

DEZERNAT FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT, WOHNEN UND SPORT

Sozialbericht 2018

Daten für Taten



Herausgeberin:

Landeshauptstadt Kiel

Adresse: Referat des Dezernates für Soziales, Gesundheit, Wohnen und Sport, Fleethörn 9, 24103 Kiel **Tel.:** 0431.901-30 85,

Internet: www.kiel.de, **Redak-**

tion: Kathrin Stadelmann, Lutz

Richter, **Text:** Andrea Bruhn,

Frauke Dohrn, Dr. Sabine

Herlitzius, Dirk Kähler, Helena

Keller, Eyk-Röttger Naeve, Gerd

Paul Radtke, Lutz Richter, Fritz

Schultz, Kathrin Stadelmann,

Karten: Dirk Kähler, Lutz Richter,

Titelbild: katty2016 – (fotolia.

com), **Layout:** schmidtundweber,

Kiel, **Druck:** hansadruck, Kiel,

Auflage: 500 Stück, Juni 2018,

Hinweis: Nachdruck, auch aus-

zugsweise, mit Quellenangabe

ist willkommen. Alle Rechte

vorbehalten. © 6/2018

Inhalt

Vorwort

Einführung des Sozialdezernenten

Zusammenfassung 1

1. Sozialberichterstattung – Beitrag für ein Nachhaltigkeitsmanagement auf kommunaler Ebene 3

2. Strukturdaten für Kiel gesamt 5

2.1 Bevölkerungsentwicklung – nach Kiel zieht es viele 5

2.2 Wohnen – Trend zu kleineren Haushalten 14

2.3 Erwerbstätigkeit, Unterbeschäftigung und Transferleistungen 19

2.4 Menschen in besonderen Lebenslagen 33

2.4.1 Menschen mit Behinderung 33

2.4.2 Menschen mit Pflegebedarf 36

2.5 Kindergesundheit 40

2.5.1 Zahngesundheit bei Kindern 40

2.5.2 Übergewicht und Adipositas bei Kindern 43

3. Schwerpunktthema: Gesundheit 45

3.1 Das Gesundheitswesen – Überblick 45

3.1.1 Ambulante medizinische Versorgung 46

3.1.2 Stationäre medizinische Versorgung 47

3.1.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst 48

3.2 Der Öffentliche Gesundheitsdienst in der Landeshauptstadt Kiel 50

3.2.1 Infektionsschutz und Ausbruchmanagement 50

3.2.2 Hygiene 54

3.2.3 Impfschutz 56

3.2.4 Schwangerenvorsorge und Frauengesundheit 58

3.2.5 Kinder- und Jugendgesundheit 59

3.2.6 Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Zahngesundheit 61

3.2.7 Psychische Gesundheit 62

3.2.8 Amtsärztliche Gutachten 64

3.2.9 Zweite Leichenschau 64

3.3 Todesursachenstatistik 66

3.4 Fazit und Blick in die Zukunft 67

4. Exkurs: Zusammenhang zwischen Wahlbeteiligung und prekären Lebensumständen? 69

Anhang

Vorwort

Liebe Kielerinnen und Kieler,

meine Mutter sagte immer: »Der Gesunde hat tausend Wünsche, der Kranke nur einen«. Die meisten von uns wissen mit diesem Ausspruch etwas anzufangen oder haben eine solche Situation schon selbst erlebt. Umso wichtiger ist es, die Gesundheit von klein auf zu erhalten und ein Leben lang darauf zu achten. Die Landeshauptstadt Kiel versucht mit Beratungsangeboten und Präventionsaktionen sowie vielen weiteren medizinischen Einrichtungen zu Ihrer Gesunderhaltung beizutragen.

Die Kariesvorsorge durch das spielerische Erlernen des richtigen Zähneputzens und dessen Integration in den individuellen Alltag in allen städtischen Kindergärten ist nur ein Beispiel, wie wir uns als Stadt um die Gesundheit der kleinsten Kielerinnen und Kieler kümmern können und wollen. Der aktuelle Sozialbericht 2018 zeigt einen möglichen Zusammenhang zwischen der Zahngesundheit von Erstklässlerinnen und Erstklässlern und deren Anspruch auf Sozialgeld auf: Je höher der Anteil an Kindern im Sozialgeldbezug in einem Ortsteil, desto höher ist dort auch die Quote an schlechten Zähnen. Natürlich kann eine Reihe von weiteren unterschiedlichen Faktoren zu diesem Umstand beitragen. Dennoch ist es mir und der Stadtverwaltung ein besonderes Anliegen, dass die Gesundheit – gerade der Kleinsten – nicht vom Geldbeutel der Eltern abhängig sein darf.

Im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit steht auch der Fachkräftemangel in der Pflege. Der vorliegende Bericht zeigt anschaulich, wie eine älter werdende Stadtgesellschaft schon jetzt und in naher Zukunft mehr qualifiziertes Fachpersonal, zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen benötigt. Das ist eine besondere Herausforderung, die wir nur durch attraktive Arbeitsplatzbedingungen wie beispielsweise gerechte Entlohnung und zu bewältigende Patientenschlüssel für das Personal meistern können. Ohne die zusätzliche Hilfe von ausländischen Fachkräften werden wir voraussichtlich nicht auskommen.

Auch im Bereich Wohnungsbau müssen spezielle Wohnformen wie beispielsweise betreutes Wohnen, kleinteilige Seniorenwohngemeinschaften mit Pflegeunterstützung und generell mehr barrierefreie Wohnungen mitgedacht und umgesetzt werden. Dies muss zusätzlich zu dem weiterhin expandierungsbedürftigen Wohnungsbau in Kiel geschehen. Dafür werde ich mich gemeinsam mit der Stadtverwaltung einsetzen.

Ich danke allen Beteiligten, die an dem Bericht mitgewirkt haben und freue mich zusammen mit Sozialdezernent Gerwin Stöcken auf einen konstruktiven Dialog mit Ihnen.

Ihr



Dr. Ulf Kämpfer
Oberbürgermeister





Einführung des Sozialdezernenten

Rechtzeitig zur Konstituierung der neuen Ratsversammlung, legt das Sozialdezernat den Sozialbericht vor. Der vorliegende neunte Sozialbericht soll erneut »Daten für Taten« liefern und dazu beitragen, Entwicklungen sichtbar und Aktivitäten planbar zu machen. Er soll daher ein nützliches Instrument für die Kommunalpolitik, für soziale Akteure sowie interessierte Bürgerinnen und Bürger sein.

Kommunale Sozialpolitik hat viele Aufgaben: Sie ist Daseinsvorsorge für alle Bürgerinnen und Bürger, sie organisiert den Nachteilsausgleich in besonderen Lebenslagen und sie sichert die Existenzgrundlagen für Menschen, die sich noch nicht oder nicht mehr selber helfen können. Kommunale soziale Arbeit zielt darauf ab, dass Menschen selbstwirksam handeln können und sie hilft mit präventiven Angeboten, soziale Schieflagen zu verhindern.

Der diesjährige Themenschwerpunkt »Gesundheit«, insbesondere der öffentliche Gesundheitsdienst, beleuchtet ein Thema, das viele Menschen betrifft. Ein Thema, das sie jedoch nicht in erster Linie mit einer kommunalen Aufgabe verbinden. Bevölkerungsschutz, präventive Angebote, aber auch die Hygieneaufsicht als einige Beispiele für die Aufgaben des Amtes für Gesundheit, sind Grundpfeiler der Daseinsvorsorge für ein gesundes Leben in Kiel.

An dieser Stelle ist es mir wichtig, einige Themengebiete besonders auszuleuchten und einige Anmerkungen zu machen:

1. Herausforderungen der Zuwanderung nicht aus dem Blick verlieren

Die Folgen einer von Krisen geschüttelten Welt machen vor Kiel nicht halt. Menschen suchen Schutz vor Gewalt, Verfolgung und Krieg. Sie müssen mit Wohnraum versorgt werden, die deutsche Sprache lernen und sich in unserer Gesellschaft zurechtfinden. Wir werden herausgefordert, unsere Werte und unsere Vorstellungen vom Miteinander zu erklären und auch durchzusetzen. Die freiheitlich demokratische Grundordnung, die Rechte von Frauen und Kindern sowie das friedliche Zusammenleben in der Stadtgesellschaft, um nur drei Kernpunkte zu nennen, sind unverhandelbar. Dies fordert viele Bürgerinnen und Bürger heraus, teilweise entstehen Ängste und Befürchtungen vor Fremden. In Kiel ist es gelungen, Begegnungen zu organisieren und auf ein gutes Miteinander zu achten. Der Prozess der Integration ist aber längst nicht abgeschlossen und wird noch viele Jahre unsere Aufmerksamkeit benötigen. Teilhabe an Bildung, Vermittlung in Arbeit, Vermittlung von Wohnraum und das gemeinsame Wohnen sowie das Zurechtfinden in unserer Stadtgesellschaft für mehrere tausend neue Kielerinnen und Kieler ist und bleibt eine zentrale Aufgabe.

2. Zusammenhalt stärken

Die Stärkung des Zusammenhaltes in Kiel mit seinen Ortsteilen und Quartieren ist eine große Herausforderung, auf die besonderer Wert gelegt wird. Es sind die älter werden den Menschen in den Ortsteilen, die hier besonderen Bedarf haben. Nachbarschaftlicher Zusammenhalt ist aber auch eine Voraussetzung für alle Bürgerinnen und Bürger, besondere Lebenssituationen wie Krankheit, Trennung und Scheidung bei häuslicher Gewalt besser zu bewältigen. Es ist wichtig, dass das soziale Umfeld Notiz nimmt, es selbst unterstützen kann oder Hinweise zum Beispiel bei Überforderungen von Eltern an die

verantwortlichen Stellen weiter gibt. Dies setzt voraus, dass Nachbarn sich kennen und Orte der Begegnung insbesondere im persönlichen Lebensumfeld des Einzelnen haben.

Wir wollen aus dem Sozialdezernat heraus lebendige Nachbarschaften weiterentwickeln, so dass die Vereinzelung bekämpft wird und sich dabei gleichzeitig die Kraft des guten Miteinanders entfalten kann. Dazu bedarf es ausreichend bezahlbaren Wohnraums, intakter Orte zum Lernen, Arbeitsplätzen, eines vielfältigen Soziallebens, ausreichender Nahversorgung und flexibler, ökologisch vertretbarer Verkehrsinfrastruktur. Denn, wer gerne in seiner Stadt lebt, der trägt auch gerne zu einer guten Stadtgesellschaft bei.

3. Ausbau der kommunalen Gesundheitsstruktur

In einer Großstadt wie Kiel benötigen viele Menschen medizinische Hilfe. Die Lösung kann jedoch nicht darin bestehen, dass regelmäßig die Notfallambulanzen der hiesigen Kliniken mit Patientinnen und Patienten überlaufen, die auch von einem Hausarzt behandelt werden könnten. Die begrenzten Kapazitäten unserer Notfallambulanzen müssen für lebensbedrohliche Fälle zur Verfügung stehen. Das System der hausärztlichen Ambulanz bedarf daher der Stärkung und des Ausbaus, um die Notfallambulanzen in den Kliniken zu entlasten. Darüber hinaus muss die Sicherstellung der wohnortnahen (haus-)ärztlichen Versorgung in den Stadtteilen in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen verstärkt im Auge behalten werden. Auch neue Formen der Hilfe zur Selbsthilfe könnten in Zukunft eine Rolle spielen. Todesursache Nummer eins in Deutschland ist das Versagen des Herz-Kreislaufsystems. Bei einem Herzstillstand muss sofort gehandelt werden. Anzudenken wären zum Beispiel die Aktion der Kieler Nachrichten weiter zu denken und flächendeckende Erste-Hilfe-Kurse für alle, damit jeder Kieler und jede Kielerin weiß, was in einem solchen Notfall zu tun ist und so Leben retten kann.

4. Politisches Interesse fördern – Wahlbeteiligung steigern

Die diesjährige Kommunalwahl hat zwei Dinge gezeigt: einerseits haben die Kielerinnen und Kieler ein erkennbares Interesse an Bürgerentscheiden und zeigen dieses durch eine erhöhte Wahlbeteiligung. Zum anderen wird deutlich, dass es innerhalb Kiels große Unterschiede zwischen den einzelnen Stadtteilen gibt, wenn es um die Wahlbeteiligung geht. Während in Holtenau 64,5 Prozent der Menschen zur Wahl gehen, sind es in Mettenhof gerade einmal 22,5 Prozent. Ein Zusammenhang zwischen Wahlbeteiligung und Sozialstruktur der jeweiligen Stadtteile drängt sich auf. Deshalb gibt es in dem diesjährigen Sozialbericht einen Exkurs zum Thema Wahlbeteiligung.

Es ist wichtig, dass besonders an Schulen in Ortsteilen mit niedriger Wahlbeteiligung das Interesse an Demokratie geweckt und gefördert wird. Eine »Vererbung der Wahlverdrossenheit« darf sich nicht etablieren. Beteiligungsgremien wie der Junge Rat, das Forum für Migrantinnen und Migranten, aber auch die Ortsbeiräte und die Ratsversammlung sollen den Bürgerinnen und Bürgern vertraut sein und das Gefühl geben, dass gerade kommunale Politik unmittelbaren Einfluss auf das tägliche Leben hat. Eine Beteiligung daran – und sei es »nur« durch den Gang zur Wahlurne – hat Einfluss auf das unmittelbare Lebensumfeld und sollte deshalb besonders ernst genommen werden. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist zentraler Ausgangspunkt für die Wahrnehmung der Rechte und Pflichten. Hierbei hat die Erwerbsarbeit eine wichtige Funktion. Daher wird auch die Umsetzung des sozialen Arbeitsmarktes dabei helfen müssen, Menschen die sich abseits gestellt fühlen, wieder in die Mitte der Gesellschaft zu integrieren. Es gilt, gerade in diesen Ortsteilen die Infrastruktur wie zum Beispiel Schulen (Schulunterhaltung, zusätzliche Lehrkraftstellen), Kinderbetreuung, Wohnraum, Öffentlichen Nahverkehr in den Fokus zu nehmen.

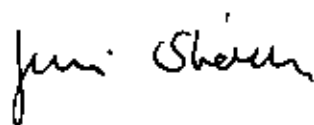
5. Armut in verschiedenen Lebenslagen begegnen und schon im Ansatz bekämpfen

Die Zahl der Menschen über 65 Jahre, die auf Grundsicherung im Alter angewiesen sind, und die Anzahl der Kinder aus Haushalten im SGB II-Bezug, sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Die Gefahr dieser Entwicklung ist deutlich: Kinder, die von klein auf in finanziell prekären und von Arbeitslosigkeit und Armut geprägten Umständen aufwachsen, laufen Gefahr, ebenfalls in die Armutsfalle zu tappen. Einkommensarmut der Eltern erzeugt Kinderarmut. Trifft Kinderarmut auf Bildungsarmut im Elternhaus führt dies zu mangelnden Chancen nicht nur auf dem Arbeitsmarkt. Dies wieder führt zu Einkommensarmut. Ein Leben in Armut bis ins Rentenalter hinein, das durch staatliche Transferleistungen unterstützt werden muss, ist weder für die betroffenen Menschen noch für die Stadtgesellschaft erstrebenswert. Schon lange ist der Anteil der Aufwendungen für Transferleistungen in den kommunalen Haushalten stets mit deutlichem Abstand der größte Posten und schränkt den Handlungsspielraum für andere Vorhaben durch die enorme finanzielle Last ein. Der Gesetzgeber muss seinen 2012 eingeschlagenen Kurs der zusätzlichen Unterstützung der Kommunen fortsetzen. Weiterhin streben wir eine zufriedenstellende Schulabschlussquote in Kiel an. Das Erreichen eines Schulabschlusses ist der erste Schritt für Jugendliche zu einer Ausbildung oder einem Studium und der Anfang für ein geregeltes Erwerbsleben und die Erarbeitung einer auskömmlichen Rente. Wer dabei Schwierigkeiten hat, erhält individuelle Hilfe vom Jobcenter für Jugendliche und der Jugendberufsagentur der Arbeitsagentur Kiel. Wir arbeiten an der Schaffung eines sozialen Arbeitsmarkts. Dieser ist für Menschen wichtig, die nicht mehr ohne Hilfe in eine Beschäftigung finden.

Armut wird in einer Industrienation wie der unseren quantitativ auf Wohlstand und Lebensstandard bezogen. Darunter soll jedoch nicht die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben leiden. Das gilt insbesondere für Bezieher von Grundsicherung im Alter, als auch für Kinder aus SGB II-Haushalten. Das Bildungs- und Teilhabepaket, der Ferienpass oder auch das kürzlich eingeführte Seniorenticket sind nur einige Beispiele dafür, wie die Kommune trotzdem daran mitwirken kann, dass die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gelingen kann.

6. Lebendige Bürgerbeteiligung in den Stadtteilen bedarf solider kommunaler Finanzausstattung

Das Interesse der Kielerinnen und Kieler an der Entwicklung ihrer Stadt ist groß. Die durchgeführten Stadtgespräche zu unterschiedlichsten Themen in den vergangenen Monaten und Jahren waren stets gut besucht, denn die Entwicklung von Großprojekten in der Innenstadt aber auch kleinteiligere Vorhaben in den Quartieren prägen das persönliche Umfeld von uns allen. Wir möchten deshalb auch weiterhin auf die Meinung und die Ideen der Bürgerinnen und Bürger zurückgreifen und sie bei Planungen und der Findung von Lösungen für Probleme beteiligen. Eine Stärkung der Stadtteile gerade auf dem Ostufer durch solche Beteiligungsverfahren kann neue Nachbarschaften und ehrenamtliches Engagement fördern. Wenn sich Bürgerinnen und Bürger in solchen Verfahren engagieren, ist die Umsetzung der gemeinsam erarbeiteten Ideen wichtig. Dafür bedarf es auch zusätzlicher, entsprechend flexibel und zeitnah einzusetzender Finanzmittel.



Gerwin Stöcken

Stadtrat für Soziales, Gesundheit, Wohnen und Sport

Zusammenfassung

Bevölkerungszahl steigt nicht mehr so deutlich, Bevölkerung wird wieder älter

Seit 2005 wächst die Bevölkerung um 7,9 Prozent auf aktuell 249.190 Einwohner/-innen (Abb. 1, Seite 5). Dies ist die höchste Bevölkerungszahl seit 1983. Die Zahl der Geburten ist die höchste seit 20 Jahren. Das Durchschnittsalter steigt 2017 wieder leicht auf 41,42 Jahre, nachdem es zwischen 2015 und 2016 sinkt (Abb. 9, Seite 11).

Wanderungsplus hauptsächlich durch Fernwanderungen

Wie bereits im Vorjahr ziehen nicht mehr so viele Kielerinnen und Kieler in die umliegenden Kreise Plön und Rendsburg-Eckernförde. Das Wanderungsplus aus Schleswig-Holstein und dem Bundesgebiet hat sich 2017 gegenüber 2007 deutlich reduziert. Dies zeigt sich insbesondere bei der stark gesunkenen Zuwanderung aus dem Ausland (Abb. 3, Seite 6).

Ortsteile vor demografischem Umbruch

Im Kieler Norden gelegene Ortsteile stehen vor einem Umbruch mit Entwicklungspotential (Seite 13). In den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren werden voraussichtlich nach und nach Menschen im Alter ihre Wohnung oder ihr Haus aufgeben, die Ortsteile werden sich verjüngen.

Zunehmende Anzahl von Haushalten, anhaltender Wohnungsbedarf

Die Zahl der Haushalte steigt weiterhin (Seite 14). Teilten sich 2005 durchschnittlich noch 1,783 Personen eine Wohnung, sind es 2017 nur noch 1,726 Personen. Dieser durch die Zuwanderung unterbrochene Trend führt zu einem steigenden Wohnungsbedarf begleitet von einer wachsenden Zahl von Menschen ohne Wohnung (Abb. 18, Seite 19).

Stagnierender Wohnungsbestand, gebremste Bautätigkeit

Der Wohnungsbestand hat sich 2017 nur wenig erhöht (Abb. 14, Seite 17). Der verstärkte Wohnungsbau zwischen 2015 und 2016 mit durchschnittlich 500 Wohnungen pro Jahr hat sich 2017 auf 394 neue Baufertigstellungen reduziert (Seite 17). Ein möglicher Grund hierfür sind Bauverzögerungen (Wetterlage, Überlastung der Baufirmen).

Stagnierende Unterbeschäftigung, kaum veränderte Kinderarmut

Die Unterbeschäftigung im Jahresdurchschnitt steigt 2017 nach einem deutlichen Anstieg im Vorjahr erfreulicherweise nur geringfügig (plus 0,2 Prozent, Abb. 20, Seite 21). Es gibt weiterhin eine Zunahme von Menschen mit Leistungsansprüchen der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Jahresdurchschnitt nach dem SGB II (Abb. 23, Seite 24). Der positive Trend auf dem Arbeitsmarkt erreicht damit auch 2017 viele Menschen noch nicht. Nahezu unverändert gegenüber dem letzten Sozialbericht erhalten zum Jahresende 29,4 Prozent der unter 15-Jährigen Leistungen nach dem SGB II (Sozialgeld als Kinderarmutsindikator; Seite 26) und 6,5 Prozent der über 65-Jährigen Leistungen der Grundsicherung im Alter nach dem SGB XII (Altersarmutsindikator; Seite 31).

Leichter Anstieg bei den Langzeitleistungsbeziehenden

Die Zahl der Langzeitleistungsbeziehenden im Jahresdurchschnitt in der Grundsicherung für Arbeitsuchende steigt nach einem Rückgang in den letzten Jahren wieder leicht auf 16.681 (Abb. 26, Seite 29).

Keine Veränderung bei Kindern mit naturgesunden Zähnen, sinkender Anteil übergewichtiger Kinder an den Einzuschulenden

Der Anteil der untersuchten Kinder mit naturgesunden Zähnen ist mit 53,2 Prozent gegenüber dem vorherigen Untersuchungszeitraum nahezu unverändert (Abb. 38, Seite 41); dagegen sinkt der Anteil der Kinder mit Übergewicht auf 8,5 Prozent der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung untersuchten Kinder (Abb. 39, Seite 43).

1. Sozialberichterstattung – Beitrag für ein Nachhaltigkeitsmanagement auf kommunaler Ebene

Es ist der neunte Sozialbericht¹, den die Landeshauptstadt Kiel der Öffentlichkeit vorlegt. Der Bericht orientiert sich in seinen Themen an den Standards der Sozialberichterstattung und des Reichtums- und Armutsberichts des Bundes. Als ein Analysebericht macht er die vorliegenden »kommunalen Sozialdaten« transparent. Sie dienen als Indikatoren der sozialen Situation. Der Bericht unterstützt die Möglichkeit, ein Frühwarnsystem aufzubauen und von der Reaktion zur Prävention zu kommen. Daten für Taten – nach dieser Maxime sollen die Informationen eine Grundlage für Argumentationshilfen und politische Entscheidungen bieten. Der Bericht dient auch als fachübergreifender Planungs- und Orientierungsrahmen für die Steuerung der Entwicklung der Stadt, die sich am Grundgedanken der sozialen Stadt orientiert.

Ein besonderes Anliegen der Sozialberichterstattung ist es, lokale Polarisierungen transparent zu machen, um so langfristig sozialen Ungleichheiten zu begegnen. Hierzu liegt es nahe, die von der Sozialverwaltung organisierten lokalen Daten in ihren jeweiligen Einzugsbereichen in einen Zusammenhang zu stellen und auszuwerten. Im Jahr 2005 wird die sozialräumliche Berichterstattung in Kiel und die integrierte Sozialraumplanung (Verknüpfung von Sozialplanung, Stadtentwicklungsplanung und auch Finanzplanung mit dem Aufbau eines Monitorings Sozialraumdaten²) eingeleitet. Mit der Beschlussfassung »Kieler Sozialräume stärken«³ folgen 2008 die Erstellung von Sozialraumberichten⁴ für Stadtteile mit einer überdurchschnittlichen sozialen Problemdichte.

2015 beschließt die Kieler Ratsversammlung eine Neuausrichtung der Sozialberichterstattung (Drs. 0562/2015). Alle relevanten Sozialdaten und Berichte werden in einem jährlichen Sozialbericht zusammengefasst. Dieser enthält neben der Auswertung der Daten je einen Schwerpunkt, der sich nach den Aufgaben des Dezernats für Soziales, Gesundheit, Wohnen und Sport richtet.

