraum soweit wie möglich erhalten zu können und damit eine - an den jeweiligen Bedürfnissen orientierte - Wohnraumversorgung zu gewährleisten.

Das SGB II und das SGB XII sowie die AV-Wohnen sehen darüber hinaus Möglichkeiten vor, Mietschulden für angemessenen Wohnraum zu übernehmen und damit Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen ihren Zahlungsverpflichtungen nicht nachkommen können, bei der Erhaltung ihrer Wohnung zu helfen. Situationen dieser Art sind oftmals mit dem Status von Erwerbslosigkeit verbunden, können aber auch mit Beginn des Rentenalters entstehen, wenn die finanziellen Einnahmen pro Monat wesentlich geringer ausfallen, als zu Zeiten der Erwerbstätigkeit.

Inzwischen hat der Bundesgesetzgeber mit dem o. g. Regelbedarfsermittlungsgesetz eine so genannte Satzungsermächtigung normiert, die am 1. April 2011 in Kraft getreten ist. Danach können die Bundesländer die Kreise und kreisfreie Städte ermächtigen oder verpflichten, durch Satzung zu bestimmen, in welcher Höhe die Aufwendungen für Unterkunft und Heizung in ihrem Gebiet angemessen sind. Die Länder Berlin und Hamburg können bestimmen, welche Form der Rechtsetzung an die Stelle der Satzung tritt. Der Senat von Berlin hat am 3. Mai 2011 beschlossen, die Ermächtigungsgrundlage zum Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung in das Ausführungsgesetz zum SGB II aufzunehmen. Damit ist die Form der Rechtsetzung zur Ausfüllung der Satzungsermächtigung bestimmt.

Leistungsberechtigte in Einrichtungen

Soweit Leistungsberechtigte nach dem 3. Kapitel SGB XII **in Einrichtungen** leben, bestimmen sich die Leistungen zum Lebensunterhalt nach besonderen Bedingungen (vgl. § 27 b SGB XII), die an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden, da sich die „Armutsdiskussion“ im Wesentlichen auf den Personenkreis außerhalb von Einrichtungen fokussiert.

3.3.1.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII

Wie bereits dargestellt, wurden die Regelungen des 4. Kapitels SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) mit Wirkung vom 1. Januar 2005 im Wesentlichen aus dem zum 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Grundsicherungsgesetz übernommen. Die meisten Bestandteile der Grundsicherung und ihr Leistungsumfang entsprechen der Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL) nach dem 3. Kapitel SGB XII, wobei es sich im Unterschied zu den Leistungsberechtigten der HzL bei Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen in der Regel um Menschen handelt, die sich nicht nur vorübergehend, sondern auf Dauer in einer finanziellen Notlage befinden. Darüber hinaus besteht bei diesem Personenkreis stärker als bei anderen eine Scheu in Bezug auf eine mögliche Heranziehung von unterhaltsverpflichteten Kindern, die im Einzelfall dazu führt, dass Leistungsansprüche nicht geltend gemacht werden („verschämte Altersarmut“). Beiden Sachverhalten soll die Grundsicherung Rechnung tragen; sie wird - anders als bei der HzL - zudem antragsabhängig erbracht.

Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung hat, wer eine bestimmte Altersgrenze (vgl. § 41 Abs. 2 SGB XII) erreicht oder das 18. Lebensjahr vollendet hat, dauerhaft voll erwerbsgemindert ist und den notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften oder Mitteln decken kann. Personen, die vor dem 1. Januar 1947 geboren sind, erreichen die Altersgrenze mit Vollendung des 65. Lebensjahres, bei jüngeren sieht das SGB XII eine Staffelung vor, die sich am jeweiligen Geburtsjahr orientiert. Die Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII sind gegenüber der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII und dem Sozialgeld nach SGB II vorrangig zu erbringen. Unterhaltspflichtige Kinder und Eltern werden nur dann herangezogen, wenn ihr jeweiliges Gesamteinkommen über 100.000 Euro im Jahr liegt. Soweit der Leistungsumfang der Grundsicherung mit dem der Hilfe zum Lebensunterhalt identisch ist, kommen Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII (HzL) nicht in Betracht. Dies trifft auch auf den besonderen Bedarf für den Lebensunterhalt in Einrichtungen zu (vgl. § 27b SGB XII, der hinsichtlich des Umfangs des Bedarfs auf den der Grundsicherung in § 42 Nr. 1, 2 und 4 SGB XII verweist).

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII ist für den leistungsberechtigten Personenkreis das unterste materielle „Auffangnetz“ im gesamten System der sozialen Sicherung. Der Grundsatz des „Förderns und Forderns“ kommt hier nicht zum Tragen, da ein Herauslösen aus dem Leistungsbezug an fehlender Erwerbsfähigkeit scheitert und dies aufgrund von Alter und Behinderung in aller Regel auch zeitlebens so bleibt. Da die Hilfe zum Lebensunterhalt und damit analog die Grundsicherung nach SGB XII per Definition dem soziokulturellen Existenzminimum entsprechen, bildet sich die so genannte „Altersarmut“ auch in der Entwicklung der Zahl der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen ab (vgl. Abschnitte 1.3; 3.3.3). Aufgrund demografischer Prognosen für die nächsten Jahre, die einen rasanten Zuwachs älterer und alter Menschen in Deutschland sehen, muss es sozial- und arbeitsmarktpolitische Zielsetzung sein, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, im Alter nicht auf Grundsicherungsleistungen aus staatlicher Hand angewiesen zu sein. In Bezug auf Zusammenhänge mit dem Risiko „Nichterwerbstätigkeit“ und „prekäre Beschäftigung“ wird auf Kapitel 5 verwiesen.

Die im Abschnitt 3.1 analysierten Daten zur Höhe der Einkommen der älteren Berliner Bevölkerung spiegeln eine Situation wider, die einen relativen „Wohlstand“ der Mehrzahl der Berliner Rentnerinnen und Rentner signalisiert, perspektivisch aber aufgrund wirtschaftlicher und rentenpolitischer Entwicklungen kippen kann. Das deutsche **Rentenversicherungssystem** hat es über viele Jahre hinweg zwar ermöglicht, Altersarmut zu verhindern; die Rechtsanpassungen der letzten Jahre und vor allem die Veränderungen in den Erwerbsbiografien tragen aber dazu bei, dass dies in Zukunft zu Änderungen führen wird. So kommt etwa die Bundesregierung in ihrem Bericht über die gesetzliche Rentenversicherung (Rentenversicherungsbericht 2010) zu dem Ergebnis, dass das Rentenniveau auf 47,3 % im Jahr 2020 und weiter auf 46,2 % im Jahr 2024 sinken wird (vgl. Deutscher Bundestag 2010). Dies macht deutlich, dass die gesetzliche Rente künftig allein nicht ausreicht, um den Lebensstandard des Erwerbslebens im Alter beizubehalten, insbesondere dann, wenn nicht zusätzlich privat für das Alter (z. B. durch „Riesterrente“, „Wohnriester“) vorgesorgt werden konnte. Verstärkt wird dieses Risiko - und damit die Wahrscheinlichkeit im Alter auf Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII angewiesen zu sein - auch durch Veränderungen im Erwerbsleben, unstetige Erwerbsverläufe, prekäre Beschäftigungsverhältnisse und Erwerbstätigkeit im Niedriglohnsektor. Durch geringere Löhne und Phasen längerer Arbeitslosigkeit oder Zeiten einer nicht versicherungspflichtigen selbständigen Tätigkeit fällt die Einzahlung in die Rentenversicherung geringer aus, das Rentenniveau wird zusätzlich negativ beeinflusst. Langfristig könnten diese Entwicklungen dazu führen, dass selbst langjährig Versicherte eine Rente erhalten, die den notwendigen Lebensunterhalt nicht mehr abdeckt (vgl. Abschnitt 3.2, Kapitel 4 und 5). Die Grundsicherung im Alter nach dem SGB XII würde damit zu einer Rentenergänzungsleistung avancieren, die weder in ihrer Grundidee rechtlich so verankert ist, noch auf Dauer von den Kommunen finanziell getragen werden kann.

Ähnlich wie bei den Kosten der Unterkunft und Heizung nach dem SGB II beteiligt sich der Bund zur Kompensation der Mehrausgaben wegen des Verzichts auf den Unterhaltsrückgriff an den Ausgaben der Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII in prozentualer Höhe (vgl. § 46a SGB XII), wobei der Anteil hier deutlich niedriger ausfällt und im Jahr 2010 lediglich 15 % der Nettoausgaben²⁷ des Vorvorjahres umfasste. Zwar trägt die **Bundesbeteiligung** zur finanziellen Entlastung der Länder bei, die ansonsten Sozialhilfeleistungen allein aus Landesmitteln finanzieren müssen. Die von Jahr zu Jahr steigende Zahl der Leistungsberechtigten führt aber zunehmend zu einer Belastung der Kommunen und damit auch des Landes Berlin, die nur durch Einsparungen an anderer Stelle kommunaler Aufgaben zu kompensieren ist. Ab dem Jahr 2012 übernimmt der Bund stufenweise die Finanzierung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (2014: 100 %), was zu einer erheblichen Entlastung des Landes Berlin in diesem Bereich führen wird. Erstattet werden vom Bund jedoch nur die Lebensunterhaltskosten, nicht aber Transferausgaben im Zusammenhang mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung. Allein diese liegen in Berlin aber pro Jahr im dreistelligen Millionenbereich und werden im Zuge weiter steigender Empfängerzahlen in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ausufern.

3.3.2 Entwicklung der Ausgaben

Im ersten Jahr der neuen Sozialgesetzgebung (2005) wurden im Land Berlin 195,8 Millionen Euro für Leistungen der Grundsicherung gemäß SGB XII (hier und im Folgenden: ohne Kosten für abgeschlossene Gutachten) und 102,8 Millionen Euro für Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß SGB XII aufgewendet. Im Jahr 2009 waren dies für die Grundsicherung bereits 318,7 Millionen Euro und damit 62,8 % mehr als noch 2005. Die Aufwendungen für Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt gingen demgegenüber um 40,4 % auf 61,2 Millionen Euro zurück (vgl. Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3:

Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß SGB XII außerhalb und in Einrichtungen in Berlin in den Jahren 2005 bis 2009

Art der Hilfen	2005	2006	2007	2008	2009	Veränderung 2005 zu 2009	Veränderung 2005 zu 2009
	in Euro					in %	
Hilfe zum Lebensunterhalt							
insgesamt	102.777.932	74.286.618	72.530.316	69.217.074	61.239.870	-41.538.062	-40,4
außerhalb von Einrichtungen	88.112.018	54.774.456	49.075.690	46.099.599	34.987.664	-53.124.354	-60,3
in Einrichtungen	14.665.914	19.512.162	23.454.626	23.117.475	26.252.206	11.586.292	79,0
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung*							
insgesamt	195.769.976	223.125.081	255.364.305	283.895.130	318.696.728	122.926.753	62,8
außerhalb von Einrichtungen	154.168.581	179.323.622	208.995.761	234.747.482	256.517.568	102.348.987	66,4
in Einrichtungen	41.601.395	43.801.459	46.368.543	49.147.648	62.179.160	20.577.765	49,5

*ohne Gutachten

(Datenquelle: SenFin Berlin - ProFiskal / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Bewertung dieses Befundes kann allerdings nur zurückhaltend erfolgen:

- Wie weiter vorn angesprochen, waren im Jahr 2005 und auch darüber hinaus nicht alle eigentlich grundsicherungsberechtigten Fälle aus der Hilfe zum Lebensunterhalt in die Grundsicherung bereits überführt, so dass der Rückgang der Aufwendungen bei der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Anstieg bei der Grundsicherung unter diesem Gesichtspunkt zu relativieren ist.
- Hinzu kommt, dass die Umsetzung rechtlicher Neuregelungen verlangte, bei Fällen in Einrichtungen lebender Menschen mit Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege gemäß SGB XII mit

²⁷ Nettoausgaben sind die vom Statistischen Bundesamt nach dem Stand vom 1. April eines Jahres für das Vorvorjahr ermittelten reinen Ausgaben für Leistungen ohne Gutachtenkosten.

entsprechenden Voraussetzungen nunmehr die Kosten für den Lebensunterhalt und die Unterkunft gesondert als Kosten der Grundsicherung und der Hilfe zum Lebensunterhalt auszuweisen. Dadurch ergab sich nicht nur für die Leistungen der Grundsicherung in Einrichtungen, sondern auch für die der Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen ein starker Anstieg, welcher in nicht unerheblichem Maße durch entsprechende statistische Neuregelungen bestimmt ist. Das betrifft im Übrigen auch die jeweilige Zahl der Empfänger und Empfängerinnen.

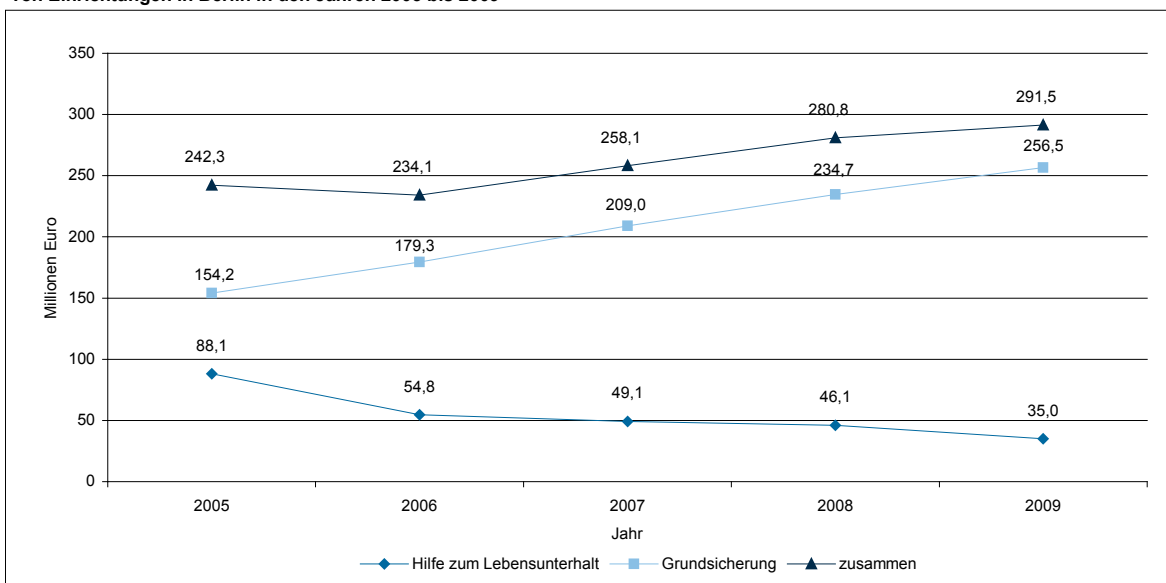
- Leistungsempfänger und -empfängerinnen, die in Einrichtungen leben bzw. betreut werden, erhalten in den meisten Fällen gleichzeitig Leistungen zum Lebensunterhalt (3. und/ oder 4. Kapitel SGB XII).

Einen genaueren Hinweis auf die Trendentwicklung bei den Ausgaben der Sozialhilfe für die Sicherung des Lebensunterhaltes gibt die Konzentration der Analyse auf die Ausgaben für Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt **außerhalb von Einrichtungen**. Zwar stand auch hier die Frage der Übertragung von Fällen aus der Hilfe zum Lebensunterhalt in die Grundsicherung, jedoch tritt dieses Problem bei der Gesamtschau der Ausgaben in beiden Leistungsbereichen in den Hintergrund, da in der Regel außerhalb von Einrichtungen, also bei im häuslichen Umfeld lebenden Menschen, **entweder Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt** als Leistung zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes gezahlt wird. Daher gibt die Betrachtung der summierten Ausgaben in beiden Leistungsbereichen die Möglichkeit, Aussagen über deren zeitlichen Entwicklungstrend abzuleiten.

In der Abbildung 3.10 ist deutlich zu erkennen, dass sich die Ausgaben für Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen seit 2005 mit gegensätzlicher Tendenz entwickelt haben. Zu den Ursachen gilt das oben Erwähnte. Jedoch übersteigt der Anstieg der Ausgaben für Grundsicherung die Abnahme der Ausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt um mehr als das Doppelte. Den Ausgangswert im Jahr 2005 gleich 1 genommen, entwickelte sich der Index für die Grundsicherung auf einen Wert von 1,66 und für die Hilfe zum Lebensunterhalt auf einen Wert von 0,40 im Jahr 2009. Beide zusammen lassen einen Anstieg der entsprechenden Ausgaben um ein Fünftel erkennen (vgl. Tabelle 3.3, Abbildungen 3.10, 3.11). Neben erhöhten Regelsätzen steht hinter diesem Anstieg vor allem die Zunahme der Empfängerzahlen (vgl. Abschnitt 3.3.3).

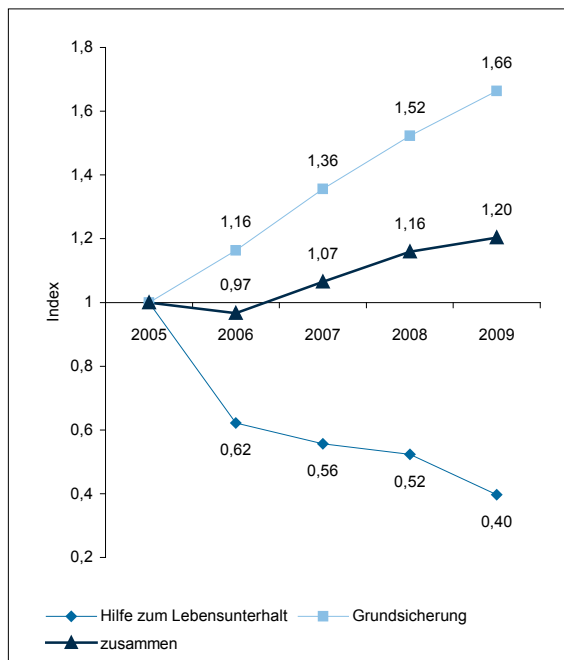
Abbildung 3.10:

Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und für Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß SGB XII außerhalb von Einrichtungen in Berlin in den Jahren 2005 bis 2009



(Datenquelle: SenFin Berlin - ProFiskal / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.11:
Index der Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und für Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß SGB XII außerhalb von Einrichtungen in Berlin in den Jahren 2005 bis 2009



(Datenquelle: SenFin Berlin - ProFiskal / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die in diesem Abschnitt gemachten Aussagen beziehen sich grundsätzlich auf die Empfänger und Empfängerinnen von Grundsicherungsleistungen und Hilfen zum Lebensunterhalt nach SGB XII insgesamt, sind also nicht differenziert nach Altersgruppen. Eine Unterscheidung der Ausgaben nach Altersgruppen lassen die im IT-Verfahren zur haushalterischen Abwicklung der Transferausgaben hinterlegten Daten nicht zu. Insofern dienen die hier ausgewerteten Angaben zur Darstellung des Trends insgesamt.

3.3.3 Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger und -empfängerinnen

Am 31.12.2009 bezogen *in Berlin* 57.502 Personen **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII**. Die Zahl der Empfänger und Empfängerinnen steigerte sich mit Einführung der neuen Sozialgesetzgebung seit dem Jahr 2005 kontinuierlich. Sie liegt mit Stand vom 31.12.2009 46 % über der Zahl vom 31.12.2005 (39.392 Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen). Von 2008 zu 2009 erhöhten sich die Empfängerzahlen nur in ver-

gleichsweise geringem Maße. Der größte Anteil der Hilfeempfänger sowie Hilfeempfängerinnen (2009: rd. 84 %) lebte in allen betrachteten Jahren außerhalb von Einrichtungen.

Zum Stichtag 31.12.2010 sind bereits 59.611 Berlinerinnen und Berliner als Grundsicherungsempfänger bzw. -empfängerinnen zu zählen.

Deutschlandweit erhielten zum Ende des Jahres 2009 763.864 Personen Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Diese Zahl erhöhte sich im Vergleich zum 31.12.2005 um 21 % und damit nicht so stark wie in Berlin, wobei die Anzahl der Empfänger und Empfängerinnen vom Jahresende 2008 zu 2009 sogar geringfügig um rund 4 Tsd. zurückging. Die Anteile der Leistungsbezieher und -bezieherinnen, die im häuslichen Umfeld lebten, lagen in den Jahren 2005 bis 2009 in Deutschland zwischen 73 % und 77 % und damit unter den Berliner Werten.

Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL) empfangen in **Berlin** am 31.12.2009 17.929 Personen. Die Empfängerzahlen gingen von 2005 zu 2009 um ca. 23 % zurück, wobei sie aber erst ab dem Jahr 2008 unter dem Wert vom 31.12.2005 lagen. Die Gründe, die zur Reduzierung der HzL-Bezieherzahlen führten, wurden im vorherigen Abschnitt 3.3.2. dargelegt. Auf die Empfänger sowie Empfängerinnen außerhalb von Einrichtungen entfiel ein Anteil von rd. 45 % im Jahr 2005, der sich bis zum 31.12.2009 auf 36 % verringerte.

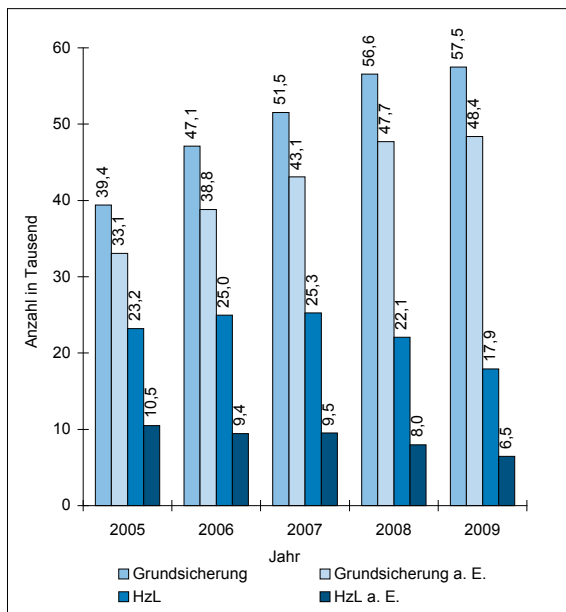
Im Folgejahr 2010 stieg die Zahl der Berliner HzL-Empfängerinnen und Empfänger geringfügig an auf 18.523 am 31.12.2010.

In **Deutschland** erreichte die Empfängerzahl der Hilfe zum Lebensunterhalt (313.912 Personen) am 31.12.2009 eine ähnliche Größenordnung wie am 31.12.2007 und lag um ca. 15 % über der vom 31.12.2005. Am Jahresende 2008 erhielten noch 324.961 Personen diese Hilfe. Die Personenzahl außerhalb von Einrichtungen erhöhte sich im Gegensatz zu Berlin von 2005 bis 2009 in jedem

Jahr. Ihr Anteil an der Empfängerzahl stieg auf fast 30 % und erreichte nach einem zwischenzeitlich leicht gesunkenen prozentualen Anteil zum Jahresende 2009 wieder die Höhe von 2005 (vgl. Abbildungen 3.12 und 3.13).

Abbildung 3.12:

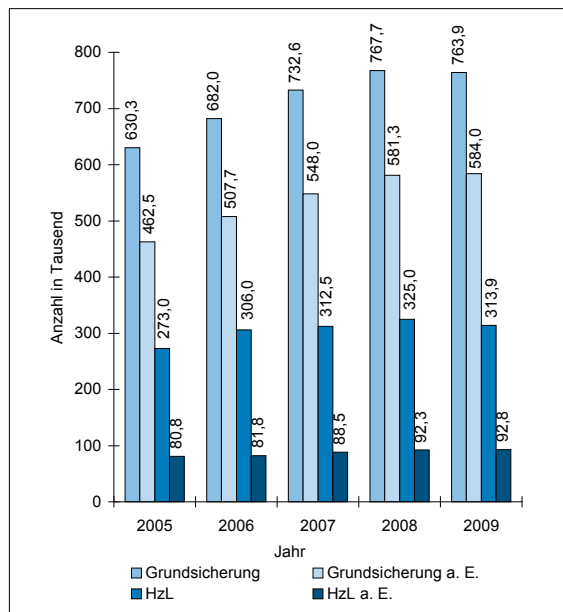
Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gemäß SGB XII in Berlin am 31.12. d. J. 2005 bis 2009



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.13:

Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gemäß SGB XII in Deutschland am 31.12. d. J. 2005 bis 2009



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / StBA / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Umsetzung der gesetzlichen Neuregelungen des SGB XII ab dem Jahr 2005 nahm einige Zeit in Anspruch und wirkte sich hinsichtlich der Empfängerzahlen besonders auf die Jahre 2005 und 2006 aus (vgl. Abschnitte 1.5, 1.7). Bei der nachfolgenden Betrachtung der Zielgruppen dieses Berichtes beschränken wir uns deshalb auf die Darstellung der Jahre 2007 bis 2009.

Die in diesem Abschnitt ermittelten Anteile (Quoten) beziehen sich, anders als im übrigen Bericht, auch für Berlin auf die fortgeschriebene Bevölkerung, um eine bessere Vergleichbarkeit mit den Bundesländern und Deutschland herzustellen, so dass es zu minimalen Abweichungen zu den an anderer Stelle des Berichtes ermittelten Quoten kommen kann.

3.3.3.1 Leistungsempfänger und -empfängerinnen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren

Grundsicherung

Im Alter von 50 bis unter 65 Jahren erhielten am 31.12.2009 in **Berlin** 12.110 Personen Grundsicherung, wobei der Rechtsanspruch für diesen Personenkreis allein aus der individuell vorliegenden dauerhaften Erwerbsminderung resultiert. Die Empfängerzahl ist seit dem 31.12.2007 stetig angestiegen und hat sich seitdem um rund 20 % erhöht. Damit liegt die Steigerungsrate der Empfängerzahlen in dieser Altersgruppe höher als bei der Gesamtheit der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen im Alter ab 18 Jahren (+12 % seit 2007). Etwa 19,6 % der Hilfeempfänger und -empfängerinnen waren 2007 zwischen 50 und unter 65 Jahre alt, 2009 lag der Anteil bei ca. 21,1 %.

Am 31.12.2010 summierte sich die Zahl der Personen der Altersgruppe mit Grundsicherung auf 13.103 (+8,2 % im Vergleich zum Vorjahr).

Auch bezüglich der Anteile an der gleichaltrigen Bevölkerung ist eine Steigerung von 0,3 Prozentpunkten von 1,6 % am 31.12.2007 auf 1,9 % am Jahresende 2009 zu erkennen.

Der größte Teil (rund 83 %) der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren lebte 2007 bis 2009 außerhalb von Einrichtungen. Außerhalb wie in Einrichtungen liegt die Empfängerzahl 2009 um jeweils ca. 20 % über der von 2007.

Auch bei den Empfängerzahlen für **Deutschland** ist der Trend ansteigend, sie liegen am Ende des Jahres 2009 mit 131.900 Personen um rund 11 % höher als 2007. Ebenso wie bei der Hilfe zum Lebensunterhalt ist die Gefährdung, bei Erwerbsminderung Grundsicherung nach SGB XII beziehen zu müssen, für die 50- bis unter 65-Jährigen in Deutschland über die Jahre recht konstant geblieben. Die Anteile der Leistungsempfänger bzw. -empfängerinnen an der Bevölkerung der Altersgruppe (Quoten) liegen, deutlicher als bei der Hilfe zum Lebensunterhalt, unter denen von Berlin. Die Quote ist seit dem Jahresende 2007 kaum verändert und beträgt zum Ende des Jahres 2009 mit 0,8 % nicht einmal die Hälfte der entsprechenden Empfängerquote in Berlin. Mehr als zwei Drittel der Empfängerinnen und Empfänger lebten 2009 außerhalb von Einrichtungen, die Zahl lag um 14,6 % über der von 2007. In Einrichtungen reduzierte sich die Empfängerzahl leicht um 3,3 % (vgl. Abbildung 3.14, 3.15 und 3.16).

50- bis unter 65-Jährige hatten 2007 einen Anteil von 16,2 % und 2009 von 17,3 % an allen Grundsicherungsempfängern sowie -empfängerinnen in Deutschland.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Am 31.12.2009 bezogen 4.342 der 50- bis unter 65-Jährigen in **Berlin** Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII. Das waren rund 24 % der Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zum Lebensunterhalt aller Altersgruppen.

Die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger in der Altersgruppe der 50- bis unter 65-Jährigen ist seit 2007 um 21,7 % zurückgegangen, jedoch nicht so stark, wie die Gesamtempfängerzahlen (-29,0 %). Daher nahm ihr Anteil an der Empfängerzahl insgesamt vom Jahresende 2007 (rund 22 %) auf ca. 24 % am 31.12.2009 zu.

Mit Stand 31.12.2010 werden 4.641 Personen der Altersgruppe mit Hilfe zum Lebensunterhalt gezählt.

Die Quote der Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zum Lebensunterhalt im Alter von 50 bis unter 65 Jahren verringerte sich vom 31.12.2007 von 0,9 auf 0,7 je 100 der Bevölkerung bis zum 31.12.2009.

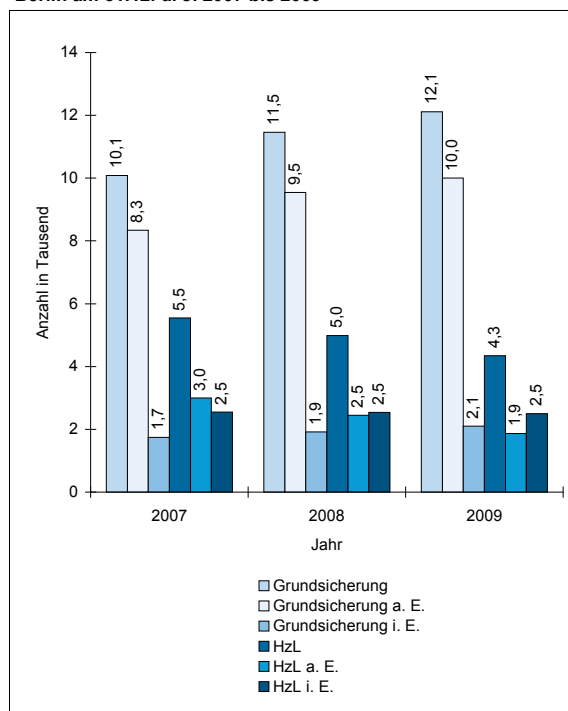
Außerhalb von Einrichtungen lebten im Jahr 2007 fast 54 % der Hilfeempfängerinnen und -empfänger dieser Altersgruppe, 2009 nur noch rund 43 %. Die dahinter stehende Empfängerzahl war stark rückläufig.

Die für **Deutschland** ermittelten Empfängerzahlen blieben in den Jahren 2008 und 2009 nahezu konstant (rund 78.000 Personen), was auch für die Anteile an der Bevölkerung mit ca. 0,5 je 100 der Bevölkerung gilt. Zwar hatten sich die Empfängerzahlen seit dem 31.12.2007 um rund 8 % erhöht, doch wirkte sich das auf die Empfängerquote nicht aus.

Bezogen auf die Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt aller Altersgruppen sind deutschlandweit knapp unter einem Viertel der Empfänger und Empfängerinnen zwischen 50 und unter 65 Jahre alt. Ca. 40 % der Bezieherinnen und Bezieher dieser Altersgruppe (mit rückläufiger Tendenz) lebten im Zeitraum von 2007 bis 2009 in ihrem häuslichen Umfeld, etwas mehr als 60 % und leicht ansteigend in Einrichtungen.

Abbildung 3.14:

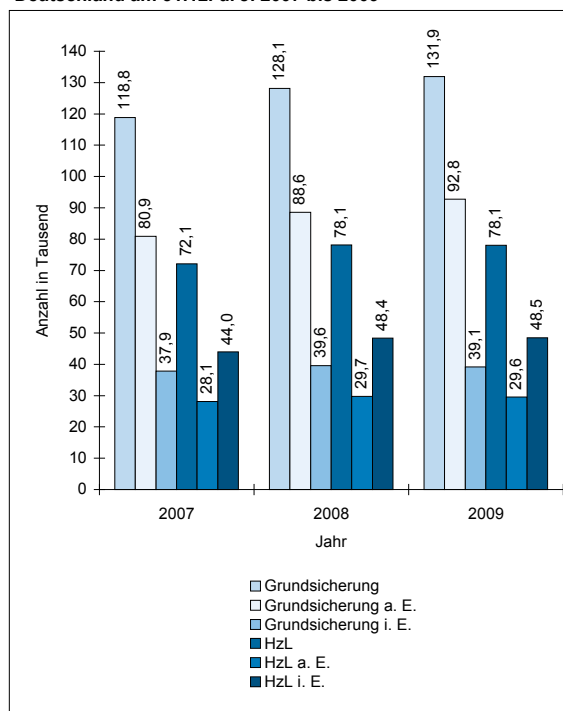
Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung bei Erwerbsminderung 50 bis unter 65 Jahre gemäß SGB XII in Berlin am 31.12. d. J. 2007 bis 2009



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.15:

Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung bei Erwerbsminderung 50 bis unter 65 Jahre gemäß SGB XII in Deutschland am 31.12. d. J. 2007 bis 2009



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / StBA / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

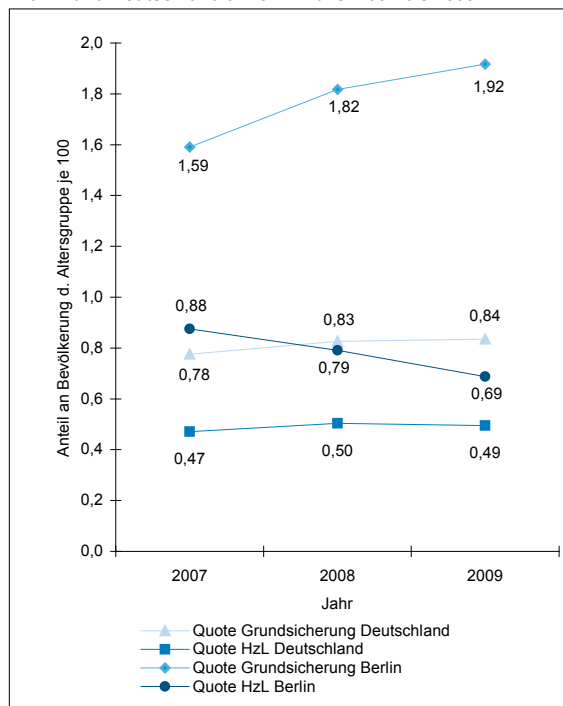
Die Anteile der Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zum Lebensunterhalt an der Bevölkerung derselben Altersgruppe lagen in Berlin in allen Jahren leicht über denen von Deutschland. Das heißt, dass die Berliner Bevölkerung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren geringfügig mehr als deutschlandweit gefährdet ist, Hilfe zu Lebensunterhalt beziehen zu müssen. Anders als im Durchschnitt für Deutschland fiel die Quote in Berlin von 2007 bis 2009 um ca. 0,2 Prozentpunkte (vgl. Abbildung 3.14, 3.15 und 3.16).

Bundesländervergleich

Nach der Anzahl der Empfänger und Empfängerinnen von **Grundsicherung bei Erwerbsminderung** im Alter von 50 bis unter 65 Jahren steht Berlin im Vergleich der Bundesländer an 4. Stelle der Rangfolge, hinsichtlich der Empfängerzahlen außerhalb von Einrichtungen an 3. Stelle. Interessant ist die Betrachtung der Empfängerquoten, wonach Berlin, gefolgt von den anderen Stadtstaaten Hamburg und Bremen, ganz vorn liegt. In Berlin benötigten ca. 19 Personen je 1.000 der 50- bis unter 65-jährigen Bevölkerung Grundsicherung bei Erwerbsminderung. Bezogen auf

Abbildung 3.16:

Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung bei Erwerbsminderung 50 bis unter 65 Jahre gemäß SGB XII in Berlin und Deutschland am 31.12. d. J. 2007 bis 2009

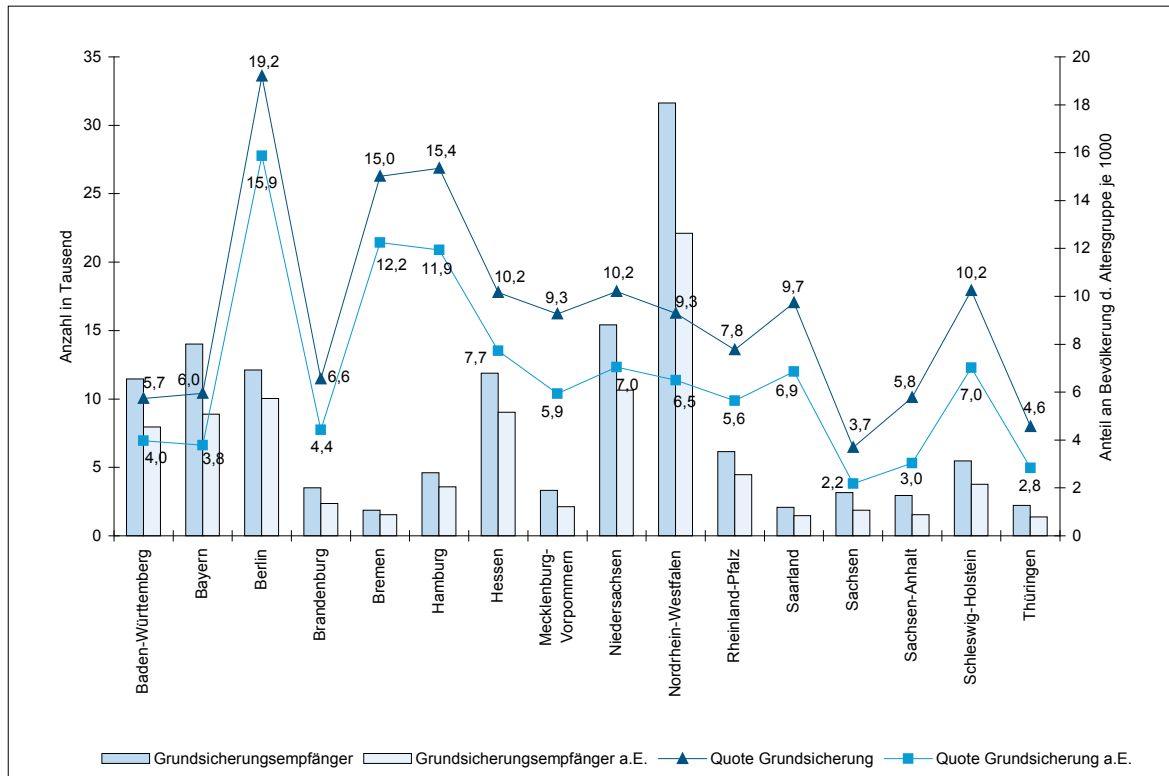


(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / StBA / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

die im häuslichen Umfeld Lebenden waren es fast 16 je 1.000 der Bevölkerung. Die Bevölkerung in Sachsen war am wenigsten gefährdet, abhängig vom Bezug von Grundsicherung bei Erwerbsminderung zu sein. Dort sind weniger als 4 je 1.000 der Bevölkerung der Altersgruppe betroffen, im häuslichen Bereich nur etwas mehr als 2 je 1.000 (vgl. Abbildung 3.17).

Abbildung 3.17:

Personen mit Grundsicherung bei Erwerbsminderung 50 bis unter 65 Jahre gemäß SGB XII in Deutschland nach Bundesländern am 31.12.2009



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / StBA / Berechnung und Darstellung: SenGesUmw - I A -)

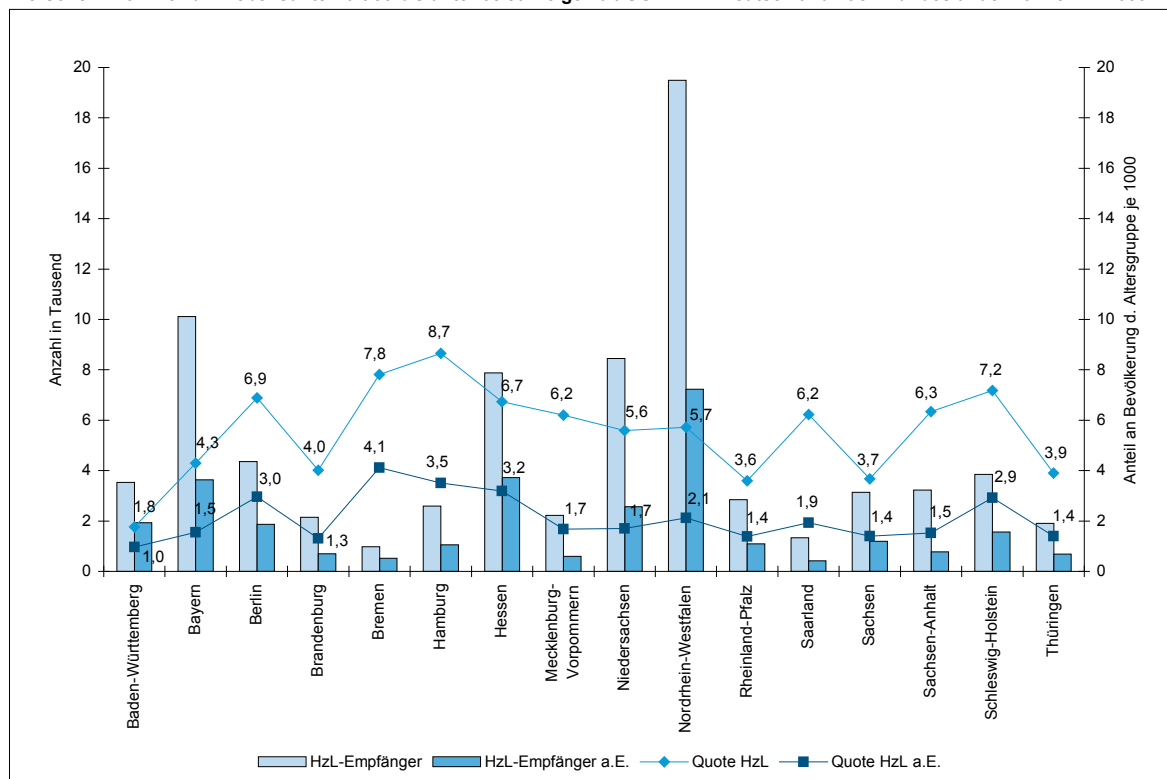
Auch wenn man dies erwarten könnte, so besteht keine statistisch relevante Korrelation zwischen der Quote der 50- bis unter 65-jährigen Grundsicherungsempfänger sowie -empfängerinnen und der Armutsquote für dieselbe Altersgruppe in den Bundesländern ($r = -0,1606$). Während hinsichtlich der Armutsrisikogefährdung der Altersgruppe alle neuen Bundesländer und Bremen mit prägnant höheren Armutsquoten als die restlichen Bundesländer vorzufinden sind, ist eine entsprechende Verteilung der Grundsicherungsquoten nicht erkennbar. Eine mögliche Erklärung wäre, dass in den neuen Bundesländern der (Nettoäquivalenz-)Einkommensbereich zwischen dem Regelbedarf gemäß 4. Kapitel SGB XII und der Armutsrisikogrenze von überproportional vielen Personen besetzt ist. Ein inverser (umgekehrter) Zusammenhang existiert allerdings zum Anteil von Rentnern und Rentnerinnen sowie Pensionären und Pensionärinnen an der Bevölkerung. Diese Fragestellungen sind mit den vorliegenden Daten jedoch nicht näher zu klären (vgl. Abschnitt 3.2.1).

Bei den Empfängern und Empfängerinnen von **Hilfe zum Lebensunterhalt** im Alter von 50 bis unter 65 Jahren liegen die Empfängerzahlen in fast allen Bundesländern teilweise weit unter denen der Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach SGB XII. Ausnahme ist Sachsen-Anhalt, dort gibt es rund 10 % mehr Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt als Grundsicherungsempfängerinnen und -empfänger. Berlin rangiert hier bei den Empfängerzahlen an 5. Stelle in der Rangliste der Bundesländer, außerhalb von Einrichtungen an 6. Stelle. Nach den Anteilen je 1.000 der Bevölkerung der Altersgruppe nimmt Berlin jeweils den 4. Rang ein. Die höchsten Quoten, wie auch bei der Grundsicherung, weisen die Stadtstaaten Hamburg und Bremen auf. Unter den

Flächenstaaten zeigen Schleswig-Holstein und Hessen die höchsten Anteile. Baden-Württemberg dagegen hat die niedrigsten Quoten (vgl. Abbildung 3.18).

Abbildung 3.18:

Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt 50 bis unter 65 Jahre gemäß SGB XII in Deutschland nach Bundesländern am 31.12.2009



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / StBA / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

3.3.3.2 Leistungsempfänger und -empfängerinnen ab 65 Jahre

Grundsicherung

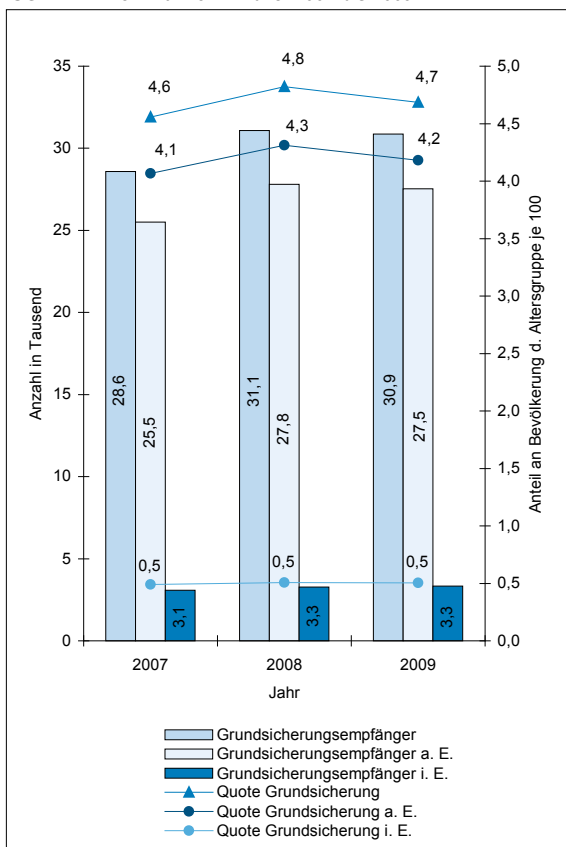
Ab dem Erreichen des derzeitigen gesetzlichen Rentenalters waren mit Stand vom 31.12.2009 399.837 Personen in Deutschland und 30.859 Personen in Berlin Empfänger bzw. Empfängerinnen von Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII. Das sind 2,4 % der Bevölkerung ab 65 Jahre in Deutschland. In Berlin liegt die Grundsicherungsquote mit 4,7 % signifikant höher. Darunter leben in ihrem häuslichen Umfeld in Berlin rund 89 %, deutschlandweit etwas mehr als 85 % der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen ab 65 Jahre.

Unter der Bevölkerung ab 65 Jahren, welche in ihrem häuslichen Umfeld lebt (a. E.), sind in Deutschland 2,0 % und in Berlin 4,2 % abhängig von Grundsicherung.

Der Befund des im Vergleich mit den Quoten für Deutschland fast doppelt so hohen Risikos der Berliner Bevölkerung ab 65 Jahre, Grundsicherung im Alter zu beziehen müssen, bestand bereits in den Vorjahren und zeigt bislang keine Abschwächung (vgl. Abbildungen 3.19, 3.20, 3.21, 3.22).

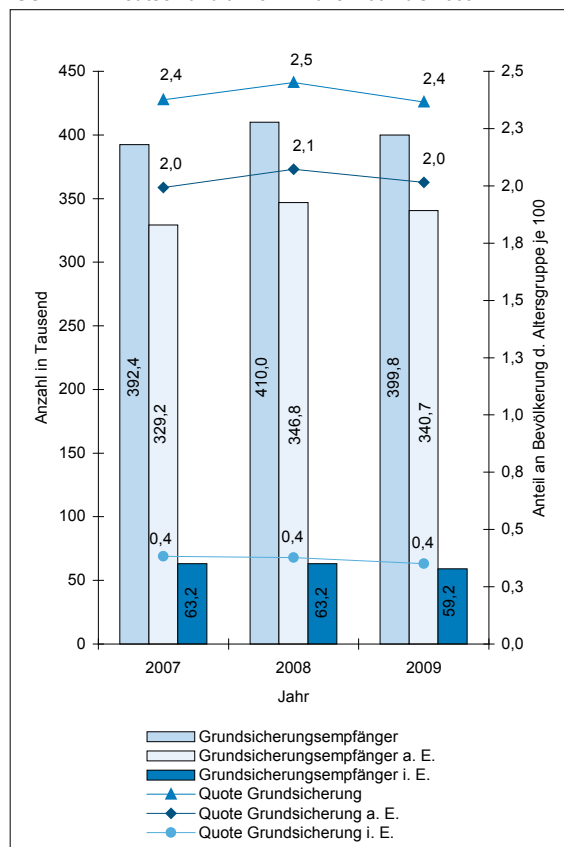
Die **Entwicklung** der Anzahl und der Quote der Empfänger und Empfängerinnen von Grundsicherung vollzog sich zwischen dem 31.12.2007 und dem 31.12.2009 in **Berlin** und **Deutschland** in ähnlicher Weise. Die Anzahl der Personen und die Quoten erhöhten sich von 2007 auf 2008 leicht und entwickelten sich zum Ende des Jahres 2009 in einem geringen Maße wieder zurück. Dazu führte vermutlich die zum 1. Juli 2009 vorgenommene Rentenanpassung, welche vergleichsweise hoch ausgefallen war.

Abbildung 3.19:
Personen mit Grundsicherung im Alter ab 65 Jahre gemäß
SGB XII in Berlin am 31.12. d. J. 2007 bis 2009



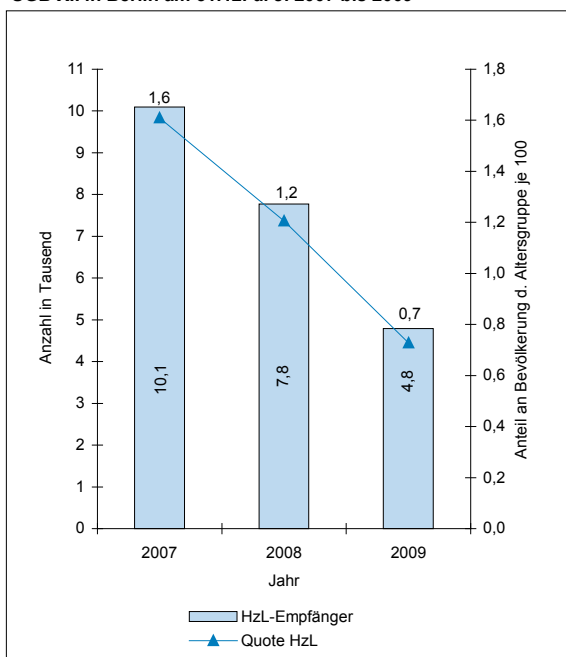
(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Afs Berlin-Brandenburg /
 Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.20:
Personen mit Grundsicherung im Alter ab 65 Jahre gemäß
SGB XII in Deutschland am 31.12. d. J. 2007 bis 2009



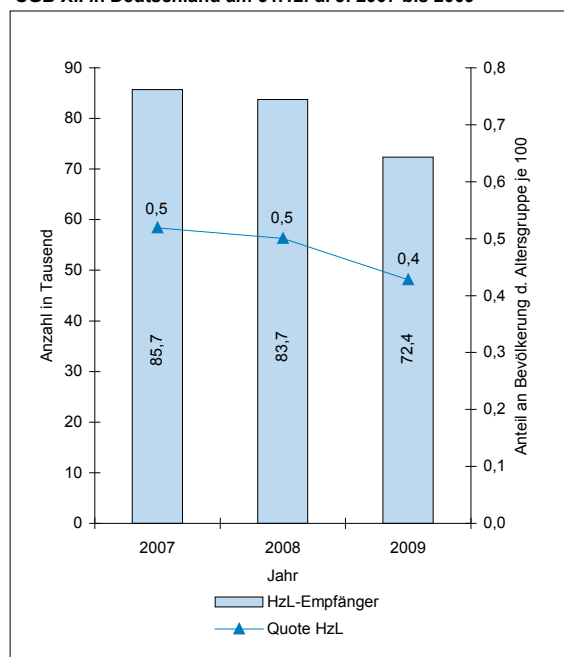
(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / StBA / Berechnung und
 Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.21:
Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt ab 65 Jahre gemäß
SGB XII in Berlin am 31.12. d. J. 2007 bis 2009



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Afs Berlin-Brandenburg /
 Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.22:
Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt ab 65 Jahre gemäß
SGB XII in Deutschland am 31.12. d. J. 2007 bis 2009



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / StBA / Berechnung und
 Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Zum Ende des Jahres 2010 erhöhte sich die Zahl der Grundsicherungsempfängenden ab 65 Jahren in Berlin auf 31.648 Personen.

An der Zahl der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen insgesamt beträgt der Anteil der über 65-Jährigen in Berlin rund 54 % und in Deutschland rund 52 % (vgl. Abbildungen 3.19, 3.20, 3.21, 3.22).

Hilfe zum Lebensunterhalt

Die Anzahl der über 65-Jährigen mit Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nahm in **Berlin** seit 2007 sehr stark ab. Sie hat sich bis zum 31.12.2009 (4.792 Personen) mehr als halbiert.

Am 31.12.2010 gab es in Berlin 4.825 Leistungsempfänger und -empfängerinnen in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen.

Der Anteil an der Bevölkerungsgruppe im selben Alter lag 2009 unter einer Person je 100, am 31.12.2007 waren es noch 1,6 je 100. Die Empfängergruppe ab 65 Jahre hatte 2007 einen Anteil von fast 40 % an der Gesamtempfängerzahl. Bis 2009 reduzierte sich dieser Anteil auf rund 27 %.

Bei den Beziehern sowie Bezieherinnen, die zu Hause leben, war der die gesetzlichen Regelungen widerspiegelnde Rückgang extrem, obwohl am Ende des Jahres 2009 noch 491 HzL-Empfänger und -empfängerinnen außerhalb von Einrichtungen in Berlin erfasst waren. Aufgrund ihres sehr geringen Anteils an den HzL-Empfängern und -empfängerinnen der Altersgruppe werden diese nicht gesondert betrachtet.

Deutschlandweit verringerte sich die Anzahl der Bezieher und Bezieherinnen von Hilfe zum Lebensunterhalt ab 65 Jahre von 2007 (85.720 Personen) bis 2009 um ca. 16 % auf 72.354. Mit Stand 31.12.2009 waren rund 23 % der Hilfe zum Lebensunterhalt Empfangenden 65 Jahre und älter, 2007 waren dies noch über 27 %.

Der Anteil an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe sank von 0,5 am Jahresende 2007 auf 0,4 je 100 am 31.12.2009 (vgl. Abbildung 3.19, 3.20, 3.21, 3.22).

Bundesländervergleich

Im Vergleich der Bundesländer nach der Anzahl der Personen ab 65 Jahre, die am 31.12.2009 Leistungen der Grundsicherung im Alter bezogen, liegt Berlin auf dem 6. Rang.

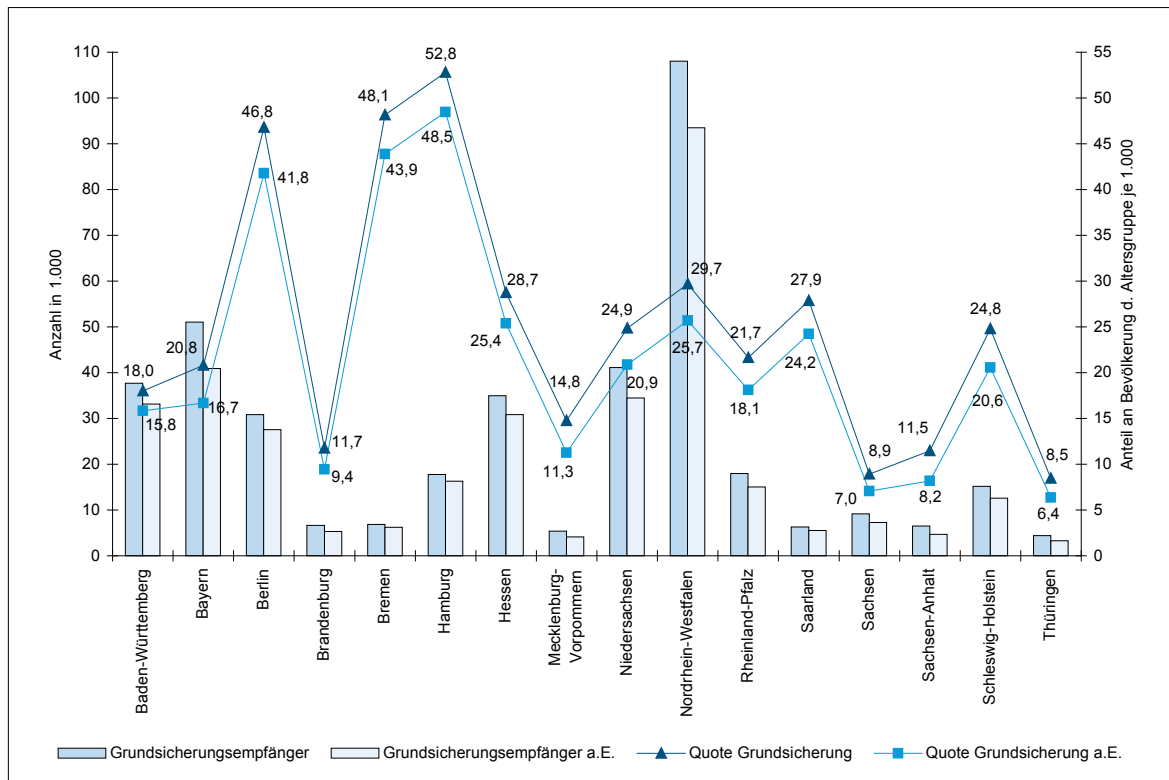
Aufschlussreich ist die Betrachtung der relativen Betroffenheit der Bevölkerung, d. h. der Grundsicherungsquote der ab 65-Jährigen. Denn auch hier, wie in der Altersgruppe der 50- bis unter 65-Jährigen, ist die Bevölkerung in den Stadtstaaten am meisten gefährdet. Mit rund 53 Empfängern und Empfängerinnen je 1.000 der Bevölkerung in Hamburg, rd. 48 je 1.000 in Bremen und rd. 47 je 1.000 in Berlin lag der Anteil der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen weit höher als in den Flächenstaaten.

Die gleiche Rangfolge tritt bei den Empfängerzahlen außerhalb von Einrichtungen auf. Auch hier liegt Hamburg mit 48 Empfängern bzw. Empfängerinnen je 1.000 der gleichaltrigen Bevölkerung vor Bremen mit 44 je 1.000 und Berlin mit 42 je 1.000. Nordrhein-Westfalen folgt mit größerem Abstand und einer Quote von rund 26 je 1.000 der Bevölkerung auf dem 4. Platz.

Das Bundesland mit den niedrigsten Empfängerquoten 2009 war Thüringen mit 8,5 Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen ab 65 Jahren gesamt bzw. 6,4 außerhalb von Einrichtungen je 1.000 der Bevölkerung dieser Altersgruppe (vgl. Abbildung 3.23).

Abbildung 3.23:

Personen mit Grundsicherung im Alter ab 65 Jahre gemäß SGB XII in Deutschland nach Bundesländern am 31.12.2009



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / StBA / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Zur Armutsquote unter der Bevölkerung ab 65 Jahren in den Bundesländern besteht ein schwacher umgekehrter Zusammenhang ($r = -0,2606$). Das heißt, es besteht eine schwache Tendenz in der Richtung, dass dort, wo ein vergleichsweise hoher Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre Grundsicherung bezieht, ein eher geringer Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre als armutsgefährdet gilt. Berlin mit der zweithöchsten Grundsicherungsquote und der niedrigsten Armutsquote der Älteren ist hier ein prominentes Beispiel. In den fünf neuen Bundesländern wiederum liegen beide Quoten jeweils auf recht ähnlichem Niveau. In den alten Bundesländern, und hier insbesondere in den Stadtstaaten, klaffen die Werte beider Quoten eklatant auseinander. Es drängt sich die Vermutung auf, dass eine weit stärkere Polarisierung der sozioökonomischen Verhältnisse der älteren Bevölkerung in den alten Bundesländern, gepaart mit einer höheren Anzahl Älterer in den neuen Bundesländern mit Einkommen zwischen der Bedarfsgrenze für Leistungen der Grundsicherung und der Armutsrisikoschwelle, hier die Ursache ist. Auch an dieser Stelle genügen die vorliegenden Daten nicht zu einem hinreichenden Beleg für diese Überlegung. Darüber hinaus ist ein mittlerer inverser Zusammenhang zum Anteil der Rentner und Rentnerinnen sowie Pensionäre und Pensionärinnen belegbar ($r = -0,5798$), was der Logik nicht entbehrt (vgl. Abschnitt 3.2.1).

4. Ausmaß und Struktur der Abhängigkeit von Grundsicherung zur Sicherung des Lebensunterhaltes in der Bevölkerung ab 65 Jahre

Am 31.12.2009 erhielten 30.859 Berlinerinnen und Berliner im Alter ab 65 Jahren Leistungen der Grundsicherung im Alter nach SGB XII zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes. 27.532 von ihnen lebten im eigenen häuslichen Umfeld, sie gelten als Grundsicherungsempfänger bzw. -empfängerinnen außerhalb von Einrichtungen (a. E.), 3.327 Personen lebten in Einrichtungen (i. E.).

Am 31.12.2010 hat sich die Zahl der Grundsicherungsempfängerinnen und -empfänger ab 65 Jahre auf 31.648 erhöht, davon 28.296 im häuslichen Umfeld und 3.352 in Einrichtungen lebend.

Wenn die Unterbringung einer Person in einer Einrichtung notwendig ist bzw. erfolgen soll, kann der damit zusammenhängende Umzug nicht immer allein aus dem Kriterium der Nähe zum alten Wohnort entschieden werden und erfolgen. Oftmals müssen bestimmte Angebotsformen oder Angebotskonditionen beachtet werden, eventuell wird die Nähe zu Angehörigen gesucht usw. Einen vorausbestimmenden Einfluss hat die kleinräumige Angebotsstruktur in der Stadt, so dass letztlich die räumliche Verteilung der in Einrichtungen untergebrachten Berlinerinnen und Berliner mit Grundsicherungsleistungen eher mit der Standortstruktur als mit der (klein-)räumigen Sozialstruktur zusammenhängt. Aus diesem Grunde wird sich die Analyse zu den Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern insbesondere in räumlicher Strukturierung vornehmlich auf die außerhalb von Einrichtungen, also zu Hause Lebenden konzentrieren. Dort, wo inhaltlich sinnvoll, wird sie durch die nach **Ort der Leistungserbringung** bzw. -gewährung vergleichende Betrachtung komplettiert.

4.1 Soziodemografische Struktur

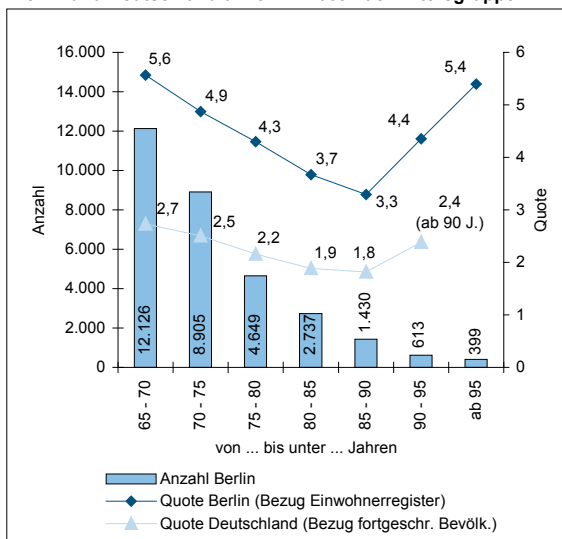
4.1.1 Altersstruktur

Unter den 30.859 Berlinerinnen und Berlinern ab 65 Jahren mit Leistungen der Grundsicherung war mehr als jede bzw. jeder Dritte im Alter zwischen 65 und 70 Jahren. Die Anzahl der Empfänger und Empfängerinnen nimmt je Altersgruppe, die jeweils fünf Altersjahrgänge umfasst, ab. Die mit zunehmendem Alter bei abflauenden Bevölkerungszahlen erwartungsgemäß wenigsten Empfänger und Empfängerinnen sind 95 Jahre alt und älter.

Anders ist das Bild in Relation zur Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner der betreffenden Altersgruppe. Im Altersbereich zwischen 65 und 90 Jahren nimmt die Transferleistungsquote (Grundsicherung) mit dem Alter nicht etwa zu, sondern stark ab. Die niedrigste Grundsicherungsquote gibt es bei den 85- bis unter 90-Jährigen, von denen nur 3,3 % Grundsicherung benötigen. Die nach Altersgruppen höchste Grundsicherungsquote zeigen die 65- bis unter 70-Jährigen - sie liegt weit höher bei 5,6 %. Nach einzelnen Altersjahrgängen analysiert ist eindeutig zu sehen, dass ab dem Geburtsjahrgang 1935 (Altersjahrgang der 74-Jährigen) die Grundsicherungsquote zunimmt bis zu einem Wert von 6,1 % für die 65-Jährigen, die gerade in das Rentenalter eingetreten sind und aller Wahrscheinlichkeit nach mit diesen höheren Empfängerquoten in die höheren Altersjahrgänge nachrücken werden.

Die Klarheit des Befundes lässt die Aussage zu, dass einkommensarme Lebenslagen mit den jüngeren Geburtsjahrgängen offensichtlich zunehmen (werden). Dafür sprechen im Kapitel 3 bereits angesprochene Berechnungen, nach welchen in Deutschland jüngere Alterskohorten (bspw. Geburtsjahr 1957-61) im Vergleich zu älteren (bspw. Geburtsjahr 1942-46) im Rentenalter - mit Ausnahme westdeutscher Frauen - über geringere Nettoalterseinkommen insgesamt bzw. über geringere Einkünfte aus Altersrenten verfügen werden (vgl. Frommert et al. 2007; Geyer/ Steiner 2010). Modellrechnungen schätzen ein, dass Geringverdiener zukünftig prozentual weniger Nettorente im Vergleich

Abbildung 4.1:
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin und Deutschland am 31.12.2009 nach Altersgruppen



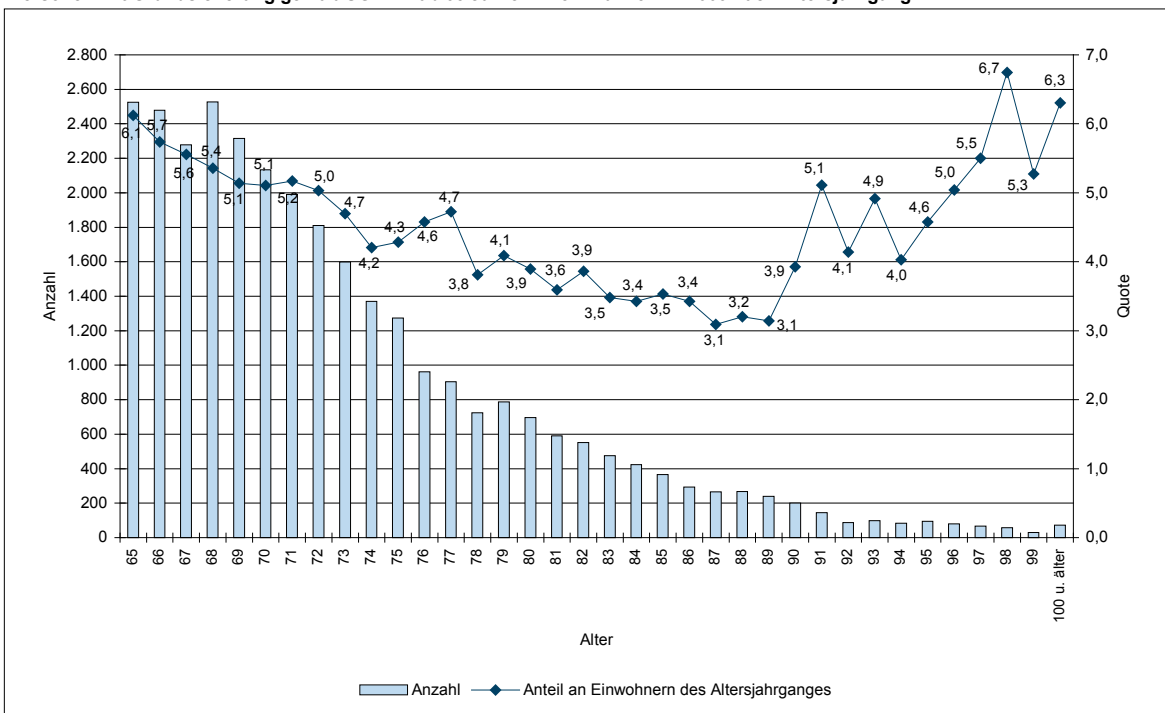
(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Afs Berlin-Brandenburg / StBA / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

zu ihrem letzten Einkommen haben werden als Besserverdiener (vgl. Riedmüller/ Willert 2008).

