



**Bundesministerium
für Arbeit und Soziales**

**Nationaler Strategiebericht
Sozialschutz
und
soziale Eingliederung**

Deutschland



Inhaltsverzeichnis

Teil I. Allgemeiner Überblick	4
1.1 Ökonomische, soziale und demografische Rahmenbedingungen	4
1.2 Strategien zur Erreichung der drei übergeordneten Ziele	6
1.2.1 Ziel (a): Sozialen Zusammenhalt, Gleichbehandlung und Chancengleichheit für alle fördern	6
1.2.2 Ziel (b): Effektive Wechselwirkung zwischen den Lissabonzielen	7
1.2.3 Ziel (c): Governance verbessern	9
1.3 Schwerpunkte der nationalen Sozialpolitik.....	10
Teil II. Nationaler Aktionsplan soziale Integration	12
2.1 Zentrale Herausforderungen und prioritäre Handlungsfelder.....	12
2.1.1 Soziale Situation in Deutschland	12
2.1.2 Erfolge in der bisherigen Politik und Herleitung der politischen Prioritäten für den Zeitraum 2006 – 2008	13
2.2 Nationale politischen Prioritäten und Maßnahmen bei der Umsetzung der Ziele (d) und (e) Gesellschaftliche Teilhabe aller sichern und soziale Eingliederung stärken	18
2.2.1 Planungen für die Verwendung der ESF-Fördermittel 2007 – 2013.....	18
2.2.2 Erhöhung der Arbeitsmarktbeteiligung	18
2.2.3 Abbau von Benachteiligungen in Bildung und Ausbildung	21
2.2.4 Bausteine einer modernen Kinder- und Familienpolitik unter besonderer Berücksichtigung der Beseitigung von Kinderarmut.....	25
2.2.5 Stärkung der Integration von Zuwanderinnen und Zuwanderern	28
2.2.6 Überwindung der Diskriminierung und Stärkung der Integration behinderter Menschen	29
2.2.7 Stärkung der Sozialen Dienste und des zivilgesellschaftlichen Engagements....	31
2.3 Ziel (f): Verbesserte Governance	31
Teil III. Nationaler Strategiebericht Alterssicherung.....	33
3.1 Ziele (g) und (h): Soziale Angemessenheit und finanzielle Nachhaltigkeit	33
3.1.1 Maßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung (erste Säule)	33
3.1.2 Maßnahmen der zusätzlichen Altersvorsorge (zweite und dritte Säule)	35
3.2 Ziel (i): Modernisierung und Transparenz	35
3.2.1 Monitoring und Wissen um die Altersvorsorge	35
3.2.2 Alterssicherung und Familienarbeit	36

Teil I. Allgemeiner Überblick

Der Nationale Strategiebericht im Bereich Sozialschutz und soziale Eingliederung ist der erste Bericht im Rahmen der gestrafften Offenen Methode der Koordinierung (OMK) und umfasst den Zeitraum von 2006 – 2008. Er vereint die Berichterstattung zu den gestrafften gemeinsamen Zielen (siehe Annex 1) in den Bereichen soziale Integration, Alterssicherung sowie Gesundheitsschutz und Langzeitpflege und soll die OMK Sozialschutz und soziale Eingliederung auf europäischer Ebene sichtbarer machen.

1.1 Ökonomische, soziale und demografische Rahmenbedingungen

Trotz der Fortschritte Deutschlands bei der Stärkung der Wachstumskräfte im Inland durch wirtschafts- und finanzpolitische Maßnahmen, die Einleitung grundlegender Reformen der Sozialschutzsysteme und die Stabilisierung der Lohnnebenkosten besteht weiterhin Handlungsbedarf. Arbeitslosigkeit, Staatsverschuldung, demografischer Wandel und der Veränderungsdruck der Globalisierung verlangen enorme politische Anstrengungen, um heutigen und künftigen Generationen Teilhabemöglichkeiten und ein Leben in Wohlstand zu sichern.

Zu Beginn des Jahres 2006 deutet sich an, dass die binnenwirtschaftliche Schwächephase der letzten Jahre – geprägt von Investitionszurückhaltung, rückläufiger sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und steigender Arbeitslosigkeit – langsam überwunden wird. Die Aussichten sind gut, dass die positiven Impulse aus dem Außenhandel zunehmend auf den Binnenmarkt ausstrahlen werden. Nach einer zunehmenden Belebung der Investitionen dürfte es dabei auch zu einem Anstieg des privaten Konsums kommen. Die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung dürfte aber im Zeitraum bis 2008 insgesamt nur geringfügig zunehmen, während die registrierte Arbeitslosigkeit aufgrund eingeleiteter Reformmaßnahmen vergleichsweise etwas stärker zurückgehen dürfte.

Die Beschäftigungsquote der Frauen und älteren Arbeitnehmer ist in Deutschland kontinuierlich gestiegen. Mit einer Frauenerwerbstätigenquote von 59,6% (2005) wurde die EU-Zielvorgabe von Stockholm (57% bis 2005) bereits erfüllt. Die ansteigende Beschäftigungsquote älterer Erwerbstätiger (45,4% im Jahr 2005 im Vergleich zu 41,8% im Vorjahr und 37,9% im Jahr 2001) soll sowohl durch eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsmarktsituation im Zusammenwirken mit einem Mentalitätswandel bei der Personalpolitik der Unternehmen als auch durch die geplante Erhöhung der gesetzlichen Regelaltersgrenze weiter gesteigert werden.

Der demografische Wandel wird verstärkt nach 2010 einsetzen und bis etwa 2035 zu einer erheblichen Verschiebung der Altersstruktur führen. Auf dem Arbeitsmarkt wird sich in den nächsten Jahren insbesondere die Alterung der „Baby-Boomer“-Generation auswirken. So wird der Anteil der 50-Jährigen und Älteren am Erwerbspersonenpotenzial von heute 24% auf 27% im Jahr 2010 und auf 31% im Jahr 2015 ansteigen.

Ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen in Deutschland bietet den Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Bereich. Die gesetzliche Krankenversicherung braucht effiziente Strukturen und ausreichende Einnahmen. Wichtig hierfür ist, dass wirtschaftliches Wachstum und insbesondere der Erhalt und die Schaffung von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen gestärkt werden. Zudem führen der medizinische Fortschritt und die zunehmende Zahl älterer Menschen zu steigenden Ausgaben. Umso dringlicher wird die Notwendigkeit, die Finanzierungsgrundlagen zu stärken und Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssystem durch eine strukturelle Reform zu realisieren sowie Qualität und Effektivität zu fördern. Unter Beachtung der übergreifenden Ziele der Förderung von Wachstum und Beschäftigung im Sinne der Lissabon-Strategie besteht deshalb weiterer Handlungsbedarf zur langfristigen finanziellen Sicherung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden Gesundheitsversorgung. Dies gilt auch für die Pflegeversicherung, die seit ihrer Einführung zu einer deutlichen Verbesserung der Pflegeinfrastruktur und zu über 250.000 neuen Arbeitsplätzen im Bereich der pflegerischen Versorgung geführt hat.

Ungeachtet aller Herausforderungen ist Deutschland ein reiches Land. Der Ausgleich ökonomischer Ungleichheiten gelingt durch gezielte Bildungspolitik, Sozialversicherungsleistungen, sonstige Sozialleistungen und steuerliche Maßnahmen. Insbesondere die heute älteren Menschen sind wegen des leistungsfähigen Rentensystems unterdurchschnittlich oft von Armut betroffen. Während die Armutsrisikoquote¹ der Gesamtbevölkerung im Jahre 2003 unter Verwendung der neuen OECD-Skala 13,5% betrug, lag die der Älteren bei 11,4%, wobei sich für alleinstehende ältere Frauen und ältere Ausländer aufgrund der oft nicht ausreichenden Rentenansprüche deutlich darüber liegende Werte ergeben. Die Armutsrisikoquote der Gesamtbevölkerung ist nach den Erhebungen des 2. Armuts- und Reichtumsberichts im Berichtszeitraum zwischen 1998 und 2003 von 12,1% auf 13,5% gestiegen. Der Bericht hat

¹ Die Armutsrisikoquote ist definiert als Anteil der Personen in Haushalten, deren „bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen“ weniger als 60% des Mittelwerts (Median) aller Personen beträgt. Das Nettoäquivalenzeinkommen wird ermittelt als gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen, in dem das Nettohaushaltseinkommen durch die Summe der Personengewichte (Äquivalenzgewichtung) – abgeleitet über die neue OECD-Skala – geteilt wird.

deutlich gemacht, dass das Armutsrisiko in erheblichem Umfang mit Arbeitslosigkeit korrespondiert und Kinder überdurchschnittlich häufig von Armut betroffen sind.²

1.2 Strategien zur Erreichung der drei übergeordneten Ziele

1.2.1 Ziel (a): Sozialen Zusammenhalt, Gleichbehandlung und Chancengleichheit für alle fördern

Ziel der Bundesregierung und der Länder ist eine ganzheitliche Politik, die den Zusammenhalt der Generationen und gleichzeitig der gesamten Gesellschaft fördert und stärkt. Es geht dabei einerseits um die solidarische Unterstützung von Menschen in Not, die über die bloße Existenzsicherung hinaus geht und sozioökonomische Grundbedürfnisse sowie Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben umfasst, und andererseits um das Fördern und Fordern der Eigenverantwortung und der Teilhabe am Erwerbsleben. Politische Zielsetzung ist eine gerechte Balance von Solidarität und Eigenverantwortung. Bei den großen Risiken Krankheit, Unfall, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsminderung, Arbeitslosigkeit und Alter leisten dies die Sozialversicherungssysteme mit einer angemessenen und finanziell nachhaltigen Absicherung. Daher sind auch Reformmaßnahmen zur nachhaltigen Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme unter Einschluss der nachhaltigen Konsolidierung des Staatshaushaltes zur Ermöglichung von politischen Handlungsspielräumen wichtiger Bestandteil einer sozial ausgewogenen Politik.

Dazu gehört aber auch die Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung, die nicht allein ökonomische Armut im Auge hat, sondern die Zielsetzung von mehr Gleichheit bei den Teilhabe- und Verwirklichungschancen der Menschen verfolgt. Dazu müssen in erster Linie Bildungs-, Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten ausgebaut werden, denn in einer Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft ist ein Mangel an Bildung eine wesentliche Ursache für geringe Teilhabe- und Verwirklichungschancen. Aber auch die Aktivierung von Personen, die aufgrund mangelnder Fähigkeiten oder durch Langzeitarbeitslosigkeit dauerhaft aus dem Arbeitsmarkt gedrängt werden und damit Teilhabechancen verlieren, gehört dazu. Die Grundsicherung für Arbeitsuchende, die Sozialhilfe und die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung garantieren die materielle Mindestabsicherung dieser Menschen.

Im Mittelpunkt der Gesamtstrategie steht der Ausbau der Wissensgesellschaft als zentrale Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit moderner Gesellschaften, für Teilhabe und soziale

² Die Verwendung der neuen OECD-Skala lässt aufgrund der geringeren Gewichtung weiterer Haushaltsmitglieder die Einkommenssituation der Alleinstehenden ungünstiger und die Situation der Familien mit mehreren Kindern günstiger erscheinen. Die Armutsrisikoquote unter Verwendung der alten OECD-Skala betrug 2003 für die Gesamtbevölkerung 13,1%, für die Älteren 7,5% und für Kinder 18,6% (statt 15,0%).

Gerechtigkeit. Frühe Lernerfahrungen sind entscheidend für eine lange und Erfolg versprechende Erwerbsbeteiligung. Die soziale Herkunft eines Kindes darf dabei nicht über seine Bildungs- und Lebenschancen entscheiden. Die Schaffung eines qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Bildungs- und Betreuungsangebotes für Kinder aller Altersgruppen zählt deshalb zu den vordringlichsten und zentralen Zukunftsprojekten. Darüber hinaus sollen die Rahmenbedingungen für lebenslanges Lernen verbessert werden und lebensbegleitende Weiterbildung zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit mittelfristig zur 4. Säule des Bildungssystems ausgebaut werden. Dabei strebt die Bundesregierung an, die Weiterbildungsbeteiligung von älteren Arbeitnehmern sowie sozial Benachteiligten besonders zu fördern. Im „Innovationskreis Weiterbildung“ werden hochrangige Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis bis zum Sommer 2007 Empfehlungen für die Stärkung der Weiterbildung erarbeiten.

Die Integration von Migrantinnen und Migranten bleibt ein weiterer Schwerpunkt deutscher Sozialpolitik und ist eine zentrale Herausforderung in unserer Zeit. Insbesondere die Sprachkompetenz muss deutlich verbessert werden, denn sie ist der Schlüssel für eine erfolgreiche gesellschaftliche Integration insbesondere in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt. Die Bundesregierung wird als Folge des Integrationsgipfels vom 14. Juli 2006 einen Nationalen Aktionsplan Integration erarbeiten.

Die Bundesregierung steht zum Lissabonziel, die Erwerbstätigenquote von Frauen auf mindestens 60% zu erhöhen. Wichtige Schwerpunkte bei der Förderung existenzsichernder Erwerbsbeteiligung von Frauen werden die Erweiterung des beruflichen Spektrums von Frauen, die Förderung ihrer beruflichen Selbständigkeit und Karrierechancen sowie der weitere Ausbau der Kinderbetreuung sein. Zur weiteren Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf hat die Bundesregierung ein Elterngeld für die Frühphase der Elternschaft ab 2007 geborener Kinder sowie die verbesserte steuerliche Absetzbarkeit von Kinderbetreuungskosten beschlossen bzw. bereits umgesetzt. Entsprechend der europäischen Verpflichtung wird außerdem das Ziel „gleicher Lohn für gleiche und gleichwertige Arbeit“ weiter verfolgt. Dabei geht es vor allem um die Beseitigung der mittelbaren Ursachen der Unterschiede bei dem Durchschnittserwerbseinkommen von Männern und Frauen. Die bisherigen Fortschritte werden im Bericht zur Gleichstellung von Frauen und Männern im Frühjahr 2007 bilanziert. Auf dieser Grundlage wird über notwendige Instrumente entschieden.

1.2.2 Ziel (b): Effektive Wechselwirkung zwischen den Lissabonzielen

Um den sozialen Zusammenhalt zu sichern und die beschäftigungspolitischen Ziele von Lissabon bis 2010 zu erreichen, verfolgt die Bundesregierung die im Nationalen Reformpro-

gramm auf Basis der Integrierten Leitlinien 2005 – 2008 dargelegte Strategie für Wachstum und Beschäftigung stringent weiter. Im Mittelpunkt steht der Ausbau der Wissensgesellschaft als zentrale Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit moderner Gesellschaften, für Teilhabe und soziale Gerechtigkeit. Die Bundesregierung hat unter anderem mit dem Paket zur Förderung von Wachstum, Beschäftigung und Innovation in Höhe von 25 Mrd. Euro gezielte Maßnahmen in fünf Schwerpunktbereichen beschlossen, um die anhaltende Investitionsschwäche in Deutschland zu überwinden und die Fortsetzung des Reformwerks der letzten Jahre zu unterstützen. Wirtschaftswachstum und mehr Beschäftigung sind wesentliche Bedingungen, um soziale Sicherheit und Chancengleichheit zu verwirklichen. Gleichzeitig muss der Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen gesichert werden. Hier bestehen Grenzen staatlicher Steuerungsfähigkeit und zugleich – über das Ökonomische hinaus – eine gesellschaftliche Verantwortung der Wirtschaft.

Wirtschaftswachstum und mehr Beschäftigung reichen jedoch nicht aus, um Armut und soziale Ausgrenzung zu vermeiden. Der wirtschaftliche Umstrukturierungsprozess aufgrund des verstärkten internationalen Wettbewerbs birgt Risiken. Besonders Geringqualifizierte sind hiervon oft negativ betroffen. Hinzu kommen individuelle, soziale und gesundheitliche Risiken, die nur der Staat solidarisch absichern kann. Die Förderung des sozialen Zusammenhalts und der Chancengleichheit sind daher unverzichtbar, um Ausgrenzungstendenzen entgegenzuwirken und den Einzelnen auch im Falle der Beschäftigungsunfähigkeit ausreichend sozial abzusichern.

Gleichzeitig trägt die Modernisierung der Sozialschutzsysteme zum Beschäftigungswachstum bei. Die Senkung der Lohnnebenkosten ist dabei ein zentrales Element der Stärkung von Wachstum und Beschäftigung. Die Bundesregierung will die Sozialversicherungsbeiträge dauerhaft auf unter 40% senken. Der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung konnte in den letzten Jahren und auch im Jahr 2006 stabil bei 19,5% gehalten werden. Der vorgesehene moderate Anstieg auf 19,9% im Jahre 2007 wird von der gleichzeitig geplanten Senkung des Beitragssatzes zur Arbeitslosenversicherung um 2 Prozentpunkte von 6,5% auf 4,5% mehr als ausgeglichen, so dass die Gesamtbelastung des Faktors Arbeit durch Sozialabgaben sinkt. Die gesetzliche Krankenversicherung wird durch den Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) ab dem Jahr 2008 aus dem Bundeshaushalt auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Zu diesem Zweck wird im Haushaltsjahr 2008 ein Zuschuss von 1,5 Mrd. Euro und im Jahr 2009 von 3 Mrd. Euro geleistet. Auch für die Pflegeversicherung wird ein Gesetz zur nachhaltigen und gerechten Finanzierung vorgelegt werden. Dabei ist u. a. die Ergänzung des Umlageverfahrens durch

kapitalgedeckte Elemente als Demografiereserve und ein Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen von sozialer und privater Pflegeversicherung vorgesehen.

Das Vertrauen in den Sozialstaat fördert darüber hinaus ein investitions- und innovationsfreundliches ökonomisches Umfeld. Deutlich wird dies beispielsweise im Gesundheitsbereich, wo ein hohes, allgemein zugängliches Versorgungsniveau einschließlich der schnellen und breiten Verfügbarkeit medizinischer Innovationen einen Beitrag zur Gesundheit der Menschen und damit zu deren Beschäftigungsfähigkeit und Wirtschaftskraft leistet.

Anhand der Zielsetzung eines verlängerten Arbeitslebens kann die gegenseitige Stärkung der Politikbereiche ebenfalls deutlich gemacht werden. Infolge der Trendumkehr bei der Frühverrentungspraxis u. a. durch die Anhebung der Altersgrenzen und die parallele Einführung von versicherungsmathematischen Rentenabschlägen stieg das durchschnittliche Zugangsalter in Altersrenten von 62,4 im Jahre 1995 auf 63,1 Jahre im Jahre 2004 und 63,2 im Jahre 2005. Auf diesem Weg wird Deutschland mit der von der Bundesregierung beschlossenen Anhebung der Altersgrenze für den Bezug einer Altersrente von 65 auf 67 Jahre bis 2029 weitergehen. Damit werden das Leistungsniveau der gesetzlichen Rentenversicherung und der Beitragssatz auch langfristig stabilisiert. Die arbeitsmarktpolitische Flankierung dieser Maßnahme wird durch die gezielte Förderung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gewährleistet. Mit der „Initiative 50 plus“ fördert die Bundesregierung die tatsächliche Nutzung der Fähigkeiten der 50-Jährigen und Älteren. Gesundheit und Qualifizierung sind dabei die Schlüssel für die Fähigkeit und die Bereitschaft der Älteren, länger als bisher berufstätig zu bleiben. Durch gesundheitliche Aufklärung über gesunde Ernährung, körperliche Betätigung, Stressbewältigung und die Risiken des Rauchens wird die Eigenverantwortung und Kompetenz der Bürgerinnen und Bürger gestärkt. Lebenslanges Lernen, auch in und für den Betrieb sowie ein umfassender Arbeitsschutz bekommen größeres Gewicht. Aus einer Reihe von bewährten und neuen Instrumenten wird die Bundesregierung in Zusammenarbeit mit den Ländern ein wirksames Angebot zusammenstellen.

1.2.3 Ziel (c): Governance verbessern

Die Bundesregierung erstellt unter Mitwirkung einer breiten Fachöffentlichkeit periodisch wiederkehrende Evaluierungsberichte ihrer Politik in den Bereichen Alterssicherung (Rentenversicherungsbericht) und soziale Integration (etwa den Armuts- und Reichtumsbericht). Die Berichterstattung im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung hat im Bereich der sozialen Integration auf nationaler Ebene zu einer deutlicheren Wahrnehmung dieses Politikbereiches als Querschnittsaufgabe geführt. Die Bundesregierung beauftragt regelmäßig regierungsunabhängige Sachverständigenkommissionen mit der Erstellung eines Alten-,

Kinder- und Jugend- sowie Familienberichts (pro Legislaturperiode). Diese Berichte werden zusammen mit einer Stellungnahme der Bundesregierung veröffentlicht und auch im Internet zugänglich gemacht. Sie informieren im jeweiligen Politikfeld über gesellschaftliche Entwicklungen und evaluieren politische Weichenstellungen. Auf diese Weise wird eventueller Reformbedarf erkannt und entsprechende Maßnahmen können implementiert werden.

Neben diesen Informationen zu den Sicherungssystemen im Allgemeinen werden den Bürgern und Versicherten individuelle Informationen zu ihren Leistungsansprüchen, z. B. durch die jährliche Renteninformation an die Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung, zur Verfügung gestellt. Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes bietet schon seit vielen Jahren einen umfassenden Überblick über das Gesundheitswesen in Deutschland. Mit Zahlen und Hintergrundinformationen aus mehr als 100 gesundheitsbezogenen statistischen Quellen hat es sich inzwischen als unverzichtbare Informationsquelle etabliert.

Fachöffentlichkeit, Verbände, Wirtschaft und Gewerkschaften sind in die deutsche Gesetzgebungsarbeit eingebunden. Das hierzu in der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages vorgesehene Instrument der Anhörung wird regelmäßig genutzt. Die Bundesregierung bindet die Sozialpartner und weitere relevante Interessenvertreter bei der Vorbereitung von Gesetzentwürfen sowie in zahlreichen Initiativen und runden Tischen, beispielsweise im Rahmen des Nationalen Pakts für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs und der Initiative für Beschäftigung, aber auch bei der Erstellung nationaler Berichte ein.

1.3 Schwerpunkte der nationalen Sozialpolitik

Die Bundesregierung wird die notwendigen Reformschritte unternehmen, um das Vertrauen in die Funktionsfähigkeit der Renten-, Unfall-, Kranken- und Pflegeversicherung zu stärken. Den Stellenwert der Bildung als entscheidendem Zukunftsfaktor für den Zusammenhalt und die soziale Entwicklung der Gesellschaft wird sie in Kooperation mit den Ländern erhöhen. Die Verbesserung der Arbeitsmarktchancen von Jugendlichen, älteren Menschen, Langzeitarbeitslosen, Menschen mit Behinderungen sowie Migrantinnen und Migranten bleibt politischer Schwerpunkt.

Im Bereich der sozialen Integration wird die Bundesregierung in Zusammenarbeit mit allen politischen Ebenen durch die Entwicklung früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme dafür sorgen, dass „kein Kind verloren geht“ und Kinder sowie ihre Familien best- und frühestmöglich gefördert werden. Die Integration von Migrantinnen und Migranten bleibt ein Schwer-

punkt der Politik der Bundesregierung. Für die Beteiligung an der beruflichen Bildung sollen etwa Jugendliche und Unternehmer mit Migrationshintergrund gezielt gewonnen werden. Die Bundesregierung setzt sich für einen besseren, benachteiligungsfreien Zugang von Frauen zu Existenz sichernder Erwerbsarbeit und zu Aufstiegsmöglichkeiten ein. Dazu gehört der Ausbau einer angemessenen Kinderbetreuung.

Im Bereich der Alterssicherung setzt die Bundesregierung auf eine Kombination aus gesetzlicher Rente, Betriebsrente und privater Eigenvorsorge. Durch eine starke erste Säule und attraktive Förderkonditionen für die zweite und die dritte Säule stabilisiert sie die materielle Sicherheit im Alter und sorgt für Generationengerechtigkeit. Mit der „Initiative 50 plus“ wird das Bestreben gefördert, die Fähigkeiten der Menschen ab 50 voll zu nutzen und das faktische Renteneintrittsalter deutlich zu erhöhen.

Im Bereich der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege orientiert sich die Bundesregierung am Leitbild der Sicherung eines leistungsfähigen und demografiefesten Gesundheitswesens mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung für die Patientinnen und Patienten sowie der Gewährung einer solidarischen und bedarfsgerechten Finanzierung. Das Leitbild einer menschlichen und qualitativ hochwertigen Pflege, Versorgung und Betreuung führt auch in Zukunft zu Hilfestellungen in Form der notwendigen Geld- und Sachleistungen für ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben der Pflegebedürftigen.

Teil II. Nationaler Aktionsplan soziale Integration

2.1 Zentrale Herausforderungen und prioritäre Handlungsfelder

2.1.1 Soziale Situation in Deutschland

Auch zu Beginn der zweiten Hälfte der Lissabon-Dekade blieb aufgrund der Wirtschaftsentwicklung die Lage am Arbeitsmarkt angespannt. Die Arbeitslosenquote betrug 2005 11,7% (Arbeitslosenquote der Frauen und Männer jeweils 11,7%). Die schwierige Situation am Arbeitsmarkt schlägt sich insbesondere im hohen Anteil der Langzeitarbeitslosen (12 Monate und länger arbeitslos) nieder: 36,3% aller Arbeitslosen waren langzeitarbeitslos (Männer: 36,5%, Frauen: 36,1%), 19,4% der Arbeitslosen sogar mindestens 2 Jahre (Männer: 19,3%, Frauen: 19,5%). Nach Berechnungen von Eurostat lag der Anteil der Langzeiterwerbslosen an den Erwerbspersonen in Deutschland überdurchschnittlich hoch bei 5,0% im Jahr 2005 (EU 25-Durchschnitt: 3,9%) und bei 3,2% bei den extrem Langzeiterwerbslosen (EU 25-Durchschnitt: 2,2%)³.

Nachdem im Jahr 2004 in Deutschland die Arbeitslosenquote der Jüngeren unter 25 Jahren fast zwei Prozentpunkte unter der entsprechenden Quote bezogen auf alle Altersgruppen gelegen hatte, lag sie im Jahresdurchschnitt 2005 mit 12,5% nur noch geringfügig unter der Arbeitslosenquote aller Altersgruppen bezogen auf die abhängigen zivilen Erwerbspersonen (13,0%).

Die Erwerbstätigenquote der über 55-Jährigen ist mit 45,4% (2005) immer noch deutlich zu niedrig.