1 der Sozialbericht 2017 ist abrufbar unter https://www.kiel.de/de/gesundheits_soziales/sozialplanung_berichte_konferenzen/sozialbericht/sozialbericht_kiel.php.

2 abrufbar unter https://www.kiel.de/de/gesundheits_soziales/sozialplanung_berichte_konferenzen/sozialbericht/sozialraumdaten.php.

3 Beschluss der Kieler Ratsversammlung vom 17.07.2008, Drucksachen 0564/2008 und 0606/2008.

4 Gaarden – Sozialraumbericht 2011, Ost-Sozialbericht 2013; abrufbar unter https://www.kiel.de/de/gesundheits_soziales/sozialplanung_berichte_konferenzen/sozialraumplanung.php.

Ab dem Sozialbericht 2016 werden kleinere räumliche Einheiten gewählt: die 18 Ortsteile⁵. Die Ortsteile entsprechen den Ortsbeiratsbezirken (Anlage 1). Die Ortsteilebene dient als wichtige Schnittstelle der Selbstverwaltung zur Willensbildung und -umsetzung »vor Ort«. Der Kern dieser Überlegungen ist es, dass soziale Probleme nicht alleine mit sozialen Maßnahmen zu lösen sind, sondern dass es eines integrierten Vorgehens bedarf, das auch andere Bereiche wie Wirtschaft, Sicherheit, Stadtplanung und Finanzen einbezieht.

Mit dieser ganzheitlichen Herangehensweise, trägt der Kieler Sozialbericht auch zur Umsetzung der Agenda 2030⁶ mit ihren 17 nachhaltigen Entwicklungszielen (den sogenannten Sustainable Development Goals, SDGs) bei. Deren ambitioniertes Ziel ist eine Welt, in der wirtschaftlicher Wohlstand für alle einhergeht mit sozialem Zusammenhalt und dem Schutz der ökologischen Lebensgrundlagen. Einer entsprechenden Resolution des Deutschen Städtetages zur Agenda 2030 und den nachhaltigen Entwicklungszielen hat sich die Landeshauptstadt Kiel am 24. März 2017 angeschlossen. Insbesondere bei der sozialen Dimension nachhaltiger Entwicklung kommt den Kommunen dabei eine besondere Rolle zu. Denn hier werden veränderte Familienstrukturen, neue Arbeitsformen, Migration, soziale Spaltungen und die Herausforderungen des demographischen Wandels besonders spürbar. Transparente Daten sind dabei nicht einfach nur Zahlen, sondern sie erzählen vielmehr Geschichten über die Lebenssituation der Menschen aus den jeweiligen Ortsteilen. Die Daten helfen dabei, zu erkennen, worauf es ankommt, um nachhaltige Gemeinwesen und sozialen Zusammenhalt zu fördern. Im Sinne der Agenda 2030 ist mittelfristig geplant, auf den Sozialberichten aufbauend konkrete Ziele und Indikatoren für eine nachhaltige soziale Entwicklung in Kiel zu beschreiben.

5 Räumlich abgegrenzter Bereich der in Kiel gebildeten 18 Ortsbeiräte als eine Einrichtung der Selbstverwaltung mit der Aufgabe, das Interesse an ortsteilbezogenen Angelegenheiten zu wecken und Initiativen der Bürgerinnen und Bürger in den Ausschüssen, der Ratsversammlung und der Verwaltung zur Sprache zu bringen.

6 Beschluss der Vereinten Nationen vom 25.09.2015 auf dem Weltgipfel für nachhaltige Entwicklung.

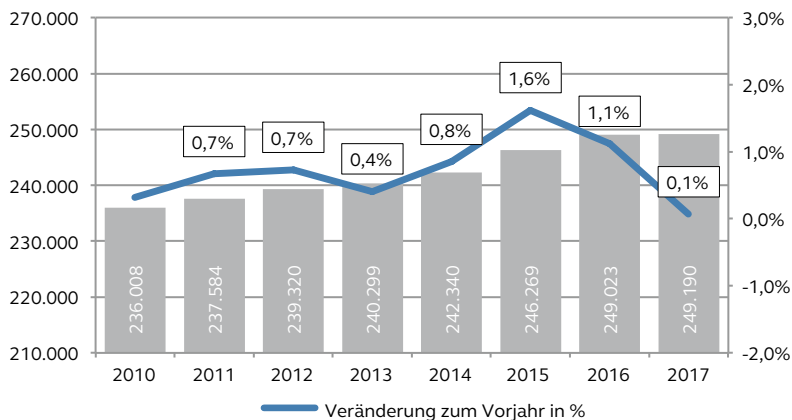
2. Strukturdaten für Kiel gesamt

2.1 Bevölkerungsentwicklung – nach Kiel zieht es viele

Kiel ist eine wachsende Stadt und kann in den letzten zehn Jahren stetig neue Einwohner/innen gewinnen. Seit 2005 ist die Bevölkerung um 7,9 Prozent auf 249.190 Einwohner/innen angewachsen. Der Anstieg fällt 2017 aber nicht mehr so hoch aus wie noch in den beiden Vorjahren (Abb. 1). Die Entwicklung ist beeinflusst durch Änderungen des Freizügigkeitsrechts in der Europäischen Union, den nachlassenden Zuzug von Flüchtlingen bzw. Asylsuchenden (vgl. auch Abschnitt »Migration« und Abschnitt »Flüchtlinge« in diesem Kapitel) sowie den Zuzug von Studierenden (doppelter Abiturjahrgang). Im dritten Jahr nacheinander übersteigt die Zahl der Geburten die der Sterbefälle.

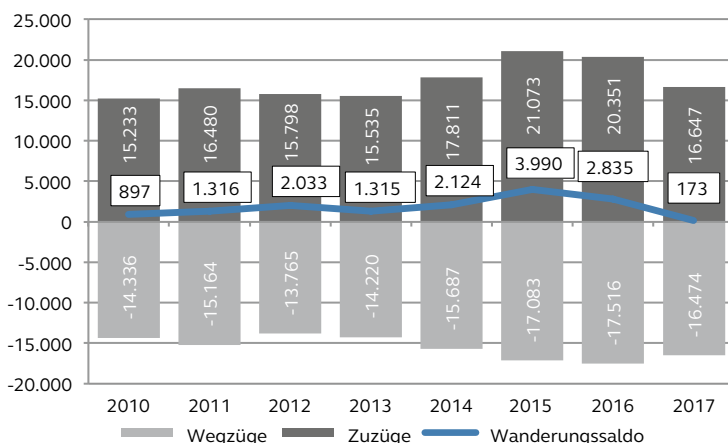
Weiterer, aber abgeschwächter Bevölkerungsanstieg

Abbildung 1: Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung zum 31.12.



Der insgesamt gebremste Anstieg der Kieler Bevölkerung zeigt sich insbesondere in dem Wanderungssaldo. Der positive Wanderungssaldo mit mehr Zuzügen als Fortzügen verringert sich im Jahr 2017 deutlich auf 173 (Vorjahr 2.835; Abb. 2). Einen derart niedrigen Wanderungssaldo hatten wir zuletzt im Jahr 2004. Für die nächsten Jahre zeichnet sich nach langer Zeit damit ein möglicher Wanderungsverlust ab, was gleichzeitig einen Bevölkerungsrückgang bedeuten könnte.

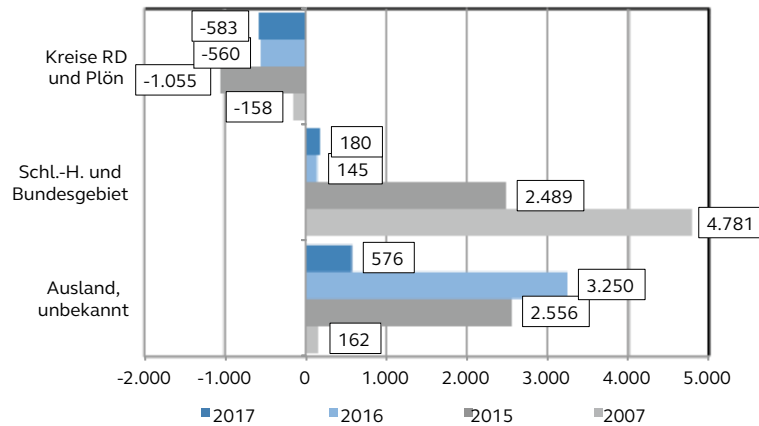
Abbildung 2: Entwicklung der Zuzüge und Fortzüge



Weiterhin ziehen viele Kielerinnen und Kieler in benachbarte Kreise

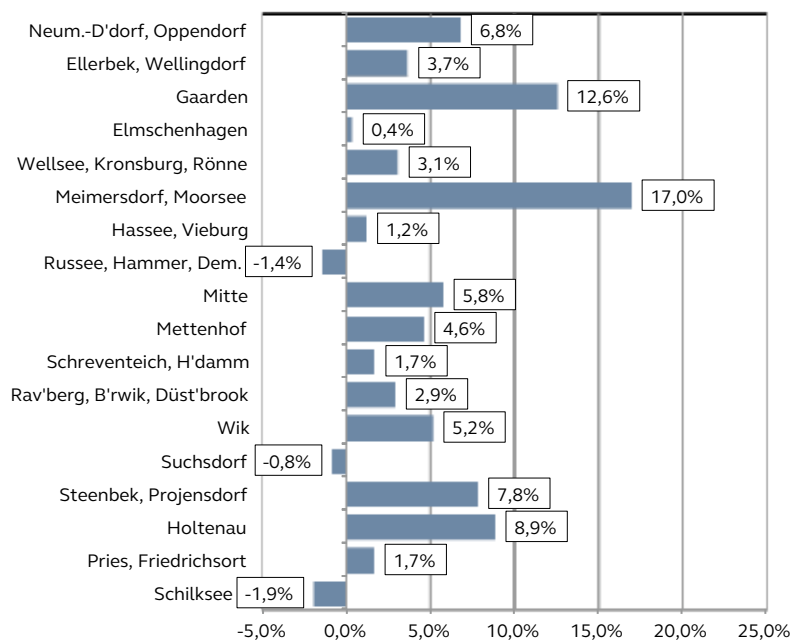
Die Betrachtung der Bevölkerungsbewegung zu und aus den benachbarten Kreisen zeigt nunmehr bereits im fünften Jahr nacheinander einen negativen Wanderungssaldo. Das heißt, mehr Kielerinnen und Kieler ziehen in die umliegenden Kreise Plön und Rendsburg-Eckernförde als von diesen beiden Kreisen umgekehrt in die Landeshauptstadt Kiel ziehen. Die Zuwanderungsgewinne aus Schleswig-Holstein und dem Bundesgebiet reduzieren sich 2017 gegenüber 2007 deutlich. Nicht viel anders stellt sich die Entwicklung bei den Fernwanderungen dar. Das hohe durch die Zuwanderung beeinflusste Fernwanderungsplus aus den letzten beiden Jahren ist 2017 deutlich zurückgegangen (plus 576; Abb. 3).

Abbildung 3: Wanderungssaldo nach ausgewählten Regionen (Jahressumme)



Der Bevölkerungszuwachs der letzten fünf Jahre verteilt sich sehr unterschiedlich auf die Kieler Ortsteile. Die Entwicklung von 2012 bis 2017 (Abb. 4) zeigt den durch ein Neubaugebiet deutlich wachsenden Ortsteil Meimersdorf/Moorsee (plus 17,0 Prozent), gefolgt von den Ortsteilen Gaarden (plus 12,6 Prozent) und Holtenau (Flüchtlingsunterbringung; plus 8,9 Prozent).

Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung in den Ortsteilen von 2012 auf 2017 in Prozent

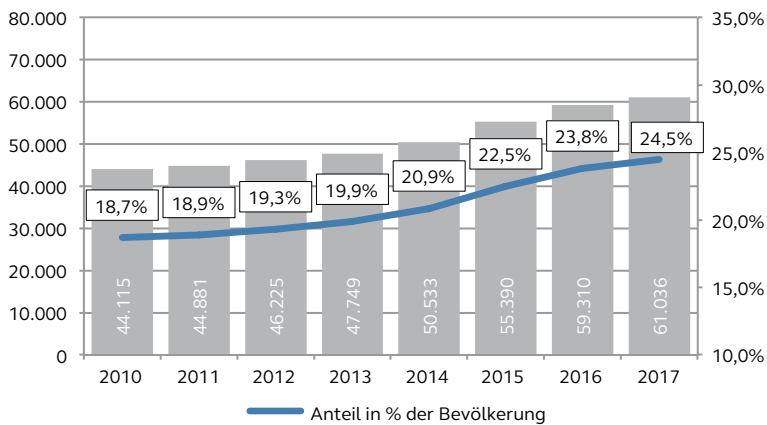


Migration – Kieler mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen

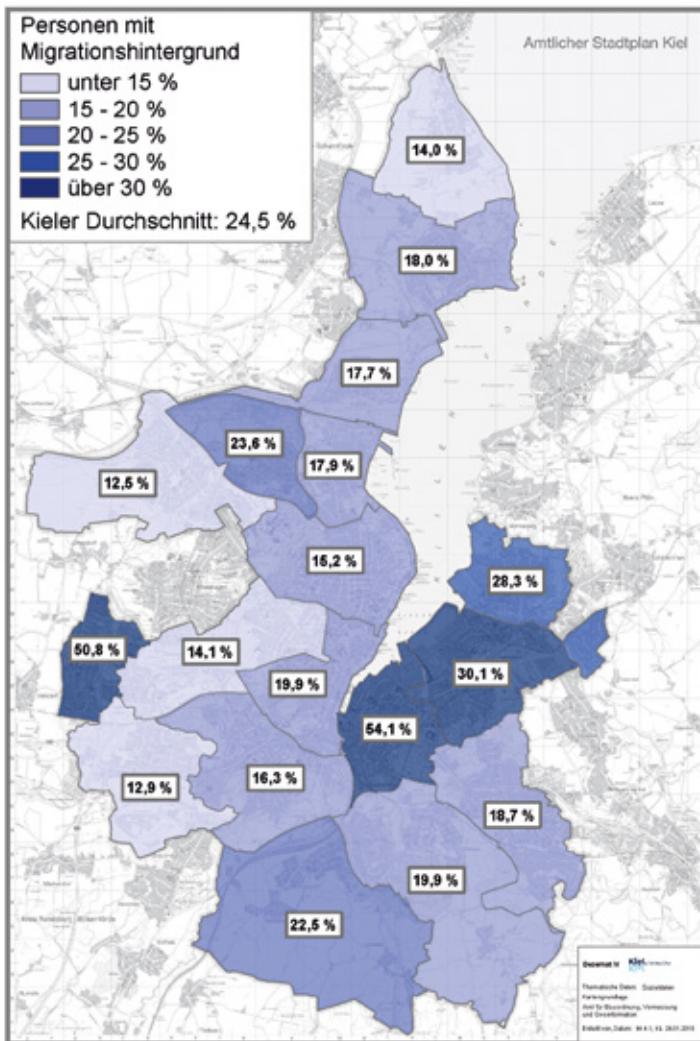
Knapp ein Viertel (24,5 Prozent) aller in Kiel lebenden Menschen haben einen Migrationshintergrund⁷. Als Folge der geringeren Zuwanderung von Geflüchteten im Jahr 2017 steigt der Anteil an der Gesamtbevölkerung nicht mehr so stark an wie in den beiden Vorjahren (Abb. 5).

Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund steigt weiter

Abbildung 5: Menschen mit Migrationshintergrund (jeweils zum Stichtag 31.12. des Jahres) und der Anteil an der Gesamtbevölkerung in Prozent



⁷ hierzu zählen: 1. Ausländerinnen und Ausländer – Personen, deren Staatsangehörigkeit nicht deutsch ist, 2. Eingebürgerte Deutsche – Personen mit Einbürgerungsurkunde oder Urkunde über den Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit durch Erklärung oder mit zusätzlichem Staatsangehörigkeitsausweis, 3. Deutsche mit nicht deutschen Eltern – Deutsche mit mindestens einem ausländischen oder eingebürgerten Elternteil, 4. Deutsche mit binationaler Herkunft – Deutsche mit einer weiteren Staatsangehörigkeit sowie 5. im Ausland geborene Deutsche; vgl. hierzu auch Statistisches Bundesamt: Fachserie 1, Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit 2016, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Wiesbaden 2017.

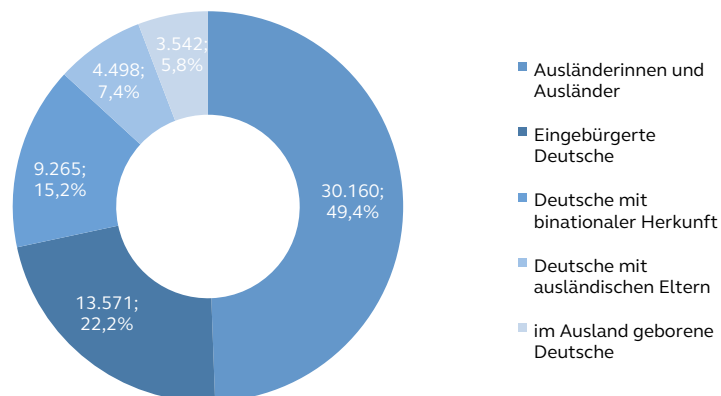


Karte 1: Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung im Ortsteil am Stichtag 31.12.2017

Bei Betrachtung der Ortsteile zeigen sich deutliche Unterschiede in den einzelnen Ortsteilen. Den höchsten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung weisen die Ortsteile Gaarden mit 54,1 Prozent und Mettenhof mit 50,8 Prozent auf. Danach folgen die Ortsteile Ellerbek/Wellingdorf mit 30,1 Prozent und Neumühlen-Dietrichsdorf/Oppendorf mit 28,3 Prozent. Neben dem Ortsteil Mettenhof hat also das gesamte Ostufer einen hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, der über dem Kieler Durchschnitt von 24,5 Prozent liegt. Auffallend gering ist der Anteil in den drei Ortsteilen: Suchsdorf mit 12,5 Prozent, Russee/Hammer/Demühlen mit 12,9 Prozent und Schilksee mit 14,0 Prozent.

Neben der größten Gruppe der Ausländerinnen und Ausländer mit insgesamt 30.160 Personen (49,4 Prozent) zählen 13.571 eingebürgerte Deutsche (22,2 Prozent), 9.265 Deutsche mit binationaler Herkunft (15,2 Prozent), 4.498 Deutsche mit ausländischen Eltern (7,4 Prozent) und 3.542 im Ausland geborene Deutsche (5,0 Prozent) zu den Menschen mit Migrationshintergrund (Abb. 6).

Abbildung 6: Struktur der Menschen mit Migrationshintergrund (Stichtag: 31.12.2017)



Flüchtlinge – Kiel hilft und integriert

Die Welt erlebt eine große Flüchtlingsbewegung von Menschen aus Syrien, dem Irak, Afghanistan und afrikanischen Staaten, die ihre Heimat verlassen. Die Situation spitzt sich 2015 insbesondere durch die Kriegszustände in Syrien und im Irak zu, nachdem viele Anrainerstaaten mit der Zahl von ankommenden Flüchtlingen überfordert sind und von der Weltgemeinschaft zugesagte Gelder zur Finanzierung der Flüchtlingsversorgung nicht mehr im notwendigen Umfang gezahlt werden.

Größte Flüchtlingsbewegung seit Jahrzehnten

Eine Begegnungsstätte für »alte« und neue Kielerinnen und Kieler: Die Waisenhofhalle

Im Zuge der schnell angestiegenen Flüchtlingszahlen bilden sich seit Mitte 2015 viele ehrenamtliche Initiativen, die spontan und kreativ die hauptamtlichen Stellen in der Flüchtlingsarbeit unterstützen. Eine neu gegründete Initiative namens »Kiel hilft Flüchtlingen« wirkt wie ein Magnet auf viele engagierte Kielerinnen und Kieler, die sich anschließen, um schnell und unbürokratisch Hilfe zu leisten. Parallel arbeiten die Koordinierungsstellen für die integrationsorientierte Aufnahme von Flüchtlingen der Landeshauptstadt Kiel an Konzepten und Maßnahmen, um den Kontakt zu dezentral wohnenden Flüchtlingen zu halten, sie mit Angeboten zu versorgen und sie nicht in der Anonymität zu verlieren. Um ehrenamtliches Engagement und Begegnungsangebote zwischen alteingesessenen und neuzugezogenen Kielerinnen und Kielern unter ein Dach zu bekommen, bietet sich die Gelegenheit, in der Waisenhofhalle (Waisenhofstraße 3) eine Begegnungsstätte einzurichten. »Kiel hilft Flüchtlingen« bietet dort gemeinsam mit anderen Initiativen und Vereinen kostenlose Angebote wie beispielsweise regelmäßige Konversations- und Spieleabende oder Nähkurse an, die für alle Kielerinnen und Kieler offen sind. Auch interkulturelle Tanzabende stehen auf dem Programm.

Die Zuweisung von in Deutschland ankommenden Flüchtlingen (Asylsuchende, Kontingentflüchtlinge) erfolgt in einem bundes- und landesweit geregelten Verfahren. Nach dem sogenannten »Königsteiner Schlüssel«⁸ wird den einzelnen Bundesländern eine bestimmte Anzahl von Flüchtlingen zugewiesen. Auf das Land Schleswig-Holstein entfallen 3,4 Prozent. Die dem Land zugewiesenen Flüchtlinge werden nach einem im Landesaufnahmegesetz festgelegten Verteilungsschlüssel auf die Kommunen verteilt. Für Kiel beträgt der Anteil 8,6 Prozent.

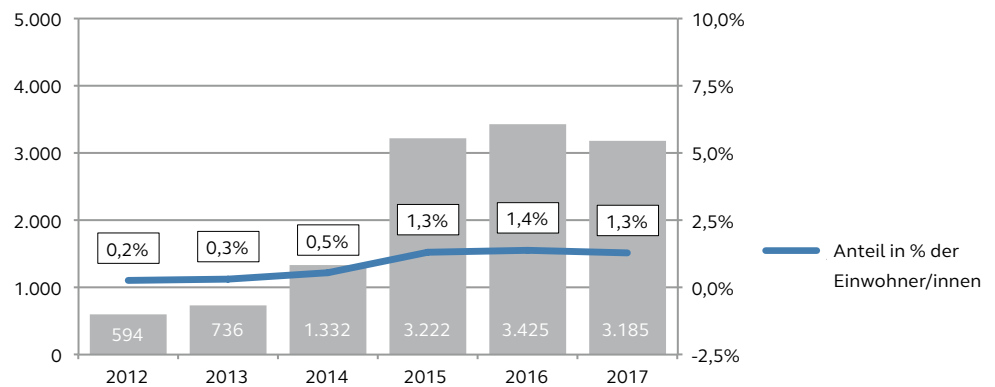
Kiel hat im Zeitraum 2014 (Jahr des verstärkten Anstiegs der Flüchtlinge) bis Ende 2017 insgesamt 5.882 neu ankommende Asylsuchende aufgenommen. Ein beträchtlicher Teil der Geflüchteten bleibt nach positivem Abschluss des Asylverfahrens in Kiel. Eine große Herausforderung für die Kieler Stadtgesellschaft ist es, diesen Menschen eine Teilhabe am Leben in unserer Stadt zu ermöglichen. Hierzu zählen in erster Linie die Wohnraumversorgung, das Erlernen unserer Sprache und die Integration in den Arbeitsmarkt.

Zum Jahresende 2017 sind in Kiel 3.185 Flüchtlinge⁹ untergebracht (Abb. 7); davon 1.112 in Gemeinschaftsunterkünften und 2.073 dezentral (eigene Wohnung, Stadtwohnung, Hotel, Pension). Nicht mehr erfasst sind die anerkannten Asylsuchenden (Asylberechtigte), die inzwischen eine eigene Wohnung angemietet haben.

8 Im Königsteiner Schlüssel ist festgelegt, wie die einzelnen Länder der Bundesrepublik Deutschland an gemeinsamen Finanzierungen zu beteiligen sind. Der Anteil, den ein Land danach tragen muss, richtet sich zu zwei Dritteln nach dem Steueraufkommen und zu einem Drittel nach der Bevölkerungszahl.