Erst unter den Hochbetagten schwillt die Grundsicherungsquote ab dem Altersjahrgang der 90-Jährigen wieder an und beträgt in der Altersgruppe ab 95 Jahre durchschnittlich 5,4 % (vgl. Abbildungen 4.1 und 4.2).

Diese grundsätzlichen Einschätzungen treffen ähnlich auch auf die Gesamtheit der Empfänger und Empfängerinnen von Grundsicherung im Alter in **Deutschland** zu wie in der Abbildung 4.1 zu sehen ist. Die höchste Belastung betrifft die 65- bis unter 70-Jährigen, die niedrigste die 85- bis unter 90-Jährigen. Ab 90 Jahre steigt die Quote deutlich an. Im Vergleich zu Berlin hingegen liegen die gesamtdeutschen Grundsicherungsquoten in den einzelnen Altersgruppen vom Niveau her wesentlich niedriger.

Abbildung 4.2:
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Altersjahrgang



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Altersstruktur und Ort der Leistungsgewährung

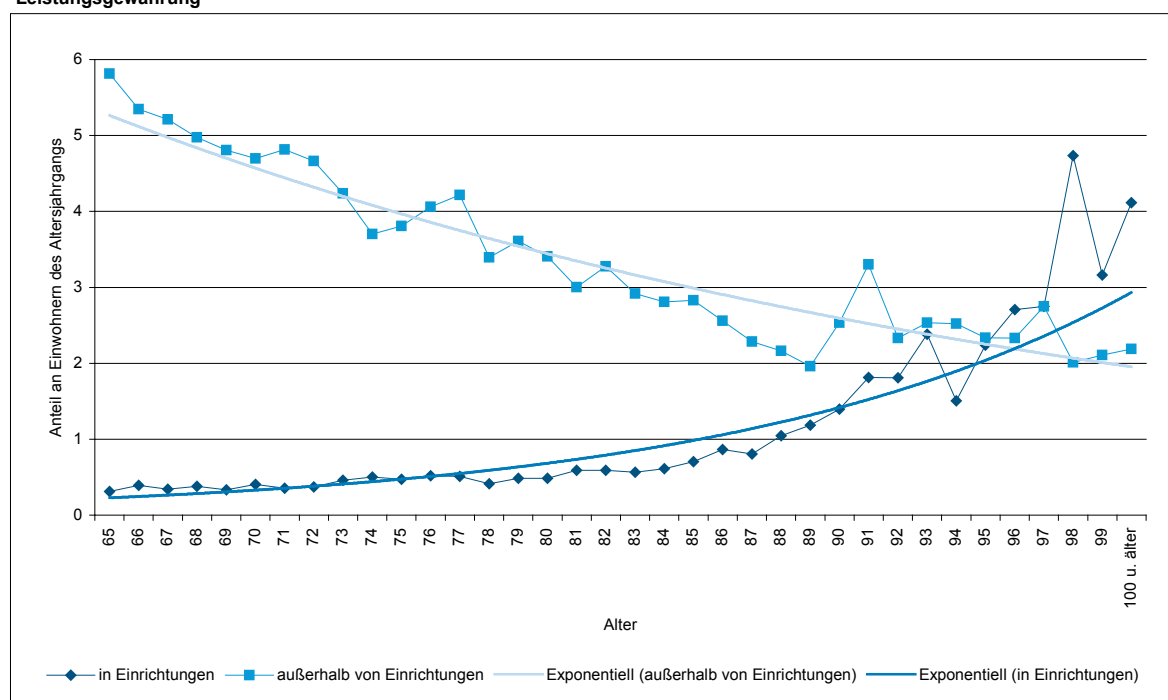
Neun von zehn (89,2 %) Personen im Alter ab 65 Jahren mit Grundsicherungsleistungen leben in ihrem häuslichen Umfeld, rund jede zehnte Person (10,8 %) in einer Einrichtung.

Bei Personen **in Einrichtungen** nimmt die Grundsicherungsquote mit steigendem Alter zu, wobei die hinter den Quoten stehenden Absolutzahlen vergleichsweise gering sind.

Bei den **zu Hause Lebenden** ist die Grundsicherungsquote je höher, desto weniger Zeit seit dem Eintritt in das Rentenalter verstrichen ist. Unter den 65- bis unter 70-Jährigen ist jede 20. Person betroffen (5,2 %), unter den 85- bis unter 90-Jährigen nur annähernd jede vierzigste (2,4 %).

Nach Altersjahrgängen differenziert fallen die weiter vorn bereits für die Gesamtzahl der Personen mit Grundsicherung getroffenen Aussagen in Anwendung auf die zu Hause lebenden Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen noch eindeutiger aus. Der Trend, dass das Risiko der Altersarmut in Form von Abhängigkeit von Transferleistungen in den letzten Jahren für jeden neu in das Rentenalter gekommenen Jahrgang gegenüber dem vorhergehenden anstieg, ist mit dem Verfahren der exponentiellen Glättung anschaulich darstellbar²⁸ (vgl. Abbildungen 4.2, 4.3; Tabelle 4.1). Dieser Einschätzung ist auch kaum mit dem Argument zu begegnen, dass hier nur ein Stichtag analysiert ist, denn neue Einkommensquellen bzw. Akkumulationsmöglichkeiten von Vermögen sind mit dem Ausscheiden aus dem aktiv erwerbsfähigen Alter in der Regel nicht zu erwarten (vgl. Frick/ Grabka 2009).

Abbildung 4.3:
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Altersjahrgang und Ort der Leistungsgewährung



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Tabelle 4.1:
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Altersgruppen und Ort der Leistungsgewährung

Ort der Leistungsgewährung	Alter von ... bis unter ... Jahren							ab 65 insgesamt
	65 - 70	70 - 75	75 - 80	80 - 85	85 - 90	90 - 95	ab 95	
Anzahl								
in Einrichtungen	768	759	520	421	393	239	227	3.327
außerhalb von Einrichtungen	11.358	8.146	4.129	2.316	1.037	374	172	27.532
Anteil an Einwohnern der Altersgruppe je 100								
in Einrichtungen	0,4	0,4	0,5	0,6	0,9	1,7	3,1	0,5
außerhalb von Einrichtungen	5,2	4,5	3,8	3,1	2,4	2,7	2,3	4,2

(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ, AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

²⁸ Das Verfahren der exponentiellen Glättung wurde hier unter der Überlegung ausgewählt, dass die Quotenhöhe der unterschiedlichen Altersjahrgänge im Zeitverlauf prospektiv für die jeweils (nächst)höheren Altersjahrgänge wirken.

4.1.2 Geschlechtsspezifik

Im Alter ab 65 Jahren erhielten in Berlin mit Stand vom 31.12.2009 insgesamt 12.201 Männer und 18.658 Frauen Grundsicherung im Alter gemäß SGB XII, darunter 11.023 Männer und 16.509 Frauen außerhalb von Einrichtungen. Unter den Personen mit Grundsicherung ab 65 Jahren außerhalb von Einrichtungen sind 40 % Männer und 60 % Frauen. In Einrichtungen beträgt das Verhältnis 35 % (Männer) zu 65 % (Frauen). Bei einem Frauen-Anteil von 58 % der Einwohner ab 65 Jahren sind Frauen unter den Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen demnach überrepräsentiert.

Die **Grundsicherungsquote** der Berliner Frauen ab 65 Jahren insgesamt (5,0 %) liegt mit einem halben Prozentpunkt über der der Männer (4,5 %).

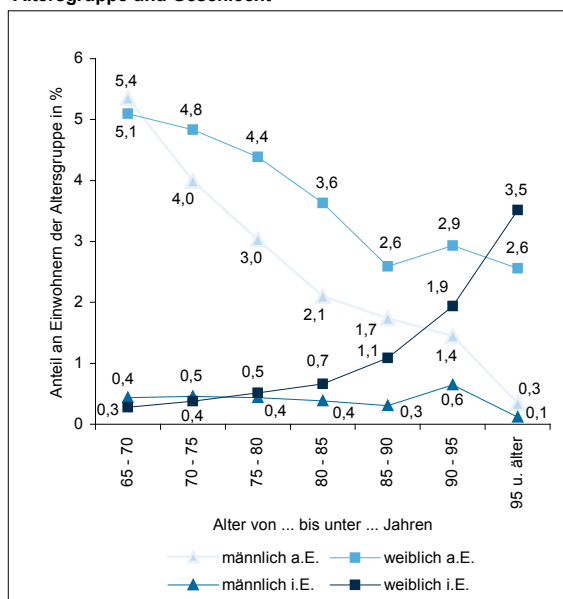
Mit Empfängerzahlen von 12.978 Männern und 16.670 Frauen am 31.12.2010 zeigt sich der aktuelle Zuwachs der Anzahl von Personen mit Grundsicherung im Alter zahlenmäßig insbesondere bei Männern. Dementsprechend steigt die Empfängerquote bei Männern auf 4,7 % und bleibt für die Frauen bei 5,0 %.

Im Durchschnitt für **Deutschland** stellt sich die unterschiedliche Betroffenheit der Geschlechter noch stärker dar. Die Grundsicherungsquote der Frauen ab 65 Jahre ist bundesweit mit 2,7 % sogar um 0,8 Prozentpunkte höher als die der Männer (1,9 %).

4,4 % der **Berliner** Frauen erhalten Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen und 0,6 % in Einrichtungen, unter den Berliner Männern sind dies 4,1 % bzw. 0,4 %.

Nach Altersgruppen untersucht sind bei den **in Einrichtungen** untergebrachten Männern und Frauen bis zum Alter von 80 Jahren eher marginale Unterschiede zwischen der Grundsicherungsquote der Geschlechter zu finden, die sich bei den Hochbetagten und Langlebigen plastisch als „Frauen-Problem“ entwickeln. Bis ins hohe Alter hinein sind Männer nur in geringem Maße darauf angewiesen, in Einrichtungen untergebracht mit Transferleistungen ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, Frauen dann aber umso mehr.

Abbildung 4.4:
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Ort der Unterbringung, Altersgruppe und Geschlecht



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Demgegenüber zeigen sich die Frauen im **häuslichen Umfeld**, gemessen an ihrem Anteil an den Einwohnern bzw. Einwohnerinnen der jeweiligen Altersgruppe, ab der Altersgruppe von 70 bis unter 75 Jahren gegenüber den Männern stärker von der Notwendigkeit, den Lebensunterhalt mit Hilfe von Grundsicherung der Sozialhilfe zu bestreiten, konfrontiert. Die Hochbetagten ab 90 Jahre und die Langlebigen unter ihnen weisen gegenüber den gleich alten Männern doppelte Raten und mehr aus.

Das ist nicht zuletzt aus der im Alter oftmals differierenden Lebenssituation von Frauen und Männern begründet. Alleinleben ist insbesondere eine Lebenswirklichkeit von (älteren) Frauen. Mit dem Alleinleben sind relative Mehrkosten in der persönlichen Lebensführung begründet, aber auch beim eventuellen Eintreten von Pflegebedürftigkeit ein höherer Fremdbetreuungsaufwand z. B. in stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. Sallmon 2008). Ältere Frauen sind in einer Partnerschaft häufiger die „Überlebenden“ mit Witwen- bzw. Versorgungsansprüchen, die ih-

nen, zumindest solange sie zu Hause leben können, die Abhängigkeit von Grundsicherung zum Teil ersparen, für die Kosten in einer Einrichtung jedoch seltener genügen (vgl. Abbildungen 4.4 und 4.5).

Das spiegelt sich auch im Anteil der Männer und Frauen mit Grundsicherung, die in ihrem häuslichen Umfeld in **1-Personen-Bedarfsgemeinschaften bzw. 1-Personen-Haushaltsgemeinschaften** leben, an der Gesamtzahl der Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaften der Männer bzw. Frauen wieder.

Anteil älterer Männer und Frauen in 1-Personen-Bedarfs- bzw. 1-Personen-Haushaltsgemeinschaften

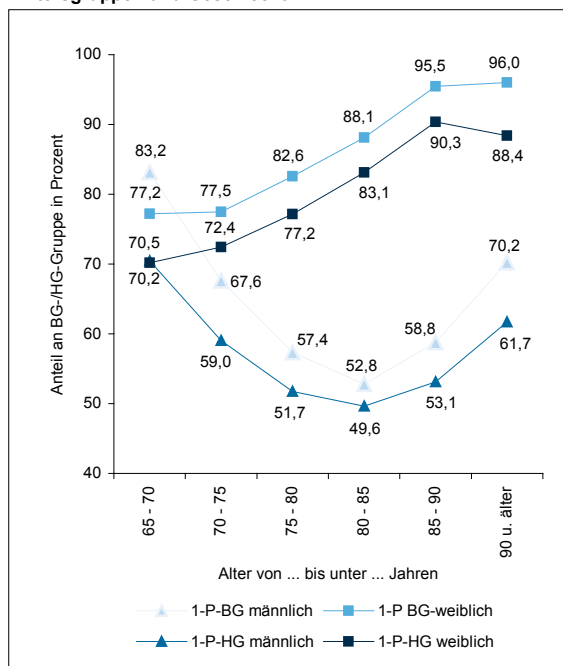
Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft werden in die gemeinsame Berechnung des Leistungsanspruchs einbezogen. Zu einer **Bedarfsgemeinschaft** gehören nicht getrennt lebende Ehegatten oder Lebenspartner und die im Haushalt lebenden minderjährigen, unverheirateten Kinder sowie Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben und ihre im Haushalt lebenden minderjährigen unverheirateten Kinder. Darüber hinaus können weitere Personen zu einer Haushaltsgemeinschaft gehören bzw. kann sich eine solche anders strukturieren. Beispielsweise bilden zwei erwachsene Schwestern, die in einem gemeinsamen Haushalt leben, bei Leistungsanspruch keine gemeinsame Bedarfsgemeinschaft.

Unter allen zu Hause lebenden Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen ab 65 Jahren leben 70,4 % allein, d. h. in einer 1-Personen-**Haushaltsgemeinschaft**. Zu einer 1-Personen-**Bedarfsgemeinschaft** gehören insgesamt 77,9 %. Dieser höhere Anteil entsteht dadurch, dass nicht in jedem Fall alle Haushaltsangehörigen auch zu einer bzw. ein und derselben Bedarfsgemeinschaft gehören. Von den Männern ab 65 Jahre insgesamt bilden 73,4 % eine 1-Personen-Bedarfsgemeinschaft bzw. leben 63,4 % in einem 1-Personen-Haushalt. Frauen bilden zu 80,9 % eine 1-Personen-Bedarfsgemeinschaft bzw. leben zu 75,0 % in einem 1-Personen-Haushalt. Bei den Frauen steigt der jeweilige Anteil mit dem Alter, während er bei den Männern bis zur Altersgruppe der 80 bis unter 85-Jährigen sogar sinkt (vgl. Abbildung 4.5).

Geschlechtsspezifische Entwicklung seit 2007 außerhalb von Einrichtungen

In der Tabelle 4.2 werden die alters- und geschlechtsspezifischen Grundsicherungsquoten für die im häuslichen Umfeld Lebenden zum 31.12. der Jahre 2007 bis 2009 dargestellt, um zu prüfen, ob geschlechtsspezifische Unterschiede auffallen. Insgesamt stieg seit dem 31.12.2007 die Grundsicherungsquote der Älteren ab 65 Jahre in Berlin bei den Männern um 0,2 und bei den Frauen um 0,1 Prozentpunkte an, was statistisch nicht im Sinne auffälliger Differenzen zu interpretieren ist. Abweichend davon fällt die Zunahme der Grundsicherungsquote der Männer von 65 bis unter 70 Jahren um 0,5 Prozentpunkte auf, was ein Anhaltspunkt dafür sein könnte, dass sich Veränderungen der Arbeitsmarktlage vor Eintritt in das Rentenalter bei Männern stärker als bei den gleichaltrigen Frauen bemerkbar gemacht haben. Für eine Verifizierung dieser Vermutung muss jedoch die weitere Entwicklung beobachtet werden. Im Kontext solcher Prozesse wird in der Literatur beispielsweise darauf aufmerksam gemacht, dass Frauen stärker im Dienstleistungssektor tätig sind und dieser weniger stark vom Arbeitsplatzabbau betroffen sei (vgl. Geyer/ Steiner 2010). Die Veränderung der Quoten in der Altersgruppe der ab 95-Jährigen ist vor dem Hintergrund nur geringer Fallzahlen zu relativieren (vgl. Tabelle 4.2).

Abbildung 4.5:
Anteil der Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in 1-Personen-Bedarfs- bzw. Haushaltsgemeinschaften a. E. in Berlin am 31.12.2009 nach Altersgruppen und Geschlecht



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Tabelle 4.2:

Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre außerhalb von Einrichtungen in Berlin am 31.12. der Jahre 2007 bis 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Stichtag	Anteil an Einwohnern der Bevölkerungsgruppe Alter von ... bis unter ... Jahren															
	65 - 70		70 - 75		75 - 80		80 - 85		85 - 90		90 - 95		ab 95		ab 65 Jahre insg.	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
	%															
31.12.2009	5,4	5,1	4,0	4,8	3,0	4,4	2,1	3,6	1,7	2,6	1,4	2,9	0,3	2,6	4,1	4,4
31.12.2008	5,3	5,3	4,2	4,9	3,1	4,6	2,3	3,6	1,7	2,7	1,4	3,2	1,1	3,1	4,2	4,5
31.12.2007	4,9	5,0	3,9	4,7	2,9	4,2	2,2	3,4	1,6	2,6	1,0	2,9	1,4	3,1	3,9	4,3

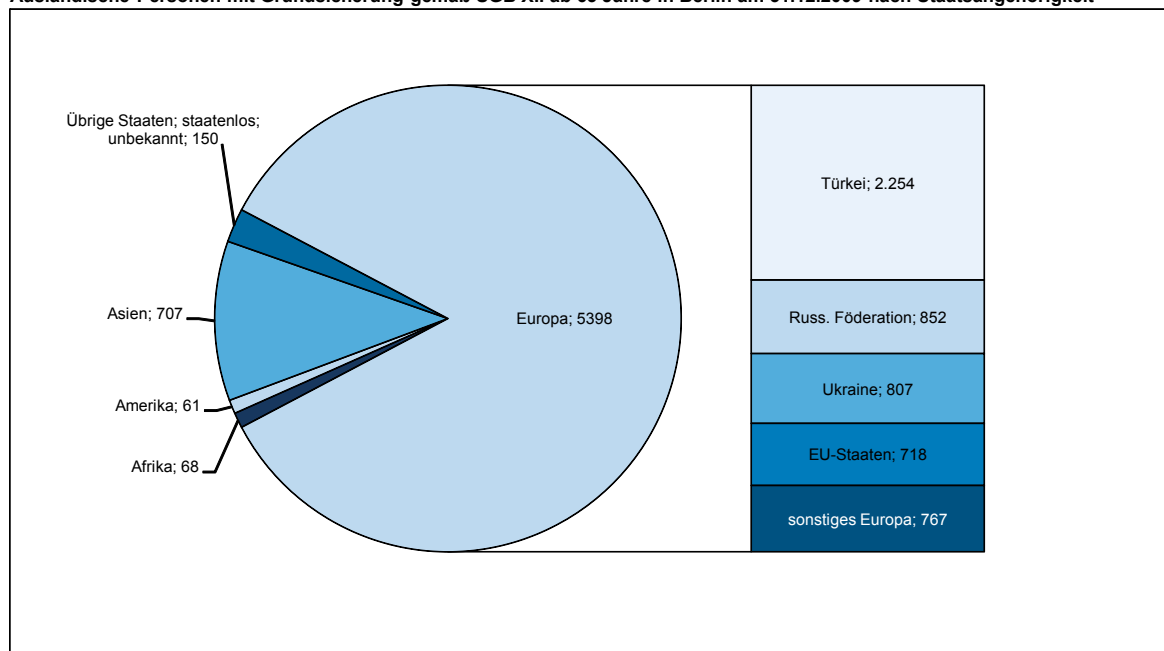
(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ, AfS Berlin-Brandenburg/ Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

4.1.3 Staatsangehörigkeit

Jede fünfte Person mit Leistungen der Grundsicherung zur Sicherung des Lebensunterhaltes ab 65 Jahre (20,7% / 6.384) in Berlin ist nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. Darunter zählen 718 Personen als **EU-Ausländer** (Staatsbürgerschaft in einem der EU angehörigen Staat). Türkische Staatsangehörige bilden die Hauptgruppe der nichtdeutschen Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen ab 65 Jahre, mit Abstand gefolgt von Staatsangehörigen der Russischen Föderation und der Ukraine. Staatsangehörige außerhalb Europas sind in weit geringerer Zahl unter den älteren Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen vertreten (vgl. Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:

Ausländische Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Staatsangehörigkeit



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Verbleib im häuslichen Umfeld

Fast alle der 6.384 nichtdeutschen Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen im Alter leben zu Hause (99 % / 6.303). Demgegenüber sind von den 24.475 deutschen Grundsicherungsempfängerinnen und -empfangern ab 65 Jahre 3.246 (13 %) in einer Einrichtung untergebracht.

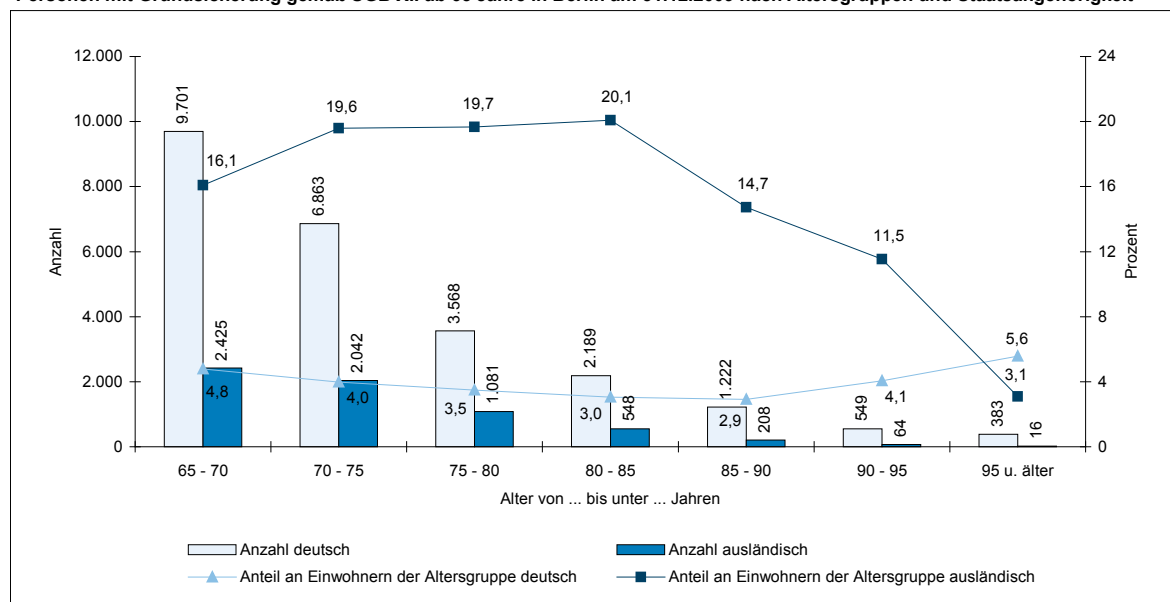
Weniger als die Hälfte (45,8 %) der ausländischen Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen im Alter lebt allein in einer **1-Personen-Haushaltsgemeinschaft**. Unter den deutschen Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen betrifft dies mit 77,7 % deutlich mehr Personen. Ähnlich differiert auch das Verhältnis der Anteile der zu **1-Personen-Bedarfsgemeinschaften** gehörenden Personen zwischen deutschen und nichtdeutschen Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen (Deutsche: 83,8 %/ Nichtdeutsche: 58,0 %). Allein aufgrund dieser Tatsache und der signifikant niedrigeren Unterbringungsrate in Einrichtungen kann ein möglicherweise stärkeres familiäres Hilfspotential im häuslichen Umfeld unter den ausländischen Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen im Alter angenommen werden.

Grundsicherungsquote

Der Anteil deutscher bzw. nichtdeutscher Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen ab 65 Jahre an der jeweiligen Einwohnergruppe differiert signifikant. 17,4 % der älteren nichtdeutschen Berlinerinnen und Berliner sind von Grundsicherung abhängig, unter den Deutschen lediglich 4,0 %. Eine ähnlich starke Differenz ist in allen Altersgruppen ab 65 Jahre festzustellen. Bis zum Alter von 85 Jahren beispielsweise bezieht fast jede fünfte Ausländerin bzw. jeder fünfte Ausländer, aber nur jede bzw. jeder fünfundzwanzigste Deutsche Grundsicherung. Im Alter ab 85 Jahren sinkt die Grundsicherungsquote der Ausländer enorm, was (da als Quote berechnet) nicht mit der geringeren Größe der nichtdeutschen Einwohnerzahl in der Altersgruppe begründbar ist. Die Grundsicherungsquote der Deutschen aber nimmt im hohen Alter ab 90 Jahren wieder zu bis zur Altersgruppe ab 95 Jahren, in der der Anteil der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen bei Deutschen rechnerisch sogar etwas höher als bei Ausländern ist. Dort aber könnte die geringe Fallzahl einen statistischen Effekt mit ausüben, denn es erhalten lediglich 16 Ausländer bzw. Ausländerinnen ab 95 Jahren Grundsicherungsleistungen (vgl. Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7:

Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit



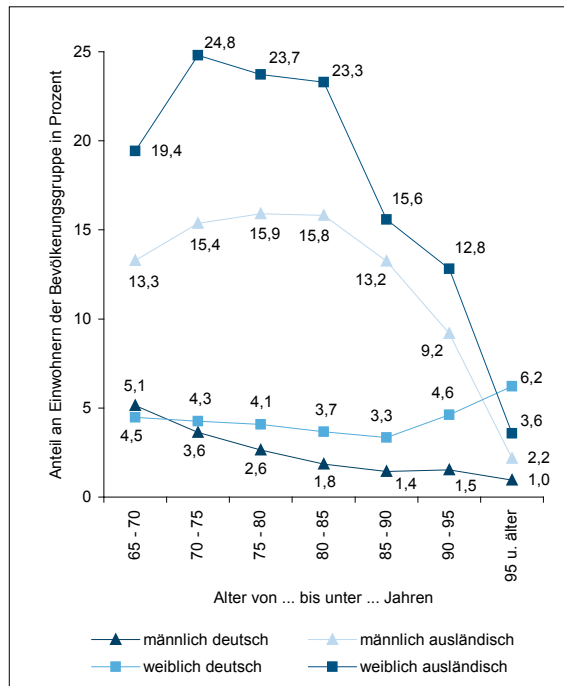
(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Der Abstand der Grundsicherungsquote der ausländischen Personen zu den deutschen vergrößerte sich zum 31.12.2010 durch eine Erhöhung der Grundsicherungsquote der ausländischen Personen auf 19,9 % (6.860 Personen) bei unveränderter Quote der Deutschen (24.788 Personen).

Die auf die fortgeschriebene Bevölkerung bezogene Quote der deutschen und ausländischen Grundsicherungsempfängerinnen und -empfänger ab 65 Jahren in **Deutschland** insgesamt weist bei beiden Empfängergruppen eine geringere Ausprägung auf. Unter den Deutschen ab 65 Jahre erhalten deutschlandweit 1,9 % und unter den Ausländern 12,7 % Leistungen der Grundsicherung.

Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Abbildung 4.8:
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Geschlecht



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Der weiter vorn bereits, im Vergleich zu den Berliner Männern, festgestellte, etwas höhere Anteil an Betroffenen mit Grundsicherungsleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes unter den Berliner Frauen stellt sich für die Gruppe der ausländischen Frauen ab 65 Jahre in empfindlichem Maße verstärkt dar. 2.707 Männer und 3.677 Frauen mit Grundsicherungsleistungen sind nicht-deutscher Staatsangehörigkeit. Der Anteil der Grundsicherungsempfänger sowie -empfängerinnen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe übersteigt bei den ausländischen Frauen den der ausländischen Männer um sieben Prozentpunkte (ausländische Frauen: 21,2 %/ ausländische Männer: 14,3 %).

Die größten Abstände zur Grundsicherungsquote der ausländischen Männer gleicher Altersgruppe weist die Grundsicherungsquote der ausländischen Frauen in den Altersgruppen bis 85 Jahren auf, danach reduziert sich der aber immer noch deutliche Abstand. Unter den deutschen Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen hingegen vergrößert sich der Abstand der Grundsicherungsquoten mit steigendem Alter zuungunsten der Frauen (vgl. Abbildung 4.8).

4.2 Sozioökonomische Lage

Aussagen über die sozioökonomische Lage der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen können nur insoweit getroffen werden, als sie in Form von Daten für die Statistik über die Empfänger und Empfängerinnen von Grundsicherung gemäß SGB XII hinterlegt sind (vgl. § 121 SGB XII). Aufgrund statistischer Unsicherheiten bei der Erfassung bzw. Auswertung, welche in der Vergangenheit nach und nach verbessert bzw. ausgeräumt werden konnten, werden in diesem Abschnitt Berliner Daten ausschließlich zum Stichtag 31.12.2009 und nicht rückwirkend verwendet.

Ursachen der Leistungsgewährung

Die Statistik über die Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung gemäß SGB XII listet folgende mögliche Ursachen der Leistungsgewährung auf:

- Überleitung aus der Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) ohne bzw. mit vorherigem Unterhaltsrückgriff,
- Wegfall von Erwerbseinkommen/ Lohnersatzleistungen,
- Wegfall/ Einschränkung einer finanziellen Absicherung durch den Partner bzw. die Partnerin,
- Wegfall der Unterhaltszahlung der Kinder und/ oder Eltern,

- Wegfall anderer Einkommen,
- erhöhter Ausgabenbedarf und
- Überleitung aus der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II).

Aus verschiedenen Gründen treffen einige dieser Positionen auf die Personen ab 65 Jahre nur in geringerem Anteil zu bzw. ist die statistische Erfassungsqualität auch nur als gering belastbar einzuschätzen. Nur für rund 4 % dieser Personen ist überhaupt eine der o. g. Ursachen ausgewiesen. Daher wird an dieser Stelle von einer Analyse abgesehen.

4.2.1 Bedarfe

In der Sozialhilfe wird unterschieden nach dem **Bruttobedarf** und dem **Nettoanspruch** eines bzw. einer Leistungsberechtigten. Im Unterschied zum Bruttobedarf, welcher eine am Gesetz orientierte Berechnung des Hilfebedarfes widerspiegelt, wird beim Nettoanspruch (gleich Bruttobedarf abzüglich anzurechnendes Einkommen) der tatsächliche Zahlbetrag für Leistungen der Grundsicherung ausgewiesen und so auch für die im Folgenden genutzten Daten ermittelt.²⁹

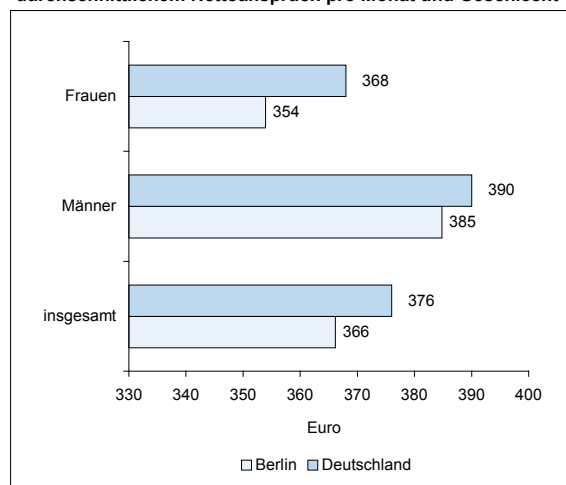
Da bereits im Abschnitt 3.3.1 auf die rechtlichen Grundlagen eingegangen wird, kann an dieser Stelle auf eine nähere Erläuterung bzw. Analyse der Bruttobedarfe verzichtet werden.

Nettoanspruch

Der am 31.12.2009 durchschnittlich gezahlte monatliche Nettoanspruch an Leistungen der Grundsicherung gemäß SGB XII für Personen im Alter ab 65 Jahren in Berlin betrug 366 Euro (Deutschland: 376 Euro) und enthält alle in Kapitel 3.3.1.2 beschriebenen Bedarfstatbestände unter Berücksichtigung des anzurechnenden Einkommens, soweit diese im Einzelfall Anwendung finden. Die Berliner Werte des durchschnittlichen Nettoanspruchs liegen insgesamt wie auch differenziert nach Geschlecht jeweils niedriger als die Gesamtdeutschen (vgl. Abbildung 4.9).

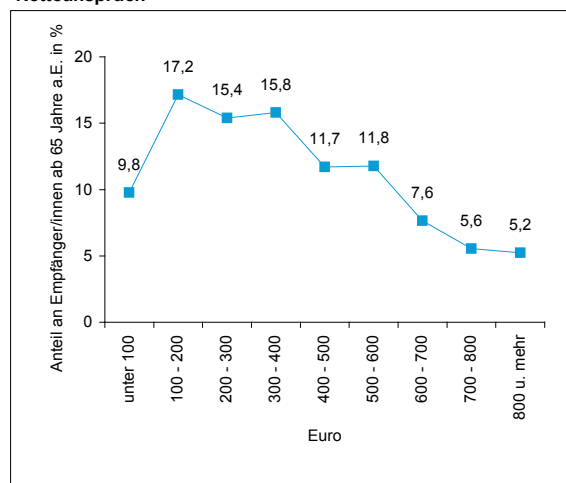
Mehr als die Hälfte der zu Hause lebenden Grundsicherungsempfängerinnen und -empfänger ab 65 Jahre in Berlin erhielt im Monat Dezember 2009 Grundsicherungsleistungen zwischen 100 und 400 Euro, jeder bzw. jede zehnte weniger als 100 Euro, jeder bzw. jede zwanzigste 800 Euro oder mehr (vgl. Abbildung 4.10).

Abbildung 4.9:
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin und Deutschland am 31.12.2009 nach durchschnittlichem Nettoanspruch pro Monat und Geschlecht



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ ; StBA/ Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 4.10:
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII außerhalb von Einrichtungen ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Nettoanspruch



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

²⁹ Daraus erklären sich gegebenenfalls auftretende Abweichungen von den Bedarfsbeträgen, welche das Statistische Bundesamt bzw. das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg veröffentlichen. Hier wird auf gesonderte statistische Daten zu den Bedarfen zurückgegriffen, welche nicht in jedem Fall deckungsgleich mit den tatsächlich gezahlten Leistungen sind.

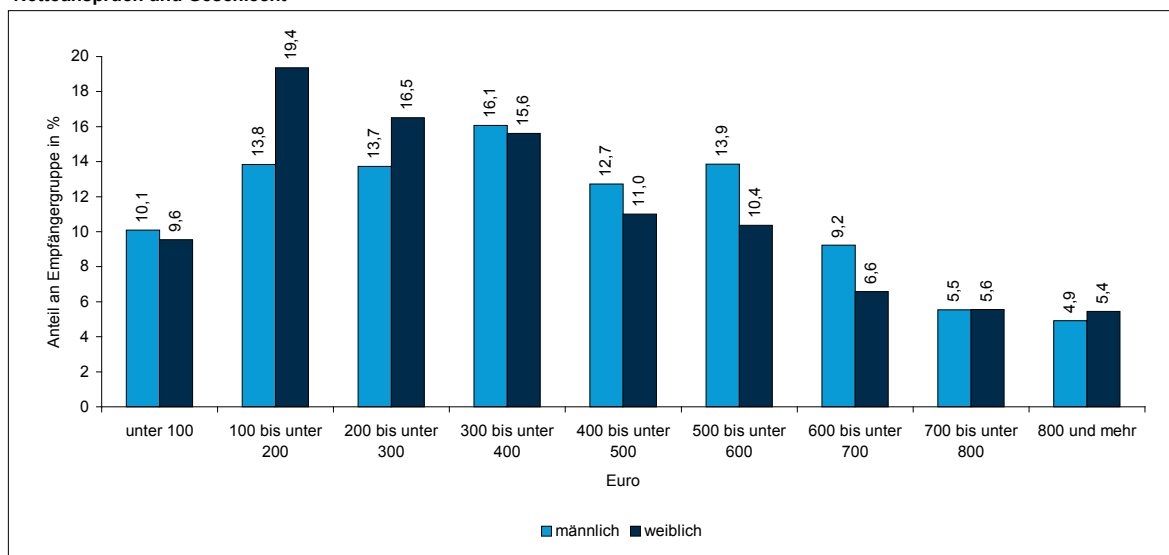
Nettoanspruch und Geschlecht

Durchschnittlich haben Berliner Frauen ab 65 Jahre einen geringeren monatlichen Nettoanspruch als Männer, was sich in Deutschland insgesamt ähnlich zeigt. Der durchschnittliche Nettoanspruch beider Geschlechter wird für Deutschland jeweils höher ausgewiesen als für Berlin ermittelt wird (vgl. Abbildung 4.11). Eine Interpretation dieser Feststellung empfiehlt sich nicht, da beispielsweise nicht überprüfbar ist, inwieweit die Kosten von in Einrichtungen untergebrachten Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen in den Bundesländern statistisch einheitlich zugeordnet werden.

Anhand der Verteilung der zu Hause lebenden Berliner Frauen und Männer ab 65 Jahre mit Grundsicherungsleistungen auf die einzelnen Klassen von Nettoansprüchen wird der Unterschied anschaulicher. Während Frauen z. B. deutlich häufiger als Männer nur Zahlungen zwischen 100 und 200 Euro monatlich erhalten, kommen bei Männern deutlich häufiger Zahlungen zwischen 400 und 700 Euro vor. Erinnernd an den geringeren Anteil unter den Männern, welche allein leben (müssen), greift hier u. a. die Erklärung, dass Personen in Mehr-Personen-Bedarfsgemeinschaften nur anteilig die Mietkosten tragen und damit oftmals unterhalb der anerkannten Mieten für 1-Personen-Haushalte liegen (vgl. Abbildung 4.11; Abschnitt 4.1).

Abbildung 4.11:

Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre außerhalb von Einrichtungen in Berlin am 31.12.2009 nach Nettoanspruch und Geschlecht



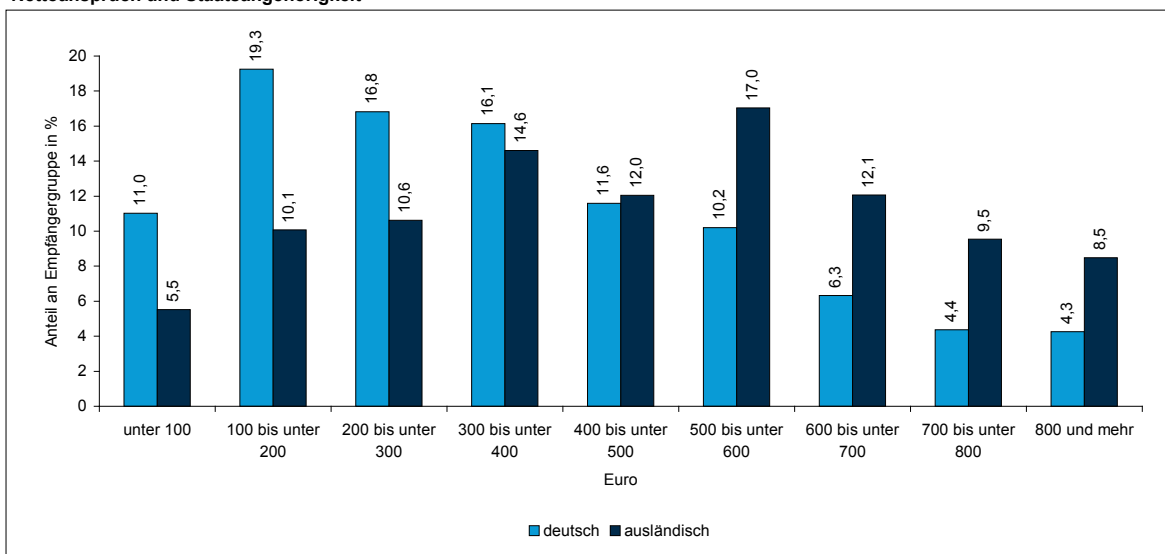
(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Nettoanspruch und Staatsangehörigkeit

Auffällig ist die unterschiedliche Verteilung der zu Hause wohnenden deutschen und der ausländischen Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen ab 65 Jahren auf die Nettobedarfsklassen. Es besteht ein augenfälliger Unterschied dahingehend, dass die Nettoansprüche unter den ausländischen Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern in den Anspruchsklassen ab 500 Euro und mehr fast doppelt so hohe Anteile wie unter den deutschen erreichen, wogegen in den Klassen unter 200 Euro fast doppelt so hohe Anteile unter den deutschen Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen im Vergleich zu denen unter den Ausländern festzustellen sind (vgl. Abbildung 4.12).

Abbildung 4.12:

Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre außerhalb von Einrichtungen in Berlin am 31.12.2009 nach Nettoanspruch und Staatsangehörigkeit



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

4.2.2 Eigenes Einkommen

Einkommensquellen

Mehr als 80 % der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen im Alter ab 65 Jahre in Berlin verfügen über eigenes Einkommen, welches dennoch nicht ausreicht, um unabhängig von staatlichen Transferleistungen zu leben. Dabei spielt die Altersrente, aus welcher 76,8 % der Grundsicherungsempfängerinnen und -empfänger im Alter ab 65 Jahren Einkünfte erzielen, die weitaus größte Rolle. Auf Gründe, weshalb die Altersrente in diesen Fällen nicht zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes genügt, wird an vielen Stellen des Berichtes verwiesen. Eine dominante Rolle dabei spielt die durch Arbeitslosigkeit entstandene Unterbrechung der Erwerbsbiographien (vgl. u. a. Stegmann 2009). 8,7 % der Grundsicherungsempfänger sowie -empfängerinnen beziehen Einkommen aus einer Hinterbliebenenrente. Die betriebliche Altersvorsorge nimmt mit 2,4 % nur eine untergeordnete Stellung ein. 141 Personen (0,5 %) mit Grundsicherung im Alter verfügen über Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. Fast jeder hundertste Grundsicherungsempfänger bzw. jede hundertste Grundsicherungsempfängerin ab 65 Jahre hat Einkünfte aus Erwerbsarbeit. Alle anderen Einkommensarten sind lediglich marginal vertreten (vgl. Tabelle 4.3).

Tabelle 4.3:
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Art des angerechneten Einkommens

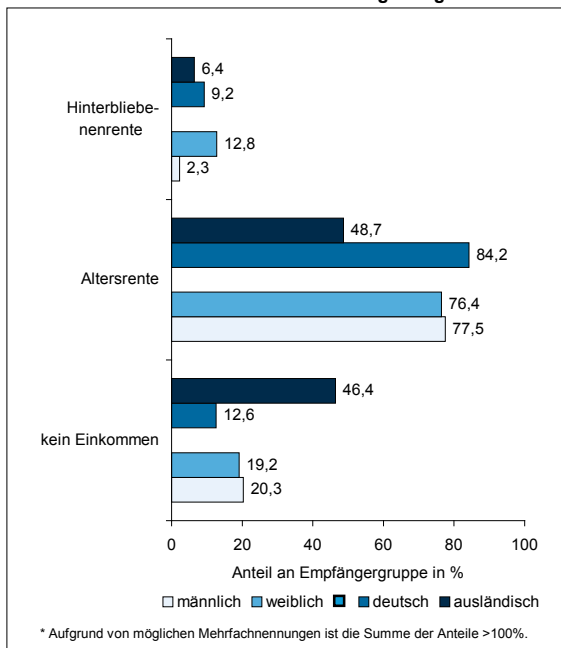
Art des angerechneten Einkommens	Anteil in % *
kein Einkommen	19,6
Erwerbseinkommen	0,9
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	0,5
Altersrente	76,8
Hinterbliebenenrente	8,7
Versorgungsbezüge	0,3
Renten aus privater Vorsorge	0,1
Renten aus betrieblicher Altersvorsorge	2,4
private Unterhaltsleistungen	0,6
andere Einkünfte	3,8

* Aufgrund von möglichen Mehrfachnennungen ist die Summe der Anteile >100%.

(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

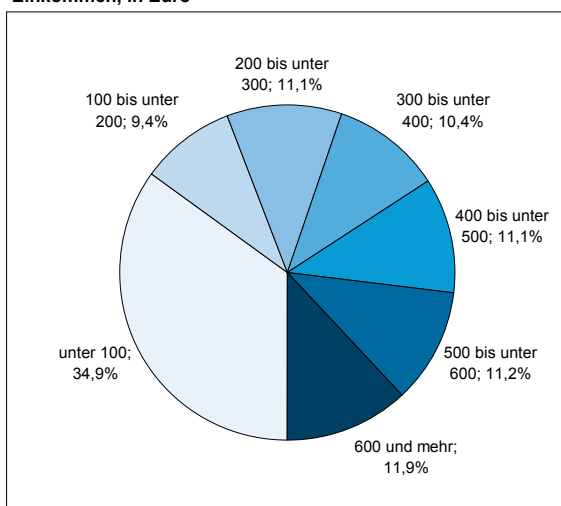
Näherungsweise die Hälfte der Ausländerinnen und Ausländer mit Grundsicherung im Alter kann auf keinerlei eigenes Einkommen zurückgreifen, wodurch sich auch ihre vergleichsweise hohen Nettoansprüche erklären. Unter den deutschen Empfängern und Empfängerinnen trifft dies nur auf ca. jeden achten bzw. jede achte zu. Bei Männern und Frauen gibt es lediglich einen Unterschied von 1,1 Prozentpunkten. Komplementär dazu verfügt auch nur nahezu die Hälfte der Ausländer und

Abbildung 4.13:
Ausgewählte Arten angerechneten Einkommens bei Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 4.14:
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Höhe der angerechneten Einkommen, in Euro



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Ausländerinnen über Einkommen aus einer Altersrente, aber ca. 84 % der Deutschen, weibliche und männliche Empfänger beziehen zu jeweils mehr als drei Vierteln Altersrenten.

Hinterbliebenenrente ist unter den Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen insbesondere eine Einkommensquelle von Frauen, die für diese offensichtlich - ob allein oder in Kombination mit weiteren Einkommen wie eventuell Renten aus eigener Erwerbstätigkeit - nicht zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes im Alter genügt (vgl. Abbildung 4.13).

Angerechnetes Einkommen

Das auf die Grundsicherung im Alter durchschnittlich angerechnete Einkommen betrug zum 31.12.2009 monatlich rund 275 Euro. Für gut ein Drittel der Leistungsberechtigten sind lediglich Einkommen von weniger als 100 Euro monatlich zu ermitteln, demgegenüber für 11,9 % Einkommen von 600 Euro und mehr. Während Erstere also vornehmlich von den Leistungen der Grundsicherung leben, benötigen Letztere diese sozusagen zur „Aufstockung“, um den Lebensunterhalt zu sichern. Die Verteilung der eigenen Einkommen in die Einkommensklassen zwischen 100 bis unter 600 Euro stellt sich recht gleichmäßig dar (vgl. Abbildung 4.14).

Für deutsche Empfänger und Empfängerinnen wurde durchschnittlich ein monatliches Einkommen von 308 Euro, für EU-Ausländer und EU-Ausländerinnen von 215 Euro und für sonstige Ausländerinnen und Ausländer von 141 Euro erfasst. Hier schlägt sich u. a. nieder, dass nichtdeutsche Leistungsberechtigte ab 65 Jahren oftmals keine oder geringe eigene Altersrentenansprüche erworben haben.

Die durchschnittlich angerechneten Einkommen von Frauen lagen mit monatlich 298 Euro höher als die der männlichen Leistungsberechtigten (240 Euro).

4.3 Sozialräumliche Verteilung und Beziehungen zur Sozialstruktur

Wie in Kapitel 1 bereits dargelegt, ist der Bezug von Grundsicherung zur Sicherung des Lebensunterhaltes Ausdruck einer Lebenslage, die durch Einkommensarmut bzw. Einkommen am unteren Verteilungsrand der Gesellschaft mitbestimmt wird. Der Spielraum zur Realisierung von Bedürfnissen, auch nichtmaterieller Art, wird durch den Transferleistungsbezug auf ein gewisses Maß

eingegrenzt. Das heißt, es gibt eine Wechselwirkung mit anderen Dimensionen der Lebenslage der Transferleistungsempfänger und -empfängerinnen (vgl. Schmidtke 2005). Auf räumlicher Ebene findet diese ihre Widerspiegelung in Prozessen sozialräumlicher Segregation.

Als räumliche Untersuchungseinheit werden im Folgenden die Berliner Bezirke und - abhängig von der Datenlage - die Planungsräume als kleinste Raumgliederung der ressortübergreifend abgestimmten Lebensweltlich orientierten Räume (LOR) im Land Berlin benutzt (zur Definition und Gliederung der LOR vgl. Jahn et al. 2006).

Beziehungen zur Sozialstruktur auf räumlicher Ebene

Inwieweit die sozialräumliche Verteilung der Betroffenheit der Berliner Bevölkerung ab 65 Jahre von der Notwendigkeit, staatliche Leistungen zur Sicherung ihres notwendigen Lebensunterhaltes beziehen zu müssen, mit anderen Indikatoren der gesundheitlichen und sozialen Lage in Zusammenhang steht, wird am Beispiel des Landes Berlin im Sozialstrukturatlas 2008 (vgl. Meinschmidt 2009b) untersucht und nachgewiesen. Dabei stellte sich heraus, dass der Anteil von Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern ab 65 Jahre an der Bevölkerung ab 65 Jahre auf Ebene der Berliner Bezirke sowie der Planungsräume einer der bestimmenden Indikatoren zur Kennzeichnung des Sozialindex I („Gefährdungsindex“) ist.

In Korrelation zu den anderen in die Untersuchung eingegangenen Indikatoren der gesundheitlichen und sozialen Lage wurden wesentliche Zusammenhänge nachgewiesen. So bestehen auf räumlicher Ebene tendenziell starke Zusammenhänge zwischen hohen Quoten der zu Hause lebenden Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen und hohen

- Anteilen von Männern, Ausländern sowie Ausländerinnen, 1-Personen-Haushalten und Alleinerziehenden in der Bevölkerung,
- Wanderungsvolumen und Wanderungssaldi,
- Anteilen einfacher Wohnlagen im Gebiet und hoher Bevölkerungsdichte,
- Anteilen der Bevölkerung ohne beruflichen Abschluss und Arbeitsloser,
- Anteilen der Bevölkerung, welche Transferleistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes (Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß SGB XII, Grundsicherung bei Erwerbsminderung im erwerbsfähigen Alter gemäß SGB XII, Leistungen gemäß SGB II) beziehen.

Ebenso bestehen starke Zusammenhänge zur

- vorzeitigen Sterblichkeit insgesamt,
- vorzeitigen Krebssterblichkeit,
- zur vermeidbaren Sterblichkeit infolge von ischämischen Herzkrankheiten (hier insbesondere Männer) und
- Krebsneuerkrankungsrate.

Umgekehrt gelten diese Zusammenhänge in gleicher Weise. Das heißt, die Wahrscheinlichkeit, dass in Bezirken oder Planungsräumen mit vergleichsweise niedrigen Grundsicherungsquoten die o. g. aufgezählten Merkmale zur Beschreibung der gesundheitlichen und sozialen Lage der dort lebenden Bevölkerung eine vergleichsweise geringe Ausprägung vorweisen, ist hoch.

Andererseits gibt es einen inversen (umgekehrten) Zusammenhang zum Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren, zum Wanderungssaldo von (Familien mit) Kindern unter 6 Jahren, zum Anteil abhängig ziviler Erwerbstätiger, sozialversicherungspflichtig Beschäftigter, an Personen mit überwiegendem Lebensunterhalt aus Renten bzw. Pensionen sowie zur Lebenserwartung (vgl. Meinschmidt 2009b).

Vor diesem Hintergrund zeigt sich die Bedeutung der Information darüber, wie hoch der Anteil an Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen im Alter, im Bezirk oder Planungsraum ist bzw.

in welchen Gebieten der Stadt sich Räume mit vergleichsweise hohen oder niedrigen Grundsicherungsquoten konzentrieren bzw. entwickeln. Die Grundsicherungsquote kann gewissermaßen als ein Anzeiger für bestehende oder sich entwickelnde soziale und gesundheitliche Gefährdungslagen auf räumlicher Ebene verstanden werden.

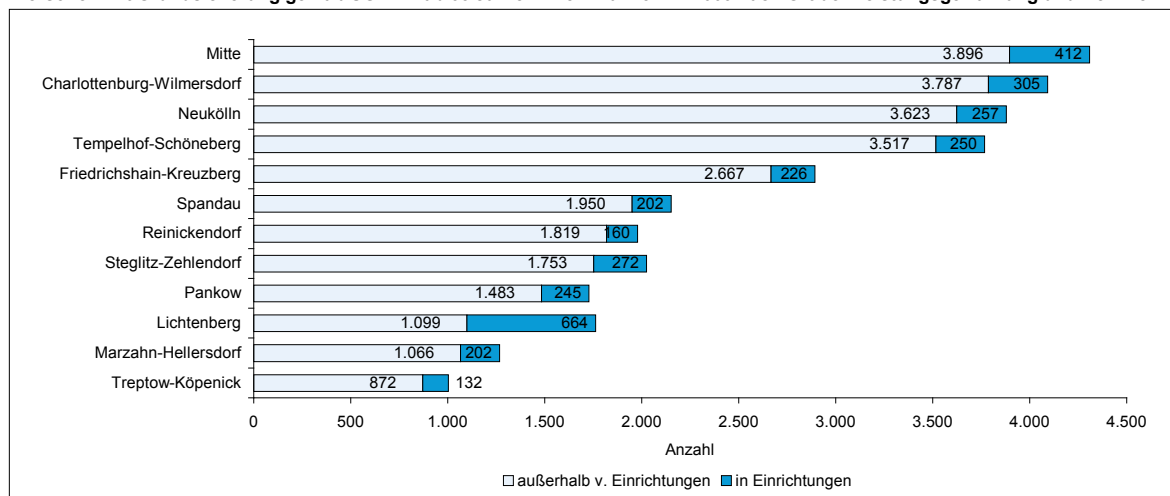
4.3.1 Bezirkliche Ebene

In den Bezirken Mitte, Charlottenburg-Wilmersdorf, Neukölln und Tempelhof-Schöneberg leben mit Abstand zum nachfolgenden Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg die meisten Personen mit Grundsicherung **außerhalb von Einrichtungen**, die wenigsten in Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg und Pankow - allesamt Bezirke des Ostteils von Berlin.

Bei der Verteilung **der in Einrichtungen** lebenden Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen sind die zahlenmäßigen Abstände weitaus geringer, Lichtenberg, Mitte und Charlottenburg-Wilmersdorf liegen hier vorn (vgl. Abbildung 4.15). Der relative hohe Wert für Lichtenberg resultiert daraus, dass Lichtenberg für alle anderen Bezirke zentral die außerhalb Berlins untergebrachten Berliner Leistungsberechtigten betreut. Ergänzend sei hier hinzugefügt, dass es sich bei den Unterbringungen außerhalb Berlins um Angebote für behinderte und/oder pflegebedürftige Menschen handelt und die darin vom Sozialhilfeträger erbrachten Leistungen zum Lebensunterhalt zum Teil der Grundsicherung zugeordnet werden, soweit die dahinterstehenden Rechtsgrundlagen erfüllt sind. Die übrigen Leistungen werden im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen bzw. der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII bzw. der Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) erbracht.

Abbildung 4.15:

Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 nach Ort der Leistungsgewährung und Bezirken



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

In der folgenden Analyse werden die in Einrichtungen untergebrachten Leistungsempfänger und -empfängerinnen nicht mit berücksichtigt.

Die Anzahl der Grundsicherungsbezieher in den Bezirken ist nicht allein durch die Anzahl der Einwohner und Einwohnerinnen ab 65 Jahre determiniert. Das wird bei Betrachtung der Grundsicherungsquoten der Bezirke transparent. Die entsprechende Rangfolge der Bezirke weicht deutlich von der nach Anzahl der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen gebildeten Bezirksrangfolge allein ab.

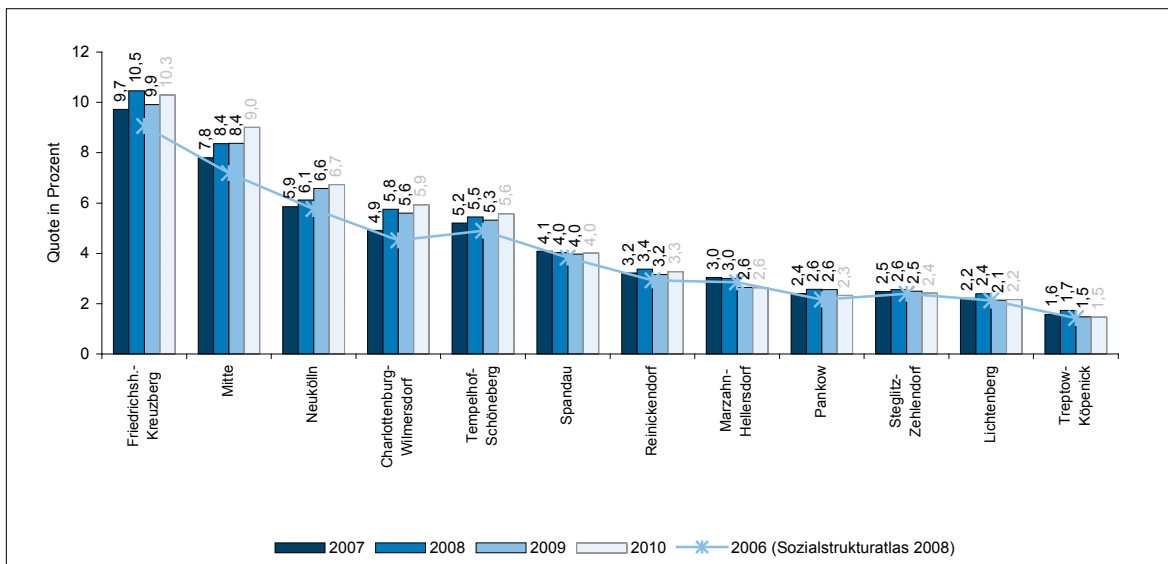
Die Spreizung zwischen den Bezirken ist groß. Während in Friedrichshain-Kreuzberg jeder zehnte zu Hause lebende Einwohner bzw. jede zehnte Einwohnerin ab 65 Jahre Grundsicherung erhält, betrifft dies in Treptow-Köpenick kaum mehr als jede siebzigste Person. Die Anteile der Grundsicherung

cherungsempfänger und -empfängerinnen ab 65 Jahre an den Einwohnern und Einwohnerinnen ab 65 Jahre sind in den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte und Neukölln, jeweils mit deutlichem Abstand zum nächst folgenden Bezirk, am höchsten. Nur ein Viertel bis ein Sechstel deren Quote erreichen die Bezirke Marzahn-Hellersdorf, Pankow, Steglitz-Zehlendorf, Lichtenberg und Treptow-Köpenick. In fünf Bezirken benötigt nur maximal jeder vierzigste Einwohner bzw. jede vierzigste Einwohnerin ab 65 Jahren Leistungen der Grundsicherung zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes. Mit Ausnahme von Steglitz-Zehlendorf sind dies Bezirke des ehemaligen Ostteils von Berlin, wo bislang noch Altersjahrgänge mit - aufgrund längerer und/oder weniger unterbrochener Erwerbsbiografie und höherer Frauenerwerbsquote - den Grundsicherungsanspruch übersteigenden Rentenansprüchen bestimmend sind.

Die Verteilung der Bezirke nach Höhe der Grundsicherungsquote für die Bevölkerung ab 65 Jahre hat sich zwischen dem 31.12. der Jahre 2007 und 2009 nicht wesentlich verändert. Sie entspricht mit geringfügigen Verschiebungen, die nicht zuletzt durch verwaltungstechnische Gründe³⁰ bedingt sind, auch der zum Stand vom 31.12.2006, welche in die Berechnung der Sozialindizes 2008 eingeflossen und in der Abbildung 4.17 informativ eingefügt ist (vgl. Meinschmidt 2009b). Die drei Bezirke mit den am 31.12.2009 höchsten Grundsicherungsquoten wiesen bereits zum Zeitpunkt der Erstellung des Sozialstrukturatlases die höchsten Grundsicherungsquoten und gleichzeitig die ungünstigsten sozialstrukturellen Werte (Sozialindex I) auf.

In den Bezirken mit den bereits zum damaligen Zeitpunkt höchsten Grundsicherungsquoten legten diese seitdem auch besonders stark zu. Für die Bezirke mit den zum Stand 31.12.2009 niedrigsten Quoten waren bereits für das Jahr 2006 die günstigsten Werte des Sozialindex I und die niedrigsten Grundsicherungsquoten festgestellt worden (vgl. Abbildung 4.16). Die Erkenntnisse aus dem Abschnitt 4.1 und dem Kapitel 5 lassen indes auch in diesen Bezirken eine perspektivisch höhere Grundsicherungsquote nicht unwahrscheinlich erscheinen.

Abbildung 4.16:
Grundsicherungsquote gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin außerhalb von Einrichtungen am 31.12. der Jahre 2006 - 2010 nach Bezirken



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

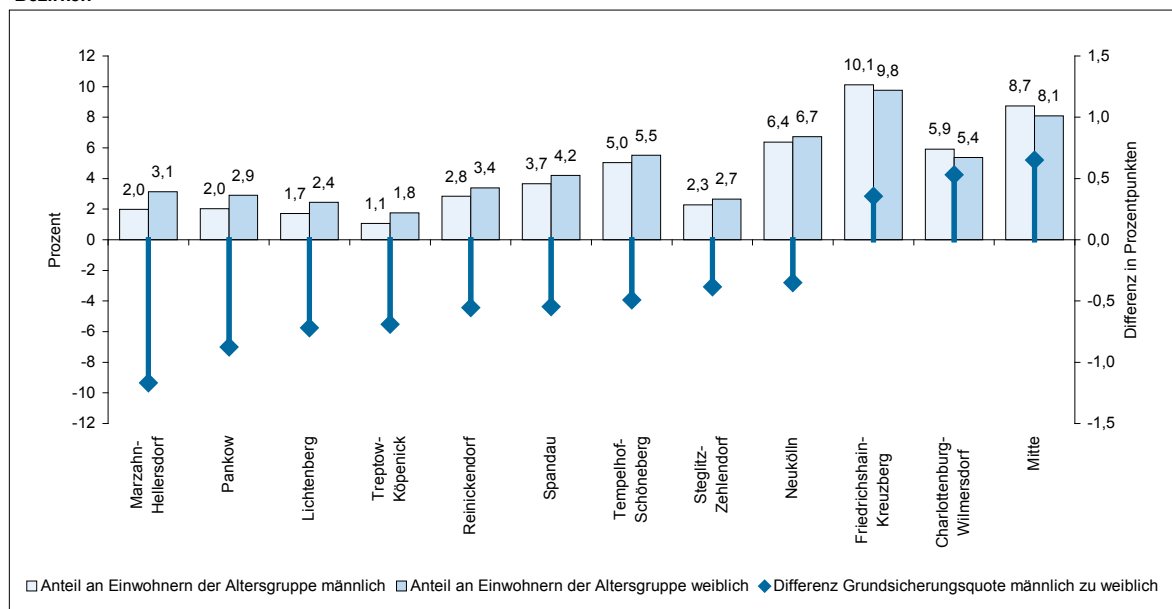
³⁰ Mit Stand 31.12.2006 waren noch nicht alle Anspruchsberechtigten für Leistungen der Grundsicherung gemäß SGB XII aus dem ehemaligen Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt in die neue Rechtsgrundlage überführt worden, was sich in unterschiedlichem Maße in den bezirklichen Quoten der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen widerspiegelt (vgl. Abschnitt 3.3.2).

Mit Stand 31.12.2010 bestätigt sich die o. g. Rangfolge der Bezirke nach Höhe der Grundsicherungsquote der ab 65-Jährigen außerhalb von Einrichtungen. In den Bezirken mit den höchsten Quoten, insbesondere in Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg, ist ein deutlicher Anstieg der Grundsicherungsquote der Älteren zu verzeichnen, in den Bezirken mit Quoten unter 5 % jedoch kaum eine Veränderung (vgl. Abbildung 4.16).

Geschlecht

Die Differenzierung der Grundsicherungsquoten der Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahre in den Berliner Bezirken spiegelt sich sehr ähnlich in den Grundsicherungsquoten der älteren Männer bzw. Frauen wider. Auffällig ist, dass mit Ausnahme von Steglitz-Zehlendorf in den Bezirken mit den geringsten Grundsicherungsquoten der Älteren insgesamt zugleich der Abstand der Quote der Frauen zu der der Männer deutlich höher ist als in anderen Bezirken. Andererseits gibt es auch drei Bezirke, wo die Grundsicherungsquote der älteren Männer leicht über der der älteren Frauen liegt (Friedrichshain-Kreuzberg, Charlottenburg-Wilmersdorf, Mitte). Das sind gleichzeitig Bezirke, die unter den letzten vier Rangplätzen mit den höchsten Grundsicherungsquoten ab 65 Jahre zu verorten sind (vgl. Abbildung 4.17).

Abbildung 4.17:
Grundsicherungsquote gemäß SGB XII ab 65 Jahre außerhalb von Einrichtungen in Berlin am 31.12.2009 nach Geschlecht und Bezirken



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Größe der Haushaltsgemeinschaft

Im Abschnitt 4.1 wurde bereits auf den hohen Anteil von Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen außerhalb von Einrichtungen, welche allein, d. h. in einer 1-Personen-Haushaltsgemeinschaft wohnen, hingewiesen (70,4 %). Für Berlin insgesamt ist dabei auch deutlich, dass dies bei Frauen in stärkerem Maße als bei Männern der Fall ist. Knapp zwei von drei 1-Personen-Haushalten mit Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen sind Haushalte von Frauen. Altersarmut, festgemacht an der Abhängigkeit von Grundsicherung, betrifft also vorwiegend alleinlebende Frauen.

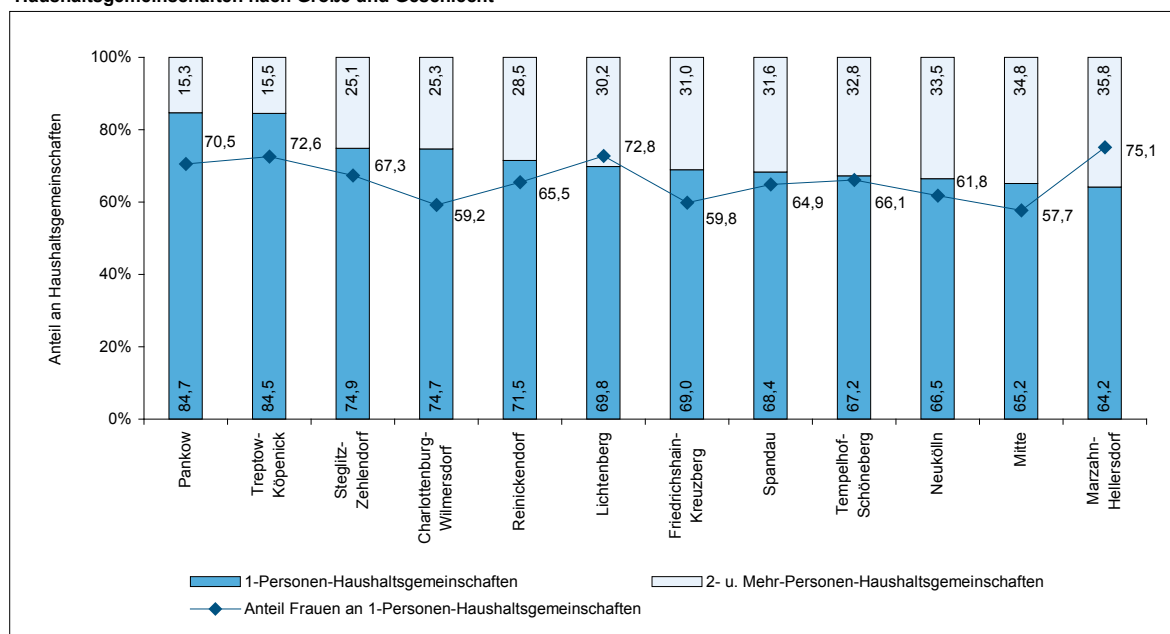
In bezirklicher Übersicht stellt sich diese Situation durchaus unterschiedlich dar. In Pankow und Treptow-Köpenick liegt der Anteil der 1-Personen-Haushaltsgemeinschaften bei Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen ab 65 Jahren mit knapp 85 % um jeweils ca. 14 Prozentpunkte höher

als im Berliner Durchschnitt. Die niedrigsten Anteile verzeichnen die Bezirke Marzahn-Hellersdorf, Mitte und Neukölln, wo jeweils ca. zwei von drei Empfängern bzw. Empfängerinnen allein leben.