Eine große Gruppe unter den Erwerbslosen bilden die Personen mit geringer Bildung und Ausbildung. Rund 1,6 Millionen bzw. 39,5% der Arbeitslosen in Deutschland hatten im Jahr 2005 keine Ausbildung. 9% der Jugendlichen eines Jahrgangs bleiben ohne Schulabschluss. Der Zusammenhang zwischen schulischer und beruflicher Bildung und Chancen am Arbeitsmarkt wird besonders deutlich bei Migrantinnen und Migranten: Im Jahr 2005 lag der Anteil der ausländischen Arbeitslosen ohne abgeschlossene Berufsausbildung bei 75,9%

³ Diese Angaben von EUROSTAT folgen der international vergleichbaren Erwerbslosigkeitsdefinition der IAO, die sich von der in Deutschland gebräuchlichen Abgrenzung von Arbeitslosigkeit nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) insofern unterscheidet, dass nach dem SGB Personen als arbeitslos registriert werden, die sich bei einer Arbeitsagentur, Arbeitsgemeinschaft oder optierenden Kommune arbeitslos gemeldet haben, keine Arbeit haben, oder weniger als 15 Stunden pro Woche arbeiten und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen. Bei der Arbeitslosigkeit nach IAO-Definition werden dagegen Bürger in Umfragen gefragt, ob sie keine Arbeit haben (nicht einmal eine Stunde pro Woche), Arbeit suchen und sofort eine Arbeit aufnehmen können. Eine Meldung bei einer Arbeitsagentur ist hier keine Voraussetzung.

aller ausländischen Arbeitslosen, der entsprechende Anteil der Deutschen bei 33,1%. Die Arbeitslosenquote dieser Gruppe ist von 17,2% (2001) auf 25,2% (2005) gestiegen. Von Arbeitslosigkeit stark betroffen sind darüber hinaus schwerbehinderte Menschen mit 18,2% (2005).

Die Armutsrisikoquote insgesamt ist den Ergebnissen des 2. Armuts- und Reichtumsberichts zufolge unter Verwendung der neuen OECD-Skala von 12,1% (1998) auf 13,5% (2003) gestiegen. Das Armutsrisiko korrespondiert dabei in erheblichem Umfang mit Arbeitslosigkeit (Armutsrisikoquote von Arbeitslosen lag 2003 bei 40,9%).

2.1.2 Erfolge in der bisherigen Politik und Herleitung der politischen Prioritäten für den Zeitraum 2006 – 2008

Der Abbau der Arbeitslosigkeit hat für die Bundesregierung allerhöchste Priorität. Deshalb verfolgt die Bundesregierung die im Nationalen Reformprogramm für 2006 – 2008 dargelegte Strategie für Wachstum und Beschäftigung weiter. Eine besondere Herausforderung ist es, die Teilhabe der Gruppen zu sichern, die am stärksten von sozialer und ökonomischer Ausgrenzung bedroht sind.

Angesichts der geringen Erwerbstätigenquote der über 55-Jährigen setzt die Bundesregierung einen Schwerpunkt ihrer Politik auf die Förderung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer. Eine besondere Herausforderung ist es darüber hinaus, die Jugendarbeitslosigkeit nachhaltig zu senken und zu verhindern, dass junge Menschen den beruflichen Anschluss verpassen und dadurch dem Risiko sozialer Ausgrenzung ausgesetzt sind. Im Einklang mit den beschäftigungspolitischen Leitlinien der Europäischen Union strebt die Bundesregierung an, die Anzahl der jungen Menschen ohne abgeschlossene Berufsausbildung bis zum Jahr 2010 nachhaltig zu reduzieren. Gleichzeitig setzt sie sich das Ziel, dass kein Jugendlicher unter 25 Jahren länger als drei Monate arbeitslos bleibt (im Jahresdurchschnitt 2005 waren es 4,8 Monate⁴). Zielgruppen mit besonderem Förderbedarf sind neben Jugendlichen mit Migrationshintergrund solche Jugendliche und junge Erwachsene, die aufgrund persönlicher, sozialer oder regionaler Gegebenheiten benachteiligt sind.

Größte Anstrengungen sind auch erforderlich zur Verringerung der Langzeitarbeitslosigkeit, von der in vielen Fällen ältere Arbeitnehmer und gering Qualifizierte betroffen sind. Die Bundesregierung will die Voraussetzungen dafür schaffen, dass für Personen mit geringer Bil-

⁴ Die vorliegende Auswertung beruht allein auf dem IT-Vermittlungssystem der Bundesagentur für Arbeit und beschränkt sich auf Kreise mit vollständigen Daten; die 69 Kreise mit zugelassenen kommunalen Trägern wurden in der Auswertung nicht einbezogen.

derung und Ausbildung durch eine Neuregelung des Niedriglohnsektors die Chancen auf den Zugang zum Arbeitsmarkt erhöht werden.

Wichtige arbeitsmarktpolitische Instrumente zur schnelleren Integration in Erwerbstätigkeit, die sich nach einer ersten Zwischenevaluierung der Gesetze für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz I-III) als erfolgreich erwiesen haben, sind die Förderung der beruflichen Weiterbildung, die Eingliederungszuschüsse und die Beauftragung von Trägern mit Eingliederungsmaßnahmen. Die ebenfalls erfolgreichen Instrumente zur Förderung der selbständigen Tätigkeit aus Arbeitslosigkeit (Überbrückungsgeld und Ich-AG) wurden nun zu einem neuen Instrument, dem Gründungszuschuss, weiterentwickelt und zusammengefasst.

Mangelnde Bildung und Ausbildung sind entscheidende Faktoren für den Verlust des Arbeitsplatzes und für ein erhöhtes Armutsrisiko. Laut 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung blieben 2003 in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen 1,36 Mio. oder 14,9% ohne beruflichen Bildungsabschluss. Überproportional und mit steigender Tendenz sind Jugendliche mit Migrationshintergrund vertreten.

Bildung ist der Schlüssel für individuelle Lebenschancen und kulturelle Teilhabe sowie für gesellschaftliche Entwicklung und Innovation. Ziel ist es daher, die Teilhabe aller an Bildung und Ausbildung zu ermöglichen und den engen Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Bildungserfolg aufzulösen. Die Ergebnisse der PISA-Studien 2000 und 2003 haben gezeigt, dass in keinem anderen der an der Studie beteiligten Länder der Zusammenhang zwischen etwa der Lesekompetenz und der sozialen Herkunft so eng ist wie in Deutschland. Die Chance des Besuchs eines Gymnasiums für ein Kind aus einem Elternhaus mit hohem sozialen Status war (2003) 3,1-mal höher als für ein Kind aus einer Facharbeiter-Familie. Bund und Länder unternehmen verstärkte Anstrengungen, um die Bildungsqualität und die Leistungsfähigkeit des deutschen Bildungssystems zu verbessern, optimale Bildungsmöglichkeiten für alle Kinder und Jugendlichen zu erreichen und damit zum Abbau sozialer Ausgrenzung sowie zur Herstellung von Chancengleichheit beizutragen.

Um die in Deutschland besonders starke Abhängigkeit des Lernerfolgs von der sozialen Herkunft und hier insbesondere auch dem Migrationshintergrund zu überwinden, ist die Verbesserung der frühen und individuellen Förderung von Kindern und Jugendlichen ein zentraler Ansatzpunkt. Dazu gehört wesentlich die Verbesserung früher sprachlicher Förderung der Kinder, die systematisch über alle Bildungsbereiche hinweg fortgeführt werden muss, sowie die Intensivierung der Zusammenarbeit von Kindergarten und Grundschule.

Das wichtigste Projekt für möglichst frühe und individuelle Förderung ist der Ausbau der Tagesbetreuung bis 2010 für Kinder unter drei Jahren. Im März 2004 betrug die Quote der unter Dreijährigen, die in Kindertageseinrichtungen betreut wurden, 11,0% (nach Angaben des Mikrozensus 2004). Frühkindliche Betreuung eröffnet gerade Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern aus Familien mit geringen Bildungsabschlüssen bessere Chancen, erfolgreich zu sein. Die Bundesregierung unterstützt die vielfältigen Maßnahmen in den Ländern zur Qualität in Kindertagesstätten u. a. durch Modellversuche, Evaluationsmaßnahmen, inhaltliche Impulse oder den regelmäßig durch eine Sachverständigenkommission erarbeiteten Kinder- und Jugendbericht.

Die gesellschaftliche Bedeutung ganztägiger Bildung, Erziehung und Betreuung ist in Deutschland deutlich gestiegen. Sowohl die Zahl der Ganztagsangebote als auch ihrer Nutzer hat sich in allen Schularten und in allen Ländern seit 2002 deutlich erhöht. Vom Schuljahr 2003/2004 bis 2005/2006 wurden durch die Initiative „Zukunft, Bildung und Betreuung“ (IZBB) knapp 5.000 neue Ganztagsangebote geschaffen. Von der Bundesregierung und den Ländern wird das Programm in mehreren Vorhaben fachlich begleitet und wissenschaftlich evaluiert.

Die Verbesserung der Rahmenbedingungen für lebenslanges Lernen über alle Altersphasen hinweg wird in Übereinstimmung mit den europäischen Zielen der Lissabon-Strategie als Priorität angesehen. Lebensbegleitende Weiterbildung als Schutz vor dem Verlust des Arbeitsplatzes soll mittelfristig die 4. Säule des Bildungssystems bilden. Dabei strebt die Bundesregierung an, die Weiterbildungsbeteiligung von sozial Benachteiligten besonders zu fördern.

Die unverändert niedrige Geburtenrate (1,36), die immer noch schwer zu realisierende Vereinbarkeit von Familie und Beruf und das Armutsrisiko von allein Erziehenden sind Zeichen des Ausgrenzungsrisikos, mit dem Familien in Deutschland konfrontiert sein können. Allein Erziehende hatten auch 2003 eine unverändert hohe Armutsrisikoquote von 35,4%. Die Armutsrisikoquote von Kindern i. H. v. 15% (neue OECD-Skala) bzw. 18,6% (alte OECD-Skala) liegt nur leicht über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Kinder unter 15 Jahren weisen allerdings eine deutlich höhere Sozialhilfequote von 8,1% (Ende 2004) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (3,5%) auf. Der inzwischen vollzogene Perspektiv- und Paradigmenwechsel in der Familienpolitik ist darauf ausgerichtet, die zielgerichtete Gestaltung finanzieller Leistungen für Familien durch den Ausbau einer familiengerechten Infrastruktur zu ergänzen. Mit der Reform des Arbeitsmarktes wurde Anfang 2005 die Grundsicherung für Erwerbsfähige eingeführt. Seitdem weist die Statistik nicht nur die Empfänger der Leistungen, sondern auch

deren Angehörige aus. Dies gilt auch für Kinder, die bis 2004 in der Sozialhilfestatistik und nun in der Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende geführt werden. Anfang 2006 bezogen 1,8 Mio. Kinder unter 15 Jahren unterstützende Leistungen.

Die Bundesregierung stellt sich daher der Aufgabe, die Armut von Familien und Kindern präventiv zu bekämpfen. Mit ihrer Politik will sie erreichen, dass jungen Menschen die Entscheidung für Kinder erleichtert, die wirtschaftliche Stabilität von Familien gestärkt und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewährleistet wird. Zugleich sind die Förderung besonders benachteiligter Jugendlicher und sozial benachteiligte Gruppen in städtischen Räumen Herausforderungen insbesondere für Länder und Kommunen.

Migration und Integration von Zuwanderern sind zentrale Herausforderungen in unserer Zeit. Personen mit Migrationshintergrund tragen ein besonders hohes Arbeitsmarkt- und folglich ein erhöhtes Armutsrisiko. Ihr Armutsrisiko ist zwischen 1998 und 2003 von 19,6% auf 24% gestiegen und liegt damit deutlich über der Armutsrisikoquote der Gesamtbevölkerung.

Dies ist trotz erheblicher Anstrengungen von Bund, Ländern und Kommunen Folge der vergleichsweise schlechteren Bildungsabschlüsse von Kindern mit Migrationshintergrund. Dies zeigt sich auch beim Besuch der unterschiedlichen Schulformen: Einen Hauptschulabschluss im Jahr 2004 erreichten laut Angaben des Bildungsberichtes 32,3% der deutschen Schüler/ 23,8% der deutschen Schülerinnen gegenüber 45,3% der ausländischen Schüler/ 41,2% der ausländischen Schülerinnen mit Migrationshintergrund. Die allgemeine Hochschulreife erreichten 26,3% der deutschen Schulabgänger/ 34,9% der deutschen Schulabgängerinnen, aber nur 8,1% der ausländischen Schulabgänger/ 10,3% der ausländischen Schulabgängerinnen. Auch verfügen Jugendliche mit Migrationshintergrund immer noch viel zu selten über formale Berufsabschlüsse (die Ausbildungsquote von Ausländern lag 2004 nur bei 25,2%). Mangelnde Bildungsbeteiligung ist weiterhin vielfach Folge unzureichender Sprachkenntnisse.

Auch nach dem Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes Anfang 2005 bleibt die Integration von Migrantinnen und Migranten ein Schwerpunkt der Politik der Bundesregierung. Eine zentrale Aufgabe zur Stärkung der sozialen und ökonomischen Teilhabe von Migrantinnen und Migranten ist die Neukonzeption von Bildungs- und Betreuungsangeboten für Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung ihrer Eltern, die Verbesserung ihrer Ausbildung und ihre Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt. Dabei soll auch geschlechtsspezifischen Fragen verstärkt Rechnung getragen werden, sowohl der besonderen Situation von Frauen und Mädchen als auch der Problematik von Jungen und jungen Männern mit Migrationshintergrund.

Positive Wirkung zeigt die mit dem Zuwanderungsgesetz eingeführte bundeseinheitliche Förderung durch Integrationskurse: 2005 haben 115.000 Personen Sprachkurse begonnen, ca. 29.000 haben sie bereits abgeschlossen und sich damit einen besseren Zugang zu Bildung und Beruf geschaffen.

Die Politik der Bundesregierung hat die Grundlagen dafür geschaffen, dass behinderte Menschen ihr Leben so weit wie möglich in freier Selbstbestimmung gestalten können und am Leben in der Gesellschaft umfassend teilhaben. Trotz vieler Fortschritte auf dem Gebiet der Behindertenpolitik bleibt die Herausforderung bestehen, die Chancengleichheit von behinderten gegenüber nicht behinderten Menschen zu verbessern. Obwohl in den letzten Jahren die besonderen Instrumente zur Förderung von Ausbildung und Beschäftigung behinderter und schwerbehinderter Menschen verändert oder neu geschaffen wurden, ist die Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben nach wie vor nicht zufrieden stellend. Vor dem Hintergrund einer schlechteren wirtschaftlichen Situation erhöhte sich ihre spezifische Arbeitslosenquote von 14,5% im Jahre 2002 auf 18,2% im Jahre 2005.

Ein weiteres Augenmerk gilt den besonders von Armut betroffenen Personengruppen. Die gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten dieser Personen sind stark eingeschränkt, wenn sich Armut im Lebensverlauf verfestigt und eine mehrfache Betroffenheit durch Problemlagen wie Langzeitarbeitslosigkeit, Einkommensarmut, Wohnungslosigkeit, Suchtmittelabhängigkeit und Straffälligkeit sowie gesundheitliche Einschränkungen vorliegt. Verbunden mit dieser extremen Armut ist vielfach ein stark eingeschränkter Zugang zu den Hilfesystemen und -angeboten. Im bundesrechtlichen Rahmen sind die Möglichkeiten für vielfältige Hilfsangebote sozialstaatlicher Institutionen geschaffen. Neben den beteiligten Institutionen aller staatlichen Ebenen füllen zahlreiche Gruppen, Initiativen, Vereine, Stiftungen, soziale Dienste und Einrichtungen der Zivilgesellschaft diesen Rahmen aus. Sie nehmen sich der Problematik extremer Armut an und organisieren professionelle und ehrenamtliche Hilfe sowie Hilfe zur Selbsthilfe. Ein Großteil dieser Hilfen findet unter dem Dach der Freien Wohlfahrtspflege statt. Die Zahl der Wohnungslosen ist bedingt durch den erfolgreichen Einsatz vorbeugender Maßnahmen von Kommunen und Freier Wohlfahrtspflege von 530.000 im Jahr 1998 auf 292.000 im Jahr 2004 gesunken.

2.2 Nationale politischen Prioritäten und Maßnahmen bei der Umsetzung der Ziele (d) und (e) Gesellschaftliche Teilhabe aller sichern und soziale Eingliederung stärken

2.2.1 Planungen für die Verwendung der ESF-Fördermittel 2007 – 2013

Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Planungen für die ESF-Förderperiode 2007 – 2013 können zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieses Berichts (Mitte Juli 2006) noch keine konkreten Programminhalte benannt werden. Nach dem derzeitigen Planungsstand sollen u. a. Sprachkurse für Migranten, die Integration benachteiligter Jugendlicher und Schulverweigerer, bessere Chancen für behinderte Menschen auf dem Arbeitsmarkt, Lebenslanges Lernen sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gefördert werden.

2.2.2 Erhöhung der Arbeitsmarktbeteiligung

Der Abbau der hohen Arbeitslosigkeit ist die zentrale gesellschaftspolitische Herausforderung in Deutschland. Mit dem Job-AQTIV-Gesetz (2002), dem Ersten bis Dritten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (2003 und 2004) sowie dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (2005) (Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige in der Grundsicherung für Arbeitssuchende, dem Sozialgesetzbuch II) ist die Arbeitsmarktpolitik in Deutschland inhaltlich und organisatorisch völlig neu ausgerichtet worden. Es wurde ein zweistufiges System geschaffen, das zum einen mit der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) nach dem Sozialgesetzbuch ein beitragsfinanziertes Versicherungssystem umfasst und zum anderen aus der steuerfinanzierten Grundsicherung für Arbeitssuchende besteht (Sozialgesetzbuch II), die sich an der Bedürftigkeit der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen orientiert und auf die Überwindung der Hilfebedürftigkeit abstellt. Ziel ist die Förderung der nachhaltigen Integration von Arbeitslosen in den Arbeitsmarkt. Nachdem das neue SGB II-System 2005 eingeführt wurde, gilt es nunmehr die Leistungsfähigkeit des Systems weiter zu erhöhen und die Umsetzung zu optimieren. Hierzu dienen auch gesetzgeberische Maßnahmen, die die Bundesregierung in 2006 umgesetzt hat (siehe Umsetzungsbericht 2006 des deutschen Nationalen Reformprogramms).

Hohe Priorität in der Beschäftigungspolitik hat angesichts der großen Zahl Erwerbsfähiger mit geringer Ausbildung die Beschäftigung gering qualifizierter Menschen. Neben der Notwendigkeit, den Zugang und die Beteiligung dieser Gruppen an Weiterbildungsmaßnahmen zu verbessern, soll gering qualifizierten Menschen mehr als bisher die Möglichkeit zur Einkommenserzielung durch Erwerbstätigkeit gegeben werden, um somit vor Armut und sozialer Ausgrenzung geschützt zu sein. Dazu werden so genannte Kombilohnmodelle und deren Wechselwirkungen mit dem Steuer- und Abgabensystem geprüft. Die bestehenden Pro-

gramme und Maßnahmen zur Lohnergänzung sollen gebündelt und in einem Förderansatz zusammengefasst werden. Bis Herbst 2006 werden konkrete Vorschläge erarbeitet.

Um die zu geringe Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer zu fördern, wurden die Ende 2002 eingeführten und bis 31. Dezember 2005 befristeten besonderen arbeitsmarktpolitischen Instrumente für Ältere (Förderung der Weiterbildung für Arbeitnehmer ab 50 Jahren, Entgeltsicherung für Arbeitnehmer ab 50 Jahren und Befreiung des Arbeitgebers von den Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung bei Einstellung eines Arbeitnehmers ab 55 Jahren) um ein bzw. zwei Jahre verlängert. Hinzu kommen weitere arbeitsmarktpolitische Programme: So werden bis zu 30.000 Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (Zusatzjobs) für Langzeitarbeitslose ab 58 Jahren mit einer bis zu dreijährigen Dauer gefördert. Das Bundesprogramm wird auf lokaler Ebene von den Arbeitsgemeinschaften sowie zugelassenen kommunalen Trägern und den Arbeitsagenturen umgesetzt. Das Bundesprogramm „Perspektive 50 plus – Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen“ richtet sich an Langzeitarbeitslose ab 50 Jahren und trägt dazu bei, diese dauerhaft in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren. Gefördert werden – über einen Zeitraum von zwei Jahren und mit einem Volumen von 250 Mio. Euro – bundesweit 62 Regionalprojekte. Über das Sonderprogramm „Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter Älterer in Unternehmen“ wird eine Anschubfinanzierung für Weiterbildung vor allem in kleinen und mittleren Unternehmen bereitgestellt. Aber auch die Unternehmen selbst sind aufgerufen, verstärkt in die Qualifizierung ihrer Mitarbeiter zu investieren.

Mit einem Maßnahmenpaket begegnet die Bundesregierung der Herausforderung, die Ausbildungs- und Beschäftigungschancen von Jugendlichen deutlich zu verbessern und die Jugendarbeitslosigkeit weiter zu senken. Um das Ziel, dass in Zukunft kein Jugendlicher länger als drei Monate arbeitslos sein soll, zu erreichen, wird die Beratung und Vermittlung der Agenturen für Arbeit optimiert, die neue Grundsicherung für Arbeitsuchende umgesetzt sowie die umfassenden aktiven Leistungen der Arbeitsförderung und der Grundsicherung konsequent eingesetzt. Danach sind Jugendliche unter 25 Jahren unverzüglich nach Antragstellung auf Leistungen der Grundsicherung in eine Arbeit, eine Ausbildung oder eine Arbeitsgelegenheit zu vermitteln. Hilfebedürftige ohne Berufsabschluss werden vorrangig in Ausbildung vermittelt. Erwerbsfähige Hilfebedürftige haben einen persönlichen Ansprechpartner, der intensive Betreuung bei der Integration in Ausbildung oder Beschäftigung und umfassende Hilfen einschließlich der Wohnungssuche, der Schuldner- und der Suchtberatung bietet. Im Jahr 2005 standen hierfür fast 7 Mrd. Euro zur Verfügung. So konnten jahresdurchschnittlich rund 550.000 Jugendliche unterstützt werden. Beispiele aus den Arbeitsgemeinschaften zeigen, dass Erfolge möglich sind. Nach dem Grundsatz des „Förderns und

Forderns“ steht einer intensiven Betreuung arbeitsloser Jugendlicher eine Pflicht der jungen Menschen gegenüber, in einer Eingliederungsvereinbarung verabredete Verpflichtungen zu Eigenbemühungen auch einzuhalten.

Da die Hauptursache für das besonders hohe Arbeitsmarktrisiko von Migrantinnen und Migranten vor allem Defizite bei der sprachlichen Kompetenz sowie der schulischen und beruflichen Qualifikation sind, sollen Maßnahmen zur beruflichen Integration dieser Gruppe an diesen spezifischen Defiziten ansetzen und alle diejenigen erfassen, die eine Bleibeperspektive in Deutschland haben. Unter Anwendung aller bestehenden individuellen arbeitsmarktpolitischen Instrumente – unterstützt durch ein seit 2005 neu geschaffenes Beratungs- und Informationsnetzwerk für Migranten, das aus der Gemeinschaftsinitiative EQUAL kofinanziert wird – sollen das Qualifizierungspotential, aber auch vorhandene Kompetenzen von Personen mit Migrationshintergrund für den Arbeitsmarkt stärker erschlossen werden.

Die berufliche und soziale Integration von besonders am Arbeitsmarkt benachteiligten Personen zu verbessern und kleine, lokale Initiativen zur verstärkten Nutzung der örtlichen Beschäftigungspotenziale zu fördern, ist Ziel des über ESF-Mittel finanzierten (rund 87 Mio. Euro von 2003 – 2007) und erfolgreichen Bundesprogramms „Lokales Kapital für Soziale Zwecke“ (LOS). Hier spielen auch die entsprechenden Programme auf Länderebene, die sich vielfach auf lokale Initiativen in siedlungsarmen Gebieten richten, eine wichtige Rolle.

Auf Länderebene wird die Erhöhung der Arbeitsmarktbeteiligung besonders benachteiligter Gruppen durch eine Vielzahl von Maßnahmen im Rahmen des ESF-Schwerpunktes „Förderung von Zielgruppen mit besonderen Vermittlungshemmnissen“ angestrebt. Die Projekte richten sich insbesondere an Jugendliche mit besonderen Schwierigkeiten, Langzeitarbeitslose, ältere Arbeitnehmer, Migranten. So werden in Mecklenburg-Vorpommern sozialpädagogisch begleitete Bildungs- und Eingliederungsprojekte für sozial benachteiligte oder individuell beeinträchtigte nicht vollzeitschulpflichtige junge Menschen durchgeführt. Das Ziel ist die Aufnahme einer beruflichen Ausbildung oder einer berufsvorbereitenden Fördermaßnahme oder die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. In Brandenburg und Nordrhein-Westfalen werden z. B. Projekte zur Förderung der Qualifizierung und Verbesserung der Vermittlungschancen von Strafgefangenen durchgeführt. Diesem Ziel dient auch ein sehr erfolgreiches Netzwerk von Entwicklungspartnerschaften, die im sogenannten RESO-Nordverbund zusammengeschlossen sind und die aus der Gemeinschaftsinitiative EQUAL kofinanziert werden.

2.2.3 Abbau von Benachteiligungen in Bildung und Ausbildung

Um den engen Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Bildungserfolg aufzulösen und die Chancengleichheit in der Schul- und Hochschulbildung zu stärken, setzt die Bundesregierung in Zusammenarbeit mit den für die Bildung zuständigen Ländern den Schwerpunkt vor allem auf bessere Betreuung sowie frühe und individuelle Förderung. Im Zentrum der Initiativen steht die ganztägige Bildung und Erziehung für Kinder aller Altersgruppen. Im Sinne der frühen Förderung wird mit dem Anfang 2005 in Kraft getretenen Tagesbetreuungs- ausbaugesetz (TAG) der Ausbau der Angebotsstruktur für die Betreuung der Kinder unter drei Jahren festgeschrieben und der Förderauftrag in der frühen Phase der Betreuung gestärkt. Ziel ist es, 230.000 zusätzliche Betreuungsplätze für unter Dreijährige bis 2010 bereit zu stellen. Die Bundesregierung stellt dafür 1,5 Mrd. Euro bereit. Der Bericht der Bundesregierung über den Stand des Ausbaus für ein bedarfsgerechtes Angebot an Kindertages- betreuung für Kinder unter drei Jahren zeigt, dass 2006 im Bundesdurchschnitt fast jedes siebte Kind unter drei Jahren einen Platz hat, während dies vor vier Jahren nur auf jedes zehnte Kind zutraf. Zeichnet sich bis 2008 ab, dass das Ausbauziel von 10% der Kommunen bis Oktober 2010 nicht erreicht wird, soll der bestehende Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für Kinder ab Vollendung des 3. Lebensjahres auf alle Kinder ab dem 2. Lebensjahr ausgeweitet werden. In Thüringen besteht bereits seit dem 1. Januar 2006 ein Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz ab dem 2. Lebensjahr. In Rheinland-Pfalz besteht dieser Anspruch ab 2010.