9 eigene Erhebungen, Amt für Wohnen und Grundsicherung.

Abbildung 7: Entwicklung der untergebrachten Asylsuchenden ohne eigene Wohnung – jeweils zum 31.12. des Jahres

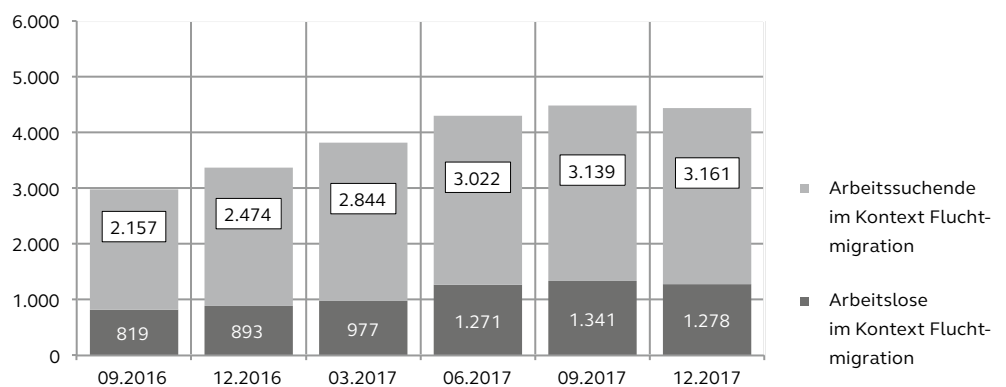


Geflüchtete im Kieler Gesundheitssystem

Der Zuzug von Geflüchteten seit dem Jahr 2015 stellt die Kieler Gesundheitsinfrastruktur vor besondere Herausforderungen: Menschen mit Kriegsverletzungen, Traumata sowie eine hohe Zahl an schwerstkranken Geflüchteten muss behandelt werden. Schulpflichtige Kinder und Jugendliche, die eine DaZ-Klasse (Deutsch als Zweitsprache) besuchen, werden in Anlehnung an eine Schuleingangsuntersuchung durch das Amt für Gesundheit untersucht. Die Untersuchungsergebnisse und die Impfdaten wurden in einem eigens dafür entwickelten »Kieler Gesundheitsheft« festgehalten. Dieses Heft wurde an die Familien ausgehändigt, um nachfolgende Untersuchungen zu vereinfachen und Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden.

Wichtig für eine gelingende Integration der geflüchteten Menschen ist neben einem Dach über dem Kopf bzw. dem Bezug einer Wohnung die Möglichkeit, am Erwerbsleben teilzuhaben. Eine Schlüsselrolle hierbei kommt der Arbeitsverwaltung zu. Geflüchtete, die als Asylberechtigte ein in der Regel befristetes Bleiberecht erhalten, werden hier als Arbeitslose bzw. Arbeitssuchende im Kontext von Fluchtmigration¹⁰ (Abb. 8) mit dem Notwendigsten versorgt. Gleichzeitig wird versucht, sie in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Abbildung 8: Entwicklung der erwerbsfähigen Arbeitslosen und Arbeitssuchenden im Kontext von Fluchtmigration



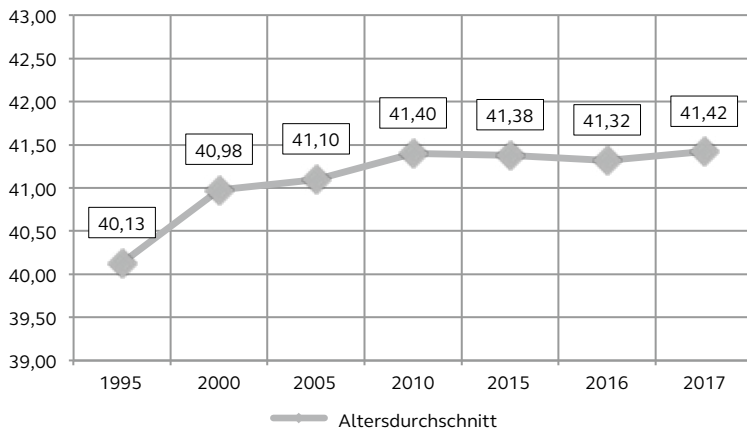
¹⁰ Personen im Kontext von Fluchtmigration« werden in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit seit Juni 2016 auf Basis der Dimension »Aufenthaltsstatus« abgegrenzt. Diese Abgrenzung entspricht nicht notwendigerweise anderen Definitionen von »Flüchtlingen« (zum Beispiel juristischen Abgrenzungen). Sie umfassen Drittstaatsangehörige mit einer Aufenthaltsgestattung, einer Aufenthaltserlaubnis Flucht (§§ 22 – 26 Aufenthaltsgesetz) und einer Duldung. Im Hinblick auf den Arbeits- und Ausbildungsmarkt hat dieser Personenkreis ähnliche Problemlagen. Personen, die im Rahmen eines Familiennachzugs (§§ 29 ff. Aufenthaltsgesetz) zu geflüchteten Menschen nach Deutschland migrieren, zählen im statistischen Sinne nicht dazu.

Altersdurchschnitt und Altersstruktur – Kiel wird wieder älter

Nachdem das Durchschnittsalter in den letzten zwei Jahren gesunken ist, steigt es 2017 mit 41,42 Jahren wieder auf das Niveau von 2010 mit 41,40 Jahren an (Abb. 9). Insbesondere bei den über 80-Jährigen ist nunmehr im vierten Jahr ein Anstieg zu verzeichnen. Demgegenüber ist bei den 20- bis unter 35-Jährigen (sogenannte wanderungsaktive Gruppe) erstmals seit zehn Jahren wieder ein leichter Rückgang zu verzeichnen (minus 0,7 Prozent). Die Altersentwicklung der Jahre 2015 bis 2016 ist geprägt durch die Zuwanderung von Flüchtlingen, aber auch von Studierenden mit den doppelten Abiturjahrgängen.

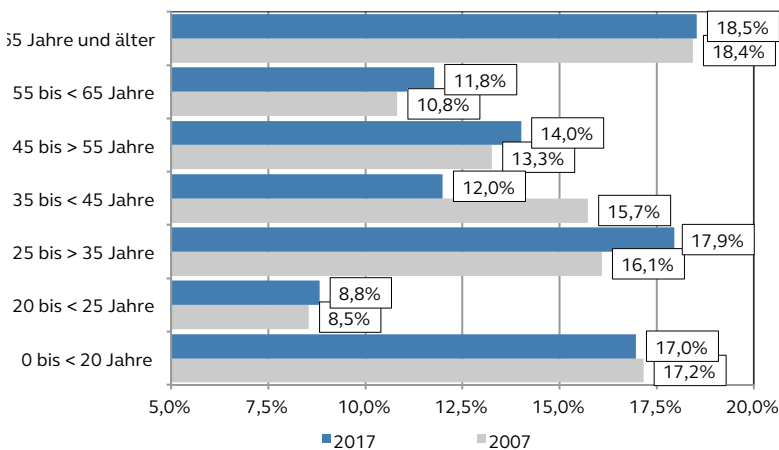
Kiel wird wieder älter

Abbildung 9: Entwicklung des Durchschnittsalters



Die Altersverteilung der Kieler Bevölkerung ist typisch für eine deutsche Großstadt, die gleichzeitig sowohl ein großer Universitäts- und Fachhochschulstandort als auch der zentrale Arbeitsmarkt der Region ist. Die vergleichende Darstellung ausgewählter Altersgruppen und der Anteile an der Gesamtbevölkerung zeigt bei den Altersgruppen zwischen 45 und 65 Jahren bedeutende Veränderungen. Auffällig ist ein Rückgang der Anteile an der Gesamtbevölkerung bei den 35- bis unter 45-Jährigen (Abb. 10). Im letzten Bericht sind in dieser Altersgruppe noch deutliche Anstiege festzustellen. Das begründet auch den derzeit wieder leicht steigenden Altersdurchschnitt.

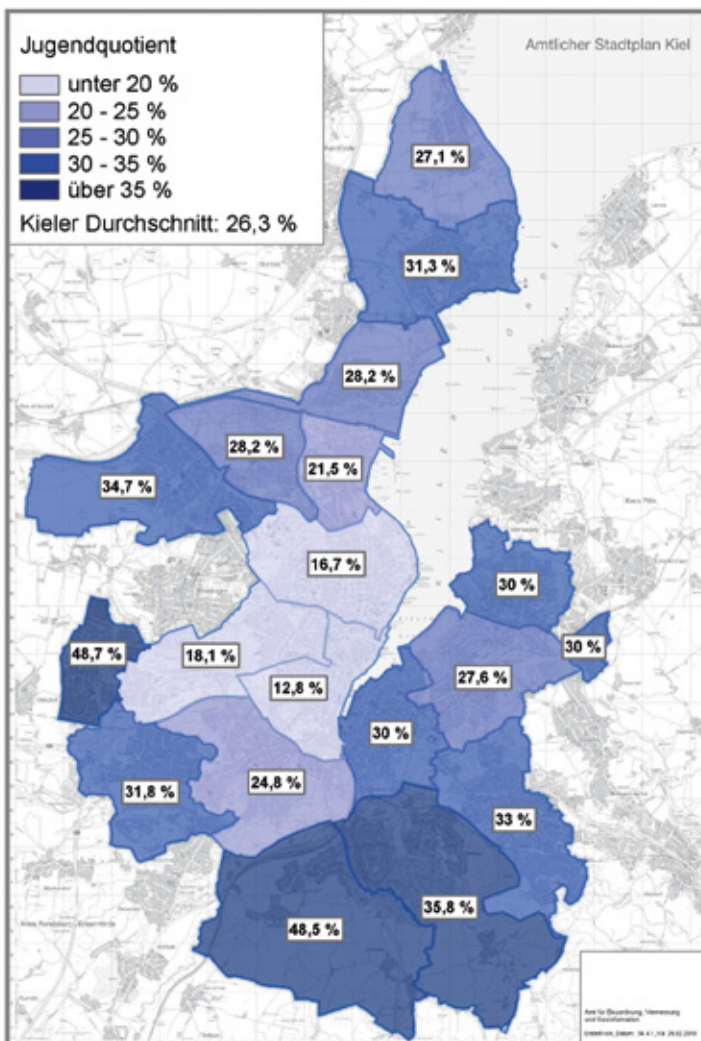
Abbildung 10: Ausgewählte Altersgruppen mit ihren Anteilen an der Gesamtbevölkerung in Prozent im Vergleich 2007 zu 2017 (jeweils zum 31.12. des Jahres)



Zur Darstellung des langfristigen demografischen Wandels und der damit verbundenen Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung wird das zahlenmäßige Verhältnis bestimmter Altersgruppen herangezogen. Als ein Standardindikator der Demografie¹¹ werden hierzu der Jugend- und der Altenquotient gewählt. Die absoluten Zahlen zur Altersstruktur in den Kieler Ortsteilen ergeben sich aus der Anlage 2 zu Kapitel 2 im Anhang.

Der **Jugendquotient** stellt die Kinder- und Jugendgeneration, die sich überwiegend in der Bildungs- und Ausbildungsphase befindet, der mittleren überwiegend im Erwerbsleben stehenden Generation gegenüber. Dabei wird für die Kinder- und Jugendgeneration die Altersgrenze »unter 20 Jahre« und für die mittlere Generation die Altersgrenze »20 bis unter 65 Jahre« gewählt.

Der **Altenquotient** stellt die ältere Generation, die überwiegend aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist, der mittleren (noch erwerbsfähigen) Generation gegenüber. Für die ältere Generation wird die Altersgrenze »ab 65 Jahre« gewählt. Ein Wert von 28 sagt zum Beispiel aus, dass 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 28 Seniorinnen und Senioren über 65 Jahren gegenüberstehen. Eine Steigerung des Altenquotienten weist unmittelbar auf eine demografische Alterung hin. Ursächlich für die Zunahme des Altenquotienten ist im Wesentlichen die gestiegene Lebenserwartung, so dass immer mehr Menschen auch in ein hohes Alter hineinwachsen. Aber auch ein Rückgang bei den jüngeren Altersgruppen lässt den Altenquotienten steigen.



Karte 2: Verteilung des Jugendquotienten auf die Ortsteile am Stichtag 31.12.2017

Sehr »junge« Ortsteile sind die beiden Ortsteile Mettenhof mit einem Jugendquotienten von 48,7 Prozent und Meimersdorf/Moorsee mit 48,5 Prozent. In Mettenhof leben 5.345 Personen unter 20 Jahre (davon sind 4.082 Kinder unter 15 Jahren) und 10.985 Personen zwischen 20 und 65 Jahren. In Meimersdorf/Moorsee, einem noch nicht lange bestehenden Ortsteil mit vielen jungen Familien, leben 1.333 Personen unter 20 Jahre und 2.751 Personen zwischen 20 bis 65 Jahren. Mit großem Abstand folgen die Ortsteile Wellssee/Kronsburg/Rönne mit 35,8 Prozent und Suchsdorf mit 34,7 Prozent gefolgt von Elmschenhagen/Kroog mit 33,0 Prozent.

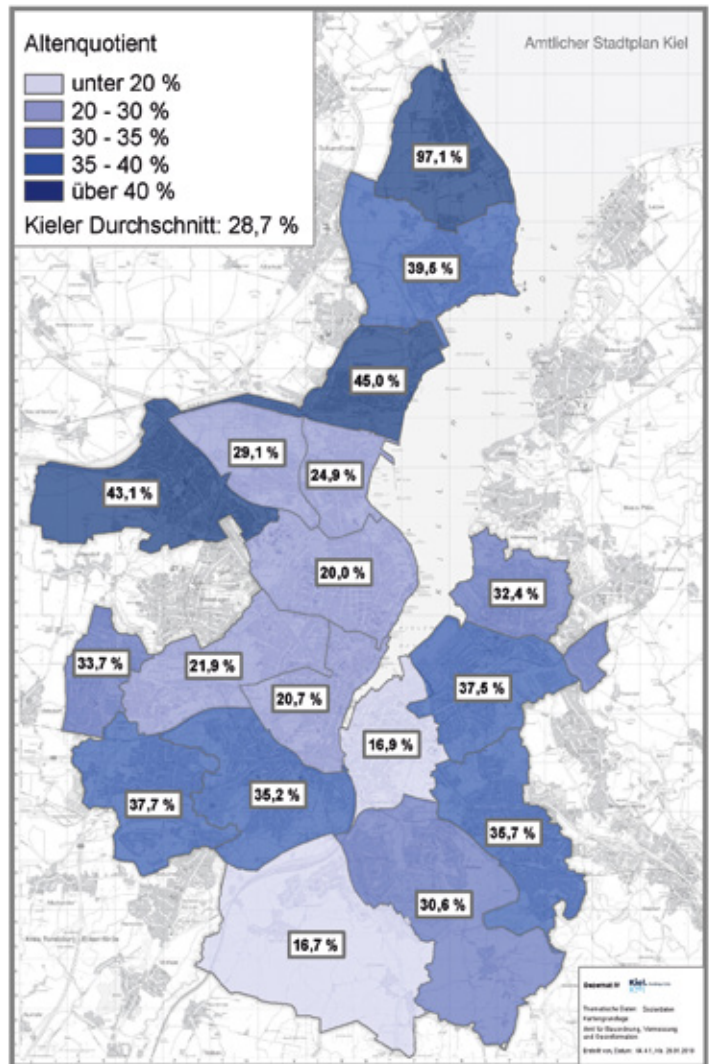
Sehr niedrige Jugendquotienten weisen die Ortsteile Schreventeich/Hasseldieksdamm, Ravensberg/Brunswick/Düsternbrook und Mitte auf. Im Ortsteil Mitte ist der Wert mit 12,8 Prozent am geringsten.

¹¹ Landeshauptstadt Kiel: Statistischer Bericht Nr. 247, »Kieler Demografiemonitoring 2016«, Kiel, Februar 2017.

Karte 3: Verteilung des Altenquotienten auf die Ortsteile am Stichtag 31.12.2017

Hervorstechend mit dem höchsten Anteil älterer Menschen ist der Ortsteil Schilksee mit 97,1 Prozent. Konkret heißt das: in Schilksee leben 2.178 Personen über 65 Jahre und stehen 2.242 Personen zwischen 20 bis 65 Jahren gegenüber.

Die Ortsteile, die ebenfalls einen hohen Altenquotienten aufweisen, folgen erst nach einem sehr deutlichen Abstand: es sind Holtenau mit 45,0 Prozent, Suchsdorf mit 43,1 Prozent und Pries/Friedrichsort mit 39,5 Prozent. Einen niedrigen Altenquotienten unter 20 Prozent weisen Ravensberg/Brunswik/Düsternbrook mit 20,0 Prozent, Gaarden mit 16,9 Prozent und Meimersdorf/Moorsee mit 16,7 Prozent auf. In Meimersdorf/Moorsee leben 460 Personen über 65 Jahre und 2.751 Personen zwischen 20 bis 65 Jahren.



Die Darstellung des Altenquotienten zeigt auch, dass Kiels Norden vor einem Umbruch mit Entwicklungspotenzial steht. In den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren werden nach und nach ältere Menschen ihre Wohnung oder ihr Haus aufgeben, die Ortsteile werden sich verjüngen. Die attraktive Lage in Wassernähe könnte neue und junge Menschen und Familien anziehen. Es eröffnen sich daraus Chancen und vor allem große stadt- und sozialplanerische Herausforderungen im Hinblick auf die Anpassung der Infrastruktur wie Kinderbetreuung, Schule, Nahversorgung und Kulturangebote. Auch für den Wohnungsmarkt hat das Konsequenzen, Themen wie eine sukzessive Modernisierung bzw. ein Umbau des Gebäudebestands bis hin zu Gebäudeabrissen und Wohnungsneubau könnten im Fokus stehen.

Der Norden steht vor einem demografischen Umbruch

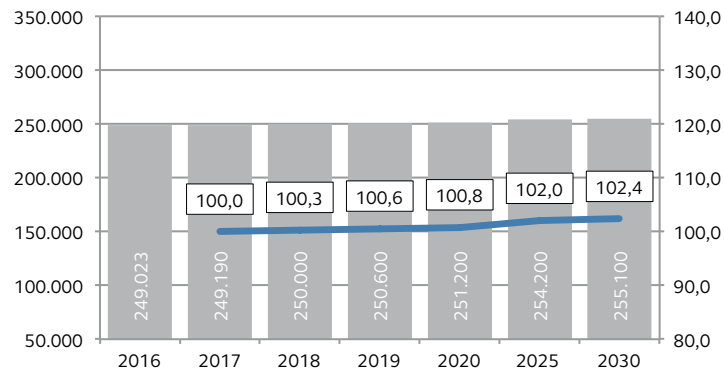
Kiel erwartet auch die nächsten Jahre einen Bevölkerungszuwachs

Bei Anhalten des 2017 deutlich gedämpften Bevölkerungsanstiegs (Abb. 11) wird die Bevölkerung voraussichtlich nicht mehr in dem Maße anwachsen wie zuletzt angenommen. Die aktuelle Bevölkerungsprognose¹² geht noch von einem Anstieg der Bevölkerung im Zeitraum 2017 bis 2030 um 5,4 Prozent auf 262.700 aus.

Bevölkerungsprognose mit Zuwachs

¹² Landeshauptstadt Kiel: Statistischer Bericht Nr. 249, Kiel, Juli 2017.

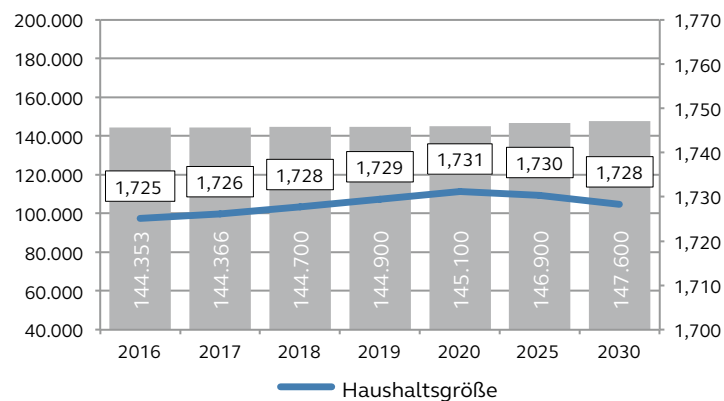
Abbildung 11: Entwicklung der Einwohner/innen am Ort der Hauptwohnung (ab 2018 eigene Prognose) zum 31.12. des Jahres



2.2 Wohnen – Trend zu kleineren Haushalten

Die Zahl der Haushalte steigt zuletzt nur noch geringfügig an. Teilen sich 2005 noch 1,783 Personen eine Wohnung, so sind es 2017 nur noch 1,726 Personen (Abb. 12)¹³.

Abbildung 12: Entwicklung der Anzahl der Haushalte und der Haushaltsgröße am Stichtag 31.12. des Jahres



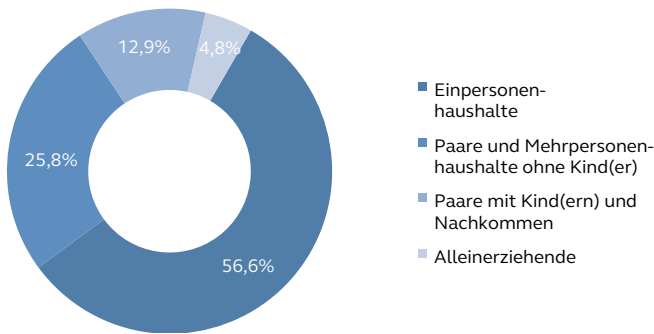
Hinweis auf sich verengenden Wohnungsmarkt

Der langjährige Trend hin zu kleinen Haushalten wird in den Jahren 2016 und 2017 erstmals unterbrochen. Ein Grund hierfür dürfte insbesondere die hohe Zuwanderung von Flüchtlingen sein. Es ist aber gleichzeitig auch ein Hinweis auf den sich verengenden Wohnungsmarkt. Das heißt dort, wo Menschen nicht ausreichend Wohnraum finden, rücken sie enger zusammen mit der Folge größer werdender Haushalte.

Derzeit leben 56,6 Prozent (Vorjahr: 56,5 Prozent) der Bevölkerung in einem Einpersonenhaushalt, 25,8 Prozent (Vorjahr: 28,1 Prozent) der Haushalte sind Paare und Mehrpersonenhaushalte ohne Kinder, 12,9 Prozent (Vorjahr: 10,5 Prozent) der Haushalte sind Paare mit Kindern und Nachkommen sowie 4,8 Prozent (Vorjahr: 4,9 Prozent) der Haushalte sind Alleinerziehende (Abb. 13). Bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der Haushalte nach eigener Schätzung bei Anhalten der derzeitigen Entwicklung auf 147.600 steigen. Dies entspräche einem Anstieg gegenüber 2017 um 2,2 Prozent.

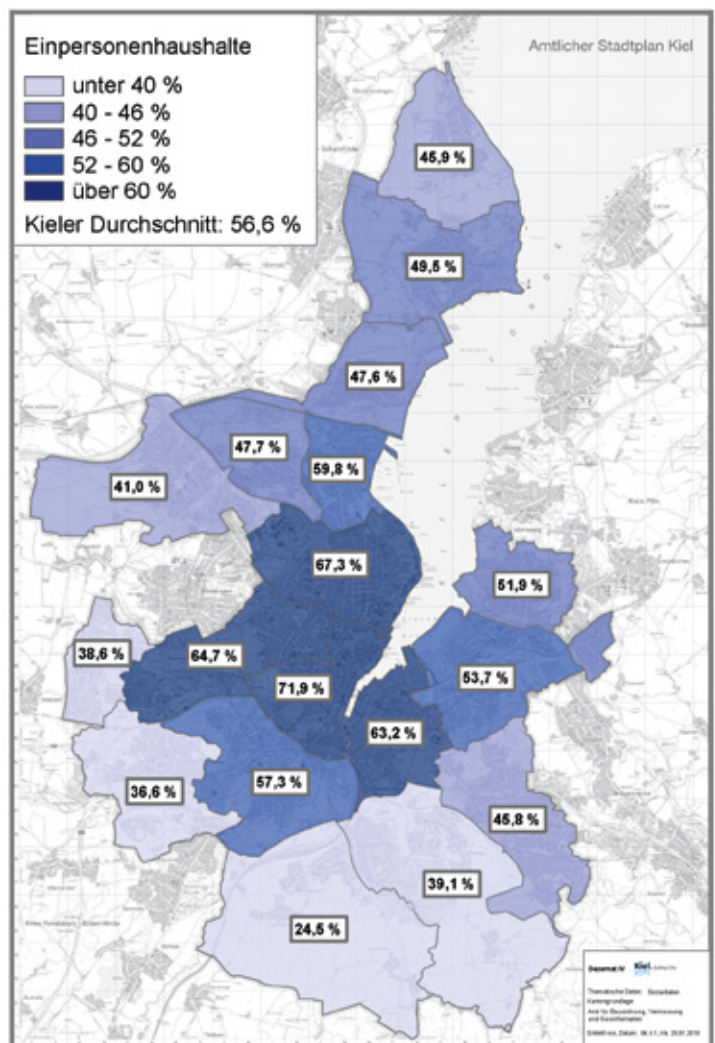
¹³ Da bereits kleine Veränderungen im dreistelligen Bereich bedeutsame Veränderungen in den absoluten Zahlen nach sich ziehen, wird diese bei der Darstellung der Haushaltsgrößen gängige Darstellung gewählt.