Danach gefragt, ob es Bezirke gibt, in denen im Berliner Vergleich besonders viele oder wenige Frauen unter den allein lebenden Grundsicherungsempfängern sowie -empfängerinnen sind, sticht der Bezirk Marzahn-Hellersdorf, in welchem drei Viertel der 1-Personen-Grundsicherungshaushalte von Menschen ab 65 Jahren Haushalte von Frauen sind, hervor. Die nächst höchsten Anteile gibt es in den Bezirken Lichtenberg, Treptow-Köpenick und Pankow - den selben Bezirken also, in denen bei insgesamt geringem Anteil an Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern in der älteren Bevölkerung die Grundsicherungsquote der Frauen die der Männer besonders stark übersteigt. In Mitte, Charlottenburg-Wilmersdorf und Friedrichshain-Kreuzberg sind nur knapp sechs von zehn 1-Personen-Grundsicherungshaushalten weiblich. Diese drei Bezirke sind zugleich die einzigen Bezirke, in denen die Grundsicherungsquote der Frauen ab 65 Jahre unter der der gleichaltrigen Männer liegt (vgl. Abbildungen 4.17, 4.18).

Abbildung 4.18:

Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre außerhalb von Einrichtungen in Berlin am 31.12.2009 in Haushaltsgemeinschaften nach Größe und Geschlecht



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Staatsangehörigkeit

Die Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit außerhalb von Einrichtungen ab 65 Jahre verteilen sich in sehr unterschiedlichem Maße auf die Berliner Bezirke. Die meisten von ihnen leben in den Bezirken Mitte, Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg - Bezirken mit auch insgesamt vergleichsweise vielen Einwohnern sowie Einwohnerinnen nichtdeutscher Staatsbürgerschaft. In den Bezirken des ehemaligen Ostteils Berlins leben jeweils nur wenige ausländische Grundsicherungsempfängerinnen und -empfänger. Auch in Steglitz-Zehlendorf, Spandau und Reinickendorf werden nur Zahlen erreicht, die unter einem Viertel der Zahlen der Spitzenreiter-Bezirke liegen.

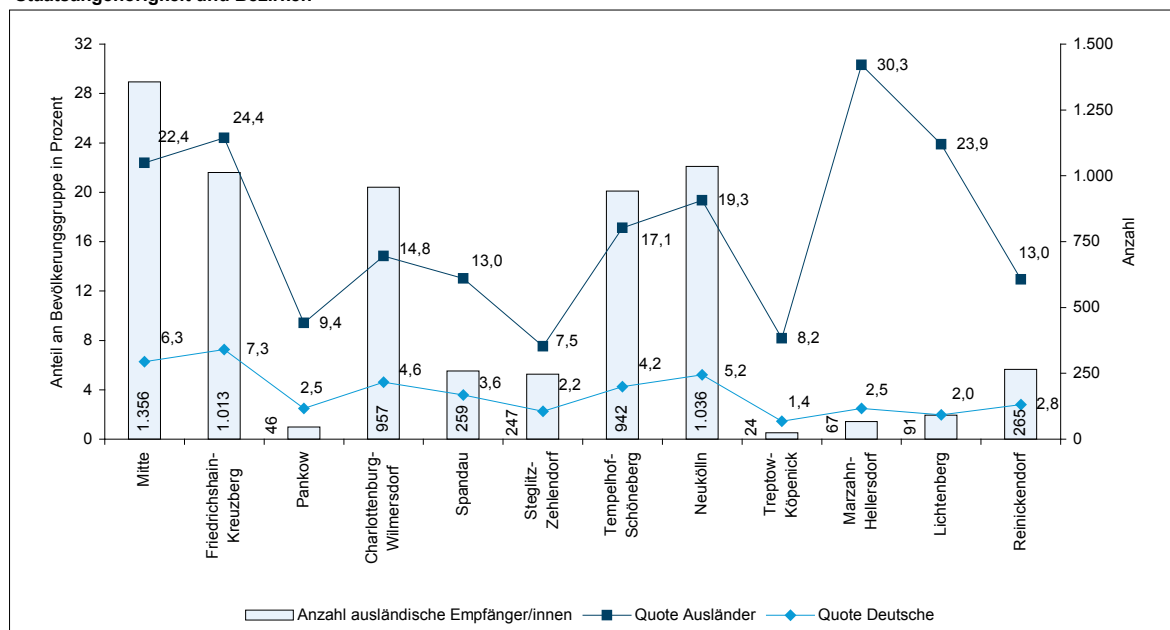
Vollkommen anders strukturiert sich die Reihung der Bezirke danach, in welchem Anteil die im Bezirk wohnenden älteren ausländischen Einwohnerinnen und Einwohner auf Grundsicherung angewiesen sind. In Marzahn-Hellersdorf erhalten prozentual die meisten (30,3 %) der ortsansässigen Ausländer und Ausländerinnen ab 65 Jahre Grundsicherung, wobei die geringe Grundgesamtheit (221 ausländische)

dische Einwohner sowie Einwohnerinnen ab 65 Jahre) zu beachten ist. Fast jeder bzw. jede vierte ältere nichtdeutsche Einwohner bzw. Einwohnerin erhält in den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg und Lichtenberg Grundsicherung, gefolgt vom Bezirk Mitte. In letzteren beiden Bezirken stehen sowohl eine erhebliche Einwohnerzahl als auch eine erhebliche Empfängerzahl von Ausländern und Ausländerinnen ab 65 Jahre hinter den vergleichsweise hohen Quoten. In Steglitz-Zehlendorf, Treptow-Köpenick und Pankow hingegen leben nicht nur zahlenmäßig relativ wenige, sondern prozentual die im Bezirksvergleich wenigsten älteren nichtdeutschen Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen.

Die Grundsicherungsquote der deutschen Einwohner und Einwohnerinnen ab 65 Jahre liegt in allen Bezirken signifikant niedriger als die der ausländischen. Die beiden Quoten weisen in ihren bezirklichen Verteilungen miteinander nur eine schwache Korrelation ($r = 0,418$) auf. So sind einerseits in den Bezirken Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg bei berlinweit höchsten Grundsicherungsquoten der Ausländerinnen und Ausländer mit die niedrigsten Grundsicherungsquoten der Deutschen zu verzeichnen. Andererseits fallen die Bezirke Neukölln, Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg mit gleichzeitig hohen bzw. höchsten Werten sowohl der Quote der deutschen als auch der ausländischen Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen ab 65 Jahre auf (vgl. Abbildung 4.19).

Abbildung 4.19:

Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 außerhalb von Einrichtungen nach Staatsangehörigkeit und Bezirken



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

4.3.2 Ebene der Planungsräume

Auf der Ebene der Planungsräume kann die Grundsicherungsquote außerhalb von Einrichtungen für die Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren für 419 der 447 Planungsräume ausgewertet werden. Die restlichen 38 Planungsräume wurden aus Gründen des Datenschutzes (zu geringe Einwohner- bzw. Empfängerzahl) aus der Betrachtung herausgelassen.

Um einen Überblick über die Verteilung der Grundsicherungsquoten der Planungsräume nach deren Höhe zu gewinnen, wurden diese in sieben vom Wertebereich her gleich verteilte Schichten eingeteilt. 356 Planungsräume gehören allein zu den ersten beiden Schichten mit Grundsicherungsquoten unter 8 %. Die nächst höheren Schichten sind in absteigender Häufigkeit mit jeweils weitaus

geringerer Anzahl an Planungsräumen besetzt. Lediglich 6 Planungsräume verteilen sich auf die Schichten 6 und 7 mit den höchsten Grundsicherungsquoten ab 20 % (vgl. Abbildung 4.20).

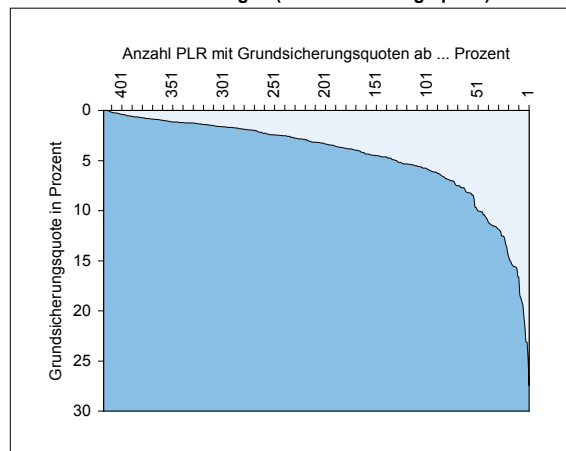
Bei einer Berliner Gesamtquote an Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen ab 65 Jahren von durchschnittlich 4,2 % streuen die Werte für die Grundsicherungsquote in den einzelnen Planungsräumen des Landes bis zu einem Höchstwert von 27,5 % im Planungsraum Körnerstraße im Bezirk Mitte.

Generell konzentrieren sich die Planungsräume mit Grundsicherungsquoten von 12 % und mehr (Schichten 4 bis 7) in den Bezirken Mitte (hier nur die Alt-Bezirke Tiergarten und Wedding), Friedrichshain-Kreuzberg (hier nur Alt-Bezirk Kreuzberg), Charlottenburg-Wilmersdorf (hier nur nordöstlicher Bereich) und in nördlichen Bereichen in Tempelhof-Schöneberg und Neukölln. Darunter sind die Planungsräume mit den höchsten Grundsicherungsquoten der Bevölkerung ab 65 Jahre in der (südlichen) Mitte der Stadt lokalisiert: Knapp jede vierte Einwohnerin bzw. jeder vierte Einwohner ab 65 Jahren bezieht Grundsicherung in den Planungsräumen Wassertorstraße und Oranienplatz im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg und im Planungsraum Wissmannstraße (Neukölln-Nord). Gut jede fünfte Einwohnerin bzw. jeder fünfte Einwohner benötigt Grundsicherung in den Planungsräumen Dennewitzplatz (an den Planungsraum Körnerstraße angrenzender Bereich des Bezirkes Tempelhof-Schöneberg) und im Planungsraum Lausitzer Platz (Friedrichshain-Kreuzberg), knapp jeder fünfte Grundsicherungsempfänger bzw. jede fünfte Grundsicherungsempfängerin im Planungsraum Rollberg (Neukölln) und in den Planungsräumen Askanischer Platz und Mehringplatz (Friedrichshain-Kreuzberg) sowie Nollendorfplatz (Tempelhof-Schöneberg).

Auf die ehemalige Teilung der Stadt Berlin bezogen ist zusammenfassend festzustellen, dass benannte Gebiete bzw. Planungsräume mit vergleichsweise hohen Grundsicherungsquoten der Bevölkerung ab 65 Jahren ausschließlich in ehemaligen West-Bezirken liegen. Der Planungsraum des ehemaligen Ostteils Berlins mit der höchsten Grundsicherungsquote ist der Planungsraum Helle Mitte in Marzahn-Hellersdorf mit einer Quote von 11,6 % (Schicht 3). Aber auch unter den insgesamt 34 zur Schicht 3 mit einem Wertebereich von 8 bis unter 12 % zugeordneten Planungsräumen befinden sich neben dem Planungsraum Helle Mitte nur noch zwei weitere Planungsräume aus Bezirken des ehemaligen Ostteils - der Planungsraum Helmholtzplatz (Prenzlauer Berg) und der Planungsraum Samariterstraße (Friedrichshain-Kreuzberg). Alle anderen Planungsräume der ehemaligen Ost-Bezirke haben niedrigere Grundsicherungsquoten (vgl. Abbildung 4.21, Anhangstabelle).

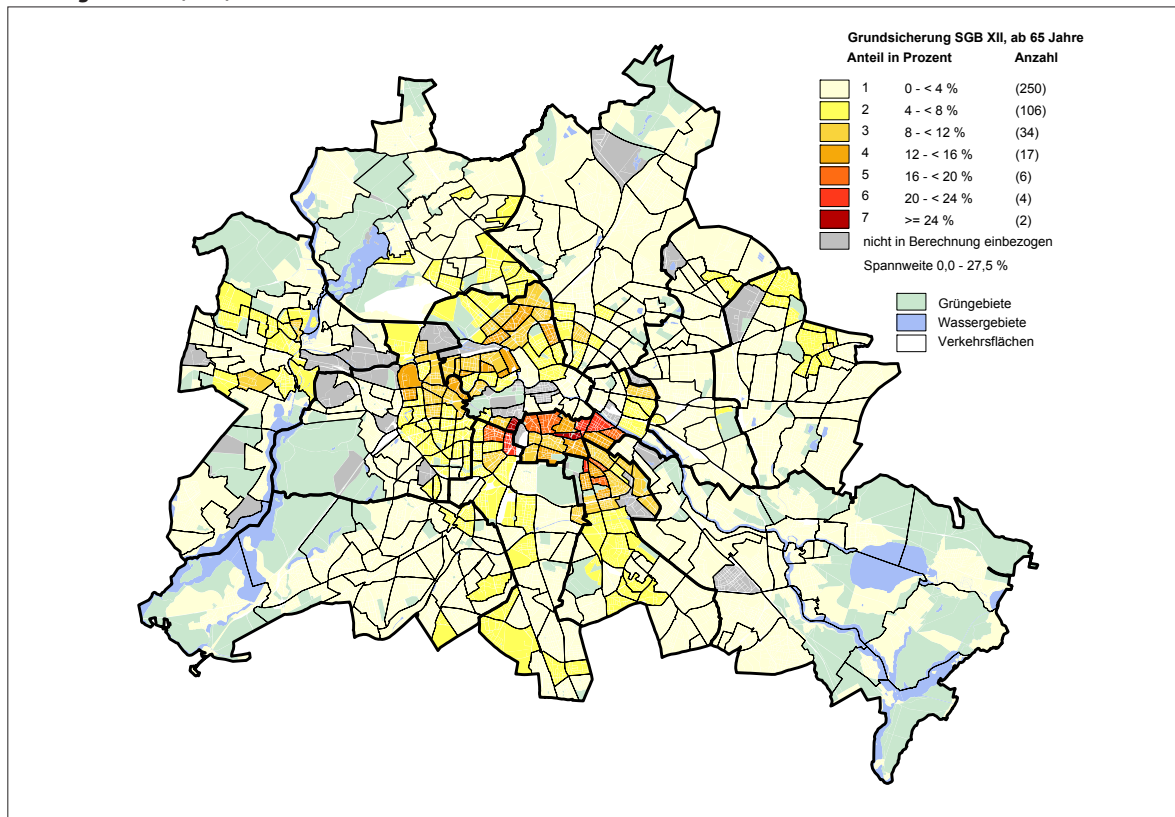
Verglichen mit der Lage zum Zeitpunkt der Berechnungen zum Sozialstrukturatlas sind von der räumlichen Verteilung der Belastung von Planungsräumen bzw. zusammenhängenden Gebieten mit vergleichsweise hohen Grundsicherungsquoten her keine grundsätzlichen Unterschiede auszumachen. Insgesamt lag das Niveau der Grundsicherungsquoten etwas niedriger als 2009. Ein genauer Vergleich ist jedoch nur bedingt sinnvoll, da im Jahr 2006 einige Personen mit Grundsicherungsanspruch noch als Fälle mit Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß SGB XII behandelt worden sind und erst im dazwischen liegenden Zeitraum in die Grundsicherung übertragen wurden.

Abbildung 4.20:
Planungsräume in Berlin am 31.12.2009 nach Anteil der Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahre außerhalb von Einrichtungen (Grundsicherungsquote)



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 4.21:
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII ab 65 Jahren in Berlin am 31.12.2009 außerhalb von Einrichtungen nach Planungsräumen (LOR)



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin – PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV – I A -)

5. Risiko Nichterwerbstätigkeit und prekäre Beschäftigung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren

5.1 Einführung - Bedeutung der Erwerbsverläufe für das Alterseinkommen

Für die meisten älteren Menschen macht der Bezug von Rente einen wesentlichen oder gar den einzigen Bestandteil ihres Alterseinkommens aus. Ausschlaggebend für die Berechnung der persönlichen Rentenhöhe sind die zurückgelegten Zeiten zwischen dem Eintritt in das Versicherungsleben und dem Rentenbeginn. Diese sogenannten rentenrechtlichen Zeiten gliedern sich in Beitragszeiten, denen bei der Bewertung der Rente eine besondere Gewichtung zukommt, beitragsfreie Zeiten und Berücksichtigungszeiten. Die gesetzliche Rentenversicherung speichert in ihren Versicherungskonten individuelle Versicherungsbiografien, die für den Bezug der Rente relevant sind: Beginn und Ende der Versicherungsbiografie, das im Berufsleben erzielte Entgeltniveau sowie Unterbrechungen beeinflussen die Höhe der individuellen Altersrente. Phasen von Arbeitslosigkeit und geringfügiger Beschäftigung führen zu geringerer Altersvorsorge und mindern das künftige Rentenniveau. Das Armutsrisiko künftiger Rentner und Rentnerinnen wird daher unterschätzt (vgl. Kerschbaumer 2009).

Bereits nach geltendem Recht benötigt ein Durchschnittsverdiener rund 27 Jahre sozialversicherungspflichtige Beschäftigung - bei 50 % des Durchschnittsverdienstes bereits über 50 Jahre - um eine gesetzliche Rente in Höhe des Grundsicherungsniveaus zu erreichen (vgl. Loose 2008). Dies verdeutlicht, wie wichtig ein möglichst lückenloser und langer Erwerbsverlauf ist. Doch in den vergangenen Jahrzehnten ist eine deutliche Tendenz zu beobachten: Die durchschnittliche Erwerbsbiografie ist lückenhafter geworden (<http://www.boeckler-boxen.de/5799.htm>; aufgerufen 15.06.2010, 10:30 Uhr). Atypische Beschäftigungsformen verdrängen zunehmend sozialversicherungspflichtige Vollzeitbeschäftigung. Probleme, einen Ausbildungsplatz zu finden, führen bei jungen Menschen zu einem verspäteten Start ins Berufsleben. Befristete Beschäftigungsverhältnisse, Teilzeitarbeit oder geringfügige Beschäftigungsformen sind keine Seltenheit mehr auf dem deutschen Arbeitsmarkt. Gerade vor dem Hintergrund der weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise ist festzustellen, dass die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt schwierig sind, und möglicherweise werden sie noch schwieriger (vgl. Rische 2010).

Viele Erwerbstätige mit niedrigem Einkommen haben kaum die Möglichkeit, sich rechtzeitig und ausreichend um eine private Altersvorsorge zu kümmern. Ein Anreiz für eine zusätzliche Altersabsicherung besteht für den betroffenen Personenkreis von vornherein nicht. Denn bei der Beantragung von Leistungen aus der Grundsicherung im Alter werden vorhandene private Vorsorgeleistungen abgezogen (vgl. Bullerjahn/ SELLERING 2008). Auch das Vermögen der Betroffenen und des Ehepartners wird (teilweise) angerechnet, während dies bei der gesetzlichen Rente nicht der Fall ist (vgl. Loose 2008).

Ein großes Problem in Bezug auf den Erwerb von Rentenansprüchen stellt die immer noch anhaltende Arbeitslosigkeit in Deutschland dar. Bisher konnten Empfänger und Empfängerinnen von Arbeitslosengeld II noch geringfügige Rentenansprüche erwerben: die Rente stieg bei Bezug von Arbeitslosengeld II pro Jahr um 2,09 Euro. „Das ist viel zu wenig“, so der Präsident der Deutschen Rentenversicherung (vgl. Rische 2010). Zum 1. Januar 2011 wurden die Rentenbeitragszahlungen für Bezieher von ALG II jedoch vollständig gestrichen. Seitdem werden Zeiten des ALG-II- Bezugs von der gesetzlichen Rentenversicherung als Anrechnungszeiten und nicht mehr als Pflichtbeitragszeiten gewertet. Wer arbeitslos ist oder wird, verliert weitere Rentenansprüche (vgl. ver.di 2010). Dies schlägt sich auf die Entwicklung des zukünftigen Alterseinkommens nieder. Hinzu kommen die Verschärfungen der letzten Jahre, wie Rentenniveauabsenkung und die Rente mit 67. Nicht umsonst gelten Langzeitarbeitslose und ALG II-Empfänger und Empfängerinnen von heute als die Grundsicherungsberechtigten von morgen (vgl. Bullerjahn/ SELLERING 2008).

Nach einer Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) ist vor allem in Ostdeutschland mit Renten nahe oder sogar unter der Grundsicherung zu rechnen. Langzeitarbeitslosigkeit und der häufige Wechsel von der Beschäftigung in die Arbeitslosigkeit oder in arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und zurück in die Beschäftigung sind vor allem in Ostdeutschland stark ausgeprägt (vgl. Geyer/ Steiner 2010). Berufliche Wechsel sind nicht immer mit einer Verbesserung gleichzusetzen. Gerade ältere Beschäftigte verschlechtern sich durch einen Tätigkeitswechsel häufig sogar noch (vgl. Trischler/ Kistler 2010). Selbst wenn es ihnen gelingt, den Arbeitsplatz zu halten oder nach Arbeitslosigkeit einen neuen zu bekommen, müssen Ältere oft mit einem empfindlichen Lohnverlust rechnen (vgl. Schmid 2008).

Der Anstieg der Arbeitslosigkeit und die Zunahme unterbrochener Erwerbsbiografien schlagen unmittelbar auf das deutsche lohnzentrierte System der Alterssicherung durch (vgl. Geyer/ Steiner 2010). Erschwerend kommt hinzu, dass viele Gebiete Ostdeutschlands von hohen Bevölkerungsverlusten betroffen sind. Die Abwanderung, insbesondere von jungen Fachkräften, hält seit der Wende kontinuierlich und selektiv an. Die Älteren und ein vergleichsweise hoher Anteil an Geringqualifizierten bleiben (vgl. Bullerjahn/ SELLER 2008).

Im Altersübergang ist ein zunehmendes Auseinanderfallen von Beschäftigungsaustritt und Renteneintritt zu beobachten. Die Wenigsten wechseln direkt aus dem Beruf in die Rente. Schwierige Übergangsphasen am Ende des Erwerbslebens - geprägt von Arbeitslosigkeit oder atypischer Beschäftigung - sind keine Seltenheit mehr (vgl. Trischler/ Kistler 2010). Insbesondere Angelernte, gering Qualifizierte und überwiegend prekär Beschäftigte haben deutlich geringere Chancen als gut Verdienende, bis zur Rente zu arbeiten. Fast ein Viertel aller 55- bis 64-Jährigen geht aufgrund gesundheitlicher Probleme frühzeitig in Rente und nimmt damit Kürzungen des Ruhegeldes in Kauf. Dies betrifft vor allem diejenigen, die jahrelang körperlich schwere Arbeit verrichten müssen, die in Wechselschichten arbeiten oder in ihrem Beruf unter hoher nervlicher Anspannung stehen (vgl. Flothmann 2010). Hierbei ist zu beachten, dass bei einem um drei Jahre vorgezogenen Rentenbeginn mit einer dauerhaften Minderung der Rente um 10,8 % zu rechnen ist. Das durchschnittliche Zugangsalter beim Bezug einer Altersrente liegt bei rund 63 Jahren (vgl. Bäcker 2006).

Seit 2003 gibt es für 65-Jährige und Ältere in den Fällen, in denen die Alterseinkünfte auf Haushaltsebene zur Existenzsicherung nicht ausreichen, die Grundsicherung im Alter gemäß SGB XII (vgl. Loose 2008). Die Grundsicherung ist keine beitragsfinanzierte Leistung der Rentenversicherung, sondern wird durch Steuern aufgebracht. Die Höhe der Leistungen der Grundsicherung gemäß SGB XII entspricht ungefähr dem Niveau derer des ALG II (SGB II).

Ergänzend dazu wird im von der Hans-Böckler-Stiftung und dem Forschungsnetzwerk Alterssicherung in Auftrag gegebenen Altersübergangs-Report darauf hingewiesen, dass die Erwerbstätigkeit der über 65-Jährigen sich zunehmend erhöht (vgl. Brüssig 2010). In den vergangenen Jahren sind die durchschnittlichen Zahlbeträge für Neurentner sowie Neurentnerinnen stagniert oder gesunken. Als Folge dessen seien immer mehr junge Rentnerinnen und Rentner, deren Altersgeld zu knapp ist, an einem Zusatzverdienst aus Erwerbstätigkeit interessiert. Dazu passt der Befund, dass auch mehr 55- bis unter 65-Jährige Erwerbseinkommen mit Arbeitslosengeld II kombinieren. Gerade dieser Personenkreis wird das Altersgeld durch zusätzliches Arbeitseinkommen erhöhen müssen, da bei einem frühzeitigen Renteneintritt Abschlüsse drohen.

Aktuelle Zahlen des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg untermauern die Annahme des Altersübergangs-Reports. In Berlin gab es 2005 insgesamt 672,8 Tsd. Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren. Davon waren 321,2 Tsd. Personen erwerbstätig, 185,7 Tsd. bezogen eine Rente oder Pension (vgl. auch Abschnitt 3.1.1). Im Jahr 2009 ist ein gegenläufiger Trend festzustellen. Die Anzahl der Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren ging zurück auf 640,7 Tsd. (-32,1 Tsd. im Vergleich zu 2005). Dagegen stieg die Zahl der Erwerbstätigen innerhalb dieser Personengruppe auf 355,3 Tsd. (+34,1 Tsd. im Vergleich zu 2005), lediglich 129,6 Tsd. bezogen eine Rente oder Pension (-56,1 Tsd. im Vergleich zu 2005). Gerade bei den 60- bis unter 65-Jährigen ist ein deutlicher Rückgang der Renten-/Pensionsbezieher zu verzeichnen (137,7 Tsd. im Jahr 2005; 85,2 Tsd. im Jahr 2009).

5.2 Beschäftigungsquoten rentennaher Jahrgänge

Auf der Grundlage der Ergebnisse des Mikrozensus werden sogenannte **Erwerbstätigenquoten** ermittelt. Diese geben den prozentualen Anteil der Erwerbstätigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an. Eine Untergliederung nach Personen in Altersteilzeit erfolgt nicht.

Als **Erwerbstätige** gelten alle Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die in der Berichtswoche wenigstens eine Stunde für Lohn oder sonstiges Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfende Familienangehörige), selbständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen Freien Beruf ausüben.

Die nachfolgenden aktuellen Daten, die vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg auf der Grundlage des Mikrozensus zur Verfügung gestellt wurden, umfassen den Zeitraum von 2005 bis 2009.

Tabelle 5.1:

Erwerbstätigenquoten (Anteil der Erwerbstätigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe) in Berlin in den Jahren 2005 bis 2009 in Prozent (Jahresdurchschnittswerte) nach Alter

Alter / Staatsangehörigkeit	Erwerbstätigenquote im Jahr				
	2005	2006	2007	2008	2009
55 bis unter 65 Jahre insgesamt	40,4	42,2	45,8	47,6	51,7
dar. in Vollzeit	32,2	32,4	34,5	36,4	39,5
dar. in Teilzeit	8,3	9,7	11,3	11,2	12,2
55 bis unter 65 Jahre mit deutscher Staatsangehörigkeit	42,2	43,8	47,8	50,4	53,6
dar. in Vollzeit	34,0	34,1	36,2	38,8	41,7
dar. in Teilzeit	8,3	9,7	11,6	11,6	11,9
55 bis unter 65 Jahre mit ausländischer Staatsangehörigkeit	26,3	29,7	31,8	28,9	38,4
dar. in Vollzeit	18,1	20,0	22,5	20,7	23,7
dar. in Teilzeit	.	9,7	.	.	14,6

(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenIntArbSoz - II A -)

Durch die positive Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt in den Jahren vor der Finanzkrise sind in der Vergangenheit benachteiligte Gruppen wieder verstärkt in die Erwerbstätigkeit zurückgekehrt. Bei den 55- bis unter 65-Jährigen ist von 2005 bis 2009 ein deutlicher Anstieg der Erwerbstätigkeit (Voll- als auch Teilzeit) auffällig. Der Anteil Erwerbstätiger an der Altersgruppe stieg von 40,4 % auf 51,7 %. Diese positive Trendrichtung lässt sich im genannten Zeitraum sowohl für deutsche als auch ausländische Staatsangehörige verfolgen.

5.3 Atypische Beschäftigungsverhältnisse, Niedriglohnsektor (Risiko Erwerbstätigkeit)

Entwicklung der Beschäftigtenzahlen

Vom Stichtag 31.12.2005 bis zum 31.12.2009 ist die Zahl der Leiharbeitnehmer sowie Leiharbeitnehmerinnen um 9.072 bzw. 50,9 % auf 26.896 gestiegen (sv-pflichtig Beschäftigte: +7.877 bzw. +50,6 %; geringfügig Beschäftigte: +1.195 bzw. +53,1 %). Die Zahl der geringfügig Beschäftigten (Mini-Jobs) erhöhte sich um 26.150 bzw. 14,0 % auf 213.134 (ausschließlich geringfügig Beschäftigte: +9.767 bzw. +7,0 %; Nebenjob: +16.383 bzw. +33,9 %). Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (einschließlich Zeitarbeit und Midi-Jobber) vergrößerte sich im gleichen Zeitraum um 99.014 bzw. 9,7 % auf 1.117.515 (Vollzeit: +55.229 bzw. +6,7 %; Teilzeit: +42.669 bzw. +21,8 %). Die Zahl der Midi-Jobber stieg um 19.384 bzw. 37,8 % auf 70.712 (Voll- und Teilzeit). Die Zahl der Selbständigen hat sich im Jahresdurchschnitt 2005 bis 2009 um 19.700 bzw. 9,1 % auf 235.500 erhöht (vgl. Tabelle 5.2).

Der Zuwachs der Erwerbstätigen von 2005 bis 2009 um 122.600 bzw. 7,9 % beruht demnach überwiegend auf dem Anstieg von atypischen, vielfach gering entlohnnten Beschäftigungsverhältnissen.³¹

³¹ In der aktuellen Fachliteratur wird darauf verwiesen, dass atypische Beschäftigungsformen nicht per se prekär sind, wenngleich sie vielfach Merkmale von unsicheren, z. T. nicht auf einem Rechtsanspruch basierenden Beschäftigungsverhältnissen aufweisen. Daher setzt sich zunehmend der Standpunkt durch, dass atypische Beschäftigung nicht mit Prekarität gleichzusetzen ist.

Tabelle 5.2:
Beschäftigtenzahlen in Berlin in den Jahren 2003 bis 2009

IV. Quartal	Jahr			Veränderung			
	2003	2005	2009	2003 / 2009		2005 / 2009	
				absolut	in %	absolut	in %
SV-Pflichtige (einschl. Leiharbeit und Midi-Jobs)	1.065.256	1.018.501	1.117.515	52.259	4,9	99.014	9,7
dar. Vollzeit	868.591	822.644	877.873	9.282	1,1	55.229	6,7
dar. Teilzeit	196.061	195.283	237.952	41.891	21,4	42.669	21,8
Mini-Jobs (einschl. Leiharbeit)	158.788	186.984	213.134	54.346	34,2	26.150	14,0
dar. ausschließl.	121.617	138.628	148.395	26.778	22,0	9.767	7,0
dar. Nebenjob	37.171	48.356	64.739	27.568	74,2	16.383	33,9
Leiharbeit	12.765	17.824	26.896	14.131	110,7	9.072	50,9
dar. sv-pflichtig	11.208	15.575	23.452	12.244	109,2	7.877	50,6
dar. geringfügig	1.557	2.249	3.444	1.887	121,2	1.195	53,1
Midi-Jobs (Teilzeit und Vollzeit)	29.600	51.328	70.712	41.112	138,9	19.384	37,8
Jahresdurchschnitt							
Erwerbstätige	1.526.000	1.543.000	1.665.600	139.600	9,1	122.600	7,9
Selbständige	185.500	215.800	235.500	50.000	2,7	19.700	9,1

(Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit / AFS Berlin Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - II A -)

Niedrigeinkommen

Nicht zuletzt aufgrund des Anstiegs nicht armutsfester Beschäftigungsformen erzielen 364.700 Berliner und Berlinerinnen Nettoeinkommen von weniger als 900 € monatlich. Damit müssen 23,5 % aller Erwerbstätigen in Berlin (inklusive der über 65-Jährigen) von Nettoeinkommen an bzw. unterhalb der Pfändungsgrenze leben. Der Anteil solcher Niedrigeinkommensbezieher ist bei Frauen (25,9 %) deutlich höher als bei Männern (21,2 %) (vgl. auch Abschnitt 3.1.2). Da mit diesen niedrigen Einkommen vielfach nicht das Existenzminimum bestritten werden kann, müssen derzeit mehr als 110 000 Berliner und Berlinerinnen **ergänzende Leistungen nach dem SGB II** beziehen. Dem entsprechend sind rd. 7 % aller Erwerbstätigen in der Stadt trotz Arbeit auf ergänzendes Arbeitslosengeld II angewiesen, darunter auch viele Vollzeitbeschäftigte und Selbständige. Im Vergleich mit Städten wie München, Frankfurt/M., Köln, Hamburg und Bremen ist dies die höchste Quote bei den sogenannten „Aufstockern“. Berlin kann damit als „Hauptstadt“ prekärer Beschäftigung bezeichnet werden. Lediglich Leipzig kommt auf einen ähnlich hohen Anteil (vgl. Schuldt 2008). Auch für 2010 hält dieser Trend an. Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit waren im vergangenen Jahr rund 129.000 „Aufstocker“ zu verzeichnen (vgl. Tabelle 5.3).

Tabelle 5.3:
Beschäftigte mit SGB II-Leistungen (Aufstocker) am Wohnort Berlin 2007 bis 2009, absolut und Anteil an Gesamtbeschäftigte

IV. Quartal	Jahr						Veränderung	
	2007		2008		2009		2007 / 2009	
	absolut	Anteil in %	absolut	Anteil in %	absolut	Anteil in %	absolut	Anteil in %
SV-Pflichtige	60.532	6,2	61.969	6,2	62.542	6,2	+2.010	+3,3
Mini-Jobs (ausschließl.)	45.665	32,4	45.389	32,2	48.235	36,2	+2.570	+5,6

(Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit / Darstellung: SenIntArbSoz - II A -)

Mit unterdurchschnittlichen Erwerbseinkommen sehen sich der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung der Länder zufolge in Berlin insbesondere Arbeitnehmer sowie Arbeitnehmerinnen aus den Wirtschaftszweigen Private Haushalte, Land- und Forstwirtschaft, Fischerei, Gastgewerbe und Handel konfrontiert. Auch im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen, bei der Erbringung von

sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen sowie im Baugewerbe werden merklich unterdurchschnittliche Einkommen gezahlt.

Die meisten ausschließlich geringfügig Beschäftigten, d. h. abhängig Beschäftigte mit Arbeitseinkommen bis zu 400 Euro monatlich, sind im Dezember 2009 in den folgenden Wirtschaftszweigen tätig gewesen: Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (28.681), Gastgewerbe (24.141), Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (20.774), Gesundheits- und Sozialwesen (14.075). Auf diese vier Wirtschaftszweige zusammen entfallen 59,1 % aller ausschließlich geringfügig Beschäftigten.

Niedriglohnbeschäftigung

Die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales hat gemeinsam mit dem Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) eine Studie mit dem Titel „Ausmaß und Struktur prekärer Beschäftigung in Berlin - Ursachen sowie politische Handlungsmöglichkeiten“ in Auftrag gegeben. Als Gründe für die analysierte und mit den oben dargelegten aktualisierten Daten im Trend bestätigte Entwicklung in Berlin gibt die Studie u. a. Globalisierungs- und Europäisierungstendenzen von Wettbewerb und Arbeitsmärkten an. Sie verweist darüber hinaus auf die Rolle von Branchenspezifika, beispielsweise unetstetige, saisonal- und produktionsbezogen schwankende Beschäftigung oder gering qualifizierte Tätigkeiten (vgl. Schuldt 2008).

In der Bundesrepublik Deutschland hätten allerdings in den letzten Jahren auch politische Weichenstellungen zum Voranschreiten prekärer Beschäftigungsverhältnisse auf dem Arbeitsmarkt beigetragen. In Deutschland fehlen 6 Mio. Arbeitsplätze. Offiziell war die Zahl der registrierten Arbeitslosen im Jahr 2008 kurzzeitig unter die 3 Millionen-Grenze gesunken (vgl. Agentur für Arbeit 2010). Der Rückgang der Arbeitslosigkeit wurde jedoch keineswegs durch die Schaffung von normalen Vollzeitarbeitsstellen hervorgerufen. Diese haben im Zeitraum von 2001 bis 2008 sogar dramatisch um 2,1 Mio. abgenommen. Einen regelrechten Boom gibt es dafür bei allen möglichen Arten sogenannter schlechter Arbeit (bad-Jobs): 22 % der Menschen in Deutschland arbeiten für Niedriglöhne. Nirgendwo in Europa sind es mehr.

Bei den 1-Euro-Jobs ist bundesweit ein Plus von 300.000 zu verzeichnen, bei den Mini-Jobs ein Plus von 700.000, bei den Formen neuer (Schein-)Selbständigkeit ein Plus von 500.000. Ferner gab es eine massive Zunahme der Leiharbeit um 400.000 auf insgesamt mittlerweile rund 800.000 und gerade Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter zählen zu den ersten, die im Zuge der Finanzkrise entlassen bzw. „zurückgegeben“ werden. Darüber hinaus wurden durch eine Reihe von Rechtsänderungen viele früher als arbeitslos gezählte Menschen aus der Statistik entfernt. Die Bundesagentur zählt beispielsweise alle diejenigen Arbeitslosen nicht mehr in der Statistik, die durch private Vermittler betreut werden. Dies waren 2008 rund 300.000 Menschen.

Das Statistische Bundesamt hat im August 2009 konstatiert, dass in Deutschland der Anteil atypisch Beschäftigter nach Ergebnissen des Mikrozensus seit 1998 deutlich zugenommen hat. 1998 standen noch fast drei Viertel (72,6 %) der Erwerbstätigen in einem Normalarbeitsverhältnis. 2008 waren es nur noch 66,0 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2009). Mithin kann jeder bzw. jede vierte bis fünfte nicht von einem Job und seiner Hände Arbeit leben.

Geringqualifizierte sind von Niedriglöhnen überproportional und in steigendem Maße betroffen. Der Niedriglohnanteil dieser Beschäftigtengruppe stieg zwischen 1995 und 2006 um rund 47 %. Zugleich lag die Steigerungsrate aber in der zahlenmäßig weitaus größeren Gruppe der Beschäftigten mit abgeschlossener Berufsausbildung mit fast 70 % noch deutlich höher.

Im Jahr 2006 stammte nur noch knapp ein Viertel aller Niedriglohnbeschäftigten aus der Gruppe der formal Geringqualifizierten. Der Anteil von Beschäftigten mit abgeschlossener Berufsausbildung oder einem akademischen Abschluss an der Gesamtzahl der Niedriglohnbeschäftigten ist demge-

genüber von 66,5 % (1995) auf 79,6 % im Jahr 2008 deutlich gestiegen (vgl. Weinkopf/ Kalina 2010). Mittlerweile sind also fast vier von fünf Niedriglohnbeschäftigten in Deutschland formal qualifizierte Beschäftigte - ein auch im internationalen Vergleich extrem hoher Wert.

Als ein Grund für die rasche Zunahme der Niedriglöhne in der Bundesrepublik Deutschland wird die „Anfälligkeit des deutschen Tarifsystems für Außenseiterkonkurrenz“ angeführt. Da es keine verbindlichen Lohnuntergrenzen, z. B. durch einen gesetzlichen Mindestlohn oder allgemein verbindliche Tarifverträge, gibt, ist es möglich, auch Löhne unterhalb der Branchentarife zu zahlen. Das wachsende Lohngefälle in der Wirtschaft bietet zudem Anreize, zuvor gut bezahlte Tätigkeiten in Branchen und Betrieben mit geringeren Löhnen zu verlagern.

Insgesamt sei die Zunahme der Niedriglohnbeschäftigung in eine umfassendere Umverteilung der Einkommen von unten nach oben eingebettet, wozu auch die Hartz-Reformen beigetragen hätten. Dies stellen Gerhard Bosch, Thorsten Kalina und Claudia Weinkopf 2008 unter der Überschrift „Niedriglohnbeschäftigte auf der Verliererseite“ fest (vgl. Bosch et al. 2008).

Zwischen 1995 und 2006 sind der Studie zufolge die durchschnittlichen Realeinkommen in Deutschland wegen der nur geringen allgemeinen Lohnsteigerungen kaum gestiegen. Ein Teil der Beschäftigten, und hier insbesondere das untere Viertel, haben Reallöhne seit 1995 im Umfang von fast 14 % eingebüßt. Die Durchschnittslöhne im Niedriglohnsektor sind in den letzten Jahren kaum gestiegen bzw. teilweise sogar gesunken (vgl. Weinkopf/ Kalina 2010). Die durchschnittlichen Stundenlöhne sanken beispielsweise von 7,23 Euro im Jahr 2000 auf 6,88 Euro im Jahr 2006. Die Einkommensumverteilung hat also die untersten Lohngruppen am härtesten getroffen, Reallohnverluste reichen aber bis in die mittleren Einkommensgruppen hinein.

5.4 Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach SGB II im Alter von 50 bis unter 65 Jahren

Mit Stand vom 31.12.2009 erhielten in Berlin insgesamt 96.434 Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren Leistungen nach SGB II zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes. Das sind 15,6 % der Einwohner und Einwohnerinnen gleichen Alters. 98,8 % dieser Leistungsempfängerinnen und -empfänger gelten als **erwerbsfähige Hilfebedürftige (eHb)**. Lediglich 1.156 Personen der Altersgruppe zählen als **nichterwerbsfähige Hilfebedürftige (nEf)** gemäß SGB II (0,19 % der Einwohner bzw. Einwohnerinnen). Aufgrund der Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen für nichterwerbsfähige Hilfebedürftige erhält die überwiegende Mehrzahl nichterwerbsfähiger Hilfebedürftiger Leistungen der Sozialhilfe gemäß SGB XII (vgl. Abschnitt 5.5). Daher wird in diesem Abschnitt auf eine ausführliche Betrachtung nichterwerbsfähiger Hilfebedürftiger verzichtet.

Erwerbsfähige Hilfebedürftige (eHb) sind Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erwerbsfähig und hilfebedürftig sind und damit Anspruch auf **Arbeitslosengeld II** haben.

Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige (nEf) sind alle Personen innerhalb einer Bedarfsgemeinschaft, die entweder noch nicht im erwerbsfähigen Alter sind oder aufgrund ihrer gesundheitlichen Leistungsfähigkeit und eventuell rechtlicher Einschränkungen nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu arbeiten. Sie können als nicht erwerbsfähige Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft bei Hilfebedürftigkeit Leistungen in Form von Sozialgeld (SG) erhalten, wobei Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) gegenüber dem Sozialgeld vorrangig sind. Nicht erwerbsfähige Personen, die nicht in Bedarfsgemeinschaften mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen leben, erhalten Leistungen im Rahmen des SGB XII.

Hilfebedürftig ist, wer seine Eingliederung in Arbeit sowie seinen Lebensunterhalt und den Lebensunterhalt der mit ihm in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln sichern kann und die erforderliche Hilfe auch nicht von anderen (Angehörige, andere Leistungsträger) erhält.

Seit dem Jahr 2005 ist in Berlin ein stetiger Anstieg der Anzahl der **erwerbsfähigen Hilfebedürftigen** im Alter ab 50 Jahren zu beobachten (vgl. Tabelle 5.4).

Tabelle 5.4:

Erwerbsfähige Hilfebedürftige (eHb) gemäß SGB II im Alter ab 50 Jahren in Berlin in den Jahren 2005 bis 2010, nach Altersgruppe und Geschlecht

Jahr	insg. eHb	darunter											
		50 bis unter 55 Jahre				55 bis unter 65 Jahre				50 bis unter 65 Jahre			
		insg.		darunter		insg.		darunter		insg.		darunter	
		absolut	Ant. in %	Männer	Frauen	absolut	Ant. in %	Männer	Frauen	absolut	Ant. in %	Männer	Frauen
Ende Juni													
2005	407.618	34.748	8,5	19.011	15.737	41.986	10,3	24.515	17.471	76.734	18,8	43.526	33.208
2006	452.148	37.259	8,2	20.497	16.762	47.819	10,6	27.298	20.521	85.078	18,8	47.795	37.283
2007	459.437	38.881	8,5	21.379	17.502	51.945	11,3	28.990	22.955	90.826	19,8	50.369	40.457
2008	449.496	39.185	8,7	21.508	17.677	54.854	12,2	30.167	24.687	94.039	20,9	51.675	42.364
2009	440.551	39.213	8,9	21.619	17.594	55.569	12,6	30.390	25.179	94.782	21,4	52.009	42.773
2010	443.889	40.828	9,3	22.744	18.084	57.691	13,2	31.517	26.174	98.519	22,5	54.261	44.258
Ende Dezember													
2005	432.950	36.053	8,3	19.769	16.284	44.786	10,3	25.845	18.941	80.839	18,7	45.614	35.225
2006	451.638	37.902	8,4	20.755	17.147	49.653	11,0	28.000	21.653	87.555	19,4	48.755	38.800
2007	449.188	38.841	8,6	21.324	17.517	53.196	11,8	29.463	23.733	92.037	20,5	50.787	41.250
2008	434.100	38.190	8,8	20.873	17.317	54.585	12,6	30.001	24.584	92.775	21,4	50.874	41.901
2009	438.056	39.397	9,0	21.782	17.615	55.881	12,8	30.473	25.408	95.278	21,8	52.255	43.023
2010	431.400	40.895	9,5	22.702	18.193	58.119	13,5	31.787	26.332	99.014	23,0	54.489	44.525

(Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit / Darstellung: SenIntArbSoz - II A -)

Besonders auffällig ist der sprunghafte Anstieg der absoluten Zahlen zwischen 2005 und 2006. Insgesamt stieg in diesem kurzen Zeitraum die Anzahl der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen aller Jahrgänge von 407.618 (Juni 2005) auf 452.148 (Juni 2006). 2005 ist auch das Jahr, in dem das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz IV) in Kraft trat. Es ist davon auszugehen, dass die Neuregelung des SGB II zu einem sogenannten Hartz IV-bedingten Anstieg der Arbeitslosigkeit führte. Personen, die bis Ende 2004 Sozialhilfe bezogen und nicht bei den Agenturen für Arbeit arbeitslos gemeldet waren, werden seither statistisch erfasst.

Der Trend in den vergangenen Jahren ist eindeutig. Seit 2005 steigt in Berlin die Anzahl der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen bei den über 50-Jährigen. Nahezu jede bzw. jeder vierte Hilfebedürftige ist über 50 Jahre alt. Dies ist zumindest zum Teil auf die demografische Entwicklung der Gesamtbevölkerung zurückzuführen. Auffällig ist, dass Männer öfter betroffen sind als Frauen. Das könnte daran liegen, dass in den letzten Jahren insbesondere in männerdominierten Branchen (produzierendes Gewerbe) Arbeitskräfte in die Hilfebedürftigkeit entlassen wurden.

Ein weiterer Grund für den leichten Anstieg könnte das Auslaufen der sogenannten „58er Regelung“ zu Beginn des Jahres 2008 sein. Nach § 428 SGB III (Drittes Buch Sozialgesetzbuch - Arbeitsförderung -) hatten erwerbsfähige Hilfebedürftige, die das 58. Lebensjahr vollendet haben, die Möglichkeit, Arbeitslosengeld zu beziehen, ohne der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen zu müssen. Personen, die diesen erleichterten Leistungsbezug in Anspruch nahmen, gelten statistisch nicht als arbeitslos. Das Auslaufen dieser Regelung hat dazu geführt, dass ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen dem Arbeitsmarkt länger zur Verfügung stehen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2008).

Sozialräumliche Verteilung

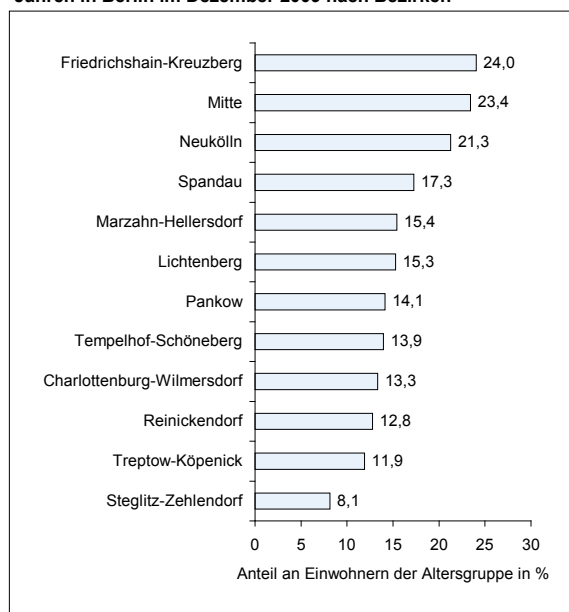
Bei der Verteilung der Leistungsempfänger nach SGB II von 50 bis unter 65 Jahren auf die Berliner **Bezirke** zeigen sich deutliche Unterschiede. Die meisten leben in den Bezirken Mitte und Neukölln, gefolgt von Tempelhof-Schöneberg, Charlottenburg-Wilmersdorf, Marzahn-Hellersdorf und Friedrichshain-Kreuzberg. Die mit Abstand niedrigste Anzahl ist in Steglitz-Zehlendorf wohnhaft. Nach der Anzahl der Leistungsempfänger und -empfängerinnen im Alter von 50 bis unter 55 Jahren ist die Rangfolge der Bezirke ähnlich, Marzahn-Hellersdorf und Friedrichshain-Kreuzberg liegen hier

noch vor den Bezirken Tempelhof-Schöneberg und Charlottenburg-Wilmersdorf. Die Zahl nicht-erwerbsfähiger Hilfebedürftiger ist in allen Bezirken bedeutend geringer und schwankt zwischen 48 in Lichtenberg und 179 in Neukölln (vgl. Tabelle 5.5).

Tabelle 5.5:**Personen mit Leistungen gemäß SGB II von 50 bis unter 65 Jahren in Berlin im Dezember 2009 nach Bezirken**

Bezirk	erwerbsfähige Hilfebedürftige (eHb)		nichterwerbsfähige Hilfebedürftige (nef)	insgesamt
	50 - u. 55 J.	55 - u. 65 J.	50 - u. 65 J.	
Mitte	4.977	6.859	144	11.980
Friedrichshain-Kreuzberg	3.596	4.447	121	8.164
Pankow	3.004	3.959	51	7.014
Charlottenburg-Wilmersdorf	3.236	5.738	98	9.072
Spandau	3.098	4.139	79	7.316
Steglitz-Zehlendorf	1.815	2.968	65	4.848
Tempelhof-Schöneberg	3.537	5.630	146	9.313
Neukölln	4.806	6.657	179	11.642
Treptow-Köpenick	1.998	2.771	50	4.819
Marzahn-Hellersdorf	3.698	4.892	57	8.647
Lichtenberg	3.068	4.105	48	7.221
Reinickendorf	2.525	3.621	118	6.264
nicht zuordenbar	39	95	-	134
Berlin	39.397	55.881	1.156	96.434

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 5.1:**Personen mit Leistungen gemäß SGB II von 50 bis unter 65 Jahren in Berlin im Dezember 2009 nach Bezirken**

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

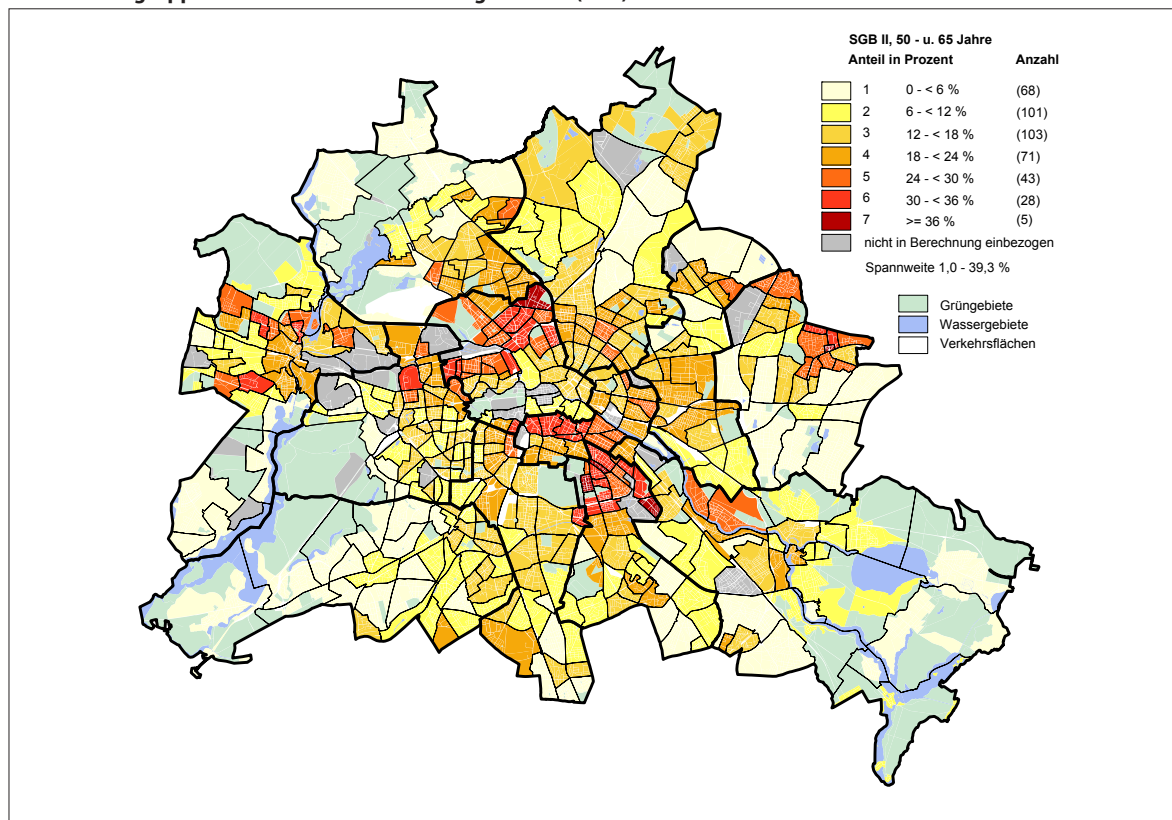
In Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte und Neukölln ist mehr als jede fünfte Einwohnerin bzw. jeder fünfte Einwohner dieser Altersgruppe auf Leistungen nach dem SGB II angewiesen, in Steglitz-Zehlendorf dagegen nicht einmal jede bzw. jeder zehnte (vgl. Abbildung 5.1).

Bei kleinräumiger Betrachtung³² nach **Planungsräumen** kristallisieren sich insbesondere in Planungsräumen der Prognoseräume Neukölln, Gesundbrunnen, Moabit, Wedding, Spandau, Kreuzberg und Hellersdorf besondere Brennpunkte heraus, in denen mehr als jede sowie jeder Dritte bzw. Vierte im Alter zwischen 50 und 64 Jahren hilfebedürftig ist. An der Spitze steht der Planungsraum Helle Mitte (Marzahn-Hellersdorf), wo rund vier von zehn Einwohnerinnen und Einwohner im Alter zwischen 50 und 65 Jahren SGB II-Leistungen beziehen. Mehr als ein Drittel der gleichaltrigen Einwohnerinnen und Einwohner sind in 6 Planungsräumen des Prognoseräumtes Neukölln sowie in den Planungsräumen Soldinerstraße, Beusselkiez, Reinickendorfer Straße (Mitte), Oranienplatz (Friedrichshain-Kreuzberg), Germaniagarten (Tempelhof-Schöneberg) und Darbystraße (Spandau) betroffen (vgl. Abbildung 5.2, Anhangstabelle).

³² Zum räumlichen Bezug vgl. auch Abschnitt 1.6

Abbildung 5.2:

Empfänger/innen von Grundsicherung nach dem SGB II am 31.12.2009 in Berlin im Alter von 50 bis unter 65 Jahren, Anteil an der Altersgruppe der Einwohner nach Planungsräumen (LOR)



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

5.5 Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung nach SGB XII bei Erwerbsminderung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren

Am 31.12.2009 erhielten insgesamt 4.342 Berlinerinnen und Berliner im Alter von 50 bis unter 65 Jahren Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel und 12.110 Personen Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII. Der Anteil an den 50- bis unter 65-jährigen Einwohnern und Einwohnerinnen betrug hinsichtlich der Grundsicherung 2,0 % und hinsichtlich Hilfe zum Lebensunterhalt 0,7 %³³.

Außerhalb von Einrichtungen lebten zum genannten Stichtag 43 % (1.865) der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt und 83 % (10.006) der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen.³⁴ Die hohe Zahl der Grundsicherungsberechtigten erklärt sich aus der Rechtsnatur dieser Leistung, die in aller Regel auf Dauer ausgerichtet ist. Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen wird hingegen in der Mehrzahl der Fälle nur für einen kurzen Zeitraum gewährt, z. B. bei vorübergehend fehlender Erwerbsfähigkeit oder während des Feststellungsverfahrens, ob eine dauerhafte volle Erwerbsminderung vorliegt (nähere Erläuterung der rechtlichen Voraussetzungen siehe Abschnitt 3.3.1).

Die Anzahl der **in Einrichtungen** untergebrachten Leistungsempfänger und -empfängerinnen ist bei beiden Hilfearten etwa gleich hoch. Während Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen

³³ Eventuelle Abweichungen der Quoten zu den im Kapitel 3 referierten können dadurch entstehen, dass dort die fortgeschriebene Bevölkerung als Bezugsgröße verwendet werden musste, in allen anderen Kapiteln die einwohnermelderechtlich registrierten Einwohner. Vgl. dazu auch Abschnitt 1.7.

³⁴ Für knapp 200 außerhalb von Einrichtungen lebende Personen wurden zum Stichtag sowohl Leistungen nach dem 3. als auch nach dem 4. Kapitel SGB XII gebucht.

am 31.12.2009 insgesamt 2.497 Leistungsberechtigten gewährt wurde, erhielten zeitgleich 2.104 Personen in Einrichtungen Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (vgl. Tabelle 5.6).

Zum Stichtag 31.12.2010 erhöhte sich die Zahl der 50- bis unter 65-Jährigen Personen mit Grundsicherung auf 13.103 (darunter 10.970 außerhalb von Einrichtungen) sowie der Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt auf 4.641 (darunter 2.007 außerhalb von Einrichtungen). Die Quote der Grundsicherungsempfänger sowie -empfängerinnen beträgt nun 2,1 %, die der Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt bleibt bei 0,7 %.

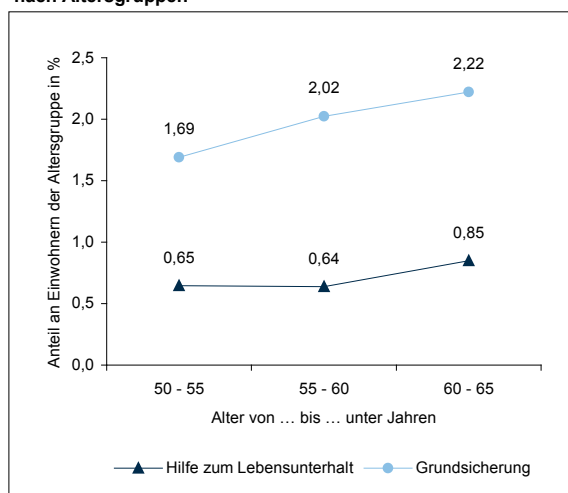
5.5.1 Altersstruktur

Nach Altersgruppen (je fünf Altersjahre zusammengefasst) differenziert nimmt die **Anzahl** der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt zwischen 50 und unter 65 Jahren

jeweils eine Größenordnung von knapp 1.400 bis knapp 1.500 ein. Die Anzahl der Personen mit Grundsicherung in der Altersgruppe von 50 bis unter 55 Jahren und in der Altersgruppe von 60 bis unter 65 Jahren beträgt jeweils knapp 3.900. Im Alter von 55 bis unter 60 Jahren ist die Anzahl der Grundsicherungsbezieher und -bezieherinnen um ca. 10 % höher, was vornehmlich auf Personen außerhalb von Einrichtungen zurückzuführen ist.

Der Anteil der Personen mit Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII an der gleichaltrigen Bevölkerung - die **Empfängerquote** - steigt von Altersgruppe zu Altersgruppe. Dies wird insbesondere bei den Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern deutlich, deren Quote für die 50- bis unter 55-Jährigen bei 1,7 % und für die 60- bis unter 65-Jährigen bereits bei 2,2 % liegt. (vgl. Abbildung 5.3; Tabelle 5.6).

Abbildung 5.3:
Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung bei Erwerbsminderung gemäß SGB XII in Berlin am 31.12. 2009 nach Altersgruppen



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Tabelle 5.6:
Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung bei Erwerbsminderung gemäß SGB XII in Berlin am 31.12.2009 nach Altersgruppen und Ort der Hilfestellung

Alter von ... bis unter ... Jahren	Hilfe zum Lebensunterhalt ¹⁾			Grundsicherung		
	insgesamt	a. E.	i. E.	insgesamt	a. E.	i. E.
50 - 65	4.342	1.865	2.497	12.110	10.006	2.104
50 - 55	1.485	590	905	3.881	3.092	789
55 - 60	1.369	491	885	4.340	3.609	731
60 - 65	1.488	784	707	3.889	3.305	584

¹⁾ a. E. + i. E. > als insgesamt, da einige Fälle unter beiden Orten der Hilfeleistung vorhanden sind

(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Empfänger und Empfängerinnen von Transferleistungen gemäß SGB XII insgesamt

Um einen Überblick darüber zu bekommen, wie viele Menschen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren in Berlin anspruchsberechtigt auf Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes sind, wurden für den Stichtag 31.12.2009 unter Herausrechnung der Doppelzählung derjenigen, die Leistungen **beider** Leistungsbereiche erhielten, die Empfänger und

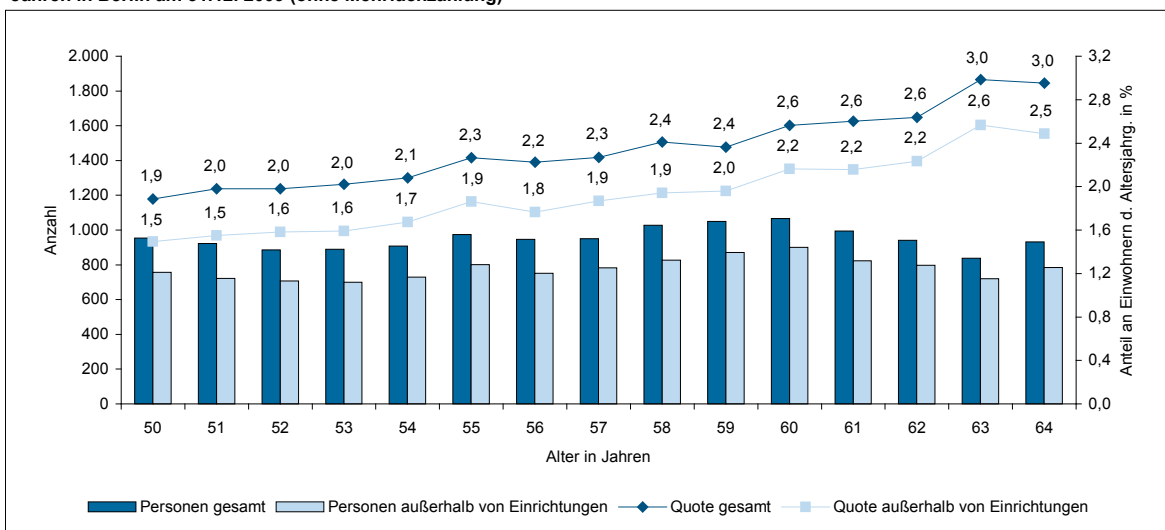
Empfängerinnen von Hilfe zum Lebensunterhalt mit den Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung addiert.

Demnach lebten am Stichtag 14.280 Berlinerinnen und Berliner von Transferleistungseinkommen zur Sicherung des Lebensunterhaltes gemäß SGB XII. Auf die Zahl der Einwohner bzw. Einwohnerinnen bezogen sind dies 2,3 % der Bevölkerung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren, die zu den 15,6 % der Personen mit SGB II-Leistungen selbigen Alters noch hinzukommen (vgl. Abschnitt 5.4).

Von den Berlinerinnen und Berlinern mit Transferleistungen nach SGB XII lebten am Stichtag 11.675 in ihrem **häuslichen Umfeld** (1,9 % der Bevölkerung der Altersgruppe). Die Quote für die einzelnen Altersjahrgänge außerhalb von Einrichtungen liegt fast durchgängig um ca. 0,4 Prozentpunkte unter der jeweiligen Quote für **alle** Leistungsempfänger und -empfängerinnen des Altersjahrgangs.

Der Anteil der leistungsbeziehenden Einwohnerinnen und Einwohner steigert sich mit dem Alter und ist mit jeweils 3 % (außerhalb von Einrichtungen: 2,6 % bzw. 2,5 %) am höchsten bei den Altersjahrgängen der 63- und 64-Jährigen. Mit dem Alter zunehmende gesundheitliche Belastungen in Kombination mit prekären Einkommenslagen wirken sich hier unmittelbar aus. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass Personen, die dauerhaft erwerbsgemindert kurz vor dem gesetzlichen Rentenalter stehen und inklusive eventueller Erwerbsminderungsrenten nicht über ausreichende Einkünfte verfügen, auch mit Überschreiten der Regelaltersgrenze für den Bezug einer Altersrente auf Dauer abhängig von staatlichen Sozialleistungen bleiben müssen (vgl. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4:
Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung bei Erwerbsminderung gemäß SGB XII im Alter von 50 bis unter 65 Jahren in Berlin am 31.12. 2009 (ohne Mehrfachzählung)



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Entwicklung seit 2007

Die Zahl der Empfänger und Empfängerinnen von Transferleistungen gemäß SGB XII zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes gesamt (ohne Doppelzählung - siehe oben) ist seit dem Jahresende 2007 in etwa gleich geblieben. Das betrifft auch die entsprechende Empfängerquote, welche sich nur sehr leicht um 0,1 Prozentpunkte auf 2,3 % erhöht hat.