Der Besuch des Kindergartens für drei- bis sechsjährige Kinder ist insbesondere mit Blick auf die Sprachförderung vor der Schule von entscheidender Bedeutung. Der großen Bedeutung der frühen Förderung werden die Länder gerecht, indem sie die eingeleiteten, langfristig wirksamen Maßnahmen zur Stärkung des Bildungsauftrags der Kindertagesstätten und zur Verbesserung der sprachlichen Kompetenz insbesondere der Kinder mit Migrationshintergrund bereits im Vorschulalter und im weiteren Verlauf der Schulzeit intensivieren. In Bayern wurde im Rahmen des Bayerischen Bildungs- und Erziehungsplans als zusätzliche Sprachfördermaßnahme für Kinder mit Migrationshintergrund im letzten Kindergartenjahr ein Vorkurs mit 160 Stunden eingerichtet, den sich Kindergarten und Grundschule je zur Hälfte teilen. Nordrhein-Westfalen sieht ab 2007 ein flächendeckendes Sprachstandsfeststellungsverfahren zwei Jahre vor der Einschulung und ggf. anschließende Sprachförderung vor. In Sachsen wurde ab 2006 das letzte Kindergartenjahr als Schulvorbereitungsjahr eingeführt. Darüber hinaus wurde ein umfangreicher Bildungsleitfaden entwickelt, an dem sich zukünftig die Betreuung und Erziehung der Kinder in den Kindertagesstätten orientieren soll. In Mecklenburg-Vorpommern wird derzeit die Vorschulbildungskonzeption zu einer Gesamtkonzeption als Rahmenplan für die frühkindliche Bildung in allen vorschulischen Alters-

stufen weiter entwickelt. Das Land Hessen hat die Haushaltsmittel für die Schaffung zusätzlicher Betreuungsmöglichkeiten bereits für 2006 erheblich gesteigert. Mit den beiden vorschulischen Sprachförderprogrammen „Sprachförderung im Kindergartenalter“ und den „Schulischen Vorlaufkursen“ hat es ein flächendeckendes vorschulisches Angebot entwickelt, in dem Erzieherinnen und Erzieher durch Fortbildungen als Sprachvermittler für Kinder im Kindergartenalter ohne ausreichende Deutschkenntnisse gefördert werden.

Ein wichtiges Förderinstrument für die Gewährleistung ganztägiger schulischer Bildung, Erziehung und Betreuung ist das Programm „Zukunft, Bildung und Betreuung“ (IZBB), mit dem der Bund den Ländern vier Milliarden Euro für den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von Ganztagschulen zur Verfügung stellt. Die Investitionsmittel dienen: (1) dem Aufbau neuer Ganztagschulen, (2) der Schaffung zusätzlicher Plätze an bestehenden Ganztagschulen und (3) der qualitativen Weiterentwicklung bestehender Ganztagschulen (siehe auch unter Punkt 2.1.2).

Darüber hinaus führen Bund und Länder verschiedene gemeinsame Maßnahmen durch, die der Förderung von Sprach-, Lese- und Schreibkompetenz, der mathematisch-naturwissenschaftlichen Kompetenz und der Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund dienen. Das Bund-Länder-Programm „Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – FörMig“, an dem Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein beteiligt sind, zielt auf eine bessere Sprachförderung auf der Basis individueller Sprachstandsfeststellung und auf eine durchgängige Sprachförderung vom Kindergarten bis zum Übergang in die Berufsausbildung.

Die Bundesregierung verfolgt das Ziel, dass jeder ausbildungswillige und -fähige Jugendliche ein Ausbildungsangebot erhält. Durch die Auswertung und Aufbereitung der Erfahrungen und Ergebnisse des bis Ende 2006 laufenden Programms „Kompetenzen fördern – Berufliche Qualifizierung für Zielgruppen mit besonderem Förderprogramm“ (BQJ) soll eine möglichst umfassende Verbreitung transferierbarer Ergebnisse erreicht werden. Darüber hinaus plant die Bundesregierung ein weiteres Programm zur Nachqualifizierung, das individuelle und flexible Qualifizierungswege eröffnen soll. Unter Nutzung vorhandener Kompetenzen und mit individuellen Qualifizierungsangeboten soll beschäftigungsbegleitend ein Berufsabschluss ermöglicht werden.

Vor dem Hintergrund der weiterhin angespannten Ausbildungssituation wird die Bundesregierung die Wirtschaft auch weiterhin bei ihren Anstrengungen, ein der Nachfrage entspre-

chendes Ausbildungsplatzangebot bereit zu stellen, durch entsprechende Rahmenbedingungen unterstützen und den 2004 mit den Spitzenverbänden der Wirtschaft geschlossenen Nationalen Pakt für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs fortführen. Darin haben sich die Wirtschaftsverbände verpflichtet, jährlich jeweils 30.000 neue Ausbildungsplätze einzuwerben und 25.000 Plätze für betrieblich durchgeführte Einstiegsqualifizierungen für Ausbildungsbewerber bereitzustellen. Diese Anstrengungen flankiert die Bundesregierung mit dem Sonderprogramm zur Einstiegsqualifizierung Jugendlicher (EQJ-Programm) für Jugendliche, die auch nach den bundesweiten Nachvermittlungsaktionen keinen Ausbildungsplatz haben, oder aus individuellen Gründen eingeschränkte Vermittlungsperspektiven aufweisen. Die als Brücke in die Berufsausbildung entwickelte sechs- bis zwölfmonatige Einstiegsqualifizierung soll Grundkenntnisse und -fertigkeiten für die erfolgreiche Absolvierung einer Berufsausbildung vermitteln. Erste Ergebnisse aus der Begleitforschung zeigen, dass die beteiligten Jugendlichen anschließend bessere Chancen auf eine betriebliche Berufsausbildung haben. Gegenwärtig wird geprüft, das erfolgreiche Sonderprogramm zur Einstiegsqualifizierung Jugendlicher (EQJ-Programm) über 2007 hinaus fortzuführen.

Im Rahmen des Ausbildungspaktes sollen auch Fragen der Ausbildungsfähigkeit und Möglichkeiten der tariflichen Vereinbarungen (wie branchenbezogene Umlagefinanzierung der Qualifizierungsmaßnahmen) berücksichtigt werden. Gleichzeitig soll das System der beruflichen Bildung in einer breit angelegten Strukturinitiative weiterentwickelt werden. Hierzu werden zurzeit konkrete Vorschläge auch im Innovationskreis Berufliche Bildung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung erörtert.

Flankierend hat die Bundesregierung Ende 2005 das neue Strukturprogramm „Jobstarter“ aufgelegt. Ziel des Programms bis 2010 ist die strukturelle Stärkung des betrieblichen Angebots in den Regionen. Dabei sollen vor allem bisher nicht ausbildende kleine und mittelständische Unternehmen in Ausbildungsverbänden zusammengebracht, Ausbildungsplätze in innovativen Technologien und Wachstumsbranchen gefördert und das Ausbildungsplatzpotenzial bei Unternehmern mit Migrationshintergrund ausgeschöpft werden. Im Hinblick auf die problematische Arbeitsmarktlage in den neuen Ländern – vor allem die hohe Jugendarbeitslosigkeit – ist die Fortführung des Ausbildungsprogramms Ost geplant, das die Bereitstellung zusätzlicher betriebsnaher Ausbildungsplätze in den neuen Ländern sichert.

Eine besondere Herausforderung ist es, spezielle Angebote für die 9% Jugendlichen eines Jahrgangs zu entwickeln, die ohne Schulabschluss bleiben und deren berufliche und soziale Integration gefährdet ist. Dies betrifft u. a. Jugendliche mit Migrationshintergrund (19,2% verließen 2003 die allgemein bildende Schule ohne Abschluss). Das Programm „Zweite Chance

für Schulverweigerer“ zielt auf die Reintegration von Schulverweigerern in Schulen und begleitet diese über einen Schulabschluss hinaus bis zur beruflichen Integration, insbesondere durch eine betriebliche oder überbetriebliche Ausbildung. Das Programm ist Mitte 2006 gestartet und wird bis Ende 2007 aus der laufenden Förderperiode des ESF finanziert. Es soll mit 1000 Jugendlichen pro Jahr an Hauptschulen erprobt werden. Geplant ist, das Programm auf einer lokalen Koalition von Schule, Jugendamt und Polizei in Zusammenarbeit mit Trägern der Jugendsozialarbeit umzusetzen und auch in der kommenden Förderperiode aus ESF-Mitteln kofinanzieren.

Um die Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu erhalten, ist es unverzichtbar, dass diese ihr Wissen kontinuierlich erneuern. Daher wollen die Bundesregierung und die Länder die Rahmenbedingungen für Lebenslanges Lernen und lebensbegleitende Weiterbildung optimieren. Als Kernstück des nationalen Aktionsprogramms Lebenslanges Lernen werden bis Ende 2007 mit dem Programm „Lernende Regionen – Förderung von Netzwerken“ 118 Mio. Euro (ESF-Anteil: 51 Mio. Euro) zur Verfügung stehen.

Allgemeine und berufliche Aus- und Weiterbildung sollen in Zukunft stärker miteinander verzahnt und die Durchlässigkeit zwischen den Bildungsbereichen erhöht werden. Hierzu soll die Anerkennung und Zertifizierung auch informell und nicht-formal erworbener Kompetenzen gesichert werden. Zudem muss auch auf Seiten der Unternehmen die Bereitschaft zur Weiterbildung ihrer Mitarbeiter erhöht werden, da das Bewusstsein über die Bedeutung von Weiterbildung für die langfristige Wettbewerbsfähigkeit bei vielen kleinen und mittleren Unternehmen noch zu wenig ausgeprägt ist. Mit einer Weiterbildungsoffensive für den Mittelstand unterstützt z. B. das Land Niedersachsen die Weiterbildungsanstrengungen in mittelständischen Unternehmen.

Zu den entscheidenden Voraussetzungen für eine Erhöhung der Bildungsbeteiligung zählt auch die Finanzierung des Lebenslangen Lernens. Mit dem so genannten „Bildungssparen“ beabsichtigt die Bundesregierung, haushaltsneutral ein Finanzierungsinstrument zu entwickeln, das Anreize für die Allgemeinheit, die Wirtschaft und die Einzelnen setzt, sich finanziell stärker an der berufsbegleitenden Weiterbildung zu beteiligen. Die Bundesregierung hat im Verbund mit den Ländern die „Strategie für das Lebenslange Lernen in der Bundesrepublik Deutschland“ verabschiedet, mit der die Weiterentwicklung des Bildungswesens offensiv betrieben werden soll. Damit alle Interessierten gleichermaßen Zugang zu Fort- und Weiterbildung erhalten, soll Weiterbildung mittelfristig zur 4. Säule des Bildungssystems werden.

2.2.4 Bausteine einer modernen Kinder- und Familienpolitik unter besonderer Berücksichtigung der Beseitigung von Kinderarmut

Um die Risiken der sozialen Ausgrenzung von Familien zu reduzieren und Chancen- und Teilhabegerechtigkeit für Familien zu stärken, setzt die Bundesregierung neue Prioritäten in ihrer Familienpolitik. Sie wird die Rahmenbedingungen mit dem Ziel verändern, den besonderen finanziellen Belastungen und Risiken von Familien Rechnung zu tragen und Armutsrisiken zu verringern, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu fördern und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Herkunft eines Kindes nicht eine Vorabentscheidung über seine Bildungs- und Lebenschancen bedeutet.

Die Bundesregierung wird ein Elterngeld einführen, das ab 2007 an die Stelle des bisherigen Erziehungsgeldes tritt. Es soll nachhaltig und wirksam der Vermeidung von Einkommenseinbrüchen, der Eröffnung tatsächlicher Wahlmöglichkeiten einer Betreuung zwischen Vätern und Müttern sowie der Förderung der wirtschaftlichen Selbständigkeit beider Elternteile dienen. Das Elterngeld für Geburten ab 2007 wird für 12 Monate 67% des vorherigen Nettoeinkommens des betreuenden Elternteils betragen (max. 1.800 Euro/Monat). Wenn der andere Elternteil, in der Regel der Vater, auch bereit ist, für die Betreuung des Kindes ganz oder teilweise auf seine Erwerbstätigkeit zu verzichten, kann die Bezugsdauer des Elterngeldes auf maximal 14 Monate verlängert werden. Für Eltern mit geringem Einkommen oder für nichterwerbstätige Eltern wird es eine Mindestleistung in Höhe von 300 Euro geben. Auch allein Erziehende profitieren von dem Elterngeld, weil es ihre ökonomische Eigenständigkeit bei einer Erwerbsunterbrechung sichert.

Zum Schutz vor finanziellen Risiken für Familien mit geringen Einkommen hat die Bundesregierung 2005 den Kinderzuschlag eingeführt, damit diese Familien nicht mehr auf ergänzende Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende angewiesen sind. Er bekämpft das Armutsrisiko und erhöht die Ausstiegsanreize aus der Arbeitslosigkeit. Der Kinderzuschlag soll durch eine Vereinfachung des Antragsverfahrens und eine Flexibilisierung des Instruments verbessert werden.

Insbesondere für Familien mit sozialen Risiken müssen Angebote entwickelt werden, die den Kindern bessere Teilhabe- und Bildungschancen bieten und den Müttern und Vätern die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen. Kinder- und Jugendhilfe, Kindertagesstätten und Schulen, Erziehungs- und Gesundheitsberatung sowie Einrichtungen der Familienbildung in den Ländern und Kommunen werden deshalb stärker auf die Prävention von Kinderarmut ausgerichtet.

Zukünftig sollen Eltern nicht aus finanziellen Gründen davon abgehalten werden, ihren Kindern den Besuch eines Kindergartens und eine gute Förderung zu ermöglichen. Die Bundesregierung wird gemeinsam mit den Ländern und Kommunen nach Wegen suchen, die bereits in einigen Ländern vorgesehene bzw. umgesetzte Gebührenbefreiung im letzten Kindergartenjahr bundesweit zu realisieren. Infolge der Abschaffung des Elternbeitrages im dritten Kindergartenjahr im Saarland und in Rheinland-Pfalz besuchen dort nun faktisch alle Kinder in diesem Alter den Kindergarten. Auch der Besuch der Kinder mit Migrationshintergrund hat sich deutlich verbessert.

Um Familien in prekären Lebenslagen zu unterstützen, brauchen Kinder mit sozialen und gesundheitlichen Risiken Förderung von Anfang an. Dazu müssen Hilfen für die betroffenen Kinder und Familien früher, verlässlicher und vernetzter einsetzen. Die Bundesregierung startet zu diesem Zweck das Projekt „Frühe Förderung für Eltern und Kinder / Soziale Frühwarnsysteme“. Für die Umsetzung des Projekts werden 10 Mio. Euro in den nächsten fünf Jahren bereitgestellt. Damit werden Modellprogramme initiiert, gefördert, begleitet und evaluiert.

In den Ländern werden z. T. eigene Programme zur Förderung von Familien und zur Beseitigung von Kinderarmut aufgelegt. So hat das Land Brandenburg im Programm „Familien und Kinder haben Vorrang“ Leitlinien und zentrale Ziele formuliert, um ein familien- und kinderfreundliches Umfeld zu schaffen. Thüringen hat einen umfassenden Katalog familienpolitischer Leistungen entwickelt, die zu einer Verringerung der Armutsrisiken von Familien beitragen. Dazu zählen das Erziehungsgeld zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr, 14 Familienzentren, die als Netzwerke vor Ort Beratung, Information und Kontakt anbieten sowie die Förderung der Familienerholung für Familien in schwierigen Lebenslagen. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es neben dem Landesprogramm „Eltern stark machen“ ein bundesweit einmaliges Netz an zehn multifunktionalen Familienzentren, die niederschwellige Beratungs-, Bildungs-, Betreuungs- und Begegnungsangebote bereitstellen, sowie die Landesstiftung „Hilfen für Frauen und Familien“, die in Not geratenen Familien, Frauen und allein Erziehenden spezielle Hilfen in Form von zinsfreien Darlehen oder Zuwendungen bietet. Der Freistaat Bayern gewährt im dritten Lebensjahr ein einkommensabhängiges und nach der Anzahl der Kinder gestaffeltes Landeserziehungsgeld, von dem aufgrund der Einkommensgrenzen ausschließlich Familien mit geringem Einkommen profitieren.

Der Herausforderung, spezifische Angebote für die berufliche und soziale Integration besonders benachteiligter Jugendlicher an sozialen Brennpunkten zu bieten, ist die Bundesregierung mit der bundesweiten Einrichtung von Kompetenzagenturen begegnet. Das seit 2003

von der Bundesregierung geförderte Modellprogramm „Kompetenzagenturen“ arbeitet wirkungsvoll: Bis zum Oktober 2005 wurden 4758 Jugendliche beraten, von denen über 63% ein intensives und langfristiges Fall-Management benötigten. Nach Ablauf des Modellprogramms im September 2006 können 15 von 16 Kompetenzagenturen weitergeführt werden.

In Mecklenburg-Vorpommern werden auf der Struktur der Kompetenzagentur aufbauend in einem Landesmodellprojekt weitere Agenturen beruflicher Integration Jugendlicher mit Mitteln des ESF erprobt. Da der Umgang mit neuen Medien ein wesentliches Element sozialer Integration und gesellschaftlicher Teilhabe geworden ist, wurden in Mecklenburg-Vorpommern zudem 18 „Service-Points“ – Internetcafés mit pädagogischer Begleitung – eingerichtet. Insbesondere an nicht organisierte junge Menschen und junge Menschen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen richtet sich die landesweite Beteiligungswerkstatt „misch-dich-ein“. Dieses Projekt zur Stärkung der gesellschaftlichen Partizipation zielt darauf ab, stärker auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen einzugehen und sie in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, um sie nachhaltig in das Gemeinwesen zu integrieren. Als besonders erfolgreicher Weg zur sozialen und beruflichen Integration benachteiligter junger Menschen hat sich das Bayerische Förderprogramm Jugendsozialarbeit an Schulen erwiesen. Eine Umfrage unter den Jugendämtern belegt hohe Erfolge: An den beteiligten Schulen wurde eine Gewaltreduzierung von 52% und eine Verbesserung des Übergangs in den Arbeitsmarkt um 45% festgestellt. Daher hat Bayern ein Regelförderprogramm beschlossen, das die Einrichtung von insgesamt bis zu 350 Stellen an bis zu 500 Haupt-, Förder- und Berufsschulen innerhalb von 10 Jahren beginnend mit 2003 vorsieht.

Sozial stark benachteiligte Gruppen leben häufig in Stadtquartieren, in denen sich ökonomische, soziale und bauliche Probleme konzentrieren und in der Folge auch Integrationshemmnisse verschärfen können. Um solchen Entwicklungen entgegenzuwirken, wurde 1999 im Rahmen der Städtebauförderung das Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ aufgelegt. Durch eine ressortübergreifende Bündelung von Maßnahmen auf der Grundlage integrierter Stadtentwicklungskonzepte sollen die Quartiere erneuert und die Lebensbedingungen der Bewohnerinnen und Bewohner u. a. durch die Aktivierung lokaler Potenziale verbessert werden. 1999 – 2005 wurden für das Programm von Bund, Ländern und Gemeinden insgesamt über 1,4 Mrd. Euro bereitgestellt. Bundesweit werden derzeit 392 Gebiete in 267 Gemeinden gefördert (vgl. Annex zu 2.1 Good Practice 2: Handlungsprogramm „Soziale Stadt NRW“). Der ESF unterstützt das Programm durch den eigenständigen Ansatz „Lokales Kapital für Soziale Zwecke“ – LOS (vgl. Abschnitt 2.2.1).

2.2.5 Stärkung der Integration von Zuwanderinnen und Zuwanderern

Der Herausforderung, die Integration der auf Dauer rechtmäßig in Deutschland lebenden Zuwanderer gesetzlich zu verankern, ist die Bundesregierung mit dem Anfang 2005 in Kraft getretenen Zuwanderungsgesetz begegnet. Es schafft den Rahmen, Zuwanderern mit einer Bleibeperspektive eine umfassende, möglichst gleichberechtigte und ihrer individuellen Voraussetzung und Bereitschaft entsprechende Teilhabe am gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Leben zu ermöglichen (zur beruflichen Integration siehe unter Punkt 2.2.2).

Im Zentrum des Integrationsansatzes nach dem neuen Zuwanderungsgesetz stehen die Integrationskurse für neu zugewanderte sowie für bereits in Deutschland lebende Ausländerinnen und Ausländer, in denen neben der deutschen Sprache auch Kenntnisse zur deutschen Rechtsordnung, Kultur und Geschichte vermittelt werden. Die Durchführung von Integrationskursen fördert die Bundesregierung im Jahr 2006 mit über 140 Mio. Euro. Die Kurse werden laufend evaluiert und bis zum 1. Juli 2007 wird die Bundesregierung dem Deutschen Bundestag einen Erfahrungsbericht vorlegen.

Die Integrationskurse werden durch eine neue migrationsspezifische Beratung ergänzt. Entsprechend der Intention des Zuwanderungsgesetzes wurden die bisher getrennten Beratungssysteme für Ausländer und Spätaussiedler zum 1. Januar 2005 zu einer einheitlichen Migrationserstberatung für alle erwachsenen Zuwanderer (über 27 Jahre) zusammengelegt. Das neue bundesweite Beratungsangebot steht allen Zuwanderern innerhalb der ersten drei Jahre nach ihrer Ankunft zur Verfügung. Der Schwerpunkt des Beratungsangebots liegt auf einem bedarfsorientierten Fall-Management, zu dem ein Sondierungsgespräch, eine individuelle Kompetenzanalyse, ein Förderplan sowie eine fakultative Integrationsvereinbarung gehören. Hierfür sind im Haushalt 2006 Mittel in Höhe von 26,6 Mio. Euro vorgesehen. Parallel wurden die bundesweit rund 360 Jugendmigrationsdienste (JMD) umstrukturiert, die jungen, nicht mehr schulpflichtigen Neuzuwanderern und Neuzuwanderinnen im Rahmen der Jugendsozialarbeit eine individuelle jugendspezifische Integrationsbegleitung anbieten. Einige Länder, etwa Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Berlin, haben zusätzliche Integrationsberatungsprogramme aufgelegt oder die bestehende Migrationssozialberatung inhaltlich neu ausgerichtet.

Diese Maßnahmen werden durch gemeinwesenorientierte Projekte ergänzt. Das Konzept dieser präventiven Förderung zielt auf die Entschärfung sozialer Konflikte, die Akzeptanzsteigerung bei der einheimischen Bevölkerung, die Verbesserung der Kontakte zwischen Spätaussiedlern, Ausländern und Einheimischen sowie die Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements ab. Im Haushaltsjahr 2006 stellt die Bundesregierung rund 19 Mio. Eu-

ro für altersunabhängige und rund 7,5 Mio. Euro für jugendspezifische gemeinwesenorientierte Projekte zur Verfügung, die auch die übrige Wohnbevölkerung einbeziehen sollen.

Außerdem werden zur Unterstützung der sozialen Integration spezielle Maßnahmen für Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund (Frauenprojekte) gefördert. Das Angebot umfasst mehrtägige Seminare, Gesprächskreise zu bestimmten Themen sowie Werkstattangebote. Hier werden Elemente eines niederschweligen Förderangebots verbunden mit der Heranführung an berufliche Perspektiven und Beratungen zu individuellen, lebenslagenorientierten Themen. Ziel dieser Kurse ist es, die Integration der Frauen zu fördern, ihr Selbstbewusstsein und ihre Ressourcen zu stärken und sie an weiterführende Integrationsangebote heranzuführen. Die Kurse werden auf die sehr unterschiedlichen Gruppen von Frauen mit Migrationshintergrund zugeschnitten. Von 1985 bis Ende 2004 haben ca. 420.000 Frauen und Mädchen (2004: 30.000) an den Kursen teilgenommen, die im Jahre 2006 mit 2 Mio. Euro aus dem Bundeshaushalt gefördert werden.

2.2.6 Überwindung der Diskriminierung und Stärkung der Integration behinderter Menschen

In der Politik für behinderte Menschen wurde der Bekämpfung sozialer Ausgrenzung von behinderten Menschen gerade in den letzten Jahren prioritäre Bedeutung gegeben. Mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter, dem Gesetz zur Verbesserung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen, mit dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe – (SGB IX) und mit dem Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) wurden wegweisende Schritte unternommen, die berufliche und soziale Teilhabe behinderter Menschen entscheidend zu verbessern. Im Rahmen des 2001 in Kraft getretenen SGB IX wurde der gesetzlich festgelegte Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ umgesetzt und weiterentwickelt. Die gesetzliche Rentenversicherung als Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben prüft bei jedem Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung, ob eine Rente durch eine Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe verhindert werden kann. Damit trägt die gesetzliche Rentenversicherung wesentlich dazu bei, die Erwerbsfähigkeit behinderter Menschen wiederherzustellen und schafft gleichzeitig Anreize, im Erwerbsleben zu bleiben.

Ein weiterer Schritt zur Verwirklichung des Verbots der Benachteiligung behinderter Menschen wird durch die Umsetzung der vier europäischen Antidiskriminierungsrichtlinien in nationales Recht vollzogen. Schwerbehinderte Menschen werden bereits im SGB IX vor Diskriminierungen im Arbeitsleben gut geschützt. Mit dem „Allgemeinen Gleichbehandlungsge-

setz (AGG)“ sollen alle behinderten Menschen nicht nur im Arbeitsrecht sondern auch im Zivilrecht vor Benachteiligungen geschützt werden.

Eine zentrale Maßnahme zur Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe Behinderter ist die Herstellung der Barrierefreiheit, mit der gewährleistet wird, dass das gesamte Lebensumfeld für alle Menschen zugänglich und nutzbar ist. Dazu wurde im Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) das Instrument der Zielvereinbarung geschaffen. Nach dem erfolgreichen Start der ersten abgeschlossenen Zielvereinbarung zwischen Verbänden der deutschen Tourismusindustrie sowie Verbänden der behinderten Menschen in Deutschland auf der Internationalen Tourismus-Börse ITB Berlin 2005 gibt es inzwischen sechs weitere Verhandlungen oder bereits geschlossene Zielvereinbarungen mit Unternehmen zur Herstellung von Barrierefreiheit.

Eine weitere wichtige Maßnahme zur Stärkung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung behinderter Menschen sind Persönliche Budgets, die Leistungsberechtigte als Geldbeträge oder Gutscheine von den Rehabilitationsträgern erhalten, um ihre Leistungen selbst organisieren zu können. Derzeit steht es im Ermessen der Rehabilitationsträger, ob Leistungsansprüche in Form Persönlicher Budgets erfüllt werden; ab 2008 haben die Berechtigten einen Rechtsanspruch darauf. Trägerübergreifende Persönliche Budgets ermöglichen die Erbringung der verschiedenen den behinderten Menschen zustehenden Leistungen „aus einer Hand“. Die praktische Einführung dieser innovativen Leistungsform wird bis zum 31. Dezember 2007 in ausgewählten Regionen wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Auf Landesebene wie beispielsweise in Rheinland-Pfalz wurde das Instrument Persönliches Budget bereits weiterentwickelt und durch neue Modelle ergänzt.