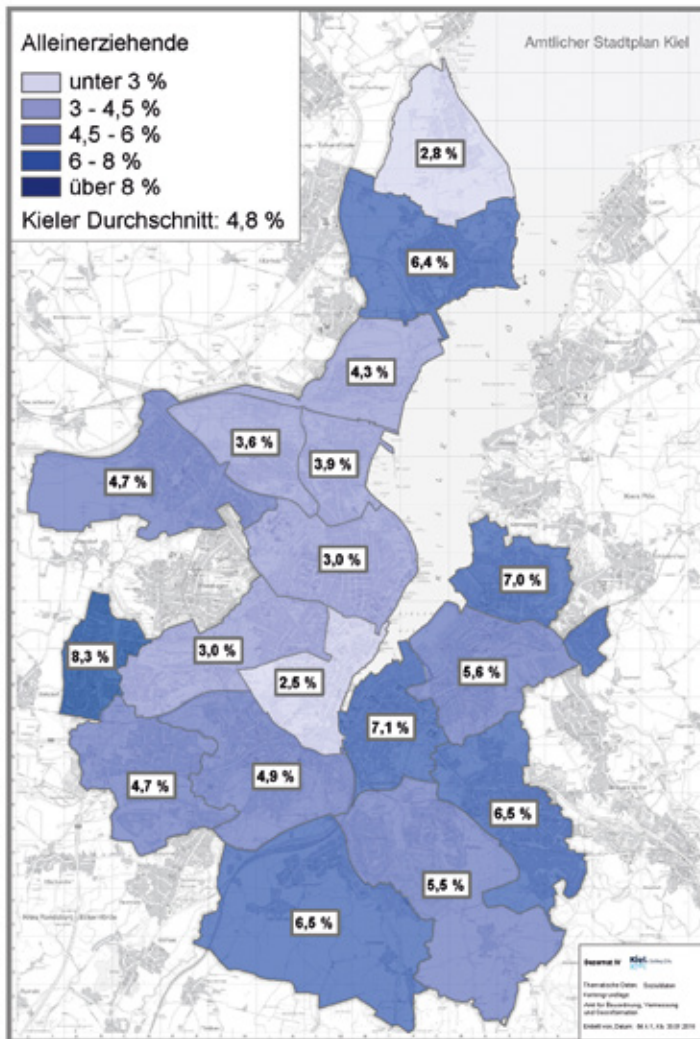
Abbildung 13: Struktur der Haushalte zum 31.12.2017



Karte 4: Anteil der Einpersonenhaushalte in den Ortsteilen am Stichtag 31.12.2017

Den höchsten Anteil an Einpersonenhaushalten an der Gesamtzahl der Haushalte im jeweiligen Ortsteil weisen die zentral gelegenen Bereiche Mitte (71,9 Prozent), Ravensberg/Brunswik/Düsternbrook (67,3 Prozent) sowie Schreventeich/Hasseldieksdamm (64,7 Prozent) auf. Dem folgen die ebenfalls innenstadtnah gelegenen Ortsteile: Wik mit 59,8 Prozent und Hassee/Viehborg 57,3 Prozent. Den niedrigsten Anteil weist der Ortsteil Meimersdorf/Moorsee mit 24,5 Prozent auf, gefolgt von Russee/Hammer/Demühlen mit 38,6 Prozent und Mettenhof mit 38,6 Prozent.





Karte 5: Anteil der Alleinerziehendenhaushalte in den Ortsteilen am Stichtag 31.12.2017

Den höchsten Anteil an Alleinerziehendenhaushalten an der Gesamtzahl der Haushalte im jeweiligen Ortsteil weisen die Ortsteile Mettenhof mit 8,3 Prozent und Gaarden mit 7,1 Prozent auf. Im Ortsteil Mitte gibt es mit 2,5 Prozent den niedrigsten Anteil an Alleinerziehendenhaushalten, gefolgt von Schilksee mit 2,8 Prozent.

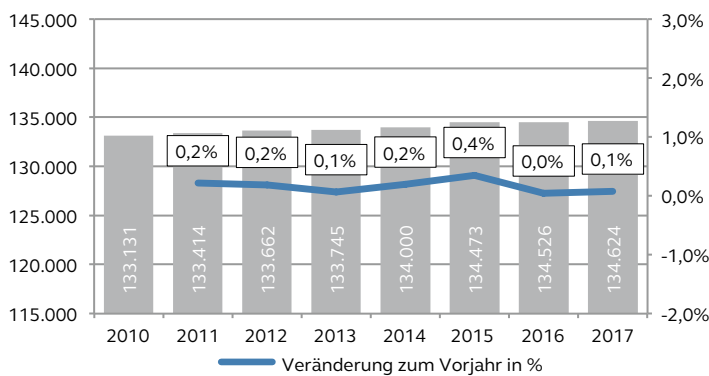
Wohnungsversorgung – zentraler Bestandteil der sozialen und gerechten Stadtentwicklung

Wichtig: intensive Analyse der Bevölkerungsentwicklung

Die Wohnungsversorgung ist ein zentraler Bestandteil der sozialen und gerechten Stadtentwicklung. Eine besondere Herausforderung in diesem Zusammenhang ist vor dem Hintergrund der aktuellen Zuwanderung die intensive Analyse und Beobachtung der Bevölkerungsentwicklung und der bestehenden unterschiedlichen Wohnungsbedarfe. Zu viele Wohnungen bedeuten einen höheren Wohnungsleerstand mit stagnierenden Mieten; zu wenige Wohnungen wiederum bedeuten erhöhte Mieten und einen Anstieg der Wohnungsnotfälle in der Stadt.

Unter Zugrundelegung der Ergebnisse des Zensus erhöht sich der Gesamtwohnungsbestand (einschließlich Wohneinrichtungen) zum 31.12.2017 gegenüber Ende 2010 um 1.493 (Abb. 14). Gegenüber dem Vorjahr ergibt sich nur ein geringer Anstieg des Wohnungsbestands um 98 Wohnungen, obwohl nach den Baufertigstellungen eine höhere Veränderung zu erwarten ist. Leider sind notwendige Korrekturen im Wohnungsbasisbestand aufgrund erkannter Fehlmeldungen erforderlich, so dass ein Teil der neu gebauten Wohnungen (394 Wohnungen im Jahr 2017) rechnerisch kompensiert wird.

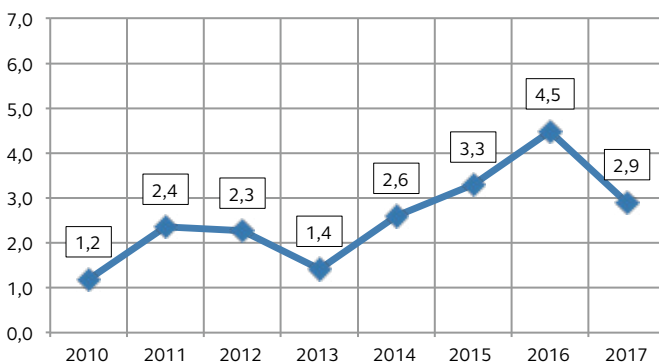
Abbildung 14: Entwicklung des Wohnungsbestands (einschl. Wohneinrichtungen)



Der verstärkte Wohnungsbau zwischen 2015 und 2016 mit durchschnittlich 500 Wohnungen pro Jahr hat sich 2017 auf 394 neue Baufertigstellungen reduziert. Die Bautätigkeit spiegelt sich wieder in der Bauintensität¹⁴. Diese beträgt in Kiel 2,9 Prozent im Jahre 2017 (Abb. 15). Hier zeigt sich nach einem deutlichen Anstieg zwischen 2013 und 2017 im letzten Jahr ein auffälliger Rückgang. Ein möglicher Grund hierfür sind Bauverzögerungen (Wetterlage, Überlastung der Baufirmen). Ein ähnlicher Trend ist für das vergangene Jahr bundesweit zu beobachten. Bei den fertiggestellten Wohnungen handelt es sich noch überwiegend um Wohnungen im hochpreisigen Segment.

Gebremste
Bautätigkeit

Abbildung 15: Entwicklung der Bauintensität in Kiel

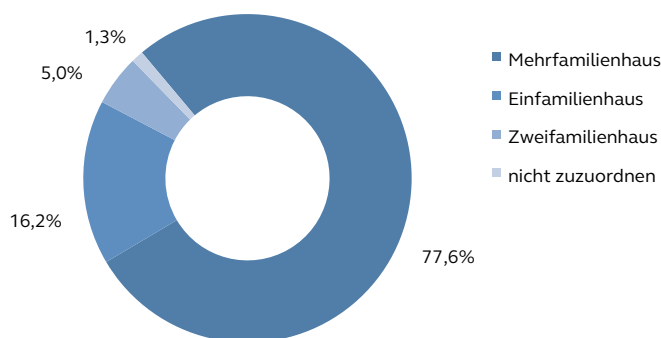


Der Großteil aller Wohnungen in Kiel (77,6 Prozent) befindet sich in Mehrfamilienhäusern. 16,2 Prozent der Wohnungen sind in Einfamilienhäusern und 5,0 Prozent in Zweifamilienhäusern zu finden (Abb. 16).

Vorwiegend
Mehrfamilien-
häuser vorhan-
den

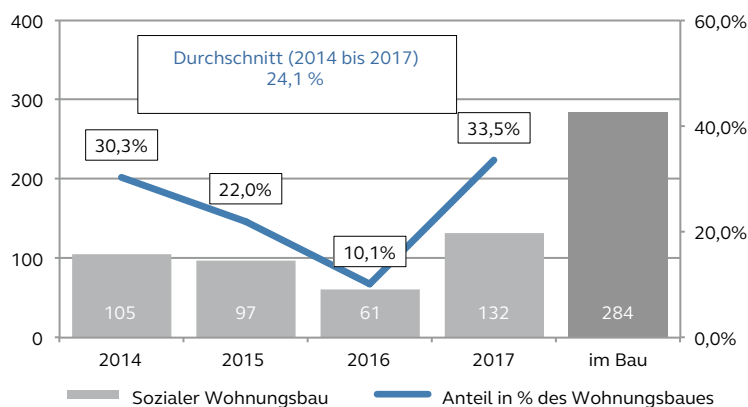
¹⁴ Die Bauintensität ist die Zahl der neu fertig gestellten Wohnungen je 1.000 Bestandswohnungen am 31.12. des Vorjahres. Abweichungen gegenüber den Vorberichten ergeben sich aus einer Umstellung der Auswertung auf eigene Daten statt (bisher Veröffentlichungen des Statistisches Nord).

Abbildung 16: Verteilung der Wohnungen (ohne Wohneinrichtungen); Stand 31.12.2017



Im Jahr 2017 werden im Rahmen des sozialen Wohnungsbaues insgesamt 132 Wohnungen (davon 12 für altengerechtes Wohnen und 45 Studentenwohnungen) fertiggestellt, das entspricht 33,5 Prozent der insgesamt im letzten Jahr fertiggestellten Wohnungen. Im Bau befinden sich darüber hinaus 284 Sozialwohnungen (Abb. 17).

Abbildung 17: Entwicklung der im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus fertiggestellten Wohnungen in Kiel

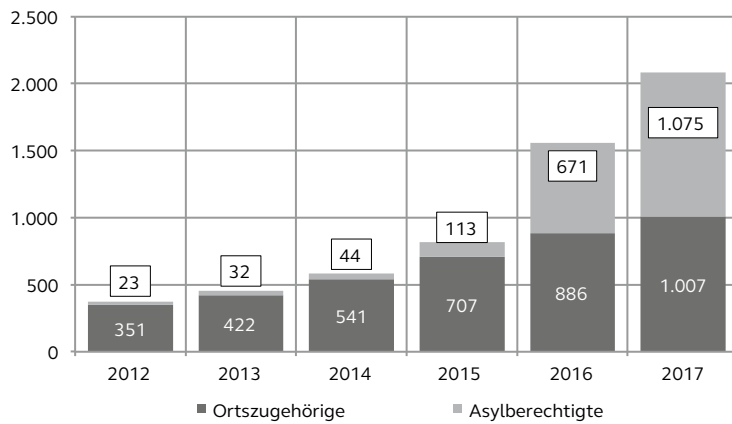


Menschen ohne Wohnung – akute Wohnungsnotfälle

Als »akute Wohnungsnotfälle« bezeichnet man Personen, die aktuell von Obdachlosigkeit betroffen oder von Obdachlosigkeit bedroht sind. Die Wohnungsnotfälle sind ein Ausdruck sozialer Ungleichheit und gleichzeitig ein Anzeiger für anwachsende Wohnungsmängel. In der Regel erleben die Betroffenen in mehreren Bereichen eine Lebenskrise, die im drohenden oder akuten Wohnungsverlust gipfelt. Seit der Wohnungsnot der 1990er Jahre gehört Kiel zu den Großstädten, die Entwicklungen in diesem Bereich entsprechend einem vom Deutschen Städtetag empfohlenen Standard beobachtet. Durch eine gezielte Präventionsarbeit wird daneben versucht, drohende Wohnungsverluste zu verhindern und eine vorhandene Wohnungslosigkeit zu beseitigen.

Nach einem stagnierenden Verlauf in den Jahren 2008 bis 2012 steigt die Zahl der akuten Wohnungsnotfälle im Jahresdurchschnitt ab 2013 deutlich an (Abb. 18).

Abbildung 18: Menschen ohne Wohnung (akute Wohnungsnotfälle) im Jahresdurchschnitt



Zum 31.12.2017 werden insgesamt 2.157 Wohnungsnotfälle registriert (plus 29,9 Prozent im Vergleich zum Vorjahr). Von den »Ortszugehörigen« kommen 167 Menschen (15,7 Prozent), davon 45 aus dem Ausland, nicht ursprünglich aus Kiel. Die Entwicklung verschärft sich durch die Zuwanderung 2015 und 2016, weil zunehmend auch Asylberechtigte ohne eigene Wohnung¹⁵ mit Wohnraum versorgt werden müssen. Zum Jahresende sind dies insgesamt 1.091 Menschen (50,6 Prozent der Wohnungsnotfälle insgesamt am 31.12.2017).

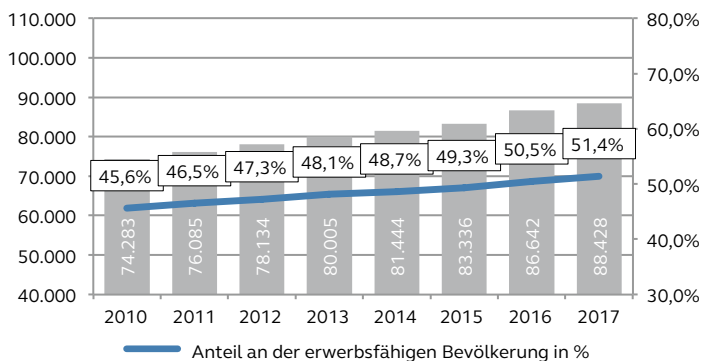
2.3 Erwerbstätigkeit, Unterbeschäftigung und Transferleistungen

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort Kiel beträgt 121.304 (Juni 2017). In Kiel wohnen und arbeiten 88.428 der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Deren Anteil an der erwerbsfähigen Bevölkerung (18- bis unter 65-Jährige) ist von 45,6 Prozent auf 51,4 Prozent angestiegen (Abb. 19). Das ist eine erfreuliche Entwicklung.

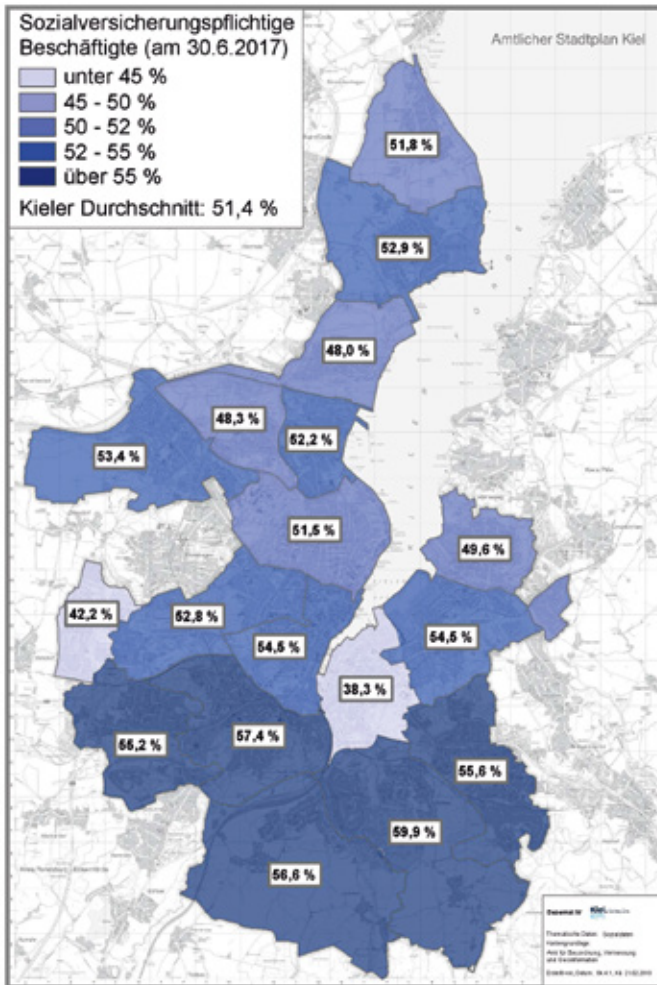
Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten steigt

Abbildung 19: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Wohnort Kiel (jeweils zum 30.6. des Jahres)



¹⁵ Asylsuchende mit Bleiberecht nach Abschluss des Anerkennungsverfahrens.

Die positive Entwicklung sagt aber nichts über die Qualität der Beschäftigungsverhältnisse wie zum Beispiel die Höhe des Erwerbseinkommens oder die Dauer der Arbeitsverhältnisse aus. Ein beachtlicher Teil der Zugänge sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung resultiert aus Arbeitsverhältnissen nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (Leiharbeitskräfte bzw. Zeitarbeit)¹⁶. Während die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse im Zeitraum von 2013 zu 2017 (jeweils am 30.06.) um 10,5 Prozent ansteigen, steigt er bei der Leiharbeit um 16,8 Prozent. Die Bruttoarbeitsentgelte von Leiharbeitskräften liegen noch deutlich unter dem Durchschnitt. Außerdem besteht für die Beschäftigten ein überdurchschnittlich hohes Risiko, erwerbslos zu werden.



Karte 6: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Wohnort Kiel – Anteil an der erwerbsfähigen Bevölkerung in den Ortsteilen am Stichtag 30.06.2017

Den höchsten Anteil an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an der erwerbsfähigen Bevölkerung (15- bis unter 65-Jährige) im jeweiligen Ortsteil weisen die Ortsteile Wellsee/Kronsburg/Rönne mit 59,9 Prozent und Hassee/Vieburg mit 57,4 Prozent auf. Den niedrigsten Anteil haben die Ortsteile Gaarden mit 38,3 Prozent und Mettenhof mit 42,2 Prozent.

Unterbeschäftigung – ein genaueres Bild der Arbeitslosigkeit

In der so genannten »Unterbeschäftigung« erfasst die Agentur für Arbeit zusätzlich zu den Arbeitslosen auch die Menschen, die im weiteren Sinne ohne Arbeit sind. Entsprechend liefert die Unterbeschäftigungsstatistik ein genaueres Bild vom Defizit an regulärer Erwerbstätigkeit (am ersten Arbeitsmarkt). Die Statistik setzt sich aus folgenden Personengruppen zusammen:

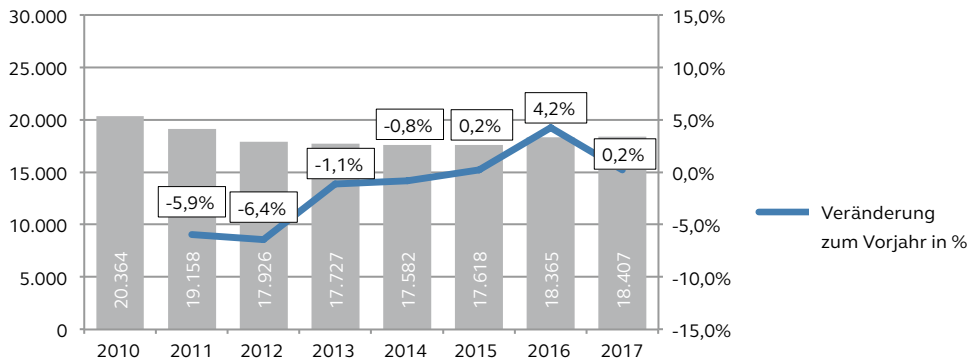
¹⁶ Vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Regionalreport über Beschäftigte (Kiel), Tab. 2.3 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige.

1. Personen, die vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen (Arbeitslose nach § 16 SGB III),
2. Teilnehmer und Teilnehmerinnen an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen (Fort- und Weiterbildung, Trainings- und Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen) und
3. Personen mit einem arbeitsmarktbedingten Sonderstatus (vor allem kurzfristige Arbeitsunfähigkeit).

Die Betrachtung der Entwicklung der Unterbeschäftigung ohne Kurzarbeit im Jahresdurchschnitt (Abb. 20) zeigt, dass die durchschnittliche Anzahl nach einer deutlichen Reduzierung von 2010 bis 2012 in der Folgezeit zunächst stagniert und bis 2016 insbesondere durch Flüchtlinge in Integrationsmaßnahmen ansteigt (zuletzt 0,2 Prozent). 2017 beträgt die Zahl der Unterbeschäftigten in Kiel 18.407 Personen. Die registrierte und allgemein veröffentlichte Arbeitslosigkeit hingegen umfasst dagegen 12.345 Personen (Abb. 21), also etwa ein Drittel weniger (Differenz 6.062 Personen bzw. 32,9 Prozent).

Die Unterbeschäftigung steigt nur noch geringfügig an

Abbildung 20: Entwicklung der Unterbeschäftigung im Jahresdurchschnitt



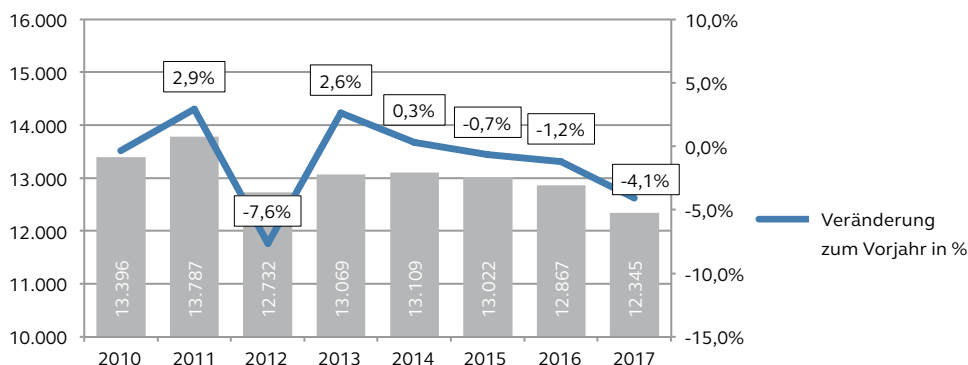
Ende Dezember 2017 beträgt die Zahl der Unterbeschäftigten ohne Kurzarbeit in Kiel 17.496 Personen. Das sind 10,2 Prozent der 15- bis unter 65-Jährigen (erwerbsfähige Bevölkerung) und 6,0 Prozent weniger als Ende 2016. Der prozentuale Rückgang entspricht damit exakt dem bundesweiten Rückgang.