Die Zahl der Leistungsempfänger und -empfängerinnen in den drei **Altersgruppen** (jeweils fünf Altersjahrgänge) hat sich unterschiedlich entwickelt. Die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger von 50 bis unter 55 Jahren nahm zu, die Zahl derer im Alter von 60 bis unter 65 Jahren ab und schwankte bei denen im Alter zwischen 55 bis unter 60 Jahren. Bezogen auf die Zahl der

Tabelle 5.7:
Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung
bei Erwerbsminderung gemäß SGB XII im Alter von 50 bis
unter 65 Jahren in Berlin am 31.12. der Jahre 2007 bis 2009

Stichtag 31.12. des Jahres	Alter von ... bis unter ... Jahren			
	50 - 55	55 - 60	60 - 65	50 - 65 insgesamt
Anzahl gesamt¹				
2007	4.127	4.778	5.125	14.030
2008	4.512	5.031	5.062	14.605
2009	4.560	4.948	4.772	14.280
Empfängerquote gesamt in %¹				
2007	1,8	2,2	2,7	2,2
2008	2,0	2,3	2,8	2,3
2009	2,0	2,3	2,7	2,3
Empfängerquote Hilfe zum Lebensunterhalt in %				
2007	0,4	0,4	0,7	0,5
2008	0,3	0,3	0,6	0,4
2009	0,3	0,2	0,4	0,3
Empfängerquote Grundsicherung in %				
2007	1,3	1,7	1,8	1,6
2008	1,6	1,9	2,1	1,8
2009	1,7	2,0	2,2	2,0

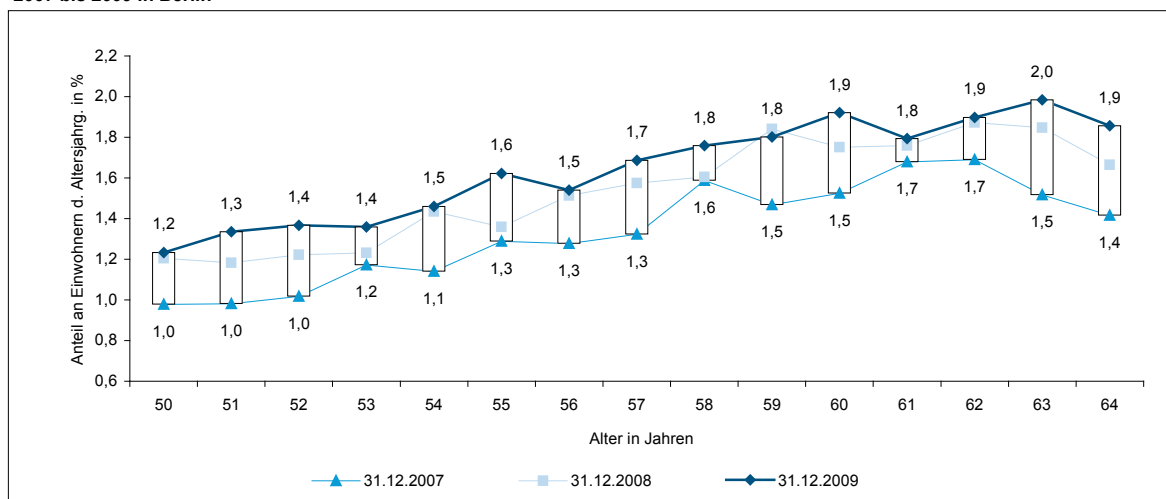
¹ mit Mehrfachzählung

(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ, AfS Berlin-Brandenburg /
 Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Einwohner und Einwohnerinnen in den einzelnen Altersgruppen lassen sich jedoch noch keine klaren Trends erkennen. Dennoch ist erkennbar, dass die Empfängerquoten für Grundsicherung seit 2007 in etwas stärkerem Maße gestiegen sind, als sie für Hilfe zum Lebensunterhalt gesunken sind (vgl. Tabelle 5.7).

Bei Differenzierung der Empfängerquote für die **Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen** nach **Altersjahrgängen**, fallen besonders die Altersjahrgänge der 60-, 63- und 64-Jährigen auf, bei denen nicht nur die Empfängerrate mit dem Stand 2009 am höchsten ist, sondern die gleichzeitig die stärksten Zuwächse erfuhren. Ein Teil der Zuwächse bei der Grundsicherung, insbesondere die starken Zuwächse bei den ältesten beiden Altersjahrgängen, können eventuell mit einer Verschiebung aus der Hilfe zum Lebensunterhalt in die Grundsicherung erklärt werden. Die darüber hinaus gehenden Zuwächse bei der Grundsicherung sind demnach „Netto“-Zuwächse von Empfängern und Empfängerinnen (vgl. Abbildung 5.5).

Abbildung 5.5:
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII außerhalb von Einrichtungen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren am 31.12. der Jahre
2007 bis 2009 in Berlin



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

5.5.2 Geschlechtsspezifik

Von den insgesamt 12.110 Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren, die am 31.12.2009 in Berlin mit Bezügen von Grundsicherungsleistungen lebten, waren 5.510 bzw. 45 % weiblichen und 6.600 bzw. 55 % männlichen Geschlechts. Hilfe zum Lebensunterhalt erhielten 1.949 Frauen (45 %) und 2.393 Männer (55 %) im Alter von 50 bis unter 65 Jahren.

Dabei lagen die Empfängerquoten der Frauen unter denen der Männer. Hilfe zum Lebensunterhalt benötigten 0,6 % der Frauen und 0,8 % der Männer, Grundsicherung bei Erwerbsminderung 1,8 % der Frauen und 2,2 % der Männer der Altersgruppe.

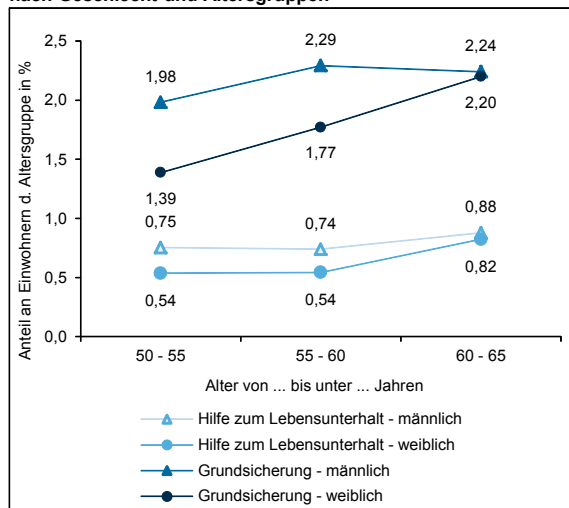
Am Jahresende 2010 bezogen 2.570 Männer (Quote: 0,8 %) und 2.071 Frauen (Quote: 0,6 %) Hilfe zum Lebensunterhalt und 7.144 Männer (Quote: 2,3 %) und 5.959 Frauen (Quote: 1,9 %) Grundsicherung gemäß SGB XII.

Die Anteile der Bevölkerung mit Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes sind bei Frauen und Männern in Berlin jeweils höher als im Durchschnitt für **Deutschland**. Bezogen auf die fortgeschriebene Bevölkerung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren erhalten in Deutschland gesamt 0,4 % der Frauen und 0,5 % der Männer Hilfe zum Lebensunterhalt sowie 0,8 % der Frauen und 0,9 % der Männer Grundsicherung (Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Bezug: fortgeschriebene Bevölkerung).

Bei näherer Betrachtung der **Berliner** Empfängerzahlen in den Teil-**Altersgruppen** erkennt man bei beiden Hilfearten, dass in den Altersgruppen 50 bis unter 55 Jahre und 55 bis unter 60 Jahre die Männer in höherem Maße als die Frauen hilfebedürftig sind. Das ändert sich bei den 60- bis unter 65-Jährigen, hier sind die Empfängerraten beider Geschlechter und für beide Hilfearten mit einem minimalen Vorsprung der Männer nahezu identisch.

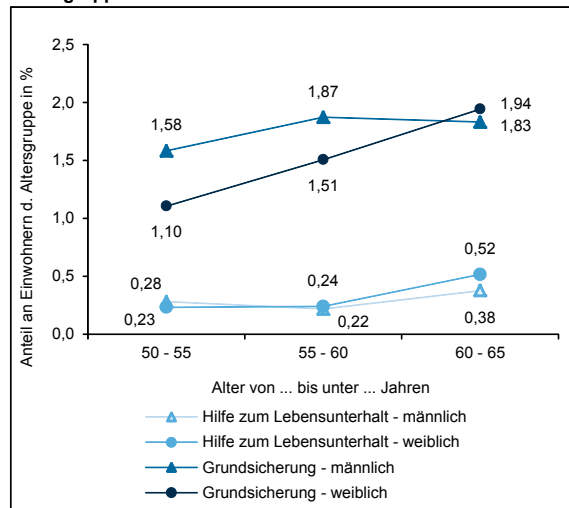
Bei den **im häuslichen Umfeld** lebenden Männern und Frauen im Alter zwischen 60 und 65 Jahren ist die Wahrscheinlichkeit für ältere Frauen, Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt beantragen zu müssen, bereits leicht höher als für die gleichaltrigen Männer (vgl. Abbildungen 5.6 und 5.7). Wie im Abschnitt 4.1.2 dargestellt wurde, verschiebt sich mit Überschreiten der Rentenaltersgrenze das Ungleichgewicht noch wesentlich stärker zuungunsten der Frauen.

Abbildung 5.6:
Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung bei Erwerbsminderung gemäß SGB XII in Berlin am 31.12.2009 nach Geschlecht und Altersgruppen



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 5.7:
Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung bei Erwerbsminderung gemäß SGB XII außerhalb von Einrichtungen in Berlin am 31.12.2009 nach Geschlecht und Altersgruppen



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

5.5.3 Staatsangehörigkeit

Die Mehrzahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger im Alter von 50 bis unter 65 Jahren besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit. 3.970 Berlinerinnen und Berliner mit Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt waren am 31.12.2009 Deutsche, 372 waren Ausländer. Unter den Empfänge-

rinnen und Empfängern von Grundsicherungsleistungen gleichen Alters waren 10.649 deutscher und 1.461 nichtdeutscher Staatsangehörigkeit.

Rund 0,7 % der 50- bis unter 65-jährigen Deutschen waren im Jahr 2009 abhängig von Hilfe zum Lebensunterhalt, bei den ausländischen Einwohnerinnen und Einwohnern betrug deren Anteil nur rund 0,5 %. In der gleichen Altersgruppe ist der Anteil der Personen mit Grundsicherungsleistungen bei den Berliner Deutschen und Ausländern sowie Ausländerinnen mit ca. 2 % gleich hoch.

Am 31.12.2010 bezogen 4.262 Deutsche (Quote: 0,8 %) und 379 Ausländer bzw. Ausländerinnen (Quote: 0,5 %) Hilfe zum Lebensunterhalt sowie 11.453 Deutsche (Quote: 2,0 %) und 1.650 Ausländerinnen bzw. Ausländer (Quote: 2,3 %) Grundsicherung gemäß SGB XII.

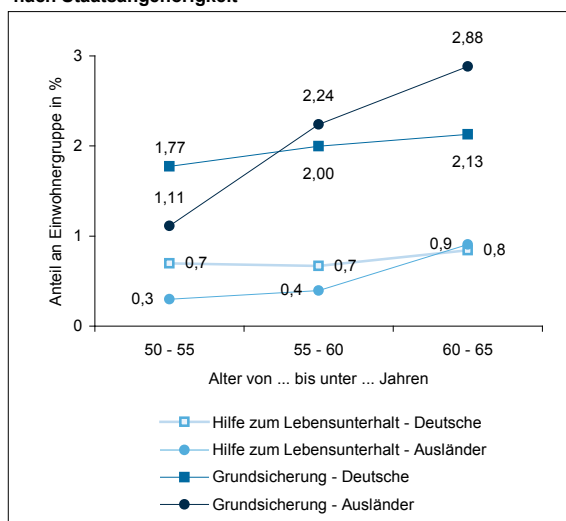
Im **deutschland**weiten Durchschnitt erhalten 0,5 % der Deutschen und 0,4 % der Ausländer bzw. Ausländerinnen Hilfe zum Lebensunterhalt sowie 0,8 % der Deutschen und 1,1 % der Ausländer und Ausländerinnen der Altersgruppe Grundsicherung (Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Bezug: fortgeschriebene Bevölkerung).

Bezieht man die Empfängerzahlen differenziert nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit auf die Einwohnerzahlen ist zu beachten, dass mit zunehmendem Alter die **Empfängerquoten** von Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung unter den Ausländern bzw. Ausländerinnen in Berlin deutlich höher liegen als bei den Deutschen. In der Altersgruppe zwischen 60 und 65 Jahren liegen die Empfängerquoten der ausländischen Bevölkerung bereits weit über denen der deutschen (vgl. Abbildungen 5.8 und 5.9).

Ort der Leistungsgewährung

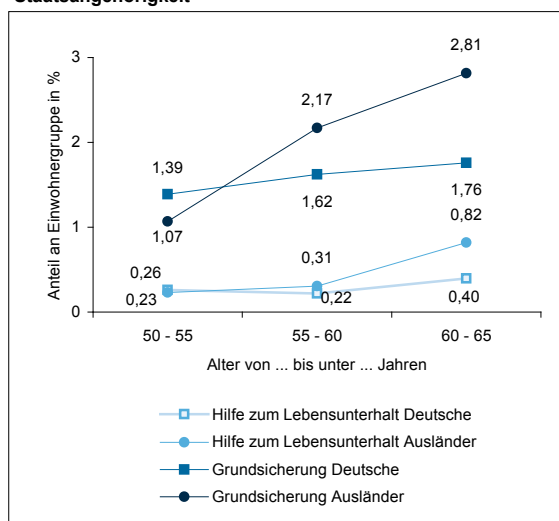
Unter den in Einrichtungen untergebrachten Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern der Altersgruppe von 50 bis unter 65 Jahren machen Nichtdeutsche lediglich einen Anteil von 2,1 % (44 Personen) aus. Bei Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt stellen ausländische Berlinerinnen und Berliner, die in Einrichtungen leben, einen Anteil von rund 2,5 % bzw. 62 Personen. Daher verwundert nicht, dass das nach Staatsangehörigkeit differenzierte Muster der altersgruppenspezifischen Empfängerquoten außerhalb von Einrichtungen sich kaum von dem für die Empfängerquoten insgesamt unterscheidet (vgl. Abbildungen 5.8 und 5.9).

Abbildung 5.8:
Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung bei Erwerbsminderung gemäß SGB XII in Berlin am 31.12.2009 nach Staatsangehörigkeit



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 5.9:
Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung bei Erwerbsminderung gemäß SGB XII außerhalb von Einrichtungen in Berlin am 31.12.2009 nach Staatsangehörigkeit

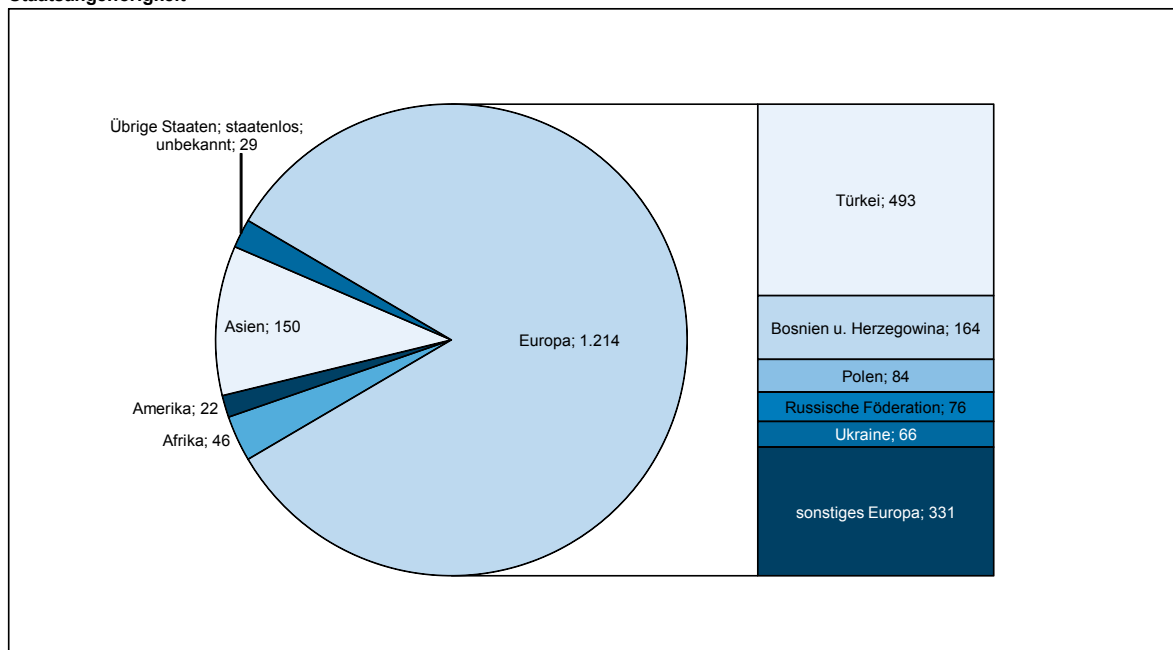


(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Herkunftsstaaten

Mit 83 % bzw. 1.214 der in Berlin lebenden ausländischen Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung bei Erwerbsminderung³⁵ im Alter von 50 bis unter 65 Jahren stammt der allergrößte Teil aus einem europäischen Staat. Die überwiegende Mehrzahl (40,6 %) der europäischen Nichtdeutschen besitzt die türkische Staatsbürgerschaft. Die übrigen Herkunftsländer verteilen sich zum überwiegenden Teil auf Osteuropa. Unter den Nichteuropäern nimmt die Herkunft aus einem zu Asien gehörenden Staat den größten Anteil ein (vgl. Abbildung 5.10). Jeweils ein Fünftel der aus Asien Stammenden kommt aus dem Libanon oder dem Iran.

Abbildung 5.10:
Ausländische Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII im Alter von 50 bis unter 65 Jahren in Berlin am 31.12.2009 nach Staatsangehörigkeit



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Staatsangehörigkeit und Geschlecht

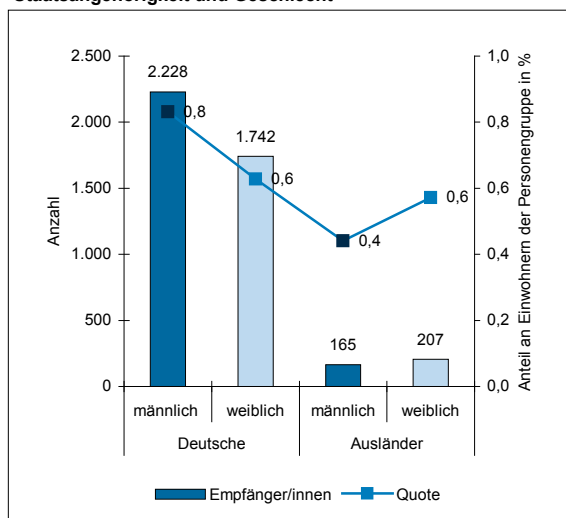
Unter geschlechterdifferenzierter Betrachtung der Transferleistungsempfängerquoten für die 50-bis unter 65-Jährigen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit.

Unter den deutschen Männern und Frauen mit **Hilfe zum Lebensunterhalt** liegt die Empfängerquote der Männer (0,8 %) deutlich über der der Frauen (0,6 %), sie ist aber auch doppelt so hoch wie die der ausländischen Männer (0,4 %). Unter den ausländischen Empfängern sowie Empfängerinnen fällt demgegenüber auf, dass hier die Frauen eine höhere Empfängerquote aufweisen als die ausländischen Männer (vgl. Abbildung 5.11).

Auch aus dem Vergleich der Empfängerquoten für Leistungen zur **Grundsicherung** bei Erwerbsminderung wird ersichtlich, dass deutsche Männer gegenüber deutschen Frauen ein höheres Risiko haben, auf Grundsicherung angewiesen zu sein. Bei den ausländischen Berlinerinnen und Berlinern dagegen stellt sich wie bei der Hilfe zum Lebensunterhalt heraus, dass die Frauen mit 2,4 % eine wesentlich höhere Leistungsquote haben als gleichaltrige ausländische Männer (1,6 %). Die Empfängerquote der ausländischen Frauen liegt auch über der der deutschen Frauen (1,7 %) und deutschen Männer (2,2 %) (vgl. Abbildung 5.12).

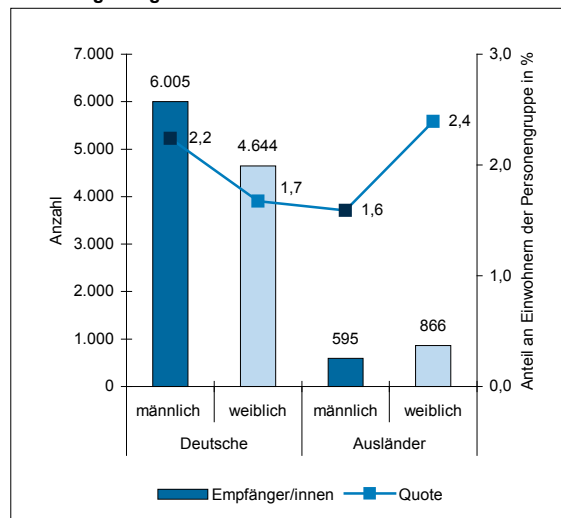
³⁵ Wegen der niedrigen ausländischen Empfängerzahl bei der Hilfe zum Lebensunterhalt wird hier auf die Nationalität nicht näher eingegangen.

Abbildung 5.11:
 Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß SGB XII im Alter von 50 bis unter 65 Jahren in Berlin am 31.12.2009 nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 5.12:
 Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII im Alter von 50 bis unter 65 Jahren in Berlin am 31.12.2009 nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

So ist festzuhalten, dass Ausländerinnen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren einem besonders hohen Risiko zur Abhängigkeit von Transferleistungen nach SGB XII zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes unterliegen.

5.5.4 Sozialräumliche Verteilung und Beziehungen zu anderen Indikatoren des Transferleistungsbezuges

5.5.4.1 Bezirkliche Ebene

Empfängerzahl

Die meisten **Grundsicherung**sempfänger und -empfängerinnen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren leben in den Bezirken Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg und Mitte, die wenigsten in den Bezirken Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf und Steglitz-Zehlendorf. Die Empfängerzahlen machen hier weit weniger als die Hälfte derer der Spitzenreiterbezirke aus. Insgesamt fällt auf, dass eher in zentrumsnah gelegenen Bezirken höhere Empfängerzahlen als in Randbezirken auftreten.

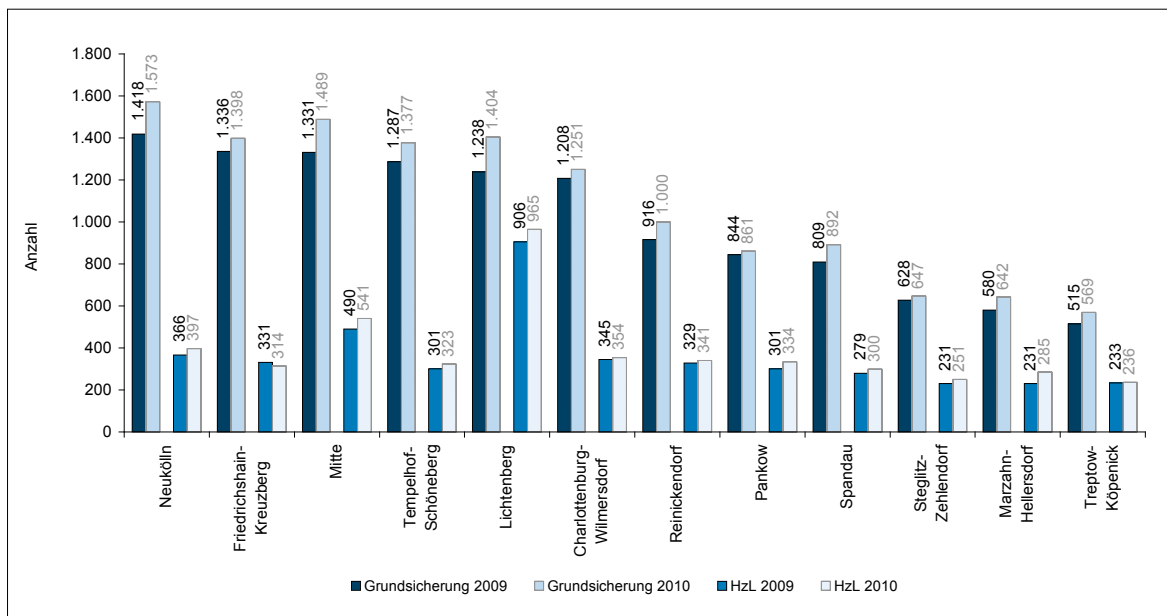
Die Anzahl der bezirklichen Empfängerinnen und Empfänger von **Hilfe zum Lebensunterhalt** derselben Altersgruppe streut weitaus weniger stark. Die Rangfolge der Bezirke ist der Rangfolge nach der Anzahl der Grundsicherungsempfängerinnen sowie -empfänger recht ähnlich, wobei der Bezirk Mitte hier die meisten verzeichnet. Die herausragend hohe Empfängerzahl des Bezirkes Lichtenberg muss in der Betrachtung stark relativiert werden, da der Bezirk zusätzlich die außerhalb von Berlin (vornehmlich in Einrichtungen) untergebrachten Empfänger bzw. Empfängerinnen in zentraler Zuständigkeit für Gesamtberlin betreut, was im Übrigen auch für die Grundsicherungsempfänger bzw. -empfängerinnen gilt.

Im Vergleich der Stichtage 31.12. der Jahre 2009 und 2010 ist festzustellen, dass sich die Empfängerzahlen in allen Bezirken erhöht haben, was insbesondere auf die Grundsicherungsleistung nach dem 4. Kapitel SGB XII zutrifft.

Da, wie bereits an verschiedenen Stellen erläutert, Personen insbesondere in Einrichtungen gleichzeitig sowohl Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt als auch der Grundsicherung beziehen

können, dürfen die hier abgebildeten Empfängerzahlen nicht einfach addiert werden (vgl. Abbildung 5.13).

Abbildung 5.13: Personen mit Grundsicherung bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß SGB XII im Alter von 50 bis unter 65 Jahren in Berlin am 31.12. der Jahre 2009 und 2010 nach Bezirken



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Empfängerquote

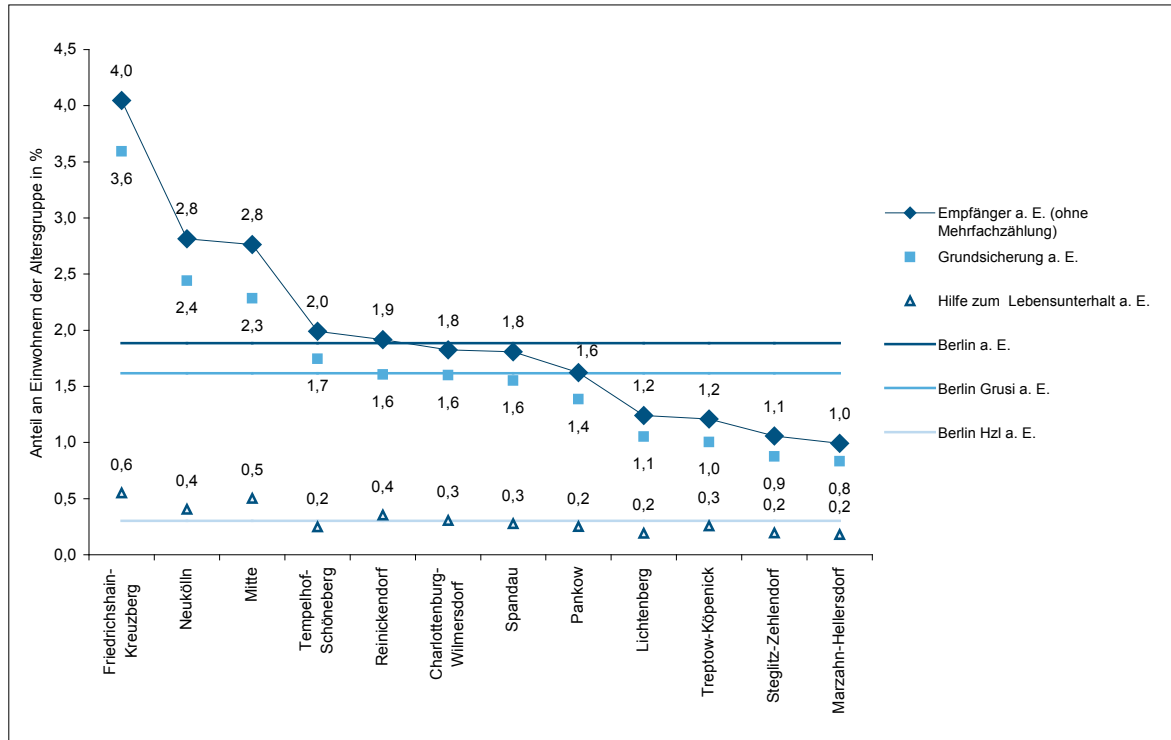
Wie auch hinsichtlich der Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren unterliegen die Einwohnerinnen und Einwohner des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg im Alter von 50 bis unter 65 Jahren dem im Vergleich der Berliner Bezirke höchsten Risiko, **Transferleistungen** gemäß SGB XII (**ohne Mehrfachzahlung**) zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes zu benötigen. Vier von Hundert dieser Altersgruppe in Friedrichshain-Kreuzberg leben zu Hause und beziehen Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß SGB XII. Weit über dem Berliner Durchschnitt (1,9 %) liegen auch die Empfängerquoten der Bezirke Neukölln und Mitte (jeweils 2,8 %). Die niedrigste Empfängerquote, noch geringer als in Steglitz-Zehlendorf (1,1 %), hat der Bezirk Marzahn-Hellersdorf mit 1,0 %. Bei den Personen im Alter ab 65 Jahren weist der Bezirk lediglich die fünftbeste Quote auf. Von Ausnahmen abgesehen sind die Bezirke des ehemaligen Ostteils Berlins weniger stark betroffen als die des ehemaligen Westteils. Der ohnehin günstige Wert der Empfängerquote des Bezirkes Lichtenberg relativiert sich etwas, da hier zusätzlich einige außerhalb Berlins (im häuslichen Umfeld) lebende Empfänger und Empfängerinnen mit eingerechnet sind.

Nur die Empfängerquote für **Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen** betrachtet, ist die Rangfolge der Bezirke identisch, die Empfängerquote von **Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen** folgt bei ohnehin geringen Werten einem im Wesentlichen ähnlichen Trend (vgl. Abbildung 5.14).

Tendenziell sind Zusammenhänge zur gesundheitlichen und sozialen Lage in den Bezirken erkennbar, wie sie in den Berechnungen zur Sozialstruktur der Bezirke im Sozialstrukturatlas für die Gruppe der Bevölkerung im Alter von 18 bis unter 65 Jahren mit Leistungen der Grundsicherung gemäß SGB XII außerhalb von Einrichtungen abgebildet worden sind (vgl. Meinschmidt 2009b; Sallmon/ Danner 2010).

Abbildung 5.14:

Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung gemäß SGB XII außerhalb von Einrichtungen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren in Berlin am 31.12.2009 nach Bezirken



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

5.5.4.2 Ebene der Planungsräume

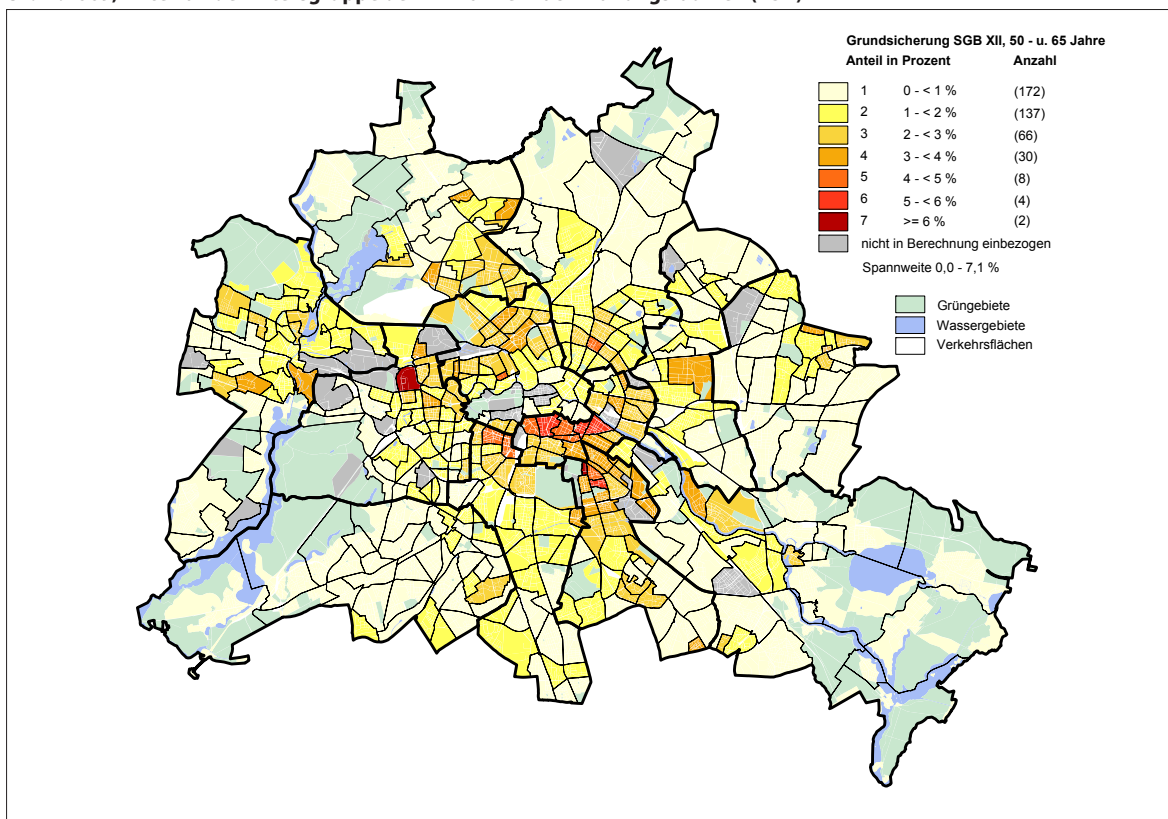
Auf der Ebene der Planungsräume kann die Grundsicherungsquote (4. Kapitel SGB XII) außerhalb von Einrichtungen bzw. die Empfängerquote für Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) außerhalb von Einrichtungen für die Bevölkerung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren für 419 der 447 Planungsräume ausgewertet werden. Die restlichen 38 Planungsräume wurden aus Gründen des Datenschutzes (zu geringe Einwohner- bzw. Empfängerzahl) aus der Betrachtung herausgelassen.

Planungsräume mit statistisch vergleichsweise hohen Anteilen an Einwohnern und Einwohnerinnen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren, die in Abhängigkeit von **Grundsicherung** nach SGB XII im häuslichen Umfeld leben, lokalisieren sich vorrangig in den zentral gelegenen Bezirken. Planungsräume im Prognoseraum Neukölln, in den Bezirksregionen Kreuzberg Nord und Kreuzberg Ost, Neuköllner Mitte / Zentrum, Schöneberg Nord und die Planungsräume Schlossgarten (Charlottenburg-Wilmersdorf), Thälmannpark (Pankow), Zillesiedlung und Leopoldplatz (Wedding) rangieren mit Empfängerquoten von $\geq 4\%$ an der Spitze. Insgesamt weisen 14 Planungsräume Empfängerquoten ab 4% auf. Der Höchstwert wird im Planungsraum Wissmannstraße (Neukölln) mit einer Quote von $7,1\%$ erreicht. Planungsräume mit Quoten im mittleren Bereich zwischen 3% und 4% ($n = 30$) finden sich in den bereits benannten Bezirken (außer Pankow) sowie vereinzelt in den Bezirken Spandau, Reinickendorf, Lichtenberg und Treptow-Köpenick. Auf der anderen Seite beziehen in fast drei von vier Planungsräumen ($n = 309$) nur weniger als 2% der Einwohner der Altersgruppe Grundsicherung nach SGB XII.

Die Anteile der Empfänger und Empfängerinnen von **Hilfe zum Lebensunterhalt** gemäß SGB XII außerhalb von Einrichtungen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren weisen eine nur geringe Streuung mit Anteilen von $0,0\%$ bis maximal $1,2\%$ (Planungsraum Lüneburger Straße / Bezirk Mitte) auf. Insgesamt erhalten nur in 8 Planungsräumen zwischen $1,0\%$ und $1,2\%$ der Einwohner bzw.

Abbildung 5.15:

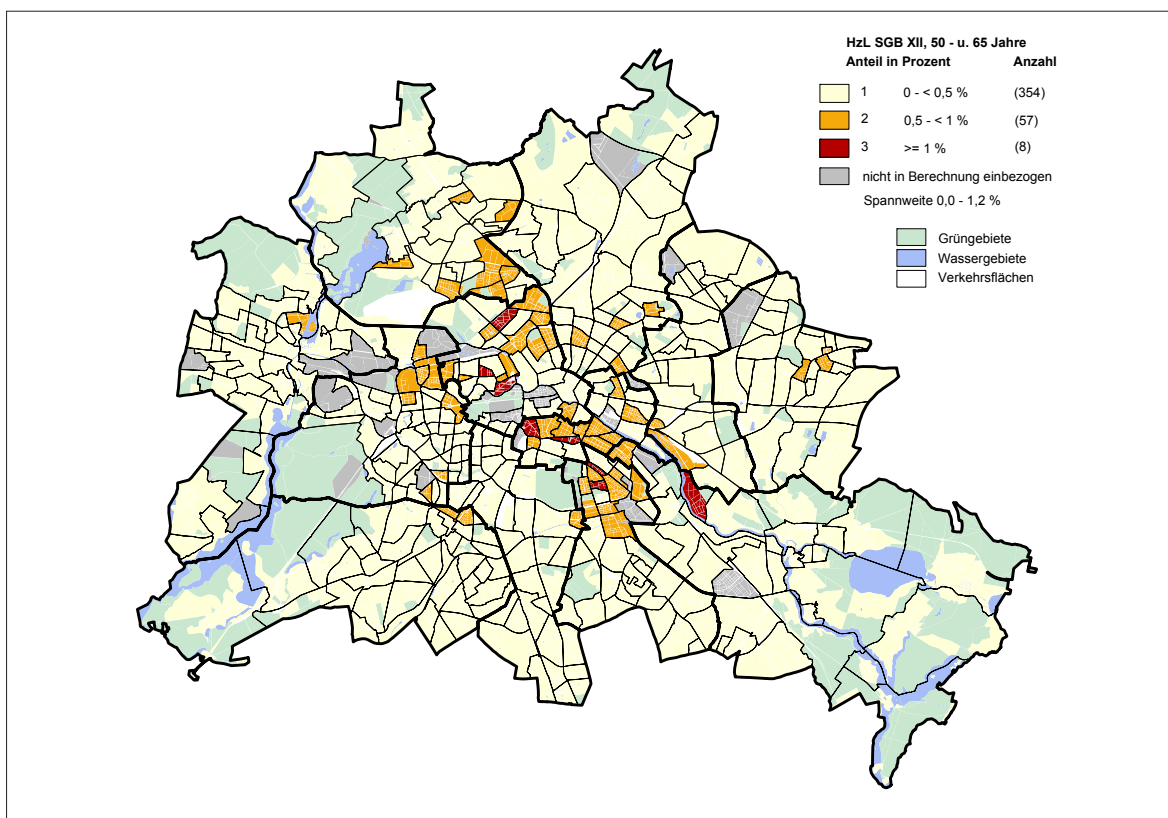
Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII außerhalb von Einrichtungen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren in Berlin am 31.12.2009, Anteil an der Altersgruppe der Einwohner nach Planungsräumen (LOR)



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 5.16:

Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß SGB XII außerhalb von Einrichtungen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren



(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Einwohnerinnen zwischen 50 und 65 Jahren Hilfe zum Lebensunterhalt. Diese Planungsräume befinden sich ausschließlich in den Bezirken Mitte (Bezirksregionen Moabit Ost und Wedding Zentrum), Friedrichshain-Kreuzberg (Bezirksregion Südliche Friedrichstadt), Neukölln (Prognoseraum Neukölln) und im Bezirk Treptow-Köpenick (Planungsraum Elsenstraße). In 354 Planungsräumen liegt die Empfängerquote niedriger als 0,5 % (vgl. Abbildungen 5.15, 5.16, Anhangstabelle).

Beziehungen zu anderen Indikatoren des Transferleistungsbezuges

Vielfach sind die Planungsräume mit etwas höheren Empfängeranteilen bezüglich der Hilfe zum Lebensunterhalt auch solche mit den höheren Grundsicherungsquoten, was sich in einer starken Korrelation von $r = 0,6734$ ausdrückt. Ähnlich stark ist der Zusammenhang zur Quote von Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen gemäß SGB II ($r = 0,6779$). Noch stärker jedoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Planungsraum mit vergleichsweise hohen Anteilen an Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung bei Erwerbsminderung gemäß SGB XII an den Einwohnern bzw. Einwohnerinnen von 50 bis unter 65 Jahre gleichzeitig eine hohe Quote von Grundsicherungsempfängern sowie -empfängerinnen gemäß SGB II zeigt ($r = 0,8129$). Dort also, wo im Vergleich der Planungsräume anteilmäßig besonders viele dauerhaft Erwerbsgeminderte leben, die auf Sozialhilfe zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes zurückgreifen müssen, leben mit hoher Wahrscheinlichkeit auch besonders viele Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach SGB II.

Darüber hinaus besteht zwischen allen drei Gruppen von Transferleistungsempfängern und -empfängerinnen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren und dem Anteil von Einwohnerinnen und Einwohnern im Alter ab 65 Jahre, welche ihren Lebensunterhalt nur mit Hilfe von Grundsicherung gemäß SGB XII bestreiten können, ein statistisch starker Zusammenhang (Korrelationskoeffizient r zwischen 0,6 und 0,8).

Das bedeutet, dass sich bereits im (älteren) erwerbsfähigen Alter einkommensarme soziale Gruppen sozialräumlich segregiert über das Stadtgebiet verteilen bzw. einkommensarme Lagen tendenziell ballen, was sich mit dem Übergang in das gesetzliche Rentenalter nicht mehr verändert.

6. Armutsrisiken Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung in der Bevölkerung ab 50 Jahre

Insbesondere gesundheitliche Risiken, Pflegebedürftigkeit und Behinderung können Abhängigkeit von Sozialhilfe bedeuten und dies nicht nur, wenn das eigene Einkommen/Vermögen unterhalb der Regelbedarfe der Grundsicherung bzw. der Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII liegt. Letztlich bedeutet das Einspringen des Sozialamtes in Form solcher Leistungen für die betroffenen Menschen oftmals, dass sie selbst nur noch über Einkommen verfügen können, das den Regelsätzen der staatlichen Mindestsicherung entspricht bzw. ihr Einkommens- bzw. Versorgungsspielraum zumindest ähnlichen Beschränkungen unterliegt.³⁶

Anknüpfend an die Einbettung des Konzeptes der relativen Armut in den Lebenslagenansatz werden in diesem Kapitel die Armutsrisiken Krankheit und Pflegebedürftigkeit, aber auch Behinderung unter dem Blickwinkel des aus der Gesundheitsberichterstattung bekannten Zusammenhangs zwischen gesundheitlicher und sozialer Lage beleuchtet.

Vorab noch kurze Hinweise zur Interpretation der im Folgenden referierten Daten über die Ausgaben und die Zahlen der Empfänger und Empfängerinnen bezüglich der Leistungen der Sozialhilfe:

- Die nachfolgenden Daten zu den Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen gemäß SGB XII sind Stichtagsdaten zum 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres. Stichtagsdaten bilden nur den Teil der Leistungsberechtigten ab, der an diesem Tag Leistungen erhalten hat. Die Zahl der Leistungsberechtigten, welche im Laufe des gesamten Jahres Leistungen erhalten haben ist hingegen höher, kann aber aus informationstechnischen Gründen vorübergehend nicht erhoben werden. Nur die Jahresgesamtempfängerzahlen könnten in Relation zu den dargestellten Jahresgesamtausgaben gesetzt werden.
- Hinzu kommt, dass in den Daten zu den Ausgaben die Ausgaben aller Leistungsberechtigten enthalten sind. Bei den Empfängern und Empfängerinnen werden allerdings nur die Altersgruppen 50 bis unter 65 Jahre bzw. ab 65 Jahre betrachtet.
- Darüber hinaus ist zu beachten, dass Empfänger und Empfängerinnen im Hinblick auf die statistische Zuordnung von Leistungen „außerhalb von Einrichtungen“ und „in Einrichtungen“ ggf. zweimal erfasst werden, soweit zeitgleich beide Hilfearten gewährt wurden. Bei der Zuordnung der Empfängerinnen und Empfänger zur Gesamtzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß eines Leistungsbereiches (Kapitel) des SGB XII erfolgt die Zählung indessen nur einmal.
- Aufgrund der Rechtsumstellung vom Bundessozialhilfegesetz (BSHG) auf das SGB XII liegen für 2005 bundesweit keine validen Daten vor. Daher werden nur die Stichtagsdaten ab dem 31.12. des Berichtsjahres 2006 betrachtet.

6.1 Einführung - Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit im Alter

Im Alter gewinnt der Gesundheitszustand eine zunehmend große Bedeutung für die Lebensqualität. Es ist positiv hervorzuheben, dass ältere Menschen heute einen deutlich besseren gesundheitlichen Zustand aufweisen, als vorherige Generationen. Dies gilt sowohl für die mittlere und fernere Lebenserwartung als auch für eine verkürzte Lebenszeit, die in Krankheit oder Behinderung verbracht wird.

Doch trifft diese Prognose nicht für alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Maße zu: Während ältere Menschen mit hohem Bildungsniveau und guter materieller Ausstattung zumeist ausreichend in

³⁶ Die sozialhilferechtlichen Leistungen bei Hilfen zur Gesundheit, Hilfe zur Pflege oder Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem SGB XII sehen je nach Leistungsart und Besonderheit des Einzelfalles einen Einsatz vorhandenen Einkommens in unterschiedlicher Höhe vor. Dies kann im Ergebnis dazu führen, dass parallel zu den genannten Leistungen Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung erforderlich ist oder aber vom einzusetzenden Einkommen ein Betrag zur persönlichen Verfügung verbleibt, der die Sicherstellung des Lebensunterhalts aus eigenen Mitteln ermöglicht.

der Lage sind ihre Gesundheitschancen eigenständig zu verbessern, profitieren ältere Menschen mit einem niedrigen sozialen Status in einem deutlich geringeren Ausmaß von dieser Entwicklung. Zu diesen Gruppen älterer Menschen, bei denen spezifische Problemlagen im Lebensverlauf die Chancen, in guter Gesundheit alt zu werden, verringern, gehören in besonderem Maße arme Ältere, die von sozialer Isolation und gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind. Diese sind insbesondere alleinstehend, weiblich oder Hochaltrige. Auch ältere Migrantinnen und Migranten werden zu den Gruppen mit eingeschränkten Gesundheitschancen gezählt (vgl. Kümpers 2008).

Über das Ausmaß und Erscheinungsbild gesundheitlicher Ungleichheit im Alter bedarf es noch weitergehender Forschung, wie das RKI in seinem 2009 erschienen Band zur Gesundheit und Krankheit im Alter konstatiert, doch zeigen die vorliegenden empirischen Befunde eine deutliche Tendenz: Sozialepidemiologische Daten bezeugen, dass die Angehörigen statusniedriger Bevölkerungsgruppen häufiger von chronischen Erkrankungen und Beschwerden, Unfallverletzungen und Behinderungen betroffen sind. Dies lässt sich nicht nur in Hinblick auf Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren nachweisen, sondern ist auch anhand der Selbsteinschätzungen älterer Menschen zu ihrem subjektiven Gesundheitszustand, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der ferneren Lebenserwartung festzustellen (vgl. Böhm et al. 2009).

Gesundheitliche Ungleichheit im Alter entsteht, weil sich gesundheitsrelevante Belastungen über den Lebensverlauf anhäufen und gleichzeitig geringere Ressourcen (so genannte Schutzfaktoren) zur Verfügung stehen, diese Belastungen auszugleichen. Zu den gesundheitsbelastenden Faktoren werden z. B. die materielle Lage im Alter (z. B. verfügbares Renteneinkommen), die Wohn- und Arbeitssituation sowie ein risikobehaftetes individuelles Gesundheitsverhalten gezählt. Zu den gesundheitsfördernden Ressourcen gehören z. B. der Bildungsgrad, die Unterstützung durch persönliche und lokale soziale Netzwerke sowie Teilhabe und Partizipationschancen. Dieselben Ressourcen wirken umgekehrt, wenn nur gering oder gar nicht ausgeprägt, gesundheitsbelastend (vgl. Richter/ Wächter 2009). Hinzu kommt eine verringerte Inanspruchnahme von medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistungen.

Mit der sich verändernden Bevölkerungsstruktur und dem stark wachsenden Anteil alter (70 bis unter 80 Jahre) und hochbetagter Menschen (80 bis unter 95 Jahre) wird auch die Zahl der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen steigen. Selbst wenn davon ausgegangen wird, dass durch Verbesserungen des gesundheitlichen Zustandes der Bevölkerung, z. B. durch Prävention und Gesundheitsförderung oder medizinische Fortschritte Pflegebedürftigkeit im Vergleich zum Status Quo (d. h. einer gleichbleibenden Pflegewahrscheinlichkeit über die Jahre) verhindert oder hinausgezögert werden kann (These der Morbiditätskompression) geht der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit immer noch von einem Anstieg Pflegebedürftiger von 56 % bis in das Jahr 2050 aus (vgl. SVR 2009).

Diese Entwicklung deckt sich mit Schätzungen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: So ist im Land Berlin bis zum Jahr 2030 ein Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Menschen nach SGB XI (Pflegeversicherung) im Vergleich zum Stand zum Jahresende 2007 um mindestens 70 bis 80 % zu erwarten. So wird für das Jahr 2030 von einer Größenordnung von ca. 170.000 Pflegebedürftigen ausgegangen. Im Kontext von Altersarmut besonders relevant ist, dass auch die Anzahl der Pflegebedürftigen mit Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (Sozialhilfe) um rund zwei Drittel steigen dürfte (vgl. Meinlschmidt 2009c).

Anhand dieser ersten Befunde wird deutlich, warum der Sachverständigenrat empfiehlt, die „Prävention von Pflegebedürftigkeit zu einem herausgehobenen Ziel der altersgewandelten Gesellschaft zu erklären“ (vgl. SVR 2009: S. 373). Eine hohe Priorität für die Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit im Alter sollte nach dem SVR dem Ausbau altersspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung zukommen.

Prävention und Gesundheitsförderung im Alter beginnt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels Teil der politischen Agenda zu werden. Davon Zeugnis geben beispielsweise Programme wie „NAIS - Neues Altern in der Stadt“ der Bertelsmann-Stiftung, das Schwerpunktprogramm zur Präventionsforschung im höheren Lebensalter des Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) oder die Förderung von Zentren für Bewegungsförderung im Alter in allen Bundesländern durch das Bundesministerium für Gesundheit. Auf Bundesebene bearbeitet die Plattform gesundheitsziele.de das Thema „Gesundheit im Alter“ und die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung hat Vorschläge für Gesundheitsziele für die zweite Lebenshälfte entwickelt.

Auch in Berlin sind vielfältige Aktivitäten auf Landes-, Bezirks-, und Quartiersebene zu verzeichnen, auf die Herausforderungen einer älter werdenden Stadtbevölkerung zu reagieren. Auf Landesebene hat die Landesgesundheitskonferenz Berlin mit dem Gesundheitszielprozess „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ das Thema nachhaltig in der gesundheitspolitischen Planung verankert. Eine Erhebung der von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin finanzierten Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung in Trägerschaft der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Gesundheit Berlin-Brandenburg hat gezeigt, dass in nahezu allen Berliner Bezirken bereits Gesundheitskonferenzen zum Themenkomplex „Gesundheit im Alter“ stattgefunden haben.

Die Herausforderung all dieser Strategien und Programme ist Konzepte und Maßnahmen zu entwickeln, die auf die Bedarfe gesundheitlich und sozial benachteiligter alter Menschen zugeschnitten sind. Um den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit im Alter wirksam anzugehen sind Strategien erforderlich, welche die Heterogenität und Ausdifferenzierung von Altersprozessen berücksichtigen und sich nicht auf leicht erreichbare Zielgruppen unter den Älteren konzentrieren, sondern Gruppen mit hohem Präventionsbedarf erreichen.

6.1.1 Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit im Alter

6.1.1.1 Erklärungsansätze sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit

Zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit im Alter werden zusammengefasst drei Ansätze herbeigezogen, die zumeist in einer Wechselwirkung zueinander stehen (vgl. Vienken 2010):

- **Materieller Erklärungsansatz:** Monetäre Armut kann mit einer gesundheitsschädigenden Lebens- und Arbeitswelt korrelieren.
- **Psychosozialer Erklärungsansatz:** Menschen unterer sozioökonomischer Statusgruppen verfügen über deutlich geringere Ressourcen zur Bewältigung psychosozialer Belastungen.
- **Verhaltensbezogener Erklärungsansatz:** Es bestehen signifikante gesundheitsrelevante Verhaltensunterschiede zwischen den Statusgruppen.

Das größte Gewicht wird dabei den **sozialen Determinanten von Gesundheit** beigemessen. Zu diesen Determinanten werden besonders ein geringeres Bildungs- und Einkommensniveau und gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen und mangelhafte Wohnverhältnisse gezählt. Mit den ungünstigeren materiellen Lebensbedingungen einher geht häufig eine unzureichende soziale Integration, wie Richter und Wächter 2009 in einer Studie für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung über den „Zusammenhang von Gesundheit und Nachbarschaft“ aufgezeigt haben. Als Nachbarschaft bezeichnen die Autoren das soziale Gefüge von Bewohnerinnen und Bewohnern einer Region, die in überschaubarer Nähe leben und in gewissen Umfang an gleichen Einrichtungen partizipieren. Dabei kommt dem Aufbau von „Sozialem Kapital“³⁷ eine große Bedeutung zu und stellt besonders für Ältere mit wenigen Bezugsgruppen eine gesundheitsfördernde Ressource dar.

³⁷ Der Begriff steht für die Teilhabe in sozialen Netzwerken, den Aufbau von Vertrauensverhältnissen sowie gegenseitiger Verpflichtungen und Erwartungen von Individuen, aber auch Kollektiven, wie z. B. Nachbarschaften oder Kommunen (vgl. Kroll/ Lampert 2007).

Das gesundheitsfördernde Potenzial von Nachbarschaftsnetzwerken liegt darin, dass durch den Aufbau sozialer Beziehungen, die sich über Individuen, Gruppen und Institutionen erstrecken, unterstützende gesundheitliche Maßnahmen initiiert und Wissen und Informationen niedrigschwellig übermittelt werden können. Besonders sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen und ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität können von den stützenden Effekten funktionierender Nachbarschaften profitieren. Belastend wirkt, dass diese Gruppen häufig in Stadtteilen leben, in denen der Aufbau von sozialem Kapital erschwert ist. So sehen sich sozioökonomisch benachteiligte ältere Menschen auf Grund einer unzureichenden Einbindung in soziale Netze und verringerter gesellschaftlicher Teilhabe verstärkt gesundheitsschädlichen Ausgrenzungsprozessen gegenüber, denen eine negative gesundheitliche Wirkung zugesprochen wird.

Festzustellen ist auch, dass diese ungünstigeren Lebenslagen mit einem risikobelastenden individuellen Verhalten wie Ernährungsdefiziten, Bewegungsmangel, problematischem Umgang mit Stress sowie einem erhöhten Tabak- und Alkoholkonsum korrelieren.

6.1.1.2 Ausprägungen der gesundheitlichen Ungleichheit im Alter

Wie stellt sich die gesundheitliche Ungleichheit im Kontext von Altersarmut dar? Daten des RKI (2009) geben darüber Auskunft:

Lebenserwartung

Nimmt man die Lebenserwartung als Vergleich, so haben Männer, deren äquivalenzgewichtetes monatliches Nettoeinkommen unter der Armutsrisikogrenze liegt, im Vergleich zu Männern mit Einkommen über der Reichtumsschwelle (d. h. > 150 % des durchschnittlichen äquivalenzgewichteten monatlichen Nettoeinkommens) ein um das 2,7-fache erhöhtes Mortalitätsrisiko (Frauen ein um 2,4-fach erhöhtes Risiko). 31 % der von sozioökonomischen Benachteiligungen betroffenen Männer erreichen nicht das 65. Lebensjahr (Frauen 16 %). Bei Männern aus der höchsten Einkommensgruppe erreichen im Vergleich nur 13 % nicht dieses Alter (Frauen 7 %). Auch nach Erreichen

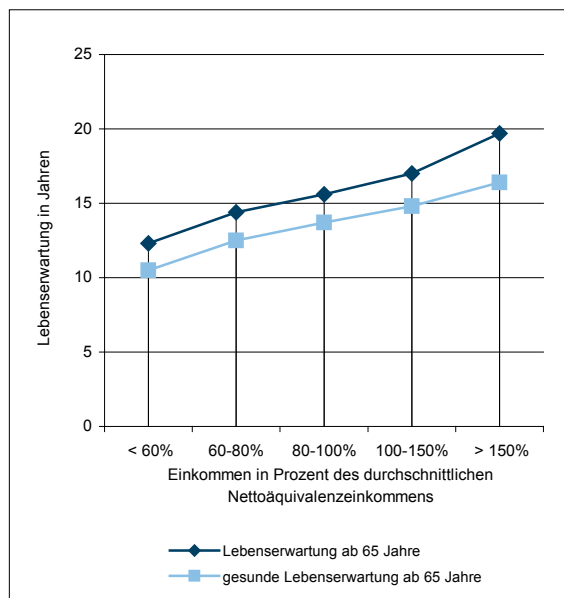
des 65. Lebensjahres ist ein deutlicher sozialer Gradient zu erkennen. Männer aus den oberen Einkommensschichten leben im Durchschnitt noch 7,4 Jahre länger als die mit den niedrigsten Einkommen (Frauen 6,3 Jahre).

Doch nicht nur bei der mittleren und fernerer Lebenserwartung, sondern auch bei der gesunden Lebenserwartung zeigen sich die Auswirkungen sozialer Ungleichheit deutlich. Gemessen am Einkommen beträgt diese Differenz zu erwartender gesunder Lebensjahre ab dem 65. Lebensjahr zwischen den obersten und untersten Einkommensgruppen bei Männern 5,9 Jahre, bei Frauen 5,0 Jahre (vgl. Abbildung 6.1).

Als **gesunde Lebensjahre** wird die Phase bezeichnet, die in einem sehr guten oder guten selbst eingeschätzten Gesundheitszustand verbracht wird.

Empirische Ergebnisse zur Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes von älteren Menschen mit niedrigen sozialen Status untermauern dies. So wird der Gesundheitszustand in dieser Bevölkerungsgruppe deutlich seltener als sehr gut oder gut bezeichnet.

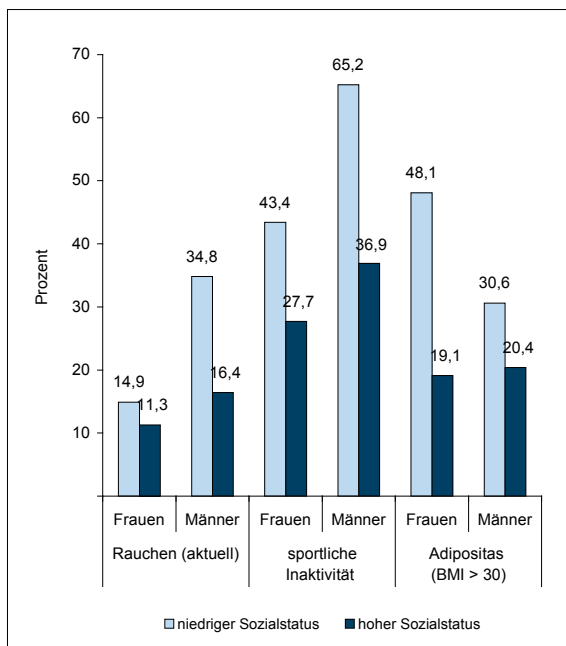
Abbildung 6.1:
Lebenserwartung von Männern ab dem Alter von 65 Jahren nach Einkommen in Jahren in Deutschland



(Datenquelle: Sozio-oekonomisches Panel / Periodensterbefahrn 1995-2005
- nach Lampert 2009, S. 130 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

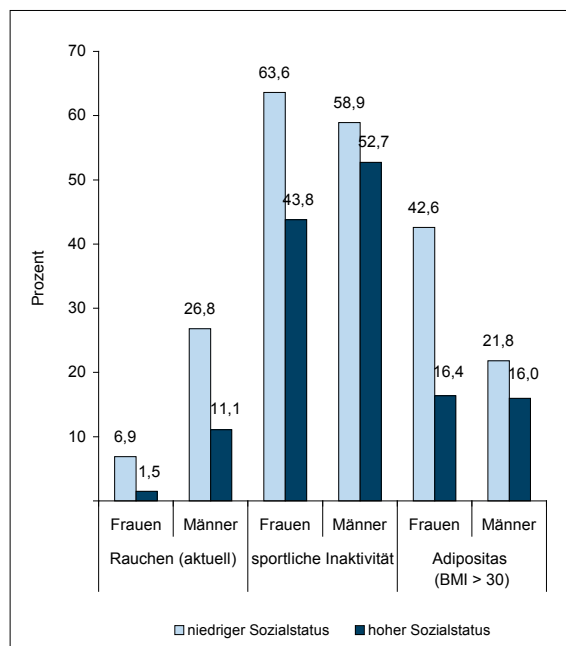
Gesundheitsbelastend wirkt des Weiteren, dass auch die Risikodisposition in dieser Bevölkerungsgruppe deutlich höher ist. Gesundheitsbelastende Faktoren im individuellen Verhalten wie Rauchen, sportliche Inaktivität oder Übergewicht (Adipositas) sind ausgeprägter als in den Gruppen mit einem hohen sozialen Status (vgl. Abbildungen 6.2 und 6.3). Betrachtet man die Altersgruppe der Männer von 60 bis unter 70 Jahre, so lassen sich signifikante Unterschiede im Risikoverhalten beobachten: So rauchen über ein Drittel der Männer mit einem niedrigen sozialen Status (34,8 %) im Vergleich zu weniger als einem Fünftel der Männer mit einem hohen sozialen Status (16,4 %). Bei Frauen sind diese Unterschiede deutlich geringer ausgeprägt: 14,9 % der Frauen von 60 bis unter 70 Jahre mit niedrigem sozialen Status rauchen im Vergleich zu 11,3 % mit hohem sozialen Status. Im Bereich der Adipositas (BMI > 30) sind Frauen mit niedrigem sozialen Status mit 48,1 % stärker betroffen als Männer mit gleichem sozialem Status (30,6 %).

Abbildung 6.2:
Rauchen, sportliche Inaktivität und Adipositas in der Altersgruppe von 60 bis unter 70 Jahre nach sozialem Status und Geschlecht in Deutschland



(Datenquelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 - nach Lampert 2009: S. 127 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 6.3:
Rauchen, sportliche Inaktivität und Adipositas in der Altersgruppe ab 70 Jahre und älter nach sozialem Status und Geschlecht in Deutschland



(Datenquelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 - nach Lampert 2009: S. 127 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

In höherem Alter (70 Jahre und älter) sind die Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen geringer ausgeprägt. So nimmt die sportliche Inaktivität der Männer ab 70 Jahre in allen sozialen Statusgruppen zu, gleichzeitig verringern sich die Unterschiede zwischen den Statusgruppen: 58,9 % der Männer ab 70 Jahre mit niedrigem sozialen Status sind sportlich inaktiv (Frauen 63,6 %), Männer mit hohem sozialen Status zu 52,7 % (Frauen 43,8 %).

Morbidität

Das Krankheitsgeschehen (Morbidität) nimmt mit steigendem Alter zu, wobei die chronisch-degenerativen Erkrankungen in der Lebensphase des Alters den größten Stellenwert einnehmen. Dazu gehören besonders Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Krebserkrankungen sowie Demenz und Depression als psychische Erkrankungen. Dem Aspekt der Multimorbidität, d. h. dem Vorliegen mehrerer Erkrankungen gleichzeitig, kommt im Alter eine besondere Bedeutung zu.

Auch bei der Morbidität lassen sich die Ausprägungen sozialer Benachteiligung im Alter nachzeichnen: Sozial benachteiligte Ältere sind häufiger und früher von Mehrfacherkrankungen und

dauerhafter Pflegebedürftigkeit betroffen. Selbst bei gleicher Anzahl chronischer Erkrankungen und gleichem gesundheitsrelevanten Verhalten sind sozial benachteiligte Ältere gesundheitlich stärker eingeschränkt (vgl. Richter-Kornweitz 2011). Legt man beispielsweise akute Herz-Kreislauferkrankungen zu Grunde, konnten Auswertungen des RKI anhand von Daten der Gmünder Ersatzkasse zwischen 1990 und 2003 für die Altersgruppe der 60- bis unter 70-Jährigen signifikante Unterschiede aufzeigen. Verglichen wurden die kumulierten Morbiditätsraten nach Herzinfarkten, die bei pflichtversicherten Männern im Gegensatz zu freiwillig versicherten Männern, die ein Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze haben, um den Faktor 1,3 erhöht ist, bei Frauen, die in diesem Alter seltener einen Herzinfarkt erleiden, sogar um den Faktor 3 (vgl. Lampert 2009). Ähnliche Befunde lassen sich auch für das Auftreten von Lungenkrebs oder die Betroffenheit von Schmerzen nachweisen.

Als weiterer gesundheitsbelastender Faktor kommt vor allem in den unteren sozialen Statusgruppen eine **geringere Inanspruchnahme** von medizinischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie von Hilfs- und Unterstützungsstrukturen im Falle von Pflegebedürftigkeit hinzu. Für die medizinische Versorgung lassen sich z. B. Einschränkungen in der Qualität der gesundheitlichen Versorgung wie kürzere Konsultationen beim Arzt, kürzere und seltenere Besuche beim Facharzt, längere Wartezeiten, weniger Arztbesuche aus Kostengründen belegen. Auch verfügen diese Gruppen über Wissensdefizite zu allgemeinen gesundheitsrelevanten Informationen, z. B. das Wissen über chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes Typ 2) und die Möglichkeiten, den Fortgang der Krankheit durch eigenes Handeln zu beeinflussen (vgl. Richter-Kornweitz 2011).

Im Falle von Pflegebedürftigkeit sind die **Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen** armer älterer Menschen besonders gefährdet, „weil Nachbarschaft und soziales Sicherungssystem unzureichend auf die Bedürfnislagen und Bewältigungsstrategien dieser Gruppen eingestellt sind“ wie in der Studie „Neighbourhood - Autonomieerhalt angesichts von Sturzfolgen in sozial benachteiligten Quartieren und Nachbarschaften“ aufgezeigt wurde (vgl. Falk et al. 2011a).

Auch wenn man die Annahmen der Kompressionsthese zu Grunde legt und davon ausgeht, dass die Krankheitslast durch die verlängerte Lebenszeit auf die Gesamtbevölkerung gesehen nur geringfügig zunimmt, ist die Lebensphase des Alters besonders für sozial benachteiligte Ältere mit einer Zunahme gesundheitlicher Risiken und körperlicher Einbußen besonders durch chronische Erkrankungen verbunden.

6.2 Gesundheitliche Versorgung nach dem 5. Kapitel SGB XII

Die materielle Absicherung des Armutsrisikos „Krankheit“ ist fester Bestandteil des sozialen Sicherungssystems der Bundesrepublik Deutschland. Durch Krankheit entstehende Kosten werden beitragsabhängig im Rahmen der Leistungen gesetzlicher oder privater Krankenversicherungen übernommen; der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt.

Bis 31.12.2003 waren Leistungsberechtigte nach dem damaligen Bundessozialhilfegesetz dahingehend abgesichert, dass der Sozialhilfeträger die Kosten im Krankheitsfall unter bestimmten Voraussetzungen übernahm, sofern keine vorrangigen Versicherungsansprüche bestanden. Ein genereller Krankenversicherungsschutz für Sozialhilfeempfänger bzw. -empfängerinnen bestand nicht, im Einzelfall konnten (und können noch heute) Krankenversicherungsbeiträge im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt übernommen werden.

Mit Inkrafttreten des **GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)**³⁸ zum 1. Januar 2004 wurde das bis zu diesem Zeitpunkt geltende Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung u. a. dahingehend novelliert, dass den Krankenkassen auferlegt wurde, für nicht versicherte Sozialhilfeempfänger

³⁸ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190)

bzw. -empfängerinnen die Versorgung im Krankheitsfall gegen entsprechende Kostenerstattung durch den zuständigen Sozialhilfeträger in Höhe des Leistungsumfanges der Gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen.

Anspruchsberechtigt nach **§ 264 Abs. 2 SGB V** sind - mit wenigen Ausnahmen - alle Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach dem 3. bis 9. Kapitel SGB XII³⁹, die nicht krankenversichert sind, wobei für Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII mindestens ein Monat ununterbrochenen Leistungsbezuges erforderlich ist. Insgesamt hat die überwiegende Menge aller Leistungsberechtigten nach SGB XII damit einen Anspruch auf Übernahme der Krankenbehandlung durch gesetzliche Krankenkassen. Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII - Hilfen zur Gesundheit - werden insofern vom Sozialhilfeträger nur noch für den Personenkreis direkt erbracht, der im vorgenannten Sinne nicht leistungsberechtigt ist.

Nach **§ 264 Abs. 1 SGB V** gelten ähnliche Regelungen für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich oder freiwillig versichert sind, sowie für weitere vom Bundesministerium für Gesundheit bezeichnete Personenkreise, wobei der Gesetzgeber hier hinsichtlich des Leistungsanspruchs im SGB V eine Kann-Regelung vorgesehen hat. Das Land Berlin hat mit der AOK Berlin - Die Gesundheitskasse - eine entsprechende Vereinbarung geschlossen. Durch Regelungen des **Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung** vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) zur Pflichtversicherung für bisher nicht gesetzlich oder privat Krankenversicherte ist der infrage kommende Personenkreis deutlich kleiner geworden.