Eine besondere Herausforderung bleibt die berufliche Integration von Menschen mit Behinderungen. Es sollen mehr Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen ihren Lebensunterhalt im allgemeinen Arbeitsmarkt zu erarbeiten. Dazu wird die bisher erfolgreiche Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“, die unter Einbindung der Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften, Organisationen behinderter Menschen und Sozialleistungsträgern sowie dem Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen zur Verbesserung der Ausbildung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen entwickelt wurde, fortgesetzt. Bestandteil der Initiative sind Aktivitäten und Projekte zu den drei Schwerpunktthemen Ausbildung, Beschäftigung und betriebliche Prävention. Unternehmen werden über die Möglichkeiten, in der Ausbildung und Beschäftigung behinderter und schwerbehinderter Menschen gefördert zu werden, verstärkt informiert. Eine finanzielle Förderung der Projekte erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds oder des Europäischen So-

zialfonds. Die aktuell laufende Phase der Initiative ist bis Ende Dezember 2006 befristet. Ihre Fortsetzung soll nach der Evaluierung ihrer Wirkungen und entsprechender Modifizierung der Instrumente in der zweiten Jahreshälfte 2007 erfolgen. Die Länder legen eigene Programme zum Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen auf.

2.2.7 Stärkung der Sozialen Dienste und des zivilgesellschaftlichen Engagements

In der deutschen Sozialpolitik nehmen die Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfeinitiativen eine wichtige Stellung ein. Sie sind Träger eigener sozialer Einrichtungen, die vielfältige Hilfen für diejenigen organisieren, die in schwierigen Lebenslagen die Hilfe anderer brauchen. Bei den notwendigen sozialpolitischen Reformen dürfen die besonders von Armut betroffenen Personengruppen nicht aus den Augen verloren werden. Die Bundesregierung will u. a. das Gemeinnützigkeitsrecht reformieren, um die Rolle der Zivilgesellschaft im deutschen Sozialschutzsystem zu stärken. Damit sollen die Voraussetzungen ihrer Arbeit verbessert und das bürgerschaftliche Engagement gefördert werden. Ziel ist es, Freiwilligenarbeit, Selbsthilfe und Ehrenamt als zentrale Säule des Systems sozialer Sicherung auszubauen.

2.3 Ziel (f): Verbesserte Governance

Mit der Erstellung der Nationalen Aktionspläne für soziale Integration seit 2001 hat sich in Deutschland ein Prozess etabliert, der durch die Akteure von Bund, Ländern und Kommunen sowie aus den Reihen der Zivilgesellschaft und mit Vertretern der Wissenschaft gestaltet wird. Dieser Prozess läuft parallel zu der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung, die mit dem inzwischen dritten Bericht 2008 fortgesetzt wird. Inzwischen hat sich ein „Ständiger Beraterkreis für soziale Integration“ etabliert, in dem derzeit insgesamt 35 Verbände – von Nichtregierungsorganisationen (Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfeinitiativen, Nationale Armutskonferenz, etc.), über Arbeitgeber, Gewerkschaften, Kirchen, sowie Länder und Kommunen – vertreten sind. Wissenschaftler aus dem wissenschaftlichen Gutachtergremium für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung werden in die Beratungen zum Nationalen Aktionsplan soziale Integration einbezogen.

Auch die Zusammenarbeit mit den Ländern und in den Ländern wurde gestärkt. So gibt es z. B. in Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen der Integrationsarbeit mit Migranten eine Kooperation der Landesregierung mit einer Reihe nichtstaatlicher Institutionen, die in der Integrationsarbeit tätig sind. Zur Einbeziehung und Vernetzung aller Akteure der Integrationsarbeit beabsichtigt die Landesregierung, einen Beirat einzurichten, der staatliche und nichtstaatliche Akteure aus allen gesellschaftlichen Bereichen auf Landesebene vereint. Das Land Brandenburg beabsichtigt aufgrund der zunehmenden Bedeutung der Probleme der Ein-

kommensarmut und der Gefahren sozialer Ausgrenzung einen Landesbericht zu Armut und Lebenslagen zu erarbeiten und in der zweiten Jahreshälfte 2007 zu veröffentlichen. Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege im Land Brandenburg sowie andere nichtstaatliche Organisationen erhalten die Möglichkeit, sich an der Erarbeitung des Berichtes zu beteiligen. Nordrhein-Westfalen hat bereits seit Beginn der 90-er Jahre eine Sozialberichterstattung, die laufend weiterentwickelt wird und aktuell die Einbeziehung der Kommunen verstärkt.

Um die vielfältigen Initiativen und Ansätze zur Armutsprävention und zur Stärkung sozialer Integration besser für die Weiterentwicklung der sozialen Integration nutzen zu können, wurde von der Bundesregierung das Projekt Infobörse „Teilhabe und soziale Integration“ initiiert. Im Rahmen dieses breit angelegten Forschungsprojektes sollen geeignete Projekte der kommunalen, regionalen und bundesweiten Ebene systematisch aufgearbeitet und in einer Informationsbörse benutzergerecht zusammengetragen werden. Der praktische Austausch der Ebenen wurde mit der Veranstaltungsreihe „FORTEIL – Forum Teilhabe und soziale Integration“ intensiviert. Die neue strategische Ausrichtung des Strategieberichtes Sozial- und soziale Integration und der Entwurf des Nationalen Aktionsplans für soziale Integration der Bundesregierung waren Schwerpunkte eines Workshops im Mai 2006. Das Projekt „NAPsens – Nationale Sensibilisierungsmaßnahmen zum Thema Soziale Integration“ verfolgt im Verbund von Wissenschaft und NGO's sowie mit Unterstützung der EU-Kommission im Rahmen einer Veranstaltungsreihe die Zielsetzung, die Sensibilisierung in der Öffentlichkeit hinsichtlich des europäischen Prozesses der sozialen Integration zu stärken. Die Bundesregierung ist an diesem Projekt beteiligt.

Teil III. Nationaler Strategiebericht Alterssicherung

Dieser Abschnitt aktualisiert den Nationalen Strategiebericht Alterssicherung 2005. Die Maßnahmen der neuen Bundesregierung, insbesondere die stufenweise Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre, sind Teil einer Gesamtstrategie für eine sozial angemessene und finanziell tragfähige Alterssicherungspolitik und damit wichtiger Beitrag zu mehr Wachstum und Beschäftigung. Die Bundesregierung handelt in dem Verständnis, dass Veränderungen beim Renteneintrittsalter und die Verbesserung der Beschäftigungssituation Älterer zwei Seiten derselben Medaille sind. Im Koalitionsvertrag heißt es deshalb: „Die Anhebung der Altersgrenze setzt eine nachhaltige Verbesserung der Beschäftigungssituation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer voraus.“ Dazu startet die Bundesregierung die „Initiative 50 plus“.

Die Herausforderungen für die Alterssicherung sind bekannt: Die Menschen – nicht nur in Deutschland – werden älter. Dies führt zu einer Veränderung des Verhältnisses von aktiver Erwerbsphase zu Rentenbezugsphase. Die Rentenbezugsdauer hat sich in den letzten 40 Jahren im Durchschnitt um 7 Jahre auf nunmehr 17 Jahre erhöht. Es ist davon auszugehen, dass die Lebenserwartung weiter steigen wird. Auf diese Entwicklung muss und kann reagiert werden. Denn ältere Menschen sind auch leistungsfähiger denn je und sie wollen ihren Beitrag leisten. Dazu brauchen sie faire Chancen am Arbeitsmarkt.

3.1 Ziele (g) und (h): Soziale Angemessenheit und finanzielle Nachhaltigkeit

3.1.1 Maßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung (erste Säule)

Die gesetzliche Rentenversicherung hat sich seit ihrem Bestehen bewährt und bleibt auch langfristig die wichtigste Säule der Alterssicherung in Deutschland. Die gesetzliche Rentenversicherung trägt mit Erfolg dazu bei, den Rentnern einen angemessenen Lebensstandard zu sichern und damit gleichzeitig Altersarmut zu verhindern. Nur 1,9% der gesamten Bevölkerung ab 65 Jahren musste im Jahr 2004 die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter in Anspruch nehmen. Das Ziel der neuen Bundesregierung, in der laufenden Legislaturperiode – auch bei schwacher Lohn- und Beschäftigungsentwicklung – keine Rentenkürzungen vorzunehmen, stabilisiert das Leistungsniveau der Renten.

Eine im Gesetz verankerte Niveausicherungsklausel zielt auf die langfristige Niveausicherung ab und sorgt damit für Verlässlichkeit und Transparenz in der gesetzlichen Rentenversicherung. Das Sicherungsniveau vor Steuern soll mindestens 46% bis zum Jahr 2020 und

43% bis zum Jahr 2030 betragen. Das so bestimmte Sicherungsniveau vor Steuern hat den gleichen Stellenwert wie die ebenfalls im Gesetz genannten Beitragssatzziele von höchstens 20% bis 2020 und 22% bis 2030. Zur Sicherung dieser Ziele hat die Bundesregierung den gesetzgebenden Körperschaften ggf. geeignete Maßnahmen vorzuschlagen. Der Rentenversicherungsbericht 2005 zeigt, dass im Zeitraum bis 2019 sowohl die Untergrenze für das Sicherungsniveau vor Steuern⁵ als auch die gesetzlich vorgegebenen Beitragssatzziele eingehalten werden. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, nicht realisierte Dämpfungen bei der Rentenanpassung später nachzuholen. Die genaue zeitliche und inhaltliche Ausgestaltung der entsprechenden Neuregelung orientiert sich an der Erreichung der Beitragssatz- und Niveausicherungsziele, beginnt aber nicht vor 2010.

Damit das Leistungsniveau und die Beitragssätze in der gesetzlichen Rentenversicherung auch langfristig stabilisiert werden können, soll nach dem Kabinettsbeschluss vom 1. Februar 2006 die Altersgrenze für den Bezug einer Altersrente steigen. Die Regelaltersgrenze wird von 2012 an bis 2029 schrittweise auf 67 Jahre angehoben. Die Stufen der Anhebung sollen zunächst einen Monat pro Jahr (65 bis 66) und dann zwei Monate pro Jahr (66 bis 67) betragen. Der erste von der Anhebung betroffene Jahrgang wird der Jahrgang 1947 sein, für alle nach 1963 Geborenen gilt dann die Regelaltersgrenze 67. Versicherte mit mindestens 45 Jahren mit Pflichtbeiträgen aus Beschäftigung und Pflege sowie Zeiten der Kindererziehung bis zum 10. Lebensjahr des Kindes sollen weiter mit 65 Jahren abschlagsfrei in Rente gehen können.

Die Erhöhung der Altersgrenzen ist auch aus ökonomischen Gründen erforderlich. Deutschland als führende Industrienation muss seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auch in Zukunft erhalten und ausbauen. Mit der Erhöhung der Altersgrenzen wird dem drohenden Fachkräftemangel entgegengewirkt und das Erfahrungswissen der Älteren genutzt.

Flankierend dazu haben sich die Regierungsparteien darüber verständigt, dass die Beschäftigungssituation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Deutschland weiter verbessert werden muss. Neben der Verlängerung von ursprünglich bis Ende 2005 befristeten arbeitsmarktpolitischen Instrumenten für Ältere hat die Bundesregierung zusätzlich neue arbeitsmarktpolitische Programme für ältere Langzeitarbeitslose, etwa das Bundesprogramm „Perspektive 50 plus – Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen“ aufgelegt, die eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt befördern sollen (vgl. dazu Abschnitt 2.2.2).

⁵ Zum Sicherungsniveau vor Steuern s. Nationalen Strategiebericht Alterssicherung 2005, FN 4.

3.1.2 Maßnahmen der zusätzlichen Altersvorsorge (zweite und dritte Säule)

Um den Lebensstandard im Alter zu sichern, ist neben der gesetzlichen Rentenversicherung der Ausbau einer zusätzlichen Altersvorsorge als betriebliche und/oder private kapitalgedeckte Altersvorsorge notwendig. Ihr Aufbau wird gerade für Personen mit niedrigem und mittlerem Einkommen staatlich stark gefördert.

Die Verbreitung der zusätzlichen staatlich geförderten zusätzlichen Altersvorsorge nimmt ständig zu. Rund 60% aller Beschäftigten sorgen im Rahmen der zweiten Säule (betriebliche Altersvorsorge) für ihr Alter vor. Im Rahmen der dritten Säule wurden allein im Jahr 2005 rund 1,5 Millionen neue Riester-Verträge abgeschlossen. Dieser positive Trend setzt sich im ersten Quartal 2006 fort, in dem sich mehr als eine halbe Million Bürgerinnen und Bürger für das Altersvorsorgesparen mit der Riester-Rente entschlossen. Damit steigt die Zahl der in Deutschland insgesamt abgeschlossenen Riester-Verträge bis Ende März 2006 auf rd. 6,2 Millionen (4,7 Mill. bis September 2005). Dass die gezielte Förderpolitik erfolgreich ist, zeigt die Datenauswertung der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen für das erste Jahr der Einführung (2002). Danach erreichte die Riester-Förderung durch Zulagen vor allem Geringverdiener, Frauen und Familien und Berechtigte in den neuen Ländern – also diejenigen Bevölkerungsgruppen, die besonders schutzbedürftig sind. Eine aktuelle Studie zeigt auch, dass 82% der Personen, die weder einen Riester-Vertrag haben noch Entgeltumwandlung in einer betriebliche Altersvorsorge betreiben, zusätzlich zu ihrer gesetzlichen Rente Anwartschaften aus mindestens einer weiteren (privaten oder betrieblichen) Altersvorsorgeform erwerben.

Unter familienpolitischen Gesichtspunkten wird die Riester-Rente nun noch attraktiver. Die Kinderzulage soll für ab 1. Januar 2008 geborene Kinder von dann 185 Euro auf 300 Euro jährlich steigen. Für eine Einverdiener-Familie mit einem Kind und einem Durchschnittsverdienst von 30.000 Euro bedeutet dies, dass der Staat von 1.200 Euro Sparbeitrag für die Zusatzrente 608 Euro übernimmt. Die Förderquote bei einem ab 2008 geborenen Kind steigt damit auf über 50% bzw. 75% beim zweiten Kind. Zusätzlich ist eine bessere Integration der Förderung des selbst genutzten Wohneigentums in die geförderte Altersvorsorge geplant.

3.2 Ziel (i): Modernisierung und Transparenz

3.2.1 Monitoring und Wissen um die Altersvorsorge

Die Bundesregierung hat im März 2006 den Rentenversicherungsbericht 2005 und den Alterssicherungsbericht 2005 verabschiedet, in denen die Öffentlichkeit umfassend über die

Lage der gesetzlichen Rentenversicherung, der betrieblichen und der privaten Altersvorsorge informiert wird. Die Ergebnisse dieses gesetzlich festgelegten Monitoring der Alterssicherung bestätigen, dass Seniorinnen und Senioren in Deutschland heute und in Zukunft im Alter gut versorgt sind. Eine Voraussetzung ist allerdings, dass die Menschen über die gesetzliche Rente hinaus zusätzliche Altersvorsorge betreiben. Das Netto-Gesamtversorgungsniveau aus einer gesetzlichen Rente, einer Riester-Rente und einer zusätzlichen privaten Rente, die aus der steuerlichen Freistellung der Rentenversicherungsbeiträge finanziert wird, bleibt für einen Durchschnittsverdiener langfristig stabil. Für Geringverdiener wird das Netto-Gesamtversorgungsniveau langfristig sogar etwas ansteigen. Personen mit Kindern werden künftig spürbar besser gestellt, da die Berücksichtigung von Kindererziehungsleistungen u. a. in der gesetzlichen Rentenversicherung deutlich ausgeweitet wurde.

Die Bundesregierung will das Wissen in der Bevölkerung über die eigene Alterssicherung erhöhen und Möglichkeiten einer zusätzliche Altersvorsorge aufzeigen. Hier setzt die Bildungskampagne „Fit-in-Altersvorsorge“ an, die verschiedene Bundesministerien in Zusammenarbeit mit den Rentenversicherungsträgern, dem Deutschen Volkshochschulverband, den Sozialpartnern und der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ins Leben gerufen haben. Die Kampagne startet im Februar 2007.

3.2.2 Alterssicherung und Familienarbeit

Nachteile in der beruflichen Laufbahn durch Familienarbeit oder durch geringes Einkommen setzen sich in der Alterssicherung fort. Fehlende oder geminderte Aufstiegschancen, eingeschränkte Arbeitszeitvolumina, unterbrochene Erwerbsbiographien oder die völlige Aufgabe der Erwerbstätigkeit führen hauptsächlich bei Frauen zu niedrigeren Rentenansprüchen. Die Erwerbstätigenquote der Frauen in Deutschland ist in den vergangenen Jahren jedoch kontinuierlich gestiegen und die Zielmarke der Lissabon-Strategie für das Jahr 2010 von mindestens 60% ist fast erreicht. Eine weitere Erhöhung der Erwerbsbeteiligung der Frauen hängt entscheidend von einer besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsarbeit ab. Die Bundesregierung ist bestrebt, die Rahmenbedingungen für die existenzsichernde Erwerbsbeteiligung von Frauen zu verbessern. Der geplante weitere Ausbau institutioneller Kinderbetreuung sowie der Tagespflege und die geplante Einführung des Elterngeldes und die bessere Berücksichtigung von Kinderbetreuungskosten werden dazu beitragen (vgl. hierzu Abschnitt 2.2.2).

Teil IV. Nationaler Plan Gesundheit und Langzeitpflege

4.1 Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitssystem zielt darauf ab, allen Bürgerinnen und Bürgern den Zugang zum Krankenversicherungsschutz und damit zu einer qualitativ hochwertigen und umfassenden Gesundheitsversorgung zu sichern und dabei eine größtmögliche Gerechtigkeit bei der Verteilung der finanziellen Belastungen zu erreichen.

Ca. 89% der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland sind gesetzlich krankenversichert. Weitere rund 10% der Bevölkerung haben eine private Krankheitsvollversicherung (PKV)⁶. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist den Prinzipien der Solidarität und der Subsidiarität verpflichtet. Für Bedürftige und sozial Schwache wird die Finanzierung der Krankenversorgung über die Sozialhilfe sichergestellt. In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die einkommensabhängigen Beiträge größtenteils paritätisch, d.h. je zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen. Über die Einführung eines rein mitgliederfinanzierten Sonderbeitrags, steuerlicher Finanzierungselemente und erweiterte Zuzahlungen wurden mit den vergangenen Reformen die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt und die Lohnzusatzkosten entlastet, um Beschäftigungsanreize zu geben. Die GKV-Versicherten haben Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen zur Früherkennung, Vermeidung und Behandlung von Krankheiten einschließlich der Versorgung mit Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln. Umfang, Qualität und Vergütungen der Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Organisationen der Leistungserbringer eigenverantwortlich verhandelt.

Alle Beschäftigten sind zudem in der gesetzlichen Unfallversicherung gegen die gesundheitlichen Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gesetzlich versichert. Für die Gesundheitsversorgung in diesen Fällen sind die gesetzlichen Unfallversicherungsträger allein zuständig. Die von den Arbeitgebern zu entrichtenden Beiträge sind seit Jahren stabil und betragen 2005 durchschnittlich 1,31% des beitragspflichtigen Entgelts.

Deutschland räumt der gesundheitlichen Prävention einen hohen Stellenwert ein. Im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 ist festgelegt worden, ein Präventionsgesetz zu verabschieden. Die kontinuierliche Investition in Prävention und Gesundheitsförderung erhöht die

⁶ Ca. 50% der Vollversicherten in der PKV sind Beamte. Diese sichern nur einen Teil der Krankheitskosten innerhalb der PKV ab und erhalten zusätzlich von den öffentlichen Arbeitgebern eine Beihilfe zu den Krankheitskosten.

Chance der Bürgerinnen und Bürger auf ein längeres, selbstbestimmtes Leben mit weniger Beeinträchtigungen und mehr Lebensqualität. Ein möglichst frühes Einsetzen gesundheitlicher Prävention – bereits im Säuglingsalter, aber möglichst schon in der Schwangerschaft – erhöht die gesundheitlichen Erfolge. Gesundheitsförderung und Prävention werden deshalb als eigenständige Säule zum festen Bestandteil einer vorausschauenden Gesundheitspolitik. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei geschlechtsspezifischen Leistungen und Angeboten, insbesondere einer angemessenen Versorgung von Frauen, zu. Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung haben darüber hinaus das Potenzial, anderweitig anfallende Kosten zu verhindern und so entscheidend zur finanziellen Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems beizutragen. Die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zählt darüber hinaus zum vorrangigen gesetzlichen Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung.

Angesichts der demografischen Entwicklung und kontinuierlich steigender Gesundheitskosten, aber auch aufgrund der abgeschwächten Einnahmenentwicklung der GKV, sind Reformen zur Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit im Gesundheitssystem in Deutschland besonders dringlich. Entsprechend steht im Jahr 2006 eine Reform des Gesundheitssystems auf der politischen Agenda, die sowohl die Finanzierung der GKV nachhaltig absichern soll, als auch eine effektivere Ausgabenkontrolle durch verstärkten Wettbewerb der Leistungsanbieter und durch erhöhte Kostentransparenz fördern soll. Dabei wird die Bundesregierung auf gerechte und solidarische Verteilungswirkungen sowie eine Verbesserung der Effizienz des Systems GKV achten.

Die erst 10 Jahre junge Pflegeversicherung hat sich bewährt und trifft bei Pflegebedürftigen wie auch ihren Angehörigen auf eine hohe Akzeptanz. Parallel zur steigenden Lebenserwartung wird auch die Zahl der Pflegebedürftigen weiter ansteigen. Im Rahmen der anstehenden Reformen muss die Pflegeversicherung finanziell verantwortbar weiter entwickelt und noch besser auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausgerichtet werden.

Konkret zu prüfen sind z. B. Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege, eine Dynamisierung der Pflegeleistungen oder auch gezielte Maßnahmen zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation. Die aktuellen Reformüberlegungen müssen sich im Interesse der Nachhaltigkeit am Ziel der langfristigen Stabilisierung der Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung orientieren. Aufgrund der Prämisse, dass die Pflegeversicherung auch weiterhin ein „Kernsicherungs-System“ bleiben soll, werden notwendige Solidarität und erforderliche Eigenverantwortung in eine sozialpolitisch vernünftige Balance gebracht. Die aus dem demografischen Wandel resultierenden Lasten sind möglichst gerecht zu verteilen.

4.2 Gesundheit

4.2.1 Kurzbeschreibung des Gesundheitssystems

Das Gesundheitssystem in Deutschland wird hauptsächlich geprägt durch die rechtlichen Rahmenbedingungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Die gesetzliche Krankenversicherung basiert auf den Grundprinzipien der Solidarität und der Subsidiarität. Solidarität wird u. a. hergestellt durch eine Finanzierung, die sich an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Mitglieder und einer Beteiligung der Arbeitgeber orientiert. In der GKV treten junge für alte Menschen ein; Reiche für Arme; Gesunde für Kranke und Alleinstehende für Erwachsene mit Kindern oder Familien. Die GKV ist öffentlich-rechtlich organisiert und regelt ihre Angelegenheiten gemäß dem Subsidiaritätsprinzip innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen weitgehend autonom und unabhängig vom staatlichen Budget (Selbstverwaltungsprinzip). Das Subsidiaritätsprinzip kommt außerdem durch die Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit zum tragen.

Aufgabe des Staates ist es, den notwendigen Ordnungs- und Leistungsrahmen zu schaffen. Die Gesetzgebung im Krankenversicherungsrecht erfolgt auf Bundesebene, jeweils in Abstimmung und unter Beteiligung der Länder sowie der zentralen Organisationen und Akteure des Gesundheitswesens. Die Länder haben eigene Zuständigkeiten in der Krankenhausversorgung und -planung, bei der Gesundheitsvorsorge und in der Aufsicht. Im Selbstverwaltungssystem wirken Krankenkassen, Heilberufe, öffentliche, private und gemeinnützige Krankenhäuser und andere Leistungserbringer sowie deren Vereinigungen auf Bundes- und Landesebene zusammen.

Die tragenden Organisationen der Selbstverwaltung sind insbesondere die derzeit rund 250 Krankenkassen und ihre Verbände (organisationsrechtlich nach Kassenarten strukturiert), die Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigungen als Zusammenschlüsse der Vertrags(-zahn)ärzte sowie die Krankenhausgesellschaften als Zusammenschlüsse von Krankenhäusern auf Landesebene. Hauptaufgabe der (zahn)ärztlichen Selbstverwaltung ist die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, die Qualitätssicherung sowie die Honorarverteilung auf die Vertragsärzte. Zu den Hauptaufgaben der Selbstverwaltung der Krankenkassen zählen die vertragliche Vereinbarung der Leistungen und deren Vergütung, der Beitragseinzug und die Finanzierung der Leistungen. Außerdem hat sie die Versicherten durch Aufklärung und Beratung zu unterstützen. Der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA) obliegt als Hauptaufgabe die

Konkretisierung des Leistungskatalogs bzw. die Festlegung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren sich durch Beiträge der Mitglieder, die nach der Höhe des Einkommens bis zu einer Höchstgrenze bemessen sind. Getragen werden die Krankenversicherungsbeiträge grundsätzlich je zur Hälfte von den Mitgliedern auf der einen Seite und den Arbeitgebern bzw. Trägern der Lohnersatzleistungen (z. B. Rente, Arbeitslosengeld) auf der anderen Seite (Paritätische Beitragsfinanzierung). Seit dem 1. Juli 2005 zahlen die Mitglieder darüber hinaus einen Zusatzbeitrag von 0,9% des Einkommens. Zusätzlich wurde zunächst für die Jahre 2004 bis 2007 eine pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen eingeführt. Überdies beteiligen sich die Versicherten durch Zuzahlungen an den Kosten der medizinischen Versorgung. Chronisch Kranke müssen hierfür maximal 1% ihres Jahresbruttoeinkommens aufwenden, alle anderen Versicherten maximal 2%. Beitragsfrei mitversicherte Kinder sind bis zum 18. Lebensjahr generell von Zuzahlungen befreit.

Die Leistungen werden in der Regel als Sachleistung unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen nach dem gesundheitlichen Bedarf und einem einheitlichen Leistungskatalog zur Verfügung gestellt.

Die wesentlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind:

- Früherkennung, Verhütung und Vorbeugung von Krankheiten,
- ambulante ärztliche und fachärztliche Behandlung, incl. zahnmedizinische Behandlung sowie Kieferorthopädie und Zahnersatz,
- Krankenhausbehandlung,
- Häusliche Krankenpflege
- medizinische Vorsorge und Rehabilitation,
- Arzneimittel,
- Heil- und Hilfsmittel,
- Fahrkosten,
- Krankengeld,
- Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

Das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung wird vom Gesetzgeber festgelegt und von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer durch den Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisiert. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu

entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Der Leistungskatalog ist einheitlich und kassenartenübergreifend. Es gibt keine Aufspaltung in Grund- und Wahlleistungen. Allerdings gibt es individuelle Gestaltungsmöglichkeiten und Angebote von Krankenkassen für gesondert definierte Leistungsbereiche.