Arbeitslosigkeit

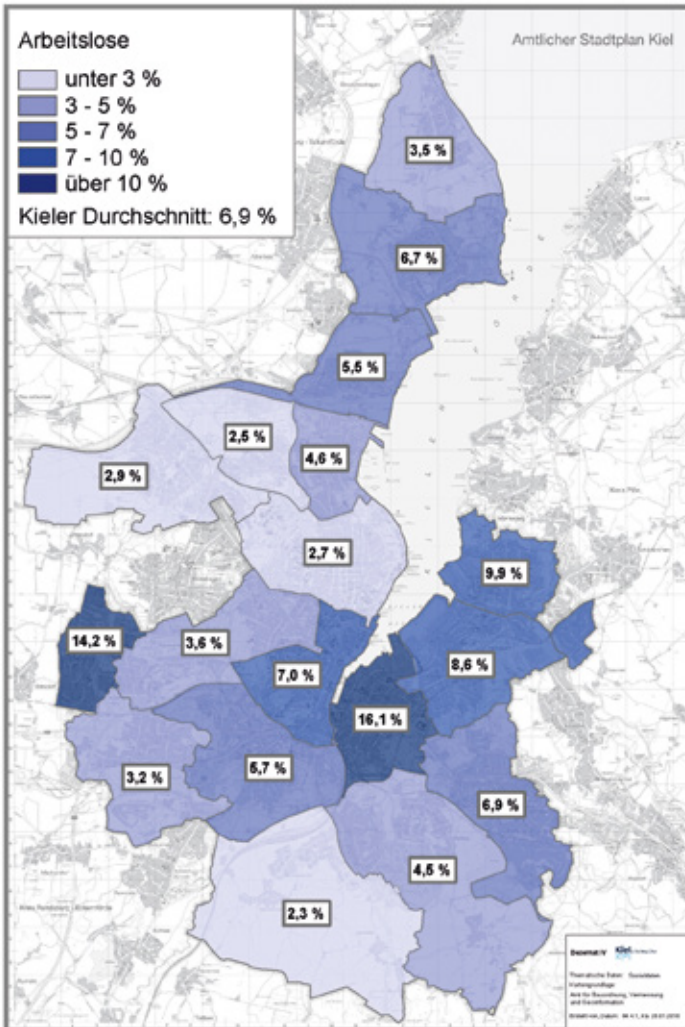
Im Jahr 2017 sind durchschnittlich 12.345 Menschen als arbeitslos registriert (Abb. 21). Damit sinkt die Arbeitslosigkeit gegenüber 2016 deutlich (minus 4,1 Prozent).

Deutlicher Rückgang bei der durchschnittlichen Arbeitslosigkeit in Kiel

Abbildung 21: Arbeitslosigkeit im Jahresdurchschnitt



Zum 31.12.2017 sind 11.939 Menschen ohne Arbeit. Das sind 6,9 Prozent der 15- bis unter 65-Jährigen (Erwerbslosenquote) und 0,3 Prozent mehr als Ende 2016. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die zahlenmäßig jährlich schwankenden Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik eine Vergleichbarkeit erschweren (vgl. auch den Abschnitt »Unterbeschäftigung«). Auf Bundesebene betrug der Rückgang zum Vorjahr 7,1 Prozent.



Karte 7: Anteil der Arbeitslosen an der erwerbsfähigen Bevölkerung in den Ortsteilen am Stichtag 31.12.2017

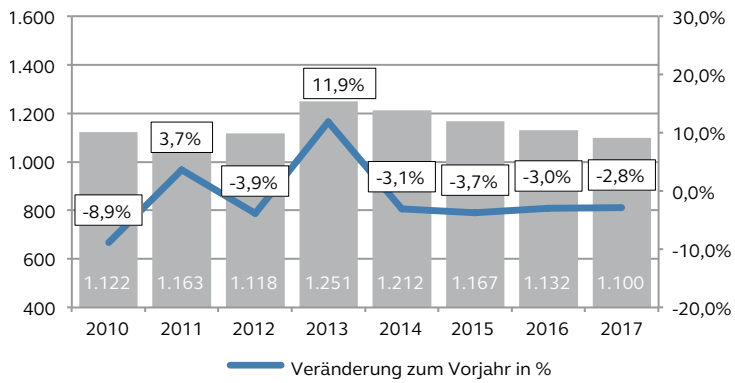
Den höchsten Anteil an Arbeitslosen an der erwerbsfähigen Bevölkerung (15- bis unter 65-Jährige) im jeweiligen Ortsteil weisen die Ortsteile Gaarden (16,1 Prozent) und Mettenhof (14,2 Prozent) auf. Dem folgen auf dem Ostufer Neumühlen-Dietrichsdorf/Oppendorf mit 9,9 Prozent und Ellerbek/Wellingdorf mit 8,6 Prozent. Den niedrigsten Anteil haben die Ortsteile Meimersdorf/Moorsee mit 2,3 Prozent und Steenbek/Projensdorf mit 2,5 Prozent, gefolgt von Ravensberg/Brunswick/Düsternbrook mit 2,7 Prozent, Suchsdorf mit 2,9 Prozent und Russee/Hammer/Demühlen mit 3,2 Prozent.

Jugendarbeitslosigkeit

Jugendarbeitslosigkeit sinkt

Die durchschnittliche Arbeitslosigkeit pro Jahr bei den 15- bis unter 25-Jährigen unterliegt bis 2013 größeren Schwankungen (Abb. 22). Seit 2014 ist ein kontinuierlicher Rückgang zu verzeichnen (zuletzt minus 2,8 Prozent).

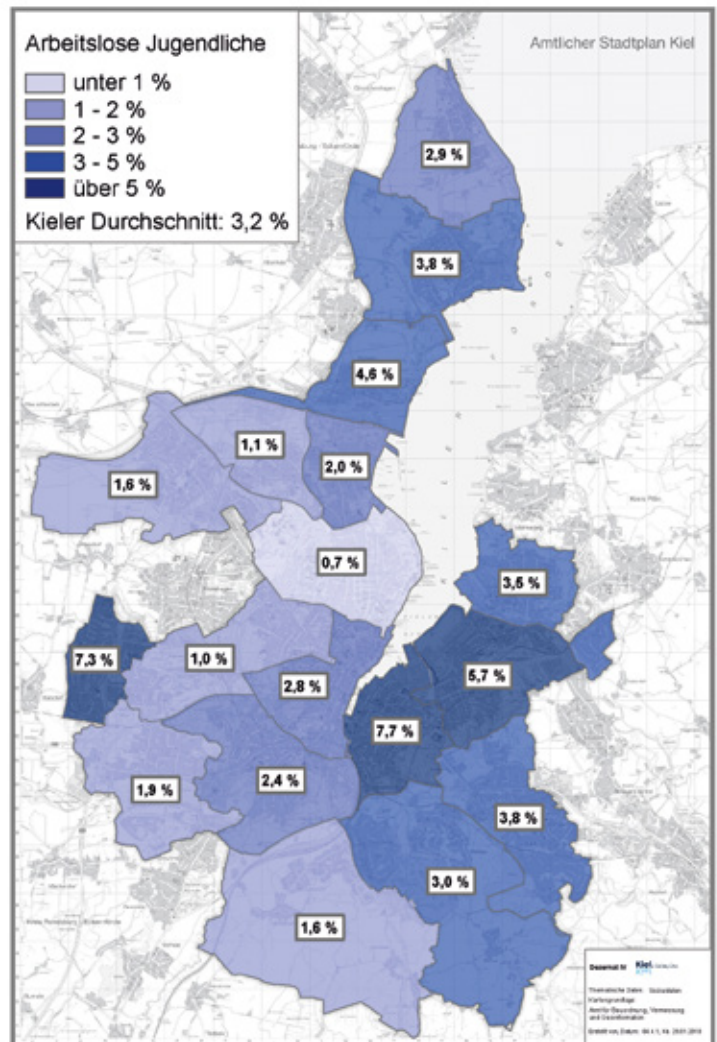
Abbildung 22: Arbeitslosigkeit unter den 15- bis unter 25-Jährigen im Jahresdurchschnitt



Zum Jahresende 2017 sind in Kiel 1.075 Menschen unter 25 Jahre ohne Arbeit gemeldet. Das entspricht einem Anteil von 3,2 Prozent der 15- bis unter 25-Jährigen (Erwerbslosenquote), der auch von den Vorjahren nicht wesentlich abweicht (zwischen 2,5 und 3,8 Prozent).

Karte 8: Anteil der arbeitslosen Jugendlichen an den 15- bis unter 25-Jährigen in den Ortsteilen am Stichtag 31.12.2017

Den höchsten Anteil an arbeitslosen Jugendlichen an den 15- bis unter 25-Jährigen im jeweiligen Ortsteil weisen die Ortsteile Gaarden (7,7 Prozent), Mettenhof (7,3 Prozent) und Ellerbek/Wellingdorf (5,7 Prozent) auf. Den niedrigsten Anteil haben die Ortsteile Ravensberg/Brunswik/Düsternbrook mit 0,7 Prozent und Steenbek/Projensdorf mit 1,1 Prozent.



Grundsicherung für Arbeitsuchende

Mit dem »Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt« wurde für Erwerbsfähige ab 2005 die vorherige Arbeitslosen- und Sozialhilfe durch die im Sozialgesetzbuch II (SGB II) geregelte »Grundsicherung für Arbeitsuchende« ersetzt. Diese Leistung setzt sich aus dem Arbeitslosengeld II (ALG II) und dem Sozialgeld zusammen. Anspruchsberechtigt sind erwerbsfähige Personen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können. Ihre im Haushalt lebenden nicht erwerbsfähigen Familienangehörigen (vor allem Kinder) erhalten Sozialgeld.

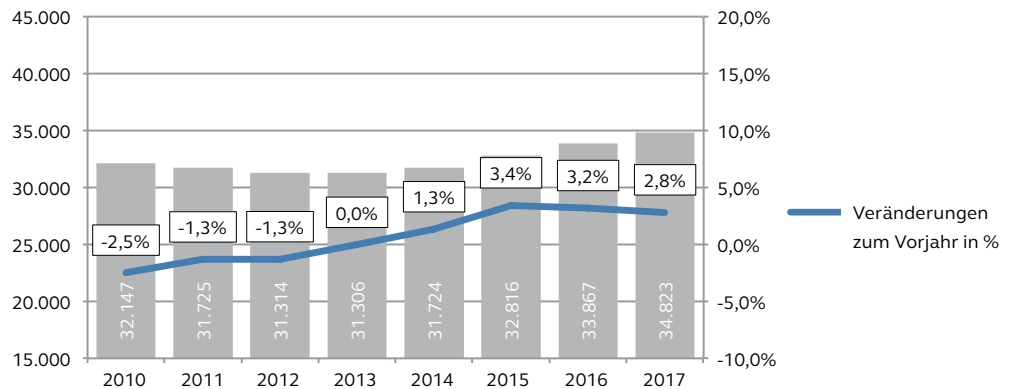
Bundesagentur für Arbeit stellt ihre Dokumentation rückwirkend ab 2007 um

2016 hat die Bundesagentur für Arbeit die Dokumentation der Daten im SGB II rückwirkend ab 2007 neu geordnet¹⁷ (vgl. Hinweise zur Revision der Statistik, Stand: April 2016). Hierdurch weichen die Ergebnisse von den bisher veröffentlichten Zahlen ab. Abgebildet werden die Regelleistungsberechtigten. Die ab 2016 neu ausgewiesenen sonstigen Leistungsberechtigten sowie nicht Leistungsberechtigten werden nicht berücksichtigt.

Zahl der Leistungsberechtigten mit Grundsicherung für Arbeitsuchende steigt auch 2017

Die in den letzten Jahren rückläufige Zahl der Leistungsberechtigten mit Grundsicherung für Arbeitsuchende¹⁸ nach dem SGB II kann sich ab 2013 nicht mehr fortsetzen (Abb. 23). Sowohl bei den erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit Arbeitslosengeld II als auch bei den Leistungsberechtigten mit Sozialgeld (Kinderarmutsindikator) ist in den letzten vier Jahren ein Anstieg zu verzeichnen (zuletzt 2,8 Prozent). Das geänderte EU-Freizügigkeitsrecht und insbesondere auch die Flüchtlingsbewegung sind ursächlich für diesen Anstieg.

Abbildung 23: Leistungsberechtigte in der Grundsicherung für Arbeitsuchende insgesamt (Regelleistungsberechtigte – ALG II und Sozialgeld) im Jahresdurchschnitt



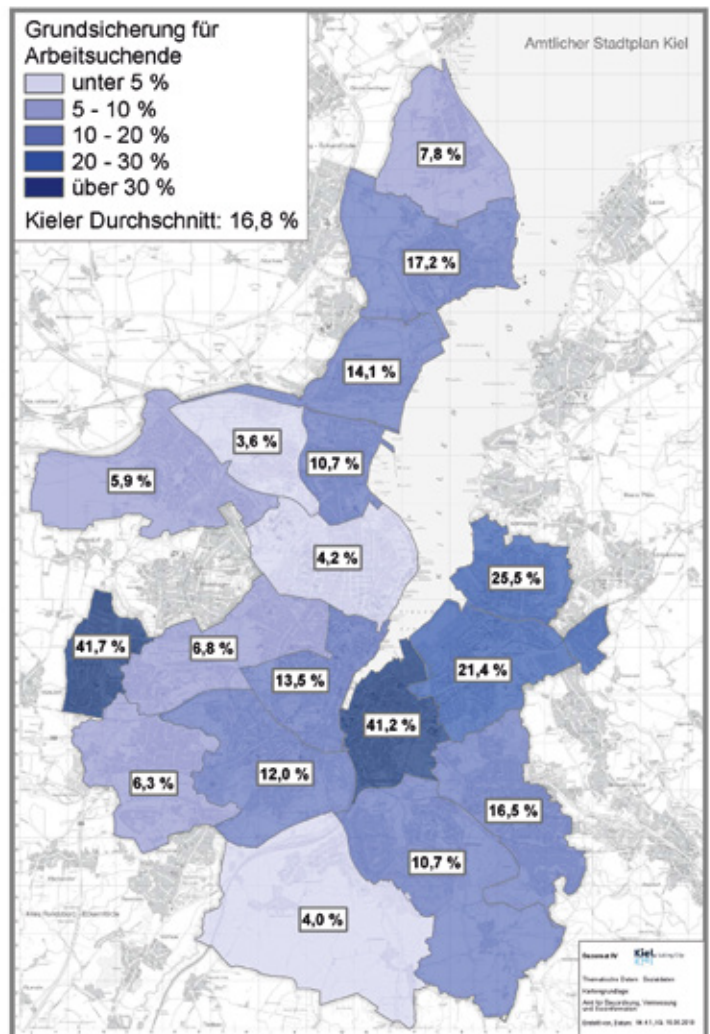
Zum 31.12.2017 erhalten 34.163 Menschen Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II (Regelleistungsberechtigte). Das sind 16,8 Prozent der unter 65-Jährigen in Kiel und 0,8 Prozent weniger als Ende 2016. Von den Leistungsberechtigten sind 24.746 erwerbsfähig (72,4 Prozent) und 9.417 nicht erwerbsfähig mit Sozialgeld (27,6 Prozent). Unter den 9.417 nicht erwerbsfähigen Leistungsberechtigten sind 9.052 Kinder unter 15 Jahre (Kinderarmutsindikator), das sind 0,4 Prozent weniger als im Vorjahr.

¹⁷ Bundesagentur für Arbeit, Hinweise zur Revision der Statistik, Stand: April 2016.

¹⁸ Als Arbeitsuchende gelten Personen, die im Bundesgebiet wohnen und das 15. Lebensjahr vollendet haben, eine Beschäftigung als Arbeitnehmer mit einer Dauer von mehr als sieben Kalendertagen im In- oder Ausland suchen (auch wenn sie bereits eine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit ausüben), sich bei einer Agentur für Arbeit gemeldet haben und die angestrebte Arbeitnehmertätigkeit ausüben können und dürfen.

Karte 9: Anteil der Leistungsberechtigten in der Grundsicherung für Arbeitsuchende an den unter 65-Jährigen in den Ortsteilen am Stichtag 31.12.2017

Den höchsten Anteil an Leistungsberechtigten mit Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II an den unter 65-Jährigen im jeweiligen Ortsteil weisen die Ortsteile Mettenhof (41,7 Prozent), und Gaarden (41,2 Prozent) auf. Relativ hoch sind auch die Werte in Neumühlen-Dietrichsdorf/Oppendorf (25,5 Prozent) und Ellerbek/Wellingdorf (21,4 Prozent). Den niedrigsten Anteil haben die Ortsteile Steenbek/Projensdorf mit 3,6 Prozent, gefolgt von Ravensberg/Brunswik/Düsternbrook mit 4,2 Prozent und Meimersdorf/Moorsee mit 4,0 Prozent.



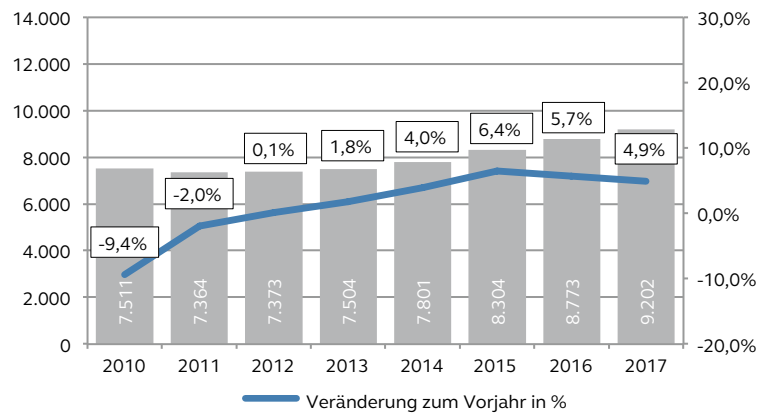
Kinderarmut

Kinder, deren Eltern Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende beziehen, haben Anspruch auf Sozialgeld. Die relative Einkommensarmut hat für die davon betroffenen Kinder durchaus materielle Folgen. Kinder in armutsgefährdeten Haushalten weisen generell eine schlechtere Versorgung mit relevanten Gütern auf¹⁹ und müssen eher Einschränkungen in ihrem alltäglichen Leben hinnehmen (Essensversorgung, Freizeitbetätigungen, Mobilität) als andere Kinder. Sie weisen häufiger gesundheitliche Defizite auf, wachsen häufiger bildungsfern auf und verfügen somit über weniger Ressourcen, um mit familiären Konfliktslagen umgehen zu können.

Im Jahresdurchschnitt steigt die Zahl der sozialgeldberechtigten Kinder in Kiel um 4,9 Prozent auf 9.202 Kinder unter 15 Jahre (Abb. 24). Der Anstieg fällt aber nicht mehr so deutlich aus im Vergleich zu 2015 (plus 6,4 Prozent) und 2016 (plus 5,7 Prozent).

¹⁹ Baumann und Seils, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI), Wie relativ ist Kinderarmut – Armutsrisiko und Mangel im regionalen Vergleich, WSI Report 11, Düsseldorf 2014.

Abbildung 24: 0- bis unter 15-jährige Kinder mit Sozialgeld im Jahresdurchschnitt (Kinderarmutsindikator)



Erstmals seit 2010 ist die Zahl der zum Jahresende von Kinderarmut betroffenen Kinder zurückgegangen

Ende Dezember 2017 leben 29,4 Prozent (bzw. 9.052 Kinder) von Sozialgeld, das heißt fast jedes dritte Kind in Kiel unter 15 Jahren (vgl. hierzu Fußnote 16)²⁰. Damit ist Kiel eine Großstadt mit einer weiterhin überdurchschnittlich hohen Kinderarmut (Deutschland: 14,9 Prozent). Entgegen dem Bundestrend (Anstieg um 2,4 Prozent) ist die Zahl der betroffenen Kinder in Kiel zum Jahresende erstmals seit 2010 leicht zurückgegangen (minus 0,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr). Die Entwicklung ist geprägt durch viele Flüchtlingskinder, für die ein hohes Risiko besteht, in Armut aufzuwachsen.

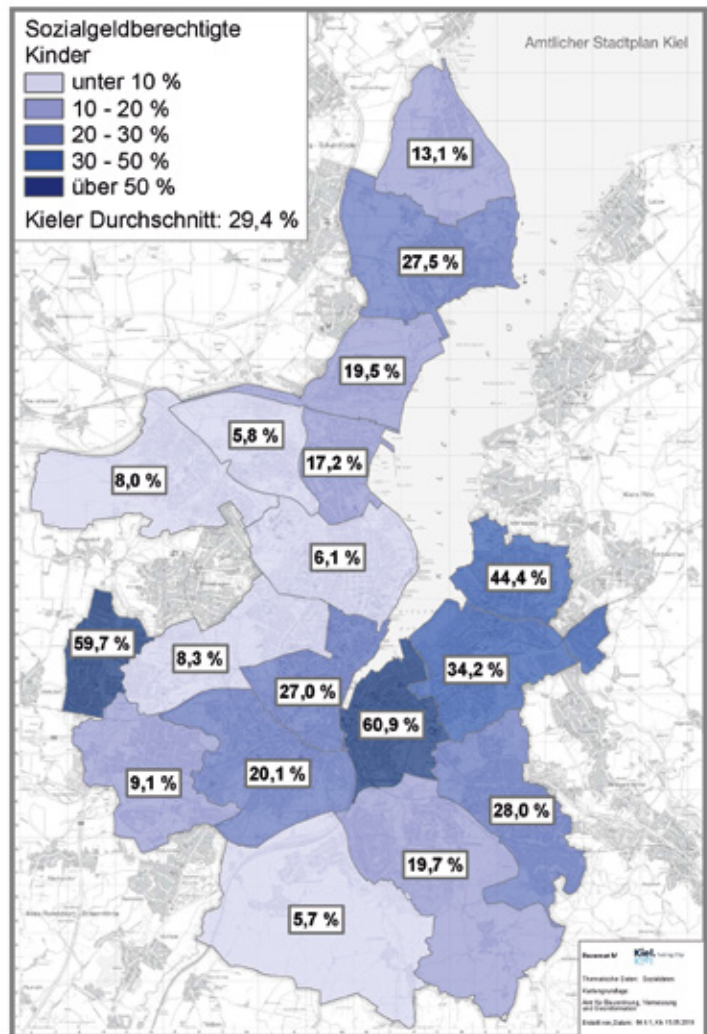
Bildung ist der Schlüssel für gesellschaftliche Teilhabe

Die Landeshauptstadt Kiel geht seit Jahren aktiv den Weg, Kinder und Jugendliche von der Geburt bis zum erfolgreichen Eintritt in die Berufstätigkeit zu fördern und Familien entsprechend zu unterstützen. Es müssen alle Angebote für Familien, Kinder und Jugendliche darauf ausgerichtet werden, deren individuellen Bildungsprozesse zu unterstützen und gegebenenfalls dort zu intervenieren, wo sich Bildungsbrüche andeuten. Studien belegen, wie wichtig es ist, frühzeitig potentieller Bildungsbenachteiligung entgegenzuwirken und präventiv zu arbeiten, um langfristige ökonomische Folgekosten zu vermeiden. Hierzu gibt es seit Jahren vielfältige gemeinsame Aktivitäten der Landeshauptstadt Kiel mit den Netzwerkpartnern in der Bildungsregion, zum Beispiel im Bereich der frühkindlichen Bildung sowie im Übergang von der Schule in den Beruf.