Mit der Novellierung des Krankenversicherungsrechts durch das GMG erfolgte auch eine Rechtsanpassung der damaligen Krankenhilfe nach dem BSHG, die in die heutigen Regelungen der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII überführt wurde. So werden seit 1. Januar 2004 aus Sozialhilfemitteln nur noch Krankenhilfeleistungen übernommen, die im Leistungskatalog des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) enthalten sind. Darüber hinaus sind erwachsene Leistungsberechtigte verpflichtet, Praxisgebühren, Zuzahlungen und Eigenleistungen in beschränktem Rahmen (bis zu einer festgelegten Belastungsgrenze) aus eigenen Mitteln (Regelsatz, geschütztes Vermögen und Barbetrag) zu bestreiten. Eine Erhöhung der Regelsätze und Barbeträge aus diesem Grunde ist nicht erfolgt.

Geschütztes Vermögen ist der im SGB XII festgelegte Vermögensanteil, der nicht zur Bedarfsdeckung von Leistungsberechtigten einzusetzen ist. Beim **Barbetrag** handelt es sich um ein sog. „Taschengeld“, das Leistungsberechtigten in Einrichtungen anstelle des Regelsatzes gewährt wird.

In Bezug auf den - in diesem Bericht - betrachteten **Personenkreis ab 50 Jahre** sind nur die vorbeugende Gesundheitshilfe (zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten) nach § 47 SGB XII und die Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII materiell-rechtlich von Bedeutung. Die übrigen Leistungen stellen auf Bedarfe der jüngeren Generation ab und umfassen u. a. Hilfen zur Familienplanung und bei Schwangerschaft. Hinsichtlich der Empfängerzahlen und des Ausgabenvolumens können in der nachfolgenden Betrachtung die Leistungen der vorbeugenden Gesundheitshilfe vernachlässigt werden, so dass die Hilfen bei Krankheit im Fokus stehen.

Nach § 48 SGB XII werden **Leistungen zur Krankenbehandlung** erbracht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Leistungskatalog basiert dabei auf dem 3. Kapitel, 5. Abschnitt, 1. Titel des SGB V und umfasst unter bestimmten Voraussetzungen u. a.:

- ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
- Versorgung mit Zahnersatz einschließlich kieferorthopädischer Behandlung,
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,

³⁹ 3. Kapitel = Hilfe zum Lebensunterhalt; 4. Kapitel = Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung; 5. Kapitel = Hilfen zur Gesundheit; 6. Kapitel = Eingliederungshilfe für behinderte Menschen; 7. Kapitel = Hilfe zur Pflege; 8. Kapitel = Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten; 9. Kapitel = Hilfe in anderen Lebenslagen

- häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
- Krankenhausbehandlung,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie
- Leistungen der so genannten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.⁴⁰

Armutsrisiken

Nicht mehr im Leistungskatalog des SGB V enthalten und damit auch von der Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers ausgenommen sind u. a. Sehhilfen für Erwachsene (außer bei schwer sehbeeinträchtigten Menschen), Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung (außer aus zwingenden medizinischen Gründen), nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (außer bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören) und Arzneimittel, die der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen. Darüber hinaus wurde der Anspruch auf Sterbegeld aus dem SGB V gestrichen.

Sowohl der vorgenannte Leistungsausschluss als auch die Zuzahlungen und Praxisgebühren können zu finanziellen Belastungen von Menschen mit geringem Einkommen führen, insbesondere bei denen, die Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII), Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) oder Regelleistungen nach SGB II beziehen. Zwar sind entsprechende Anteile bereits in den Regelsätzen nach SGB XII bzw. den Regelleistungen nach SGB II enthalten, inwieweit diese aber auskömmlich sind, ist aufgrund der im Abschnitt 3.3 beschriebenen Art der Regelsatzbemessung nicht abschließend geklärt. Auch die in § 62 SGB V festgelegten finanziellen Belastungsgrenzen für Sozialhilfe- und Grundsicherungsbezieher sowie -bezieherinnen nach SGB XII (und analog für Leistungsbezieher sowie -bezieherinnen nach SGB II) tragen nur bedingt zur Problemlösung bei, da sie nur auf den Leistungskatalog des SGB V, nicht jedoch auf Leistungsausschlüsse abstellen. Jede erforderliche Brille, jedes erforderliche nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie sonstige im SGB V nicht enthaltene Leistungen müssen insofern aus den Regelsätzen/Regelleistungen selbst finanziert werden. Eine diesbezügliche Aufstockung der Regelsätze, eine Anerkennung als Sonderbedarf im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt oder eine Kostenübernahme im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen. Zwar beruht das gesamte Sozialversicherungssystem auf dem Gedanken der Solidargemeinschaft, inwieweit dieser Ansatz aber noch greift, wenn die gesundheitliche Versorgung aus dem sozio-kulturellen Existenzminimum zu finanzieren ist, bedarf einer systemischen Untersuchung von SGB V und SGB XII.

Von der seit 1. Januar 2004 anzuwendenden großen Modernisierungswelle der gesetzlichen Krankenversicherung sind vor allem alte Menschen betroffen, die einen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung nach SGB XII haben oder mit ihrem Einkommen nur wenig darüber liegen. Unabhängig vom Alter erwartet der Bundesgesetzgeber, dass sich alle Bürgerinnen und Bürger gleichermaßen an krankheitsbedingten Kosten beteiligen, ein „Beteiligungsbonus“ durch Festlegung finanzieller Belastungsgrenzen wird aber nur eingeräumt, soweit es sich um gesetzliche Pflichtleistungen handelt. Gerade die letzte Lebensphase der Menschen ist aber oftmals geprägt von zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und damit einhergehenden steigenden Aufwendungen, die bei gleichzeitig niedriger Rentenentwicklung zu einem von den Betroffenen kaum zu tragenden finanziellen Risiko werden. Auch die Berücksichtigung der Praxisgebühr bei der aktuellen Neuberechnung der Regelsätze reduziert dieses Risiko kaum. Insbesondere alte Menschen werden hier vom Gesetzgeber weitgehend allein gelassen, der Aspekt der Solidargemeinschaft wird über eine altersbedingte individuelle Bedürfnisbefriedigung gestellt.

⁴⁰ vgl. 37b SGB V; es handelt sich um Leistungen für Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

6.2.1 Ausgaben für Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII

Die Ausgaben für die Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII sind von 2005 zu 2009 um insgesamt 48,8 % zurückgegangen, wobei der größte Rückgang um 85,9 % bei den Hilfen in Einrichtungen zu verzeichnen ist. Während das Land Berlin in 2005 noch mehr als 6 Millionen Euro für die Hilfen zur Gesundheit insgesamt aufwenden musste, betrug die Summe in 2009 nur noch etwas mehr als die Hälfte (3,4 Mio Euro) (vgl. Tabelle 6.1).

Tabelle 6.1:
Ausgaben für Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII in Berlin in den Jahren 2005 bis 2009 in Euro

Art der Hilfe	Jahr					Veränderung	
	2005	2006	2007	2008	2009	2005 / 2009	
						absolut	in %
Hilfen zur Gesundheit insgesamt*	6.660.018	5.839.631	4.243.885	4.129.088	3.411.846	-3.248.171	-48,8
außerhalb von Einrichtungen	2.761.627	2.544.356	2.560.409	2.868.253	2.862.467	100.840	3,7
in Einrichtungen	3.898.390	3.295.275	1.683.476	1.260.835	549.379	-3.349.011	-85,9
darunter:							
Hilfen bei Krankheit (§ 48 SGB XII)	4.936.606	3.987.311	2.062.273	1.760.579	788.917	-4.147.690	-84,0
außerhalb von Einrichtungen	1.045.445	697.682	387.379	509.181	243.528	-801.916	-76,7
in Einrichtungen	3.891.161	3.289.629	1.674.894	1.251.398	545.388	-3.345.773	-86,0
Erstattungen an Krankenkassen für Übernahme der Krankenbehandlung gem. § 264 Abs. 7 SGB V	72.127.869	70.932.789	79.094.037	71.515.956	68.625.625	-3.502.244	-4,9
außerhalb von Einrichtungen	40.452.358	41.626.910	43.216.301	41.814.203	39.705.581	-746.777	-1,8
in Einrichtungen	31.675.511	29.305.878	35.877.737	29.701.754	28.920.044	-2.755.467	-8,7

* = Vorbeugende Gesundheitshilfe (§ 47 SGB XII), Hilfe bei Krankheit (§48 SGB XII), Hilfe zur Familienplanung (§49 SGB XII), Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 50 SGB XII), Hilfe bei Sterilisation (§ 51 SGB XII)

(Datenquelle: SenFin Berlin - ProFiskal; Berechnung SenGesUmV - I A 4 - ; Darstellung SenIntArbSoz - I D 21 -)

Im Jahr 2010 wurden insgesamt rund 6,5 Millionen Euro für Hilfen zur Gesundheit in Berlin ausgegeben und damit annähernd das Finanzvolumen von 2005 erreicht. Im Verhältnis zu 2009 sind die Ausgaben damit um rund 90 % gestiegen, wobei dies in ursächlichem Zusammenhang mit dem Zeitpunkt der Rechnungslegung für die zentrale Abrechnung der Hilfen bei Krankheit durch die AOK steht und insofern die enorme Steigerungsrate relativiert wird.

In den Hilfen zur Gesundheit sind neben den Hilfen bei Krankheit (§ 48 SGB XII) und der Hilfe zur Familienplanung (§ 49 SGB XII) auch Leistungen der vorbeugenden Gesundheitshilfe (§ 47 SGB XII), Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 50 SGB XII) und Hilfe bei Sterilisation (§ 51 SGB XII) enthalten. Wie bereits erwähnt sind bis auf die Krankenhilfe alle übrigen Hilfearten im Zusammenhang mit dem in diesem Bericht betrachteten Personenkreis ab 50 Jahre zu vernachlässigen, da sie im Leben älterer Menschen keine oder nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen. Aber auch die Krankenhilfe (hier: direkt vom Sozialhilfeträger erbrachte Leistungen an Personen, die keinen Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung haben) hat hinsichtlich des dahinterstehenden finanziellen Volumens seit Einführung des Leistungsanspruchs für Sozialhilfeempfänger und -empfängerinnen nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) nur noch wenig Relevanz. In 2009 wurden lediglich 23 % der gesamten Hilfen zur Gesundheit für die Hilfen bei Krankheit ausgegeben, der weit überwiegende Teil wurde vom Sozialhilfeträger an die Krankenkassen für von dort erfolgte Übernahmen der Krankenbehandlung erstattet.

Bei den Hilfen bei Krankheit nach § 48 SGB XII sind die Ausgaben seit Jahren stark rückläufig. Sie lagen in 2009 im Verhältnis zu 2005 nur noch bei knapp 800.000 Euro pro Jahr, was einem Rückgang um insgesamt 84 % entspricht. Die Ausgabenreduzierung betrifft in annähernd gleicher Höhe sowohl die Leistungen in als auch außerhalb von Einrichtungen und steht in ursächlichem Zusammenhang mit den vorgenannten Rechtsansprüchen nach SGB V.

In 2010 wurden für Hilfen bei Krankheit insgesamt rund 3,5 Millionen Euro ausgegeben, so dass sich das dahinterstehende Finanzvolumen im Verhältnis zum Vorjahr mehr als vervierfacht hat. Wie oben bereits beschrieben liegen die Ursachen hier im Zeitpunkt der Rechnungslegung durch die AOK, so dass Zahlungen aus dem Jahr 2009 erst nach Haushaltsabschluss des Rechnungsjahres 2009 erfolgen konnten und die entsprechenden Buchungen insofern dem Haushaltsjahr 2010 zuzurechnen sind.

Die Ausgaben für Erstattungen an Krankenkassen für Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 7 SGB V sind von 2005 zu 2009 um 4,9 % zurückgegangen und lagen in 2009 nur noch bei 68,6 Millionen Euro (Ausgangswert 2005 = 72,1 Mio Euro). Während in 2007 vorübergehend ein Zuwachs zu verzeichnen war, gehen die Ausgaben seit 2008 tendenziell zurück.

Für Erstattungen an Krankenkassen wurden in 2010 insgesamt rund 67,8 Millionen Euro aus Landesmitteln aufgewendet. Dies entspricht einer Reduzierung um 1,3 % im Vergleich zum Vorjahr und bestätigt die rückläufige Entwicklung.

6.2.2 Empfänger und Empfängerinnen von Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII

Die im vorherigen Kapitel beschriebene Entwicklung der Transferausgaben korreliert mit der Zahl der Leistungsberechtigten, sie kann aus den vorn bereits angeführten Gründen aber nicht uneingeschränkt in Bezug gesetzt werden:

Insgesamt sind die Empfängerzahlen der Hilfen zur Gesundheit rückläufig, insbesondere im Bereich der Hilfen bei Krankheit. Lediglich 12 Personen über 65 Jahre haben am 31.12.2009 Krankenhilfe erhalten, das sind 82,4 % weniger als zum gleichen Stichtag des Jahres 2006 (vgl. Tabelle 6.2).

Tabelle 6.2:

Empfänger/innen (65 Jahre und älter) von Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII in Berlin am 31.12. der Jahre 2006 bis 2009

Art der Hilfe	Jahr				Veränderungen	
	2006	2007	2008	2009	2006 / 2009	
					absolut	in %
Hilfen zur Gesundheit insgesamt	85	34	29	18	-67	-78,82
außerhalb von Einrichtungen	82	29	26	18	-64	-78,05
in Einrichtungen	3	5	3	0	-3	-100,00
darunter:						
Hilfen bei Krankheit (§ 48 SGB XII)	68	26	22	12	-56	-82,35
außerhalb von Einrichtungen	66	25	21	12	-54	-81,82
in Einrichtungen	2	1	1	0	-2	-100,00
Anspruchsberechtigte gem. § 264 Abs. 2 SGB V*	4.943	5.013	4.795	4.503	-440	-8,90

*Erstattungen an Krankenkassen für Übernahme der Krankenbehandlung gem. § 264 Abs. 7 SGB V

(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - I D 21 -)

Zum Stichtag 31.12.2010 sind in Bezug auf die direkte Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers bei den Empfängerzahlen im Vergleich zum Vorjahr kaum Veränderungen zu verzeichnen. So erhielten lediglich 13 Personen über 65 Jahre Hilfen zur Gesundheit, davon 5 Personen Hilfen bei Krankheit.

Die Zahl der Leistungsberechtigten gem. § 264 Abs. 2 SGB V, also der Personengruppe, die Sozialhilfe nach SGB XII bezieht und damit anspruchsberechtigt gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse ist, nahm seit 2008 immer weiter ab, weist für 2010 aber erneut eine Steigerungsrate aus. Während per Stichtag 31.12.2006 noch für insgesamt 4.943 Sozialhilfeempfänger sowie -empfängerinnen im Alter ab 65 Jahre Erstattungen an Krankenkassen durch Berliner Sozialämter erfolgt sind, war dies am 31.12.2009 nur noch für 4.503 Personen (- 8,9 %) der gleichen Altersgruppe erforderlich.

Zum Stichtag 31.12.2010 stieg die Zahl der Leistungsberechtigten mit Erstattungsanspruch an Krankenkassen im Verhältnis zum Vorjahr um 7,5 % (= 4.839 Personen).

Insgesamt mussten nur 4.515 der am 31.12.2009 in Berlin lebenden 648.119 Personen ab 65 Jahre direkt im Krankheitsfall Hilfen des Sozialamtes in Anspruch nehmen bzw. durch den Sozialhilfeträger Berlin für die Übernahme der Krankenbehandlung Kosten an die Krankenkassen erstattet bekommen. Dies sind nur rd. 0,7 % der gesamten Berliner Bevölkerung ab 65 Jahre. Ausgehend davon, dass mit zunehmendem Alter die Arztbesuche häufiger werden, kann aus den vorgenannten Zahlen die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die überwiegende Zahl der Berlinerinnen und Berliner im Rentenalter im Krankheitsfall abgesichert ist. Auch die Daten zum Stichtag 31.12.2010 bestätigen dies.

6.3 Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII

Ähnlich wie das Armutsrisiko „Krankheit“ können auch vorhandene oder eintretende Behinderungen ursächlich mit Altersarmut im Zusammenhang stehen, insbesondere wenn körperliche, geistige und seelische Beeinträchtigungen Erwerbsmöglichkeiten bereits in jungen Jahren einschränken oder dazu führen, am Leben in der Gesellschaft (insbesondere im Alter) nicht mehr adäquat teilnehmen zu können. Wer behindert ist, verfügt - häufiger als Menschen ohne Behinderung - nur über eingeschränkte Vermittlungsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und kann in seinem sozialen Umfeld oftmals nur mit entsprechender materieller Unterstützung und faktischer Hilfestellung agieren. Zu geringe Rentenansprüche, die ggf. noch den notwendigen Lebensunterhalt abdecken, reichen zur Finanzierung behinderungsbedingter Sonderbedarfe oft nicht aus, die Behinderung wird zum zusätzlichen „Sorgenfaktor“ im Hinblick auf das Arbeitsleben, das Wohnen und die Mobilität sowie weitere Aspekte des menschlichen Daseins.

Der Bundesgesetzgeber hat dieser Situation Rechnung getragen, indem er die Bedürfnisse behinderter Menschen, die daran geknüpften Anforderungen und Voraussetzungen sowie daraus resultierende Leistungsansprüche in das soziale Sicherungssystem aufgenommen und seit dem 1. Juli 2001 rechtlich im **Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)** zusammengefasst hat. Ergänzend dazu existieren diverse Sozialleistungsgesetze, die das SGB IX konkretisieren, darunter auch das 6. Kapitel des SGB XII (Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung). Die Zuständigkeit zur Ausführung der Gesetze erstreckt sich auf mehrere Rehabilitationsträger.

Leistungen nach SGB XII und nach anderen Gesetzen, die das SGB IX konkretisieren, erhalten **behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen**. Die Leistungen sollen ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern, Benachteiligungen vermeiden oder ihnen entgegenwirken (vgl. § 1 Satz 1 SGB IX).

Menschen sind im Sinne des SGB IX **behindert**, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind **von Behinderung bedroht**, wenn eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (vgl. § 2 Abs. 1 SGB IX).

Leistungen zur Teilhabe werden unter Beachtung bestimmter Zielsetzungen (vgl. § 4 Abs. 1 SGB IX) nach Maßgabe des SGB IX und den für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften erbracht. Dazu gehören

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen sowie
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Träger der Sozialhilfe als Rehabilitationsträger

Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 SGB IX ist neben den gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesagentur für Arbeit, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der Kriegsopferversorgung und den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe auch der **Träger der Sozialhilfe (TSH)**. Auf der Grundlage des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) werden von ihm Eingliederungshilfeleistungen zur Teilhabe unter Beachtung des Nachranggrundsatzes erbracht. Das heißt, er leistet nur, wenn eine Bedarfsdeckung nicht auf Grundlage anderer rechtlicher Regelungen (in anderer Zuständigkeit), im Rahmen der Selbsthilfe oder aus eigenem Einkommen oder Vermögen möglich ist. Faktisch wurden und werden aber vielfach Leistungen, die der Teilhabe der Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft dienen sollen, aus dem Leistungskatalog der **Träger der Sozialversicherung** ausgegliedert und damit fast zwangsläufig in den Zuständigkeitsbereich des Trägers der Sozialhilfe verlagert. Die damit verbundenen und allein von den Ländern und Kommunen zu tragenden Eingliederungshilfeleistungen nach SGB XII bilden den größten Ausgabenblock der Sozialhilfe und bewegen sich auch in Berlin seit Jahren im dreistelligen - stetig wachsenden - Millionen-Euro-Bereich. Die zahlenmäßig und finanziell bedeutsamsten Leistungen sind dabei die Hilfen in betreuten Wohnmöglichkeiten sowie Leistungen zur beruflichen Teilhabe in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).

Obwohl der Sozialhilfeträger nach SGB IX als gleichberechtigter Rehabilitationsträger fungiert, ist die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII eine **eigenständige Leistung der Sozialhilfe**. Zuständigkeiten und Voraussetzungen für die Leistungsgewährung bestimmen sich zunächst nach dem SGB XII. Die Regelungen des SGB IX gelten nur, soweit die Sozialhilfe nichts Abweichendes bestimmt (vgl. § 7 SGB IX).

Leistungen der Eingliederungshilfe werden unter bestimmten Voraussetzungen gewährt, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art und Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe im o. g. Sinne erfüllt werden kann. In Bezug auf die Schwere der Behinderung als Anspruchsvoraussetzung gelten die Regelungen des SGB IX, allerdings stellt das SGB XII hier auf eine „wesentliche“ Beeinträchtigung ab und sieht neben den Pflichtleistungen auch einen Kann-Anspruch für Menschen mit anderen Behinderungen vor (vgl. § 53 Abs. 1 SGB XII). Der Leistungskatalog der Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 SGB XII ist in Tabelle 6.3 dargestellt.

Daneben werden im Rahmen der Eingliederungshilfe für jüngere Menschen Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf und Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit (vgl. § 54 Abs. 1 Nrn. 1 bis 3 SGB XII) sowie Hilfen für die Betreuung in einer Pflegefamilie (vgl. § 54 Abs. 3 SGB XII) gewährt.

Ähnlich wie bei der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel und der Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII gibt es auch bei der Eingliederungshilfe Sonderregelungen für Menschen in Einrichtungen (vgl. § 55 SGB XII), wobei das Gesetz insbesondere auf die Einbeziehung des ggf. erforderlichen Pflegeanteils in die Eingliederungshilfeleistungen bei Unterbringung in vollstationären Einrichtungen abstellt.

Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik

Mit dem SGB IX und weiteren rechtlichen Regelungen wurde bundesweit ein **Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik** eingeleitet. Während die Leistungsgewährung an Menschen mit Behinderung bis dahin primär vom Fürsorgegedanken im Sinne einer „helfenden Hand“ geprägt war, stehen nunmehr Selbstbestimmung, Förderung, Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Vordergrund. Zwar ist es gelungen, das bis dahin stark zersplitterte Recht zusammenzufassen, weiterzuentwickeln, Zuständigkeiten klarer abzugrenzen und über einheitliche Formulierungen mehr Transparenz zu schaffen. Allein die Zahl der leistungsverpflichteten Rehabilitationsträger

Tabelle 6.3:
Leistungen der Eingliederungshilfe (6. Kapitel SGB XII)

Leistungsart	dazu gehören u.a.	Rechtsgrundlage
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> · ärztliche/zahnärztliche Behandlung · Arznei- und Verbandmittel · Heil- und Hilfsmittel · Psychotherapie als ärztliche oder psychotherapeutische Leistung 	§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 26 SGB IX; maßgebend sind die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<ul style="list-style-type: none"> · Hilfe zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes · Berufsvorbereitung und Qualifizierung · berufliche Ausbildung und Weiterbildung 	§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 33 SGB IX; maßgebend sind die Regelungen der Bundesagentur für Arbeit
Leistungen im Arbeitsbereich	<ul style="list-style-type: none"> · Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) 	§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 41 SGB IX
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	<ul style="list-style-type: none"> · ohne Hilfsmittel nach §§ 26, 31 und 33 SGB IX · Hilfe zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten · Hilfe zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt · Hilfe bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung · Hilfe zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten · Hilfe zur Teilnahme am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben 	§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 55 SGB IX
Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten		§ 54 Abs. 1 Nr. 4 SGB XII
Nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben		§ 54 Abs. 1 Nr. 5 SGB XII
Sonstige Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> · Besuchsbeihilfen für behinderte Menschen in Einrichtungen 	§ 54 Abs. 2 SGB XII

(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - I B - / Darstellung: SenIntArbSoz Berlin - I B -)

weist aber noch immer auf ein großes Netz rechtlicher Grundlagen hin, das von den Bürgerinnen und Bürgern kaum zu durchschauen ist. Alter und/oder Behinderung tragen zusätzlich dazu bei, möglichen Rechtsansprüchen ggf. hilflos gegenüber zu stehen oder diese nur mit Unterstützung von Begleitpersonen und/oder Beratungsstellen in Anspruch nehmen zu können. Unter dem Aspekt des gesetzesimmanenten Präventivcharakters des SGB IX, der insbesondere auf die Abwendung, Beseitigung, Milderung, Verhütung einer Verschlimmerung von Behinderungen sowie die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet ist, kommt diesem „Gesetzesdickicht“ eine Wirkung zu, die ggf. konträr zur Zielsetzung steht.

Auch die **Ministerinnen und Minister sowie die Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales** der Bundesländer sehen aus diversen Gründen die Notwendigkeit, die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach SGB XII weiterzuentwickeln. Ziel ist dabei, den vorgenannten Paradigmenwechsel in der Politik für und mit Menschen mit Behinderung zu verstärken, indem der Mensch mit Behinderung als Subjekt und nicht als Objekt fürsorglichen Handelns im Mittelpunkt steht. Eine am Leitmotiv „Bürgerrechte statt Fürsorge“ anknüpfende Politik ist unabdingbar damit verbunden, Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen in den grundlegenden Lebensbereichen Arbeit, Wohnen, Mobilität und Freizeit mitten in unserer Gesellschaft zu verwirklichen. Zur Konkretisierung dieses Ansatzes wurde 2006 eine Länder-Arbeitsgruppe gegründet, die entsprechende Eckpunkte zur Fortentwicklung der Eingliederungshilfe erarbeitet hat. Diese sind Bestandteil einer Gesamtstrategie, die das Ziel verfolgt, die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft zu verwirklichen. Laut eines entsprechenden Beschlusses der **84. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK)** am 15./16. November 2007 stellt diese Strategie dabei u. a. auf Folgendes ab:

- Annäherung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen an die allgemeinen Lebensbedingungen (Wohnen in eigener Wohnung, Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, Vorrang ambulanter Leistungen vor stationären Leistungen),
- Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen und Alternativen für eine dauerhafte Unterstützung von nicht werkstattbedürftigen Menschen mit Behinderungen, die eine stärkere Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt fördern sowie
- Einhaltung des Nachranggrundsatzes gegenüber anderen Leistungssystemen und angemessene Beteiligung des Bundes an den Kosten der Eingliederungshilfe.

Die Bundesregierung wurde mit dem vorgenannten Beschluss aufgefordert, im Rahmen einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe bis zur ASMK 2008 einen entsprechenden Gesetzentwurf zu erarbeiten und dabei auch ein eigenständiges Leistungsrecht für Menschen mit Behinderungen zu prüfen. Im Ergebnis der Zusammenarbeit verständigten sich die Beteiligten auf grundlegende Weichenstellungen ohne Detailklärungen, wobei das Bundesministerium für Arbeit und Soziales deutlich machte, dass ein eigenständiges Leistungsgesetz und eine finanzielle Bundesbeteiligung an den Kosten der Eingliederungshilfe in der seinerzeit laufenden Legislaturperiode nicht in Betracht kam. Die von Bund und Ländern erarbeiteten Grundsätze wurden in der **85. ASMK** am 13./14. November 2008 verabschiedet, darunter die Entwicklung der Eingliederungshilfe zu einer personenzentrierten⁴¹ Teilhabeleistung durch stärkere Berücksichtigung individueller Bedarfe und Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes der Menschen mit Behinderungen sowie die Schaffung von Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurde beauftragt, die erarbeiteten Vorschläge mit Verbänden und Sozialleistungsträgern zu erörtern und auf ihre Auswirkungen zu prüfen. Auf der Grundlage dieser Arbeitsergebnisse bat die **86. ASMK** am 25./26. November 2009 die Bundesregierung, zur Umsetzung der Eckpunkte den Entwurf eines Reformgesetzes zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe so rechtzeitig vorzulegen, dass dieses in der nunmehr aktuellen Legislaturperiode verabschiedet werden kann. Die weitere Mitarbeit der Länder wurde zugesagt, darüber hinaus wurde erneut eine Kostenbeteiligung des Bundes eingefordert.

Armutsrisiken

Im Zusammenhang mit der im Fokus dieses Berichtes stehenden Personengruppe älterer und alter Menschen mit Einkommen unterhalb der Armutsgrenze oder in Höhe des sozio-kulturellen Existenzminimums der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII oder der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII sind insbesondere die Leistungsbereiche der Eingliederungshilfe von Bedeutung, die Teilhabemöglichkeiten im Bereich **Arbeit, Wohnen und Mobilität** abdecken. Gerade für alte Menschen ist es von besonderer Bedeutung, im angestammten Wohnumfeld verbleiben zu können, auch wenn Behinderungen bereits vorhanden sind oder altersbedingt hinzukommen und die finanziellen Mittel nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Dies trifft gleichermaßen auf behindertengerechte Wohnformen sowie Mobilität fördernde oder unterstützende Maßnahmen zu, deren Bedarf in aller Regel ebenfalls mit dem Erreichen der letzten Lebensjahre, einhergehender Bewegungseinschränkungen und Abnahme geistiger Fähigkeiten besonders stark korrespondiert. Zudem spielen Eingliederungshilfeleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter dem Gesichtspunkt „Altersarmut“ eine Rolle, wenn bereits in jungen Jahren aufgrund von Behinderungen eine entsprechende Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich und damit ggf. eine unzureichende finanzielle Absicherung im Rentenalter verbunden ist. All dies wird in den kommenden Jahren zunehmend Herausforderungen an Bund und Länder stellen, da die Zahl nach 1945 geborener älterer und alter Menschen mit Behinderungen in den nächsten Jahren aufgrund des medizinischen Fortschritts und steigender Lebenserwartung weiter steigen wird und auch das durchschnittliche Zugangsalter in Wohnformen der Behindertenhilfe bundesweit sinkt.

⁴¹ Die Leistungen der Eingliederungshilfe (EH) sollen künftig nicht mehr einrichtungsbezogen sondern personenzentriert ausgerichtet sein, d. h. die EH soll sich auf die reine Fachmaßnahme konzentrieren und nicht mehr Leistungen zum Lebensunterhalt einschl. der Kosten zur Unterkunft (als Grundpauschale) umfassen. Dies wird wesentliche Veränderungen im Leistungsrecht der §§ 75 ff. SGB XII (Vereinbarungen und Entgelte für Einrichtungen und Dienste) mit sich bringen.

Neben der nachhaltigen Absicherung einer bedarfsdeckenden Hilfe wird es zudem mit steigendem gesamtgesellschaftlichen Finanzdruck wichtiger, den gesellschaftlichen Dialog für eine gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit, wie Menschen ohne Behinderung zu führen. Da insbesondere in Zeiten einer angespannten Wirtschaftslage sowie aufgrund der demografischen Entwicklung das Risiko steigt, dass vorrangige Kostenträger ihr Leistungsspektrum zulasten des - nachrangigen - Sozialhilfeträgers „verschlanken“, gilt es, das Bewusstsein für eine Gesamtverantwortung zu stärken. Nur auf dieser Basis kann es gelingen, die grundgesetzlich verankerte Gleichberechtigung von Menschen nachhaltig abzusichern und einem Armutsrisiko von insbesondere älteren Menschen mit Behinderung vorzubeugen.

6.3.1 Teilhabe am Arbeitsleben

Im Zusammenhang mit dem Thema „Altersarmut“ kommt auch den **Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)** eine besondere Bedeutung zu. Sie sind Einrichtungen zur Teilhabe am und zur Eingliederung in das Arbeitsleben und haben die Aufgabe, diejenigen Menschen mit Behinderung, die wegen Art und Schwere ihrer Beeinträchtigung nicht, noch nicht oder nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, eine angemessene berufliche Bildung oder eine Beschäftigung zu einem angemessenen Arbeitsentgelt anzubieten.

Das Werkstättenrecht garantiert Menschen mit Behinderung, die die Aufnahmevoraussetzungen erfüllen, einen Arbeitsplatz. Im Hinblick auf die soziale Absicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden für Werkstattbeschäftigte die Rentenversicherungsbeiträge in Höhe von 80 % der monatlichen Rentenbezugsgröße nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung) entrichtet (vgl. § 162 Nr. 2 SGB VI). Die Rentenversicherungsbeiträge, die auf den Unterschiedsbetrag zwischen dem tatsächlichen Entgelt und dem fiktiven Mindestentgelt (80 % der monatlichen Rentenbezugsgröße) entfallen, werden vom Bund erstattet. Damit erwerben Werkstattbeschäftigte nach einer Anwartschaft von 20 Jahren ununterbrochener voller Erwerbsminderung einen Anspruch auf Rente (wegen voller Erwerbsminderung; vgl. § 43 Abs. 6 SGB VI), die Gefahr der Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen (hier: Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII) wird perspektivisch verringert und die Möglichkeiten der Menschen mit Behinderung, im Alter ihren Lebensunterhalt aus eigenem Einkommen zu bestreiten, verbessert. Die Regelung gilt auch für Werkstattbeschäftigte, die im Anschluss an eine Beschäftigung in einer nach dem SGB IX anerkannten WfbM in einem Integrationsprojekt (§ 132 SGB IX) tätig sind.

Bei einem erfolgreichen Wechsel aus einer WfbM in den ersten Arbeitsmarkt (außer Integrationsprojekte) kann eine Verschlechterung der Einkommenssituation im Alter hingegen nur durch ein dortiges entsprechend hohes Lohnniveau vermieden werden, was angesichts der Arbeitsmarktsituation für geringer qualifizierte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nur schwer zu erreichen ist. Im Rahmen der aktuellen Diskussion zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe nach dem 6. Kapitel SGB XII werden daher von den Ländern Lohnkostenzuschussmodelle bis zur Höhe von Tariflöhnen erörtert, um die Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt zu fördern. Dabei richtet sich der Blick im Wesentlichen auf Mittel der Ausgleichsabgabe, die Arbeitgeber für jeden unbesetzten Pflichtarbeitsplatz für Menschen mit Behinderung zu entrichten haben (vgl. § 77 SGB IX). Hinsichtlich einer entsprechenden Finanzierung aus Mitteln der Sozialhilfe bestehen erhebliche rechtliche Bedenken. Im Übrigen wäre eine Beteiligung des Bundes an der Finanzierung von Rentenversicherungsbeiträgen nach diesem Modell voraussichtlich nicht gegeben.

6.3.2 Betreute Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung

6.3.2.1 Betreute Wohnmöglichkeiten für Menschen mit geistiger/körperlicher Behinderung

Das Land Berlin arbeitet seit Jahren an der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Behindertenbereich, um den gesetzlichen **Vorrang ambulanter Leistungen gegenüber stationären Leistungen** qualitativ hochwertig umzusetzen. Gemeinsam mit den Trägern der Behindertenhilfe ist es gelungen, hier bundesweit eine führende Position zu erreichen. Im Vergleich zu den übrigen Bundesländern und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe liegt Berlin bei der Versorgung von Menschen mit geistiger/körperlicher Behinderung mit einem Anteil von 56 % ambulanter Angebote im Verhältnis zu 44 % stationärer Kapazitäten vorn.

Insgesamt stehen in Berlin mit Stand Dezember 2009 im Bereich des ambulanten Wohnens für erwachsene Menschen mit Behinderung rd. 1.300 Plätze in Wohngemeinschaften zur Verfügung. Darüber hinaus werden für das (ambulante) betreute Einzelwohnen rd. 2.800 Plätze vorgehalten. Für stationär zu betreuende Menschen mit Behinderung stehen hingegen 3.200 Plätze zur Verfügung. In Bezug auf die prozentuale Verteilung „ambulant/stationär“ weist Hamburg ähnliche Werte auf, während Bremen lediglich rd. 38 % der Menschen mit Behinderung ambulant versorgt.

Für ältere Menschen mit Behinderung werden in Berlin im Bereich der unterstützten Wohnformen spezielle Angebote vorgehalten. Hierbei handelt es sich in der Regel um Wohngemeinschaften, die tagesstrukturierende Leistungen begleitend in geringem Umfang anbieten. Mit der Umstrukturierung des stationären Wohnens im Heim für erwachsene Menschen mit Behinderung wird ab 2011 zudem der neue Leistungstyp „Angebot zur Beschäftigung, Förderung und Betreuung“ installiert. Menschen mit geistiger, körperlicher oder mehrfacher Behinderung, die aufgrund der Schwere der Behinderung nicht oder noch nicht in einer Werkstatt oder einem Förderbereich beschäftigt werden können, wird die Teilhabe an einer Tagesstruktur eröffnet. Die Angebote richten sich auch an Menschen mit Behinderung im Ruhestandsalter und ermöglichen ihnen die Teilnahme an tagesstrukturierenden Maßnahmen. Der Zugang zu diesen Angebotsformen ist unabhängig davon, ob die Nutzerin oder der Nutzer in einer betreuten Wohnform oder in der eigenen Häuslichkeit lebt.

Unabhängig vom Lebensalter und der Behinderungsart sind alle Angebote darauf ausgerichtet, ein Höchstmaß an Selbstbestimmtheit zu ermöglichen.

6.3.2.2 Betreute Wohnmöglichkeiten für Menschen mit seelischer Behinderung

Menschen mit seelischer Behinderung sind aufgrund einer psychischen Erkrankung bzw. Suchterkrankung in ihrer Teilnahmefähigkeit eingeschränkt. In Abhängigkeit von Art und Schwere der Erkrankung gehen alltagspraktische und soziale Kompetenzen verloren. Viele der betroffenen Menschen fallen aus familiären Bindungen und sozialen Bezügen heraus. Es kommt zu Abbrüchen in der Berufsausbildung und erheblichen Schwierigkeiten bei der Berufsausübung. Die Beeinträchtigungen durch die psychische Erkrankung führen zu Problemen mit Kollegen und Arbeitsgebern und nicht selten zum Verlust des Arbeitsplatzes.

Grundsätzliches Ziel der Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem 6. Kapitel SGB XII ist, den seelisch behinderten Menschen zu befähigen, in einem soweit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von seinen Fähigkeiten zu machen. Die Eingliederungshilfeleistungen sollen den bewussten Umgang mit krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und Störungen ermöglichen und die psychische Leistungsfähigkeit und Stabilität fördern. Menschen mit seelischer Behinderung sollen befähigt werden, das nähere Lebensumfeld (Wohnung, Ernährung, gesundheitliche Versorgung etc.) sowie den Tagesablauf und Beziehungen zu anderen Menschen

wieder eigenverantwortlich zu gestalten. Durch Unterstützung, Begleitung und Beratung soll der Arbeitsplatz erhalten bzw. Ausbildungs- oder Berufsperspektiven erarbeitet werden.

Für den Personenkreis der Menschen mit seelischer Behinderung steht im Land Berlin ein sehr gut ausgebautes psychiatrisches Versorgungssystem von entgeltfinanzierten Angeboten im Bereich des Betreuten Wohnens (4.244 Plätze) und der Tagesstrukturierung (773 Plätze in Tagesstätten) zur Verfügung. Das Versorgungssystem ist bezirklich ausgerichtet, so dass jeder hilfebedürftige Mensch wohnortnah entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen kann. Der Schwerpunkt des Betreuten Wohnens liegt mit 91 % (3.874 Plätze) in den ambulant betreuten Wohnformen (Betreuung in der eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft), was den Erhalt des gewohnten Lebensumfeldes ermöglicht. Daneben stehen 370 Plätze in Heimen und Übergangsheimen für Menschen mit seelischer Behinderung zur Verfügung.

Zur Inanspruchnahme von Leistungen innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems liegen für die Jahre 2004 bis 2009 Daten aus dem so genannten „Budgetkontrollprogramm“ der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz vor. Ausgehend von einer Stichtagsauswertung zum 31.12.2009 ist festzuhalten, dass die Altersverteilung unter den Nutzern des psychiatrischen Versorgungssystems der Altersverteilung in der Wohnbevölkerung nicht in gleichem Maße folgt (für den Vergleich wurden hier nur die über 18-jährigen Einwohner bzw. Einwohnerinnen herangezogen). Während der Anteil der über 50-jährigen Menschen innerhalb der Gesamtbevölkerung ca. 43 % ausmacht, sind dies im psychiatrischen Hilfesystem nur 34 %. Der Altersdurchschnitt aller Nutzer liegt bei 44 Jahren. Am auffälligsten ist die Differenz in der Gruppe der über 65-Jährigen. Sie stellen 22 % der Gesamtbevölkerung, sind aber nur mit 8 % unter den Nutzern von psychiatrischen Angeboten vertreten.

Die Geschlechterverteilung in der Gesamtbevölkerung und in der Nutzergruppe des Psychiatriesystems ist gegensätzlich. In der Gesamtbevölkerung überwiegt der Anteil der Frauen (51 %) und hat in der Altersgruppe der über 65-Jährigen mit 58 % seinen höchsten Wert. Im psychiatrischen Versorgungssystem dagegen ist der überwiegende Teil (61 %) der Nutzer männlich. In der Altersgruppe der über 65-Jährigen sinkt dieser Wert zwar (54 %), liegt aber noch immer über dem der Frauen.

Am 31.12.2009 entfielen ca. 75 % aller Nutzer auf den Bereich des ambulant betreuten Wohnens und deutlich geringere Anteile auf Tagesstätten (18 %) und stationäre Wohnangebote (7 %). Diese Verteilung entspricht in etwa der Ressourcengewichtung der benannten Angebotsformen im Versorgungssystem. Im Vergleich der Altersgruppen der unter bzw. über 50-Jährigen zeigen sich dabei nur kleine Unterschiede. Während 77 % der Nutzer in der Altersgruppe unter 50 Jahren in ambulanten Wohnformen betreut werden, liegt dieser Wert bei den über 50-Jährigen bei 71 %. In dieser Altersgruppe steigt zugleich der Nutzeranteil in den Tagesstätten (von 16 % auf 22 %) und geringfügig auch in stationären Einrichtungen (von 6 % auf 8 %).

6.3.3 Ausgaben für Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII

Die Ausgaben für Eingliederungshilfeleistungen für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII sind von 2005 bis 2009 um insgesamt 7,9 % gestiegen, wobei der größte Zuwachs in Höhe von +28,2 % bei den Hilfen außerhalb von Einrichtungen zu verzeichnen ist und somit dem sozialhilferechtlichen Grundsatz „ambulant vor stationär“ entspricht. Das Land Berlin finanzierte im Jahr 2009 Eingliederungshilfemaßnahmen in Höhe von insgesamt rd. 585 Millionen Euro (2005 = 542 Mio. Euro), davon 190 Millionen Euro außerhalb von Einrichtungen (2005 = 148 Mio. Euro). Der relativ geringe Aufwuchs bei den stationären Hilfen um nur 0,4 % von 2005 zu 2009 bildet dabei auch Rechtsänderungen ab, die seit einigen Jahren ein Herausrechnen des Anteils für den Lebensunterhalt in Einrichtungen und Zuordnung der Beträge zu den Leistungen der Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII erforderlich macht (vgl. Tabelle 6.4).

Tabelle 6.4:

Ausgaben für Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII in Berlin in den Jahren 2005 bis 2009 in Euro

Art der Hilfe	Jahr					Veränderungen	
	2005	2006	2007	2008	2009	2005 / 2009	
						absolut	in %
Eingliederungshilfe insgesamt	542.253.776	532.498.937	546.493.754	562.577.661	585.339.577	43.085.801	7,9
außerhalb von Einrichtungen	147.852.304	159.017.342	169.072.381	177.622.202	189.485.615	41.633.311	28,2
in Einrichtungen	394.401.473	373.481.595	377.421.373	384.955.459	395.853.963	1.452.490	0,4
darunter:							
Leistungen in anerkannten Werkstätten für Menschen mit Behinderung (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i.V.m. § 41 SGB IX)	78.162.999	80.189.954	85.574.217	87.089.807	89.519.342	11.356.343	14,5
Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten (§ 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX)	285.623.351	340.384.641	369.958.842	379.441.627	395.283.429	109.660.078	38,4
außerhalb von Einrichtungen	89.275.112	103.443.478	116.409.242	124.422.394	134.606.805	45.331.693	50,8
in Einrichtungen	196.348.239	236.941.163	253.549.599	255.019.233	260.676.623	64.328.384	32,8

* In der Tabelle der Ausgaben sind nur die Leistungsbereiche der Eingliederungshilfe abgebildet, die im Zusammenhang mit diesem Bericht stehen. Die Höhe der übrigen Ausgaben ergibt sich aus der Differenz der Gesamtausgaben und den dargestellten Leistungsarten.

(Datenquelle: SenFin Berlin - ProFiskal / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

In 2010 wurden insgesamt rund 606 Millionen Euro für Eingliederungshilfe ausgegeben. Dies entspricht im Vergleich zum Vorjahr einem Zuwachs um rund 3,5 % und einer Steigerungsrate von +11,8 % seit 2005. Im Verhältnis zum Vorjahr war wiederum der größte monetäre Zuwachs bei den Hilfen außerhalb von Einrichtungen zu verzeichnen (+11,9 Millionen Euro), während die Hilfen in Einrichtungen eine Ausgabensteigerung um rund 8,8 Millionen Euro ausweisen. Korrespondierend zur monetären Entwicklung ist ein Anstieg der Empfängerzahlen zu verzeichnen (vgl. Abschnitt 6.3.4).

Wie in Kapitel 6.3 beschrieben, umfasst die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung verschiedene Leistungen, die auch in monetärer Hinsicht für den Berliner Landeshaushalt von Bedeutung sind. Um den Fokus dieses Berichtes zu wahren, sind in den Tabellen 6.4 und 6.5 differenziert aber nur die Transferbereiche abgebildet, die im Zusammenhang mit dem Thema „Altersarmut“ von Relevanz sind. Dazu gehören die Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen - WfbM - (vgl. dazu Kapitel 6.3.1) und die Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten (vgl. dazu Kapitel 6.3.2).

Die Ausgaben für **Leistungen in WfbM** sind seit 2005 um insgesamt 14,5 % angestiegen und lagen 2009 bei rd. 90 Millionen Euro (2005 = 78 Mio. Euro). Nach einem größeren Zuwachs von 2006 zu 2007 in Höhe von rd. 5 Millionen Euro waren in 2008 und 2009 nur noch Steigerungen um jeweils rd. 2 Millionen Euro pro Jahr zu verzeichnen.

Im Jahr 2010 wurden für Leistungen in WfbM insgesamt rund 95,6 Millionen Euro ausgegeben, was einem Anstieg um rund 6,8 % (+ 6,1 Millionen Euro) im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Parallel dazu ist die Anzahl der Werkstattbeschäftigten - bezogen auf alle dort tätigen Altersgruppen (ab 15 Jahren) - gestiegen (31.12.2009: 7.294 Personen, 31.12.2010: 7.476 Personen).

Einen Zuwachs in Höhe von +38,4 % von 2005 zu 2009 haben die Hilfen **zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten** zu verzeichnen, was einem betragslichen Plus von rd. 110 Millionen Euro entspricht. Davon entfallen rd. 45 Millionen Euro auf die Hilfen außerhalb von Einrichtungen (Zuwachs von 2005 zu 2009 in Höhe von 50,8 %), während rd. 64 Millionen Euro bei den Hilfen in Einrichtungen hinzugekommen sind (Zuwachs um 32,8 % von 2005 zu 2009). Im Jahr 2009 gab das Land Berlin insgesamt 67,5 % aller Eingliederungshilfeausgaben für Hilfen in betreuten Wohnmöglichkeiten aus (= rd. 395 Mio. Euro).

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Ausgaben für Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten um insgesamt 3,1 % (+12,1 Millionen Euro) erhöht, wobei die Steigerungsrate fast

vollständig den ambulanten Bereich betrifft. Auf das gleichzeitige „Plus“ bei den Empfängerzahlen dieser Leistungsart wird im folgenden Abschnitt näher eingegangen. Der hohe Anteil dieser Ausgaben an den Gesamtausgaben der Eingliederungshilfe für das Jahr 2009 hat sich mit den Daten des Jahres 2010 noch einmal bestätigt.

6.3.4 Empfänger und Empfängerinnen von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII

Bezogen auf die Altersgruppe der 50 bis unter 65 Jahre alten Menschen mit Behinderung haben sich die Empfängerzahlen von 2006 zu 2009 um 28,8 % erhöht. Eine Zunahme von 20,1 % ist in der Altersgruppe ab 65 Jahre zu verzeichnen. Während am 31.12.2006 insgesamt 3.345 Menschen mit Behinderung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren Leistungen der Eingliederungshilfe erhielten, waren dies am gleichen Stichtag des Jahres 2009 insgesamt 4.309 (vgl. Tabelle 6.5).

Tabelle 6.5:

Empfänger/innen (50 Jahre und älter) von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 6. Kapitel SGB XII in Berlin in den Jahren 2005 bis 2009 am 31.12. des Berichtsjahres

Empfänger/innen insgesamt	Eingliederungshilfe insgesamt		Leistungen in anerkannten Werkstätten für Menschen mit Behinderung	Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten	
	50 bis unter 65	ab 65	50 bis unter 65	50 bis unter 65	ab 65
2006	3.345	947	992	2.456	809
2007	3.674	1.028	1.113	2.656	863
2008	3.969	1.077	1.190	2.867	925
2009	4.309	1.137	1.307	3.114	941
Veränderung 2006/2009 absolut	964	190	315	658	132
Veränderung 2006/2009 in %	28,8	20,1	31,8	26,8	16,3
Empfänger/innen außerhalb von Einrichtungen					
2006	1.907	478	.	1.183	339
2007	1.992	529	.	1.316	364
2008	2.213	526	.	1.502	397
2009	2.467	541	.	1.706	405
Veränderung 2006/2009 absolut	560	63	.	523	66
Veränderung 2006/2009 in %	29,4	13,2	.	44,2	19,5
Empfänger/innen in Einrichtungen					
2006	1.800	474	992	1.273	470
2007	1.963	506	1.113	1.340	499
2008	2.099	562	1.190	1.372	528
2009	2.251	606	1.307	1.436	536
Veränderung 2006/2009 absolut	451	132	315	163	66
Veränderung 2006/2009 in %	25,1	27,8	31,8	12,8	14,0

(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - I D 21 -)

Per Stichtag 31.12.2010 erhielten insgesamt 4.680 Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren und 1.149 Personen ab 65 Jahren Eingliederungshilfeleistungen. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Steigerung bei der erstgenannten Personengruppe um 8,6 % (+371 Personen), während bei der zweiten Gruppen lediglich 12 Personen (+1,1 %) mehr im Leistungsbezug waren als noch ein Jahr zuvor.

Sowohl in 2006 als auch in 2009 wurden rd. 57 % aller Leistungen der Eingliederungshilfe an Empfänger bzw. Empfängerinnen außerhalb von Einrichtungen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren erbracht; auch hier bildet sich der systemimmanente sozialhilferechtliche Grundsatz „ambulant vor stationär“ in den Daten ab.

Die Quote lag in 2010 bei rund 58 % (= 2.721 Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren außerhalb von Einrichtungen) und weist damit eine leichte Steigerungsrate aus.

In der Altersgruppe der 50- bis unter 65-Jährigen erhielten am Ende des Jahres 2009 insgesamt mehr Menschen mit Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe **außerhalb von Einrichtungen** als 2006 (+ 560 Personen); dies entspricht einer Zunahme um 29,4 %. (Unter Berücksichtigung der Zahlen für 2010 ergibt sich im Verhältnis zu den Ausgangsdaten aus 2006 sogar ein Zuwachs von insgesamt 814 Personen = +42,7 %). Der analoge Wert der Altersgruppe ab 65 Jahre enthält zum Stichtag 31.12.2009 einen Zuwachs um insgesamt 63 Personen (+13,2 %) und zum Stichtag 31.12.2010 um insgesamt 73 Personen (+15,3 %). Der Unterschied der Zuwachsraten in den genannten Altersgruppen hängt zum Teil damit zusammen, dass mit zunehmendem Alter in vielen Fällen Pflegebedürftigkeit entsteht und bis dahin zielorientiert erbrachte Eingliederungshilfemaßnahmen ggf. der Pflege und häuslichen Versorgung weichen müssen. Der davon betroffene Personenkreis wird statistisch dann in die Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII überführt, sofern ein entsprechender Rechtsanspruch besteht.

Bei den Eingliederungshilfen **in Einrichtungen** ist vom Jahresende 2006 zu 2009 ein Empfängerzuwachs von 25,1 % (451 Personen) bei den 50- bis unter 65-Jährigen und von 27,8 % (132 Personen) bei den ab 65-Jährigen zu verzeichnen. Dabei ist zu beachten, dass in den vorgenannten 451 Personen 315 Beschäftigte in Behindertenwerkstätten enthalten sind. Insofern trägt die erste Einschätzung einer vermeintlich neuen sozialpolitischen Schwerpunktsetzung „stationär vor ambulant“, was anhand der nachfolgend beschriebenen Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten noch einmal verdeutlicht wird.

Zum Jahresende 2010 erhielten insgesamt 2.419 Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren und 609 Personen im Alter ab 65 Jahren Eingliederungshilfeleistungen in Einrichtungen. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Zahlen um 48 Personen bei der ersten Altersgruppe zurückgegangen während es bei der Gruppe der ab 65-Jährigen einen Zuwachs von 68 Personen gab.

Die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen **in anerkannten Werkstätten für Behinderte (WfbM)** ist von 2006 zu 2009 in der Altersgruppe von 50 bis unter 65 Jahren um 31,8 % angewachsen. Allerdings handelt es sich bei den 50- bis unter 65-Jährigen nicht um einen wirklichen Zuwachs an Leistungsberechtigten, sondern lediglich um das Erreichen der nächsten statistischen Alterskohorte, da die Zahl der in Werkstätten Tätigen insgesamt seit Jahren relativ konstant ist und nur moderate jährliche Steigerungsraten ausweist. Lediglich 0,4 % der in einer WfbM Beschäftigten schaffen den Sprung in den 1. Arbeitsmarkt. Da auch in einer WfbM das aktive Erwerbsleben mit Erreichen des Rentenalters in aller Regel endet, gibt es in der Altersgruppe der über 65-Jährigen nur noch Einzelfälle von Leistungsempfängerinnen bzw. -empfängern, welche hier nicht betrachtet werden sollen.

Per Stichtag 31.12.2010 weist die Empfängerstatistik insgesamt 1.399 Werkstattbeschäftigte der Altersgruppe von 50 bis unter 65 Jahren aus.

Bei den Eingliederungshilfeleistungen in Form von **Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten** sind von 2006 zu 2009 in der Altersgruppe der 50- bis unter 65-jährigen Menschen mit Behinderung insgesamt Zuwächse von 26,8 % (658 Personen) zu verzeichnen, wobei am Ende des Jahres 2009 insgesamt 523 Personen mehr in ambulanten Einrichtungen betreut wurden als 2006 (+44,2 %). Insgesamt wurden 2009 rd. 55 % aller Leistungen in betreuten Wohnmöglichkeiten für diese Altersgruppe außerhalb von Einrichtungen erbracht, während die gleiche Quote 2006

noch bei 48 % lag. Auch in der Altersgruppe der über 65-Jährigen liegt der prozentuale Zuwachs von 2006 zu 2009 (+19,5 %) im ambulanten Bereich vor den +14,0 % bei den Hilfen in Einrichtungen.

Empfängerzuwächse sind in diesem Bereich auch für den Stichtag 31.12.2010 zu verzeichnen. Danach erhielten insgesamt 3.340 Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten. Dies entspricht einer Steigerung im Verhältnis zum Vorjahr um rund 7,3 % (+226 Personen). Bei der Personengruppe der ab 65-Jährigen wurden insgesamt 975 Menschen mit Behinderung in den genannten Wohnmöglichkeiten der Eingliederungshilfe betreut (+34 Personen bzw. +3,6 % im Vergleich zum Vorjahr).

6.4 Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII

Die letzte Lebensphase des Menschen wird neben gesundheitlichen und behinderungsbedingten Beeinträchtigungen oftmals durch Pflegebedürftigkeit geprägt, wobei die damit verbundenen Kosten einzelfallabhängig nicht allein durch die Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckt werden.

Über Jahrzehnte wurden Aufwendungen im Pflegefall fast ausschließlich nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) übernommen, sofern keine vorrangigen Leistungsansprüche bestanden und der Einsatz von Einkommen und Vermögen sowie die Heranziehung von Unterhaltspflichtigen zur Bedarfsdeckung nicht ausreichten. Erst seit Einführung der Pflegeversicherung als 5. Säule des Sozialversicherungssystems⁴² zum 1. Januar 1995 werden Leistungen bei Pflegebedürftigkeit unabhängig von Einkommen und Vermögen zur Verfügung gestellt und damit auch die Kommunen von einem wesentlichen Teil ihrer Sozialhilfelasten befreit. Da die Leistungen der Pflegeversicherung jedoch als „Teilkasko“-Leistungen konzipiert worden sind, muss der Sozialhilfeträger in vielen Fällen noch ergänzende Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII gewähren. Auch bei Nichtversicherten und bei einem Pflegebedarf unterhalb der erheblichen Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI kommt Hilfe zur Pflege in Betracht.

Risiko der Abhängigkeit von Sozialhilfe bei Pflegebedürftigkeit

Mit Einführung des SGB XI hat sich an der gesetzessimmanenten Regelung des Einsatzes von Einkommen und Vermögen sowie der Heranziehung von Unterhaltspflichtigen im Rahmen der Sozialhilfegewährung nach SGB XII nichts geändert. Sobald Ansprüche aus der Pflegeversicherung nicht ausreichen oder nicht vorhanden sind und der Sozialhilfeträger Hilfe leisten muss, sind insofern auch Pflegebedürftige - unter bestimmten Voraussetzungen - zur Kostenbeteiligung verpflichtet und werden mit ihrem Einkommen auf ein vom Gesetzgeber vorgegebenes Maß eines finanziellen Selbstbehalts zurückgestuft. Zwar liegt dieser Selbstbehalt über dem sozio-kulturellen Existenzminimum der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Grundsicherung im Alter nach SGB XII, der grundsätzliche Gedanke einer einkommensunabhängigen Absicherung des Pflegerisikos bleibt aber ausschließlich der Leistungsgewährung nach SGB XI vorbehalten.

Auch die lange Zeit unveränderten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung führen dazu, dass Pflegebedürftige immer öfter und in ständig wachsendem Umfang ihr Einkommen zur Deckung des Pflegebedarfs einsetzen müssen oder auf ergänzende Leistungen des Sozialhilfeträgers angewiesen sind. Um dies weitgehend zu vermeiden, ist eine frühzeitige - noch weit vor Eintritt ins Rentenalter einsetzende - private und die Leistungen des SGB XI ergänzende Vorsorge erforderlich. Dieser Grundgedanke der gesetzlichen Pflegeversicherung lässt sich jedoch aufgrund wirtschaftlicher Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Einkommenssituation im Alter nicht immer realisieren. Wer über viele Jahre seines Erwerbslebens nur geringe Einkünfte erzielt oder wiederholt und/oder länger arbeitslos war, verfügt oftmals nicht über die finanziellen Mittel, entsprechende Zusatzversicherungen abzuschließen. Zwar wird diese Lücke durch den Sozialhilfeträger geschlos-

⁴² Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (PflegeVG) vom 26.5.1994 (BGBl. I S. 1014), Inkrafttreten: 1.1.1995 mit Ausnahmen

sen, führt im Gegenzug aber dazu, dass die Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII immer mehr die Rolle eines Ausfallbürgen der Pflegeversicherung einnimmt und sich der ursprüngliche Ansatz einer weitgehenden einkommensunabhängigen Risikominimierung im Pflegefall auf Grundlage des SGB XI immer mehr negiert. Die damit verbundenen Sozialhilfekosten belasten die Kommunen in erheblichem Maße und steigen seit Jahren bundesweit an. Allein in Berlin werden für die Hilfe zur Pflege seit einigen Jahren mehr als 300 Millionen Euro jährlich ausgegeben, die weder von den Pflegekassen noch vom Bund erstattet werden.

Die Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers wird in den kommenden Jahren weiter zunehmen, da die demografische Entwicklung und die Folgen der derzeitigen Arbeitsmarktlage darauf hinweisen, dass immer mehr Menschen im Falle eines eintretenden Pflegebedarfs im Alter finanziell nicht ausreichend abgesichert sein werden. Selbst lange Rentenversicherungszeiten mit hohen Beiträgen können bereits heute dazu führen, dass die daraus erwachsenden Renteneinkünfte in hohem Maße für Aufwendungen im Zusammenhang mit der eigenen Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden müssen und somit ggf. zu Lasten des bisherigen Lebensstandards gehen. Hinzu kommt die auch im Pflegefall noch immer vorhandene so genannte „verschämte Altersarmut“, die im Einzelfall dazu führen kann, dass ein vorhandener Rechtsanspruch auf Hilfe zur Pflege beim Sozialhilfeträger nicht geltend gemacht und das eigene Einkommen ggf. in so hohem Maße zur Deckung des Pflegebedarfs eingesetzt wird, dass der für den Lebensunterhalt verbleibende Restbetrag das sozio-kulturelle Existenzminimum in Höhe der Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung nach SGB XII unterschreitet.

Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII

Leistungen der Sozialhilfe im Pflegefall werden erbracht, wenn die vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung zur Deckung des Pflegebedarfs nicht ausreichen, kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI besteht und das vorhandene Einkommen und Vermögen zur Bedarfsdeckung nicht ausreicht. Hinsichtlich des Leistungsumfanges und der Anspruchsvoraussetzungen weisen SGB XI und SGB XII weitgehend Parallelen auf, wobei die Sozialhilfe aber im Einzelfall auch Bedarfe abdeckt, die im Leistungskatalog des SGB XI nicht enthalten ist.

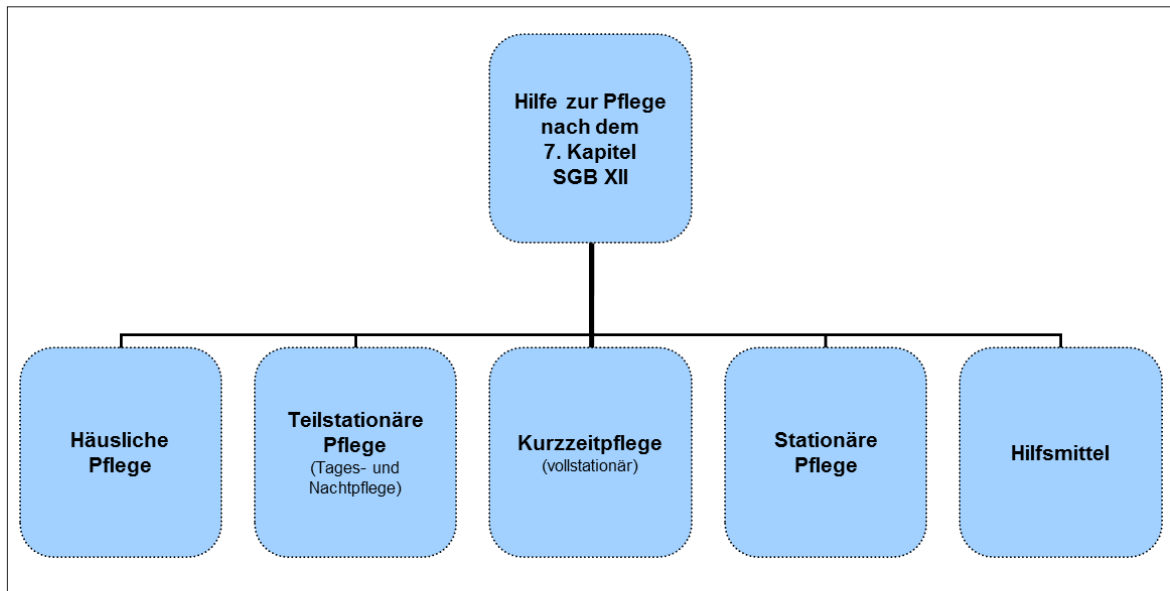
Leistungsberechtigt im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII sind Personen, die wegen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen⁴³ im Ablauf des täglichen Lebens oder für andere Verrichtungen der Hilfe bedürfen, wobei der Gesetzgeber Ausmaß und Dauer der Pflegebedürftigkeit in die Anspruchsvoraussetzungen einbezogen hat. Die Entscheidung über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit der Leistungsberechtigten trifft als vorrangiger Sozialleistungsträger die zuständige Pflegekasse (Begutachter = Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - MDK). Der Sozialhilfeträger ist an diese Entscheidung gebunden, soweit sie auf Tatsachen beruht, die sowohl die Leistungen der Pflegeversicherung als auch die der Hilfe zur Pflege nach SGB XII betreffen (vgl. § 62 SGB XII). Soweit im Einzelfall kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht, erfolgt die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers, ggf. unter Einbeziehung externen Sachverständigen (z. B. durch die Gesundheitsämter). Im Ergebnis der Begutachtung werden die Betroffenen einer der drei verschiedenen Pflegestufen (Stufen I, II und III) zugeordnet, die in ihrer Definition den Pflegebedarf umschreiben und maßgeblich für Art und Höhe der Leistungsgewährung sind. Der Sozialhilfeträger leistet auch bei einem Pflegebedarf unterhalb der Stufe I.

Bis auf das Pflegegeld, Pflegehilfsmittel und angemessene Aufwendungen sowie Beihilfen für Pflegepersonen sind die Leistungen der Hilfe zur Pflege entgeltfinanziert, die Leistungshöhe des Sozialhilfeträgers orientiert sich insofern immer an gemeinsam mit den Pflegekassen und den jeweiligen Leistungserbringern vereinbarten Beträgen. Soweit ein Anspruch auf Leistungen nach SGB XI besteht, wird im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII nur der Differenzbetrag bis zur

⁴³ Regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens = Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung

Entgelthöhe erbracht. Besteht ein solcher vorrangiger Anspruch nicht, leistet der Sozialhilfeträger bis zur Entgelthöhe in vollem Umfang. Sofern sich der bzw. die Pflegebedürftige mit seinem bzw. ihrem Einkommen an den Leistungen der Hilfe zur Pflege beteiligen muss, mindern sich die finanziellen Aufwendungen des Sozialhilfeträgers entsprechend.

Abbildung 6.4:
Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII



(Darstellung: SenIntArbSoz - I B 41 -)

Häusliche Pflege

Die häusliche Pflege wird grundsätzlich in Form von Pflegegeld, als Pflegesachleistung oder als Erstattung von Aufwendungen für Pflegepersonen bzw. Beihilfen für Pflegepersonen erbracht. Beim **Pflegegeld** handelt es sich um eine Geldleistung, die in Abhängigkeit von der jeweiligen Pflegestufe im Betrag variiert⁴⁴ und dem Pflegebedürftigen für die „Entlohnung“ von selbst beschafften Pflegeleistungen durch Nachbarn, Freunde oder Verwandten gewährt wird. Die Höhe des Pflegegeldes basiert auf den Festlegungen des SGB XI, der Träger der Sozialhilfe ist an diese betraglichen Vorgaben gebunden⁴⁵. Deshalb kommen aufstockende Leistungen der Sozialhilfe nicht in Betracht, wenn der Pflegebedürftige bereits das Pflegegeld seiner Pflegekasse in Anspruch nimmt.

Wird die häusliche Pflege hingegen durch geschulte Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste erbracht, so begleicht der Sozialhilfeträger die Rechnung des Leistungserbringers entsprechend der zuvor gemeinsam mit den Pflegekassen vereinbarten Entgelte. Soweit vorrangige Ansprüche nach dem SGB XI bestehen, beteiligen sich die Pflegekassen an den **Pflegesachleistungen** in Höhe der nach Pflegestufen festgesetzter Beträge⁴⁶, wobei hier - anders als beim Pflegegeld - die Möglichkeit der Anerkennung so genannter Härtefälle, die einen außergewöhnlich hohen Pflegebedarf haben und damit noch über der Pflegestufe III liegen, gegeben ist. Allerdings sieht die Pflegeversicherung eine Deckelung der Leistungsgewährung dahingehend vor, dass nicht mehr als 3 % aller nach SGB XI versicherten Pflegebedürftigen der Stufe III als Härtefall im vorgenannten Sinne eingestuft werden dürfen (vgl. § 36 Abs. 4 SGB XI). Die größten Pflegedienste in Berlin sind zumeist Sozialstationen in Trägerschaft der Mitgliedsorganisationen der Freien Wohlfahrtspflege. Daneben gibt es eine große Anzahl privater Pflegedienste unterschiedlicher Größe.

⁴⁴ Pflegegeld: Pflegestufe I = 225 Euro, Pflegestufe II = 430 Euro, Pflegestufe III = 685 Euro je Kalendermonat

⁴⁵ Für Kinder gibt es Sonderregelungen.