Die Leistungen im stationären Bereich werden mit einem neu entwickelten diagnosebezogenen Fallpauschalensystem (DRG's) vergütet. Das neue Vergütungssystem wird schrittweise seit 2003 eingeführt. Die umfassende Abrechnung von DRG-Fallpauschalen zu landesweit einheitlichen Preisniveaus wird im Jahr 2009 erfolgen. In der ambulanten Versorgung vereinbaren die Krankenkassen mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen eine Gesamtvergütung, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen nach dem Honorarverteilungsmaßstab (HVV) auf die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verteilt wird. Die Vergütung der Ärzte erfolgt nach Einzelleistungen. Hier ist für die Zukunft eine grundlegende Reform des Vergütungssystems geplant.

Neben der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es in Deutschland eine private Krankheitsvollversicherung, in der überwiegend Selbständige, Beamte und Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung gegen Krankheitsrisiken abgesichert sind. Die rd. 50 privaten Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland kalkulieren die Prämien nach versicherungsmathematischen Prinzipien unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Risiko des Versicherten und finanzieren die im Alter erhöhten Krankheitskosten mittels eines Sparanteils in der Prämie durch Bildung von Alterungsrückstellungen teilweise vor. Es gibt keine beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Kindern und keine direkten Vertragsbeziehungen zwischen den Privatversicherungen und den Leistungserbringern. Arbeitnehmer erhalten einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers. Für die Vergütung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen existiert eine gesonderte Vergütungsordnung, die nach Einzelleistungen differenziert. Die Absicherung entspricht weitgehend dem Leistungsumfang in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zusätzlich können auch gesetzlich Krankenversicherte individuelle private Zusatzversicherungen, z. B. für die Chefarztbehandlung im Krankenhaus oder Ein- und Zweibettzimmer, abschließen.

Sozial schwache und bedürftige Menschen haben einen Anspruch auf Krankenversorgung über die Sozialhilfe, deren Leistungsumfang dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Nur ca. 0,2% der Bevölkerung sind aus unterschiedlichen Gründen ohne eine Absicherung im Krankheitsfall. Es wird angestrebt, diesen Personen die Möglichkeit einer Rückkehr zur jeweiligen Krankenversicherung zu eröffnen.

Ein wichtiges Ziel der Bundesregierung ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und die Entstehung von Krankheiten möglichst zu verhindern. Um viele Versicherte zu erreichen, sollen künftig neben den schon bestehenden individuellen Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens verstärkt Leistungen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten, beispielsweise Kindertagesstätten, Schulen, Senioreneinrichtungen oder im Betrieb, etabliert werden. Nur so lassen sich die besonders sozial benachteiligten Gruppen der Gesellschaft, zum Beispiel bildungsferne Schichten, sowie Migrantinnen und Migranten erreichen.

Die Förderung des Präventionsgedankens ist grundsätzlich bei allen Handlungsfeldern anzustreben, der Schwerpunkt liegt insbesondere auf den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Entspannung. Sie sind die Grundlagen einer gesunden körperlichen und geistigen Entwicklung und befördern einen gesunden Lebensstil, der den Eintritt von Krankheiten prinzipiell hinauszögert und Chronifizierungen oder Verschlimmerungen einer bereits eingetretenen Krankheit oder eines Leidens vorbeugt.

Prävention und Gesundheitsvorsorge ist sowohl Aufgabe eines jeden Einzelnen als auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der sich der Bundesstaat und seine Untergliederungen, die kommunalen Gebietskörperschaften und die Träger der sozialen Sicherungssysteme in geeigneter Weise beteiligen. Die Eigenverantwortung und die gesundheitliche Prävention sollen weiter gestärkt und gefördert werden. Die Prävention soll dabei zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut werden. Mit einem Präventionsgesetz sollen die Voraussetzungen und der Rahmen dafür geschaffen werden, dass Maßnahmen der Träger von Präventionsleistungen konsequent an übergreifenden Präventionszielen ausgerichtet und Kooperation und Koordination der Prävention sowie die Qualität der Maßnahmen der Sozialversicherungsträger und -zweige verbessert werden.

4.2.2 Ziel (j): Zugang

In Deutschland sind ca. 89% der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. 74% sind pflichtversichert (z. B. Arbeitnehmer bis zu einem bestimmten monatlichen Einkommen, Auszubildende, Rentner, Erwerbslose, Behinderte, Landwirte). Weitere 15% der Versicherten sind freiwillig versichert. Eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist möglich, wenn bereits vorher für eine gewisse Mindestdauer eine Versicherungspflicht oder Familienversicherung bestanden hat. Ehepartner und Kinder von gesetzlich Krankenversicherten sind unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert.

Die Versicherten können i. d. R. frei entscheiden, bei welcher der wählbaren Krankenkassen sie eine Mitgliedschaft begründen wollen. Ausgenommen von der Wahlfreiheit sind Landwirte, Bergarbeiter und Seeleute, die berufsständischen Krankenkassen zugewiesen sind.

Alle gesetzlich Krankenversicherten haben unabhängig von ihrem Einkommen je nach Bedarf den gleichen Krankenbehandlungsanspruch, d. h. es gibt weder Wartelisten noch regionale oder einkommensbezogene Ungleichheiten. Damit ist die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung einschließlich fachärztlicher Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Solidarprinzip für alle Versicherten gleich umfassend gegeben. Belastungsobergrenzen schützen Einkommensschwache und chronisch Kranke vor finanzieller Überforderung, soweit gesetzlich Zuzahlungen vorgesehen sind. Damit ist sichergestellt, dass kein Bürger durch Krankheit in eine soziale Notlage gerät.

In Deutschland wird hinsichtlich der Verwirklichung des Leistungsanspruchs ein umfassendes Angebot an medizinischen Dienstleistungen zur Verfügung gestellt. Das deutsche Gesundheitsversorgungssystem zeichnet sich im europäischen Vergleich durch eine hohe Dichte bei Ärzten, Krankenhausbetten sowie Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtungen aus. 308.000 Ärzte (davon 126.000 niedergelassene), 65.000 Zahnärzte (davon 56.000 niedergelassene), 2.166 Krankenhäuser mit 531.000 Betten (2004), 1.294 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie 22.000 Apotheken stellen die Gesundheitsversorgung sicher. Rund 4,2 Mio. Menschen sind im Gesundheitswesen beschäftigt.

Trotz der generell hohen Angebotsdichte gibt es auch in Deutschland regionale Unterschiede, die aktuell als punktuelle Unterversorgung (vor allem ländliche Gebiete) in der Öffentlichkeit diskutiert werden. Allerdings verfügt das Gesundheitssystem über Steuerungselemente, die den Zugang zur Versorgung sichern und insbesondere den für die Sicherstellung verantwortlichen Organen der Selbstverwaltung Gegensteuerungsmöglichkeiten eröffnen.

In Deutschland gilt, bezogen auf die Krankenversicherung, prinzipiell die freie Arztwahl. Wählen Versicherte als besondere Versorgungsform eine hausarztzentrierte Versorgung, ist die Erstinanspruchnahme des Hausarztes verpflichtend. Für den Zugang zu stationären Leistungen ist in der Regel die Einweisung eines Arztes erforderlich, ausgenommen sind Notfälle. Wartelisten für stationäre Leistungen gibt es nicht.

4.2.3 Ziel (k): Qualität

Im deutschen Gesundheitswesen hat die Qualitätssicherung einen hohen Stellenwert erlangt. Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung ist gesetzlich verankert. Für alle Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Versorgung sowie in der Rehabilitation besteht ein gesetzliches Gebot zur Qualitätssicherung, das ihnen die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen ausdrücklich überträgt. Hierzu gehört auch die Verpflichtung zur regelmäßigen zertifizierten ärztlichen Fortbildung.

Der Gesetzgeber hat die Vertragsärzte, Krankenhäuser sowie die ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gesetzlich zur Einrichtung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet. Zentraler Inhalt des Qualitätsmanagements (Total Quality Management) ist die Verbesserung der Ergebnisqualität durch Verbesserung der Prozessqualität. Zu dieser internen Qualitätssicherung kommt eine externe Qualitätssicherung hinzu, um die Qualität auch im Vergleich mit anderen beurteilen und mögliche Qualitätsdefizite erkennen und abstellen zu können.

Die Krankenhäuser sind außerdem gesetzlich verpflichtet, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen, der es allen Interessierten ermöglicht, sich über die Art und Anzahl der im Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die jeweils durchgeführten Maßnahmen der Qualitätsverbesserung zu informieren. Dabei ist ein besonderes Gewicht auf die Transparenz über die Ergebnisqualität zu legen.

Die detaillierten Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für den vertrags-(zahn)ärztlichen Bereich sowie für zugelassene Krankenhäuser werden von dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definiert. Nach den entsprechenden Vorgaben des G-BA werden beispielsweise im stationären Bereich rd. 20% der Leistungen regelmäßig unter Qualitätsgesichtspunkten bewertet. Dabei werden für bestimmte Leistungen, beispielsweise Hüft- und Kniegelenksoperationen, alle qualitätsrelevanten Daten der Patienten anonymisiert erfasst und geprüft, ob das Krankenhaus auch im Vergleich mit anderen gute Ergebnisse erzielt.

Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung werden ebenfalls Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen insbesondere medizintechnischer Leistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt.

Mit dem GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden auch die Kassenärztlichen Vereinigungen verstärkt verpflichtet, sich um die Qualitätsverbesserung in der ambulanten Versorgung zu bemühen. So unterliegt ein großer Teil der Leistungsbereiche einer systematischen Qualitätssicherung.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das im Herbst 2004 seine Arbeit aufgenommen hat, wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen tätig. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen dem besten verfügbaren wissenschaftlichen Stand entsprechen. Ferner hat das Institut die Aufgabe, evidenzbasierte Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten im Hinblick auf ihre Qualität zu bewerten.

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 hat das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die Aufgabe erhalten, ein datenbankgestütztes Informationssystem für die Bewertung der Wirksamkeit oder der Effektivität sowie der Kosten medizinischer Verfahren und Technologien – HTA – zu errichten und zu betreiben.

Besondere Versorgungsformen wie etwa Integrierte Versorgung, Hausarzt-Netze, Gesundheitszentren, die Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung, qualitätsgesicherte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen (hier auch die Leistungen der Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation) sowie Bonusprogramme für gesundheitsbewusstes Verhalten fördern Qualität und Wettbewerb und bieten den Patienten noch mehr Wahlmöglichkeiten.

Qualitätsverbesserungen werden auch durch mehr Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung durch die Einbeziehung aller Beteiligten – der Leistungs- und Kostenträger, der Leistungserbringer sowie der Patienten und Patientinnen – erreicht. Mehrere Initiativen wurden hierzu gestartet: die Entwicklung der Patientencharta, die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zur Förderung von unabhängigen Einrichtungen der Patientenberatung und Patienteninformation, die Berufung der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, die Stärkung der Mitspracherechte von Patientenvertretern in verschiedenen Gremien des Gesundheitswesens (insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss), die Aufklärungsarbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Schaffung gemeinsamer Servicestellen der Rehabilitationsträger sowie des neu gegründeten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde für Deutschland die schrittweise Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte beschlossen, die einen Beitrag zu mehr Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung leisten wird. Sie kann neben ihren verpflichtenden Grundfunktionen in der ersten Anwendungsstufe von Patienten zusätzlich auf freiwilliger Basis zur Unterstützung der medizinischen Behandlung genutzt werden.

4.2.4 Ziel (I): Finanzielle Nachhaltigkeit

Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich in den letzten Jahrzehnten parallel zur demografischen Entwicklung in Deutschland sowie zum medizinisch-technischen Fortschritt in ihrem Leistungsspektrum und -umfang erheblich gewandelt. Deutschland weist heute unter den OECD-Ländern eine der höchsten Relationen der Gesundheitsausgaben am BIP auf, was einerseits Ausdruck der hohen medizinischen bzw. pharmazeutischen Versorgung ist, andererseits jedoch auch Fragen zur Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens aufwirft. Die schwache Lohn- und Gehaltsentwicklung sowie die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit mit verminderten Beitragszahlungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in den vergangenen Jahren trug zu einer strukturellen Einnahmeschwäche in der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Dies verstärkte in den letzten Jahren die Tendenz zu steigenden Beitragssätzen.

Das GKV-Modernisierungsgesetz hat über wettbewerbliche Anreize und eine Flexibilisierung der Vertragsgestaltung bereits spürbare strukturelle Änderungen in der Gesundheitsversorgung bewirkt. Die neu geschaffenen Möglichkeiten einer patientenorientierten, qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung werden schrittweise und konsequent umgesetzt z. B. durch Verträge zur Integrierten Versorgung, die Bildung von Hausarztnetzen, die Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung und den Aufbau von Medizinischen Versorgungszentren, in denen die ambulante Versorgung durch eine verstärkte Kooperation verschiedener Haus- und Fachärzte sowie weiterer Leistungserbringer sicher gestellt werden kann. Dieser Weg soll konsequent weitergegangen werden.

Mit den ebenfalls im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes verabschiedeten und zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Maßnahmen konnten sowohl spürbare Ausgabeneinsparungen (2003: 145,1 Mrd. Euro; 2004: 140,2 Mrd. Euro) erzielt werden als auch die Einnahmentwicklung der Krankenkassen weiter verbessert werden (2003: 140,8 Mrd. Euro; 2004: 142,5 Mrd. Euro). Insbesondere durch Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung im Arzneimittelbereich, die Verbreiterung der Beitragsgrundlagen im Bereich der Versorgungsbezüge, die Bundesmittel zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen der Krankenkassen sowie die Erhöhung der Zuzahlungen und Leistungsbegrenzungen ist es in den Jahren

2004 und 2005 gelungen, die gesetzliche Krankenversicherung, die Ende des Jahres 2003 einen Netto-Schuldenstand von rd. 6 Mrd. Euro aufwies, weitestgehend zu entschulden und für rd. 35 Millionen Versicherte die Beitragssätze zu senken. Überdies ist in vielen Bereichen eine rationellere Nutzung des Systems zu verzeichnen (Rückgang der Arztkontakte, Erstkontaktierung des Hausarztes, wachsende Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke und stärkere Nutzung präventionsorientierter Bonusmodelle).

Mit Blick auf den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt, die voraussichtlich zu weiteren – wenngleich nicht klar quantifizierbaren – finanziellen Belastungen im Gesundheitswesen führen werden, aber auch mit Blick auf übergreifende Ziele zur Förderung von Wachstum und Beschäftigung im Sinne der Lissabon-Strategie besteht zur langfristigen Sicherung eines umfassenden, qualitativ hochwertigen und finanzierbaren Leistungsangebots in der gesundheitlichen Versorgung dennoch weiterer Handlungsbedarf. Zusätzlich zu den bereits am 1. Mai 2006 in Kraft tretenden gesetzlichen Sofortmaßnahmen zur Eindämmung der Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich hat sich die Bundesregierung deshalb auf Eckpunkte einer weiteren Reform im Gesundheitswesen geeinigt. Das Reformkonzept der Bundesregierung zur mittel- und langfristigen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung stellt deshalb folgende Ziele in den Vordergrund:

- Sicherstellung, dass alle Bürgerinnen und Bürger über einen Versicherungsschutz verfügen.
- Gewährleistung, dass alle Bürgerinnen und Bürger Zugang zu allen medizinisch notwendigen Leistungen haben – unabhängig von der Höhe der Beiträge, die der einzelne zahlt.
- Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Finanzierung sowie künftige Lockerung der Abhängigkeit der Finanzierung vom Faktor Arbeit.
- Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (insbesondere der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern) aus dem Bundeshaushalt.
- Intensivierung des Wettbewerbs auf Kassen- und auf Leistungserbringerseite.
- Schaffung eines fairen Wettbewerbs zwischen privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen.
- Erhöhung von Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung durch weitere strukturelle Reformen.

4.3 Langzeitpflege

4.3.1 Soziale Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Mit der am 1. Januar 1995 eingeführten Pflegeversicherung (SGB XI) ist die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen in Deutschland umfassend verbessert und durch eine bundesgesetzliche Regelung auf eine neue Grundlage gestellt worden. Schon vorher gab es vereinzelt Ansprüche aus Anlass von Pflegebedürftigkeit, die auf unterschiedlichen Voraussetzungen beruhten und die vielfach weiterhin bestehen. Die soziale Pflegeversicherung stellt als fünfte Säule der Sozialversicherung sicher, dass für die Bürger auch das Lebensrisiko „Pflegebedürftigkeit“ vergleichbar den Risiken bei Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit sowie zur Sicherung des Alterseinkommens in einem eigenen Sozialversicherungssystem abgesichert ist.

In der Pflegeversicherung besteht Versicherungspflicht nach dem Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Damit ist nahezu die gesamte Bevölkerung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert. Der sozialen Pflegeversicherung gehören dabei all diejenigen an, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Der privaten Pflegepflichtversicherung gehören diejenigen an, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder über Sondersysteme krankenversichert sind. Die Leistungen sind gesetzlich fixiert und in beiden Systemen identisch.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden in Abhängigkeit vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, aber sowohl alters- als auch einkommens- und vermögensunabhängig gewährt. Demgegenüber setzt der Bezug von ergänzenden Leistungen der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe (bspw. Leistungen, deren Pflegeausmaß nicht die Anspruchsvoraussetzungen des Pflegeversicherungsrechts erfüllen oder die den Rahmen der Pflegeversicherung übersteigen und bedarfsnotwendig sind) eine entsprechende finanzielle Bedürftigkeit des Pflegebedürftigen und seiner unterhaltspflichtigen Angehörigen voraus.

Die Absicherung von Pflegebedürftigkeit einschließlich des Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist als eigener Teil des Sozialgesetzbuches – Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) – kodifiziert. Sie ist damit von sonstigen Versicherungsansprüchen des Einzelnen, die rein krankheitsbedingt und damit dem Bereich der Krankenversicherung zuzuordnen sind (bspw. Ansprüche auf eine Haushaltshilfe bzw. häusliche Krankenpflege im Krankheitsfall oder zur Krankenhausvermeidung) getrennt. Dies gilt ebenfalls für spezielle sozialhilferechtliche Ansprüche der Betroffenen auf Hilfeleistungen bspw. wegen Behinderung oder wegen besonderer Lebenslagen, die mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sein können (z. B. Alter).

Ergänzend stehen Pflegebedürftigen und ihren Familienangehörigen häufig weitere, die Pflegeversicherungsleistungen ergänzende allgemeine Hilfsangebote zur Verfügung, die maßgeblich von der kommunalen und der freien Wohlfahrtspflege getragen werden.

Die soziale Pflegeversicherung hat sich in den 11 Jahren ihres Bestehens insgesamt bewährt. Sie erfüllt eine wichtige Aufgabe im deutschen System der sozialen Sicherheit und wird in ihrer Bedeutung angesichts der Bevölkerungsentwicklung noch erheblich zunehmen.

- Inzwischen erhalten über 2 Mio. Pflegebedürftige jeden Monat verlässlich ihre Versicherungsleistungen, rd. 1,38 Mio. im ambulanten und rd. 0,67 Mio. im stationären Bereich (vgl. im Einzelnen Annex 4.3.2).
- Das Ziel der Stärkung der häuslichen Pflege ist offensichtlich erreicht, denn rd. zwei Drittel der Pflegebedürftigen haben sich für die häusliche Pflege entschieden.
- Die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit ist erheblich verringert worden. Derzeit benötigen nur noch rd. 5% der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege und rd. 25% der stationär betreuten Pflegebedürftigen, die Pflegeversicherungsleistungen erhalten, zusätzlich Sozialhilfe.
- Die Pflegeversicherung hat zu einer massiven Verbesserung der Pflegeinfrastruktur und damit auch zu mehr Arbeitsplätzen in der Pflege geführt, entstanden sind insgesamt seit Einführung der Versicherung über 250.000 neue Arbeitsplätze.
- Die Pflegeversicherung hat den Gedanken der Eigenvorsorge gestärkt: Nahezu jeder Bürger der Bundesrepublik muss nun zur Absicherung des Pflegerisikos einen Beitrag zahlen. Dabei wird durch den Beitrag der finanziell Bessergestellten der Versicherungsschutz der Einkommensschwächeren mitfinanziert. Bei dem gegenwärtigen System zur Absicherung des Pflegerisikos sind aufgrund des Teilkasko-Charakters notwendige Solidarität und notwendige Eigenverantwortung in eine sozialpolitisch vernünftige Balance gebracht.

Die Bundesregierung ist sich mit Blick auf die demografische Entwicklung und vor dem Hintergrund der finanziellen Situation, die seit 1999 durch Ausgabenüberschüsse gekennzeichnet ist, des grundsätzlichen Handlungsbedarfs in der sozialen Pflegeversicherung bewusst. Die steigende Lebenserwartung wird zu einem weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren führen. Dessen genaues Ausmaß kann aber nicht vorhergesagt werden, da wissenschaftlich nicht geklärt ist, inwieweit sich der Beginn von Pflegebedürftigkeit mit zunehmender Lebenserwartung ebenfalls in ein höheres Alter verschiebt. Studien gehen davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bei unveränderter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit von derzeit rd. 1,9 Mio. bis zum Jahr 2030 auf rd. 3,1 Mio.

ansteigen wird. Es wird unter anderem auch darauf ankommen, diesen Prozess durch gezielte Prävention und Rehabilitation positiv zu beeinflussen. Durch frühzeitige und lebensbegleitende Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention kann zu einem gesunden Altern, zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit beigetragen werden.

Damit die Pflegeversicherung die Herausforderungen der demografischen Entwicklung erfolgreich meistern kann, gilt es nun, die Pflegeversicherung weiterzuentwickeln und auch Korrekturen von Fehlentwicklungen vorzunehmen. Die anstehende Reform soll die Pflegeversicherung als Kernsicherungssystem langfristig stabilisieren. Dazu wird sie unter Berücksichtigung der von den meisten Pflegebedürftigen bevorzugten Form der Versorgung auf die Stützung und Förderung häuslicher Versorgungsstrukturen nach dem Grundsatz „ambulanter vor stationärer Pflege“ ausgerichtet. Zugleich besteht eine wesentliche Zielsetzung in der langfristigen und nachhaltigen Sicherung der Finanzgrundlagen. Dabei soll für eine gerechte Verteilung der Lasten gesorgt werden. Schwerpunktmäßig sieht das Vorhaben folgende Maßnahmen im Leistungsbereich des Pflegeversicherungsrechts vor:

- Die ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge werden einander angenähert.
- Die Leistungen der Pflegeversicherung werden schrittweise dynamisiert.
- Der besondere Hilfebedarf insbesondere von Demenzkranken wird stärker berücksichtigt.
- Der Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ wird gestärkt.
- Zur Stärkung niederschwelliger Angebote werden weitere Fördermittel bereitgestellt.
- Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden neu strukturiert und entbürokratisiert.
- Es werden Regelungen für eine bessere Vernetzung/Verzahnung von Leistungsangeboten getroffen.
- Es werden Regelungen zur Entbürokratisierung getroffen.

Die Bundesregierung und die Länder sind sich über die weitere Förderung bürgerschaftlichen Engagements einig. Vor allem im Zusammenhang mit der länderrechtlichen Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) wird von Länderseite darauf hingewiesen, dass damit die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements in der Pflege und Begleitung älterer Menschen deutlich verstärkt worden sei; so wird aus einem Land gemeldet, dass die Zahl der Betreuungsgruppen für Demenzkranke durch die förderpolitischen Regelungen des PflEG zwischen 2001 bis 2005 nahezu verdreifacht werden konnte. Ferner könnten durch ehrenamtliche Kräfte – insbesondere in Ballungsregionen – wichtige Aufgaben in der niederschweligen Betreuung hilfebedürftiger Menschen wahrgenommen werden, die es aktiv zu fördern gelte.

4.3.2 Ziel (j): Zugang

Der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung ist allen Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen möglich. Damit ist nahezu die gesamte Bevölkerung in den Schutz der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung einbezogen.

Der gegenwärtige und künftige Umfang der pflegerischen Versorgung in Deutschland, die quantitative und vor allem qualitative Sicherung und Weiterentwicklung des gesamten Versorgungsangebotes, der Schutz der Belange und Interessen der Pflegebedürftigen sowie die Frage, welche konkreten Beiträge die Pflegeversicherung hierzu leisten kann oder soll, sind wichtige gesamtgesellschaftliche Themen, die verstärkt diskutiert und einer angemessenen Lösung zugeführt werden müssen.

Eine besondere Herausforderung stellt die Pflege und Betreuung von Menschen mit sog. eingeschränkter Alltagskompetenz (also z. B. mit Demenz bzw. Alzheimer Erkrankung) dar. Dieser Personenkreis bedarf der besonderen Fürsorge der Gemeinschaft, damit eine qualifizierte Pflege und Betreuung, die den besonderen Bedürfnissen dieses Personenkreises Rechnung trägt, sichergestellt werden kann. Diese Herausforderung wird bei der künftigen Ausgestaltung der Leistungen im Rahmen des finanziell Machbaren sicher eine wichtige Rolle spielen.

4.3.3 Ziel (k): Qualität

Der derzeitige Stand der Qualitätssicherung ist im Annex zu 4.1 ausführlicher beschrieben. Auf Grund der demografischen Entwicklung ist mit einer Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen zu rechnen, insbesondere mit einer Zunahme von pflegebedürftigen Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Vor diesem Hintergrund ist es zur Sicherung einer pflegerischen Versorgung auf hohem qualitativen Niveau vor allem erforderlich, dass (1) angemessen ausgebildetes Personal in ausreichender Zahl zur Verfügung steht, (2) einrichtungsinterne Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung weiter vorangetrieben werden sowie (3) die Pflegeeinrichtungen durch entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit den Kostenträgern in die Lage versetzt werden, ihre Verantwortung für die pflegerische Versorgung wahrnehmen zu können.

Gut ausgebildete Fachkräfte sind für eine angemessene Pflegequalität unverzichtbar. Die neuen berufsrechtlichen Regelungen im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz sind daher darauf ausgerichtet, die Ausbildungssituation in der Pflege zu verbessern und die Attraktivität des Berufsbildes zu erhöhen. Die Maßgabe, Module zur kultursensiblen Altenpflege

und Krankenpflege zu entwickeln und in die Ausbildung aufzunehmen, wird zur Qualitätserhöhung der Pflege von Migrantinnen und Migranten beitragen, ebenso wie die notwendige Ausbildung von Menschen mit Migrationshintergrund in Pflegeberufen.