²⁰ Vgl. auch Kieler Netzwerk gegen Kinderarmut, <http://www.kieler-gegen-kinderarmut.de/kinderarmut-in-kiel/>

Karte 10: Sozialgeldleistungsdichte in den Ortsteilen – Kinderarmutsindikator (Stichtag 31.12.2017)

Den höchsten Anteil an sozialgeldberechtigten Kindern in der Grundsicherung für Arbeitsuchende an den unter 15-Jährigen im jeweiligen Ortsteil weisen die Ortsteile Gaarden (60,9 Prozent) und Mettenhof (59,7 Prozent) auf. Hoch sind auch die Anteile in Neumühlen-Dietrichsdorf/Oppendorf (44,4 Prozent) und Ellerbek/Wellingdorf (34,2 Prozent) auf. Den niedrigsten Anteil haben die Ortsteile Meimersdorf/Moorsee mit 5,7 Prozent, gefolgt von Steenbek/Projensdorf mit 5,8 Prozent und Ravensberg/Brunswik/Düsternbrook mit 6,1 Prozent.

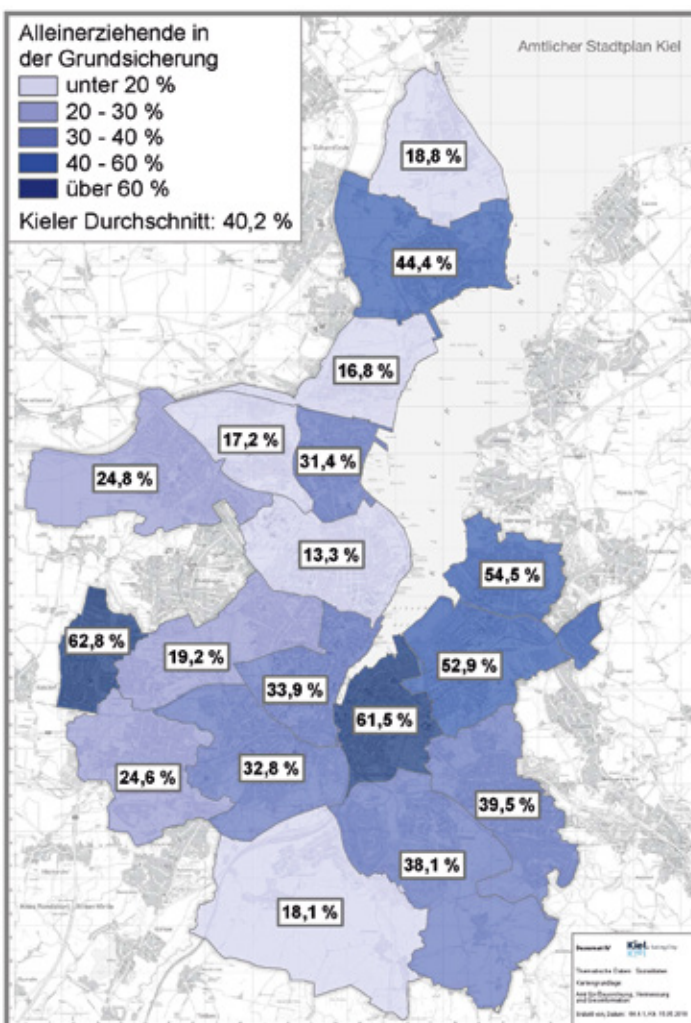
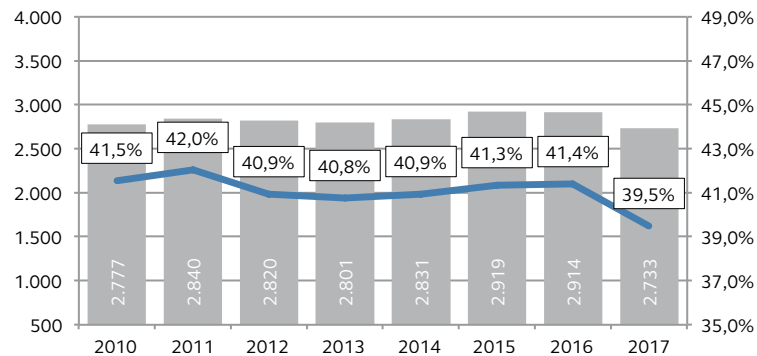


Projekt »Kids in die Clubs«

Für mittlerweile mehr als 1.200 Kieler Kinder und Jugendliche aus finanzschwachen Familien wird die Sportvereinsmitgliedschaft mit Hilfe der »Kiel-Karte« aus dem Bildungspaket des Bundes finanziert, so dass hier von einer umfassenden Teilhabemöglichkeit am Vereinssport gesprochen werden kann. Das Projekt »Kids in die Clubs«, das vom Sportverband Kiel e. V. und der Landeshauptstadt Kiel initiiert wurde, setzt jetzt dort an und geht weiter: Dank der Mittel von Sponsoren und Spendern stehen Gelder für Sportbekleidung und Sportausstattung in den 60 teilnehmenden Vereinen zur Verfügung. Diese Gelder werden den beteiligten Sportvereinen in einer gemeinsam festgelegten Höhe vom Sportverband Kiel e. V. überwiesen. Die Förderhöhe beträgt derzeit 40 Euro pro Kind oder Jugendlichen.

Weniger als die Hälfte der Haushalte von Alleinerziehenden in Kiel (39,5 Prozent, Tendenz durch Änderung des Unterhaltsvorschussgesetzes rückläufig) bezieht Ende 2017 Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (ohne Kinderzuschlag und Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, Abb. 25). Fast alle Alleinerziehenden sind Frauen.

Abbildung 25: Entwicklung des Anteils der erwerbsfähigen Alleinerziehenden mit ALG II-Bezug an der Gesamtzahl der Alleinerziehendenhaushalte in Kiel jeweils zum 31.12. des Jahres



Karte 11: Verteilung der Anteile der Haushalte mit Alleinerziehenden mit Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach Ortsteilen am Stichtag 31.12.2017

Den höchsten Anteil von Haushalten mit Alleinerziehenden in der Grundsicherung für Arbeitsuchende an den Haushalten im jeweiligen Ortsteil weisen die Ortsteile Mettenhof (62,8 Prozent) und Gaarden (61,5 Prozent) auf. Deutlich über dem Durchschnitt ist auch der Anteil in Neumühlen-Dietrichsdorf/Oppendorf (54,5 Prozent) und Ellerbek/Wellingdorf (52,9 Prozent). Den niedrigsten Anteil haben die Ortsteile Ravensberg/Brunswik/Düsterbrook mit 13,3 Prozent gefolgt von Holtenau mit 16,8 Prozent und Steenbek/Projensdorf mit 17,2 Prozent.

Langzeitleistungsbezug

Als Langzeitleistungsbezieher werden Menschen bezeichnet, die einer Arbeit nachgehen könnten und in den vergangenen 24 Monaten mindestens 21 Monate leistungsberechtigt waren²¹. Dieser Begriff orientiert sich ausschließlich an der Dauer des Leistungsbezuges nach dem Sozialgesetzbuch II²² (SGB II).

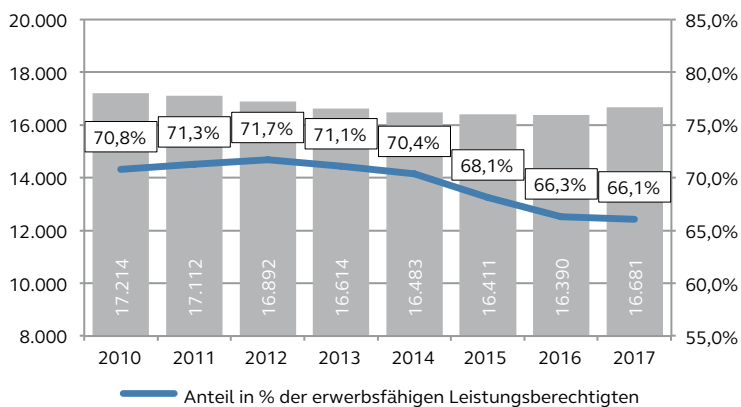
Die Ursachen für Langzeitleistungsbezug sind vielfältig. Finanzielle Unterstützung als Grundsicherung nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II) erhalten Menschen aus unterschiedlichsten Gründen wie zum Beispiel bei:

- keinen oder nicht ausreichenden Einkünften aufgrund niedrig entlohnter Beschäftigung,
- fehlendem Schul- und Ausbildungsabschluss,
- fehlender Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt aufgrund der Versorgung von Kindern (insbesondere Alleinerziehende) oder der Pflege von Angehörigen,
- schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen.

Im Zeitraum 2010 bis 2017 reduziert sich die jahresdurchschnittliche Zahl der Langzeitleistungsbeziehenden in Kiel um 533 Personen oder 3,1 Prozent, wobei 2017 wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist. Der Anteil dieser Menschen an allen erwerbsfähigen Leistungsberechtigten sinkt von 70,8 Prozent (2010) auf 66,1 Prozent (Abb. 26). Auch bei Anhalten der aktuellen Arbeitsmarktlage wird sich die Anzahl in den nächsten Jahren durch das EU-Freizügigkeitsrecht und die Zuwanderung voraussichtlich wieder erhöhen.

Zahl der Langzeitleistungsbeziehenden nahezu unverändert

Abbildung 26: Entwicklung bei den Langzeitleistungsbeziehenden im Jahresdurchschnitt



21 Geregelt durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

22 Das Sozialgesetzbuch regelt die Ziele und Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende; Die Grundsicherung für Arbeitsuchende soll es Leistungsberechtigten ermöglichen, ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Sie soll die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, stärken und dazu beitragen, dass sie ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können (§ 1 SGB II).

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

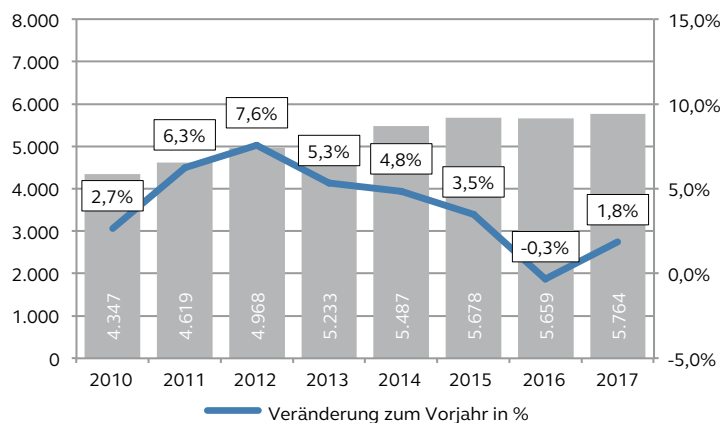
Auf diese Sozialleistung (seit 2003 gesetzlich geregelt im SGB XII) haben Personen ab Erreichen der Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung sowie Volljährige, die dauerhaft voll erwerbsgemindert sind, einen Anspruch. Eine Bedürftigkeit liegt dann vor, wenn eigenes Einkommen und Vermögen sowie Einkommen und Vermögen des Partners oder Ehepartners nicht ausreichen. Wer also im Alter keine auskömmliche Rente hat und dem auch kein anderes Einkommen zur Verfügung steht, hat Anspruch auf eine Aufstockung der Rente bis auf das Niveau des Grundsicherungsbedarfs.

Die seit 2012 in Gang gesetzte schrittweise Anhebung der Regelaltersgrenze von 65 auf 67 Jahre²³ führt dazu, dass das Anspruchsalter für die Grundsicherung ebenfalls ansteigt. Im Jahr 2017 liegt die Altersgrenze bei 65 Jahren und 6 Monaten.

Der nur 2016 unterbrochene Anstieg der letzten Jahre bei der Zahl der Leistungsberechtigten für Grundsicherung bei Erwerbsminderung und im Alter (Jahresdurchschnitt) setzt sich 2017 weiter fort. Dabei hat sich die Dynamik der durchschnittlichen prozentualen Steigerungen zwischen 2013 und 2016 zurück entwickelt um im Jahr 2017 dann wieder um 1,8 Prozent anzusteigen (Abb. 27). Unter anderem die Einführung der »Mütterrente« zum 01.07.2014 wie auch die Zuwanderung²⁴ spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle. Im Jahr 2016 führten zudem eine Anhebung des Wohngeldes und eine hohe Rentenanpassung zu zahlreichen Einstellungen in der Grundsicherung. Dies hat Einfluss auf die Entwicklung der letzten Jahre.

Zahl der Leistungsberechtigten in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung steigt wieder

Abbildung 27: Leistungsberechtigte für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Jahresdurchschnitt



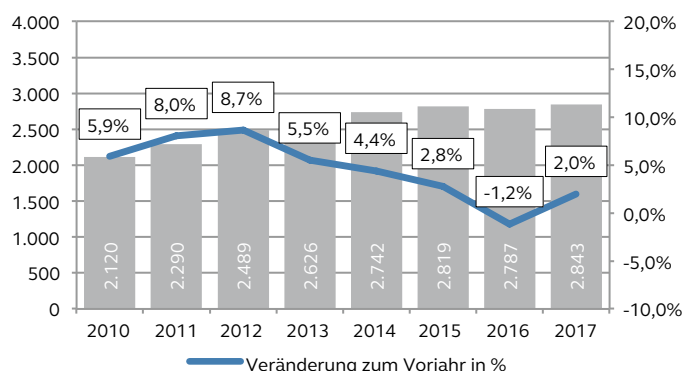
50,5 Prozent der Leistungsberechtigten Ende 2017 sind Frauen, der Anteil der Männer lag entsprechend bei 49,5 Prozent. Der Anteil der Frauen hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich verringert. 2009 liegt er noch bei 55,7 Prozent.

23 Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung vom 20.04.2007. Nach dem Gesetz verschiebt sich ab 2012 die Altersgrenze jährlich um einen Monat.

24 Menschen werden zwar bei der Bevölkerung als Bezugsgröße mitgezählt, erhalten aber nicht unbedingt eine entsprechende Sozialleistung.

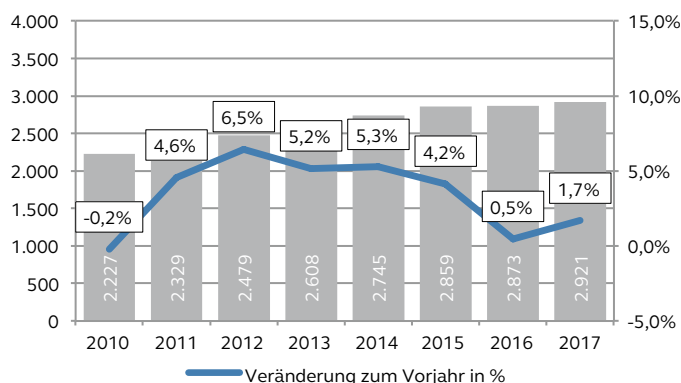
Die Zahl der dauerhaft voll Erwerbsgeminderten in der Grundsicherung steigt nach einem leichten Rückgang 2016 wieder an (Abb. 28). Eine Erwerbsminderung liegt vor, soweit eine unbefristete Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird oder bei Personen, die in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung beschäftigt werden. In den übrigen Fällen erfolgt die Prüfung der dauerhaften vollen Erwerbsminderung entsprechend der gesetzlichen Regelung durch die Rentenversicherungsträger. Zum 31.12.2017 sind in Kiel 2.870 Menschen auf diese Sozialleistung angewiesen. Das sind etwas weniger als die Hälfte (49,1 Prozent) aller Menschen in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Abbildung 28: Dauerhaft voll erwerbsgeminderte Leistungsberechtigte in der Grundsicherung nach dem SGB XII im Jahresdurchschnitt



Ähnlich der Entwicklung bundesweit steigt auch in Kiel die Zahl der Menschen über 65 Jahre kontinuierlich an, die im Alter auf eine Leistung der Grundsicherung (Grundsicherungsquote als Altersarmutsindikator) angewiesen sind. Wie im letzten Sozialbericht prognostiziert, steigt die Zahl der Leistungsberechtigten gegenüber 2016 wieder deutlicher (plus 1,7 Prozent, Abb. 29). Dieser Verlauf wird sich in den kommenden Jahren durch die Lücken in den Erwerbsbiografien aufgrund von Arbeitslosigkeit und wegen geringer Einkommen (Niedriglohn, prekäre Erwerbstätigkeit) einerseits und durch den Leistungsabbau in der gesetzlichen Rentenversicherung andererseits fortsetzen. Die Anhebung des Renteneinstiegsalters wirkt sich dämpfend auf diese Entwicklung aus, weil entsprechend weniger Menschen diese Leistung in Anspruch nehmen.

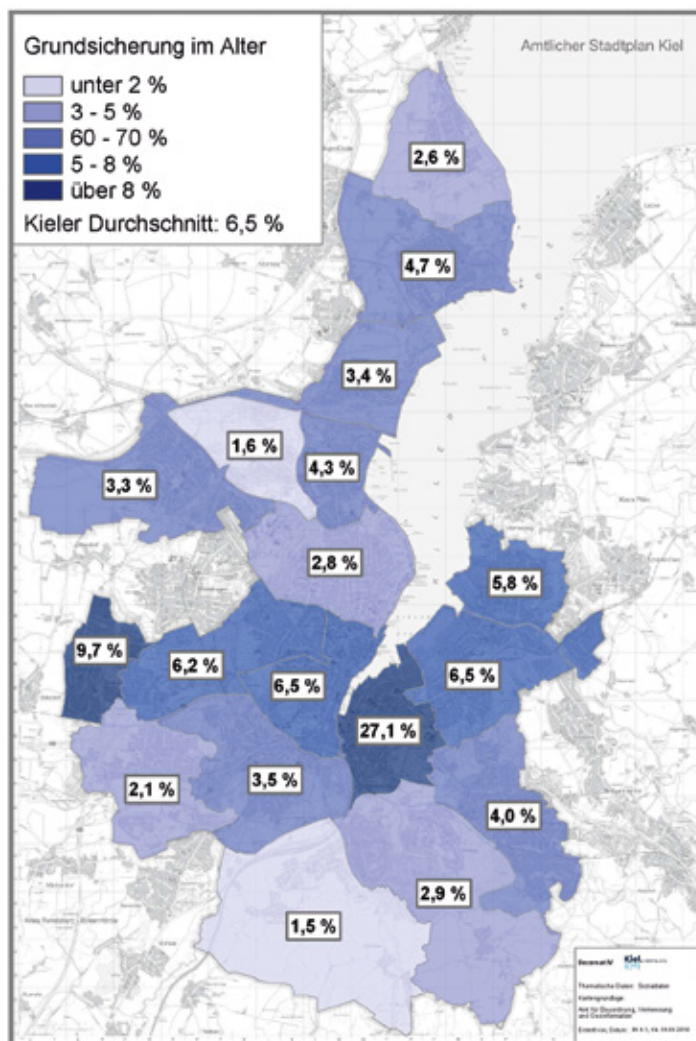
Abbildung 29: Leistungsberechtigte mit Grundsicherung im Alter (Jahresdurchschnitt)



Zum 31.12.2017 sind 2.981 ältere Menschen auf Sozialleistungen angewiesen (plus 4,9 Prozent gegenüber 2016). Das sind 6,5 Prozent der über 65-Jährigen in Kiel (**Grundsicherungsquote**; zehn Jahre zuvor betrug dieser Anteil noch 4,7 Prozent).

Über ein Drittel der über 65-Jährigen in Kiel gilt als armutsgefährdet (eigene Schätzung)

Neben der Grundsicherungsquote ist als weitere Messgröße von Altersarmut die **Armut-risikoquote**²⁵ zu beachten. Ende 2016 beträgt diese für Schleswig-Holstein 14,8 Prozent²⁶ und ist damit deutlich höher als die Grundsicherungsquote für Schleswig-Holstein mit 3,1 Prozent. Da für die Armutrisikoquote keine kommunalen Einkommensdaten zur Verfügung stehen, kann diese für Kiel nur geschätzt werden. Danach dürften tatsächlich etwa 31 Prozent aller über 65-Jährigen in Kiel unter armutsbelasteten Rahmenbedingungen leben.



Karte 12: Anteil Leistungsberechtigte mit Grundsicherung im Alter an den über 65-Jährigen in den Ortsteilen am Stichtag 31.12.2017 (Altersarmutsindikator)

Den höchsten Anteil von Leistungsberechtigten mit Grundsicherung im Alter an den über 65-Jährigen haben die Ortsteile Gaarden mit 27,1 Prozent und Mettenhof mit 9,7 Prozent. Den niedrigsten Anteil weisen die Ortsteile Meimersdorf/Moorsee mit 1,5 Prozent, gefolgt von Steenbek/Projensdorf mit 1,6 Prozent und Russee/Hammer/Demühlen mit 2,0 Prozent auf. In der Darstellung nicht enthalten sind Leistungsberechtigte, die in Pflegeeinrichtungen etc. untergebracht sind.

Mindestsicherungsquote stagniert

In der Sozialberichterstattung haben sich in den letzten Jahren zwei zentrale Indikatoren herausgebildet, um die Einkommenssituation als zentrale Dimension sozialer Gleichheit bzw. Ungleichheit zu beschreiben. Der eine ist die Mindestsicherungsquote

25 Eine Person gilt nach der EU-Definition für EU-SILC als armutsgefährdet, wenn sie über weniger als 60 % des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung verfügt (Schwellenwert für Armutsgefährdung).

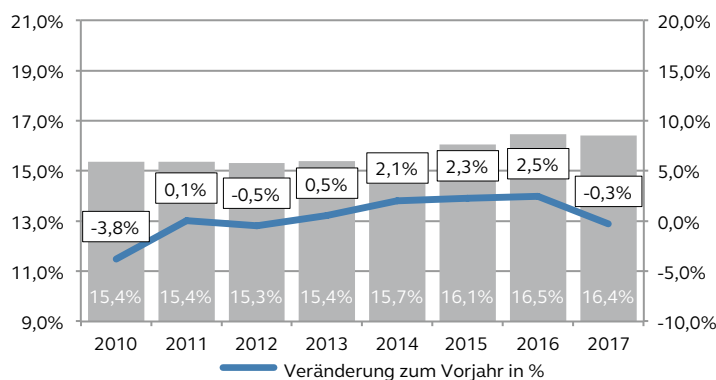
26 Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Sozialberichterstattung, Armut und soziale Ausgrenzung, Tabelle A 1.1.15 Schleswig-Holstein – Armutsgefährdungsquote nach soziodemografischen Merkmalen in % gemessen am Bundesmedian, Datenstand 08/2107.

(Transferleistungsquote) und der andere sind Einkommensdaten aus dem Mikrozensus (repräsentative Befragung von einem Prozent der Haushalte) zur Beschreibung der Armutsgefährdung. Der letztere steht für Kiel nicht zur Verfügung, weil die kleinste räumliche Auswertungsebene bei 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern endet.

Die Mindestsicherungsquote bzw. -dichte umschreibt den Anteil pro 100 Einwohner/-innen der Menschen, die Regelleistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) wie Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, Leistungen nach dem SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) als sogenannte Mindestsicherungsleistung beziehen²⁷. Die Quote sinkt in Kiel von 2010 bis 2012 leicht, steigt bis 2016 allerdings wieder deutlich auf 16,5 Prozent. Im Jahr 2017 sinkt sie erstmals wieder geringfügig auf 16,4 Prozent (Abb. 30). Unter Berücksichtigung der Menschen mit Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beträgt die Mindestsicherungsquote zum Jahresende 17,0 Prozent (31.12.2017). Sie ist damit fast doppelt so hoch wie die bundesweite Quote (zuletzt 9,5 Prozent im Jahr 2016). In Schleswig-Holstein beträgt die Quote 10,3 Prozent (2016).

Mindestsicherungsquote sinkt wieder; sie ist aber doppelt so hoch wie die bundesweite Quote

Abbildung 30: Mindestsicherungsquote (Anteil pro 100 Einwohner/innen) zum 31.12. des Jahres



2.4 Menschen in besonderen Lebenslagen

2.4.1 Menschen mit Behinderung

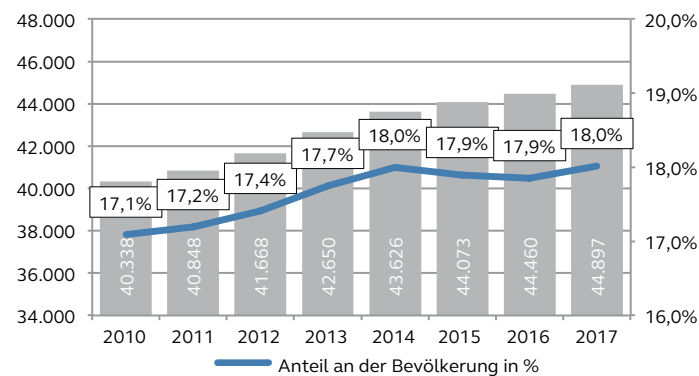
In Kiel leben Ende 2017 44.897 Menschen mit einer anerkannten Behinderung, das sind 18,0 Prozent der gesamten Bevölkerung. Etwas mehr als die Hälfte davon sind Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 (schwerbehindert im Sinne des § 2 SGB IX). Seit 2010 hat sich die Zahl um fast 4.600 bzw. 11,3 Prozent erhöht. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt leicht auf jeweils 18,0 Prozent (Abb. 31).