⁴⁶ Leistungen der Pflegekasse für Pflegesachleistungen: Pflegestufe I = 440 Euro, Pflegestufe II = 1.040 Euro, Pflegestufe III = 1.510 Euro, Härtefall = bis zu 1.918 Euro je Kalendermonat

Neben dem Pflegegeld und den Pflegesachleistungen werden im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII auch **angemessene Aufwendungen der Pflegeperson** übernommen, zu denen zum Beispiel notwendige Fahrkosten sowie Kosten im Zusammenhang mit einem Mehraufwand für Ernährung und besondere Bekleidung zählen. Daneben können angemessene Beihilfen in pauschalierter Form (z. B. Entschädigung für den Verdienstausschlag oder ein Taschengeld) geleistet und Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden.

Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst neben den pflegebedingten Aufwendungen, auch die der sozialen Betreuung sowie den Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder der Nachtpflege und zurück. Auch hier übernimmt der Sozialhilfeträger nur die Kosten, die über Entgeltvereinbarungen zwischen den Beteiligten festgelegt wurden und die nicht von der Pflegekasse abgedeckt werden⁴⁷. Mit Stand vom 01. Juli 2010 gab es in Berlin insgesamt 74 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 1.303 Plätzen. Berlin verfügt über kein Nachtpflegeangebot.

Kurzzeitpflege (vollstationär)

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für vier Wochen pro Kalenderjahr ein Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Die Pflegekasse übernimmt bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen die pflegebedingten Aufwendungen, die der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 1.510 Euro pro Kalenderjahr. Korrespondierender Leistungsträger ist auch hier das Sozialamt auf Grundlage gemeinsamer Entgeltvereinbarungen. Mit Stand vom 01. Juli 2010 gab es in Berlin 31 Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit 522 Plätzen.

Stationäre Pflege

Ein Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung besteht, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Die Pflegekasse übernimmt in diesen Fällen im Rahmen pauschaler Leistungsbeträge⁴⁸ auch hier die pflegebedingten Aufwendungen, die der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, wobei das SGB XI hier zusätzlich eine betragliche Höchstgrenze festlegt (vgl. § 43 Abs. 2 letzter Satz SGB XI).

Ähnlich wie bei den Pflegesachleistungen sieht das SGB XI bei der stationären Pflege die Anerkennung von Härtefällen vor, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, etwa bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Aber auch hier erfolgt eine Deckelung dahingehend, dass das Attribut eines Härtefalles nicht mehr als 5 % aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, zuerkannt werden kann. Hinsichtlich der Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger gelten die vorgenannten Entgeltregelungen. Mit Stand vom 1. Juli 2010 gab es in Berlin 300 Langzeitpflegeeinrichtungen mit 32.400 Plätzen.

⁴⁷ Leistungen der Pflegekasse bei Tages- und Nachtpflege: Pflegestufe I = 440 Euro, Pflegestufe II = 1.040 Euro, Pflegestufe III = 1.510 Euro je Kalendermonat

⁴⁸ Leistungen der Pflegekasse bei Pflege in vollstationären Einrichtungen: Pflegestufe I = 1.023 Euro, Pflegestufe II = 1.279 Euro, Pflegestufe III = 1.510 Euro, Härtefall = 1.825 Euro je Kalendermonat

Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu erbringen sind. Soweit die zuständige Pflegekasse die Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln anerkannt hat, übernimmt sie die Kosten bis zu einem monatlichen Betrag von 31 Euro oder stellt technische Pflegehilfsmittel leihweise zur Verfügung. Die gedeckelte Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach dem SGB XI gilt in analoger Anwendung nicht für den Träger der Sozialhilfe, der unter dem Gesichtspunkt des Bedarfsdeckungsprinzips und der Beachtung der Besonderheit des Einzelfalls auch darüber hinausgehende Kosten übernimmt.

Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Auf der Erkenntnis, dass der bislang verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI insbesondere Personen mit kognitiven Einschränkungen und geminderter Alltagskompetenz nicht oder nicht ausreichend erfasst, wurden von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI ergriffen. Über die Ergebnisse wurde im Rahmen der Fachöffentlichkeit breit berichtet. Zur Umsetzung der Ergebnisse bedarf es nun einer Novellierung des SGB XI, die vonseiten der Bundesregierung noch für die laufende Legislaturperiode in Aussicht gestellt wurde. Da im SGB XI und im SGB XII - Hilfe zur Pflege - ein einheitlicher Pflegebedürftigkeitsbegriff verwendet wird und auch weiter verwendet werden soll, würde die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI auch Auswirkungen auf das SGB XII haben. Darüber hinaus würde ein erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff, der teilhabeorientiert ausgerichtet ist, auch Auswirkungen auf die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem SGB XII haben.

Die Ausrichtung der Pflegebedürftigkeit auf tatsächliche Kompetenzeinschränkungen sowie der Teilhabe der Pflegebedürftigen an den essentiellen Bereichen des täglichen Lebens ist sozialpolitisch zu begrüßen. Mit dieser Ausrichtung können Personen mit kognitiven Einschränkungen und geminderter Alltagskompetenz in den Leistungsbereich des SGB XI einbezogen werden. Der Leistungsbereich der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, der bislang für diesen Personenkreis den Bedarf deckte, würde sich entsprechend anpassen. Zudem könnte es gelingen, die Leistungsspektren nach dem SGB XI sowie der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII mit dem Ziel, die Hilfen personenzentriert auszurichten, neu voneinander abzugrenzen.

6.4.1 Niedrigschwelle und die Pflege ergänzende Angebote für pflegebedürftige Menschen in Berlin

Die Zahl pflegebedürftiger Menschen über 65 Jahre in Berlin ist hoch und wird aufgrund der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Im Zusammenhang mit dem Risiko „Pflegebedürftigkeit“ kommt es dabei nicht nur auf die finanzielle Absicherung des Pflegebedarfs sondern auch auf die Schaffung und Vorhaltung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur an, deren Angebote, Dienste und Einrichtungen den Anforderungen menschenwürdiger Pflege in vollem Umfang gerecht werden und die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen an der Gesellschaft gewährleisten. In Umsetzung sowie Ergänzung bundesgesetzlicher Regelungen bietet Berlin hier ein vielfältiges Versorgungs-, Unterstützungs- und Beratungsangebot, das nachfolgend näher beschrieben wird.

Obwohl die 1995 eingeführte soziale Pflegeversicherung (SGB XI) zu einem bundesweiten systematischen Ausbau von Pflegeangeboten geführt hat, reicht der gesetzliche Leistungskatalog allein

nicht aus, um insbesondere das selbstbestimmte Leben pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Wohnung zu sichern, private häusliche Pflege hinreichend zu unterstützen oder dem Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ Rechnung zu tragen. Darüber hinaus ist das Gesetzeswerk und insbesondere das Zusammenspiel von SGB XI (Pflegeversicherung) und SGB XII (Sozialhilfe, hier: 7. Kapitel, Hilfe zur Pflege) so komplex, dass viele Betroffene Beratung und Unterstützung bei der Realisierung individueller Pflegearrangements benötigen.

Zahlreiche Berliner Sozialverbände und Selbsthilfeorganisationen bieten hier - mit finanzieller Unterstützung des Berliner Senats - Hilfestellung an und haben eigene Beratungsstellen für Pflegebedürftige und deren Angehörige eingerichtet. Beispielhaft werden nachfolgend einige dieser kurz beschrieben:

Krisentelefon „Pflege in Not“

Hier erhalten Betroffene Informationen und Beratung u. a. im Zusammenhang mit den Problemstellungen „Gewalt“, „Entlastung“ und „Konfliktbewältigung“ in der Pflege. Das Angebot richtet sich an Pflegebedürftige, deren Angehörige und sonstige Bezugspersonen, aber auch an das Pflegepersonal sowie entsprechende Institutionen und Initiativen. Das Projekt arbeitet gesamtstädtisch verbands- und konfessionsübergreifend und wird aus Landesmitteln, aber auch aus Mitteln der Krankenkassen unterstützt.

Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ (jetzt: Pflegestützpunkte)

Von 1999 bis September 2009 gab es in jedem der 12 Berliner Bezirke eine (aus Landesmitteln über Zuwendungen finanzierte) Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“, deren Aufgabe u. a. darin bestand, den Verbleib älterer Menschen in der eigenen Häuslichkeit oder die Rückkehr dorthin zu ermöglichen und ihnen auch bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit ein selbst bestimmtes, selbstständiges Leben zu sichern. Die Zielsetzungen entsprachen denen des SGB XI und trugen dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ sowie „Rehabilitation vor Pflege“ Rechnung. Das Angebot richtete sich an ältere Menschen, deren Angehörige und sonstige Bezugspersonen, professionelle und ehrenamtliche Helfer und Helferinnen sowie Institutionen im Gesundheits- und Sozialbereich. Für komplexe Hilfebedarfe wurde die Methode des Case-Managements (Planung, Organisation, Monitoring und Evaluation) angewendet; die Aufgabenwahrnehmung erfolgte nach einheitlichen Qualitätsstandards.

Seit September 2009 wurden alle Koordinierungsstellen in Pflegestützpunkte umgewandelt, das Aufgabenspektrum sowie der zu betreuende Personenkreis im Sinne des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes⁴⁹ erweitert. So werden neben den vorgenannten Aufgaben nunmehr pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige umfassend, unabhängig und unentgeltlich zu allen Fragen des Leistungsangebotes von Pflege- und Krankenkassen, zu staatlichen Sozialleistungen und zu sämtlichen Hilfeangeboten in der Pflege beraten. Darüber hinaus koordinieren die Stützpunkte sämtliche für die Versorgung und Betreuung im Einzelfall in Frage kommenden Angebote und unterstützen die Betroffenen bei deren Inanspruchnahme. Regional und bei verschiedenen Trägern und Einrichtungen vorhandene pflegerische und soziale Versorgungs- und Betreuungsangebote werden aufeinander abgestimmt und vernetzt, um auf diese Weise das gesamte Angebot an Hilfeleistungen aufzuzeigen und zur Verfügung stellen zu können. Dazu gehören u. a. auch Informationen zum so genannten Hausnotrufsystem, mit dem im Falle eines Sturzes oder Unfalls in der Wohnung Hilfe geholt werden kann. Darüber hinaus leisten die Pflegestützpunkte durch engen Kontakt zur Arbeitsgruppe „Kommunale Arbeit mit Migranten“ und Kooperation mit dem Projekt „Kompetenzzentrum zur interkulturellen Öffnung in der Altenhilfe“ einen Beitrag zur Integration der stetig wachsenden Zahl älterer Migranten, die entsprechend ihrer individuellen Werte, soziokulturellen und religiösen Prägung kultursensibel versorgt und betreut werden.

⁴⁹ Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874)

Die Pflegestützpunkte werden gemeinsam von allen Pflege- und Krankenkassen sowie dem Land Berlin getragen und haben eine Lotsenfunktion durch die Vielfalt des Gesundheitswesens für alle Hilfesuchenden, die sich aus den Komponenten „Beratung“, „Begleitung (Case-Management)“ und „Vernetzung (Care-Management)“ zusammensetzt. In dieser Kombination heben sie sich von allen anderen bereits existierenden Beratungs- und Hilfeangeboten ab.

Seit dem Sommer 2009 wurden insgesamt 26 Pflegestützpunkte, verteilt auf alle 12 Berliner Bezirke, geschaffen. Bis Ende 2011 sollen zehn weitere folgen. Die Aufgabenbeschreibung, Organisationsstruktur und Finanzierung ist seit Mai 2009 in einem Landesrahmenvertrag zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen sowie dem Land Berlin verankert. Dieser regelt u. a. die Ausgestaltung der gemeinsamen Trägerschaft der Stützpunkte, ist die Grundlage für die Landesbeteiligung und regelt in diesem Zusammenhang die Integration der Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ in die Pflegestützpunkte.

Zusätzliche Betreuungsleistungen und -angebote für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Angehörige Demenzkranker benötigen neben der Unterstützung bei der Grundpflege vor allem eine zeitweilige Entlastung bei der Betreuung der in der Häuslichkeit lebenden demenziell erkrankten Menschen, denn die Pflege der Kranken bringt sie häufig bis an die Grenzen der körperlichen und seelischen Belastung.

Seit Einführung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes⁵⁰ (Januar 2002) und weiteren Verbesserungen durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz⁵¹ (Juli 2008) haben pflegebedürftige Menschen und solche mit geringem Umfang an grundpflegerischem und haushaltswirtschaftlichem Hilfebedarf (sog. Pflegestufe „Null“), die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind (demenziell Erkrankte sowie psychisch kranke und geistig behinderte Menschen), einen Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung. Unter der Voraussetzung, dass sie deshalb allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung bedürfen, wird in Abhängigkeit vom individuellen Betreuungsbedarf nunmehr ein Betrag in Höhe von jährlich 1.200 Euro (Grundbetrag) bis zu 2.400 Euro (erhöhter Betrag) zuerkannt. Der anspruchsberechtigte Personenkreis kann sich bis zur Höhe dieses Betrages die Kosten für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsangebote von den Pflegekassen erstatten lassen, wobei er Leistungen der Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege, von ambulanten Diensten mit spezifischem Leistungsangebot oder von im Rahmen der nach Berliner Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten in Anspruch nehmen kann.

Die so genannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote sind dadurch gekennzeichnet, dass vorwiegend ehrenamtliche Helfer unter pflegfachlicher Anleitung und Begleitung die Betreuung der anspruchsberechtigten Versicherten außerhalb der Häuslichkeit in geeigneten Gruppenräumen oder im häuslichen Bereich übernehmen und/oder pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Das Spektrum reicht von Betreuungsgruppen, über Helferkreise zur stundenweisen Entlastung im häuslichen Bereich, Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen - insbesondere für Migranten bzw. Migrantinnen - bis hin zu Familien entlastenden Diensten.

In Ergänzung der o. g. zusätzlichen Betreuungsleistungen der Pflegeversicherung fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Land Berlin in jeweils gleicher Höhe die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, die insbesondere die Betreuung von demenziell erkrankten Menschen zum Inhalt haben und zur Entlastung pflegender Angehöriger, Betreuer und sonstigem Pflegepersonal im Rahmen der niedrigschwelligen Betreuungsangebote beitragen.

⁵⁰ Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vom 14.12.2001 (BGBl. I S. 2320)

⁵¹ Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874)

Derzeit gibt es in Berlin 167 anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie ein Modellprojekt, von denen in 2010 ein Drittel Zuschüsse/Zuwendungen mit einem Gesamtvolumen von rd. 1,2 Millionen Euro erhält. Allein im Bereich der geförderten 55 niedrigschwelligen Betreuungsangebote sind rd. 1.000 ehrenamtliche Helfer sowie Helferinnen tätig, die mehr als 2.000 anspruchsberechtigte Personen unter pflegefachlicher Anleitung betreuen.

Darüber hinaus werden seit Oktober 2010 insgesamt 12 Unterstützungsstellen - je Bezirk eine - für pflegeflankierendes Ehrenamt und Selbsthilfe aufgebaut und gefördert. Sie haben die Aufgabe, abhängig von Bedarf, Nachfrage und Ressourcen kleinere, wohnortnahe Selbsthilfe und Ehrenamtsstrukturen für betreuende und pflegende Angehörige für alle Pflegebedürftigen, die in der eigenen Häuslichkeit oder in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft leben, zu entwickeln bzw. zu unterstützen.

6.4.2 Spezielle Wohnformen mit pflegerischer Versorgung

Ähnlich wie im Bereich der Angebotsstruktur für Menschen mit Behinderung verfügt Berlin über eine breite Palette an Wohnmöglichkeiten für Pflegebedürftige. Zwar gilt auch hier der Grundsatz „ambulant vor stationär“ als Basis für die Fortentwicklung der Wohnstrukturen. Abhängig von Pflegebedarf und demografischer Entwicklung werden aber auch Angebote vorgehalten, die von Wohngemeinschaften über teilstationäres Wohnen bis hin zur Langzeitpflege in Einrichtungen gehen.

Aber nicht nur die Sicherstellung eines erforderlichen Wohnangebots und die Festlegung von Standards zu wirtschaftlichen Preisen sind prägend für eine funktionierende Pflegeinfrastruktur im Land Berlin. Mit dem **Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (Wohnteilhabegesetz - WTG)** vom 3. Juni 2010⁵² ist es zudem gelungen, ein Schutzgesetz für ältere, pflegebedürftige oder behinderte volljährige Menschen zu schaffen, die in stationären Einrichtungen oder in betreuten Wohngemeinschaften leben. Mit dem WTG wurde eine neue Kultur des Helfens und Mitgestaltens etabliert und den Bewohnerinnen und Bewohnern mehr Schutz vor Beeinträchtigungen und Gefahren sowie mehr persönliche Rechte als Verbraucher zuerkannt. Es enthält darüber hinaus die Grundlagen für mehr Transparenz, gewährleistet - wo nötig - mehr Kontrolle und öffnet gleichzeitig Raum für Selbstgestaltung und Mitbestimmung. Anders als in den übrigen Bundesländern umfasst das Berliner WTG auch betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige oder behinderte Menschen und geht insofern weit über das bis zum 30. Juni 2010 diesbezüglich geltende Bundesheimgesetz hinaus.

Auf die betreuten Wohngemeinschaften für pflegebedürftige, insbesondere demente Menschen, die in Berlin seit Mitte der 90er Jahre entstanden, entfällt mittlerweile ein gewichtiger Anteil im Bereich der ambulanten Versorgung. Mitte 2009 verfügte Berlin über rd. 280⁵³ „Wohngemeinschaften“, von denen rund zwei Drittel mit mehr als 1.200 Plätzen die Zuordnung „Wohngemeinschaft für Demente“ aufwies. Mehr als 650 weitere Plätze waren zudem „gemischt“ belegt, in ihnen leben zum Teil ebenfalls Menschen mit Demenz. Berlin verfügt damit aktuell wahrscheinlich über das größte und differenzierteste Angebot im Bundesgebiet.

Pflegedienste, Bewohner und Bewohnerinnen bzw. ihre Vertretungsberechtigten (Angehörige/Betreuer und Betreuerinnen) und Vermieter sind in einer Wohngemeinschaft in ihrem Wirken eng miteinander verknüpft. Sie verständigen sich über alle maßgeblichen Fragen. Betrachtet man das zugrunde liegende Konzept, treffen in der traditionellen ambulanten Pflege zu Hause die Bewohner und Bewohnerinnen bzw. ihre Vertretungsberechtigten als Auftraggeber die maßgeblichen Entscheidungen, etwa wer die Pflege und Betreuung durchführen soll, wie der Alltag verläuft, mit wem die Wohnung geteilt, wie sie ausgestattet und gestaltet wird. Erfahrungen zeigten allerdings,

⁵² GVBl. S. 285

⁵³ Die Daten stammen aus einer Erhebung der AOK (Stand: 22.07.2009). Sie können nicht als gesichert und vollständig betrachtet werden. Erst mit dem zum 1. Juli 2010 in Kraft getretenen Berliner Wohnteilhabegesetz (WTG) ist eine Meldepflicht für Wohngemeinschaften eingeführt worden.

dass das ursprüngliche Konzept in vielen Fällen nicht mehr ausreichend ist und das Geschehen zum Teil von ambulanten Pflegediensten dominiert wird.

Angesichts dieser Entwicklungen trägt das Wohnteilhabegesetz (WTG) dazu bei, dass die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. ihre Vertretungsberechtigten ihre originären Aufgaben (Selbstgestaltung und Mitbestimmung) wieder stärker wahrnehmen, wenn die Versorgung ambulant durch Pflegedienste erfolgt. Gleichzeitig unterstützt es sie dabei in vielfacher Hinsicht, z. B. mit dem Ausbau der bestehenden Informations- und Beratungsmöglichkeiten, der Vorgabe eines strukturierten Beschwerdemanagements oder mit ordnungsrechtlichen Schutzvorschriften auf der Basis anlassbezogener Prüfungen.

Das Land Berlin verfolgt darüber hinaus **weitere Schritte**, um die Qualität in Wohngemeinschaften weiter zu verbessern und zu sichern, so etwa die Weiterentwicklung der Vereinbarungen im Bereich der ambulanten Pflege, die Stärkung und Weiterentwicklung von Formen ehrenamtlicher Unterstützung und des Verbraucherschutzes sowie die Kooperation mit Hochschulen und Fachhochschulen u. a. zur Initiierung und Begleitung von Forschungsprojekten. Alle weiteren in diesem Feld tätigen Akteure (insbesondere Leistungsanbieter, Pflegekassen, Verbraucherschutzorganisationen, Informations- und Beratungsprojekte in freier Trägerschaft) sind gefordert hieran konstruktiv mitzuwirken.

Der mit der Pflege Demenzkranker verbundene erhebliche Betreuungsbedarf wird seit einigen Jahren auch von der Pflegeversicherung anerkannt und im häuslichen Bereich durch einen zusätzlichen materiellen Leistungsanspruch abgegolten. Mit der letzten Novelle des SGB XI wurde der anspruchsberechtigte Personenkreis zudem dahingehend erweitert, dass nunmehr an Demenz erkrankte und andere psychisch beeinträchtigte Menschen auch Leistungen erhalten können, wenn sie noch keine Pflegestufe zuerkannt bekommen haben, jedoch neben Einschränkungen in der Alltagskompetenz zumindest in geringem Umfang ein grundpflegerischer und haushaltswirtschaftlicher Hilfebedarf besteht.

Im Zusammenhang mit der Zielsetzung einer leistungsfähigen, regional ausgeglichenen sowie zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur ist auch die den Bundesländern obliegende Förderung von Pflegeeinrichtungen von Bedeutung. Unter dem Grundsatz einer vorrangig durch nicht-öffentliche Träger sicherzustellenden Pflege und der vorgenannten Maxime „ambulant vor stationär“ werden zur Stärkung der häuslichen Pflege daher nur teilstationäre Einrichtungen (Tages- und Nachtpflege) sowie Einrichtungen der Kurzzeitpflege pauschal gefördert.

Berlin hat bereits im Rahmen des „**Bundesfinanzhilfeprogramms nach Art. 52 des Pflegeversicherungsgesetzes**“ von Ende der 90er Jahre bis einschließlich 2005 im Ostteil der Stadt Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Pflege für die Bewohner und Bewohnerinnen bzw. Tagespflegegäste von voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen geschaffen. Mit Einzelfördermaßnahmen wurde Einfluss auf die Raum- und Ausstattungs- sowie Personalstandards der Pflegeeinrichtungen genommen, die auch zum Maßstab für Standards und Kostenentwicklung nicht geförderter Häuser wurden. Darüber hinaus ist es gelungen, die Kostenhöhe eines geförderten Einrichtungsplatzes durch gesetzliche Verankerung von (Um)Baukostenhöchstwerten zu senken. Als Ergebnis dieser Maßnahme stehen seitdem erheblich mehr Pflegeplätze zur Verfügung, die von Pflegebedürftigen ohne Inanspruchnahme des Sozialhilfeträgers aus eigenen Mitteln finanziert werden können. Eine nachhaltige Senkung der Sozialhilfequote wurde erreicht. Allein die Kostensenkung hat zudem dazu geführt, dass geförderte Einrichtungen im Durchschnitt deutlich häufiger nachgefragt werden. Ebenso verhindert die Wohnortnähe eine Abwanderung in das Berliner Umland.

Seit Auslaufen des „Art. 52-PflegeVG-Programms“ liegt der Fokus der Einzelförderung in Berlin wieder im **Westteil der Stadt**, um dort vorhandene Standardunterschreitungen zu beheben, die den Anforderungen der Landespflegeplanung nicht gerecht werden. Der Berliner Senat hat dazu

für die Jahre 2008 bis 2011 ein **neues Förderprogramm** aufgelegt, dass im Verhältnis zur vorgeannten Ost-Förderung und aufgrund der schwierigen Lage des Landeshaushalts aber nicht das damalige Investitionsvolumen erreicht. Schwerpunkt der aktuellen Förderung ist der Abbau noch vorhandener Drei- und Vierbettzimmer sowie die Schaffung zeitgemäßer Sanitäreinrichtungen und die Beseitigung gravierender funktionaler Mängel.

6.4.3 Angebote für schwerstkranke, sterbende Menschen

Starben früher rund 70 % aller Menschen in Krankenhäusern und Heimen, obwohl die Mehrzahl lieber zu Hause im Beisein von Freunden und Angehörigen aus dem Leben scheiden möchte, so haben sich die Rahmenbedingungen für ein menschenwürdiges Sterben in den letzten Jahren durch die Entwicklung und Förderung neuer hospizlicher und palliativer Strukturen gravierend geändert. Die stationären Hospizleistungen sind seit 1997 und die ambulanten Hospizleistungen seit 2002 im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung) verankert. Der Anspruch auf die so genannte „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ existiert seit dem 1. April 2007⁵⁴, die damit zusammenhängenden vertraglichen Grundlagen zur Umsetzung in Berlin sind zum 1. Juli 2010 in Kraft getreten.

Die **spezialisierte ambulante Palliativversorgung** richtet sich an Palliativpatientinnen und -patienten und deren Angehörige, bei denen die Intensität oder Komplexität der symptomatischen Belastung den Einsatz spezialisierter Leistungserbringer notwendig macht.

Sowohl die - vom Ehrenamt getragene - Hospizbewegung als auch die Akteure im Bereich der Palliativmedizin und -pflege haben wesentlich dazu beigetragen, die gesetzlichen Regelungen im Hinblick auf die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen sowie deren Lebensqualität zu verbessern. Dennoch sind die Themen „Sterben“, „Tod“ und „Trauer“ in unserer Gesellschaft immer noch mit einem Tabu besetzt, so dass es auch weiterhin Aufgabe von Politik und Gesundheitswesen ist, die öffentliche Wahrnehmung dieser Themen sukzessive zu verändern.

Berlin verfügt derzeit im Bereich der Versorgung Erwachsener über 21 ambulante ehrenamtliche Hospizdienste und 10 stationäre Hospize mit insgesamt 149 Plätzen. Darüber hinaus verfügen zwei Krankenhäuser und ein Pflegeheim über eigene Hospizdienste⁵⁵. Neben der stationären Palliativversorgung in Krankenhäusern gibt es diverse Beratungsangebote, Selbsthilfe- und Trauergruppen. Vorrangig ist hier die **Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH)** zu nennen, die in allen Fragen der vorgenannten Themen berät und Hilfeangebote vermittelt. Im Rahmen der jährlich stattfindenden Hospizwoche informiert darüber hinaus der „**Hospiz- und PalliativVerband Berlin e.V.**“ in vielfältiger Form über Angebote und Themen und wirbt insbesondere für die Verbreitung der Hospizidee in der Bevölkerung.

Das erste Hospizkonzept in Berlin wurde 1998 beschlossen. Die Fortschreibung einschließlich der Gründung eines „Runden Tisches Hospiz- und Palliativversorgung“ erfolgte 2005. Das Gremium bietet die Möglichkeit, Aktivitäten zu bündeln, ihre Transparenz zu erhöhen und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung unter den Aspekten der Bedarfsnotwendigkeit, Zugänglichkeit, Bürgernähe und Qualitätssicherung zu optimieren. Neben den Senatsverwaltungen für Integration, Arbeit und Soziales sowie Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz sind Vertreter sowie Vertreterinnen der Politik, der Krankenkassen, der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Interessengemeinschaft der hospizlichen und palliativen Versorgung, der Wohlfahrtsverbände, der privaten Trägerverbände, der Berliner Krankenhausgesellschaft, der Berufsverbände sowie einer Weiterbildungseinrichtung beteiligt. Das Hospizkonzept wird derzeit im Auftrag des Abgeordnetenhauses von Berlin ein zweites Mal fortgeschrieben. Schwerpunkt wird die Verbesserung der Sterbebegleitung und Palliativversorgung, d. h. die Verbesserung der so genannten „Palliativen Geriatrie“ sein.

⁵⁴ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378)

⁵⁵ ohne Anspruch auf Förderung durch die Krankenkassen

6.4.4 Ausgaben für Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII

Die Ausgaben für Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII sind von 2005 zu 2009 um insgesamt 16,1 % gestiegen, wobei der Steigerungswert bei den Hilfen außerhalb von Einrichtungen sogar bei +38,4 % liegt. Ähnlich wie bei der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung spiegelt sich in den Ausgaben der sozialpolitische Grundsatz „ambulant vor stationär“ wider, da das Land Berlin im Jahr 2009 rd. 58 % der gesamten Ausgaben für Hilfe zur Pflege für ambulante Versorgung ausgibt (vgl. Tabelle 6.6).

Tabelle 6.6:

Ausgaben für Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII außerhalb von und in Einrichtungen in Berlin in den Jahren 2005 bis 2009 in Euro

Art der Hilfe	Jahr					Veränderung	
	2005	2006	2007	2008	2009	2005 / 2009	
						absolut	in %
Hilfe zur Pflege insgesamt	278.315.679	285.760.739	300.857.701	311.905.359	323.156.194	44.840.515	16,11
Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen*	136.015.300	147.849.259	161.923.048	173.112.550	188.270.037	52.254.736	38,42
*(häusliche Pflege nach § 63 SGB XII)							
Hilfe zur Pflege in Einrichtungen	142.300.379	137.911.480	138.934.653	138.792.810	134.886.158	-7.414.221	-5,21

(Datenquelle: SenFin Berlin - ProFiskal / Berechnung SenGesUmV - I A 4 - ; Darstellung: SenIntArbSoz - I D 21 -)

In 2010 wurden insgesamt rund 340,7 Millionen Euro für Hilfe zur Pflege ausgegeben, dies entspricht einem Zuwachs um rund 5,4 % im Vergleich zum Vorjahr. Rund 204,1 Millionen Euro entfielen auf Leistungen außerhalb von Einrichtungen (+8,4 %) und rund 136,6 Millionen Euro auf Leistungen in Einrichtungen (+1,3 %). Das Verhältnis „ambulant/stationär“ lag bei rund 60 zu 40.

Während im Jahr 2005 insgesamt rund 278 Millionen Euro für Hilfe zur Pflege gezahlt wurden, lag der Vergleichswert 2009 bei rund 323 Millionen Euro und wies insoweit einen Anstieg um rund 45 Millionen Euro aus. Bei den ambulanten Leistungen mussten in 2009 rund 52 Millionen Euro mehr aufgewendet werden als 2005 (+ 38,4 %), bei den stationären Leistungen sind die Ausgaben um rund 7 Millionen Euro (- 5,2 %) zurückgegangen. Hier ist allerdings zu beachten, dass aufgrund einer Rechtsänderung im SGB XII der Anteil für den Lebensunterhalt in Einrichtungen seit einiger Zeit nicht mehr den Pflegeleistungen sondern der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII bzw. der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII zuzuordnen ist.

Im Vergleich der Jahre 2005 und 2010 sind Ausgabensteigerungen bei der Hilfe zur Pflege insgesamt in Höhe von rund 62,4 Millionen Euro zu verzeichnen. Bei den ambulanten Leistungen stiegen die Ausgaben im genannten Zeitraum um rund 68,1 Millionen Euro (+50,1 %), während die Leistungen in Einrichtungen zeitgleich um rund 5,7 Millionen Euro (-4,0 %) zurückgingen.

6.4.5 Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII

Während am 31.12.2006 insgesamt 20.477 Personen ab 50 Jahre Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII bezogen, waren dies am gleichen Stichtag des Jahres 2009 bereits 23.770 Personen. Die Zahl der Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zur Pflege ist in der Altersgruppe der 50- bis unter 65-Jährigen vom Jahresende 2006 zu 2009 um insgesamt 21,2 % (+ 815 Personen) und in der Altersgruppe der über 65-Jährigen um insgesamt 14,9 % (+ 2.478 Personen) gestiegen.

Die jährlichen Zuwächse an Empfängern und Empfängerinnen sind in beiden genannten Altersgruppen seit 2006 kontinuierlich, hinsichtlich ihrer Höhe bis einschließlich 2009 aber abflachend. So ist vom 31.12.2008 zum 31.12.2009 in der Gruppe der 50- bis unter 65-Jährigen nur noch ein An-

Tabelle 6.7:

Empfänger/innen (50 Jahre und älter) von Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII außerhalb von und in Einrichtungen in Berlin in den Jahren 2006 bis 2009 am 31.12. des Berichtsjahres

Altergruppen / Art der Hilfe	Jahr				Veränderungen	
	2006	2007	2008	2009	2006 / 2009	
					absolut	in %
Hilfe zur Pflege insgesamt						
50 bis unter 65 Jahre	3.842	4.233	4.567	4.657	815	21,21
65 Jahre und älter	16.635	18.402	19.383	19.113	2.478	14,90
Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen*						
50 bis unter 65 Jahre	2.465	2.797	3.103	3.205	740	30,02
65 Jahre und älter	7.427	8.883	9.757	9.786	2.359	31,76
Hilfe zur Pflege in Einrichtungen						
50 bis unter 65 Jahre	1.445	1.536	1.569	1.533	88	6,09
65 Jahre und älter	9.454	9.833	9.976	9.657	203	2,15

*(häusliche Pflege nach § 63 SGB XII)

(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - I D 21 -)

stieg um 90 Personen (+ 2 %) und bei den über 65-Jährigen sogar ein Rückgang um 270 Personen (- 1,4 %) zu verzeichnen (vgl. Tabelle 6.7). Die Gründe hierfür sind vielfältig, aber stets im Zusammenhang mit dem vorrangig zu erbringenden Leistungsspektrum der Sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI zu betrachten, da Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII nur dann erbracht wird, wenn die Leistungen der Pflegekassen nicht ausreichen, um den Pflegebedarf zu decken oder ein solcher Anspruch nicht besteht. Insofern sind Veränderungen bei der Zahl der Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege nicht allein durch demografische Aspekte geprägt und müssen auch in der perspektivischen Betrachtung sozialstaatliche Gesichtspunkte und wirtschaftliche Entwicklungen bei den Pflegeleistungsanbietern berücksichtigen.

Am 31.12.2010 erhielten insgesamt 5.042 Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren und insgesamt 19.780 Personen ab 65 Jahren Leistungen der Hilfe zur Pflege. Im Verhältnis zum gleichen Stichtag des Vorjahres entspricht dies in der ersten Gruppe einer Steigerung um 385 Personen (+8,3 %) und in der zweiten Gruppe um 667 Personen (+3,5 %).

Ähnlich wie in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung weisen die Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege die größten Zuwächse von 2006 zu 2009 im **ambulantem Bereich** auf. In der Altersgruppe der 50- bis unter 65-jährigen Pflegebedürftigen waren am 31.12.2009 insgesamt 740 Personen mehr im Leistungsbezug als zum gleichen Stichtag des Jahres 2006; dies entspricht einem Anstieg von 30,0 %. Ähnlich verhält es sich in der Altersgruppe der über 65-Jährigen, deren prozentualer Zuwachs im gleichen Zeitraum insgesamt 31,8 % beträgt und in absoluten Zahlen im Vergleich vom 31.12.2006 zum 31.12.2009 eine Steigerung um 2.359 Personen ausmacht. Auch wenn am 31.12.2009 insgesamt annähernd gleich viele Pflegebedürftige außerhalb von und in Einrichtungen Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhielten, entwickelten sich die Empfängerzahlen im ambulanten Bereich um + 31,3 %, im stationären Bereich insgesamt nur um + 2,1 %. Damit findet sich auch hier ein klarer Beleg für die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“.

Dies wird auch durch die Zahlen per Stichtag 31.12.2010 belegt, die insgesamt 3.480 Personen im Alter von 50 bis unter 65-Jahren und 10.190 Personen im Alter ab 65 Jahren für ambulante Pflegeleistungen nach SGB XII ausweisen. Insgesamt wurden zum Jahresende 2010 rund 5,2 % (+679 Personen) mehr Empfängerinnen und Empfänger Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen in den genannten beiden Altersgruppen insgesamt gezählt als zum gleichen Stichtag des Vorjahres, während die analoge Steigerungsrate im stationären Bereich geringer ausfiel.

Bei der Hilfe zur Pflege ist hinsichtlich des dahinterstehenden finanziellen Volumens und der Zahl der Leistungsberechtigten die Hilfe zur Pflege **in Einrichtungen** von prägender Bedeutung, allerdings sind seit 2006 nur relativ geringe prozentuale und absolute Zuwächse bei den Leistungsberechtigten zu verzeichnen. So haben etwa am 31.12.2006 insgesamt 1.445 Pflegebedürftige im Alter von

50- bis unter 65 Jahren Leistungen in Einrichtungen erhalten, während es am 31.12.2009 insgesamt 1.533 waren. Dies entspricht einer Steigerung um absolut 88 Personen bzw. einem Prozentwert von + 6,1. In der Altersgruppe ab 65 Jahre waren am 31.12.2006 insgesamt 9.454 Leistungsberechtigte auf Kosten des Sozialhilfeträgers in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht. Drei Jahre später waren es zum gleichen Stichtag 9.657 (+ 203 Personen bzw. + 2,1 %). Auch hier machen die geringen Zuwachsraten einen Trend zur häuslichen Versorgung deutlich, der in den kommenden Jahren voraussichtlich weiter zunehmen wird.

Am 31.12.2010 wiesen die Berliner Daten insgesamt 11.548 Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen im Alter ab 50 Jahren aus, davon 1.643 Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren und 9.905 ab 65 Jahren. Im Verhältnis zum Vorjahr entspricht dies für beide Gruppen zusammen einer Steigerung um 358 Personen bzw. rund 3,2 %.

6.5. Gesundheitsziele, Prävention und Gesundheitsförderung - Entwicklung von Strategien für sozial benachteiligte ältere Menschen

Angesichts der Befunde zur sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit im Alter gilt es bereits heute die Weichen zu stellen, um besonders präventive und gesundheitsfördernde Strategien für sozial benachteiligte ältere Menschen zu entwickeln und umzusetzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das kalendarische Alter meist nur wenig über den tatsächlichen funktionalen Status und die soziale Einbindung dieser Personengruppe aussagt.

Im Folgenden wird dargelegt, dass

- mit Prävention und Gesundheitsförderung bis ins höchste Alter Gesundheitsgewinne erzielt werden können,
- besonders für sozial benachteiligte ältere Menschen die Kombination von lebensweltorientierten und versorgungsbezogenen Ansätzen der Gesundheitsförderung vielversprechend ist,
- die Kommune, der Stadtteil, das Quartier die bevorzugte Interventionsebenen für diese Zielgruppen sein sollten.

6.5.1 Gesundheitsgewinne durch Prävention und Gesundheitsförderung

Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter ist, die Entwicklung von chronischen Erkrankungen zu verhindern oder zu verzögern sowie Alltagskompetenzen, Selbstständigkeit und Autonomie älterer Menschen so lange wie möglich zu erhalten. Prävention wirkt bis in das höchste Alter, was durch Untersuchungsbefunde gut aufgezeigt werden kann.

Präventionsmaßnahmen können an verschiedenen Aspekten der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit ansetzen. Die Gesundheit von Körper, Geist und Seele sind eng miteinander verbunden und stehen in Wechselwirkung zueinander. Das psychische Befinden wirkt sich auf die körperliche Gesundheit aus und erhöht die Bereitschaft zu Aktivitäten und Bewegung. Eine gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung haben wiederum einen positiven Einfluss auf das psychische Wohlbefinden.

Ausgewählte **Befunde zur Wirksamkeit von Prävention im Alter** (vgl. Au 2010) zeigen:

Körperliche Aktivität kann zu einer spontanen Verbesserung der Gedächtnisleistung um 35 % führen.

- Das Gehen von täglich 2 Meilen (ca. 3,2 km) oder mehr bewirkt eine Steigerung der Lebenserwartung von älteren gesunden Männern.
- Körperliche Aktivität bei klinisch relevanten Depressionen ist vergleichbar effektiv wie eine medikamentöse oder Psychotherapie. Bewegung und körperliche Aktivität zeigen auch im hohen Alter bei Depressionen positive Effekte und senken zudem das Sturzrisiko selbst bei 80-Jährigen.

- Eine fettarme Ernährung verringerte in einer Studie mit 50- bis 60-Jährigen die Gesamtmortalität. Weitere Untersuchungen zeigen, dass eine fettarme Ernährung die Häufigkeit von koronaren Herzerkrankungen verringert.
- Soziale Teilhabe wirkt dem altersbedingten Rückgang der intellektuellen Leistungsfähigkeit, auch im Alter der so genannte Langlebigkeit (95 Jahre und älter) entgegen (vgl. Smith/ Delius 2003).

Vor dem Hintergrund des erwarteten Anstiegs von Altersarmut und den aufgezeigten gesundheitlichen Auswirkungen sollten diese gesundheitswirksamen Effekte besonders mit Zielgruppen, die einen besonderen Bedarf haben, erzielt werden. Trotz einer erkennbaren Sensibilisierung für die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sind viele Programme und Angebote in diesem Bereich verhaltenspräventiver Natur, neigen zur Überbewertung von Informationsmaterialentwicklung und sprechen eher gut gebildete oder bereits aktive Ältere an (vgl. Altgeld 2009).

Der größte **Handlungsbedarf** liegt darin, bestimmte Zielgruppen zu erreichen, von denen bekannt ist, dass sie in besonderem Maße von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen profitieren könnten. Im Bereich Sport und Bewegungsförderung beispielsweise betrifft dies die Gruppen der älteren Migranten, der sozial benachteiligten/bildungsfernen älteren Menschen, der nicht mobilen älteren Menschen, der älteren Männer, der älteren Menschen mit Seh- und/oder Hörbehinderung und der älteren Frauen (vgl. BZgA 2007).

Im **Berliner Appell** aus dem Jahre 2007 durch das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), den Deutsche Städtetag und das Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland wurden daher Gesundheitsförderung und Prävention als wichtige Strategien hervorgehoben, um „möglichst vielen Menschen ein langes Leben zu ermöglichen und gleichzeitig für die verlängerte Lebenszeit eine hohe Lebensqualität zu erreichen.“ Betont wird, dass dabei „sozial schlechter gestellten Gruppen, stärker als bisher in das Blickfeld der kommunalen Verantwortung und auch des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gestellt und ressortübergreifend angegangen werden“ sollten (vgl. Gesunde Städte Netzwerk 2007). Der Appell kann als Reaktion darauf verstanden werden, dass es vielerorts an Rahmenbedingungen mangelt, die ein zielgerichtetes, koordiniertes Handeln der Akteure und Entscheidungsträger im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen.

Aufgrund der großen Bedeutung, die den sozialen Determinanten auch für das individuelle Gesundheitsverhalten beigemessen wird, hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in seinem Gutachten 2007 **Qualitätsstandards** benannt, die bei der Planung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention handlungsleitend sein sollten:

- Priorisierung der Prävention mit vulnerablen Gruppen gegenüber weniger belasteten Bevölkerungsgruppen,
- Priorisierung der unspezifischen Gesundheitsförderung gegenüber Interventionen mit engem thematischen Fokus,
- Priorisierung des Setting-Ansatzes und der Organisationsentwicklung vor der Verhaltensprävention, Gewährleistung der Partizipation der Adressaten und Zielgruppen sowie
- die Gewährleistung aussagekräftiger Evaluationen (vgl. SVR 2007, zitiert nach Au 2010: S. 11).

6.5.2 Gesundheitsförderung und Prävention in kommunaler Verantwortung

6.5.2.1 Lebensweltlich orientierte Gesundheitsförderung im Sozialraum

Die im Abschnitt 6.5.1 benannte *Priorisierung von lebensweltlich orientierten Ansätzen (Setting-Ansätzen)* der Gesundheitsförderung in der Kommune, dem Stadtteil oder dem Quartier liegt darin begründet, dass das nächste Wohnumfeld für ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status besonders bei bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen zum nächsten Lebensraum wird. Sie sind in ihrer Mobilität aus finanziellen oder gesundheitlichen Gründen stärker eingeschränkt. Je kleiner der individuelle Aktionsradius ist, umso wichtiger sind die dort vorhandenen sozialräumlichen Bedingungen. Anders als beispielsweise Kinder und Berufstätige sind Ältere nicht über Lebenswelten wie Kindergarten, Schule oder den Betrieb zu erreichen, wo bereits gute Erfahrungen zur Prävention und Gesundheitsförderung vorliegen. Deshalb sind der Stadtteil oder das Wohnquartier sinnvolle Settings für Gesundheitsförderung im Alter.

Damit ein Stadtteil gesundheitsförderlich ist, bedarf es zahlreicher struktureller *Voraussetzungen*. Dazu gehören nach Rosenbrock (vgl. Falk et al. 2011b):

- die physische und technische Infrastruktur (kurze Wege, Barrierefreiheit, Licht und Sicherheit, Verkehrsanbindung etc.),
- soziale Institutionen (Vereine, Initiativen, Selbsthilfegruppen, Kirchengemeinden etc.),
- Einrichtungen der professionellen Alltagsunterstützung (Einkaufshilfen, Wohnanpassung, Altagestagesstätten, Sozialberatung etc.),
- Versorgungsstrukturen (stationäre und ambulante Pflege, medizinische Versorgung, hier insbesondere allgemeine ärztliche Versorgung und geriatrische Versorgung, Selbsthilfegruppen).

Sozialraumorientierte Strategien als Ansatzpunkt für Prävention und Gesundheitsförderung haben den Vorteil, dass hier an das Alltagsleben der Zielgruppen angeknüpft werden kann, d. h. die Lebenslage der jeweiligen Zielgruppe bzw. die Situation in der jeweiligen Lebenswelt (Setting) zum Ausgangspunkt gewählt wird, um in diesem Spektrum nach Möglichkeiten der Stärkung von Gesundheitsressourcen und der Senkung von Gesundheitsbelastungen zu suchen (vgl. SVR 2007). Zudem wird in lebensweltlich orientierten Ansätzen die Möglichkeit gesehen, einen diskriminierungsfreien Zugang zu benachteiligten Zielgruppen und die Beteiligung der Zielgruppen und weiterer Akteure zu gewährleisten.

Erfahrungen aus kommunalen Gesundheitsförderungsprogrammen zeigen, dass im Prozess besonders die Beteiligung der Zielgruppen, die Transparenz über Angebotsstrukturen und die Vernetzung der Akteure im Stadtteil Schlüsselstrategien in diesem Bereich sind.

Beispiele guter Praxis der lebensweltlich orientierten Gesundheitsförderung, die z. B. im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ identifiziert wurden und in einer Datenbank auf der Plattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de abgebildet sind, zeigen *Erfolgsfaktoren* für die Ausgestaltung auf:

- die Umsetzung im Setting Stadtteil als zentrale Handlungsebene,
- die lebensweltlich orientierte Entwicklung und Umsetzung der Angebote mit einem zugleich hohen Partizipationsgrad der Zielgruppe(n),
- die Einbeziehung von informellen und/oder professionellen Multiplikatoren,
- die Schaffung von Räumen/Möglichkeiten für informelles Lernen und Informationsvermittlung,
- die Anbindung gesundheitsfördernder Interventionen an soziale Ereignisse und Aktivitäten,
- die niedrigschwellige Vermittlung gesundheitsrelevanter Themen,
- den Aufbau stabiler arbeitsfähiger Strukturen sowie
- die Vernetzung der lokalen Institutionen, Organisationen und Initiativen.

Trotz erfolgreicher Erfahrungen und Beispiele muss eingeschätzt werden, dass sozial benachteiligte Ältere bisher als mögliche Zielgruppe von gesundheitsfördernden Stadtteilprojekten wenig Aufmerksamkeit gefunden haben und vergleichsweise wenige wissenschaftliche Publikationen zu diesem Themenbereich zu finden sind (vgl. Kümpers 2008). Die vielfältige Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter in Deutschland zeigt aber auch, dass kurzfristige oder wenig zielgruppenspezifische Angebote nicht geeignet sind auch sozial benachteiligte Ältere zu erreichen, den notwendigen Vertrauensaufbau, die Beteiligung der Zielgruppen und die Vernetzung im Stadtteil zu leisten (vgl. Altgeld 2009). Aussagekräftige Evaluationen der durchgeführten Maßnahmen finden sich selten. Gerade die Prävention nach dem Setting-Ansatz ist jedoch eine anspruchsvolle Aufgabe, die eine Vielzahl von Akteuren und Unterstützern, Fachlichkeit und eine längere zeitliche Perspektive benötigt.

Das Beispiel des Berliner Projektes „Aktiv Altern im Kiez Friedrichsfelde Süd“ im Bezirk **Lichtenberg** des Vereins Miteinander Wohnen e. V. zeigt, wie es durch eine jahrelange aufsuchende Arbeit und die Einbindung der älteren Bewohner und Bewohnerinnen des Stadtteils in die Arbeit des Vereins gelingen kann, auch sozial benachteiligten Älteren ein selbstbestimmtes Leben im gewohnten Wohnumfeld bis zum Lebensende zu ermöglichen und sie zeitgleich in ein soziales Netz einzubinden. Durch die Vernetzung der Akteure im Stadtteil konnten gesundheitsfördernde, gemeinschaftsstiftende und versorgungsbezogene Angebote zu einer „geriatrischen Versorgungskette“ aufgebaut werden, so dass über 90 % der Betreuten bis zum letzten Tag in ihrer eigenen Wohnung verbleiben konnten.

Ein Beispiel für die erfolgreiche Gesundheitsförderung mit älteren Migrantinnen und Migranten ist das Begegnungszentrum des AWO Landesverbandes Berlin e. V. im Bezirk **Friedrichshain-Kreuzberg**, ein interkulturelles Begegnungszentrum mit Sozialberatung für Migrantinnen und Migranten, generationenübergreifenden Bildungsangeboten, Gemeinwesenarbeit und Hilfe zur Selbsthilfe. Durch eine gute Vernetzung mit sozialen Einrichtungen und anderen Anlaufstellen der Migrantengemeinschaften (Vereine, Ärzte, religiöse Gemeinden) im Bezirk können neue Zielgruppen erreicht werden. Die angebotene Sozialberatung und die ehrenamtlich betreuten Seniorengruppen sind oft ein „Sprungbrett“ für die Teilnahme an anderen Angeboten, wie z. B. Informationsveranstaltungen zum Thema Gesundheit oder bewegungsfördernden Angeboten, die mit den Teilnehmenden entwickelt werden. Alle Angebote sind niedrigschwellig und setzen bei den unmittelbaren Bedürfnissen und der Lebenswirklichkeit der Zielgruppe an. Gebühren werden nicht erhoben, da schon die Fahrtkosten eine finanzielle Belastung für die Zielgruppe darstellen. Die Angebote sind so zugeschnitten, dass sie auch Klienten mit niedrigem Bildungsstand erreichen. Die einzelnen Bausteine greifen ineinander, so dass es bei Bedarf weiterführende Angebote gibt.

6.5.2.2 Instrument der Gesundheitskonferenzen

Kommunale Gesundheitskonferenzen sind ein geeignetes Instrument, um vorhandene Beispiele guter Praxis in die Fläche zu bringen und die Kooperation der Akteure untereinander zu stärken. Neben einer verbesserten Transparenz über die einzelnen Aktivitäten unterschiedlicher Akteure tragen solche Gremien auch zur notwendigen Vernetzung der lokalen Institutionen, Organisationen und Initiativen bei, die oftmals am besten über die vorhandenen Ressourcen im Stadtteil informiert sind. Auch integrierte Handlungskonzepte der Altenhilfe und Altenarbeit eignen sich, um festzustellen, inwiefern der vorhandene Bestand an altersgerechten Diensten und Angeboten dem Bedarf der älteren Bevölkerung entspricht. Dadurch sind u. a. Aussagen und Planungen möglich, wo Angebote beibehalten bzw. intensiviert werden sollten oder wegen fehlenden Bedarfs abgebaut werden können.

Um **bezirkliche Gesundheitskonferenzen** als Instrument der Vernetzung und Partizipation weiterzuentwickeln, führte der Regionalverbund Berlin in Kooperation mit der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung 2009 eine Konferenz zu diesem Thema durch (Gesundheit Berlin-Brandenburg 2009). Eine Bestandsaufnahme bezirklicher Gesundheitskonferenzen zeigte, dass in nahezu allen Berliner Bezirken Gesundheitskonferenzen zur Gesundheit im Alter durchgeführt wurden, wie

- Gesundheitskonferenzen Treptow-Köpenick „Gesund älter werden in Treptow-Köpenick“ (2008) sowie „Gesundheit und Lebensqualität im Alter“ (2011),
- Gesundheitskonferenz Lichtenberg „Bloß nicht fallen! - Sturzprävention im Alter“ (2008),
- Gesundheitskonferenz Pankow: „Aus dem Schatten treten - Depressionen im Alter“ (2010),
- Gesundheitskonferenz Demenz - Marzahn-Hellersdorf als demenzfreundliche Kommune (2010),
- Seniorenkonferenz „Jetzt wissen wir es! Was Menschen ab 50 bewegt. Ergebnisse der Seniorenbefragung in Friedrichshain-Kreuzberg“ (2010),
- Gesundheitskonferenz Charlottenburg-Wilmersdorf: „Gesund und aktiv ins Alter“ (2010),
- Gesundheitskonferenz Steglitz-Zehlendorf: „Fit und aktiv im Alter“ (2010).

Ausgehend vom Berliner Appell und motiviert durch die Mitgliedschaft im Regionalverbund des Gesunde-Städte-Netzwerkes Berlin hat der Bezirk **Treptow-Köpenick** ein gemeinsames kommunalpolitisches Gesundheitsziel „Gesund älter werden in Treptow-Köpenick“ entwickelt. Grundlage waren der Sozial- und Gesundheitsbericht 2008 „Gesund älter werden in Treptow-Köpenick - Möglichkeiten und Chancen“ (Bezirksamt Treptow-Köpenick, Abteilung Gesundheit und Soziales 2008) sowie die Gesundheitskonferenz im Juni 2008 zum gleichen Thema. Um die notwendige Kooperation und Vernetzung der Akteure zu gewährleisten, wurde ein beratender Arbeitskreis konstituiert, der die Bezirksstadträtin für Soziales und Gesundheit berät und Empfehlungen für fachliche Gremien erarbeitet. Neben den verschiedenen Ämtern des Bezirksamtes gehören dem Arbeitskreis u. a. die Seniorenvertretung, der Pflegestützpunkt, die Selbst- und Freiwilligenhilfen, der Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbund, Krankenhäuser und Vertreter sowie Vertreterinnen von Wohnungsunternehmen an.

Ein Ergebnis war, dass das Netzwerk „Leben im Kiez“ zusammen mit dem gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbund unter Schirmherrschaft der Gesundheitsstadträtin die Initiative „Demenzfreundlich Treptow-Köpenick“ ins Leben gerufen hat. Die gemeinsame Zusammenarbeit von professionellen und ehrenamtlichen Akteuren aus der Gemeinwesenarbeit und der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zielt darauf, die Teilhabechancen dementiell erkrankter Menschen im Bezirk zu verbessern und ein breit aufgestelltes, niedrigschwelliges Hilfs- und Unterstützungsangebot für die pflegenden Angehörigen bereitzustellen.

Im Rahmen des „**Lichtenberger** Handlungskonzeptes für Seniorinnen und Senioren“ wurde 2008 die Studie „Sturzprävention für Senioren - Ergebnisse einer Fragebogenerhebung im Bezirk Lichtenberg“ durchgeführt (vgl. Schäfer 2008). Die Studie zeigte, dass zwar 44 % der 400 befragten Seniorinnen und Senioren Angst vor einem Sturz haben, aber sehr an körperlicher Bewegung interessiert sind. Fast 90 % der Befragten gehen gern Spazieren. Das Bedürfnis aufgreifend, dass sich fast die Hälfte der Befragten „Spaziergangsgruppen“ wünschen, entwickelte die Planungs- und Koordinierungsstelle des Bezirksamtes Lichtenberg zusammen mit dem Krankenhaus Elisabeth Herzberge, dem Sana-Klinikum Lichtenberg und der Hohenschönhauser Wohnungsbaugesellschaft ein Spaziergangspatenprogramm. Dabei handelt es sich um ehrenamtlich begleitete wohnortnahe und kostenlose Spaziergänge im Stadtteil durch so genannte Spaziergangspaten. Insbesondere sportlich ungeübte oder einsame ältere Menschen sollen mit dem Konzept angesprochen werden. Das gemeinschaftliche Erleben steht dabei im Mittelpunkt - nicht sportliche Betätigung. Dauer der Spaziergänge und Strecken werden ausschließlich nach den Wünschen und körperlichen Möglichkeiten der Teilnehmenden ausgesucht.

Um das Gesamtprojekt auf eine breite Basis zu stellen, wurden auch alle Lichtenberger Soziokulturellen Zentren ins Boot geholt, die die Koordination der Laufgruppen vor Ort sicherstellen. Das Konzept der Spaziergangsgruppen wurde durch das Berliner Zentrum für Bewegungsförderung aufgegriffen und weiterentwickelt. So ist es gelungen, auch in anderen Bezirken in Zusammenarbeit mit den Bezirksamtern und Trägern vor Ort Spaziergangsgruppen aufzubauen. Das Zentrum unterstützt die Träger unter anderem durch Patenschulungen oder die Evaluation der erreichten Zielgruppen.

Es gilt nun, die gemachten Erfahrungen auch dahingehend zu reflektieren, ob es durch die Gesundheitskonferenzen gelungen ist, Angebote und Beteiligungsmöglichkeiten für schwer erreichbare Zielgruppen zu etablieren. Teilweise beschränken sich die Konferenzen noch stark auf die Infor-

mationsvermittlung zu gesundheitsrelevanten Themen. **Ein systematischer Erfahrungsaustausch zwischen den Bezirken** kann dazu beitragen, erfolgreiche Strukturen und Prozesse zu identifizieren und den Transfer zu ermöglichen.

Die kommunale Altenhilfeplanung sollte darauf zielen, Seniorenselbsthilfe, bürgerschaftliches Engagement, Unterstützung und Vernetzung älterer Menschen zu fördern. Da die Themen Altenplanung, Altenhilfe und Gesundheit im Alter die Aufgabenbereiche verschiedener Verwaltungen im Bezirk betreffen, bedarf es einer **ressortübergreifenden Altenhilfeplanung**, die nicht nur die Verwaltungen einbezieht, sondern auch den Austausch und die Zusammenarbeit der vielen anderen Akteure im Sozialraum ermöglicht. Der Arbeitskreis Altern und Gesundheit von Gesundheit Berlin-Brandenburg erhob 2009, dass von den zwölf Berliner Bezirken bislang nur vier ausgearbeitete Handlungskonzepte zum Umgang mit der wachsenden Zahl ihrer alten und sehr alten Bewohnerinnen sowie Bewohner hatten. Auch hier kann ein Erfahrungsaustausch zwischen den Bezirken helfen, um dieses Planungsinstrument weiter zu etablieren.

Auch auf Landesebene stellt die Formulierung gemeinsamer Gesundheitsziele eine geeignete Möglichkeit dar, die notwendige ressort- und organisationsübergreifende Kooperation zu organisieren. Mit der **Landesgesundheitskonferenz (LGK)** besteht in Berlin eine Planungs- und Koordinierungseinrichtung, die geeignet ist, die Kooperation im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zwischen den Fachressorts, den Akteuren des Gesundheitswesens sowie weiteren Partnern bzw. Partnerinnen zu stärken. Mit der Verabschiedung des Gesundheitsdienstreformgesetzes im Mai 2006 wurde die Landesgesundheitskonferenz, ebenso wie die bezirklichen Gesundheitskonferenzen, gesetzlich verankert (§ 3 Abs. 6).

Mitglieder der LGK sind: AOK Nordost, Ärztekammer Berlin, BKK Landesverband Mitte, Berlin School of Public Health, BIG direkt gesund, DGB Berlin-Brandenburg, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Industrie und Handelskammer Berlin, Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin, Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Landessportbund Berlin, LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Berlin, Patientenbeauftragte des Landes Berlin, Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (SEKIS), Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vier für Gesundheit zuständige Bezirksstadträtinnen und -stadträte auf Vorschlag des für Gesundheit zuständigen Mitglieds des Senats.

Die Mitglieder werden durch die Gesundheitssenatorin berufen, die auch den Vorsitz über die Landesgesundheitskonferenz hat. Jedes Mitglied hat eine Stimme, die zwölf Bezirke haben eine Stimme zusammen. Die Mitglieder entsenden Vertreter und Vertreterinnen in den Steuerungsausschuss der LGK, der mindestens 1mal im Quartal tagt.

Die Arbeitsweise der LGK basiert darauf, gesundheitspolitische Empfehlungen zu geben. Die Umsetzung erfolgt im Rahmen der Selbstverpflichtung ihrer Mitglieder. Die Geschäftsordnung der LGK legt dazu in § 5 Abs. 1 und 2 fest:

- Mit der Zustimmung zu einer Empfehlung ist eine Selbstverpflichtung derjenigen Mitglieder der LGK verbunden, die eine von der Umsetzung der Empfehlung betroffene Institution vertreten.
- Sie verpflichten sich, im Rahmen ihrer Kompetenzen auf die Umsetzung der Empfehlung hinzuwirken und hierfür alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu nutzen.

6.5.3 Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter - Gesundheitsziele für Berlin

6.5.3.1 Prozess der Zielentwicklung

Nachdem die Landesgesundheitskonferenz Berlin im Jahr 2007 Gesundheitsziele für die Zielgruppe der Kinder von 0 - 6 Jahren verabschiedet hat, wurde auf der 5. LGK am 7.11.2008 beschlossen, den Steuerungsausschuss (StA) der LGK zu beauftragen, die notwendigen Schritte zur Erarbeitung eines Gesundheitszieles „gesund altern“ in die Wege zu leiten. Eine Erfahrung aus dem Kindergesundheitszielprozess war, von vornherein die Bezirke stärker in die Zielformulierung einzubeziehen und bei der Umsetzungsstrategie an bewährte Strukturen und Prozesse in den Bezirken anzuknüpfen. Eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Landesgesundheitskonferenz unter Moderation und mit fachlicher Unterstützung der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung setzt den Beschluss

um. Zusätzlich finden regelmäßige Austauschtreffen der Fachstelle mit den Qualitätsentwicklungs-, Planungs- und Koordinierungsstellen der Bezirksamter statt.

Die Landesgesundheitskonferenz stellte den Prozess zur Formulierung von Gesundheitszielen unter das **Leitmotiv „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“** und drückte damit aus, dass besonders der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden sollte. Weitergehend bestand Konsens, mit den Aktivitäten besonders die Gesundheitschancen für sozial benachteiligte Gruppen unter den älteren Menschen zu verbessern. Gender- und kulturspezifische Aspekte sollen als Querschnittsziele berücksichtigt werden, um der Heterogenität der Lebenslagen und der spezifischen Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen gerecht zu werden. Zu den wichtigsten **Themenfeldern** im Rahmen des Zielprozesses für ältere Menschen in Berlin gehören:

- Die Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung als geeignete Strategie, um die soziale Teilhabe und soziale Integration älterer Menschen zu stärken und so gesundheitsfördernde Ressourcen nutzbar zu machen.
- Die Förderung von Bewegung und körperlicher Aktivität im Alter als großes Potenzial, Mobilität, Gesundheit und Funktionsfähigkeit bis ins hohe Lebensalter zu erhalten. Gleichzeitig kann durch die Verknüpfung von Bewegungsförderung mit sozialen, kulturellen oder geselligen Aktivitäten der Aufbau sozialer Netzwerke gefördert und so zum Erhalt des psychischen Wohlbefindens beigetragen werden.
- Die Formulierung krankheitsbezogener Ziele im Bereich der psychischen Erkrankungen, besonders bei depressiven Erkrankungen sowie Demenzen. Dabei geht es nicht nur um Versorgungsstrukturen, sondern auch um Strategien zur Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe.
- Die Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung sozial benachteiligter Älterer an den Schnittstellen im Gesundheitswesen.

Als wichtige Funktion des Zielprozesses wurde die Schaffung eines öffentlichen Rahmens angesehen, in dem eine gemeinsame Problem- und Bedarfsanalyse vorgenommen werden kann, gute Beispiele vorgestellt und Lösungswege entwickelt werden sowie Akteure verbindlich miteinander ins Gespräch kommen. Bereits auf dem Weg der gemeinsamen Zielformulierung sollten so kommunikative und intersektorale Prozesse verbessert und im Ergebnis Gesundheitsgewinne gerade für ältere Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf erreicht werden. Daher ist die bessere Vernetzung von Professionellen aus den sozialen und gesundheitlichen Verwaltungen und Diensten mit Akteuren und Netzwerken aus Vereinen und nachbarschaftlichen Gruppierungen ein wesentlicher Baustein des Prozesses.

Mit der **Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung** wurde im Juli 2008 beim Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung in der Region, eine Struktur geschaffen, um die Steuerung dieser Prozesse zu verbessern. Im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz obliegt der Fachstelle neben der Geschäftsstellenfunktion für die Landesgesundheitskonferenz auch die Sicherstellung einer effizienten Kommunikation und die fachliche Unterstützung der Arbeit in der Landesgesundheitskonferenz. Neben der Unterstützung der Gesundheitszielprozesse und bezirklicher Gesundheitskonferenzen zählen auch die Information und Beteiligung einer breiten (Fach-) Öffentlichkeit zu den Aufgaben.

Auf der 6. und 7. Landesgesundheitskonferenz mit jeweils über 300 Teilnehmenden wurden unter Einbindung einer Vielzahl von Akteuren, wie dem Landessenorenbeirat und den bezirklichen Seniorenvertretungen sowie der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, die nicht formal Mitglied der LGK sind, die **Handlungsfelder im Gesundheitszielprozess für ältere Menschen** in Berlin diskutiert. Die Ergebnisse, die in den Dokumentationen der Landesgesundheitskonferenzen und flankierender Fachtagungen, welche die Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention mit verschiedenen Kooperationspartnern durchführte, festgehalten sind, bilden die Grundlage für die Formulierung der Gesundheitsziele und zeigen das inhaltliche Spektrum auf.

6.5.3.2 Zentrale Gesundheitsziele für ältere Menschen im Land Berlin

Die durchgeführten Veranstaltungen unterstützten den fachlichen Austausch über erfolgreiche Strukturen, Prozesse und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter auf Landes-, Bezirks- und Quartiersebene, an die im weiteren Zielprozess angeknüpft werden kann. Im Ergebnis einigte sich die **Landesgesundheitskonferenz** auf **drei zentrale Ziele**, deren Umsetzung in einem Strategiepapier vereinbart wurde:

1. Strategien und Maßnahmen der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und sozialen Teilhabe ausbauen.
2. Maßnahmen der Bewegungsförderung ausbauen und ältere Menschen motivieren und fördern, sich regelmäßig zu bewegen.
3. Die gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker, älterer Menschen und ihrer Angehörigen fördern und adäquate Versorgungsstrukturen weiterentwickeln.

6.5.4 Umsetzungsstrategien im Berliner Gesundheitszielprozess

Die Landesgesundheitskonferenz hat die **sozialraumorientierte und soziallagenbezogene Gesundheitsförderung** als wichtige gemeinsame Strategie im Rahmen der Selbstverpflichtung für alle Handlungsfelder im Zielprozess benannt. Durch den Zielprozess soll der Aufbau und die Weiterentwicklung nachbarschaftlicher/quartiersbezogener Netzwerke der Gesundheitsförderung im Alter insbesondere in Sozialräumen mit besonderem Entwicklungsbedarf gefördert werden. Grundlagen zur Feststellung der Sozialräume, in welchen ein besonderer Handlungsbedarf besteht, liefert die Berliner Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. So sind in Stadtteilen mit schlechter Sozialstruktur auch die größten Unterschiede in der Lebenserwartung zu beobachten (vgl. Meinschmidt 2009c). Sozial schlechter gestellte Stadtteile haben in dieser Hinsicht ein deutlich größeres Potential zur Steigerung der Lebenserwartung durch Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit als Stadtteile mit besserer Sozialstruktur. Besondere Beachtung sollte neben einer positiven Beeinflussung des Gesundheits- und Risikoverhaltens (Verhaltensprävention) die Schaffung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes und auf die Bedürfnisse älterer Menschen angepasster Wohnbedingungen (Verhältnisprävention) finden (vgl. Meinschmidt 2009c).

Eine Erfahrung aus der Umsetzung der Kindergesundheitsziele war, dass von vornherein die **qualitativen Anforderungen** an die notwendigen Prozesse berücksichtigt werden sollten, um die Erreichbarkeit der formulierten Ziele zu unterstützen. Solche Prozessziele bestimmen das Vorgehen, das zur Verbesserung der Gesundheit gewählt wird. Daneben sind die **notwendigen Strukturen** zu **identifizieren**, die im Stadtteil besonders geeignet sind, den Aufbau gesundheitsfördernder Lebenswelten zu unterstützen.