In diesem Kontext ist auch der „Runde Tisch Pflege“ zu nennen, der im Herbst 2003 in einer Initiative der damals zuständigen Bundesministerinnen für Gesundheit und Soziales sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Leben gerufen wurde. Zielsetzung und Aufgabe dieser Plattform war es, konkrete und praktikable Anstöße für notwendige Schritte zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung zu entwickeln und kurzfristig für deren Verbreitung zu sorgen. Dies wurde durch eine breite Zusammensetzung des Teilnehmerkreises gewährleistet, die sicherstellt, dass alle Verantwortlichen (Bund, Länder, Kostenträger, Einrichtungsträger und Betroffene) repräsentiert sind. Ebenfalls wurden Fachexperten und Vertreter der Wissenschaft einbezogen. Im Rahmen der anstehenden Reform der Pflegeversicherung wird ein weiterer Ausbau der Regelungen zur Qualität der Pflege angestrebt. Auch vielfältige Qualitätsoffensiven der Länder setzen an der Verbesserung der Ausbildungssituation bzw. der Pflegesituation an.

4.3.4 Ziel (I): Finanzielle Nachhaltigkeit

Die zentrale Herausforderung für die Finanzierung der Langzeitpflege in Deutschland ist die demografische Entwicklung. Da die dem Pflegebedürftigen entstehenden Kosten für Langzeitpflege von der Pflegeversicherung nur im Rahmen der gesetzlich festgelegten Höchstbeträge übernommen werden, wirken sich Kosten- und Preisanstiege für pflegerische Leistungen nicht unmittelbar auf die Finanzsituation der Pflegeversicherung aus. Direkte Auswirkungen auf der Ausgabenseite haben dagegen Veränderungen der Anzahl der Pflegebedürftigen sowie Änderungen bei der Wahl der unterschiedlich teuren Leistungsarten durch die Pflegebedürftigen. Die steigende Lebenserwartung wird zu einem weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren führen. Um angesichts der demografischen Entwicklung sicherzustellen, dass die Pflegebedürftigen auch in Zukunft die Pflegeleistungen erhalten, die sie für eine ausreichende und angemessene Pflege zu einem bezahlbaren Preis brauchen, ist die Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demografiereserve notwendig.

Mit Rücksicht auf das Ziel der Beitragssatzstabilität hat es in den 11 Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung keine Anhebung der Leistungsbeträge gegeben. Zurzeit wird auf der Grundlage des Koalitionsvertrages ein Reformkonzept entwickelt, das unter anderem die Nachhaltigkeit der Finanzierung dieses Versicherungszweiges sichert und das gleichzeitig

dafür sorgt, dass die sich aus der demografischen Entwicklung ergebenden Belastungen in der Pflegeversicherung möglichst gerecht auf die Generationen verteilt werden.

Eine Erhöhung der Lohnnebenkosten durch eine Anhebung der Sozialversicherungsbeiträge ist immer mit Auswirkungen auf die Wirtschaft verbunden. Unverzichtbar war es für den Gesetzgeber daher bei der Einführung der Pflegeversicherung, die durch die hälftige Beitragstragung entstehende Belastung der Arbeitgeber zu kompensieren. Mit Ausnahme des Freistaates Sachsen (hier Erhöhung des allgemeinen Beitragssatz der Arbeitnehmer) wurde hierzu in allen Bundesländern ein gesetzlicher Feiertag abgeschafft.

Anhänge

Annex 1 Gemeinsame Ziele der OMK Sozialschutz und soziale Eingliederung

Die übergeordneten Ziele der OMK für Sozialschutz und soziale Eingliederung sind die Förderung von

- a) sozialem Zusammenhalt, Gleichbehandlung von Männern und Frauen und Chancengleichheit für alle durch angemessene, zugängliche, finanziell tragfähige, anpassungsfähige und effiziente Sozialschutzsysteme und Maßnahmen für soziale Integration;
- b) wirksamer Interaktion zwischen den Lissabon-Zielen "stärkeres Wirtschaftswachstum", "mehr und bessere Arbeitsplätze" und "größerer sozialer Zusammenhalt", unter Einbeziehung der EU-Strategie für nachhaltige Entwicklung;
- c) guter Governance, Transparenz und Einbeziehung von Interessengruppen bei der Gestaltung, Umsetzung und Überwachung politischer Maßnahmen.

Ziele in den verschiedenen Teilbereichen:

Entscheidende Fortschritte bei der Beseitigung von Armut und sozialer Ausgrenzung durch Gewährleistung

- d) des Zugangs zu den für die Beteiligung an der Gesellschaft notwendigen Ressourcen, Rechten und Dienstleistungen für alle; der Verhütung und Bekämpfung von Ausgrenzung und des Kampfs gegen alle Formen von Diskriminierung, die wiederum zu Ausgrenzung führt;
- e) der aktiven sozialen Eingliederung aller, sowohl durch Förderung der Beteiligung auf dem Arbeitsmarkt als auch durch Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung;
- f) einer soliden Koordinierung der Politik der sozialen Eingliederung, unter Einbeziehung aller Regierungsebenen und einschlägigen Akteure, darunter auch Menschen, die in Armut leben; einer effizienten und wirksamen Gestaltung dieser Politik und der Einbeziehung in alle relevanten Politikbereiche, einschließlich Wirtschafts-, Haushalt-, Bildungs- und Berufsbildungspolitik und Strukturfondsprogrammen (insbesondere ESF).

Angemessene und tragfähige Rentensysteme durch Gewährleistung

- g) eines angemessenen Ruhestandseinkommens für alle und des Zugangs zu Renten, die es den Menschen erlauben, ihren Lebensstandard nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in einem vernünftigen Rahmen aufrecht zu erhalten, im Geiste der Solidarität und Fairness zwischen den und innerhalb der Generationen;

- h) der finanziellen Nachhaltigkeit der öffentlichen und privaten Rentensysteme, unter Berücksichtigung des Drucks auf die öffentlichen Finanzen und der Bevölkerungsalterung, im Kontext der dreigleisigen Strategie zur Bewältigung der Haushaltsaspekte der Alterung, insbesondere durch Förderung von längerem Erwerbsleben und aktivem Altern, Ausgleich von Beiträgen und Leistungen in angemessener und sozial ausgewogener Weise, Förderung der Bezahlbarkeit und Sicherheit kapitalgestützter und privater Systeme;
- i) von Rentensystemen, die transparent und an die Bedürfnisse und Erwartungen von Frauen und Männern und die Erfordernisse der modernen Gesellschaft, die demografische Entwicklung und den Strukturwandel angepasst sind; einer Versorgung der Menschen mit den Informationen, die sie für die Planung ihres Ruhestands benötigen, und einer Durchführung von Reformen auf der Grundlage eines möglichst umfassenden Konsensus.

Zugängliche, hochwertige und nachhaltige Gesundheitsversorgung und Langfristpflege durch Gewährleistung

- j) des Zugangs für alle zu angemessener Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege sowie Sicherstellung, dass Pflegebedürftigkeit nicht in Armut und finanzielle Abhängigkeit führt und dass Ungleichheiten beim Zugang zu Pflege und Gesundheitsdienstleistungen angegangen werden;
- k) von Qualität bei Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege, Anpassung der Pflege – unter anderem durch Entwicklung von Präventivpflege – an die sich wandelnden Bedürfnisse und Erwartungen der Gesellschaft wie jedes Einzelnen, insbesondere durch Entwicklung von Qualitätsstandards, die die besten internationalen Verfahren widerspiegeln, sowie durch Stärkung der Verantwortung von Fachkräften im Gesundheitswesen, von Patienten und Pflegebedürftigen;
- l) der Erschwinglichkeit und finanziellen Nachhaltigkeit angemessener hochwertiger Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege durch Förderung eines rationellen Einsatzes von Ressourcen, insbesondere durch entsprechende Anreize für Nutzer und Anbieter, gute Governance und Koordination zwischen verschiedenen Systemen und öffentlichen wie privaten Einrichtungen. Langfristige Nachhaltigkeit und Qualität erfordern die Förderung einer gesunden, aktiven Lebensweise sowie hochwertige Humanressourcen für den Pflegesektor.

Annex zu 2.1 Good Practice – Beispiele im Bereich soziale Integration

Good Practice 1: Modellprojekt „Betrieb und Schule“ (BUS) in Nordrhein-Westfalen

Ziel

BUS richtet sich an Jugendliche, die im letzten Jahr ihrer Schulpflicht sind und aufgrund ihrer bisherigen Leistungen keine Chance auf einen Schulabschluss haben. Angesichts der schwierigen Lage auf dem Arbeits- und dem Lehrstellenmarkt droht diesen Jugendlichen Perspektivlosigkeit. Deshalb haben das Ministerium für Schule und Weiterbildung (MSW) und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) das Projekt BUS entwickelt und eingeführt. Ziel des Projektes ist, auch scheinbar chancenlose Jugendliche nach Erfüllung der Vollzeitschulpflicht in ein Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnis im 1. Arbeitsmarkt zu bringen. Zu diesem Zweck gehen die Jugendlichen pro Woche drei Tage in die Schule und zwei Tage in einen Praktikumsbetrieb des ersten Arbeitsmarktes. Die Unternehmen erhalten für die Bereitstellung eines solchen Praktikumsplatzes einen Jahreszuschuss von bis zu 1.000 Euro in zwei Raten à 500 Euro pro Schulhalbjahr. Nach dem Förderpraktikum werden die Jugendlichen noch ein Jahr beim Übergang in den Beruf betreut. Für dieses Coaching wird den betreuenden Lehrpersonen eine pauschale Aufwandsentschädigung von 200 Euro gewährt.

Umsetzung

Die Aufsicht liegt beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie beim Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes NRW. Die Europäische Union unterstützt die Finanzierung des Projektes aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds. Die Wintershall AG hat das Projekt gesponsert. Die Bundesregierung trug die Kosten einer wissenschaftlichen Begleitung in den Anfangsjahren des Projekts.

An der Durchführung des Projektes sind beteiligt:

- aktuell 296 Hauptschulen, Gesamtschulen und Förderschulen für Lernen bzw. für emotionale und soziale Entwicklung, an denen die Jugendlichen das letzte Jahr der Vollzeitschulpflicht ableisten.
- Betriebe des ersten Arbeitsmarktes, die Plätze für Förderpraktika als Jahrespraktika zur Verfügung stellen.
- Die Jugendhilfe (Jugendämter und Träger der Jugendsozialarbeit) und die Berufsberatung der Arbeitsagenturen unterstützen die Schulen bei Förderung der benachteiligten Jugendlichen während des Förderpraktikums und beim Übergang in den Beruf.

- Die Kammern sind bei der Suche nach Praktikumsbetrieben behilflich.
- Die Bezirksregierungen des Landes prüfen und genehmigen die Anträge der Schulen auf Teilnahme am Projekt und bewilligen die vom MSW zugewiesenen Zuwendungen für die Projektschulen.
- Der Westdeutsche Handwerkskammertag in Düsseldorf und das Versorgungsamt Köln sind mit der Bewilligung der im Projekt vorgesehenen Gelder des MAGS und der Europäischen Union für arbeitsmarktpolitische Zwecke sowie mit dem Fördercontrolling bzw. der Rechnungslegung beauftragt.

Laufzeit

Das Projekt wird seit dem Schuljahr 2001/02 durchgeführt.

Ergebnisse

Vielen Jugendlichen konnte nach einem Jahr eine konkrete Berufsperspektive eröffnet werden. 37% der ca. 2.800 BUS Absolventen des Schuljahres 2003/04 wurden in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt, 30% in ein Ausbildungsverhältnis und 7% in ein Arbeitsverhältnis.

Etwa 39% der Jugendlichen erreichten durch das BUS-Jahr wieder den Anschluss an systematisches Lernen, sodass nach weiteren Qualifizierungsschritten, etwa im Berufsvorbereitungsjahr der Berufskollegs, die Chance auf ein Ausbildungsverhältnis möglich erscheint. Für 10% der Beteiligten ergab sich eine sonstige Perspektive (Wehr- oder Zivildienst, soziales Jahr).

Für 14% der Beteiligten konnten keine positiven Perspektiven ermittelt werden. Eine vorläufige Teilauswertung der Ergebnisse des Schuljahres 2004/05, in dem ca. 3.000 Schülerinnen und Schüler an dem Projekt teilnahmen, zeigt ein ähnlich positives Bild: Über 31% der Absolventen konnten im Anschluss an die Schule in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden, 46% besuchten Maßnahmen der Berufsvorbereitung und 10% gingen zurück in den regulären Schulbetrieb, um einen höheren Schulabschluss zu erreichen. Ihren Wehrdienst oder ein soziales Jahr leisteten 3% ab. Lediglich 10% hatten noch keine konkrete Perspektive.

Die rücklaufenden Anteile beim Übergang in Ausbildung erscheinen durch das, v. a. im Handwerk, das viele BUS-Plätze stellt, stark zurückgehende Ausbildungsstellenangebot verursacht zu sein.

Diese positiven Ergebnisse werden durch das Institut für Schulentwicklungsforschung (IFS) bestätigt. Nach den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung trifft das Projekt auf eine

breite Zustimmung unter den Schülerinnen und Schülern. Zustimmung und Zufriedenheit gehen zwar zum Ende der Maßnahme zum Teil etwas zurück, verbleiben jedoch auch dann noch auf einem hohen Niveau. Die Quote der Unzufriedenen und Nicht-Zustimmenden erreicht kaum 25%. Entsprechend bleibt der Anteil der „Ambivalenten“ ganz überwiegend konstant. Auch aus Lehrersicht wird die Maßnahme als sehr erfolgreich beschrieben.

Good Practice 2: Handlungsprogramm „Soziale Stadt NRW“

Ziel

Das ressortübergreifende Handlungsprogramm „Soziale Stadt NRW“ unter Federführung des Städtebauministeriums leistet seit 1993 einen Beitrag zur Überwindung komplexer Benachteiligungen in Stadtteilen. Die dort auftretende räumliche Konzentration der Benachteiligungen und die besonderen Problemlagen erfordern ganzheitliche, ressortübergreifende Lösungsansätze und Handlungsstrategien, um die Quartiere wieder aufzuwerten und die Lebensbedingungen der Bevölkerung in diesen städtischen Problemgebieten zu verbessern.

Mit Maßnahmen der Stadterneuerung werden der öffentliche Raum und die Wohnsituation aufgewertet, ein effektives und bürgernahes Stadtteilmanagement eingerichtet und der partizipative Ansatz des Programms über eine breitere Öffentlichkeitsarbeit hergestellt, denn die aktive Beteiligung der Stadtteilbewohner/innen am Erneuerungsprozess ihres Quartiers hat eine sehr hohe Bedeutung für die langfristige Aufwertung der Gebiete.

Mit dem Programm werden aktuell Mehrzielprojekte in 37 Stadtteilen (Stand 2006) gefördert, die städtebauliche Maßnahmen mit sozialpolitischen, wohnungspolitischen sowie wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischen Zielen sowie der Schaffung einer sozialen und kulturellen Infrastruktur verbinden. Die gesellschaftlichen Anstrengungen für eine bessere Integration werden unterstützt und mit städtebaulichen Maßnahmen der Entstehung von Parallelgesellschaften entgegengewirkt.

Umsetzung

2005 standen in NRW aus Landes-, Bundes- und EU-Mitteln 40 Mio. Euro aus Städtebauförderungsmitteln für die Umsetzung zur Verfügung.

Beispielhafte Projekte aus verschiedenen Handlungsfeldern des Programms ‚Soziale Stadt‘, die abgeschlossen (*) sind bzw. fortgesetzt (+) werden.

Gelsenkirchen-Bismarck/Schalke-Nord *

Unter Trägerschaft der Evangelischen Kirche wurde der Neubau der Evangelischen Gesamtschule Bismarck errichtet. Sie ist eine multikulturelle und ökologische Stadtteilschule mit öffentlichem Begegnungszentrum, umgeben von einem Stadtteilpark. Auch in vielen anderen Stadtteilen des Programmgebiets sind Schulen sehr wichtige Träger stadtteilorientierter Aktivitäten und der Integration. Ihre Öffnung in den Stadtteil hinein leistet einen wirksamen Beitrag, das soziale Klima und das Image der Quartiere positiv zu verändern.

In vielen Stadtteilen sind Sprachförderprojekte fester Bestandteil der Stadtteilarbeit geworden. Sie bilden nicht nur die Voraussetzung für einen schulischen Erfolg nichtdeutscher Kinder, sondern sind zugleich eine Zugangsmöglichkeit zu ihren Eltern und somit eine umfassende Integrationsmaßnahme. Aufgrund der positiven Erfahrungen in Bismarck/Schalke-Nord wurde das Sprachförderangebot im Vorschulbereich seit dem Kindergartenjahr 2000/2001 auf (überwiegend städtische) Tageseinrichtungen mit über 50% Migrantenanteil in der gesamten Stadt Gelsenkirchen ausgeweitet.

Detmold-Herberhausen *

Das Handlungsfeld Arbeits- und Strukturpolitik verknüpft Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik mit anderen Handlungsfeldern zur Verbesserung der Situation im Stadtteil. In Detmold-Herberhausen kooperierten das Arbeitsamt, das Netzwerk Lippe und Beschäftigungsträger im Rahmen eines Beschäftigungspaktes eng. Zusammen mit Betrieben der Region wurden vier große Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekte im Stadtteil entwickelt, an denen weit über 100 Jugendliche vorwiegend aus dem Stadtteil beteiligt waren. Sehr hohe Vermittlungsquoten in feste Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnisse weist insbesondere der Umbau des Gutes Herberhausen mit Jugendlichen und Langzeitarbeitslosen im Bereich Hochbau auf. Flankiert wurden alle Maßnahmen durch Berufspraktika und nachholbare Schulabschlüsse. Im Jugendtreff auf Gut Herberhausen wurde eine dezentrale Beratungs- und Vermittlungsstelle eingerichtet, die Jugendliche in Kooperation mit der Stadt, der IHK und Beschäftigungsträgern vermittelt.

Wuppertal-Ostersbaum +

Als Reaktion auf die häuslich oft unzureichende Situation von Grundschulkindern im Stadtteil initiierten das Nachbarschaftsheim, Grundschulen, die Diakonie und das Stadtteilbüro mit finanzieller Unterstützung von Sponsoren mit der Kinderkantine im Nachbarschaftsheim, einer Sozialeinrichtung mit langer Tradition in Wuppertal, einen Mittagstisch für Kinder.

MUS-E Projekt +

Das MUS-E Projekt, die Abkürzung steht für „Künstlerisches Programm an Schulen in Europa“, ist eine Kooperation des Städtebauministeriums mit der Yehudi Menuhin Stiftung an Grundschulen in den Programmstadtteilen der Sozialen Stadt NRW. MUS-E trägt dazu bei, dass Kinder insbesondere in sozialen Brennpunkten in ihrer Kreativität gefördert, in ihrer Ausdrucksfähigkeit und ihrer Persönlichkeit gestärkt und in ihrer sozialen Kompetenz unterstützt werden. In der Begegnung mit Kunst und Künstlern wird die Basis geschaffen. Bei MUS-E bestreiten professionelle, in der Arbeit mit Kindern erfahrene und kontinuierlich fortgebildete Künstler/innen aus Theater, Tanz, Musik oder bildender Kunst über drei Jahre zwei Schulstunden im Kernbereich des Unterrichts in Anwesenheit der Lehrer/innen. MUS-E ist aber kein Ersatz für regulären Musik-, Kunst oder Sportunterricht. Bei MUS-E lernen alle Beteiligten: Lehrer/innen reflektieren ihr Rollenverständnis, Künstler/innen und Schule erweitern ihr Selbstverständnis und Nachbarn im Stadtteil werden in ihrem Lebensraum aktiv.

Die Kooperation mit der Yehudi Menuhin Stiftung begann 1999 zunächst für drei Jahre. In der dritten Kooperationsstaffel seit dem Schuljahr 2005 beteiligen sich mit finanzieller Förderung des Städtebauministeriums über 83 Grundschulen mit über 400 Klassen in den Programmgebieten der Sozialen Stadt am Gemeinschaftsprojekt MUS-E.

Die Kooperation mit der Yehudi Menuhin Stiftung war Vorbild für weitere Kooperationsprojekte z. B. mit dem Landessportbund (Werkstatt Sport) und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Gesund älter werden im Stadtteil).

Umsetzung in 2006

2006 sind drei weitere Stadtteile: Castrop-Rauxel Deininghausen, Mülheim-Eppinghofen und Münster-Brüningheide ins Programm „Soziale Stadt“ aufgenommen worden.

Evaluation

1999 gab es eine erste Evaluation durch das Institut für Landes- und Entwicklungsforschung in Dortmund (ILS Schrift 166). Der Ende 2002 gefasste einstimmige Beschluss aller Landtagsfraktionen, das Programm kontinuierlich fortzusetzen und weiter zu entwickeln, bekräftigte die Notwendigkeit einer Evaluation des Programms. Seit 2003 gehört die Evaluation des Förderprogramms „Soziale Stadt NRW“ zum Standard. Sie ist Voraussetzung für jede weitere Förderung aus Mitteln des Landesprogramms. Die Kommunen führen sie weitgehend in Eigenregie durch.

Eckpunkte des Verfahrens sind:

1. Zielentwicklung und Zielcontrolling
2. Sozialraum-Monitoring, um einen gesamtstädtischen Vergleich zu ermöglichen,
3. Analyse qualitativer Prozesse, u. a. Bewohnerbeteiligung, Imagewandel, Vernetzung im Stadtteil
4. Ergänzt wird die Evaluation durch vier Fallstudien. Um das Gesamtbild für alle in NRW beteiligten Stadtteile zu vervollständigen, werden exemplarische Themen untersucht, die übertragbare Aussagen zur Wirksamkeit bestehender Ansätze, Erfolgsfaktoren, Umsetzungsmechanismen etc. vermitteln (bisherige Themen: Schule im Stadtteil, lokale Ökonomie).

Good Practice 3: Bundesmodellprojekt „Sozialräumliche Familien- und Jugendarbeit“, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ziel

Aus seiner Erfahrung mit regulären diakonischen Angeboten im Bereich der Jugendhilfe und Jugendarbeit hat das Diakonische Werk der EKD festgestellt, dass mit den gängigen Angeboten manche Jugendliche kaum zu erreichen sind. Aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen lassen befürchten, dass die Zahl dieser Jugendlichen noch steigen wird. Die Sorge um besonders ausgegrenzte und arme Jugendliche gehört traditionell zum diakonischen Profil. Mit dem Bundesmodellprojekt „Sozialräumliche Familien- und Jugendarbeit“ (SoFJA) in der Trägerschaft des Diakonischen Werkes der EKD wurde nun eine Konzeption für sozial benachteiligte Jugendliche entwickelt, die gravierende soziale Desintegrationsmerkmale aufweisen. Ziel ist, die emotionalen und motivationalen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Integration der Jugendlichen, u. a. auch in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt, herzustellen.

Umsetzung

Das Modellprojekt setzt an einer innovativen Kombination von mobiler Jugendarbeit und aufsuchender Familienberatung an. Während der 4-jährigen Laufzeit von Anfang Juli 2002 bis Ende Juni 2006 entwickelten die Mitarbeitenden die Konzeption in enger Zusammenarbeit mit der Praxis an vier Standorten in Deutschland, in Berlin, Glauchau, Hamburg und Schwerin. Über einen lebensweltlich aufsuchenden Kontakt- und Vertrauensaufbau konnten inzwischen über 40 Jugendliche gemeinsam mit ihren Familien für eine systemische Beratung gewonnen werden, die zu einer verbesserten sozialen Handlungsfähigkeit und zu einer Stärkung der Problem- und Konfliktlösungskompetenzen führte. Die Beratungsarbeit ist eingebunden in eine Strategie der sozialräumlichen Vitalisierung, die die materiellen und interakti-

onalen Bedingungen im Sozialraum im Sinne der Zielgruppe bedürfnis- und bedarfsgerecht gestalten hilft. Zur Herstellung besserer Aufwachs- und Lebensbedingungen arbeitet SoFJA mit allen relevanten Sozialraumakteuren im formellen wie informellen Sektor des Gemeinwesens zusammen. Das Bundesmodellprojekt steht damit im Einklang mit der Idee einer „sozialen Koproduktion“, wie sie im Programm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ der Bundesregierung formuliert ist.

Ergebnisse

Mit dem Bundesmodellprojekt „Sozialräumliche Familien- und Jugendarbeit“ wird eine Lücke im sozialpädagogischen Hilfesystem für eine Zielgruppe geschlossen, deren soziale Integration nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch gesamtgesellschaftlich gesehen von hoher Dringlichkeit ist.

Die Ergebnisse des Projekts sind ab Ende Mai unter www.diakonie.de (<http://www.diakonie.de/de/html/fachforum/1152.html>) abrufbar. Der Schlussbericht enthält die Konzeption und den Evaluationsbericht.

Annex zu 4.2 Good Practice – Beispiele im Bereich Gesundheit und Langzeitpflege

1. Good Practice – Beispiele im Bereich Gesundheit

Neue Versorgungsformen für eine bedarfsgerechte Versorgung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ist in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ein struktureller Wandel eingeleitet worden mit dem Ziel, starre Versorgungsstrukturen und die Abschottung der unterschiedlichen Leistungsbereiche zu durchbrechen und durch eine Vielzahl von Versorgungsmodellen zu ersetzen, in denen Patientinnen und Patienten die jeweils auf ihren individuellen Bedarf ausgerichteten Leistungen erhalten. In diesen Modellen arbeiten Ärztinnen und Ärzte mit Kollegen anderer Disziplinen zusammen, kooperieren mit Pflege und Rehabilitation sowie mit anderen Gesundheitsberufen. Sie behandeln Patientinnen und Patienten qualitätsgesichert und in vernetzten Strukturen, in denen möglichst viel Transparenz und Wissen herrscht, in denen Mehrfachuntersuchungen überflüssig werden und in denen der Facharzt nachvollziehen kann, was der Haus- oder der erstbehandelnde Arzt schon unternommen hat. Medizinische Versorgungszentren, Hausarztssysteme, die Möglichkeit für Krankenhäuser, in speziellen Fällen auch ambulant behandeln zu können, sowie die Entwicklung integrierter Versorgungsformen stellen besonders ab auf den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten. Neben den genannten Maßnahmen, die auch im Zuge der am 5. Juli 2006 veröffentlichten Eckpunkte der Regierungskoalition zur Gesundheitsreform weiterentwickelt werden, wurde in Deutschland ein neues Vergütungssystem im Krankenhaus eingeführt, das auf wachsendes internationales Interesse stößt und daher genauer vorgestellt werden soll.