Anteil der Menschen mit einer anerkannten Behinderung nahezu unverändert

²⁷ die Aufteilung orientiert sich an dem Standard der Sozialberichterstattung des Bundes – Leistungen der sozialen Mindestsicherung (ohne Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und der Kriegsopferfürsorge); https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialberichterstattung/Tabellen/11_MS_EmpfLeistVeraend.html.

Mit dem Schwerbehindertenausweis erhalten diese Personen unterschiedliche Vergünstigungen und Hilfestellungen als Nachteilsausgleich. So erhalten zum Beispiel schwerbehinderte Menschen im Arbeitsleben eine Arbeitswoche Zusatzurlaub und haben Anspruch auf einen vorgezogenen Renteneintritt. Ebenfalls können über das Integrationsamt des Landes unterschiedliche Unterstützungsleistungen am Arbeitsplatz wie Eingliederungszuschuss, Arbeitsassistenz oder Gebärdendolmetscher gewährt werden.

Abbildung 31: Entwicklung der registrierten Menschen mit einem Schwerbehindertenausweis zum 31.12. des Jahres



Insbesondere Arbeit und Beschäftigung sind wesentliche Bestandteile für eine selbstbestimmte Teilhabe an der Gesellschaft, das gilt auch für Menschen mit Behinderung²⁸. Es gibt immer noch Vorurteile und Hemmnisse hinsichtlich ihrer Beschäftigung. Dabei muss sich die Beeinträchtigung bei entsprechenden Rahmenbedingungen nicht auf die Leistungsfähigkeit im Beruf auswirken. Einschränkungen können durch Technik oder Unterstützung ausgeglichen werden. Teilhabe am Arbeitsleben bedeutet auch, dass Menschen mit und ohne Behinderung zusammen arbeiten. Wer Arbeit hat, kann sein Leben selbst gestalten und selbstbestimmt und selbstständig leben. Gleichzeitig gilt aber: Der größte Teil erwirbt die Behinderung in und durch die Arbeit. Steigender Leistungsdruck, aber auch steigende psychische Erkrankungen führen dazu, dass Menschen schwer erkranken.

Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

Menschen, die nicht nur vorübergehend geistig, seelisch oder körperlich wesentlich behindert oder von Behinderung bedroht sind, haben Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe als Teil der Sozialhilfe nach dem SGB XII. Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung und/oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die Chancen auf eine gesellschaftliche Teilhabe zu erhöhen. Dafür steht ein Spektrum von Leistungen in den Bereichen Beratung/Betreuung, Wohnen, Schule, Ausbildung und Beruf zur Verfügung.

Für Kinder und Jugendliche sind das Leistungen im Bereich der frühen Bildung bzw. Förderung in Kindertageseinrichtungen. In Förderzentren und allgemeinbildenden Schulen werden zum Beispiel Leistungen in Form von Schulbegleitungen erbracht. Außerdem gibt es weitere Angebote bis hin zur Unterstützung im Studium durch Assistenzkräfte für die Begleitung oder zum Vorlesen.

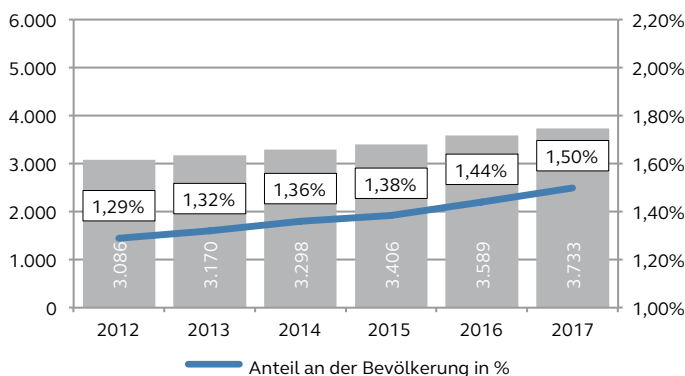
²⁸ Landeshauptstadt Kiel, Leitbild und örtliche Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderung, Kiel 2011.

Nach der Schule können Menschen mit Behinderung unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen im Bereich einer beruflichen Bildung erhalten. Sofern die Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (noch) nicht gegeben ist, stehen Leistungen der Eingliederungshilfe zum Beispiel in anerkannten Werkstätten für Menschen mit Behinderung oder wenn die Werkstattfähigkeit nicht vorhanden ist in Arbeits- und Beschäftigungsprojekten zur Verfügung. Zudem bestehen auch Möglichkeiten, auf Außenarbeitsplätze der Werkstatt zu wechseln oder Praktika in Betrieben durchzuführen. Das Bundesteilhabegesetz bietet für die Suche auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt neue Leistungen und Möglichkeiten wie zum Beispiel das Budget für Arbeit. Für alle leistungsberechtigten Menschen ist das Recht auf Teilhabe am Arbeitsleben ein wichtiger Teil des Lebens. Die jeweiligen Stärken und Fähigkeiten werden daher individuell gefördert.

Zum Jahresende 2017 erhalten 3.733 Personen bzw. 1,5 Prozent der Gesamtbevölkerung entsprechende Leistungen (Abb. 32). 22,8 Prozent der Leistungsberechtigten sind jünger als 18 Jahre. Bezogen auf alle Altersgruppen und auf alle Leistungen sind 55,5 Prozent Männer und 44,5 Prozent Frauen. Anteilig verteilen sich die Leistungen zu 49,4 Prozent auf Menschen mit einer seelischen, zu 27,2 Prozent auf Menschen mit einer geistigen und zu 23,4 Prozent auf Menschen mit einer körperlichen Behinderung.

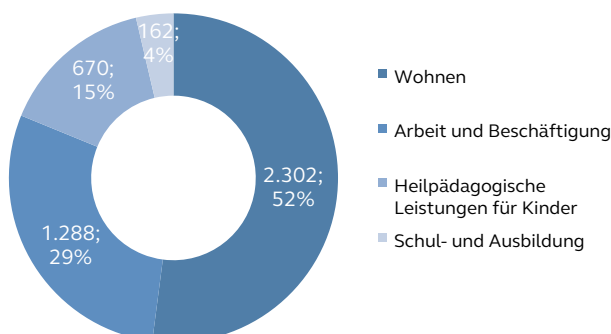
Der Anteil der leistungsberechtigten Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt kontinuierlich an

Abbildung 32: Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (jeweils zum 31.12. des Jahres)



Die Leistungen unterteilen sich in folgende Bereiche: Heilpädagogische Leistungen für Kinder vor der Schule, in Schul- und Ausbildung, bei Arbeit und Beschäftigung sowie für Wohnen (Abb. 33). Ein hoher Anteil der Leistungen ist über einen langen Zeitraum oder lebenslang notwendig.

Abbildung 33: Leistungsberechtigte in den Bereichen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung zum 31.12.2017



Das ab dem 01.01.2017 in Teilen in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz leitet einen umfassenden Systemwechsel in der Ausgestaltung der Teilhabeleistungen ein. Seit 2017 gelten für Menschen mit Behinderung verbesserte Einkommens- und Vermögensgrenzen. Ab 2018 verändern sich die Prozesse der Beratung, Bedarfsermittlung und Hilfeplanung. Die gesetzlich vorgegebenen Verfahren sind eine ICF-orientierte Bedarfsermittlung und ein Teilhabe- und Gesamtplanverfahren. Ab dem 01.01.2020 werden die Leistungen der Eingliederungshilfe vollständig aus dem SGB XII herausgelöst und in ein eigenes Leistungsrecht (Teil 2 des Bundesteilhabegesetzes/SGB IX) überführt.

Mehr möglich
machen

Insbesondere die Leitgedanken des Teilhaberechtes sollen mehr Personen- und Lebensweltorientierung ermöglichen und den Menschen größtmögliche Eigenständigkeit und Selbstbestimmung bieten. Damit verbunden ist auch die Umstellung auf ausschließlich ambulante Leistungen. Sogenannte stationäre Einrichtungen sind personenzentriert zu gestalten und werden ihre Angebote zukünftig als Fachleistungen anbieten. Die existenzsichernden Leistungen und die Kosten der Unterkunft werden dann individuell abzurechnen sein. Damit diese Umstellung gelingt, wird ein neuer Landesrahmenvertrag für Schleswig-Holstein erarbeitet. Das Ziel ist es, für Menschen mit Behinderungen ihrem individuellen Bedarf entsprechende Leistungen anbieten zu können. Dazu sind bis 2020 noch erhebliche Anstrengungen und Veränderungen in den Leistungs- und Angebotsstrukturen erforderlich.

Die gesetzlichen Anforderungen stellen alle beteiligten Akteure vor große Herausforderungen. In der Verwaltung werden derzeit die neuen Prozesse »Erstberatung« und »Bedarfsermittlung« erprobt. Das Gesamtplan- und das Teilhabeplanverfahren muss mit den relevanten Reha-Trägern entwickelt und die Abläufe und Verfahren neu beschrieben werden. Die neuen Leistungsarten insbesondere für die Menschen mit Behinderung, die auf dem Arbeitsmarkt eine Beschäftigung finden möchten, sind zu erproben, auszubauen und die betroffenen Menschen bei der Inanspruchnahme zu unterstützen. Auch die Weiterentwicklung der Quartiere mit ihren Netzwerken ist eine wichtige Voraussetzung für selbstverständliche Teilhabe im Lebensumfeld.

2.4.2 Menschen mit Pflegebedarf

Zum 01.01.2017 ist das sogenannte Pflegestärkungsgesetz III in Kraft getreten, das den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in das Sozialgesetzbuch XII übernommen hat. Damit gilt das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit für die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden alle relevanten Aspekte von Pflegebedürftigkeit erfasst, unabhängig davon, ob diese auf körperliche, psychische oder kognitive Beeinträchtigungen zurückzuführen sind. Es werden nicht mehr die vorhandenen Defizite, sondern das Ausmaß der Selbständigkeit und die Orientierung an verbliebenen Ressourcen in den Mittelpunkt gerückt. Allerdings hat das Jahr 2017 den Eindruck hinterlassen, dass es für rein körperlich eingeschränkte Menschen schwieriger geworden ist, einen Pflegegrad zu erhalten.

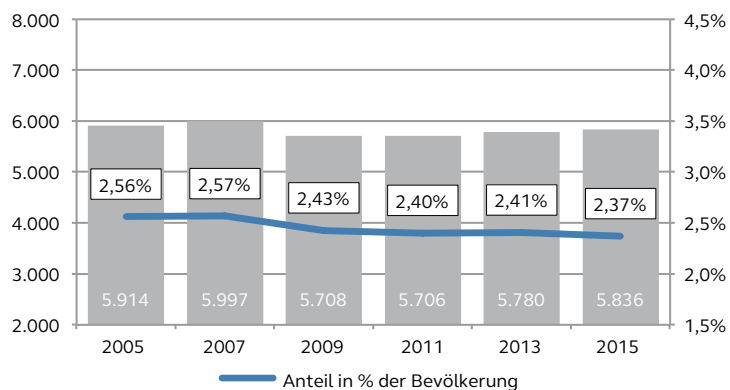
Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes setzt sich zusammen aus den unterschiedlichen Leistungsarten des SGB XI. Das sind alle ambulanten Leistungen, die entweder durch Angehörige, ambulante Pflegedienste, durch

Landesverordnung anerkannte Unterstützungsangebote oder Wohngruppen erbracht werden. Ebenso gehören alle durch Pflegeeinrichtungen erbrachten stationären Leistungen dazu.

In Kiel waren Ende 2015 insgesamt 5.836 Menschen pflegebedürftig (Abb. 34)²⁹. Dies entspricht einem Anteil von 2,37 Prozent der Bevölkerung. Berücksichtigt man bis Ende 2015 auch die Leistungsberechtigten ohne Pflegestufe mit eingeschränkter Alltagskompetenz, so waren 6.406 Menschen pflegebedürftig (2,6 Prozent der Bevölkerung).

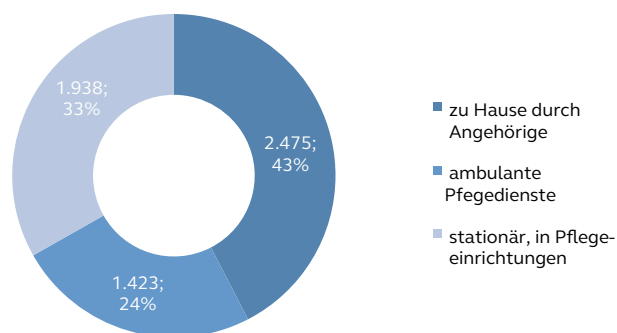
Anteil Pflegebedürftiger gleichbleibend

Abbildung 34: Anzahl Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI (jeweils zum 31.12. des Jahres)



Mit einem Anteil von 67,0 Prozent (davon 43 Prozent durch Angehörige und 24 Prozent durch ambulante Pflegedienste) werden deutlich mehr Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung als in stationären Pflegeeinrichtungen (33 Prozent) gepflegt (Abb. 35).

Abbildung 35: Versorgung der Pflegebedürftigen Ende 2015



²⁹ Aktuelle Daten für die Landeshauptstadt Kiel für 2017 werden voraussichtlich Anfang 2019 veröffentlicht; Daten erscheinen im Zweijahresrhythmus.

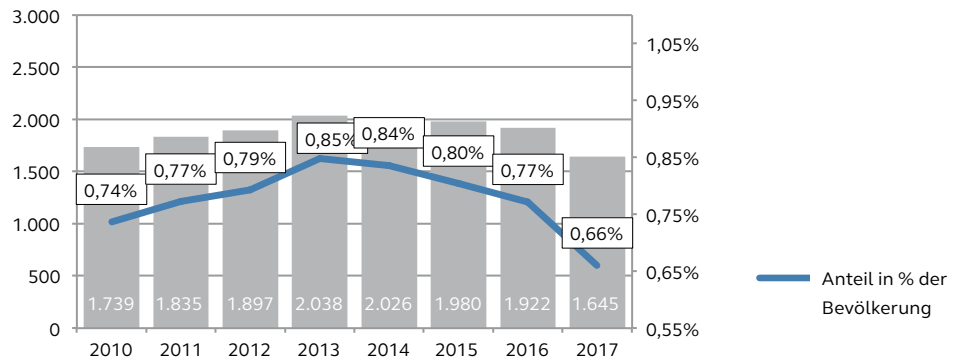
Menschen mit Leistungen der Hilfe zur Pflege

Bedarfsdeckung:
Hilfe zur Pflege
als Leistung der
Sozialhilfe

Viele Menschen sind auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII angewiesen, weil die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung Höchstgrenzen je nach Pflegegrad aufweisen und das eigene Einkommen zur Finanzierung der notwendigen Pflegeleistungen nicht mehr ausreicht. Die Leistungen der Hilfe zur Pflege decken ab Pflegegrad 2 den gesamten Bedarf ab und haben eine ganzheitliche Hilfe im Blick. Das Bedarfsdeckungsprinzip kommt zum Tragen, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung zur ambulanten oder stationären Versorgung nicht ausreichen und eigenes Einkommen und Vermögen nicht vorhanden sind. Insgesamt entsprechen die Leistungen nach Art und Umfang grundsätzlich denen der gesetzlichen Pflegeversicherung nach dem SGB XI. Seit Jahresbeginn 2017 ist auch nach dem SGB XII eine Kostendeckelung für Menschen mit dem Pflegegrad 1 vorgesehen. Eine vollständige Kostenübernahme aller pflege-relevanten Leistungen ist erst ab Pflegegrad 2 möglich.

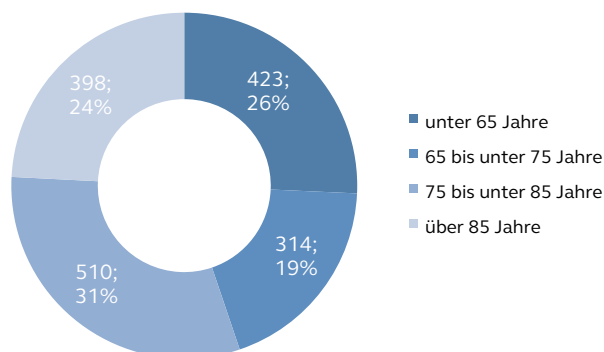
Die Zahl der Menschen, die auf Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen sind, sinkt im Jahr 2017 gegenüber dem Vorjahr deutlich um 14,4 Prozent auf 1.645 Menschen. Auch der Anteil an der Bevölkerung ist seit drei Jahren leicht rückläufig (Abb. 36). Diese Entwicklung ist im Zusammenhang mit den Neuregelungen durch das Pflegestärkungsgesetz zu sehen. Ähnlich der Entwicklung in der Pflegeversicherung beträgt der Anteil von pflegebedürftigen Frauen etwa zwei Drittel aller Pflegebedürftigen.

Abbildung 36: Hilfe zur Pflege nach Kapitel 7 SGB XII (jeweils zum 31.12. des Jahres)



423 Personen und somit 26 Prozent aller Pflegebedürftigen sind zwischen 18 und 65 Jahre. Mit 31 Prozent sind die meisten Menschen im Alter von 75 bis unter 85 Jahre pflegebedürftig. Bei den über 85-Jährigen beträgt der Anteil 24 Prozent (Abb. 37).

Abbildung 37: Menschen mit Pflegebedarf und Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII) nach Altersgruppen zum 31.12.2017



Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und die damit verbundenen neuen Pflegegrade haben finanzielle Auswirkungen auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege. Entgegen den Aussagen des Gesetzgebers, dass es mit dem Pflegestärkungsgesetz Einsparungen auf Seiten des Sozialhilfeträgers geben wird, gibt es auch andere Stimmen. So machen der Deutsche Landkreistag, der Deutsche Städtetag und das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik darauf aufmerksam, dass die finanziellen Folgen noch nicht absehbar sind. Für das Jahr 2017 kann die Landeshauptstadt Kiel als Sozialhilfeträger aufgrund der Überleitungen von Pflegestufen in Pflegegrade tatsächlich eine Einsparung im Zuschussbedarf von ca. 3,4 Mio. € verzeichnen.

Diese Einsparungen sind in den nächsten Jahren voraussichtlich nicht zu erwarten. Durch die Überleitung von Pflegestufen zu Pflegegraden wurden für bestehende Fälle deutlich mehr Leistungen gewährt als in 2016, ohne das zunächst die Bedarfe der Menschen angestiegen sind. Dieser Trend wird sich in 2018 nicht fortsetzen, da die Einstufungen von Neufällen nicht vergleichbar hohe Pflegegrade und damit vergleichbar hohe Leistungen der Pflegeversicherung ergeben wie die Überleitungen. Weiterhin gibt es steigende Kosten bei den stationären Pflegeeinrichtungen aufgrund der sich verändernden Zusammensetzung der Pflegebedürftigen sowie der vorgesehenen verbesserten Personalausstattung. Im ambulanten Bereich ist in 2018 ebenfalls mit steigenden Kosten zu rechnen, da die vorgesehenen Leistungen erweitert wurden und sich inhaltlich weiter verändern werden und damit dem neuen Pflegebedarfsverständnis gerecht werden.

Weiterhin ist aufgrund des demografischen Wandels in den nächsten Jahren mit einer steigenden Zahl von Menschen mit Pflegebedarf zu rechnen. Um für sie den Erhalt der eigenen Häuslichkeit zu realisieren, sind Faktoren wie die wohnortorientierte Infrastruktur, die sozialräumlichen Angebote und vorhandene Pflege- und Unterstützungsangebote in den Fokus zu nehmen. Spezielle Zielgruppen mit Pflegebedarf erfordern spezielle Angebots- und Unterstützungsstrukturen. Zum Beispiel sind für Menschen mit Migrationshintergrund Angebote erforderlich, die kultursensible Pflege berücksichtigen. Menschen ohne festen Wohnsitz, die ambulant nicht versorgt werden können, benötigen geeignete Unterkünfte.

Gesetzliche Veränderungen führen zur Anpassung der Verfahren in der Verwaltung. Die in den Bereichen Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung und Hilfe zur Pflege geforderte Hilfeplanung muss zukünftig noch besser aufeinander abgestimmt werden, weil sich die Leistungen mit den Pflegestärkungsgesetzen stärker überlagern. Die Zahl der Menschen mit einem Migrationshintergrund und einem Pflegebedarf werden zunehmen. Auch die Quartiersentwicklung sollte übergreifend gestaltet werden.

2.5 Kindergesundheit

Während der Kindheit und Jugend entwickeln sich sowohl gesundheitsfördernde als auch gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen. Diese können sich bis in das späte Erwachsenenalter auswirken.

Die gesunde Entwicklung eines Kindes zu gewährleisten, ist vorrangig die Aufgabe der Eltern. Laut der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS), schätzen 95,7 Prozent der Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder und Jugendlichen als gut oder sehr gut ein.³⁰ Die Ergebnisse der Studie verweisen aber auch auf den Einfluss der materiellen und sozialen Lage der Kinder bzw. ihrer Eltern. Sie beeinflusst in besonderem Maße die Chance der Kinder, gesund aufzuwachsen und auch in späteren Jahren eine gute Gesundheit zu erhalten. Deshalb müssen auch andere Bezugspersonen des Kindes in der Gesundheitsfürsorge aktiv werden. Im Sinne der Chancengleichheit geht es darum, Familien mit Unterstützungsbedarf den Anschluss an das Gesundheitssystem zu ermöglichen.

Die Betrachtung der gesundheitlichen Lage von Kindern in Kiel beruht zum einen auf den Daten des Zahnärztlichen Dienstes über die regelmäßig durchgeführte zahnärztliche Reihenuntersuchung von Erstklässlerinnen und Erstklässlern in Kiel. Zum anderen werden die Daten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes aus den jährlichen Schuleingangsuntersuchungen herangezogen.

2.5.1 Zahngesundheit bei Kindern

Zahnerkrankungen können weitreichende Folgen haben

Beeinträchtigungen der Mundgesundheit, insbesondere der Zähne, können Folgeerkrankungen bis hin zu Entwicklungshemmnissen verursachen. So kann beispielsweise die Vermeidung der Nahrungsaufnahme auf Grund von Zahnschmerzen Mangelzustände hervorrufen. Ängste, durch Sprechen und Lachen ein schadhaftes Gebiss zu zeigen, können zum sozialen Rückzug führen. Auch das Sprechen lernen wird durch fehlende Zähne erschwert.

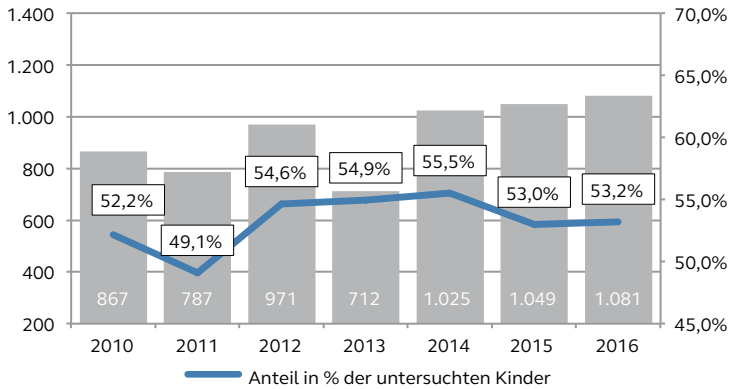
Eine zentrale Rolle spielt dabei die Diagnose Karies (Zahnfäule). Um hier erfolgreich im Bereich der Vorbeugung wirken zu können, erhalten Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche eine immer stärkere Bedeutung, die über die unterstützende Erziehung durch Eltern hinausgeht. Da Kinder und Jugendliche immer mehr Zeit in Kindertageseinrichtungen und Schulen verbringen, sollte die Zahnpflege auch hier unterstützt werden.