In der Umsetzungsstrategie der Landesgesundheitskonferenz wird daher die Notwendigkeit der Lebensweltorientierung, die Partizipation der Zielgruppen sowie spezifischer Zugangswege betont. Partizipation und Teilhabe sind mittlerweile - zumindest konzeptionell - zum Standard gesundheitsfördernder Projektplanungen geworden. Dahinter steht das Ziel, Gemeinschaften in einem Quartier zu stärken, indem Entscheidungen und Vorgänge für die Bürgerinnen und Bürger nachvollziehbar gehalten werden und ein gemeinsames Verantwortungsgefühl entwickelt wird.

Neben der Verständigung unter den relevanten Akteuren über bestehenden Handlungsbedarf und prioritäre Handlungsfelder ist es zudem gelungen, erste qualitative Anforderungen zu benennen, um besonders sozial benachteiligte Ältere mit gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen zu erreichen. Dies bietet die Grundlage eines abgestimmten Handelns. Im Zielprozess liegt das Potenzial, das mit Unterstützung der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung systematisch Erfahrungen ausgewertet und übertragbar gemacht werden und das Wissen über Methoden der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention und seine Anwendung gefördert werden.

Handlungsfeld Partizipation älterer Migrantinnen und Migranten

Erfahrungen des Kompetenzzentrum „Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“ in Trägerschaft der AWO und dem Diakonischen Werk veranschaulichen, wie ältere Migranten und Migrantinnen erreicht und beteiligt werden können. Das Bild, dass Migrantinnen und Migranten über ein geringeres Selbsthilfepotenzial verfügen würden und bürgerschaftlich weniger engagiert sind, ist zu relativieren. So sollte die geringe Beteiligung von zugewanderten Älteren in seniorenpolitischen Vertretungen nicht mit einem mangelnden Engagement gleichgesetzt werden. Vielmehr beruht diese geringere Repräsentation häufig auf negativen Erfahrungen mit dem politischen System und Verbandsstrukturen und einer fehlenden Anerkennung der Aktivitäten und Kompetenzen, was im Übrigen oft auch auf sozial benachteiligte Einheimische zutrifft. Dagegen ist die Mitwirkung in Netzwerken, die sozial, kulturell, religiös oder politisch ausgerichtet sind und direkt in ihrer Lebenswirklichkeit verankert sind, wesentlich größer (vgl. Zabel 2008). Dies sind jedoch häufig informelle Netzwerke, die ein hohes Maß an Selbstorganisation aufweisen, was die Verzahnung mit anderen Stadtteilprojekten erschwert. Stadtteilprojekte, welche die gesundheitlichen Determinanten von älteren Migrantinnen und Migranten positiv beeinflussen wollen, finden allerdings in der Einbindung dieser Netzwerke ein großes Potenzial vor, um die gewünschten Ergebnisse zu erreichen.

Dies bestätigen auch die Studienergebnisse des Projektes Neighbourhood: Der Zugang zu Informationen wird erleichtert, „wenn im unmittelbaren Wohnumfeld angesiedelte, niedrigschwellig erreichbare oder gar zugehende und mit informellen Multiplikatoren und Multiplikatorinnen arbeitende Beratungsstrukturen, z. B. eine Beratungsstelle für türkische Frauen oder Nachbarschaftshelfer sowie -helferinnen, auch über grundlegende Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten bei Pflegebedarf verfügen und vor allem zu geeigneten Beratungsangeboten weitervermitteln können (sektorübergreifende Vernetzung und Wegweiserfunktion). Letztere müssen dann allerdings auch auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Älterer eingestellt sein“ (vgl. Falk et al. 2011a).

Handlungsfeld Demenz

Strategien gemeinsam mit den lokalen Akteuren zu definieren, Beispiele guter Praxis in die Fläche zu bringen und so Lernprozesse zwischen den Akteuren zu unterstützen ist auch für das Handlungsfeld Demenz ein geeigneter Weg. Daher wurde unter dem Dach der Landesgesundheitskonferenz Berlin ein Fachaustausch zwischen den so genannten „demenzfreundlichen“ Initiativen in den Bezirken initiiert, in den auch die Alzheimer-Gesellschaft Berlin, die Alzheimer-Angehörigen-Initiative und die Gesetzliche Krankenversicherung GKV sowie weitere Akteure eingebunden sind. Auf dieser Grundlage wurden Umsetzungsstrategien zur Stärkung der Teilhabe dementiell erkrankter älterer Menschen und ihrer Angehörigen formuliert. Damit sollen die lokalen Initiativen in ihrer erfolgreichen Arbeit vor Ort unterstützt werden.

Mit Unterstützung der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung wird analysiert, welche Strukturen und Prozesse sich bewähren und wie die Rahmenbedingungen für die Arbeit mit den Zielgruppen verbessert werden können. Dazu gehört, das Wissen in der Bevölkerung über das Krankheitsbild Demenz zu fördern, die Transparenz und den Zugang zu den Angeboten zu verbessern und für pflegende Angehörige in den Bezirken ein breit aufgestelltes Hilfsangebot vorzuhalten. Ein Teilziel ist zudem, Akteure auf Landesebene (z. B. Kammern, Krankenkassen, Unternehmen) in den Fachaustausch mit den bezirklichen Initiativen einzubinden, um Kooperationen auf der bezirklichen und lokalen Ebene zu fördern. Auch die Unterstützung der Initiativen darin, zentrale Akteure des öffentlichen Lebens im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen zu schulen, wurde in die Umsetzungsstrategie aufgenommen.

Eine besondere Herausforderung liegt in der nachhaltigen Verankerung als erfolgreich erkannter Ansätze, da derzeit viele Initiativen auf Grundlage einer zeitlich begrenzten Projektfinanzierung arbeiten. Ziel könnte es sein, erfolgreiche Konzepte in die bezirklichen Handlungskonzepte der Altenplanung aufzunehmen.

Auf Initiative der Patientenbeauftragten von Berlin wurden des Weiteren Handlungsempfehlungen entwickelt, die darauf zielen, die Versorgung dementiell erkrankter Menschen im Akut-Krankenhaus zu verbessern und gleichzeitig Ausgangspunkt im weiteren Zielprozess sind.

Handlungsfeld Depression

Im Bereich der Depression wurde auf Basis der Fachforen auf der 7. LGK sowie eines Fachgespräches unter Federführung der Psychotherapeutenkammer Berlin und Ärztekammer Berlin ein Fachdialog begonnen. Dabei wurde an die Diskussionen zur geriatrischen Versorgung auf der 6. und 7. LGK und das Geriatriekonzept der Ärztekammer Berlin angeknüpft. Als ein Ergebnis wird nach Wegen gesucht, wie die Früherkennung depressiver Erkrankungen sowie der Zugang und die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Angeboten für depressive ältere Menschen verbessert werden kann.

Handlungsfeld Bewegung

Im Handlungsfeld Bewegung wird die Umsetzungsstrategie durch das Zentrum für Bewegungsförderung begleitet, das sich in Trägerschaft des Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. befindet. Nach Ablauf der ersten Förderphase durch das Bundesministerium für Gesundheit wird das Zentrum im Rahmen des Integrierten Gesundheitsprogramms der Senatsverwaltung für Gesundheit weitergefördert.

Die Bewegungsförderung umfasst aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht Maßnahmen zur Unterstützung und zum Ausbau gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität. Sie ist dabei als Prozess zu verstehen und zielt darauf ab, möglichst allen Menschen ein hohes Maß körperlicher Aktivität als wesentlichen Bestandteil eines gesunden Lebensstils zu ermöglichen. Bewegungsförderung soll sowohl Verhältnisse (z. B. bewegungsförderliche Wohnumgebung, lokale Netzwerke) als auch das individuelle Verhalten von Menschen positiv beeinflussen (vgl. Geuter/ Holleder 2011). Die Arbeit des Zentrums Berlin zielt darauf, gemeinsam mit Partnern und Akteuren aus dem Stadtteil und den Zielgruppen selber die Bewegungsmöglichkeiten für ältere Menschen zu verbessern.

In der Strategie für den Zielprozess wird festgehalten, dass sich Maßnahmen der Bewegungsförderung auf verschiedenen Ebenen umsetzen lassen. Dabei kann an zahlreiche Erfahrungen aus der Arbeit von Stadtteilzentren, Sportvereinen oder Volkshochschulen angeknüpft werden. Einbezogen werden sollen Konzepte zur Bewegungsförderung sowohl auf der Ebene des Individuums (z. B. Gesundheitsbildung und -information), über das soziale Umfeld (Familie, soziale Netzwerke im Quartier), auf struktureller und politischer Ebene (z. B. bauliche Umwelt, Barrierefreiheit) sowie als Mehrebenen-Interventionen (Kombination verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen/ Setting-Ansatz).

Ein Beispiel für ein ortnahe und niedrigschwelliges Angebot ist das Projekt „**Coaching 50+**“ des Landessportbundes Berlin. Das Ziel besteht darin, dass mehr Menschen für Bewegung und Sport gewonnen und neue Zugangswege gefunden werden. Das Modellprojekt vernetzt gezielt Akteure und Einrichtungen außerhalb des organisierten Sports aus dem Stadtteil mit Sportvereinen. Der Landessportbund Berlin stellte den Einrichtungen kostenlos erfahrene Übungsleiter und -leiterinnen für vier bis sechs Wochen zur Verfügung. Sie unterstützten den Aufbau neuer Sport- und Bewegungsgruppen und wirkten auf eine Verbesserung der Angebote bereits bestehender Sportgruppen hin. Die externen Partnerorganisationen wie z. B. Kirchengemeinden oder Begegnungsstätten stellen dazu Räume zur Verfügung und übernahmen das Ansprechen der Zielgruppe. Der Landessportbund Berlin unterstützte durch Werbemaßnahmen (Eindruckplakate, Anzeigen), qualifizierte Coaches und Sportgeräte. Insgesamt konnten 18 beteiligte Partnerinnen und Partner innerhalb des Sports (Sportvereine), 20 beteiligte Partnerinnen und Partner außerhalb des Sports, 57 aufgebaute Seniorensportgruppen, 570 Teilnehmerinnen und Teilnehmer und 54 neu gewonnene Mitglieder im Sportverein verzeichnet werden (vgl. Sotzmann 2009).

Ein Beispiel für die bewegungsfreundliche Gestaltung des öffentlichen Raums sind die so genannten **Senioren-Aktivplätze oder Bewegungsparcours**. Die degewo – eine der größten Wohnungsbaugesellschaften in Berlin – hat in der Gropiusstadt, einer Großraumsiedlung in Neukölln, einen Bewegungsparcour eingerichtet, um einen öffentlichen Raum der Begegnung und Bewegung zu schaffen. Zu diesem Zweck kooperierte das Bezirksamt von Neukölln mit verschiedenen Wohnungsunternehmen und Sportvereinen. Die Finanzierung wurde von der degewo Berlin in Kooperation mit einer Projektagentur, die aus öffentlichen Geldern subventioniert wurde, geleistet.

Die Zentren für Bewegungsförderung in den Bundesländern haben die in der ersten Projektphase gemachten Erfahrungen zu alltagsbezogenen und niedrigschwelligen Angeboten der Bewegungsförderung besonders für soziale benachteiligte Gruppen unter den Älteren in der Publikation „Mehr Bewegung im Alltag - Aktives Leben im Alter fördern. Arbeitshilfen und Praxisbeispiele“ festgehalten. Das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin hat ergänzend dazu ein Qualifizierungskonzept entwickelt, um Stadtteilakteure in der Planung und Umsetzung niedrigschwelliger Bewegungsangebote zu unterstützen (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg 2011).

6.5.5 Perspektiven im Zielprozess

Die Umsetzungsstrategie konzentrierte sich auf die Formulierung qualitativer Anforderungen auf der Struktur- und Prozessebene. Anders als im Kindergesundheitszielprozess wurden noch keine quantifizierten Ergebnisziele auf Grundlage der Gesundheitsberichterstattung formuliert. Dies liegt darin begründet, dass bevölkerungsbezogene Daten für das Alter derzeit noch nicht in ausreichender Differenzierung verfügbar sind (vgl. Meinlschmidt 2009c).

Die nächste Herausforderung für die Partner in der Landesgesundheitskonferenz besteht in der Ableitung von Teilzielen, die einer Überprüfbarkeit im weiteren Prozess zugänglich sind. Notwendige weitere Fragen zur **Ausdifferenzierung der Umsetzungsstrategie** sind dabei:

- Welche Indikatoren können für ein Monitoring herangezogen werden (z. B. Daten der Gesundheitsberichterstattung, Experteninterviews, Befragungen etc.)? Welche räumlichen Bezugsgrößen können herangezogen werden?
- Wo ist eine Konkretisierung der Zielgruppen in Hinblick auf Alterskohorten, Lebenslagen und/oder gender- und kulturspezifische Aspekte notwendig und möglich?
- Was sind geeignete Formen und Zeiträume für eine Evaluation bzw. eine gemeinsame Überprüfung der Zielerreichung?

Im Hinblick auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter ist es als ein Erfolg anzusehen, dass sich die Partner im Gesundheitszielprozess „Selbstständigkeit und Lebensqualität“ darauf verständigt haben, besonders die **Gesundheitschancen sozial benachteiligter Älterer zu verbessern**. Die Schwerpunktlegung auf die Beschreibung von dafür notwendigen qualitativen Anforderungen für sozialräumliche Strukturen und Prozesse bietet gute Möglichkeiten, diese Qualitätserfordernisse für weitere Akteure zugänglich zu machen. Erkenntnisse, die hier gemacht werden, eignen sich nicht nur als Bezugspunkt für den Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren der Landesgesundheitskonferenz. Die Qualitätserfordernisse geben auch Entscheidern in Verbänden und Institutionen außerhalb der Landesgesundheitskonferenz Orientierungshilfe für ihr Handeln. Dabei ist besonders an die Rahmenstrategie soziale Stadtentwicklung und das Programm „Soziale Stadt“, das Demografiekonzept Berlin (hier besonders das Handlungsfeld 4: Langes Leben in der Stadt) oder die Arbeit des Gesunde Städte-Netzwerkes zu denken.

Für den Erfolg wesentlich ist, dass der Transfer erfolgreicher Modelle zwischen den Bezirken und den Partnern im Stadtteil gelingt und bewährte Strukturen und Prozesse Eingang z. B. in die bezirklichen Handlungskonzepte zur Altenhilfeplanung und der gemeinwesenorientierten Altenarbeit finden. Eine zentrale Herausforderung ist dabei, die notwendige Vernetzung und konkrete Zusammenarbeit

verschiedener Ressorts und Fachebenen mit den lokalen Akteuren zu fördern und Qualitätsentwicklungsprozesse aufzugreifen und anzustoßen. Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt die Landesgesundheitskonferenz in diesem Prozess, indem sie fachliche und qualitätsorientierte Hinweise erstellt, um den Akteuren die inhaltliche Orientierung zum Thema zu erleichtern. Die fachlichen Hinweise sind Ergebnis und Unterstützung des fachlichen Austauschs, den die Landesgesundheitskonferenz zur Verbesserung der Gesundheit älterer Menschen leistet.

Mit dem Zielprozess der Landesgesundheitskonferenz sind gute Möglichkeiten verbunden, systematisch Wissen, Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten in einem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und zu sammeln, der ein großes Potenzial darstellt, auf die Herausforderungen steigender Altersarmut und ihrer gesundheitlichen Folgen zu reagieren.

7. Soziokulturelle Teilhabe der älteren Bevölkerung

Soziokulturelle Teilhabe als Leitgedanke sozialstaatlichen Handelns findet sich in der Sozialgesetzgebung insbesondere im Zusammenhang mit den Regelungen der Behindertenhilfe (SGB IX) und der Pflegeversicherung (SGB XI). Und obwohl das SGB XII (Sozialhilfe) den Begriff der Teilhabe ebenfalls nur im Kontext der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung verwendet, kommt ihm unter materiellen Gesichtspunkten eine weitergehende Bedeutung zu, sobald der Lebensunterhalt aus Sozialhilfemitteln bestritten wird bzw. das monatliche Einkommen (ohne Transferleistungen) unter der Bedarfsgrenze für Transferleistungen zum Lebensunterhalt oder unter der Armutsrisikogrenze liegt. Wer mit seinem Geld nur das Existenzminimum abdecken kann, dem bleibt wenig finanzieller Spielraum für Partizipation an kulturellen Angeboten. Und gerade diese Ausgrenzung trägt oftmals dazu bei, dass Kontakte zum sozialen Umfeld sukzessive verringert und dringend benötigte Hilfeangebote nicht in Anspruch genommen werden. Insbesondere alte und allein lebende Menschen können sich so am Rande der Gesellschaft wiederfinden und werden ohne entsprechende Hilfestellung nicht oder nicht mehr vollständig integriert. Hier gilt es vor allem, frühzeitig Partizipation und Mitwirkung als *Leitgedanken einer modernen Seniorenpolitik* unter Stärkung des Bürgerschaftlichen Engagements zu etablieren und materielle Lösungen zu schaffen, die auch für arme Menschen eine adäquate Teilhabe ermöglichen.

7.1 Bürgerschaftliches Engagement

Im Zuge knapper öffentlicher Kassen kommt dem **Bürgerschaftlichen Engagement** immer mehr Bedeutung zu, da Leistungsangebote der Verwaltung nicht mehr im erforderlichen Maße vorgehalten werden können und auch ggf. mit demografischen Entwicklungen nicht mehr Schritt halten. Allerdings darf sich der Staat hier nicht vollständig aus der sozialen Verantwortung entziehen. Er ist vielmehr verpflichtet, entsprechende Entwicklungen unter Festlegung von Qualitätszielen zu fördern, zu begleiten und ggf. gesetzlich zu etablieren. Auch die Bundesregierung sieht in der Stärkung des Bürgerschaftlichen Engagements einen zukunftsweisenden Weg und bekennt sich in ihrem Armuts- und Reichtumsbericht 2008 dazu, dass „die zukunftsgerichtete Gestaltung unserer Gesellschaft und der nachhaltige gesellschaftliche Zusammenhalt nur zu gewährleisten ist, wenn die Bürgerinnen und Bürger in die Gestaltung und Weiterentwicklung des Gemeinwesens einbezogen sind und selbst aktiv werden“ (vgl. Bundesregierung 2008).

Rund ein Drittel der Berlinerinnen und Berliner engagiert sich ehrenamtlich und ist freiwillig in unterschiedlichen Bereichen tätig. Ausweislich der Ergebnisse des aktuellen 3. Freiwilligensurvey hat das freiwillige Engagement der älteren Generation gegenüber 1999 und 2004 bundesweit noch einmal zugenommen (vgl. BMFSFJ 2010). 37 % in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen und 25 % der über 70-Jährigen sind bürgerschaftlich aktiv. Die Untersuchung zeigt, dass sich die Älteren besonders häufig in den Handlungsfeldern betätigen, in denen ein erhöhter Anerkennungs- und Unterstützungsbedarf durch hauptamtliche und/oder intermediäre Akteure und Instanzen besteht. Dazu gehören die schweren und mitunter belastenden Bereiche „Soziales“, „Pflege“ und „Betreuung“. Die Ergebnisse für Berlin liegen kleinteilig noch nicht vor, folgen aber im Grundsatz dem engagementpolitischen Trend.⁵⁶

In Berlin liegen die wesentlichen Handlungsfelder der Förderung des Bürgerschaftlichen Engagements in folgenden Bereichen:

- Engagement fördernde Infrastruktur (insbesondere Integriertes Sozialprogramm - ISP - (ehemaliger LIGA⁵⁷-Vertrag) und Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren - IFP StZ - (ehemaliger Stadtteilzentrenvertrag) sowie allgemeine Projekt- und Selbsthilfeförderung),

⁵⁶ Die Engagementquoten liegen in Berlin, wie auch in anderen großstädtischen Ballungsräumen, unterhalb des Bundesdurchschnitts. Sie sind im Kern stabil.

⁵⁷ = Liga der Wohlfahrtsverbände

- Rahmen oder - besser - „Gelingensbedingungen“ (Versicherungsschutz, zum Teil Zahlung von Auslagenersatz),
- Öffentlichkeitsarbeit (Internet-Portal „bürgeraktiv“ unter www.berlin.de) sowie
- Anerkennungskultur (FreiwilligenPass, Ehrennadel für besonderes soziales Engagement und ab 2011 die neue Ehrenamtskarte der Senatskanzlei).

Aufgrund zunehmender sozialer Ungleichheiten (Stichwort: „Altersarmut“) in der Gruppe der Älteren müssen im Zusammenhang mit seniorentypischen Engagementformen perspektivisch auch Fragen des Zuverdienstes und der Zahlung von Aufwandsentschädigungen berücksichtigt werden.

Soziales Engagement ist ein Kernbereich, in dem Ältere besonders aktiv sind; sie partizipieren im Gegenzug von den Herausforderungen der körperlichen und geistigen Kräfte, soziale Integration inbegriffen. Initiativen, die auf das berufliche oder familiäre Erfahrungswissen älterer Menschen zurückgreifen, sind hier besonders geeignet.

Politik und Verwaltung können durch die Förderung von Infrastruktur, einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit oder die Praktizierung einer Anerkennungskultur dazu beitragen, möglichst viele Menschen zum Engagement zu motivieren. In erster Linie sind es jedoch die Bürgerinnen und Bürger selbst, die aus eigenem Antrieb und Interesse - dem so genannten Eigensinn - bereit sind, sich einzusetzen und Verantwortung zu übernehmen. Der Staat ist dazu da, dieses Engagement zu ermöglichen, hilfreich zu begleiten und zu unterstützen.

Bürgerschaftliches Engagement ist eine gute Ergänzung des Sozialstaates in einer alternden Gesellschaft, es kann Rettungsanker sein, der nicht nur Lückenbüßer ist, sondern hohe Qualität und mehr menschliche Wärme verspricht, insbesondere im Pflegebereich.

Bürgerengagement kann zudem eine Antwort auf Sinnfragen im Alter sein. Alle Prognosen über den demografischen Wandel zeigen, dass nur die Altersgruppe der über 60-Jährigen absehbar weiter zunehmen wird und demnächst mehr als die Hälfte der Bevölkerung ausmacht. Fortschritte in Medizin, Ernährung und Lebensführung tragen dazu bei, dass immer mehr Jahre jenseits des Arbeitslebens gesund und aktiv verbracht werden. Eine große Gruppe von Menschen wird in naher Zukunft zwischen 60 und 85 Jahre alt und beruflich nicht mehr oder nicht mehr voll eingebunden, aber sehr leistungsfähig und einsatzbereit sein. Damit der Ruhestand genossen und nicht erlitten wird, braucht es Aufgaben, Einrichtungen und Institutionen der Sinnstiftung für Ältere. Das kann auch das Bürgerschaftliche Engagement sein, das zudem ein wichtiges Bollwerk gegen rechtsgerichtete und ausländerfeindliche Tendenzen ist. Neben der Erwerbsarbeit ist die Zivilgesellschaft mit ihren besonderen Mitwirkungsmechanismen wahrscheinlich der wichtigste gesellschaftliche Integrationsmechanismus.

7.2 Stadtteilzentren

Berlin hat es sich zum Ziel gemacht, allen Bürgerinnen und Bürgern die Teilhabe an elementaren gesellschaftlichen Bereichen zu ermöglichen, diese zu fördern und damit eine flächendeckende Grundversorgung zu gewährleisten. Dazu gehören auch die Stadtteilzentren, die als Orte „lebendiger Nachbarschaft“ die Voraussetzungen für soziale Teilhabe und Bürgerschaftliches Engagement bieten. Selbsthilfe-, Kontakt- und Beratungsstellen ergänzen die Infrastruktur. Die Angebote reichen dabei über soziale Betreuung, Lehr- und Kursprogramme, kreative Gestaltung, Kiezküchen, Selbsthilfegruppen und vieles mehr bis hin zur aktiven Gestaltung der gemeinsamen Lebenswelt. Rund 1,5 Millionen Bürgerinnen und Bürger jährlich nutzen die 52 Einrichtungen regelmäßig. 47 zusätzlich aus EU-Mitteln geförderte Projekte erweitern das Spektrum. Pro Jahr finden ca. 1.400 Einzelveranstaltungen und ca. 2.700 Gruppen- und Kursangebote statt. Die 288 verschiedenen Beratungsangebote werden jährlich von 80.000 Berlinerinnen und Berlinern in Anspruch genom-

men. Knapp 4.000 ehrenamtlich Engagierte bereichern und unterstützen das Angebot der Stadtteilzentren mit ihren Ideen, ihrem Einsatz für die Belange ihrer Nachbarschaft, ihrer Betroffenheit und ihrem Veränderungswillen.

Nachbarschaftsarbeit und Selbsthilfe sind originäre Bereiche des bürgerschaftlichen Engagements, an denen ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger einen erheblichen Anteil haben. Die generell intergenerativ angelegten Stadtteilzentren bieten durch ihre Struktur und mit ihrer Angebotspalette Unterstützungsmöglichkeiten, leichten Zugang und aktive Teilhabe unabhängig von Alter und Engagementpotential. Weitergabe von Erfahrungswissen, Freizeitgestaltung, die Ermöglichung zum lebenslangen Lernen - z. B. in den neuen Technologien - und Kulturerleben sind Bestandteil der vielgestaltigen Betätigungsfelder. Dabei werden die älteren Menschen ermutigt, sich selbst einzubringen und darüber neue Kontakte und soziale Netzwerke zu knüpfen. Selbstbezogene Motive, Selbstbestimmung und -organisation stehen bei den sich ständig ändernden Interessen älterer Menschen im Vordergrund.

Eine besondere Herausforderung stellt die Integration und Förderung des bürgerschaftlichen Engagements bei Menschen mit Migrationshintergrund dar, die der Entwicklung spezifischer Motivations- und Unterstützungsformen bedürfen, die durch generationsübergreifende und interkulturelle Arbeitsansätze gefördert werden. Aktive Mitgestaltung und Mitverantwortung für die Gesellschaft stehen dabei im Vordergrund. Die Stadtteilzentren initiieren in dieser Hinsicht vielfältige Anregungen, die aufgegriffen werden. Das „Theater der Erfahrungen“ als Projekt des Nachbarschaftsheims Schöneberg entwickelte z. B. ein Modell, um die Potenziale älterer Menschen und ihr Engagement in gesellschaftliche Prozesse stärker einzubeziehen und ihr Engagement im Dialog herauszufordern. Ziel ist die Initiierung von interkultureller und generationsübergreifender Theater- und Kulturarbeit in allen Bezirken, die Schulung von Multiplikatoren und die Vermittlung neuer Methoden. Unter Nutzung der Infrastruktur der Stadtteilzentren soll damit das freiwillige und ehrenamtliche Engagement bei älteren Menschen, unter Einbeziehung von Migrantinnen und Migranten, gestärkt und mit gesamtstädtischen Aktivitäten zukünftig verbunden werden.

Das Angebot der Stadtteilzentren ist niedrighschwellig, die Zugangsmöglichkeiten sind in der Regel barrierefrei und kostenlos.

7.3 Das Berliner Seniorenmitwirkungsgesetz

In den *Berliner Leitlinien zur Seniorenpolitik* wurde bereits 2005 unter dem Aspekt neuer Potenziale der sogenannten „jungen Alten“ und den bekannten Lasten und Risiken des Alter(n)s - insbesondere der Hochaltrigkeit - darauf hingewiesen, dass zur Bewältigung der besonderen gesellschaftlichen Anpassungsleistungen des demografischen Wandels ein neues, realistischeres Bild vom Alter und vom Altern erforderlich ist. Das neue Altersbild wird sich entlang verfügbarer Ressourcen noch mehr differenzieren, wird die Unterschiede zwischen „Arm“ und „Reich“ und zwischen mehr oder weniger gebildeten, zu Engagement und Teilhabe befähigten Älteren weiter verschärfen.

Die aktive soziale, kulturelle und politische Teilhabe älterer Menschen ist auf **zeitgerechte Altersbilder** angewiesen. In einer Gesellschaft mit einem ständig größer werdenden Anteil älterer Menschen müssen Politik, Gesellschaft und Wirtschaft deren Teilhabe, Selbstverantwortung und soziale Integration aktivieren, stärken und ihre Potenziale gezielt fördern. Die Erfahrungen und Fähigkeiten der Älteren tragen erheblich zur Stärkung der Demokratie, zur Solidarität zwischen den Generationen, zur gesellschaftlichen Innovation und zur Sicherung des sozialen Zusammenhalts bei. Wichtige Aspekte sind, neben einer wirksamen Antidiskriminierungspolitik, bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Partizipation älterer Menschen.

Seniorenbeiräte und -vertretungen selbst sind eine besondere, altersgruppenspezifische Form der politischen Mitwirkung, die gewissermaßen quer zu anderen Beteiligungsformen steht. Nicht

zuletzt durch die demografische Entwicklung entsteht für die Lebensphase „Alter“ ein eigenständiger Repräsentationsbedarf in der Gesellschaft, der erweiterte Teilhabe- und Mitwirkungsformen aus sich heraus legitimiert. Das Abgeordnetenhaus von Berlin hat deshalb am 18. Mai 2006 das **Gesetz zur Stärkung der Mitwirkungsrechte der Seniorinnen und Senioren am gesellschaftlichen Leben im Land Berlin (Berliner Seniorenmitwirkungsgesetz - BerlSenG)**⁵⁸ beschlossen. Darin sind für Deutschland erstmalig Mitwirkungsrechte von Seniorinnen und Senioren in einem eigenen Gesetz verankert worden. Das Gesetz kodifiziert die in Berlin seit Ende der 80er Jahre langjährig bestehende Tradition der Mitwirkung der älteren Generation. Diese beruhte zuvor auf in Senats- und Abgeordnetenhausbeschlüssen getroffenen Vereinbarungen.

Mit dem Gesetz wurde dem dringenden Wunsch der älteren Generation nach erweiterten Beteiligungsmöglichkeiten entsprochen. Ziel des Berliner Seniorengesetzes ist es, die aktive Beteiligung der Berliner Seniorinnen und Senioren zu nutzen, die Beziehungen zwischen den Generationen zu verbessern, die Solidargemeinschaft weiter zu entwickeln sowie den Prozess des Älterwerdens in Würde und ohne Diskriminierung unter aktiver Eigenbeteiligung zu gewährleisten.

Bei der Entscheidung für ein Seniorenmitwirkungsgesetz hat sich der Berliner Senat auch von der Erwartung leiten lassen, dass eine bessere politische Partizipation von Seniorinnen und Senioren eine wichtige strukturelle Unterstützung zur Förderung des Bürgerschaftlichen Engagements in dieser Bevölkerungsgruppe darstellt. Deshalb zielt die Interessenvertretung der Seniorinnen und Senioren primär auch nicht darauf ab, besondere (Partikular-)Rechte zu erwirken. Sie soll vielmehr zum Ausgleich altersbedingt rückläufiger Handlungsspielräume mehr Teilhabe in der Gesellschaft ermöglichen.

Nach dem Berliner Seniorenmitwirkungsgesetz sind

- der Landesseniorenbeirat (LSBB),
- die Landesseniorenvertretung (LSV) und
- die Seniorenvertretungen in den Berliner Bezirken

die Gremien der älteren Generation in Berlin. Sie gewinnen im Kontext des Leitbildes der Bürgergesellschaft immer mehr an Bedeutung, wie andere Nicht-Regierungsorganisationen im vorparlamentarischen Raum auch.

Die **Finanzierung** der Arbeit der Seniorengremien ist dauerhaft geregelt worden: Landesseniorenbeirat und Landesseniorenvertretung werden mit insgesamt 15.000 Euro p. a. durch die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales gefördert. Die Förderung der Seniorenvertretungen durch die Bezirke bewegt sich in einem Spektrum von 1.700 bis 4.900 Euro p. a.

Der **Landesseniorenbeirat** berät das Abgeordnetenhaus, den Senat und die für Seniorinnen und Senioren zuständige Senatsverwaltung in senienpolitisch wichtigen Fragen und informiert die interessierte Öffentlichkeit, insbesondere die Seniorenorganisationen, über die bearbeiteten Themen. Darüber hinaus unterstützt er die Verbreitung von Wissen und Rechtsvorschriften, die Seniorinnen und Senioren besonders betreffen und informiert sich über die Umsetzung von Rechtsvorschriften vor Ort.

Der **Landesseniorenbeirat** setzt sich zusammen aus den 12 Vorsitzenden der bezirklichen Seniorenvertretungen sowie aus 12 weiteren Vertretern von Seniorenorganisationen, die auf Vorschlag der Landesseniorenvertretung von dem für Seniorinnen und Senioren zuständigen Mitglied des Berliner Senats für die Dauer der Wahlperiode berufen werden.

Die **Landesseniorenvertretung** unterstützt und informiert die bezirklichen Seniorenvertretungen, vertritt deren Interessen auf Landesebene und leistet Öffentlichkeitsarbeit. Daneben berichtet sie - auch der für Seniorinnen und Senioren zuständigen Senatsverwaltung - jährlich über ihre Tätigkeit.

Die **Landesseniorenvertretung** besteht aus den 12 Vorsitzenden der bezirklichen Seniorenvertretungen.

Die **bezirklichen Seniorenvertretungen** sind unabhängig, parteipolitisch neutral und konfessionell nicht gebunden. Die Mitglieder üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Zu ihren Tätigkeiten gehören

⁵⁸ GVBl. S. 458, zuletzt geändert durch Art. V des Gesetzes vom 15. Dezember 2010 (GVBl. S. 560)

u. a. die Mitwirkung an der bezirklichen Altenplanung, Beratung und Unterstützung älterer Bürgerinnen und Bürger bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche, Vertretung der Interessen der älteren Generation in der Öffentlichkeit, Kontaktpflege zu Pflegediensten, Heimbeiräten, Freizeitstätten, Einrichtungen und Trägern der Altenhilfe sowie das Abhalten von Bürgersprechstunden.

7.4 Interkulturelle Öffnung

Im Zuge der interkulturellen Öffnung und kultursensiblen Arbeit fördert das Land Berlin seit Jahren u. a. Maßnahmen der Altenhilfe. So erstellte etwa das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) im Auftrag der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales mit Datum vom Januar 2009 einen **Altersdatenreport**, der auf die besondere Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in Berlin abstellt (vgl. Menning/ Hoffmann 2009). Darüber hinaus werden regelmäßig diesbezügliche Entwicklungen und Handlungsfelder in **Berichten und Leitlinien** der Senatsverwaltung dargestellt, etwa in den Berliner Leitlinien „Politik für Seniorinnen und Senioren“.

Auch das seit mehr als 10 Jahren geförderte **Kompetenzzentrum „Interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe“** gehört zu den vorgenannten Maßnahmen. Im Rahmen eines Kooperationsprojektes von Arbeiterwohlfahrt und Caritas wird die Aufnahme und Betreuung älterer Migrantinnen und Migranten in Einrichtungen und Dienste der Regelversorgung angestrebt, beim Abbau vorhandener Zugangsbarrieren geholfen und die Integration generell unterstützt. Konkret werden kultursensible Beratung und Information in Altenhilfe und Pflege sowie die Partizipation älterer Migrantinnen und Migranten in Interessenvertretungen, wie z. B. den Seniorenvertretungen, gefördert. Das Kooperationsprojekt hat eine Multiplikatoren- und Vernetzungsfunktion und wendet sich insbesondere an Entscheidungsträger vorrangig in den Bezirken, bei Verbänden, bei Trägern und Bildungseinrichtungen sowie Interessenvertretungen. Beim Landesseniorenbeirat befasst sich beispielsweise die Arbeitsgruppe „Migration“ mit Fragen älterer Zuwanderer. Die Arbeit des Kompetenzzentrums wird seit Mai 2008 zudem aus Geldern aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) im Rahmen des Projektes „Netzwerkkompetenz von älteren Migranten“ finanziert.

Auch der **Landespflegeausschuss** hat sich im Rahmen einer speziellen Projektgruppe mit dem Thema „Ältere Migranten“ - hier im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit - befasst und entsprechende Empfehlungen erarbeitet. Ergänzend dazu führt die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales regelmäßig **Umfragen** durch bzw. initiiert und unterstützt diese, um den Wissensstand über die Versorgung von Migrantinnen und Migranten durch Pflegeheime, Tagespflegen, Kurzzeitpflegen oder ambulante Pflegedienste zu vertiefen. Sie erlässt zudem **Rahmenvorgaben** für die interkulturelle Ausrichtung von Projekten in freier Trägerschaft, die aus Landesmitteln finanziert werden, etwa für die seit 2009 in gemeinsamer Trägerschaft des Landes Berlin und der Pflege- und Krankenkassen bestehenden Pflegestützpunkte, wobei den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege hierbei als Förderer der fachlichen und organisatorischen Entwicklung ihrer Mitgliederorganisationen eine wichtige Multiplikatorenfunktion zukommt.

7.5 „Öffne Dir die Stadt“

Die hohe Zahl von Leistungsberechtigten nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) und SGB XII (Sozialhilfe einschließlich Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) erforderte, den Teilhabeaspekt neu zu definieren, da er insbesondere für Menschen mit geringem Einkommen außerordentlich wichtig ist. Dies betrifft sowohl die Mobilität als auch den Zugang zu Kultur- und Freizeiteinrichtungen. Zwar enthalten sowohl die Regelleistungen nach dem SGB II als auch die Regelsätze der Sozialhilfe Anteile für Verkehr und kulturelle Zwecke, de facto ist die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel sowie kultureller Angebote in Berlin aber nur eingeschränkt möglich, wenn man nicht über die erforderlichen finanziellen Mittel verfügt.

Aus dieser Erkenntnis heraus hat das Land Berlin bereits vor Jahren in einem ersten Schritt das „**Berlin-Ticket S**“ angeboten, das dem vorgenannten Personenkreis (sowie Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz - AsylbLG) die ermäßigte Benutzung des Öffentlichen Personennahverkehrs in Form einer Monatskarte ermöglichte und darüber hinaus auch zur Nutzung anderer Vergünstigungen (etwa in Schwimmbädern oder Theatern) berechnete.

Um die Teilhabe einkommensschwacher Bevölkerungsgruppen weiter zu verbessern, wurde Anfang 2009 durch Fortentwicklung der Sozialkarte der „**berlinpass**“ eingeführt. Er ist ein freiwilliges und zusätzliches, über die gesetzlichen Leistungspflichten hinausgehendes, Angebot des Landes Berlin, das unter dem Motto „**Öffne Dir die Stadt**“ allen Bürgerinnen und Bürgern, die auf staatliche Transferleistungen angewiesen sind, zahlreiche und vielfältige Vergünstigungen zugänglich macht. Dazu zählen der Erwerb der ermäßigten Monatskarte für den Öffentlichen Personennahverkehr zum Preis von 33,50 Euro sowie ein breites Spektrum an Vergünstigungen bei Sport, Kultur, Freizeit und Bildung. Der „berlinpass“ bündelt zudem die bestehenden Ermäßigungen und trägt dazu bei, diese zu kommunizieren und für Bürgerinnen und Bürger transparent zu gestalten. Als vereinfachter und einheitlicher Berechtigungsnachweis für alle betreffenden Personengruppen wird der Pass stigmatisierungsfrei auf Antrag in den Berliner Bürgerämtern ausgestellt. Der Berechtigtenkreis umfasst - wie bei der früheren Sozialkarte - Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem SGB II, SGB XII, AsylbLG sowie Personen, die als Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft im Haushalt leben.

Im Verlauf des Jahres 2009 wurden insgesamt 303.000 Pässe neu ausgestellt. Bis zum 31. Juli 2010 kamen weitere rund 104.000 Neuausstellungen hinzu, so dass der „berlinpass“ in den eineinhalb Jahren seines Bestehens rund 407.000 mal ausgegeben wurde. Im Gegensatz dazu haben das ehemalige „Berlin-Ticket S“ im Jahr 2008 etwa 140.000 Menschen in Anspruch genommen.

Gleichzeitig mit der Einführung des PASSES wurden im Rahmen einer Kampagne weitere „berlinpass“-Partner geworben. Mit der sukzessiven Erweiterung des Partnerkreises wachsen auch die Teilhabechancen von Menschen mit sehr geringem Einkommen und ihre Partizipation am gesellschaftlichen Leben. Was früher für Empfängerinnen und Empfänger von Transferleistungen undenkbar war, lässt sich heute über den „berlinpass“ realisieren: Die Möglichkeit der Teilhabe richtet sich nach dem tatsächlich verfügbaren Einkommen und nicht nach dem jeweiligen sozialen Status. Damit avanciert der „berlinpass“ zu einem wirkungsvollen Instrument, um der sozialen Ausgrenzung und Isolation vieler - auch älterer - Bürgerinnen und Bürger entgegenzuwirken.

7.6 Mobilität im Alter und bei Behinderung

Seit mehr als 20 Jahren steht in Berlin ein aus Zuwendungen des Landes finanziertes Angebot zur Mobilitätsförderung alter, kranker, behinderter und pflegebedürftiger Menschen zur Verfügung, das sich aus einem Netzwerk von 16 **Mobilitätshilfediensten (MHD)** als Basisangebot sowie ergänzender temporärer Projekte im Rahmen der Beschäftigungsförderung zusammensetzt. Aufgabe ist es, den Nutzern die Aufrechterhaltung selbstständiger Alltags- und Versorgungsaktivitäten sowie die Teilnahme am öffentlichen Leben zu ermöglichen, möglicher Vereinsamung entgegenzuwirken, ihre Mobilität zu erhalten/zu fördern und sie bei Bedarf gezielt an andere Beratungs- und Versorgungsangebote heranzuführen (etwa im Bereich der pflegerischen Versorgung, s. o.). Zu den rund 300.000 Einsätzen pro Jahr gehören u. a. Begleit- und Rollstuhlschiebedienste, Blindenführungen und Treppentransporte, schwerpunktmäßig im näheren Wohnumfeld. Alle Leistungen erfolgen auf der Basis eines praxisorientierten Qualitätshandbuchs.

Die zum großen Teil über Arbeitsmarktmaßnahmen vermittelten Mitarbeiter der MHD sind vielfach die einzigen Kontaktpersonen und befriedigen damit elementare menschliche Bedürfnisse nach Nähe, Aufmerksamkeit und Kommunikation. Aufgrund der Aufgabenstellung eignen sich die Mobilitätshilfedienste in besonderem Maße für ehrenamtliches Engagement und die Integration

von Langzeitarbeitslosen. So gehören auch Akquise, Schulung und Begleitung neuer Mitarbeiter zu den konzeptionellen Aufgaben. Im Jahr 2009 haben 16 zuwendungsgeförderte Dienste rund 325.000 Einsätze geleistet. Je betreuter Person ist in der Regel ein Einsatz pro Woche mit einer Dauer von 1,5 Stunden vorgesehen, das Angebot richtet sich insbesondere an rund 5.000 Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, hauptsächlich im Alter von 71 bis 90 Jahren.

Für die Inanspruchnahme der Dienste fällt eine jährliche Eigenbeteiligung in Form einer Bearbeitungsgebühr an, die sozial gestaffelt ist und maximal 80 Euro/Jahr beträgt. Bei Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII bzw. Sozialgeld oder Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende) ist nur ein um die Hälfte verminderter Beitrag zu zahlen. Bewohner von Einrichtungen können die Leistungen der MHD kostenlos in Anspruch nehmen, da sie lediglich über einen geringfügigen Barbetrag (sog. „Taschengeld“) verfügen. Auch die Nutzer des weiter unten beschriebenen Sonderfahrdienstes zahlen einen ermäßigten Betrag.

Die Leistungen der Mobilitätshilfedienste sind niedrigschwellige Angebote, die zur Erhöhung der Mobilität beitragen und mit dem Verbleib in der Wohnung eine höhere Lebensqualität ermöglichen. Aufgrund der demografischen Entwicklung zeichnet sich bereits jetzt ab, dass der Anteil der älteren Menschen in der Berliner Bevölkerung in den nächsten Jahren kontinuierlich zunehmen wird und damit ein steigender Bedarf an Unterstützungs- und Begleitmaßnahmen einhergeht. Die dafür erforderlichen finanziellen Mittel müssen langfristig zur Verfügung stehen, unterliegen aber für den Zeitraum 2011 bis 2015 den Rahmenvorgaben für die Förderung der MHD und können nur durch Umschichtungen innerhalb des Förderbereiches „Soziales“ zur Verfügung gestellt werden.

Neben den Mobilitätshilfediensten können Menschen mit Behinderung in Berlin bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen auch den sogenannten **Sonderfahrdienst für Menschen mit Behinderung (SFD)** in Anspruch nehmen, der jährlich rund 183.800 Beförderungen mit Sonderfahrzeugen und Teletaxen sowie zusätzlich rund 70.300 Beförderungen im Taxikonto durchführt. Das Angebot wird monatlich im Durchschnitt von 3.800 Bürgern genutzt, die knapp überwiegende Mehrheit der Nutzer sind Frauen. Voraussetzung für die Nutzung sind ein mobilitätsbedingter Grad der Behinderung von mindestens 80 % und die Merkzeichen „aG“ und „T“ im Schwerbehindertenausweis. Die Berechtigten erhalten zur Nutzung des SFD eine Magnetkarte und können damit Fahrten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Freizeitfahrten) durchführen, die zuvor beim Betreiber des Fahrdienstes anzumelden sind.

Für die Beförderung stehen unterschiedliche Fahrzeuge zur Verfügung, etwa Busse mit doppelter Personalbesetzung, die neben Assistenzleistungen (wie Anziehhilfen, Umsetzhilfen, Türen abschließen etc.) auch Treppenhilfe zur Überwindung von Hindernissen leisten können. Daneben gibt es Solobusse, die von Berechtigten genutzt werden, die nur eingeschränkte Assistenzleistungen benötigen. Die Fahrten beinhalten eine Beförderung von Tür zu Tür.

Teletaxen werden vom Betreiber bei Berechtigten disponiert, die aus behinderungsbedingten Gründen keine Sonderfahrzeuge nutzen können oder die zur nachgefragten Zeit nicht zur Verfügung stehen. Beim Taxikonto kann von den Berechtigten ein Taxi gerufen werden; die verauslagten Fahrkosten werden nach Abzug einer Eigenbeteiligungspauschale vom Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin bis zu 110 Euro erstattet.

Für die Nutzung des Sonderfahrdienstes wird eine gestaffelte Eigenbeteiligung wie folgt erhoben:

Tabelle 7.1:
Staffelung der Eigenbeteiligung für die Nutzung des Sonderfahrdienstes in Berlin

Berechtigte	1. - 8. Fahrt	9. - 16. Fahrt	ab der 17. Fahrt
Bewohner von Einrichtungen, die einen Barbetrag erhalten.	-	-	-
Sozialhilfeempfänger, Empfänger von Leistungen der Grundsicherung oder von Leistungen nach dem SGB II. <i>(Bei der Nutzung des Taxikontos werden als reduzierte Eigenbeteiligung pauschal 20 Euro zugrunde gelegt.)</i>	1,53 Euro	3,50 Euro	7,00 Euro
Alle übrigen Nutzer (Vollzahler) <i>(Bei der Nutzung des Taxikontos werden 40 Euro Eigenbeteiligung pauschal zugrunde gelegt.)</i>	2,05 Euro	5,00 Euro	10,00 Euro
(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenIntArbSoz - I B 38 -)			

Die Leistungen des Sonderfahrdienstes sollen auch künftig den Berechtigten zur Verfügung gestellt werden, die aus wohnort- oder behinderungsbedingten Gründen den Öffentlichen Personennahverkehr nicht nutzen können und deren Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nur so sichergestellt werden kann.

8. Zusammenfassung

Mit diesem Bericht über die soziale Lage älterer Menschen in Berlin liegt ein Statusbericht vor, der versucht, die Frage nach dem aktuellen Armutsrisiko älterer Menschen ab 50 Jahre in Berlin zu beantworten. Hintergrund der Fragestellung waren und sind die Herausforderungen des sich deutschlandweit und in Berlin bereits im Prozess befindlichen demografischen Wandels hin zu einer älteren Gesellschaft bei gleichzeitigem Anstieg von Anzahl und Quote älterer Menschen, die trotz langjähriger Berufstätigkeit oder aufgrund langjähriger Arbeitslosigkeit oder wegen vorausgegangener Erwerbsminderung staatliche Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (SGB XII, SGB II) benötigen. Denn nur aus genauer Kenntnis der Sachlage heraus ist es möglich, sich auf die voraussichtlich zunehmenden Anforderungen zur Prävention von bzw. zum Umgang mit armutsnahen Lebenslagen älterer Menschen in Berlin vorzubereiten. Aus diesem Grunde soll aus diesem Statusbericht ein regelmäßiges Monitoring zur Frage des Armutsrisikos älterer Menschen in Berlin als Planungsgrundlage für Verwaltung und Politik in Berlin entwickelt werden.

Altersarmut in Berlin?

Im Resümee kann eingeschätzt werden, dass die Frage nach Altersarmut in Berlin im Vergleich zur Berliner Gesamtbevölkerung derzeit **kein vordergründiges Problem** ist, sich **gruppen- und lebenslagenspezifisch bzw. kleinräumig differenziert** wohl aber sehr unterschiedlich darstellt (vgl. Kapitel 2 – 5):

- Knapp jeder dritte Berliner bzw. jede dritte Berlinerin ist 50 Jahre alt oder älter (31.12.2009: 1.267.245), knapp jeder bzw. jede Fünfte ist 65 Jahre und älter (31.12.2009: 648.119).
- Die mittleren Pro-Kopf-Einkommen liegen in der Bevölkerung ab 50 Jahre merklich höher als im Berliner Durchschnitt insgesamt.
- Gemessen am Berliner Landesmedian der bedarfsgewichteten Äquivalenzeinkommen mit Stand 2009 ist im Alter ab 65 Jahre ein Zwanzigstel der Bevölkerung (5,2 %) armutsgefährdet. Im Alter von 50 bis unter 65 Jahren sind 11,1 % der Bevölkerung als armutsgefährdet klassifiziert, bezogen auf die gesamte Berliner Bevölkerung 14,1 %.
- Über 65-jährige in Berlin lebende Nichtdeutsche tragen ein um mehr als das Siebenfache höheres Armutsrisiko als Deutsche gleichen Alters.
- Unter den Berlinerinnen und Berlinern im derzeitigen gesetzlichen Rentenalter war am 31.12.2009 fast jede zwanzigste Person (30.859) Empfänger bzw. Empfängerin von Grundsicherung im Alter nach dem 4. Kapitel SGB XII (31.12.2010: 31.648).
- Mehr als drei Viertel der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen im Alter ab 65 Jahre in Berlin erzielen zwar Einkünfte aus einer Altersrente, welche aber nicht ausreichen, um unabhängig von staatlichen Transferleistungen zu leben.

Armutsrisiko der Geschlechter

Das Armutsrisiko der Geschlechter im Alter ab 65 Jahre ist **fast gleich**. Altersarmut, festgemacht an der Abhängigkeit von Grundsicherung im Alter gemäß SGB XII, betrifft **zahlenmäßig aber vorwiegend alleinlebende Frauen**:

- Jede zwanzigste Berliner Frau ab 65 Jahren benötigt Grundsicherung gemäß SGB XII, von den gleichaltrigen Männern jeder zweiundzwanzigste. Aufgrund der stärkeren Repräsentanz von Frauen in der Altersgruppe ab 65 Jahren sind sechs von zehn Grundsicherungsempfängern weiblich.
- Knapp zwei von drei 1-Personen-Privathaushalten mit Grundsicherung im Alter sind Haushalte von Frauen. Weit mehr Männer (74,2 %) als Frauen (44,1 %) ab 65 Jahren sind verheiratet, aber mehr Frauen (34,1 %) verwitwet als Männer (9,6 %). So sind Männer im Unterschied zu Frauen bis ins hohe Alter hinein nur in geringem Maße darauf angewiesen, in Einrichtungen unter-

gebracht mit Transferleistungen ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, da sie bei Eintritt von Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu Hause in vielen Fällen durch die Ehefrau oder Lebenspartnerin betreut werden können.

Armutsrisiko bei nichtdeutscher Staatsbürgerschaft

Berlinerinnen und Berliner mit nichtdeutscher Staatsbürgerschaft ab 65 Jahre sind in höherem Maße als Deutsche gleichen Alters von der Notwendigkeit betroffen, Grundsicherung im Alter in Anspruch nehmen zu müssen. Sie leben indessen wesentlich häufiger im häuslichen Verband mit anderen Personen:

- 17,4 % der nichtdeutschen Berlinerinnen und Berliner ab 65 Jahre sind von Grundsicherung im Alter abhängig, unter den Deutschen lediglich 4,0 %. Am stärksten sind ausländische Frauen betroffen.
- Fast alle der nichtdeutschen Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen im Alter leben zu Hause. Demgegenüber sind von den deutschen Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern ab 65 Jahre 13 % in einer Einrichtung untergebracht.
- Weniger als die Hälfte der ausländischen Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen im Alter lebt zu Hause allein. Unter den deutschen Grundsicherungsempfängern und -empfängerinnen betrifft dies mit gut drei Vierteln deutlich mehr Personen.

Auswirkungen heutiger Arbeitsmarkt- und Rentenpolitik

In Zusammenhang mit arbeitsmarkt- und rentenpolitischen Entwicklungen sowie der Wirtschaftslage der vergangenen Jahre ist in den kommenden Jahren **mit einer Zunahme der Zahl armutsgefährdeter Menschen im gesetzlichen Rentenalter in Berlin zu rechnen:**

- Langzeitarbeitslose, Empfängerinnen und Empfänger von Arbeitslosengeld II und geringfügig Beschäftigte von heute können die Grundsicherungsempfänger von morgen sein. Ein Durchschnittsverdiener benötigt heute rd. 27 Jahre sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, um eine gesetzliche Rente in Höhe des Grundsicherungsniveaus zu erreichen. Die durchschnittliche Erwerbsbiografie ist jedoch lückenhaft geworden. Atypische Beschäftigungsformen verdrängen zunehmend die sozialversicherungspflichtige Vollzeitbeschäftigung. Befristete Beschäftigungsverhältnisse, unfreiwillige Teilzeitarbeit oder geringfügige Beschäftigung sind auf dem deutschen Arbeitsmarkt keine Seltenheit mehr.
- Nicht zuletzt auf Grund des Anstiegs nicht armutsfester Beschäftigungsformen erzielen rund 365.000 Berliner und Berlinerinnen Nettoeinkommen von weniger als 900 € monatlich. Somit leben ca. 23,5 % aller Erwerbstätigen in der Stadt von Nettoeinkommen an bzw. unterhalb der Pfändungsgrenze. Der Anteil solcher Niedrigeinkommensbezieher ist bei Frauen mit fast 26 % deutlich höher als bei Männern (21,2 %). Da mit diesen niedrigen Einkommen das Existenzminimum nicht bestritten werden kann, müssen derzeit mehr als 110.000 Berliner und Berlinerinnen ergänzende Leistungen nach dem SGB II beziehen. An den Aufbau einer privaten Altersvorsorge ist bei diesem Personenkreis kaum zu denken.
- Unter der Bevölkerung im gesetzlichen Rentenalter haben die jüngsten Rentner und Rentnerinnen (65 bis unter 70 Jahre) das niedrigste mittlere Pro-Kopf-Einkommen aufzuweisen. Rentenrechtliche Veränderungen (z. B. geringere Anrechnung von Ausbildungszeiten) oder die Minderung der in Zeiten von Arbeitslosigkeit erzielbaren Rentenansprüche wirken sich offensichtlich bereits aus.
- Die Quote der Grundsicherungsbezieher und -bezieherinnen nach SGB XII stieg in den letzten Jahren bei jedem neu ins Rentenalter gekommenen Geburtsjahrgang gegenüber dem vorhergehenden an. Dabei muss insbesondere mit einem Anstieg der absoluten Zahl von Männern im gesetzlichen Rentenalter in einkommensarmen Lebenslagen gerechnet werden, denn neben dem Herauswachsen von Altersjahrgängen mit kriegsbedingt verminderten Männeranteilen

tragen zwischen 50 und unter 65 Jahre alte Männer ein um fast 4 Prozentpunkte höheres Armutsrisiko als gleichaltrige Frauen (Stand: Jahresende 2009). Mit Stand zum Jahresende 2010 zeigt sich der absolute Zuwachs der Anzahl von Personen mit Grundsicherung im Alter zahlenmäßig bereits insbesondere bei Männern.

- Knapp 2 % der Bevölkerung im Alter von 50 bis unter 65 Jahren benötigten am 31.12.2009 aufgrund dauerhafter Erwerbsminderung Grundsicherung gemäß SGB XII, weitere knapp 16 % der gleichaltrigen Bevölkerung Leistungen der Grundsicherung nach SGB II. Es muss davon ausgegangen werden, dass etliche dieser Personen auch mit Eintritt in das Rentenalter auf Dauer abhängig von staatlichen Sozialleistungen bleiben werden.

Soziale und gesundheitliche Gefährdungslagen auf räumlicher Ebene

Sich u.a. über Einkommensarmut realisierende soziale Benachteiligungen älterer Menschen haben **vielfältige Wechselwirkungen mit anderen Dimensionen der Lebenslage**. Im Alter gewinnen dabei gesundheitliche Aspekte zunehmende Bedeutung, d.h. über soziale Ungleichheit manifestiert sich gesundheitliche Ungleichheit (vgl. Kapitel 6.1). Die Transferleistungsquote der Berliner Bevölkerung im gesetzlichen Rentenalter kann daher als ein **Anzeiger für soziale und gesundheitliche Gefährdungslagen auf räumlicher Ebene** verstanden werden.

Bereits im (älteren) erwerbsfähigen Alter verteilen sich einkommensarme soziale Gruppen sozial-räumlich segregiert über das Stadtgebiet bzw. ballen sich einkommensarme Lagen tendenziell, was sich mit dem Übergang in das gesetzliche Rentenalter in aller Regel nicht mehr verändert. Dort, wo im Vergleich der Planungsräume anteilmäßig besonders viele dauerhaft Erwerbsgeminderte im Alter von 50 bis unter 65 Jahren leben, die auf Sozialhilfe zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes nach SGB XII zurückgreifen müssen, leben tendenziell besonders viele Menschen gleichen Alters, welche ihren Lebensunterhalt nur mit Hilfe von Leistungen nach SGB II bestreiten können sowie vergleichsweise hohe Anteile von Einwohnerinnen und Einwohnern ab 65 Jahren, welche Grundsicherung im Alter nach SGB XII benötigen (vgl. Kapitel 3.2.2, 4.3, 5.4, 5.5.4):

- Die Anteile der außerhalb von Einrichtungen lebenden Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen an den Einwohnern und Einwohnerinnen ab 65 Jahre sind in den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg (10%), Mitte (8 %) und Neukölln (7 %) am höchsten. Diese drei Bezirke wiesen bereits zum Zeitpunkt der Erstellung des Sozialstrukturatlases (mit Datenstand 2006) die höchsten Grundsicherungsquoten und gleichzeitig die ungünstigsten sozialstrukturellen Werte (Sozialindex I) auf. In insgesamt fünf Bezirken benötigt nur maximal jeder vierzigste Einwohner bzw. jede vierzigste Einwohnerin ab 65 Jahren Leistungen der Grundsicherung im Alter zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes. Mit Ausnahme von Steglitz-Zehlendorf sind dies Bezirke des ehemaligen Ostteils von Berlin, wo bislang noch Altersjahrgänge mit (aufgrund längerer und/oder weniger unterbrochener Erwerbsbiographie und höherer Frauenerwerbsquote) den Grundsicherungsanspruch übersteigenden Rentenansprüchen bestimmend sind. In den Bezirken mit den höchsten Quoten ist aktuell ein deutlicher Anstieg der Grundsicherungsquote der Älteren zu verzeichnen, in den Bezirken mit niedrigen Quoten hingegen kaum eine Veränderung.
- In den einzelnen Planungsräumen des Landes Berlin streuen die Werte für die Grundsicherungsquote bis zu einem Höchstwert von 27,5 % im Planungsraum Körnerstraße im Bezirk Mitte. Gebiete bzw. Planungsräume mit vergleichsweise hohen Grundsicherungsquoten der Bevölkerung ab 65 Jahren liegen ausschließlich in ehemaligen West-Bezirken - in den Bezirken Mitte (hier nur die Alt-Bezirke Tiergarten und Wedding), Friedrichshain-Kreuzberg (hier nur Alt-Bezirk Kreuzberg), Charlottenburg-Wilmersdorf (hier nur nordöstlicher Bereich) und in nördlichen Bereichen in Tempelhof-Schöneberg und Neukölln.
- Die höchsten Anteile an Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren mit Transferleistungen gemäß SGB II oder SGB XII an der gleichaltrigen Bevölkerung gibt es in den Bezirken Friedrichs-

hain-Kreuzberg, Mitte und Neukölln, welche auch für die jeweils gesamte Bezirksbevölkerung die höchsten Armutsquoten in Berlin aufweisen. Bei kleinräumiger Betrachtung kristallisieren sich insbesondere in Planungsräumen der Prognoserräume Neukölln, Gesundbrunnen, Moabit, Wedding, Spandau, Kreuzberg und Hellersdorf besondere Brennpunkte heraus, in denen mehr als jede bzw. jeder Dritte oder Vierte im Alter zwischen 50 und 64 Jahren von sozialen Transferleistungen abhängig ist.

Bund und Länder in Verantwortung

Während sich Politik und Verwaltung bereits seit einiger Zeit mit dem **demografischen Wandel** beschäftigen, erweckt die derzeitige noch schwache Ausprägung von Altersarmut in der Bundesrepublik den Anschein, es sei noch ausreichend Zeit, sich mit konkreten Maßnahmen zur Armutsbekämpfung zu beschäftigen. So wurde etwa der Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe des Bundestages am 8. Juni 2011 durch die Bundesregierung dahingehend unterrichtet, dass „Altersarmut derzeit kein verbreitetes Phänomen in Deutschland“ sei, die künftige Entwicklung aber sorgfältig beobachtet werden müsse (vgl. Deutscher Bundestag 2011). Wer bedürftig sei, erhalte Grundsicherung und „wer Grundsicherung bezieht, ist nicht arm“. Der vorliegende Bericht zeigt auf, dass der Armutsbegriff differenziert zu betrachten ist und sich nicht allein auf monetäre Aspekte beschränkt. Insofern wird auch der von der Bundesregierung angekündigte **Regierungsdialog Rente** nur wenige Teilaspekte der Armutsbekämpfung abdecken können.

Eine verstärkte Auseinandersetzung mit der steigenden Armutsproblematik ist seit einigen Jahren auf europäischer Ebene zu verzeichnen. So wurden etwa nach Ausrufung des **Europäischen Jahres gegen Armut und soziale Ausgrenzung 2010** (durch die Europäische Kommission – KOM –) in den Mitgliedstaaten zahlreiche Maßnahmen zur Armutsbekämpfung initiiert und umgesetzt. In Ausformulierung einer Leitlinie der Strategie Europa 2020 wurde zudem die **Europäische Plattform gegen Armut und soziale Ausgrenzung** geschaffen, die die Länder nunmehr auffordert, im Rahmen nationaler Reformprogramme entsprechend tätig zu werden (vgl. Bundesregierung 2010, Europäische Kommission, Bundesrat 2011). Das von der Bundesregierung dazu vorgelegte Papier (Stand: Mai 2011) erfüllt die Erwartungen der KOM bisher aber nicht. So habe Deutschland insbesondere bestehende strukturelle Probleme im Arbeits- und Bildungssystem sowie Hindernisse bei der Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, gering qualifizierter Personen, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Langzeitarbeitsloser konsequent abzubauen. Die von der Bundesregierung als nationales Armutsziel genannte Verringerung der Arbeitslosenzahl um 333.000 langzeitarbeitslose Personen sei im Verhältnis zu den 16,2 Millionen von Armuts- und Ausgrenzungsrisiken bedrohten Menschen in Deutschland sehr klein. Die KOM schlägt daher weitere Maßnahmen wie die Steigerung der Erwerbstätigkeit von Frauen (insbesondere Frauen mit Kindern) und Alleinerziehenden sowie die Integration von Langzeitarbeitslosen und Menschen mit Behinderung in den Arbeitsmarkt vor. Zudem empfiehlt die KOM die Kontrolle der Wirksamkeit des Bildungs- und Teilhabepakets nach SGB II und SGB XII für Kinder und Jugendliche.

Die vorgenannten sozial- und arbeitsmarktpolitischen Ansätze und Forderungen machen deutlich, **dass Altersarmut ihren Ursprung weit vor Beginn des Rentenalters** hat und das individuelle Wohlergehen in den „späten Jahren“ – sowohl monetär als auch unter gesellschaftlichen Teilhabeaspekten – von Phasen der Erwerbstätigkeit, aber auch der schulischen Bildung und beruflichen Ausbildung beeinflusst wird. Kinder und Jugendliche, insbesondere aus sozial schwachen und bildungsfernen Haushalten, könnten die „armen Alten“ von morgen sein, wenn nicht rechtzeitig Perspektiven aufgezeigt werden und Unterstützung an den richtigen Stellen geleistet wird. Dazu gehören zum Beispiel die Senkung der Schulabbrecherquote, aber auch bezahlbare Kinderbetreuungsmöglichkeiten mit vorschulischem Bildungsangebot. Maßnahmen zur Bekämpfung von Altersarmut fangen insofern schon bei den Jüngsten an und dürfen sich nicht nur auf Anforderungen an die Arbeitsmarkt- und Rentenpolitik fokussieren.

Generell ist es in den kommenden Jahren erforderlich, den Gestaltungsspielraum von Politik und Verwaltung stärker als bisher nicht nur auf das Älterwerden der Bevölkerung auszurichten, sondern gleichermaßen dafür Sorge zu tragen, dass möglichst wenige Frauen und Männer mit Erreichen des Rentenalters auf staatliche Transferleistungen zur Deckung des Lebensunterhalts angewiesen sind. Die **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII darf nicht den Charakter einer Rentenergänzungsleistung oder den eines „Ausfallbürgen“** für vorrangige Sozialleistungsgesetze **entwickeln**. Der ursprüngliche Gedanke eines sozialen Auffangnetzes muss wieder Einzug in die Rechtsgestaltung finden, die der Sozialgesetzgebung immanente „Hilfe zur Selbsthilfe“ mehr als bisher Maßstab der Politik werden. Steigende Fallzahlen in der Grundsicherung sind bereits jetzt ein Indikator für Altersarmut in Deutschland und werden insoweit auch den Erfolg künftiger Armutsbekämpfungsmaßnahmen widerspiegeln.

Neben der Sicherung des Lebensunterhalts im Alter aus eigenen Kräften und Mitteln muss weiterhin und zunehmend gewährleistet sein, dass auch älteren und alten Menschen als aktive Mitglieder der Gesellschaft alle Möglichkeiten der **Partizipation** offenstehen. Und dies auch dann, wenn die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel eingeschränkt sind, Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit besondere Bedingungen erfordern und soziale Kontakte nicht oder nur in geringem Umfang vorhanden sind. Einige der dahingehend vom Land Berlin im Rahmen eigener Regelungskompetenz bereits umgesetzten Maßnahmen, einschließlich der Aufgaben und Ansätze **soziallagen- und sozialraumorientierter Gesundheitsförderung und Prävention** sind in den Kapiteln 6 und 7 dieses Berichtes beschrieben.