DRG-Einführung in Deutschland

Wesentliche Ziele der DRG-Einführung in Deutschland sind die Etablierung eines leistungsorientierten Entgeltsystems, das die Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität im Krankenhausbereich fördert. Bis zur DRG-Einführung wurden stationäre Krankenhausleistungen in Deutschland weitestgehend über tagesbezogene Pflegesätze vergütet. Die Berechnung erfolgte unabhängig davon, wie hoch der Behandlungsaufwand für die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten tatsächlich war. Die Vergütung war somit nicht leistungsgerecht und hat darüber hinaus den Krankenhäusern einen Anreiz gegeben, die Patienten über das medizinisch notwendige Maß hinaus im Krankenhaus zu behalten.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesell-

schaft als Selbstverwaltungspartner beauftragt, schrittweise ein umfassendes, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem für alle voll- und teilstationären Leistungen einzuführen. Lediglich Einrichtungen der Psychiatrie, der Psychosomatik und der Psychotherapie sind von der Einführung zunächst ausgenommen und werden bis auf weiteres durch tagesgleiche Pflegesätze vergütet.

Die genannten Selbstverwaltungspartner hatten sich bei der Systemauswahl, die im Juni 2000 stattfand, an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) zu orientieren. Als Ausgangsgrundlage des deutschen DRG-Systems diente das australische Australian Refined-DRG-System Version 4.1. Dieses wurde auf der Grundlage von Ist-Kosten- und Ist-Leistungsdaten einer Stichprobe deutscher Krankenhäuser an deutsche Gegebenheiten und bestehende Besonderheiten der Krankenhausversorgung und -finanzierung angepasst. Die Weiterentwicklung des Systems erfolgt durch jährliche Neukalkulationen.

Die konkreten Einzelheiten für die Umstellung der Krankenhausvergütung von der bisher dominierenden Vergütung durch tagesgleiche Pflegesätze auf ein umfassendes DRG-Fallpauschalensystem wurden mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 vorgegeben. Insbesondere wurde damit die Ein- und Überführungsphase des neuen Entgeltsystems ausgestaltet. Im Jahr 2003 konnten die Krankenhäuser das DRG-System freiwillig zur Abrechnung ihrer Leistungen anwenden (Optionsmodell). Im Jahr 2004 war das neue Vergütungssystem von allen Akutkrankenhäusern verbindlich einzuführen. In beiden Jahren hatte die Abrechnung der DRG-Fallpauschalen noch keine Auswirkung auf das Budget der Krankenhäuser (budgetneutrale Phase). Zum 1. Januar 2005 hat die so genannte Konvergenzphase begonnen, in der die historisch bestimmten und unterschiedlich leistungsgerechten Krankenhausbudgets stufenweise bis zum Jahr 2009 an ein einheitliches Preisniveau auf Landesebene (Landes-Basisfallwert) herangeführt werden. Dieser Angleichungsprozess führt zu entsprechenden Erhöhungen oder Absenkungen der einzelnen Krankenhausbudgets. Insgesamt werden die finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser durch die neue leistungsorientierte Vergütung grundlegend verändert.

Offen ist bislang noch der endgültige ordnungspolitische Rahmen für den Zeitraum ab dem Jahr 2009. Unter Einbeziehung der bis dahin gewonnenen Erfahrungen sollen im Jahr 2007/2008 die noch ausstehenden Entscheidungen zum Einsatz des DRG-Systems bei der Krankenhausfinanzierung getroffen werden. Hierzu gehört z. B. die Klärung der Frage, ob DRGs zur rationaleren Budgetverhandlung oder als verbindliche Preise genutzt werden sollen oder ggf. Preisdifferenzierungen krankenhaushausindividuell verhandelbar sein sollen.

Da die DRG-Einführung erst im Jahr 2004 verpflichtend begonnen hat, ist es für eine auf quantitativen Daten fußende Zwischenbilanz noch zu früh. Dennoch sind erste positive Entwicklungen erkennbar:

- Die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung hat zugenommen. Viele Krankenhäuser befinden sich derzeit in einem Umstrukturierungsprozess, um ihre wirtschaftliche Situation zu verbessern. Aufnahme und Entlassung werden gezielter ausgerichtet, betriebsinterne Abläufe werden optimiert (z. B. unter Nutzung klinischer Behandlungspfade). In den Regionen werden die Leistungsstrukturen der Krankenhäuser besser aufeinander abgestimmt, Kompetenzzentren entstehen. Die Zahl von Fusionen und Kooperationen wächst beständig.
- Die im internationalen Vergleich früher sehr hohen deutschen Verweildauern sinken weiter ab (akutstationäre Verweildauer 2004: 8,2 Tage; 2002: 8,6 Tage).
- Mit den Fallpauschalen wächst die Transparenz über die Krankenhausleistungen insbesondere für die Krankenkassen, aber durch die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Veröffentlichung strukturierter Qualitätsberichte auch für die Versicherten (vgl. www.g-qb.de, www.klinik-konsil.de, www.klinik-lotse.de,). Zu hoffen ist schließlich, dass die Patienten von der zunehmenden Spezialisierung der Krankenhäuser durch Qualitätsverbesserungen profitieren.

Mit der G-DRG Version 2007 wird derzeit die fünfte Version des neuen Entgeltsystems vorbereitet (Stand Juli 2006), mit einer Vorlage ist im September 2006 zu rechnen. Zwischenzeitlich hat sich die Schweiz für das deutsche G-DRG-System als Ausgangsgrundlage für die Entwicklung eines schweizerischen DRG-Systems entschieden. Die Entwicklung erfolgt mit Unterstützung des deutschen DRG-Instituts der Selbstverwaltungspartner (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus).

Die Entwicklung und Einführung eines differenzierten und leistungsorientierten DRG-Fallpauschalensystems in Deutschland stößt international auf großes Interesse und hat eine positive Resonanz gefunden. Zugleich kann die DRG-Einführung im neokorporatistisch gesteuerten Gesundheitssystem Deutschlands als Beispiel für eine zügige und praxisnahe Umsetzung eines Reformprojekts in der Zusammenarbeit von Staat und Selbstverwaltung angeführt werden. Hierbei spielt die flexible Einbindung des DRG-Instituts der Selbstverwaltungspartner eine wichtige Rolle.

2. Good practice – Beispiele im Bereich der Langzeitpflege

Wahlfreiheit zwischen häuslicher oder stationärer Versorgung

Die Pflegeversicherung stellt dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen einen differenzierten Leistungskatalog zur Wahl. Die Leistungen der Pflegeversicherung, auf die ein Rechtsanspruch besteht, sind nicht abhängig vom Alter oder vom Einkommen oder Vermögen des Versicherten. Auch wer bei Eintritt des Versicherungsfalles über genügend Finanzmittel verfügt, erhält bei Pflegebedürftigkeit die Leistungen der Pflegeversicherung. Die Höhe der Leistungen ist abhängig von der Pflegestufe. Pflegebedürftige können in Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts grundsätzlich frei zwischen häuslicher und stationärer Pflege oder den jeweiligen Dienstleistungsanbietern wählen.

Vorrang der häuslichen Pflege

Die Pflegeversicherung stellt vorrangig Hilfen zur häuslichen Pflege zur Verfügung, um den Pflegebedürftigen möglichst lange das Verbleiben in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen.

Diese reichen vom sog. Pflegegeld bis hin zu finanziellen Zuschüssen bei der Wohnumfeldverbesserung. Schon bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen der Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen neben den medizinischen Aspekten auch Feststellungen zur häuslichen Pflege- und Versorgungssituation und zum sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen getroffen. Denn es gilt auch, die konkreten Belastungen bei der Pflegetätigkeit und die Belastbarkeit der informellen Pflegepersonen – meist Familienangehörige –, um den Vorrang der häuslichen Pflege nicht ins Leere laufen zu lassen, sachgerecht einzuschätzen und, wenn möglich, durch geeignete Maßnahmen aufzufangen. Ein vor Ort akzeptierter Weg hierzu sind unter anderem die unentgeltlichen Schulungskurse (auch in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen!) in der Pflege für Angehörige und sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen.

Im Zusammenhang mit dem Vorrang der häuslichen Versorgung ist zudem von besonderer Bedeutung die Verbesserung der Alterssicherung informeller Pflegepersonen. Die Pflegekassen entrichten für diese Personen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung je nach Pflegestufe und Umfang der Pflegetätigkeit. Damit soll anerkannt werden, dass diese wegen der Übernahme der Pflegetätigkeit häufig auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten. Da über 90% der rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen Frauen sind, leistet die Pflegeversicherung gleichzeitig einen wichtigen Beitrag zur eigenständigen sozia-

len Absicherung von Frauen im Alter. Außerdem ist die Pfl egetätigkeit in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Weitere Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege sind Annex 4.3 zu entnehmen.

In der anstehenden Reform zur Pflegeversicherung wird der Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Versorgung ebenfalls weiter gestärkt.

Interne und externe Qualitätssicherung

Das Pflege-Versicherungsgesetz (SGB XI) verfolgt einerseits das Ziel, die Entwicklung des internen Qualitätsmanagements von Pflegeeinrichtungen zu fördern, zugleich setzt es auf eine immer noch unverzichtbare externe Kontrolle. Diese doppelgleisige Zielrichtung wurde mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz von 2002 weiter ausgebaut und wird auch im Rahmen der anstehenden Pflegereform wieder aufgegriffen.

Wesentliche Vorgaben im Bereich der Qualitätssicherung enthalten außerdem die Regelwerke der Selbstverwaltungsgremien (Kostenträger und Einrichtungsträger) und das Heimrecht.⁷

Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene haben beispielsweise gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe vereinbart, die die Anforderungen an die Qualität, Qualitätssicherung und an die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege ausgerichtet ist, für alle Pflegeeinrichtungen verbindlich festlegen. Diese gemeinsamen Grundsätze beschreiben auch weitere wesentliche Grundbegriffe.

Hiermit korrespondiert die gesetzliche Regelung, wonach die Zulassung einer Pflegeeinrichtung voraussetzt, dass sie sich auf ein internes Qualitätsmanagement verpflichtet.

Grundsätzlich ist zudem der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) berechtigt (nur im Auftrag der Pflegekassen, im Übrigen aber weisungsunabhängig), zum Zwecke der Qualitätssicherung die zugelassenen Pflegeeinrichtungen jederzeit angemeldet oder unangemeldet aufzusuchen, um dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden anschließend auf der Grundlage des MDK-Prüfberichts und nach Anhörung der Pflegeeinrichtung, ob und ggf. welche Maßnahmen zur Mängelbeseitigung erforderlich sind.

⁷ Die Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht wird im Zuge der Föderalismusreform auf die Länder übertragen. Bis die Länder von dieser Gesetzgebungskompetenz Gebrauch machen, gilt das bisherige Bundesrecht weiter.

In diesem Zusammenhang sind auch die Qualitätsprüfungs-Richtlinien, die seit dem 01. Januar 2006 in Kraft sind, zu erwähnen. Hierbei handelt es sich um Richtlinien, die sicherstellen, dass Qualitätsprüfungen und Beratungen der Pflegeeinrichtungen durch den MDK bundesweit eine einheitliche Grundlage haben. Auf diese Weise wird nicht nur für die notwendige Transparenz bei den Qualitätsprüfungen und Beratungen gesorgt, sondern gleichzeitig auch die Durchführung der Qualitätsprüfungen für alle Beteiligten erleichtert.

Förderung und Etablierung ehrenamtlicher Hilfsstrukturen

Das bürgerschaftliche Engagement ist neben professionellen und familialen Hilfeangebots eine wesentliche Stütze bei der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Die Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements in der Pflege darf aber nicht als Lückenbüsser im herkömmlichen System der sozialen Sicherung wahrgenommen werden. Vielmehr muss dessen Eigenwert betont und es als Beitrag zu einer „neuen Kultur des Helfens“ verstanden werden, der über den Pflegebereich hinaus gesellschaftliche Wirkungen entfalten kann, die der Vereinzelung und Isolierung der Menschen entgegenwirken.

Die Regelungen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) von 2002 sind gezielt auf die Einbindung bürgerschaftlichen Engagements – vor allem zur Entlastung pflegender Angehöriger von demenzkranken Pflegebedürftigen – durch sog. niederschwellige Angebote ausgerichtet. Dabei sind in dieser gesetzlichen Regelung neue Strukturen der Kooperation zwischen Staat bzw. Sozialversicherung und Zivilgesellschaft nicht nur Gegenstand einzelner Paragraphen, sondern ein rechtspolitisches Strukturmerkmal des Gesetzes als Ganzem.

Die ersten Erfahrungen mit dem Gesetz haben gezeigt, dass das bürgerschaftliche Engagement in der Pflege und Begleitung älterer Menschen mit zielgerichteten Maßnahmen erfolgreich verstärkt werden kann.

Annex zu 4.3 Beschreibung der Pflegeversicherung

Die Soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit in der Bundesrepublik Deutschland

I. Konzeption und Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI)

Die am 1. Januar 1995 eingeführte soziale Pflegeversicherung hat zum Ziel,

- die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen umfassend zu verbessern und auf eine neue Grundlage zu stellen;
- das Risiko der Pflegebedürftigkeit vergleichbar den Versicherungen gegen Krankheit, Unfall und Arbeitslosigkeit sowie zur Sicherung des Alterseinkommens sozial abzusichern;
- dazu beizutragen, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden physischen, psychischen und finanziellen Belastungen zu mildern und sicherzustellen, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle die Betroffenen aufgrund der Pflegebedürftigkeit nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen sind;
- der künftigen demografischen Entwicklung, die durch steigende Lebenserwartung und durch die Zunahme des Anteils der älteren Menschen gekennzeichnet ist, Rechnung zu tragen;
- den Pflegebedürftigen möglichst lange das Verbleiben in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen. Die Leistungen der Pflegeversicherung orientieren sich an den Grundsätzen „Prävention und Rehabilitation vor Pflege, ambulante vor stationärer Pflege und teilstationäre vor vollstationärer Pflege“ (vgl. Annex 4.1).
- die soziale Sicherung der nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen (z. B. Angehörige, Nachbarn) zu verbessern, um die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich zu fördern und den hohen Einsatz der Pflegepersonen anzuerkennen, die wegen der Pflegetätigkeit auch häufig auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten;
- und dazu beizutragen, dass die Pflegeinfrastruktur in der Bundesrepublik Deutschland weiter auf- und ausgebaut wird. Denn die Pflege braucht ein durch ambulante soziale Dienste sowie teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen gestütztes sicheres Fundament. Zur Förderung des Wettbewerbs wird dabei die Zulassung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer nicht vom Bedarf abhängig gemacht.

Der Versicherungsschutz der gesetzlichen Pflegeversicherung umfasst annähernd die gesamte Bevölkerung, und zwar nach dem Grundsatz: Die Pflegeversicherung folgt der Kran-

kenversicherung. Jeder ist im Grundsatz dort pflegeversichert, wo er bereits seinen Krankenversicherungsschutz hat.

Die gesetzliche Pflegeversicherung umfasst nebeneinander als jeweils selbständige Teile die soziale und die private Pflegeversicherung, beide sind als Pflichtversicherungen konzipiert. Es gibt keinen Finanzausgleich zwischen den sozialen Pflegekassen einerseits und den privaten Versicherungsunternehmen andererseits, soziale und private Pflegeversicherung sind völlig voneinander getrennt.

Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Bei jeder der – teils regional, teils überregional tätigen – Krankenkassen (Anzahl: über 200) ist eine Pflegekasse errichtet, die die soziale Pflegeversicherung durchführt. Die Pflegekassen sind organisatorisch sehr eng an die Krankenkassen angebunden, sie sind rechtlich selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Ihre Organe werden paritätisch von Arbeitgebern und Versicherten gewählt (Selbstverwaltungsprinzip). Sie unterliegen der staatlichen Aufsicht. Die Pflegekassen haben kein eigenes Verwaltungspersonal, vielmehr stellen die Krankenkassen ihre räumliche, sächliche und personelle Infrastruktur für die bei ihnen errichteten Pflegekassen zur Verfügung. Das hat den Vorteil, dass es aus Sicht der Versicherten praktisch nur eine Kasse für die Kranken- und Pflegeversicherung gibt. Träger der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die Krankenversicherungsunternehmen, die diese durchführen (rund 50).

Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung erfolgt im Umlageverfahren durch einkommensabhängige Versichertenbeiträge (Einnahmeseite). Der Beitragssatz und die Kriterien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit können nur vom Gesetzgeber geändert werden, die Leistungsbeträge vom Gesetzgeber (Ausgabeseite). Der Beitragssatz in der gesamten Bundesrepublik beträgt einheitlich 1,7% der beitragspflichtigen Einnahmen; kinderlose Mitglieder zahlen seit 1. Januar 2005 einen Zuschlag in Höhe von 0,25%. Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung werden grundsätzlich von allen Mitgliedern entsprechend ihrem Einkommen gezahlt. Es gelten im Wesentlichen dieselben Regelungen über die Beitragsbemessung und Beitragszahlung wie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Unterhaltsberechtigter Kinder und Ehegatten, deren monatliches Gesamteinkommen die sog. Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt, sind im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert. Zwischen den Pflegekassen gibt es einen umfassenden Finanzausgleich. Die Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung erfolgt im Rahmen eines Kapitaldeckungsverfahrens. Die sonst üblichen Bedingungen einer privaten Krankenversicherung sind durch das SGB XI wesentlich verändert worden, und zwar im Sinne einer Annäherung an die Prinzipien

der sozialen Pflegeversicherung. Insofern entsprechen bspw. die Leistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung bzw. der Versicherungsunternehmen denen der sozialen Pflegeversicherung. Auch die übrige Ausgestaltung der privaten Pflegeversicherung ist der sozialen Pflegeversicherung durch sozialrechtliche Vorgaben weit angenähert, z. B. finden keine Gesundheitsprüfungen statt und Kinder müssen beitragsfrei versichert werden. Die Prämien richten sich in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht nach dem Einkommen des Versicherten. Die privaten Versicherungsunternehmen kalkulieren aufgrund vom Gesetzgeber vorgegebener sozialer Rahmenbedingungen im Wesentlichen nur nach dem Alter des Versicherten beim Versicherungsabschluss. Die Versicherungsunternehmen haben – wie es das Gesetz vorsieht – untereinander einen Finanzausgleich vereinbart.

Nach den Vorgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung sind Personen pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens voraussichtlich auf Dauer, mindestens für sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Personen mit geistigen oder seelischen Krankheiten oder Behinderung sind denjenigen gleichgestellt, die an einer körperlichen Erkrankung oder Behinderung leiden. Der maßgebliche Hilfebedarf erstreckt sich auf die Bereiche der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und auf die hauswirtschaftliche Versorgung.

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegebedürftigen werden drei Pflegestufen zugeordnet:

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

Ausschlaggebend für die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen ist der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Hilfeleistungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Grundpflege) sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Er muss (bei einer wöchentlichen Betrachtung) im Durchschnitt pro Tag:

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

Pflegebedürftige der Pflegestufe III können darüber hinaus in besonders gelagerten Einzelfällen als *Härtefall* anerkannt werden, wenn für die Grundpflege des Pflegebedürftigen mindestens sieben Stunden täglich, davon wenigstens zwei Stunden in der Nacht, erforderlich ist oder wenn die Grundpflege auch nachts nur von mehreren Pflegepersonen gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird durch einen Antrag des Pflegebedürftigen bei der Pflegekasse auf eine Leistung eingeleitet. Auch ohne Antrag hat die Pflegekasse schon dann tätig zu werden, wenn sie von dritter Seite erfährt, dass Pflegebedürftigkeit droht oder eingetreten ist. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Stufe der Pflegebedürftigkeit ist ebenso wie die Prüfung des Vorliegens der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen Aufgabe der Pflegekassen. Hierzu hat sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in das Verfahren zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit zwingend einzuschalten. Die erforderlichen medizinischen und pflegerischen Feststellungen zum Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und zum Schweregrad treffen die Fachkräfte des MDK, in erster Linie Pflegekräfte und Ärzte auf der Grundlage bundesweit einheitlich festgelegter Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungsgesetz. Entsprechend dem Grundsatz, dass Rehabilitation Vorrang vor Leistungen der Pflegeversicherung hat, prüft der MDK gleichzeitig Rehabilitationsmöglichkeiten und auch die Notwendigkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen. Die Erstuntersuchung, aber auch die Wiederholungsuntersuchungen, hat der MDK im Wohnbereich des Pflegebedürftigen vorzunehmen. Dies schließt nicht aus, dass ein Antragsteller, der sich noch im Krankenhaus befindet, bereits dort untersucht werden kann. Bei der Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen sind neben den medizinischen Aspekten auch Feststellungen zur häuslichen Pflege- und Versorgungssituation und zum sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen zu

treffen. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Belastungen und die Belastbarkeit der Pflegepersonen – meist Familienangehörige – und auf besondere Belastungen bei der Pflege Tätigkeit aufgrund der Gesamtsituation zu achten. Es sind ggf. Vorschläge zur Verbesserung des Wohnumfeldes, notwendigen Hilfsmitteln oder zusätzlich notwendige pflegerische Leistungen im Einzelfall zu dokumentieren. Im Rahmen der Feststellungen von Rehabilitationsmöglichkeiten ist auch zu prüfen, ob durch rehabilitative Maßnahmen die Pflege für die Pflegeperson erleichtert werden kann. Die von den Pflegekassen zu bewilligenden Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nur nach dem vom MDK empfohlenen Ausmaß der Pflegebedürftigkeit.

II. Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen die pflegebedürftigen Menschen darin unterstützen, trotz ihres Hilfebedarfes ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht und ihren Wünschen entgegenkommt. Das Recht der Pflegeversicherung orientiert sich in diesem Zusammenhang an folgenden Grundsätzen:

- Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Pflegebedürftigen
- weit reichende Wahlrechte zwischen den Leistungsarten und zwischen den Leistungsanbietern
- umfassende Beratungs- und Informationspflichten der Pflegekassen
- Anspruch auf Abschluss eines schriftlichen Pflegevertrages im ambulanten Bereich
- Beteiligung der Pflegebedürftigen an Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Heimträgern
- Beteiligung von Verbänden der Pflegebedürftigen an bundesweiten oder landesweiten Verträgen der Selbstverwaltung, bestehend aus Kostenträgern und Einrichtungsträgern
- Schutz der persönlichen Daten des Pflegebedürftigen
- Unterstützung der Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegeeinrichtung bei Pflege-mängeln
- Ersatzansprüche des Pflegebedürftigen bei mangelhafter Pflege

Die Pflegeversicherung stellt dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen einen differenzierten Leistungskatalog zur Wahl. Pflegeversicherungsleistungen sind im Verhältnis zu entschädigungsrechtlichen Ansprüchen der Betroffenen (etwa aufgrund eines Arbeitsunfalles) nachrangig, sie gehen andererseits als Versicherungsleistung den „fürsorgerischen Ansprüchen“ (etwa der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge) vor und werden ggf. ergänzt durch landesrechtliche Regelungen, Beihilfeansprüche oder Versicherungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Leistungen der Pflegeversicherung, auf die ein Rechtsan-

spruch besteht, sind nicht abhängig vom Alter oder vom Einkommen oder Vermögen des Versicherten. Auch wer bei Eintritt des Versicherungsfalles über genügend Finanzmittel verfügt, erhält bei Pflegebedürftigkeit die Leistungen der Pflegeversicherung. Die Höhe der Leistungen ist abhängig von der Pflegestufe. Leistungen der Pflegeversicherung erhalten nur die Personen, die mindestens die Pflegestufe I haben, wer einen geringeren Hilfebedarf hat (also unter 90 Minuten täglich) oder bei dem die Leistungen der Pflegeversicherung nicht bedarfsdeckend sind, kann bei finanzieller Bedürftigkeit Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ nach dem Sozialhilferecht erhalten. Der Antrag auf Pflegeleistungen an die Pflegekassen ist ein förmliches Verwaltungsverfahren, das in einem schriftlichen Verwaltungsakt durch die zuständige Behörde – hier die Pflegekasse – mündet, dessen Begründung und Rechtsbehelfsbelehrung den Antragstellenden in die Lage versetzt, die behördliche Entscheidung zu akzeptieren oder sie unter Ausschöpfung der ihm zur Verfügung stehenden Rechtsbehelfe nachprüfen zu lassen, ggf. auch gerichtlich.

Die Leistungen können die Versicherten jedoch erst nach einer Vorversicherungszeit erhalten. Seit dem 1. Januar 2000 müssen Versicherte in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung mindestens 5 Jahre versichert gewesen sein.

Pflegebedürftige sollen in Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts grundsätzlich frei zwischen häuslicher und stationärer Pflege wählen können. Dies kann jedoch nur so weit gelten, als die Solidargemeinschaft der Versicherten durch die Ausübung des Wahlrechts nicht in ungerechtfertigter Weise belastet wird. Ist eine vollstationäre Pflege nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich, wird sie aber vom Pflegebedürftigen gewünscht, ist diesem Wunsch zwar zu entsprechen, jedoch ist in diesen Fällen der Leistungsanspruch auf den Gesamtwert der Sachleistung begrenzt, die der Pflegebedürftige unter Berücksichtigung seiner Pflegestufe bei häuslicher Pflege beanspruchen könnte.

Es ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen Leistungen bei häuslicher und stationärer Pflege, ferner im ambulanten Bereich zwischen Sach- und Geldleistungen sowie zwischen Leistungen an den Pflegebedürftigen selbst und Leistungen an nicht-professionelle Pflegepersonen (siehe hierzu im Einzelnen Annex 4.3.1).

Die Leistungen der Pflegeversicherung orientieren sich an den folgenden Grundprinzipien „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“, „ambulante vor stationärer Pflege“ und „teilstationäre vor vollstationärer Pflege“. Die Pflegeversicherung stellt vorrangig Hilfen zur häuslichen Pflege zur Verfügung, um den Pflegebedürftigen möglichst lange das Verbleiben in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen.

Leistungen in der häuslichen Pflege

Die Pflegesachleistungen in der häuslichen Pflege (Pflegeeinsätze durch von den Pflegekassen zugelassene ambulante Pflegedienste) sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt, abrechenbar sind Leistungen von 384 Euro bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich.

Anstelle dieser Pflegesachleistungen kann der Pflegebedürftige ein Pflegegeld in Anspruch nehmen, dieses liegt zwischen 205 Euro und 665 Euro monatlich. Die Verwendung des Pflegegeldes ist nicht reglementiert und der Pflegebedürftige muss nicht nachweisen, ob und wie er es eingesetzt hat. Damit die Qualität der häuslichen Pflege bei Bezug von Pflegegeld gesichert bleibt, Defizite frühzeitig erkannt und ihnen entgegengewirkt werden kann, haben Pflegebedürftige, die ausschließlich die Geldleistung beziehen, in regelmäßigen Abständen einen Pfelegeinsatz – in ihrer Wohnung – durch eine Pflegefachkraft einer zugelassenen Pflegeeinrichtung abzurufen. Bei Pflegestufe I und II ist dieser beratende Pfelegeinsatz mindestens einmal halbjährlich, bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich abzurufen. Eine Ausnahme von dieser Verpflichtung lässt das Gesetz nicht zu.

Pflegegeld und Pflegesachleistungen können auch anteilig kombiniert werden (sog. Kombinationsleistungen). Damit können die Pflegebedürftigen die Pflege selbst gestalten und z. B. schwere Pflegetätigkeiten von professionellen Kräften und im Übrigen die Pflege von Familienangehörigen durchführen lassen.