Das Attribut „alt“ im Sinne des Älterwerdens bei hoher Lebenserwartung wird in den kommenden Jahren zunehmend zur gesellschaftlichen Normalität werden und damit bestimmend für die **Rechtsentwicklung und Angebotsstruktur** auf Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen. Der vorliegende Bericht weist diesbezüglich auf bestehende Zusammenhänge und Regelungsdefizite hin, die nachfolgend noch einmal zusammengefasst dargestellt werden und die vorherigen grundsätzlichen Ausführungen ergänzen:

- Zur **Eindämmung prekärer, nicht armutsfester Beschäftigungsverhältnisse** ist auf Bundesebene die Einführung eines flächendeckenden Mindestlohns wie in der Mehrzahl der Länder der EU erforderlich. Die Bundesregierung sollte darüber hinaus im Rahmen der EU stärker darauf einwirken, die Diskussion um einen europäischen Mindestlohn zu forcieren. Einen entscheidenden Schritt in diese Richtung hat Berlin bereits dahingehend unternommen, alle öffentlichen Aufträge des Landes an **tarifvertragliche Mindestentgelte** zu koppeln.
- Darüber hinaus ist die **Rücknahme der sozialversicherungsrechtlichen Besserstellung von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen erforderlich** um prekärer Beschäftigung entgegen zu treten.
- Für Gewerkschaften und Arbeitnehmervertretungen sollte gelten, intensiver und auch transnational zusammen zu arbeiten. Die im Rahmen von **Tarifverträgen** mögliche Vereinbarung armutsfester Löhne und Gehälter ist zudem Erfolgsfaktor nationaler sowie europäischer Armutsbekämpfung. Dazu trägt auch die Erhöhung der Reichweite von Tarifverträgen bei, die einen höheren gewerkschaftlichen Organisationsgrad erfordert.
- Auch für alte Menschen muss **bezahlbarer Wohnraum** zur Verfügung stehen, der zudem altersbedingten Erfordernissen gerecht wird. Dazu gehört ein entsprechendes berlinweites Wohnungsangebot, das ein Alleinleben im Alter ebenso ermöglicht wie alternativ etwa in Form von Wohngemeinschaften. Dazu gehören aber auch Regelungen zur Angemessenheit von Wohnraum für Grundsicherungsempfänger und –empfängerinnen, die den Verbleib in der eigenen Wohnung auf Dauer gewährleisten und Alterssegregation verhindern (vgl. Kapitel 3.1.1.1).
- Der Grundgedanke der Solidargemeinschaft im **Krankenversicherungsrecht** hat dazu geführt, dass u.a. Empfänger und Empfängerinnen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII z.B. eine erforderliche neue Brille aus dem Regelsatz, also dem

soziokulturellen Existenzminimum, finanzieren müssen. Eine altersbedingte Zunahme gesundheitlicher Beeinträchtigungen geht hier einher mit einer zusätzlichen finanziellen Belastung, die unweigerlich zu Lasten des über die Regelsätze abgedeckten notwendigen Lebensunterhalts führt. Hier gilt es, innerhalb des Sozialleistungsrechts einen Ausgleich zwischen den Regelungen des SGB V und denen des SGB XII zu finden und dem gesetzlichen Bedarfsdeckungsprinzip in vollem Umfang gerecht zu werden (vgl. Kapitel 6.2).

- Vorhandene oder eintretende Behinderungen, insbesondere in frühen Lebensjahren, stehen in ursächlichem Zusammenhang mit Altersarmut, da eingeschränkte Bildungs-, Ausbildungs- und Erwerbsmöglichkeiten oft eine unzureichende finanzielle Absicherung im Alter bedingen. Hinzu kommen besondere Problemstellungen in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabeaspekte, die durch ein Leben an der Armutsgrenze noch verstärkt werden. Um dem im Zuge der demografischen Entwicklung entgegenzuwirken, sind verstärkt **Maßnahmen zur Annäherung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung an die allgemeinen Lebensbedingungen** erforderlich. Dies erfordert noch mehr als bisher die Schaffung von Rahmenbedingungen für ein Wohnen in der eigenen Wohnung oder in behindertengerechten sonstigen/neuen Wohnformen, eine noch stärkere Beachtung des Vorrangs ambulanter Leistungen vor stationären Leistungen, aber auch und insbesondere eine stärkere Förderung der Eingliederung von Menschen mit Behinderung in den allgemeinen Arbeitsmarkt (vgl. Kapitel 6.3 ff.).
- Bereits heute sind zahlreiche Pflegebedürftige gehalten, ihren Pflegebedarf ganz oder teilweise aus eigenem Einkommen zu decken, da die Pflegeversicherung (SGB XI) nur Teilkasko-Leistungen erbringt. Dies führt nicht selten zu einer Reduzierung des finanziellen Selbstbehalts auf Sozialhilfeniveau oder erfordert gar die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Selbst die Besserverdiener von heute können die pflegebedürftigen „armen Alten“ der Zukunft sein, wenn nicht weit vor Eintritt in das Rentenalter entsprechende private Vorsorge getroffen wird. Hierzu sind aber ausreichende und regelmäßige Einkünfte in stabiler Wirtschaftslage erforderlich, adäquate Vorsorgeangebote mit hohem Deckungsgrad sowie **bezahlbare Pflegeleistungen** (vgl. Kapitel 6.4).
- Die Absicherung des Risikos „Pflegebedürftigkeit“ erfordert zudem das Vorhalten einer **bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur**, deren Angebote, Dienste und Einrichtungen den Anforderungen menschenwürdiger Pflege gerecht werden und die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen gewährleisten (vgl. Kapitel 6.4.1 ff.). Mit Zunahme des Anteils alter Menschen in der Bevölkerung muss daher auch das bestehende Angebot ausgeweitet und auch dem Wunsch nach einer möglichst langen Versorgung in der eigenen Häuslichkeit angepasst werden. Dies erfordert nicht nur konzeptionelle Ideen und die Schaffung von Rahmenbedingungen sondern auch die Bereitstellung erforderlicher Finanzmittel, auch für analoge Maßnahmen der Behindertenhilfe.

Länder und Kommunen sind durch Sozialhilfeleistungen nach SGB XII seit Jahren und in zunehmendem Maße finanziell belastet. Allein das Land Berlin wendete in 2010 insgesamt rund 1,5 Milliarden Euro dafür auf und musste hier wiederum einen finanziellen Zuwachs im Verhältnis zum Vorjahr (in Höhe von rund 61 Millionen Euro) verkraften. Zwar beteiligt sich der Bund prozentual an den Ausgaben für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und hat auch signalisiert, diese Kosten in naher Zukunft vollständig zu übernehmen, den Ländern und Kommunen bleiben aber u.a. die besonders hohen Belastungen bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung oder in Kompensation fehlender oder unzureichend finanzierter Leistungen der Pflegeversicherung. Die sich abzeichnende Zunahme der Zahl alter Menschen und die damit einhergehende steigende Altersarmut in der Bevölkerung wird hier zu weiteren **Ausgabensteigerungen** führen, die **sowohl im Transferleistungsbereich als auch im Zusammenhang mit der Schaffung zusätzlicher und/oder neuer Angebotsformen** (insbesondere im pflegerischen Bereich und beim Wohnen) entstehen. Von der Bundesregierung eingeleitete Maßnahmen zur Armutsbekämpfung können hier maßgeblich zur finanziellen Entlastung der Länder- und Kommunalhaushalte beitragen, werden in Bezug auf arbeitsmarkt- und rentenpolitische Maßnahmen aber ggf. erst für nachfolgende Generationen

Wirkung entfalten. Insofern ist es erforderlich, auch auf Landesebene finanziell vorzusorgen, damit auch in Berlin bereits auf europäischer Ebene geforderte Maßnahmen zur Armutsbekämpfung - insbesondere im Zusammenhang mit Teilhabeaspekten - finanziert werden können. Parallel sollte die Bundesregierung erneut daran erinnert werden, dass die Sicherstellung der Finanzausstattung von Ländern und Kommunen unabdingbar für die Wirksamkeit der Armutsbekämpfung.

Anhangstabelle

Personen mit Grundsicherung gemäß SGB XII und SGB II und Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß SGB XII von 50 bis unter 65 Jahren und ab 65 Jahre in Berlin am 31.12.2009 außerhalb von Einrichtungen auf Ebene der Planungsräume (LOR)

Kennung	Planungsraum	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (ab 65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	HzL-Empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB II je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)
	Name				
01011101	Stülerstr.	5,5	.	.	10,3
01011102	Großer Tiergarten	x	x	x	x
01011103	Lützowstr.	11,5	2,7	.	21,8
01011104	Körnerstr.	27,5	2,2	.	30,1
01011105	Nördl. Landwehrkanal	x	x	x	x
01011201	Wilhelmstr.	2,4	.	.	6,9
01011202	Unter den Linden Nord	x	x	x	x
01011203	Unter den Linden Süd	x	x	x	x
01011204	Leipziger Str.	3,2	1,0	.	6,8
01011301	Charitéviertel	2,5	1,6	.	8,4
01011302	Oranienburger Str.	5,9	0,9	.	12,3
01011303	Alexanderplatzviertel	2,7	1,7	0,4	16,3
01011304	Karl-Marx-Allee	1,6	1,2	.	12,1
01011305	Heine-Viertel West	1,1	1,0	0,6	10,5
01011306	Heine-Viertel Ost	1,4	0,9	.	10,2
01011401	Invalidenstr.	5,2	1,3	0,5	13,5
01011402	Arkonaplatz	4,9	1,4	0,3	13,7
01022101	Huttenkiez	9,9	2,1	0,7	32,3
01022102	Beusselkiez	10,1	3,0	.	35,1
01022103	Westhafen	x	x	x	x
01022104	Emdener Str.	11,8	2,3	0,4	24,6
01022105	Zwinglistr.	14,2	2,8	0,7	28,1
01022106	Elberfelder Str.	4,8	1,2	0,1	14,2
01022201	Stephankiez	11,9	2,6	0,4	28,1
01022202	Heidestr.	15,0	2,6	.	32,3
01022203	Lübecker Str.	15,6	1,5	1,0	29,5
01022204	Thomasiusstr.	7,0	1,6	.	15,3
01022205	Zillesiedlung	15,8	4,1	0,5	23,9
01022206	Lüneburger Str.	6,8	1,4	1,2	16,0
01022207	Hansaviertel	8,4	1,8	0,4	13,0
01033101	Soldiner Str.	10,1	1,9	0,7	36,3
01033102	Gesundbrunnen	10,0	2,3	0,8	29,1
01033201	Brunnenstr.	13,6	2,3	0,7	32,0
01033202	Humboldthain Süd	7,7	2,2	0,7	26,2
01033203	Humboldthain NW	11,3	3,3	0,8	32,7
01044101	Rehberge	5,5	2,0	0,4	25,1
01044102	Schillerpark	4,2	1,6	0,4	19,6
01044103	Westl. Müllerstr.	10,1	2,1	0,6	26,0
01044201	Reinickendorfer Str.	13,4	2,8	0,4	34,8
01044202	Sparrplatz	12,5	2,2	0,4	29,2
01044203	Leopoldplatz	12,0	4,0	1,1	32,4
02010101	Askanischer Platz	19,1	4,4	1,1	33,1
02010102	Mehringplatz	18,8	6,0	0,5	32,2
02010103	Moritzplatz	12,5	4,6	0,9	32,9
02010104	Wassertorplatz	24,9	4,2	1,2	33,1
02020201	Gleisdreieck/Entwickl.-gebiet	x	x	x	x
02020202	Rathaus Yorckstraße	9,7	2,8	0,5	17,1
02020203	Viktoriapark	8,2	2,5	0,3	19,2
02020204	Urbanstraße	11,2	2,3	0,3	19,8
02020205	Chamissokiez	12,0	2,3	0,3	19,5
02020206	Graefekiez	12,5	3,5	0,3	23,7
02030301	Oranienplatz	23,1	5,0	0,7	35,1

noch Anhangstabelle:

Planungsraum		Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (ab 65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	HzL-Empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB II je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)
Kennung	Name				
02030302	Lausitzer Platz	20,7	5,3	0,8	29,6
02030401	Reichenberger Straße	15,5	3,4	0,6	27,2
02030402	Wrangelkiez	16,6	3,0	0,7	26,5
02040501	Barnimkiez	1,4	0,6	.	14,9
02040502	Friedenstraße	2,9	1,7	.	16,2
02040503	Richard-Sorge-Viertel	2,4	1,9	0,5	17,7
02040701	Andreasviertel	3,1	2,7	.	18,6
02040702	Weberwiese	2,8	3,0	.	14,9
02040703	Wriezener Bahnh./Entwickl.-geb.	x	x	x	x
02050601	Hausburgviertel	7,0	3,6	0,5	25,9
02050602	Samariterviertel	8,3	2,9	0,5	21,9
02050801	Traveplatz	5,6	2,8	0,5	24,5
02050802	Boxhagener Platz	5,8	2,5	0,7	23,0
02050803	Stralauer Kiez	4,6	2,7	.	23,1
02050804	Stralauer Halbinsel	1,5	.	.	5,8
03010101	Bucher Forst	1,1	0,9	.	12,6
03010102	Buch	1,7	0,9	0,3	17,6
03010104	Lietzengraben	x	x	x	x
03020203	Blankenfelde	.	.	.	12,1
03020209	Niederschönhausen	1,9	0,3	.	9,5
03020210	Herthaplatz	2,5	1,2	.	10,2
03020307	Buchholz	2,9	0,9	0,2	8,4
03030405	Karow-Nord	2,3	0,9	0,3	13,1
03030406	Alt-Karow	0,8	0,2	0,2	4,2
03030711	Blankenburg	.	.	.	4,5
03030715	Heinersdorf	1,1	0,3	.	5,3
03030716	Märchenland	.	.	.	6,7
03040508	Rosenthal	1,6	0,6	.	7,2
03040512	Wilhelmsruh	1,2	0,8	.	7,5
03040513	Schönholz	1,9	0,6	.	7,4
03040614	Pankow-Zentrum	1,9	1,3	0,2	15,3
03040818	Pankow-Süd	2,4	1,1	0,2	15,5
03050919	Gustav-Adolf-Straße	2,0	1,2	.	18,6
03050920	Weißer See	1,5	0,4	.	13,3
03050923	Weißenseer Spitze	4,5	2,3	.	19,7
03050924	Behaimstraße	3,7	1,7	0,6	21,1
03050925	Komp.-viertel Weißensee	2,5	1,7	.	17,7
03051017	Rennbahnstraße	2,6	1,7	0,4	12,9
03051021	Buschallee	2,1	1,7	0,7	19,0
03051022	Hansastraße	1,4	0,4	.	11,0
03061126	Arnimplatz	5,8	1,6	0,2	21,3
03061131	Falkplatz	6,2	1,6	.	18,8
03061227	Humannplatz	3,8	1,8	.	18,8
03061228	Erich-Weinert-Straße	3,0	2,6	0,4	24,4
03061332	Helmholtzplatz	9,7	2,6	0,7	20,5
03061429	Greifswalder Straße	1,3	1,2	0,3	15,0
03061430	Volkspark Prenzlauer Berg	1,4	1,9	.	17,8
03061434	Anton-Saefkow-Park	3,5	2,9	.	24,8
03061435	Conrad-Blenkle-Straße	2,5	2,4	0,6	21,9
03061441	Eldenaer Straße	x	x	x	x
03071536	Teutoburger Platz	3,8	1,5	.	17,6
03071537	Kollwitzplatz	6,1	1,5	0,3	13,6
03071633	Thälmannpark	5,7	4,1	.	15,4
03071638	Winsstraße	3,2	1,4	0,3	16,9
03071639	Bötzowstraße	4,0	1,7	0,5	16,8

noch Anhangstabelle:

Kennung	Planungsraum	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (ab 65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	HzL-Empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB II je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)
	Name				
04010101	Jungfernheide	4,3	1,9	0,4	23,3
04010102	Plötzensee	x	x	x	x
04010103	Paul-Hertz-Siedlung	8,3	3,1	0,7	28,5
04020204	Olympiagelände	x	x	x	x
04020205	Siedlung Ruhleben	1,4	.	.	1,1
04020206	Angerburger Allee	1,7	0,7	.	6,2
04020207	Flatowallee	0,9	.	.	4,7
04020208	Kranzallee	1,2	.	.	6,1
04020209	Eichkamp	.	.	.	2,0
04020310	Park Ruhwald	x	x	x	x
04020311	Reichsstraße	2,3	0,5	.	7,6
04020312	Branitzer Platz	3,2	1,2	.	6,4
04020313	Königin-Elisabeth-Straße	3,3	1,1	.	12,8
04020314	Messegelände	x	x	x	x
04030415	Schloßgarten	15,1	6,1	0,9	31,0
04030416	Klausenerplatz	15,6	2,4	0,6	24,4
04030417	Schloßstraße	6,6	1,9	0,2	13,6
04030518	Tegeler Weg	7,5	2,5	0,6	22,5
04030519	Kaiserin-Augusta-Allee	8,2	2,1	0,7	19,4
04030620	Alt-Lietzow	8,1	1,6	.	16,7
04030621	Spreestadt	15,6	2,6	.	24,2
04030622	Richard-Wagner-Straße	8,8	3,4	0,5	20,1
04030623	Ernst-Reuter-Platz	11,6	2,6	0,8	22,7
04030724	Lietzensee	7,5	1,4	0,3	12,5
04030725	Amtsgerichtsplatz	6,2	1,0	0,1	10,8
04030726	Droysenstraße	6,9	1,7	0,3	13,3
04030827	Karl-August-Platz	10,6	2,4	0,3	17,5
04030828	Savignyplatz	6,8	1,4	0,2	10,8
04030929	Hindemithplatz	7,3	1,4	0,3	12,3
04030930	George-Grosz-Platz	5,9	1,1	.	8,0
04030931	Breitscheidplatz	5,4	1,1	.	10,5
04031032	Halensee	5,4	0,9	0,2	13,8
04041133	Güterbahnhof Grunewald	x	x	x	x
04041134	Bismarckallee	3,6	1,7	0,5	8,3
04041135	Hundekehle	1,1	.	.	2,9
04041136	Hagenplatz	1,2	.	.	5,1
04041137	Flinsberger Platz	3,7	1,2	0,4	12,0
04041238	Kissinger Straße	1,7	0,6	.	8,8
04041239	Stadion Wilmersdorf	x	x	x	x
04041240	Messelpark	0,6	.	.	1,7
04041241	Breite Straße	2,5	1,4	.	7,8
04041342	Schlangenbader Straße	5,8	1,7	0,8	14,6
04041343	Binger Straße	5,3	1,4	0,5	11,0
04041344	Rüdesheimer Platz	2,8	0,9	0,2	9,0
04051445	Eisenbahnstraße	5,0	1,2	0,4	11,9
04051446	Preußenpark	4,3	1,3	0,2	11,7
04051447	Ludwigkirchplatz	4,8	1,8	0,4	13,7
04051448	Schaperstraße	5,4	0,9	0,3	12,1
04051549	Rathaus Wilmersdorf	4,5	1,7	0,4	12,4
04051550	Leon-Jessel-Platz	6,1	1,0	0,3	13,8
04051551	Brabanter Platz	6,3	1,9	0,8	13,9
04051652	Nikolsburger Platz	5,0	0,9	0,1	10,1
04051653	Prager Platz	4,4	1,6	.	10,1
04051654	Wilhelmsaue	3,2	1,7	.	14,5
04051655	Babelsberger Straße	7,5	2,2	0,3	15,1

noch Anhangstabelle:

Kennung	Planungsraum		Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (ab 65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	HzL-Empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB II je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)
	Name					
04051656	Hildegardstraße		3,3	0,9	0,2	9,4
04061757	Forst Grunewald		x	x	x	x
05010101	Hakenfelde Nord		1,6	1,6	0,2	11,9
05010102	Goltzstraße		1,9	1,9	0,2	14,8
05010103	Amorbacher Weg		1,9	1,0	0,3	11,3
05010204	Griesingerstr.		5,7	2,4	.	25,4
05010205	An der Tränke		.	.	.	6,3
05010206	Gütersloher Weg		4,2	1,1	0,2	19,0
05010207	Darbystr.		7,9	2,9	0,3	33,9
05010208	Germersheimer Platz		4,4	1,6	0,4	25,7
05010209	An der Kappe		1,3	0,3	0,2	7,8
05010310	Eckschanze		5,3	1,5	.	25,8
05010311	Eiswerder		4,0	2,0	0,6	28,0
05010312	Kurstr.		8,2	2,7	0,5	32,3
05010313	Ackerstr.		5,6	1,6	.	19,5
05010314	Carl-Schurz-Str.		4,6	1,6	0,4	22,0
05010339	Freiheit		x	x	x	x
05020415	Isenburger Weg		1,0	.	.	4,8
05020416	Am Heideberg		1,2	.	.	10,5
05020417	Staakener Str.		0,5	.	.	6,8
05020418	Spandauer Str.		2,3	0,8	.	10,5
05020419	Magistratsweg		3,3	1,7	0,2	17,3
05020420	Werkstr.		x	x	x	x
05020521	Döberitzer Weg		.	.	.	9,9
05020522	Pillnitzer Weg		7,0	2,1	0,4	25,3
05020523	Maulbeerallee		8,4	3,2	0,4	31,7
05020524	Weinmeisterhornweg		1,6	0,9	.	6,4
05020625	Borkumer Str.		3,2	1,1	.	20,1
05020626	Adamstr.		4,6	1,6	0,4	22,4
05020627	Tiefenwerder		5,4	3,4	.	22,3
05020628	Graetschelsteig		2,2	1,2	.	12,0
05020629	Börnicker Str.		1,2	.	0,3	5,5
05030730	Zitadellenweg		2,7	1,4	.	12,1
05030731	Gartenfelder Str.		2,8	1,2	0,3	24,1
05030832	Rohrdamm		3,9	1,1	0,4	17,5
05030833	Motardstr.		x	x	x	x
05040934	Alt-Gatow		0,5	.	.	3,0
05040935	Groß-Glienicker Weg		x	x	x	x
05040936	Jägerallee		0,4	.	.	2,8
05040937	Kladower Damm		.	.	.	2,3
05040938	Kafkastr.		.	.	.	1,5
06010101	Fichtenberg		1,1	0,6	.	4,5
06010102	Schloßstr.		5,2	1,1	0,3	10,3
06010103	Markelstr.		3,2	1,0	0,5	12,5
06010204	Munsterdamm		2,8	1,5	.	13,3
06010205	Südende		3,7	0,6	.	12,6
06010206	Stadtpark		3,6	1,0	0,2	11,7
06010207	Mittelstr.		3,4	1,1	0,3	12,4
06010208	Bergstr.		5,3	0,8	.	12,5
06010209	Feuerbachstr.		4,3	1,2	0,6	11,4
06010210	Bismarckstr.		3,5	1,8	.	16,4
06020301	Alt-Lankwitz		1,8	0,8	.	10,3
06020302	Komponistenviertel Lankwitz		1,4	0,3	.	6,8
06020303	Lankwitz-Kirche		2,8	1,0	0,2	14,5
06020304	Kaiser-Wilhelm-Str.		2,7	1,5	0,2	15,2

noch Anhangstabelle:

Kennung	Planungsraum	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (ab 65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	HzL-Empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB II je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)
	Name				
06020305	Gemeindepark Lankwitz	4,6	2,4	0,2	15,9
06020306	Lankwitz-Süd	1,7	0,4	0,2	7,1
06020407	Thermometersiedlung	5,4	1,8	.	20,3
06020408	Lichterfelde-Süd	3,2	1,1	0,2	8,9
06020409	Königsberger Str.	1,2	0,9	.	8,0
06020410	Oberhofer Platz	1,9	0,5	0,2	5,4
06020411	Schütte-Lanz-Str.	2,5	0,4	.	6,7
06030501	Berlepschstr.	0,6	0,7	.	4,4
06030502	Zehlendorf-Süd	2,9	1,1	.	12,6
06030503	Zehlendorf-Mitte	2,0	0,5	0,3	8,1
06030504	Teltower Damm	1,0	0,6	.	3,7
06030605	Botanischer Garten	1,7	0,4	.	7,3
06030606	Hindenburgdamm	2,5	1,0	.	10,2
06030607	Goerzwerke	0,8	.	.	6,3
06030608	Schweizer Viertel	1,2	0,1	.	3,8
06030609	Augustaplatz	1,1	0,4	0,3	7,0
06030610	Lichterfelde-West	1,3	0,4	.	5,1
06040701	Wannsee	1,3	0,3	.	2,8
06040702	Düppel	1,7	0,7	.	3,2
06040703	Nikolassee	1,2	0,2	.	4,3
06040804	Krumme Lanke	1,1	0,4	.	3,2
06040805	Fischerhüttenstr.	1,3	0,6	.	3,4
06040806	Fischthal	1,2	0,6	.	4,1
06040807	Zehlendorf-Eiche	1,2	0,6	.	6,6
06040808	Hüttenweg	1,2	0,5	.	4,3
06040809	Thielallee	1,0	.	.	2,1
06040810	Dahlem	0,7	.	.	2,1
07010101	Wittenbergpl./Vikt.-Luise-Pl.	7,7	2,2	0,4	15,0
07010102	Nollendorfplatz	18,4	4,3	0,3	19,7
07010103	Barbarossaplatz	6,1	1,5	0,3	12,5
07010104	Dennewitzplatz	21,6	4,2	0,4	26,9
07020201	Bayerischer Platz	4,8	1,2	0,2	11,2
07020202	Volkspark (Rud.-Wilde-Park)	6,9	1,9	0,4	13,8
07020203	Kaiser-Wilhelm-Platz	10,1	2,5	0,2	18,1
07020204	Schöneberger Insel	6,7	2,2	0,4	16,8
07030301	Friedenau	3,7	0,9	0,1	7,0
07030302	Ceciliengärten	3,4	0,9	0,1	8,8
07030303	Grazer Platz	6,3	1,6	0,1	18,1
07040401	Neu-Tempelhof	3,8	2,1	0,3	13,6
07040402	Lindenhofsiedlung	5,3	1,4	.	16,9
07040403	Manteuffelstr.	4,6	1,3	0,3	15,5
07040404	Marienhöhe	3,7	1,5	.	10,3
07040405	Rathaus Tempelhof	3,5	1,5	.	17,1
07040406	Germaniagarten	11,4	3,4	0,7	35,0
07050501	Rathausstr.	4,5	1,6	0,2	17,8
07050502	Fritz-Werner-Str.	2,0	1,1	.	15,7
07050503	Eisenacher Str.	2,5	1,5	.	14,8
07050504	Imbrosweg	3,0	1,1	.	15,6
07050505	Hundsteinweg	2,4	0,5	0,1	8,5
07050506	Birnhornweg	0,9	.	.	2,2
07060601	Marienfelder Allee Nordwest	4,5	1,2	0,3	15,0
07060602	Kirchstr.	1,6	0,6	.	8,1
07060603	Marienfelde Nordost	1,0	.	.	7,7
07060604	Marienfelde Süd	5,5	1,4	0,3	18,5
07070701	Kettinger Str./Schillerstr.	1,5	0,5	.	5,8

noch Anhangstabelle:

Kennung	Planungsraum		Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (ab 65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	HzL-Empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB II je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)
	Name					
07070702	Alt-Lichtenrade/Töpch. Weg		2,5	0,9	0,2	7,8
07070703	John-Locke-Str.		4,0	1,8	.	15,7
07070704	Nahariyastr.		6,4	1,1	0,2	17,7
07070705	Franziusweg/ Rohrbachstr.		1,0	0,2	0,2	4,9
07070706	Horstwald. Str./Papitzer Str.		1,6	.	.	4,3
07070707	Wittelsbacherstr.		0,7	.	.	3,1
08010115	Hasenheide		x	x	x	x
08010116	Wissmannstraße		23,2	7,1	.	29,8
08010117	Schillerpromenade		14,6	3,7	0,7	36,4
08010118	Silbersteinstraße		10,7	3,8	0,8	35,8
08010211	Flughafenstraße		15,3	4,5	0,7	30,4
08010212	Rollberg		19,4	5,1	1,1	32,1
08010213	Körnerpark		12,8	3,4	0,3	32,4
08010214	Glasower Straße		10,4	3,9	1,0	35,1
08010301	Reuterkiez		11,3	3,1	0,3	30,3
08010302	Bouchéstraße		5,4	3,7	.	29,7
08010303	Donastraße		16,6	4,0	1,0	39,1
08010404	Rixdorf		11,5	2,8	0,8	29,4
08010405	Hertzbergplatz		7,5	3,2	0,6	28,9
08010406	Treptower Straße Nord		10,4	2,7	0,4	34,3
08010407	Gewerbegebiet Ederstraße		x	x	x	x
08010508	Weißer Siedlung		10,9	3,4	0,6	32,2
08010509	Schulenburgpark		11,5	3,8	0,3	36,4
08010510	Gewerbegeb. Kölnische Heide		x	x	x	x
08020619	Buschkrugallee Nord		7,0	2,5	0,6	23,0
08020620	Tempelhofer Weg		5,2	2,6	0,4	22,7
08020621	Mohriner Allee Nord		.	.	.	1,5
08020622	Parchimer Allee		4,5	1,4	0,2	15,6
08020623	Ortolanweg		4,3	2,6	.	10,0
08020624	Britzer Garten		5,3	1,4	.	18,7
08020625	Handwerker-Siedlung		3,9	1,6	.	11,6
08020726	Buckow West		2,4	1,1	0,3	8,1
08020727	Buckow Mitte		2,5	1,2	0,3	9,3
08020728	Buckow Ost		5,8	0,9	0,2	13,7
08030829	Gropiusstadt Nord		5,6	2,3	0,4	22,0
08030830	Gropiusstadt Süd		4,4	2,2	0,3	15,2
08030831	Gropiusstadt Ost		5,0	2,4	0,4	22,7
08040932	Goldhähnchenweg		3,2	1,1	.	12,4
08040933	Vogelviertel Süd		1,6	0,9	.	9,0
08040934	Vogelviertel Nord		1,5	0,8	.	8,0
08041035	Blumenviertel		0,8	0,3	.	4,0
08041036	Zittauer Straße		1,1	0,2	.	5,2
08041037	Alt-Rudow		2,4	0,8	.	8,2
08041038	Waßmannsdorfer Chaussee		1,6	0,7	.	4,2
08041039	Frauenviertel		2,7	3,0	.	11,2
08041040	Waltersdorfer Chaussee Ost		2,4	0,5	.	8,1
09010101	Eisenstr.		3,4	2,0	1,0	21,2
09010102	Am Treptower Park Nord		x	x	x	x
09010201	Am Treptower Park Süd		1,4	0,8	.	11,3
09010202	Köpenicker Landstraße		1,5	1,8	0,3	17,1
09010301	Baumschulenstraße		1,3	0,8	0,3	17,0
09010302	Späthsfelde		0,7	.	.	5,4
09010401	Johannisthal West		0,9	0,8	.	9,6
09010402	Johannisthal Ost		1,7	0,5	0,2	11,2
09020501	Oberschöneweide West		3,8	3,6	1,1	28,6

noch Anhangstabelle:

Kennung	Planungsraum	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (ab 65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	HzL-Empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB II je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)
	Name				
09020502	Oberschöneweide Ost	3,3	2,3	0,4	24,2
09020601	Schnellerstr	1,7	1,4	0,5	21,6
09020602	Oberspree	0,3	.	.	5,3
09020701	Adlershof West	x	x	x	x
09020702	Adlershof Ost	1,6	1,2	0,2	12,7
09020801	Spindlersfeld	1,8	1,7	.	11,5
09020802	Kölln. Vorstadt	1,8	1,3	.	21,1
09030901	Dorf Altglienicke	0,8	0,1	0,2	4,3
09030902	Wohngebiet II	3,8	2,1	.	23,6
09030903	Kölner Viertel	3,5	1,4	.	13,7
09031001	Bohnsdorf	0,7	0,4	.	5,9
09031101	Grünau	0,5	.	0,3	8,1
09031201	Karlinenhof	1,2	.	.	2,7
09031202	Schmöckw./Rauchf.-werder	.	0,6	.	7,0
09041301	Kietzer Feld/Nachtheide	0,9	0,6	0,3	10,6
09041302	Wendenschloß	.	.	.	1,6
09041401	Allende I	0,7	0,7	.	10,9
09041402	Allende II	1,3	.	.	9,6
09041501	Altstadt-Kietz	3,3	2,1	.	18,5
09041601	Müggelheim	0,6	.	.	5,4
09051701	Hirschgarten	1,2	0,9	.	8,2
09051702	Bölschestraße	0,9	0,5	0,3	8,1
09051801	Rahnsdorf/Hessenwinkel	0,8	0,2	.	4,4
09051901	Dammvorstadt	1,3	1,0	.	13,0
09052001	Köpenick-Nord	0,9	0,7	0,1	9,0
10010101	Marzahn-West	6,6	1,4	.	29,9
10010102	Havemannstr.	7,7	1,0	0,2	26,8
10010203	Gewerbegeb. Bitterfelder Str.	x	x	x	x
10010204	Wuhletalstr.	5,6	0,9	0,3	21,0
10010205	Marzahn-Ost	4,2	0,6	.	20,2
10010206	Ringkolonnaden	2,6	1,0	0,2	17,6
10010207	Marzahner Promenade	2,9	0,8	0,1	15,3
10010308	Marzahner Chaussee	.	.	.	4,5
10010309	Springpfuhl	1,9	0,8	0,2	17,7
10010310	Alt-Marzahn	1,8	0,7	0,1	11,9
10010311	Landsberger Tor	1,4	1,1	.	8,2
10020412	Alte Hellersdorfer Straße	6,5	3,0	0,5	34,5
10020413	Gut Hellersdorf	4,6	1,1	0,5	25,3
10020414	Helle Mitte	11,6	3,3	.	39,3
10020415	Hellersdorfer Promenade	5,3	1,5	0,4	31,7
10020416	Böhlener Str.	3,2	2,4	.	29,8
10020517	Adele-Sandrock-Str.	1,8	0,9	.	14,9
10020518	Schleipfuhl	3,8	0,6	.	24,5
10020519	Boulevard Kastanienallee	4,5	2,0	0,9	28,5
10020620	Kaulsdorf-Nord II	5,5	1,6	0,6	24,6
10020621	Gelbes Viertel	7,1	1,7	.	27,3
10020622	Kaulsdorf-Nord I	2,3	0,4	0,2	13,9
10020623	Rotes Viertel	3,1	0,7	.	14,7
10030724	Oberfeldstr.	0,4	.	.	3,2
10030725	Buckower Ring	3,9	1,3	0,2	14,7
10030726	Alt-Biesdorf	.	.	.	4,2
10030727	Biesdorf-Süd	0,3	.	.	2,2
10040828	Kaulsdorf-Nord	0,4	.	.	5,4
10040829	Alt-Kaulsdorf	0,7	0,4	.	6,5
10040830	Kaulsdorf-Süd	0,3	.	.	2,9

noch Anhangstabelle:

Planungsraum		Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (ab 65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	HzL-Empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB II je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)
Kennung	Name				
10040931	Mahlsdorf-Nord	0,6	0,2	.	3,8
10040932	Alt-Mahlsdorf	0,4	0,4	.	5,7
10040933	Mahlsdorf-Süd	0,6	0,1	.	3,6
11010101	Dorf Malchow	x	x	x	x
11010102	Dorf Wartenberg	.	.	.	2,6
11010103	Dorf Falkenberg	.	.	.	1,6
11010204	Falkenberg Ost	4,6	0,8	.	25,5
11010205	Falkenberg West	3,7	1,4	.	18,9
11010206	Wartenberg Süd	4,5	1,1	0,4	19,4
11010207	Wartenberg Nord	3,9	0,9	.	18,7
11010308	Zingster Straße Ost	2,6	0,6	0,1	15,8
11010309	Zingster Straße West	2,9	1,3	.	19,1
11010310	Mühlengrund	1,3	0,6	.	10,8
11020411	Malchower Weg	0,9	.	.	4,0
11020412	Hauptstraße	1,6	1,1	.	11,9
11020513	Orankesee	.	.	.	2,8
11020514	Große-Leege-Straße	1,0	1,0	0,3	14,4
11020515	Landsberger Allee	1,8	0,8	0,2	14,3
11020516	Weißer Taube	.	.	.	6,2
11030617	Hohenschönhausener Str.	2,0	1,1	.	18,6
11030618	Fennpfuhl West	2,2	0,9	.	13,8
11030619	Fennpfuhl Ost	2,5	1,3	0,3	19,8
11030720	Herzbergstraße	2,0	3,2	.	18,9
11030721	Rüdigerstraße	2,2	1,0	0,4	19,0
11030824	Frankfurter Allee Süd	2,0	1,0	0,3	17,1
11040925	Victoriastadt	7,5	.	.	20,8
11040926	Weitlingstraße	2,8	1,6	0,3	18,5
11041022	Rosenfelder Ring	1,6	1,7	0,4	20,4
11041023	Gensinger Straße	3,6	1,1	.	18,6
11041027	Tierpark	4,1	0,5	.	18,5
11041128	Sewanstraße	1,6	0,9	0,2	15,2
11051229	Rummelsburg	1,2	1,5	0,9	10,4
11051330	Karlhorst West	1,7	0,9	.	11,1
11051331	Karlshorst Nord	0,7	0,2	.	7,9
11051332	Karlshorst Süd	0,9	0,4	.	7,9
12103115	Breitkopfbecken	6,0	2,9	0,7	22,2
12103116	Hausotterplatz	5,2	1,7	0,3	22,8
12103117	Letteplatz	4,9	2,5	0,4	23,8
12103218	Teichstraße	4,7	2,4	0,6	18,9
12103219	Schäfersee	3,1	1,6	0,5	19,9
12103220	Humboldtstraße	2,7	2,6	0,4	16,8
12214125	Waldidyll/Flughafensee	1,3	0,3	.	5,6
12214126	Tegel-Süd	4,5	2,9	0,8	22,1
12214421	Reinickes Hof	3,3	1,6	.	15,7
12214422	Klixstr.	7,7	3,6	0,4	27,8
12214423	Mellerbogen	3,8	0,9	0,4	14,1
12214424	Scharnweberstr.	4,9	2,2	0,8	22,6
12214527	Alt-Tegel	2,1	1,5	0,2	9,4
12214528	Tegeler Forst	x	x	x	x
12224229	Konradshöhe/Tegelort	0,6	0,3	.	2,5
12224230	Heiligensee	0,9	0,5	0,1	3,4
12231101	Hermsdorf	0,8	0,3	.	3,3
12231102	Frohnau	0,7	0,6	.	2,1
12301203	Wittenau-Süd	2,3	1,3	0,3	12,1
12301204	Wittenau-Nord	1,3	0,5	.	5,0

noch Anhangstabelle:

Planungsraum		Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (ab 65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	HzL-Empfänger/innen gem. SGB XII je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)	Grundsicherungs- empfänger/innen gem. SGB II je 100 der Bevölkerung ¹⁾ (50-65 Jahre)
Kennung	Name				
12301205	Waidmannslust	0,6	0,5	.	7,0
12301206	Lübars	1,5	0,4	.	4,8
12302107	Schorfheidestr.	1,2	0,7	.	6,1
12302108	Märkisches Zentrum	4,0	1,9	0,3	19,4
12302109	Treuenbrietzener Str.	6,3	3,4	0,7	26,9
12302110	Dannenwalder Weg	4,2	2,5	0,5	20,6
12302211	Lübarser Straße	2,4	1,0	.	8,3
12302212	Rollbergesiedlung	6,1	3,2	0,9	22,4
12304313	Borsigwalde	3,4	0,8	0,2	13,8
12304314	Ziekowstraße/Freie Scholle	2,5	0,9	0,4	9,7

. - Aus Gründen notwendiger Geheimhaltung kleiner Werte gesperrt.

x - auf Grund geringer Bevölkerungszahl nicht berücksichtigt.

¹⁾ melderechtlich registrierte Bevölkerung

(Datenquelle: SenIntArbSoz Berlin / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Literaturverzeichnis

Agentur für Arbeit (2010): Der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland. Monatsbericht Mai 2010.

Allmendinger, J./Leuze, K., Blanck, J. M. (2008): 50 Jahre Geschlechtergerechtigkeit und Arbeitsmarkt. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Nr. 24-25. S. 18-25.

Altgeld, T. (2009): Gesünder alt werden als Herausforderung für die Gesundheitsförderung. In: Info_Dienst für Gesundheitsförderung - Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg. 9. Jahrgang - 4. Ausgabe 2009, S. 13.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2011): Ergebnisse des Mikrozensus im Land Berlin 2009. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit.

Au, C. (2010): Pflegebedürftigkeit im demografischen Wandel: Prävention und Gesundheitsförderung. In: Informationsdienst Altersfragen, Heft 1. Jahrgang 37, S. 7-15.

Bäcker, G. (2008): Altersarmut als soziales Problem der Zukunft? In: Deutsche Rentenversicherung. Heft 4. Jahrgang 63. S. 357-367.

Bäcker, G. (2009): Beschäftigungsmöglichkeiten für ältere Arbeitnehmer/innen und Risiken im Altersübergang: Aktuelle Trends und Entwicklungsperspektiven. In: Deutsche Rentenversicherung. Heft 2. Jahrgang 64. S. 93-114.

Bäcker, Gerhard (2006): Rente mit 67. Länger arbeiten oder länger arbeitslos? In: Rente mit 67 - Steuerungspotenziale in der Renten- und Beschäftigungspolitik. Friedrich-Ebert-Stiftung. S. 8.

Bertelsmann-Stiftung: NAIS - Neues Altern in der Stadt. Ein Pilotprojekt zur Neuorientierung der kommunalen Seniorenpolitik. URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-650AD235-C968142D/bst/xcms_bst_dms_17010__2.pdf (letzter Zugriff: 23.5.2011).

Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin, Abteilung Soziales und Gesundheit (2008) (Hrsg.): Gesund älter werden in Treptow – Köpenick 2008. Sozial- und Gesundheitsbericht 2008. URL: http://www.berlin.de/imperia/md/content/batreptowkoepenick/soziales/spezialbericht_2008_internet.pdf?start&ts=1299600879&file=spezialbericht_2008_internet.pdf (letzter Zugriff 25.5.2011).

Bieber, U., Stegmann, M. (2008): Hintergründe und Fakten zum Thema Altersarmut. Empirische Ergebnisse zu einem vielschichtigen Phänomen. In: Deutsche Rentenversicherung. Heft 3. Jahrgang 63. S. 291-312.

Böhm, K., Tesch-Römer, C., Ziese, T. (2009) (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin 2009.

Bosch, G., Kalina, T., Weinkopf, C. (2008): Niedriglohnbeschäftigte auf der Verliererseite. In: WSI Mitteilungen 8/2008. S. 423-430.

Brussig, M. (2010): Altersübergangs-Report. Anhaltende Ungleichheiten in der Erwerbsbeteiligung Älterer; Zunahme an Teilzeitbeschäftigung. S. 1-14.

Bullerjahn, J., SELLERING, E. (2008): Auskömmliche Alterseinkünfte in Ostdeutschland? Sinkende Renten - Nicht nur eine soziale Frage. S. 6-9.

Bundesagentur für Arbeit (2008): Arbeitsmarkt 2008.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010): Bericht der Bundesregierung über die gesetzliche Rentenversicherung, insbesondere über die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben, der Nachhaltigkeitsrücklage sowie des jeweils erforderlichen Beitragssatzes in den künftigen 15

Kalenderjahren gemäß § 154 Abs. 1 und 3 SGB VI. Rentenversicherungsbericht 2010. URL: http://www.bmas.de/portal/49192/property=pdf/2010__11__17__rentenversicherungsbericht__2010.pdf (letzter Zugriff 30.06.2011). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2010): Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 - 2004 - 2009.

Bundesrat (2011): Empfehlungen der Ausschüsse zu Punkt „Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen: Europäische Plattform gegen Armut und soziale Ausgrenzung - Ein europäischer Rahmen für den sozialen und territorialen Zusammenhalt“ der 881. Sitzung des Bundesrates am 18. März 2011. Drucksache 839/1/10. 07.03.2011.

Bundesregierung (Hrsg.) (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.

Bundesregierung (Hrsg.) (2008): Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.

Bundesregierung (2010): „Europa 2020“: Strategie für Wachstum und Beschäftigung. URL: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2010/03/2010-03-26-eu-rat-wachstumsstrategie.html> (letzter Zugriff 17.06.2011).

BVPG (2008): Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte - Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. URL: http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/Positionen/praevzielegesamt_BVPG.pdf (letzter Zugriff 23.05.2011).

BZgA (2007) (Hrsg.): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene - eine Bestandsaufnahme (Beate Hollbach-Grömig und Antje Seidel-Schulze). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 33, Köln 2007.

Deckl, S. (2008): Leben in Europa 2005 und 2006. Ergebnisse für Sozialindikatoren. In: Deutsche Rentenversicherung. Heft 9. Jahrgang 63. S. 796-807.

Deml, J., Haupt, H., Steffen, J. (2008): Solidarität leben statt Altersarmut! Sichere Renten für die Zukunft. Volkssolidarität (Hrsg.). VSA-Verlag. Hamburg. S.103-137; 146-188; 223-226.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009): Die Lebenslagen Älterer: Empirische Befunde und zukünftige Gestaltungsmöglichkeiten. DRV-Schriften Band 85.

Deutscher Bundestag (2011): Bundesregierung: Altersarmut ist kein drängendes Problem in Deutschland. Newsletter vom 08.06.2011. URL: http://www.bundestag.de/presse/hib/2011_06/2011_242/02.html. (letzter Zugriff 06.07.2011).

Europäische Kommission: Europäische Plattform gegen Armut und soziale Ausgrenzung. URL: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=961&langId=de> (letzter Zugriff 17.06.2011).

Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung (2010) (Hrsg.): Dokumentation der 6. Landesgesundheitskonferenz Berlin. URL: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/gesundheitspolitik/lgk/dokumentationen/6__lgk_dokumentation.pdf?download.html (letzter Zugriff: 23.05.2011).

Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung (2011) (Hrsg.): Dokumentation der 7. Landesgesundheitskonferenz Berlin (im Erscheinen).

Falk, K., Kümpers, S., Heusinger, J. (2011a): Armut und Pflegebedürftigkeit gefährden Selbstbestimmung und Teilhabe. Ergebnisse des Forschungsprojektes NEIGHBOURHOOD. In: Info_Dienst für Gesundheitsförderung - Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg. 11. Jahrgang - 1 Ausgabe 2011, S. 14-15.

Falk, K., Heusinger, J., Kammerer K., Khan-Zvornicanin, M., Kümpers, S., Zander, M. (2011b): Arm, krank und ausgeschlossen im Alter? Studien zur Inklusion und Selbstbestimmung im sozial benachteiligten Quartier - der Fall Moabit. WZB Discussion Paper SPI 2011-301. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Flothmann, K. (2010): Neue Arbeit braucht das Land. Rente ab 67. In: ver.di Publik. Heft 5/2010. S. 3.

Frick, J. R., Grabka, M. (2009): Gestiegene Vermögensungleichheit in Deutschland. In: Wochenbericht Wirtschaft Politik Wissenschaft. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Heft 4. Jahrgang 76. S. 54-67.

Friedrich Ebert Stiftung (Hrsg.) (2009): Alter, Arbeit, Armut? Altersarmut von Frauen verhindern! Forum Politik und Gesellschaft. Zukunft 2020.

Frommert, D., Ohsmann, S., Rehfeld, U. G. (2007): Altersvorsorge in Deutschland 2005 (AVID 2005) - Die neue Studie im Überblick. In: Deutsche Rentenversicherung. Heft 1. Jahrgang 63. S.1-19.

Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland (2007): Berliner Appell: „Gesund älter werden in Städten und Regionen“ vom 31.07.2007. URL: <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/archiv/berlinerappell/119> (letzter Zugriff 23.05.2011).

Gesundheit Berlin-Brandenburg (2009) (Hrsg.): Gesunde Stadt Berlin. Bezirkliche Gesundheitskonferenzen - Ein Weg zur Vernetzung und Partizipation. Dokumentation der Fachtagung am 5.11.2009. URL: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/gesundheitspolitik/gsn/linksund-downloads/10_06_28_doku_tagung_gsn_frei.pdf?start&ts=1303221219&file=10_06_28_doku_tagung_gsn_frei.pdf (letzter Zugriff 23.05.2011).

Gesundheit Berlin-Brandenburg (2011) (Hrsg.): Mehr Bewegung im Alltag – Aktives Leben im Alter fördern. Arbeitshilfen und Praxisbeispiele.

Gerhardt, A., Habenicht, K., Munz, E. (2009): Analysen zur Einkommensarmut mit Datenquellen der amtlichen Statistik. In: Statistische Analysen und Studien. Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik (Hrsg.). Band 58.

Geuter, G. / Holleder, A. (2011): Bewegungsförderung für ältere und hochaltrige Menschen. In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12. Düsseldorf 2011: S. 47-51.

Geyer, J., Steiner, V. (2010): Künftige Altersrenten in Deutschland. Relative Stabilität im Westen, starker Rückgang im Osten. In: Wochenbericht Wirtschaft Politik Wissenschaft. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Heft 11. Jahrgang 77. S. 2-11.

Goebel, J., Gornig, M., Häußermann, H. (2010): Polarisierung der Einkommen: Die Mittelschicht verliert. In: Wochenbericht Wirtschaft Politik Wissenschaft. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Heft 24. Jahrgang 77. S. 2-8.

Grabka, M. (2009): Das Risiko Altersarmut steigt. In: Wochenbericht Wirtschaft Politik Wissenschaft. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Heft 4. Jahrgang 76. S. 55-67.

Grabka, M., Frick, J. R. (2010): Weiterhin hohes Armutsrisiko in Deutschland: Kinder und junge Erwachsene sind besonders betroffen. In: Wochenbericht Wirtschaft Politik Wissenschaft. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Heft 7. Jahrgang 77. S. 2-11.

Großmann, E., Melzer, P. (2009): Sozialhilfe - SGB XII, 41. Auflage.

Jahn, Mack und Partner (2006): Vereinheitlichung von Planungsräumen. Gutachten im Auftrag der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin und des Statistischen Landesamtes Berlin.

Kerschbaumer, J. (2009): Armutsrisiko künftiger Rentnerinnen und Rentner unterschätzt. In: Sozialpolitische Informationen. Daten - Fakten - Hintergründe. 1. Halbjahr 2009. S. 26-27.

Kistler, E. (2007): Rentnerarmut und Verliererregionen - Folgen einer „demografischen“ Politik für die Alten und die Jungen? In: Die demografische Täuschung. Bevölkerungswandel als Vorwand für eine Politik der Verarmung. Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.). Straubing. S.15-32.

Kocka, J. (2008): Chancen und Herausforderungen einer alternden Gesellschaft. In: Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage. Springer Verlag. Berlin. S. 217-236.

Kroll, L. E., Lampert, T. (2007): Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland. Gesundheitswesen, 69, 120-127.

Kümpers, S. (2008b): Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Prävention. Berlin: WZB-Discussion-Paper SPI 2008-301. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Kumpmann, Ingmar/ Gühne, Michael/ Buscher, Herbert S. (2010): Armut im Alter - Ursachenanalyse und eine Projektion für das Jahr 2023. IHW Diskussionspapiere. Institut für Wirtschaftsforschung Halle – IHW (Hrsg.). Heft 8. Halle (Saale).

Lampert, T. (2009): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: K. Böhm, C. Tesch-Römer, T. Ziese (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin 2009. S. 121-134.

Loose, B. (2008): Die Suche nach armutsvermeidenden Ansätzen in der Alterssicherung: Mehr Antworten als Fragen - Mehr Lösungen als Probleme? In: RV aktuell 3/2008. S. 80-81.

Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2009a): Basisbericht 2008. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin.

Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2009b): Sozialstrukturatlas 2008. Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin.

Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2009c): Zur demografischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung. Erste Ansätze der Ableitung von Gesundheitszielen für die ältere Bevölkerung in Berlin. Gesundheitsberichterstattung. Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin.

Menning, S., Hoffmann, E. (2009): Report Altersdaten. Ältere Migrantinnen und Migranten. GeroStat, Statistisches Informationssystem 01/2009. Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Mertel, B., Wolff, A. (2010): Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2008. Statische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.).

Richter, A., Wächter, M. (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 36. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: 5-24.

Richter-Kornweitz, A. (2011): Soziale Lage und Gesundheit. In: alt werden - aktiv bleiben - selbstbestimmt leben. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung in Niedersachsen. Landesgesundheitsamt Niedersachsen, S. 22-27.

Riedmüller, B., Willert, M. (2008): Die Zukunft der Alterssicherung. Analyse und Dokumentation der Datengrundlage aktueller Rentenpolitik. Hans-Böckler-Stiftung.

Rische, Herbert (2010): 2,09 Euro Rente sind zu wenig. Der Tagesspiegel, Nr. 20 566 vom 22. März 2010.

Sallmon, S. (2008): Pflegebedürftigkeit, Pflegeleistungen der Sozialhilfe und demographische Entwicklung in Berlin. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin. Statistische Kurzinformation 2008 - 1.

Sallmon, S., Danner, J. (2010): Grundsicherung bei dauerhaft voller Erwerbsminderung. Eine statistische Analyse der Empfängerstruktur in Berlin. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin. Statistische Kurzinformation 2010 - 1.

Schäfer, S. (2008): Lichtenberger Studie: Sturzprävention und deren Umsetzung für Senioren im häuslichen Bereich – Ergebnisse einer Fragebogenerhebung im Bezirk Lichtenberg. Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit (Hrsg.). URL: http://www.ggv-lichtenberg.de/downloads/Lichtenberger_Studie2008_Sturzprävention.pdf (letzter Zugriff 25.5.2011).

Schmid, G. (2008): Von der Arbeitslosen- zur Beschäftigungsversicherung. Wege zu einer neuen Balance individueller Verantwortung und Solidarität durch lebenslauforientierte Arbeitsmarktpolitik. In: WISO Diskurs. April 2008. S. 12-13.

Schmidtke, K. (2005): Konzepte und Methoden von Lebenslagen - Bildung von Lebenslagen-Indices am Beispiel der Berliner Sozialhilfestatistik. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin. Spezialbericht 2005-1.

Schuldt, K. (2008): Ausmaß und Struktur prekärer Beschäftigung in Berlin. Ursachen sowie politische Handlungsmöglichkeiten, Studie im Auftrag der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales.

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung (Hrsg.) (2009): Bevölkerungsprognose für Berlin 2007-2030. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin.

Smith, J., Delius, J. (2003): Die längsschnittlichen Erhebungen der Berliner Altersstudie (BASE): Design, Stichproben und Schwerpunkte 1990–2002. In: F. Karl (Hrsg.): Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie: Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema. Weinheim, Juventa. S. 225-249.

Sotzmann, K. (2009): Coaching 50+ Ortsnahe und niedrigschwellige Angebote der Bewegungsförderung. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Gesundheit im Alter fördern – Eine Zukunftsaufgabe der Kommunen. Dokumentation der Regionalkonferenz in Berlin, 15.10.2009, S. 42-43.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2009): Umfang atypischer Beschäftigung hat zugenommen. Pressemitteilung Nr. 304 vom 19. August 2009.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2011): Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Sozialleistungen/Sozialberichterstattung/Sozialberichterstattung.psml> (letzter Zugriff: 26.04.2011).

Stegmann, M. (2009): Empirische Ergebnisse zur Arbeitslosigkeit in den Versicherungsbiografien von Rentnern und rentennahen Jahrgängen. In: Deutsche Rentenversicherung. Heft 1. S. 58-74.

Steiner, V., Geyer, J. (2010): Erwerbsbiografien und Alterseinkommen im demografischen Wandel - eine Mikrosimulationsstudie für Deutschland. In: DIW Berlin: Politikberatung kompakt. Nr. 55. März 2010. S. 26.

SVR (2007): Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bundestags-Drucksache 16/6339. URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> (letzter Zugriff 23.05.2011).

SVR (2009): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bundestags-Drucksache 16/13770. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf> (letzter Zugriff: 23.05.2011).

TNS Infratest Sozialforschung (2007): Altersvorsorge in Deutschland (AVID) 2005: Alterseinkommen und Biografie. Forschungsprojekt im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Berlin 2007.

Trischler, F., Kistler, E. (2010): Gute Erwerbsbiographien. Arbeitspapier 1: Erwerbsverläufe im Wandel.

ver.di Bundesvorstand (2010): Reiche verschonen - Wachstum und Sozialstaat ruinieren. Zum Sparpaket der Regierung. In: Wirtschaftspolitische Informationen 1/2010. Juni 2010. S. 5.

Vienken, E. (2010): Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung. Erfolgversprechende Zugangswege zu Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen. Exposé. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Internetversion abrufbar unter: http://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/40_Service_Publikationen/Expose%20Soz_Gesundheitsfoerderung.pdf (Zugriff 23.5.2011).

Weinkopf, C., Kalina, T. (2010): Niedriglohnbeschäftigung 2008: Stagnation auf hohem Niveau - Lohnspektrum franst nach unten aus. In: IAQ-Report. 6/2010. S. 6-7.

Wübbecke, C. (2007): Ältere Bezieher von Arbeitslosengeld II. Einmal arm, immer arm? IAB Kurzbericht Nr. 14/ 20.08.2007. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit.

Zabel, U. (2008): ...und sie engagieren sich ja doch. In: Die BAGSO Nachrichten 4/2008: 10-11.

Publikationsverzeichnis

Im Rahmen der **Gesundheitsberichterstattung** und des **Sozialstatistischen Berichtswesens** wurden vom Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz folgende Veröffentlichungen herausgegeben:

Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Basisberichte

Diese Berichtsform enthält Tabellen, die sich am Indikatorensatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie kurze Ergebnisbeschreibungen zu verschiedenen Themenfeldern. Der Bericht erscheint jährlich. Ab Basisbericht 2001 als PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>.

- Jahresgesundheitsbericht 1961
- ...
- Basisbericht 2008 (2009). ISSN 1617-9242.
- Basisbericht 2009 (2010). ISSN 1617-9242.

Spezialberichte - GBE

Diese Berichtsform wird zu Schwerpunktthemen erarbeitet; sie enthält Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>.

- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Kramer, Ramona (1990): Sozialstrukturatlas Berlin (West). Eine statistisch-methodische Analyse mit Hilfe der Faktorenanalyse.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1995): Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1997): Sozialstrukturatlas Berlin - Fortschreibung 1997 -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1997): Sozialstrukturatlas 1997 - Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse -.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) / SenGesSoz; Brenner, M. H. (Herausgeber) / TU Berlin (1. Ausgabe 1999): Sozialstrukturatlas Berlin 1999 - Eine soziale Diagnose für Berlin -.
- Delekat, Dietrich; Kis, Anita (2001): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Spezialbericht 2001-1, ISSN 1617-9250.
- Kis, Anita; Bömermann, Hartmut; Hermann, Sabine; Schieritz, Frank; Unger, Gisela (2002): Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994-1999. Spezialbericht 2002-1, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Seeger, Michael (2003): Sozialhilfeempfängerprognoseverfahren in Berlin. Spezialbericht 2003-1, ISSN 1617-9250.
- Delekat, Dietrich (2003): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2004): Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2004-1, ISSN 1617-9250.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke et al. (2006): Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1617-9250.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2007): Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Spezialbericht 2007-1, ISSN 1617-9250.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2008): Grundausswertungen der Einschulungsdaten 2006 zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Spezialbericht 2008-1, ISSN 1617-9250.

- Bettge, Susanne; Nickel, Jennifer; Schulz, Mandy; Helle, Nadine; Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard; Ravens-Sieberger, Ulrike (2008):
Gesundheits- und Risikoverhalten von Berliner Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Studie 2006. Spezialbericht 2008-2, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2009):
Sozialstrukturatlas Berlin 2008 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2009-1, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2011):
Sozialstruktur und Kindergesundheit - Ein Atlas für Berlin auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008. Spezialbericht 2011-1, ISSN 1617-9250.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Adloff, Inis; Grahl, Rainer; Lenz, Simone (2011):
Mundgesundheit der Berliner Kinder. Ergebnisse des Schuljahres 2009/2010. Spezialbericht 2011-2, ISSN 1617-9250.

Grundausswertungen - GBE

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheits/grundausswertungen.html>.

- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2009): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2007.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2009): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2008.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2011): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2009.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2011): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2010.

Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung

In dieser Reihe werden Themen von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung diskutiert sowie strittige oder widersprüchliche Aspekte des Themas aufgezeigt. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/diskussionspapiere.html>.

1. Meinschmidt, Gerhard (1986):
Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose.
2. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard; Wanjura, Marlies (1986):
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen. Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht.
3. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1986):
Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Eine statistische Analyse.
4. Meinschmidt, Gerhard; Völker-Oswald, Ingrid (1988):
Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
5. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme; Mader, Sylvia (1988):
Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West).
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes.
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Statistischer Erfahrungsbericht zum 500er Programm.
9. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben. Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von arbeitslosen Sozialhilfeempfängern. Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde.
10. Liedtke, Dieter (1988):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 1).
11. Baum, Christiane; Koch-Malunat, Norbert; Seeger, Michael (1989):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik.
12. Becker, Barbara; Kramer, Ramona; Meinschmidt, Gerhard (1989):
Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung.

13. Liedtke, Dieter; Wanjura, Marlies (1989):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).
14. Haecker, Gero; Kirschner, Wolf; Meinlschmidt, Gerhard (1990):
Zur „Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern“ in Berlin (West).
15. Koch-Malunat, Norbert; Klausning, Michael (1990):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West).
16. Kiss, Anita (1992):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West).
17. Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael (1993):
Gesundheits- und Sozialsurvey in Berlin.
18. Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinlschmidt, Gerhard (1993):
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991.- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -.
19. Thielke, Henning; Meusel, Katharina (1994):
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern. Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost.
20. Koch-Malunat, Norbert (1994):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -.
21. Radoschewski, Michael; Kirschner, Wolf; Kirschner, Renate; Heydt, Kerstin (1994):
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin.
22. Kiss, Anita (1995):
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992 - eine statistische Analyse -.
23. Kiss, Anita; Hermann, Sabine; Thielke, Henning (1995):
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983-1992.
24. Rothe, Kerstin u.a. (1995):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992.
25. Beblo, Miriam (1995):
Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin. Eine statistisch-empirische Diagnose.
26. Hermann, Sabine; Hiestermann, Angelika (1995):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin. - Eine erste geschlechtsspezifische empirische Diagnose -.
27. Dohnke-Hohrmann, Sylvia; Reich, Renate (1995):
Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/93 in Berlin.
28. Hiestermann, Angelika; Hillen, Thomas (1996):
Zur psychosozialen Befindlichkeit der Berliner Bevölkerung. - Eine statistische Analyse -.
29. Scholz, Rembrandt D.; Thielke, Henning (1997):
Lebenserwartung in Berlin 1986-1994. - Trends und regionale Unterschiede -.
30. Kiss, Anita (1997):
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95.
31. Wiesner-Balcke, Waltraud; Angerman, Regina (1997):
Allergische Erkrankungen und Beschwerden bei Berliner Einschulern im Vergleich mit dem Land Brandenburg - Analyse, Bezirksvergleiche, bezirkliches Vorsorgeprogramm -.
32. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (1998):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Erster Basisdatenbericht (1997) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
33. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (2000):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht (1998) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
34. Meinlschmidt, Gerhard; Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke; Sallmon, Sylke; Schulz, Mandy (2009):
Zur demografischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung. Erste Ansätze zur Ableitung von Gesundheitszielen für die ältere Bevölkerung in Berlin. ISSN 1868-4475.

Gesundheitsbarometer

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/barometer.html>.

- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1991):
Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik. - Gesundheitsbarometer 1 -.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard; Thielke, Henning (1994):
Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung. - Gesundheitsbarometer 2 -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe (1996):
Erhebung zu den zusätzlichen Öffnungszeiten anlässlich der „Schaustelle Berlin“ vom 29. Juni bis 25. August 1996. - Gesundheitsbarometer 3 -.

Statistische Kurzinformationen - GBE

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/kurzinfo.html>.

- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Neueste Lebenserwartungsberechnungen für die Berliner Bezirke - Deutliche Zusammenhänge zwischen Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen und sozialer Lage -. Statistische Kurzinformation 2002-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Die Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994 - 1999. Statistische Kurzinformation 2002-2.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Beschäftigte im Berliner Gesundheitswesen. Statistische Kurzinformation 2002-3.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Stationäre Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in den Berliner Krankenhäusern 2000. Statistische Kurzinformation 2002-4.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2005):
Pflegebedürftigkeit in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Lebenserwartung. Statistische Kurzinformation 2005-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006):
Alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Berlin. Statistische Kurzinformation 2006-1.
- Kis, Anita; Hermann, Sabine (2007):
Zur Suizidhäufigkeit in Berlin 1991 - 2005. Statistische Kurzinformation 2007-1, ISSN 1863-9305.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2007):
Präventive und gesundheitsförderliche Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes für Kinder und Jugendliche in Berlin. Statistische Kurzinformation 2007-2, ISSN 1863-9305.
- Struck, Christiane; Hermann, Sabine (2007):
Geburtenentwicklung, Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaftskonfliktberatung - Altersstruktur, Konfliktgründe, Ländervergleich -. Statistische Kurzinformation 2007-3, ISSN 1863-9305.
- Kis, Anita; Geitner, Heide; Hermann, Sabine (2008):
Unfälle im Kindes- und Jugendalter. Statistische Kurzinformation 2008-1, ISSN 1863-9305.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2009):
Bericht über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Berlin 2007. Statistische Kurzinformation 2009-1, ISSN 1863-9305.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine, Uhlig, Ursula (2009):
Mundgesundheit der Berliner Kinder im Schuljahr 2007/2008. Statistische Kurzinformation 2009-2, ISSN 1863-9305.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2010):
Bericht über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Berlin 2008. Statistische Kurzinformation 2010-1, ISSN 1863-9305.
- Adloff, Inis; Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Uhlig, Ursula (2010):
Mundgesundheit der Berliner Kinder im Schuljahr 2008/2009. Statistische Kurzinformation 2010-2, ISSN 1863-9305.

Sozialstatistisches Berichtswesen (SBW)

Spezialberichte - SBW

Die Spezialberichte verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Sie erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/spezial.html>.

- Schmidtke, Kerstin (2005):
Konzepte und Methoden zur Abbildung von Lebenslagen - Bildung von Lebenslagen-Indices am Beispiel der Berliner Sozialhilfestatistik 2005. Spezialbericht 2005-1, ISSN 1861-9444.
- Seeger, Michael (2006):
Einflussfaktoren und Strukturmerkmale für die Sozialhilfebedürftigkeit von Familien mit Kindern in Berlin an der Schwelle zu „Hartz IV“. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1861-9444.
- Sallmon, Sylke; Mittelstaedt, Karin; Schenk, Ullrich (2011):
Zur sozialen Lage älterer Menschen in Berlin - Armutsrisiken und Sozialleistungsbezug. Spezialbericht 2011-1, ISSN 1861-9444.

Spezialberichte und Diskussionspapiere aus dem Themengebiet des Sozialstatistischen Berichtswesens vor dem Jahr 2005 finden Sie unter den Publikationen im Abschnitt Gesundheitsberichterstattung (GBE).

Quartalsberichte - SBW

Die Berichtsreihe, in der die aktuelle Entwicklung der Leistungen und Empfängerart auf den Sozialleistungsgebieten BSHG, AsylbLG und PflegeG in Tabellenform mit kurzen Interpretationen sowie Schwerpunktthemen angeboten wurde, erschien quartalsweise seit 1988, letztmalig in dieser Form im IV. Quartal 2003.

- IV. Quartal 2003 (letzte Ausgabe)
ISSN 1618-033X

Der statistische Tabellensatz des Berichtes mit unterjährigen Empfänger- und Leistungsdaten für Berlin insgesamt sowie in bezirklicher Gliederung wird weiterhin im Internet unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/quartalsberichte.html> bereitgestellt.

Statistische Kurzinformationen - SBW

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/kurzinfo.html>.

- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006):
Transferausgaben in Berlin im ersten Jahr der neuen Sozialgesetzgebung 2005 - SGB XII, AsylbLG, LPfGG. Statistische Kurzinformation 2006-1.
- Sallmon, Sylke (2007):
Hilfe zur Pflege nach SGB XII - Eckdaten zu den Leistungsbeziehern -. Statistische Kurzinformation 2007-1, ISSN 1864-0710.
- Sallmon, Sylke (2008):
Pflegebedürftigkeit, Pflegeleistungen der Sozialhilfe und demographische Entwicklung in Berlin. Statistische Kurzinformation 2008-1, ISSN 1864-0710.
- Sallmon, Sylke; Danner, Jonas (2010):
Grundsicherung bei dauerhaft voller Erwerbsminderung - statistische Analyse der Empfängerstruktur in Berlin. Statistische Kurzinformation 2010-1, ISSN 1864-0710.
- Brandt, Britta; Sallmon, Sylke (2010):
Transferausgaben des Landes Berlin in den Sozialrechtsgebieten des SGB XII, SGB II (kommunaler Träger), AsylbLG, LPfGG in den Jahren 2005 bis 2008. Statistische Kurzinformation 2010-2, ISSN 1864-0710.

Informationssysteme

Spezialberichte - Informationssysteme

- Imme, Uwe; Brodersen, Sven; Kaske, Eva (2007):
GSI - das Gesundheits- und Sozialinformationssystem. Internetbasierte Bereitstellung von Daten und Berichten der Berliner Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens. Spezialbericht 2007-1, ISSN 1865-8377.
PDF-Datei abrufbar unter http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/spezial_gsi.html

Weitere Veröffentlichungen

unter Beteiligung des Referats Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme.

- Stabenow, Roland; Schulz, Mandy; Meinlschmidt, Gerhard; Imme, Uwe (2007): Krebsatlas Berlin 2002-2004. Berlin, Schriftenreihe des Gemeinsamen Krebsregisters, Heft 2. PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gkr/index.html>

Fachliche Auskünfte und Bezug:

Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Dienstgebäude: Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067
e-mail: Gerhard.Meinlschmidt@senguv.berlin.de