Weitere Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege sind:

- Bei Verhinderung der informellen Pflegeperson etwa aufgrund von Erholungsurlaub oder eigener Krankheit der Pflegeperson übernimmt die Pflegekasse einmal jährlich für bis zu vier Wochen die Kosten einer Ersatzpflegekraft für bis zu 1.432 Euro (hier ist die Leistungshöhe unabhängig von der Pflegestufe). Wird die Ersatzpflege durch einen nahen Angehörigen sichergestellt, gibt es nur das Pflegegeld der festgestellten Pflegestufe und zusätzlich ggf. den Ersatz von nachgewiesenen notwendigen Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind (z. B. Fahrtkosten, Verdienstaufschlag);
- Die Leistungen bei Kurzzeitpflege, d.h. Ansprüche auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
- Anspruch auf teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung einschließlich der notwendigen Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und wie-

der zurück, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist;

- Leistungen zur sozialen Sicherung der nicht professionellen Pflegeperson (Alterssicherung, Unfallschutz),
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (mit einer Eigenbeteiligung von 10 %, höchstens jedoch 25 Euro) sowie Zuschüsse bis zu einem Betrag von 2.557 Euro je Maßnahme zum pflegebedingten Umbau der Wohnung,
- unentgeltliche Schulungskurse in der Pflege für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, umfassende Beratungen sowie
- seit 2002 ein Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro pro Jahr für Pflegebedürftige mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (siehe hierzu im Einzelnen Annex 4.3.1).

Soziale Sicherung für informelle Pflegepersonen

Von besonderer Bedeutung ist die Verbesserung der Alterssicherung der Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen und wegen der Pflege nicht oder zumindest nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind. Die Pflegekassen entrichten für diese Pflegepersonen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung je nach Pflegestufe und Umfang der Pflege Tätigkeit. Damit soll der hohe Einsatz der Pflegepersonen anerkannt werden, die wegen der Pflege Tätigkeit auch häufig auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten. Die Pflegekassen wenden für gut 500.000 begünstigte Personen jährlich knapp 1 Mrd. Euro auf, es werden monatlich zwischen 107 Euro und 382 Euro Rentenversicherungsbeiträge (Basis 2006) an die Rentenkassen abgeführt. Da über 90% der rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen Frauen sind, leistet die Pflegeversicherung einen wichtigen Beitrag zur eigenständigen sozialen Absicherung von Frauen im Alter. Außerdem ist die Pflege Tätigkeit in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Durch die Alterssicherung und die gesetzliche Unfallversicherung ist die Pflege Tätigkeit weitgehend einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung gleichgestellt. Die pflegenden Angehörigen und die sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen haben in aller Regel keine vertragliche Beziehung mit dem Pflegebedürftigen (und auch keine vertraglichen Beziehungen mit den Pflegekassen).

Leistungen in der stationären Pflege

Pflegebedürftige haben einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf Pflege und Betreuung in einer zugelassenen Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in

ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung der häuslichen Pflege erforderlich ist, z. B. bei einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit oder zur Ermöglichung einer (Teil-)Erwerbstätigkeit der Pflegeperson. Die Leistung ist auch neben häuslichen Pflegesachleistungen oder dem Pflegegeld möglich, wenn der für die jeweilige Pflegestufe vorgesehene Sachleistungshöchstwert nicht voll ausgeschöpft wird. Die teilstationären Einrichtungen müssen die tägliche Hin- und Rückfahrt des Pflegebedürftigen sicherstellen, soweit dies der Pflegeperson nicht möglich ist.

Bei teil- bzw. vollstationärer Pflege übernimmt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie bis zum 30. Juni 2007 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschal je nach Pflegestufe. Die Pflegekassen leisten im Rahmen einer bis zum 30. Juni 2007 geltenden Übergangsregelung nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, d.h. nach Pflegestufen gestaffelte Beträge, und zwar monatlich 384 bzw. 1.023 Euro (Pflegestufe I), 921 bzw. 1.279 Euro (Pflegestufe II), 1.432 Euro (Pflegestufe III) und in Härtefällen 1.688 Euro (nur vollstationär), maximal jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtheimentgelts bei vollstationärer Dauerpflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt der Pflegebedürftige, bei finanzieller Bedürftigkeit übernimmt der Sozialhilfeträger die überschießenden Beträge. Die Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen obliegt den Ländern. Soweit die Länder diese nicht in vollem Umfang tragen, werden sie den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung gestellt. Bei Bedürftigkeit muss ggf. auch insoweit die Sozialhilfe die Kosten übernehmen.

Pflegebedürftige können vorübergehend zur Kurzzeitpflege in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen werden und dort gepflegt werden, wenn weder häusliche Pflege in ausreichendem Umfang noch teilstationäre Pflege möglich ist, wie zum Beispiel bei Ausfall der Pflegeperson oder kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen je Kalenderjahr bis zum Wert von 1.432 Euro begrenzt.

Einrichtungen der Behindertenhilfe dienen von ihrer Grundausrichtung her einem anderen Zweck als der Pflege. In ihnen werden zwar auch Hilfen bei den täglichen Verrichtungen zur Verfügung gestellt, im Vordergrund steht jedoch die Eingliederungshilfe, das heißt die umfassende Förderung des behinderten Menschen mit dem Ziel seiner Eingliederung in die Gesellschaft, die Pflege hat nur untergeordnete Bedeutung. Deshalb beteiligt sich die Pflegeversicherung bei einer Betreuung in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, wie zum Beispiel in einem Wohnheim für Behinderte, pauschal in Höhe von 10%

des Heimentgelts, höchstens jedoch 256 Euro monatlich, an den Heimkosten, um die Pflegeleistungen abzugelten.

Seit dem 1. April 2002 haben Pflegebedürftige, bei denen nach Feststellung des MDK neben dem in der Pflegeversicherung bereits zu berücksichtigenden verrichtungsbezogenen Hilfebedarf noch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung besteht, einen Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag von 460 Euro jährlich. Zu dem begünstigten Personenkreis gehören im Wesentlichen altersverwirrte pflegebedürftige Menschen sowie Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung. Der Betreuungsbetrag ist zweckgebunden einzusetzen für die Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, für besondere Leistungen der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung von zugelassenen Pflegediensten sowie von Leistungen der so genannten niederschweligen Betreuungsangebote (dies sind von bürgerschaftlichem Engagement getragene Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen zu Hause oder in Gruppen zeitweise übernehmen). Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen Finanzmittel von ihrer Pflegekasse gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der gesetzlich aufgeführten und nach Länderrecht anerkannten Betreuungsangebote entstanden sind.

III. Pflegeinfrastruktur

Das SGB XI geht von einem dualen Finanzierungssystem aus: Danach sind die Länder für die Vorhaltung und Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen verantwortlich; die laufenden Betriebs- und Versorgungskosten sind von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu zahlen. Vor Einführung der Pflegeversicherung gab es erhebliche Defizite in der Pflegeinfrastruktur, vor allem im Bereich der ambulanten Dienste und der Tages- und Kurzzeitpflege. Im Jahr 1991 gab es lediglich 100 Tagespflegeeinrichtungen, 220 Kurzzeitpflegeeinrichtungen und rd. 4.000 Sozialstationen, private Pflegedienste waren erst im Aufbau. Die Pflegeversicherung und ihre Leistungen haben entscheidend dazu beigetragen, dass die Pflegeinfrastruktur weiter auf- und ausgebaut worden ist: Ende 2003 standen rd. 1.567 Tagespflegeeinrichtungen, rd. 1.600 Kurzzeitpflegeeinrichtungen und rd. 10.600 ambulante Pflegedienste zur Verfügung. Hinzukommen rund 8.800 Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege. Die Mehrzahl der stationären Pflegeeinrichtungen (55%) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft (z. B. Diakonie, Caritas), im ambulanten Bereich lag deren Anteil bei 43% (wobei sie als „Marktführer“ mit ihren ambulanten Pflegediensten jedoch 57% der Pflegebedürftigen insgesamt versorgen). Der Anteil der Privaten betrug 55% im ambulanten Bereich und 37% im stationären Bereich. Öffentliche Träger haben – entsprechend dem Vor-

ranggebot des SGB XI – stationär wie auch ambulant den geringsten Anteil (7% bzw. 2%). Vor diesem Hintergrund ist derzeit von einer quantitativ ausreichenden Pflegeinfrastruktur in der Bundesrepublik Deutschland auszugehen, so dass für alle Versicherten ein uneingeschränkter Zugang zur Langzeitpflege gewährleistet ist. Die Pflegeinfrastruktur stellt damit in der Bundesrepublik Deutschland eine sinnvolle Ergänzung der Infrastruktur des Gesundheitswesens im weiteren Sinne dar. Denn die Langzeitpflege braucht ein durch ambulante Dienste sowie teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen gestütztes sicheres Fundament.

Mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung 1995 wurden in der pflegerischen Versorgung verstärkt Wettbewerbsmechanismen im Vertragsrecht etabliert. Jede Pflegeeinrichtung soll ihren Pflegesatz mit den Pflegekassen und den Trägern der Sozialhilfe grundsätzlich individuell vereinbaren. Aufgrund der individuellen Preis- und Leistungsgestaltung besetzt jede Einrichtung eine eigenständige Wettbewerbsposition. Die Pflegebedürftigen als Nachfrager von Pflegesachleistungen können die Anbieter auswählen, die aus ihrer Sicht eine optimale Kombination von Leistung, Qualität und Preis anbieten. Im Hinblick auf die Erbringung von Sachleistungen durch zugelassene Leistungserbringer ist das deutsche Pflegeversicherungsrecht wettbewerbsneutral. Jede Pflegeeinrichtung, die die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, hat einen gesetzlichen Anspruch auf Zulassung zur Leistungserbringung. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Bedarf für die Tätigkeit eines weiteren Leistungserbringers besteht. Es gilt der Grundsatz, dass Zulassungsbeschränkungen dem auf Wettbewerbsorientierung und Marktöffnung ausgerichteten Ziel der Pflegeversicherung widersprechen. Die besonderen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen werden daher in zunehmenden Maße auch durch private Anbieter befriedigt.

IV. Sicherung der Qualität der langzeitpflegerischen Versorgung

Die Pflegekassen haben den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag, im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Sie sind nicht nur Träger der Pflegeversicherung, sondern auch der Interessenvertreter der Versicherten und Pflegebedürftigen. Diese Interessenvertretung nehmen sie insbesondere bei der Vertragsgestaltung mit den ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen wahr. Bei der Verwirklichung des Sicherstellungsauftrags stehen sich Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen als gleichberechtigte Vertragspartner gegenüber. Die Pflegekassen haben die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

Da die Pflegekassen in der Regel keine eigenen Einrichtungen und Dienste vorhalten, mit denen sie ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen können, sind sie auf die Hilfe Dritter angewiesen. Die Pflegekassen schließen zu diesem Zweck Versorgungs- und Vergütungsverträge mit den Trägern von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeheimen. Gegenstand des Versorgungsvertrages und damit des Versorgungsauftrags können nur Sach- oder Dienstleistungen sein, auf die der Versicherte einen gesetzlichen Anspruch hat. Das sind bei häuslicher Pflege die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Bei stationärer Pflege sind dies teil- oder vollstationäre Versorgung und Kurzzeitpflege. Die Pflegebedürftigen können zwischen den zugelassenen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Die vertraglichen Festlegungen, insbesondere in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung, sind für alle Vertragsparteien in den prospektiv ausgerichteten Vergütungsverhandlungen als Bemessungsgrundlage für die Vergütungen unmittelbar verbindlich. Die Vergütung der ambulanten und stationären Pflege ist durch die soziale Pflegeversicherung auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt worden. Diese umfasst sowohl das materielle Vergütungsrecht als auch das Vergütungsverfahren. Das Gesetz stellt die zwingende Regel auf, dass die Pflegesätze wirtschaftlich und leistungsgerecht sein müssen. Darin liegt für die Pflegeversicherung eine klare Absage an jegliche Form der nachträglichen Kostenerstattung. Dabei ist die Besonderheit zu beachten, dass die Leistungssätze der Pflegekassen der Höhe nach begrenzt sind, während die Vereinbarungspartner mit Wirkung für und gegen die Pflegebedürftigen höhere Vergütungssätze vereinbaren können. Die Einrichtungen können daher Vergütungsanteile, die die Leistungssätze der Pflegeversicherung übersteigen, den Pflegebedürftigen selbst in Rechnung stellen. Eine „Kontrolle“ der Kosten, die ein Pflegebedürftiger für die ambulante oder vollstationäre pflegerische Versorgung zu zahlen hat, ist indirekt in der Vertrags- und

Vergütungssystematik der Pflegeversicherung angelegt. Eine nach dem SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtung kann dem Pflegebedürftigen kein beliebiges Entgelt für ambulante oder stationäre Pflegeleistungen in Rechnung stellen. Vielmehr unterliegen die Höhe des Pflegesatzes und das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung, die ein Pflegebedürftiger in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung für seine vollstationäre pflegerische Versorgung zu zahlen hat, dem Vertrags- und Vergütungsrecht des SGB XI. Neben dem System des Vertrags- und Vergütungsrechtes sieht das Pflege-Versicherungsgesetz außerdem vor, dass die Pflegekassen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den Pflegeeinrichtungen für erbrachte Pflegeleistungen durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen können.

Darüber hinaus schließen die Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung weiterer Stellen gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Vertragspartner der Rahmenverträge auf Landesebene sind die Landesverbände der Pflegekassen und die Trägervereinigungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Sie können grundsätzlich nur gemeinsam und einheitlich handeln.

Grundsätzlich müssen alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen wollen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Kenntnisse pflegen, versorgen und betreuen, wobei Inhalt und Organisation der Leistungen eine menschenwürdige und aktivierende Pflege sicherzustellen haben. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Bundesverbände der Pflegeeinrichtungen vereinbaren gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe, die die Anforderungen an die Qualität, Qualitätssicherung und an die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege ausgerichtet ist, für alle Pflegeeinrichtungen verbindlich festlegen. Diese gemeinsamen Grundsätze beschreiben die wesentlichen Grundbegriffe der Qualitätssicherung sowie die geeigneten Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qualitätszirkel, Qualitätsbeauftragte, Qualitätskonferenzen etc.). Hiermit korrespondiert, dass die Zulassung einer Pflegeeinrichtung nach den Vorgaben des SGB XI voraussetzt, dass sie sich auf die Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet.

Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen übernimmt u. a. der MDK die fachliche Kontrolle der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Er ist seit dem 1. Januar 2002 ausdrücklich ermächtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI erfüllen. Gesetzlich vorgegeben ist ein beratungsorientierter Prüfansatz, wonach die Prüfung

des MDK als eine Einheit von Prüfung, Empfehlung und Beratung gestaltet ist. Vorgesehen sind verschiedene Prüfarten: Einzelprüfungen, Stichproben- und vergleichende Prüfungen. Die Prüfungen sind auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse der Leistungen sowie auf die Abrechnung zu erstrecken. Wesentliche Grundlage für diese Prüfungen ist neben den einschlägigen Vorschriften des SGB XI auch der aktuelle Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden auf der Grundlage des MDK-Prüfberichts nach Anhörung der Pflegeeinrichtung, ob und ggf. welche Maßnahmen zur Mängelbeseitigung erforderlich sind.

Die Qualitätssicherung der stationären Versorgung ist ferner wesentlicher Bestandteil des Heimrechts. In Durchführungsverordnungen zum Heimgesetz (Heimmindestbauverordnung, Heimpersonalverordnung, Heimmitwirkungsverordnung, Heimsicherungsverordnung) werden weitere Qualitätsstandards in Form von Mindestanforderungen an den Heimbetrieb formuliert. Hier werden umfangreiche Kontrollpflichten und Kontrollrechte der nach Landesrecht für die Heimaufsicht zuständigen Stellen geregelt. Werden in einem Heim Mängel festgestellt, soll die zuständige Behörde zunächst den Träger über die Abstellung der Mängel beraten, erst wenn danach die Mängel nicht abgestellt werden, können gegenüber dem Träger entsprechende Anordnungen ergehen oder unter bestimmten Voraussetzungen ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen werden.

Zum 1. Januar 2002 ist das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz in Kraft getreten. Die neuen Vorschriften knüpfen an das geltende Recht im SGB XI an und sind auf eine Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsvorschriften ausgerichtet. Ein wichtiges Anliegen besteht darin, die Selbstbestimmung und die Mitwirkungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu sichern. Es wurde eindeutig geregelt, dass Verbände der Pflegebedürftigen oder von Menschen mit Behinderungen bspw. sowohl an den Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung als auch an den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität mitwirken können. Für stationäre Einrichtungen besteht hier ein enger Zusammenhang mit dem ebenso in 2002 novellierten Heimgesetz. Diese Gesetzgebungen legen außerdem die Grundlage für eine verbesserte interne und externe Qualitätssicherung in den Einrichtungen der Langzeitpflege.

Die Sicherstellung einer menschenwürdigen und die Weiterentwicklung einer fachlich anspruchsvollen pflegerischen Versorgung der Bevölkerung erfordert auch die Entwicklung und Umsetzung von Pflege- und Qualitätsstandards, die allgemein anerkannt und fachlich abgesichert, aber auch finanzierbar sind. Die Entwicklung und Konsentierung solcher Standards durch Sachverständige wird verstärkt durch die Bundesregierung finanziell gefördert. Bisher

wurden bspw. Expertenstandards zu Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe und Kontinenzförderung erarbeitet. Auch wirkt die Bundesregierung durch die Förderung von zahlreichen Modellversuchen und Initiativen, z. B. im Rahmen des Bundesmodellprogramms zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger oder dem „Runden Tisch Pflege“ aktiv auf die Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger hin.

Annex zu 4.3.1 Übersicht über Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz

		Pflegestufe I Erheblich Pflege- bedürftige	Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis Euro monatlich	384	921	1.432 (1.918)
	Pflegegeld Euro monatlich	205	410	665
Pflegevertretung – durch nahe Angehörige – durch sonstige Personen	Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wo- chen im Kalenderjahr bis Euro	205¹⁾	410¹⁾	665¹⁾
		1.432	1.432	1.432
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis Euro im Jahr	1.432	1.432	1.432
Teilstationäre Tages- und Nacht- pflege	Pflegeaufwendungen bis Euro monatlich	384	921	1.432
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal Euro monatlich	1.023	1.279	1.432 (1.688)
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis Euro monatlich	31		
Technische Hilfsmit- tel	Aufwendungen in Höhe von	90 % der Kosten, unter Berücksichtigung von höchstens 25 Euro Eigenbeteiligung je Hilfsmittel		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu	2.557 Euro je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteili- gung		
Zahlung von Ren- tenversiche- rungsbeiträgen für Pflegepersonen	je nach Umfang der Pflegetätigkeit ²⁾ bis Euro monatlich (Neue Länder)	127 (107)	255 (215)	382 (322)
Ergänzende Lei- stungen für Pflege- bedürftige mit er- heblichem allge- meinem Betreu- ungsbedarf	Leistungsbetrag bis Euro jährlich	460	460	460
Pflege in voll- stationären Einrich- tungen der Hilfe für behinderte Men- schen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 Euro monatlich		

¹⁾ Auf Nachweis werden den ehrenamtlichen Pflegepersonen notwendige Aufwendungen (Verdienstausschlag, Fahrkosten usw.) bis zum Gesamtbetrag von 1.432 Euro erstattet.

²⁾ Bei wenigstens 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

Annex zu 4.3.2 Daten und Fakten zur sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit

Nahezu die gesamte Bevölkerung ist in Deutschland gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert, gegenwärtig beziehen rd. 2 Millionen Pflegebedürftige Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Alter

Pflegebedürftigkeit ist nicht nur eine Frage des Alters. Auch junge Menschen können pflegebedürftig werden und erhalten in diesem Fall Pflegeversicherungsleistungen: ca. 157.000 Pflegebedürftige sind zwischen 40 und 60 Jahre alt und ca. 195.000 Pflegebedürftige sind jünger als 40 Jahre. Der größte Teil dieses Personenkreises ist allerdings über 60 Jahre alt, nämlich rd. 1,66 Mio. Menschen.

Geschlecht

In der Hauptsache sind Frauen, sowohl diejenigen, die am häufigsten Pflegeleistungen erhalten als auch Pflegeleistungen erbringen; sie stellen rd. zwei Drittel aller Pflegebedürftigen.

Ausgaben

Die Ausgaben der sozialen und privaten Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfe für Langzeitpflege betragen zusammen rd. 22 Mrd. Euro. Dies entspricht etwa 1,0% des Bruttoinlandsprodukts. Davon trug im Jahr 2004 die soziale Pflegeversicherung allein rd. 17,7 Mrd. Euro, jeweils zur Hälfte für ambulante und stationäre Leistungen.

Zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie zur Pflege-Infrastruktur im Einzelnen:

Rund zwei Drittel der Pflegebedürftige (1,38 Mio.) werden zuhause in den Familien von Angehörigen, Nachbarn oder durch ambulante Pflegeeinrichtungen betreut. Etwa 670.000 pflegebedürftige Personen werden vollstationär in Pflegeheimen oder in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt.

In der häuslichen Pflege erhalten gegenwärtig rd. 1,38 Mio. Pflegebedürftige jeden Monat bis zu 665 Euro Pflegegeld oder Sachleistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.918 €.

Ambulante Hilfen zur Pflege

Soziale Pflegeversicherung: 1,30 Mio. Leistungsempfänger*	
(Stand: 31.12.2004)	
Stufe I 205 Euro Pflegegeld oder bis 384 € Sachleistung	746.140 (= 57,5%)
Stufe II 410 Euro Pflegegeld oder bis 921 € Sachleistung	426.632 (= 32,9%)
Stufe III 665 Euro Pflegegeld oder bis 1.432 € Sachleistung, in Härtefällen bis 1.918 Euro	124.039 (= 9,6%)

* Hinzu kommen rd. 81.000 Leistungsempfänger der privaten Pflege-Pflichtversicherung (Stand: 31.12.2004).

Im Bereich der stationären Pflege erhalten zur Zeit rd. 0,67 Mio. Pflegebedürftige monatlich zwischen 1.023 und 1.688 Euro von der Pflegeversicherung.

Stationäre Hilfen zur Pflege

Soziale Pflegeversicherung: 0,63 Mio. Leistungsempfänger*	
(Stand: 31.12.2004)	
Stufe I 1.023 € monatlich	245.327 (= 39,0%)
Stufe II 1.279 Euro monatlich	258.926 (= 41,2%)
Stufe III 1.432 € monatlich; in Härtefällen 1.688 € monatlich	124.639 (= 19,8%)

* In der privaten Pflege-Pflichtversicherung gab es am 31.12.2004 rd. 38.000 Empfänger von stationären Leistungen.

Für rd. 500.000 informell pflegende Personen (Angehörige, Nachbarn, usw.) werden im Rahmen der sozialen Sicherung der Pflegepersonen Rentenversicherungsbeiträge gezahlt. Ein Jahr Pfl egetätigkeit verbessert die Rentenansprüche je nach Pflegestufe und Pflegezeit um bis zu 21 Euro pro Monat. Auch ist die informelle/ehrenamtliche Pfl egetätigkeit in den Schutz der gesetzliche Unfallversicherung einbezogen. Damit ist diese Pfl egetätigkeit weitgehend einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung gleichgestellt.

In Deutschland gibt es ein umfassendes Angebot an ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen. Die Entwicklung der Pflege-Infrastruktur lässt sich an folgender Übersicht über zugelassene Pflegeeinrichtungen nachvollziehen:

Anzahl der Einrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen	stationäre Pflegeeinrichtungen	und zwar nach Art der Leistung*		
			vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	teilstationäre Pflege
Insgesamt Ende 2003	10.619	9.743	8.775	1.603	1.720
Insgesamt Ende 2001	10.594	9.165	8.331	1.436	1.570
Insgesamt Ende 1999	10.820	8.859	8.073	1.621	1.487

* Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten sind hier mehrfach berücksichtigt
Quelle: Statistisches Bundesamt

Die Gesamtzahl der im Pflegebereich Beschäftigten lt. Pflegestatistik von Ende 1999 bis Ende 2003 um rd. 87 000 Personen oder um 14% auf über 700.000 gestiegen. Damit hat die Pflegeversicherung nach wie vor spürbare beschäftigungswirksame Effekte. Der größte prozentuale Anstieg (+ 30%) ist bei der Altenpflegerinnen und Altenpflegern zu verzeichnen.

	1999		2003		Veränderung	
	in ambulanten Pflegeeinrichtungen	in stationären Pflegeeinrichtungen	in ambulanten Pflegeeinrichtungen	in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	in %
Altenpfleger/-in	25.456	83.705	31.757	110.208	32.804	30,1
Helfer/-in in der Altenpflege	3.869	12.755	4.816	14.662	2.854	17,2
Gesundheitschwester/ Krankenpfleger	58.144	47.300	63.233	55.348	13.137	12,5
Helfer/-in in der Krankenpflege	10.243	21.027	9.678	18.994	-2.598	-8,3
Sonstige in der Pflege Tätige	86.070	276.153	91.413	311.645	40.835	11,3
gesamt	183.782	440.940	200.897	510.857	87.032	13,9

Quelle: Statistisches Bundesamt

Angesichts der demografischen Entwicklung und der Zunahme von Single-Haushalten ist auch in der Zukunft unter anderem mit einer weiteren Zunahme der Erwerbstätigen im Pflegebereich zu rechnen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist die Zahl der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren um jeweils 1 bis 2% gestiegen. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit stark an. Nach der zehnten koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes und anderen Quellen ist von Eckwerten auszugehen:

1. Bevölkerungsvorausschätzungen:

Anstieg der Anzahl älterer Personen (60 Jahre und älter) vom Jahr 2001 bis 2010 um 1,4 Mio. von 19,9 auf 21,3 Mio. Menschen (= rd. 26% der Gesamtbevölkerung von dann rd. 83 Mio. Einwohnern)

Anstieg von 2010 bis 2030 um weitere 6,6 Mio. auf 27,9 Mio. Menschen (= rd. 34% der Gesamtbevölkerung von dann rd. 81 Mio. Einwohnern)

2. Lebenserwartung (Sterbetafel 2002/2004):

eines neugeborenen Jungen:	75,9 Jahre
eines neugeborenen Mädchens:	81,5 Jahre
eines 60jährigen Mannes:	20,0 Jahre
einer 60jährigen Frau:	24,1 Jahre

3. Risiko der Pflegebedürftigkeit:

vor dem 60. Lebensjahr	rd. 0,6%
zwischen dem 60. und dem 80. Lebensjahr	rd. 3,9%
nach dem 80. Lebensjahr	rd. 31,8%

4. Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen:

Nach den Prognosen der Rürup-Kommission entwickelt sich die Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung bei konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit wie folgt:

2002	1,89 Mio.
2010	2,13 Mio.
2020	2,64 Mio.
2030	3,09 Mio.