In Kindertageseinrichtungen und Schulen werden regelmäßig zahnärztliche Untersuchungen der Kinder bis zum zwölften Lebensjahr durchgeführt. Die in diesem Zusammenhang erhobenen und dargestellten Daten beziehen sich auf den Schulstandort und nicht auf den Wohnort des Kindes sowie jeweils auf das gesamte Schuljahr. Die Befunde zeigen, dass über die Hälfte aller untersuchten Erstklässlerinnen und Erstklässler in Kiel ein naturgesundes Gebiss aufweisen. Im Schuljahr 2016/2017 weisen 53,2 Prozent der

³⁰ Poethko-Müller C. et al. (2018): Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1): 8–15.

untersuchten Schülerinnen und Schüler ein naturgesundes Gebiss auf (Abb. 38). Dieser Anteil stagniert in den letzten beiden Untersuchungs Jahren; gleichzeitig sinkt er gegenüber den Jahren 2012 bis 2014 (durchschnittlicher Anteil 55,1 Prozent).

Abbildung 38: Entwicklung des Anteils der untersuchten Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesunden Zähnen

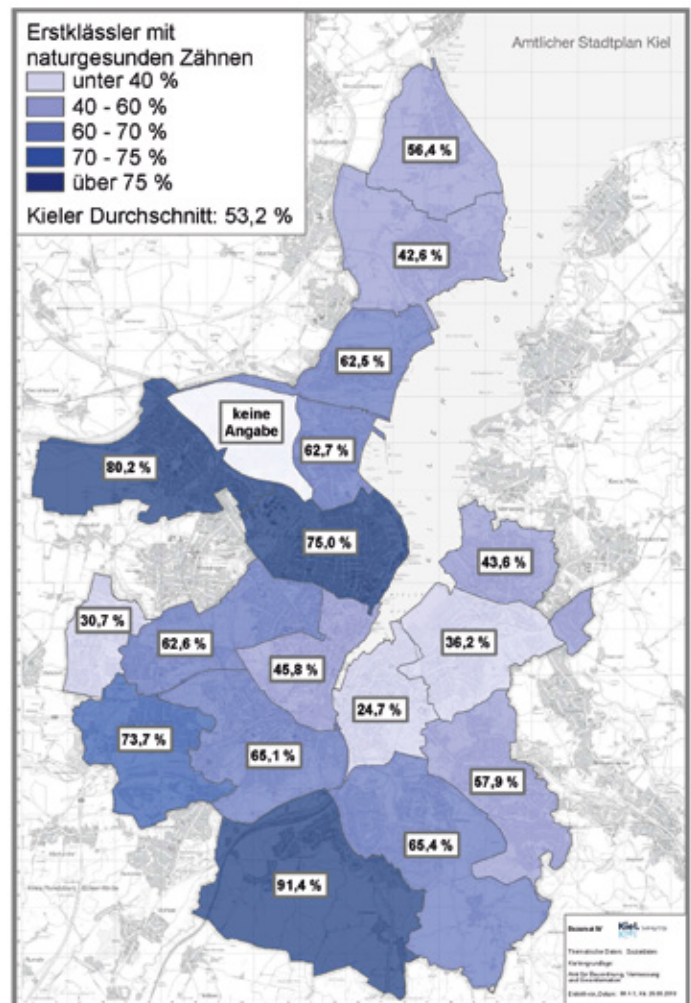


Es lohnt sich, dabei einen Blick auf die Ergebnisse der Untersuchungen in den verschiedenen Ortsteilen zu werfen (Karte 13). Hier treten deutliche Unterschiede zu Tage.

Karte 13: Anteil der untersuchten Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesunden Zähnen nach Ortsteilen (Schuljahr 2016/2017)

Am höchsten ist der Anteil der untersuchten Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesunden Zähnen in Meimersdorf/Moorsee mit 91,4 Prozent, gefolgt von Suchsdorf mit 80,2 Prozent und Ravensberg/Brunswik/Düsternbrook mit 75,0 Prozent.

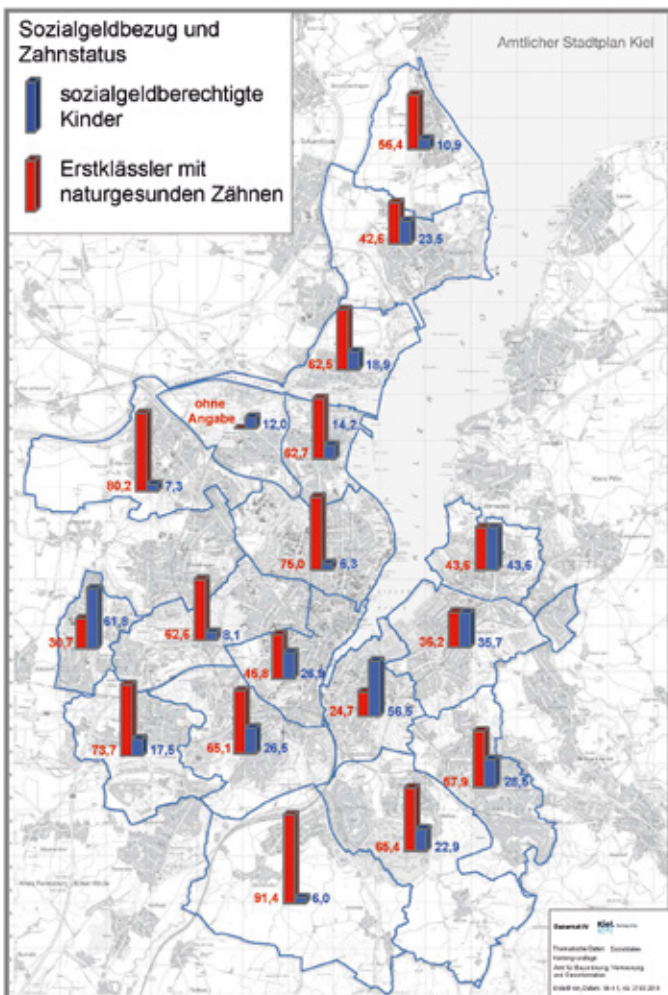
Die niedrigsten Werte von naturgesunden Zähnen der untersuchten Kinder gibt es in Gaarden mit 24,7 Prozent und Mettenhof mit 30,7 Prozent, gefolgt von Ellerbek/Wellingdorf mit 36,2 Prozent.



Dies zeigt deutlich, dass das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Jahr 2020 angestrebte Ziel der Kariesfreiheit bei 80 Prozent der Kinder mit einem Milchgebiss in einzelnen Ortsteilen realisiert ist. Gleichzeitig jedoch ist die Quote der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesunden Zähnen in mehreren Ortsteilen teilweise auf einem sehr niedrigen Niveau. Die Verbesserung der Mundgesundheit ist daher weiterhin ein wichtiges Ziel, das intensiv verfolgt wird.

Einkommen und Karies: Verursacht wenig Geld schlechte Zähne?

Karte 14 zeigt einen Zusammenhang der Anteile der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesunden Zähnen (als Indikator für Kariesfreiheit) mit der Sozialgeldleistungsdichte (als Indikator für Kinderarmut) (vgl. Karte 10 des Sozialberichts 2017). Der Bezug von Sozialgeld und somit ein niedriges Einkommen könnte ein Risikofaktor sein, an Karies zu erkranken. Das Einkommen ist aber nur eine von mehreren Einflussgrößen, die zusammen eine Veränderung der Gesundheit bewirken können. Faktoren wie Bildung, die Familien- und Lebensform oder die Arbeits- und Wohnsituation spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Es ist daher wichtig die Gesamtsituation zu verbessern, da eine Erhöhung des Einkommens alleine nicht automatisch zu einer Verbesserung der Gesundheit führt.



Karte 14: Anteil der Sozialgeldberechtigten Kinder und der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesunden Zähnen nach Ortsteilen (2016)

Die Karte 14 zeigt, dass dort, wo am meisten Kinder Sozialgeld beziehen, die Zähne der Kinder am »schlechtesten« sind. Die niedrigsten Werte des Anteils der untersuchten Kinder mit naturgesunden Zähnen sind in Mettenhof mit 30,7 Prozent und in Gaarden mit 24,7 Prozent vorzufinden – genau dort, wo der Anteil der Kinder mit Sozialgeldbezug am höchsten ist, nämlich 61,8 Prozent in Mettenhof und 56,5 Prozent in Gaarden.

Dort, wo der Anteil der untersuchten Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesunden Zähnen am höchsten ist, wie in Meimersdorf/Moorsee mit 91,4 Prozent, ist der geringste Anteil von Kindern mit Sozialgeldbezug (6,0 Prozent) zu verzeichnen.

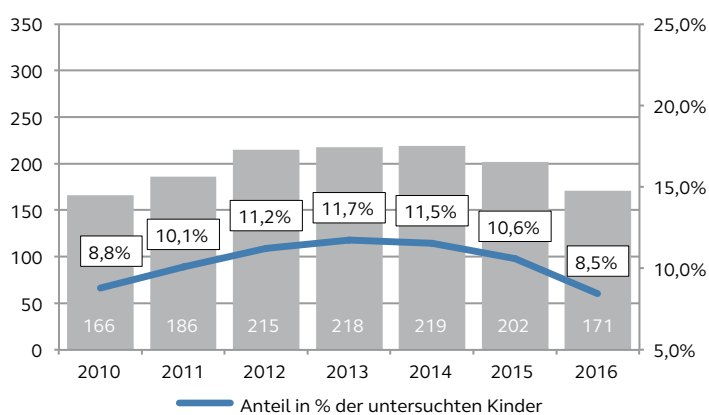
2.5.2 Übergewicht und Adipositas bei Kindern

Nicht nur die individuellen Ernährungsgewohnheiten führen zu Übergewicht. Das Ernährungsverhalten der Eltern, Bewegungsmangel, seelische Probleme, geringes Einkommen und ein niedriger Bildungsstand beeinflussen das Körpergewicht der Kinder ebenfalls. Kinder aus sogenannten benachteiligten Familien, dazu werden auch Eltern mit geringer Bildung gezählt, sind häufiger übergewichtig.

Das Übergewicht wird mit dem sogenannten Body-Mass-Index (BMI) angegeben. Die Formel zur Berechnung des Index berücksichtigt das Verhältnis von Körpergröße zu Körpergewicht. Im Untersuchungszeitraum 2016/2017 (für das Schuljahr 2017/2018) beträgt der Anteil übergewichtiger Kinder³¹ an der Gesamtzahl der im Rahmen der Schuleingangsstuntersuchung untersuchten Kinder 8,5 Prozent (Abb. 39)³². Er sinkt gegenüber dem Vorjahr deutlich. Damit liegt Kiel unter dem landesweiten Durchschnitt von 11 Prozent³³.

Die positive Entwicklung kann durch mehrere Faktoren herbeigeführt worden sein. Zum einen durch eine bessere Aufklärung der Eltern an verschiedenen Stellen, zum Beispiel durch die Elternberatung oder niedergelassene Kinderarztpraxen. Außerdem können das Ernährungsangebot in Kindertageseinrichtungen oder ein verändertes Ernährungsbewusstsein der Eltern in diese Entwicklung mit einfließen.

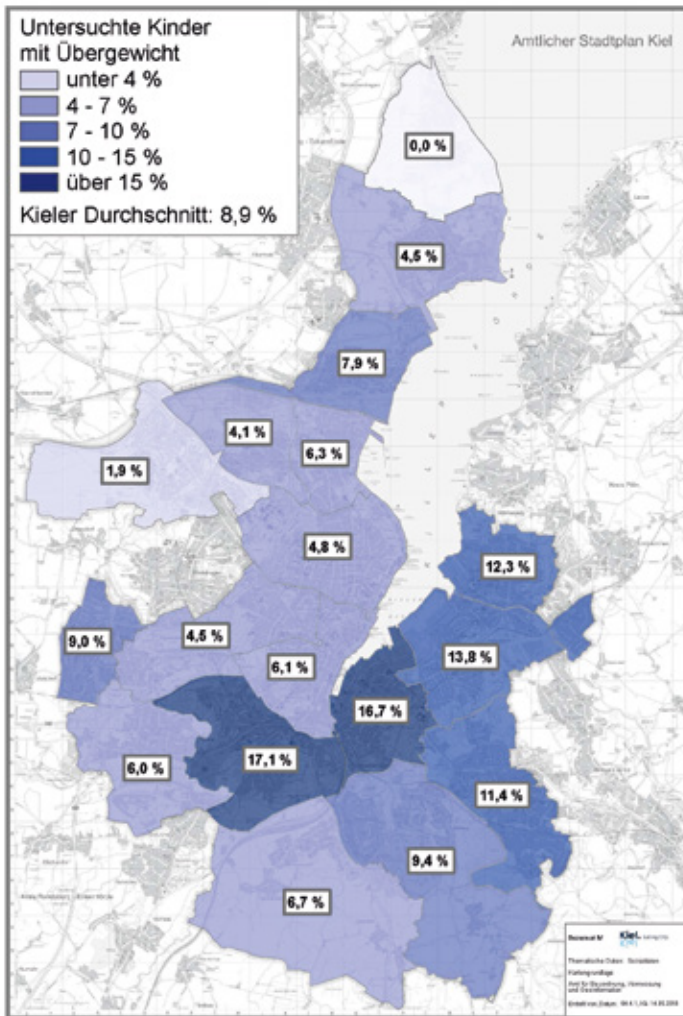
Abbildung 39: Entwicklung des Anteils der Kinder mit Übergewicht an den untersuchten Einzuschulenden



31 Wenn hier von übergewichtigen Kindern gesprochen wird, so sind damit übergewichtige und stark übergewichtige (adipöse) Kinder gemeint.

32 Legt man die Zahl der Kinder zugrunde, bei denen der BMI-Status erhoben werden konnte (2016 waren dies 1.929 von insgesamt 2.023 untersuchten Kindern) so beträgt der Anteil im Kieler Durchschnitt 8,9 Prozent.

33 Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren (Hrsg.) (2016): Bericht über die Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein des Schuljahres 2015/2016, Kiel, S. 10.



Karte 15: Anteil der übergewichtigen Kinder an den insgesamt untersuchten Kindern mit einem festgestellten BMI-Status nach Ortsteilen (für das Schuljahr 2016/2017; vgl. Fußnote 30)

Der höchste Anteil übergewichtiger Kinder findet sich in den Ortsteilen Hassee/Vieburg mit 17,1 Prozent, Gaarden mit 16,7 Prozent und Ellerbek/Wellingdorf mit 13,8 Prozent.

In Schilksee hatte keines der untersuchten Kinder in 2016/2017 Übergewicht. Weiterhin wiesen die Ortsteile Suchsdorf mit 1,9 Prozent, Steenbek/Projensdorf mit 4,1 Prozent und Pries/Friedrichsort sowie Schreven- teich/Hasseldieksdamm mit jeweils 4,5 Prozent die geringsten Anteile an übergewichtigen Kindern auf.

3. Schwerpunktthema: Gesundheit

Oft heißt es: Gesundheit ist das höchste Gut. Unter der gleichnamigen Überschrift stellte die Hannoversche Allgemeine Zeitung fest, dass »... die Deutschen nichts so hoch halten wie die Gesundheit. Zugleich gilt sie als Normalzustand. Erst wenn sie uns verlässt, merken wir, wie kostbar sie ist: als Fundament für Glück und Freiheit«³⁴.

Gesundheit steht im engen Zusammenhang mit Lebensqualität und ist von vielen verschiedenen Faktoren abhängig: Neben einem positiven Gesundheitsverhalten, spielen Umweltbedingungen, Bildung, Lebensstandard sowie soziale Kontakte eine entscheidende Rolle. Die medizinische Versorgung ist ebenfalls wichtig für Krankheitsverläufe und kann zur Verbesserung der Genesungschancen eines Menschen beitragen. Die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten oder zu verbessern sind wesentliche Ziele des aus drei Säulen bestehenden deutschen Gesundheitswesens.

3.1 Das Gesundheitswesen – Überblick

Im Folgenden werden die drei Säulen des Gesundheitswesens beschrieben (Abb. 40). Die erste Säule bildet die ambulante medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten. Die zweite Säule beschreibt die stationäre medizinische Versorgung durch Krankenhäuser. Die ersten beiden Säulen haben somit die Versorgung einzelner Personen im Fokus. Die dritte Säule ist die bevölkerungsmedizinische Versorgung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD).

Der Fokus dieses Sozialberichts liegt auf der Darstellung ausgewählter Arbeitsbereiche des Amtes für Gesundheit der Landeshauptstadt Kiel, als kommunaler Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Abbildung 40: Die drei Säulen des öffentlichen Gesundheitswesens

Ambulante medizinische Versorgung	Stationäre medizinische Versorgung	Öffentlicher Gesundheitsdienst
<ul style="list-style-type: none">– Individuell-medizinische Versorgung– Im Mittelpunkt der beiden Säulen steht die kurative Versorgung des Einzelnen – die Therapie		<ul style="list-style-type: none">– Bevölkerungsmedizinische Versorgung– Der Schwerpunkt des ÖGD liegt auf dem Gebiet von Prävention und Gesundheitsschutz

34 Behrendt, D. (17.03.2017). Das höchste Gut, Hannoversche Allgemeine Zeitung. www.haz.de/Sonntag/Top-Thema/Das-hoechste-Gut.

3.1.1 Ambulante medizinische Versorgung

Unter ambulanter medizinischer Versorgung sind alle medizinischen Behandlungsleistungen zu verstehen, die außerhalb von Krankenhäusern erbracht werden. Die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung hat dabei den größten Anteil. Zu den weiteren Bereichen gehören psychotherapeutische Leistungen und die Heilmittelversorgung (Physiotherapie, Logopädie etc.).

Der Gesetzgeber hat der ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltung, vertreten durch die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung, nach § 72 SGB V die Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung übertragen. Sie ist so auszurichten, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Außerdem legt er die Bedarfsplanungsrichtlinie fest, nach der Praxis-Zulassungen gesteuert und Über- oder Unterversorgungen definiert werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen.

Das Landesgremium nach § 90a SGB V, bestehend aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausesgesellschaft wie auch den kommunalen Spitzenverbänden, kann Stellung zu den Bedarfsplänen nehmen.

Für die Landeshauptstadt Kiel zeigt sich, auch im landesweiten Vergleich, in allen Arztgruppen eine mehr als ausreichende Versorgung (Tab. 1). Dabei ist aber auch die Zentrumsfunktion einer Großstadt mit seinen medizinischen Versorgungsangeboten für die Menschen aus dem Umland bzw. dem näheren Einzugsbereich zu berücksichtigen.

Tabelle 1: Versorgungsgrad in Kiel nach Fachbereich (Stand 2017)

	Arztstellen	Versorgungsgrad in Prozent	Einwohner/in pro Ärztin/Arzt
Hausärztinnen und -ärzte ³⁵	274,25	112,3	908
Augenärztinnen und -ärzte ³⁵	27,00	156,1	9.222
Chirurginnen und Chirurgen ³⁵	24,00	258,0	10.375
Frauenärztinnen und -ärzte ³⁵	42,00	121,4	5.929
Hautärztinnen und -ärzte ³⁵	21,00	188,1	11.857
HNO-Ärztinnen und -ärzte ³⁵	18,00	130,1	13.833
Kinderärztinnen und -ärzte ³⁵	21,00	164,6	11.857
Nervenärztinnen und -ärzte ³⁵	27,80	157,4	8.957
Orthopädinnen und Orthopäden ³⁵	32,00	186,8	7.781
Psychotherapeutinnen und -therapeuten ³⁵	120,90	147,6	2.059
Urologinnen und Urologen ³⁵	16,00	195,4	15.563
Zahnärztinnen und Zahnärzte ³⁶	224,50	116,9	1.104

3.1.2 Stationäre medizinische Versorgung

Ist die Behandlung einer Erkrankung auf ambulantem Wege nicht ausreichend, ist die stationäre Versorgung erforderlich (§ 39 SGB V). Dies bedeutet in der Regel die Aufnahme der Patientin oder des Patienten in einem Krankenhaus oder einer Klinik. Bundesweit versorgen etwa 2.000 Krankenhäuser die deutsche Bevölkerung³⁷. Krankenhäuser und Kliniken können in öffentlicher Hand liegen oder in freigemeinnütziger bzw. auch in privater Trägerschaft sein. Die Krankenhausplanung sowie Zulassungsbefugnis obliegt dabei den jeweiligen Ländern. Gesetzliche Grundlage ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 6 KHG) und landeseigene Krankenhausgesetze. Die Behandlungskosten in zugelassenen Krankenhäusern werden von den Krankenkassen erstattet (§ 108 SGB V).

Der größte Versorger in Kiel ist das vom Land getragene Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Kiel). Im Jahr 2017 stellte das Klinikum 1.123 Planbetten. Das Städtische Krankenhaus Kiel, als zweitgrößter Versorger, bietet 678 Planbetten für die Bevölkerung. Daneben gibt es mehrere kleinere Kliniken, die sich zum Teil auf bestimmte Fachgebiete spezialisiert haben (zum Beispiel ZIP Kiel – Zentrum für Integrative Psychiatrie, Lubinus Clinicum als orthopädische Fachklinik, Schmerzlinik Kiel). Insgesamt stellen im Jahr 2017 zwölf Kieler Kliniken 2.374 Planbetten und 231 Tagesklinikplätze zur Verfügung.

100 % Landeshauptstadt Kiel – Das Städtische Krankenhaus

1864 entstand aus dem Armen- und Arbeitshaus die Städtische Krankenanstalt Kiel. Das stetige Wachstum der Stadt bis zu den beiden Weltkriegen beförderte auch den notwendigen Ausbau des Krankenhauses. Nachdem in den 1980er Jahren eine chirurgische und eine gynäkologische Abteilung eingerichtet werden, ist »das Städtische« endgültig zum Vollkrankenhaus erwachsen. Es ist zu 100 Prozent in der Trägerschaft der Landeshauptstadt Kiel und hat etwa 1.700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Als ein akademisches Lehrkrankenhaus der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel werden pro Jahr 26.000 Menschen stationär und 46.000 Menschen ambulant aus Kiel und dem Umland medizinisch versorgt.

35 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2017): Planungsblätter zum Bedarfsplan für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Stand vom 23.10.2017.

36 Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2017): Versorgungsgradzahlen aus dem Bedarfsplan. Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein. 11/2017, S. 29.

37 Auf stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird an dieser Stelle nicht eingegangen.

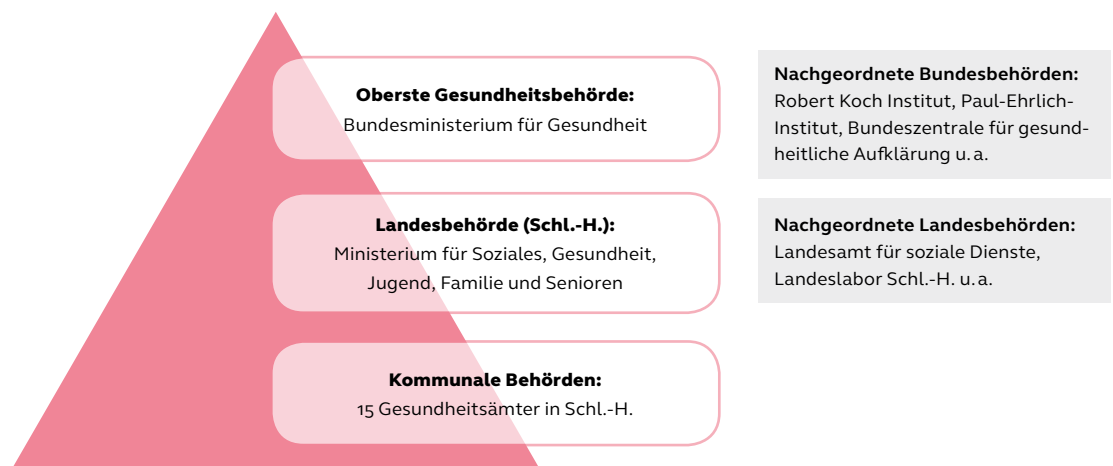
Die Versorgung in den Einrichtungen beschränkt sich nicht nur auf die Kieler Bevölkerung. Auch Personen aus dem schleswig-holsteinischen Umland, aus Deutschland und dem Ausland werden dort versorgt.

3.1.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Neben der ambulanten und der stationären medizinischen Versorgung bildet der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) die dritte Säule des deutschen Gesundheitswesens und nimmt dabei vor allem öffentlich-rechtliche Aufgaben wahr. Schwerpunktaufgaben sind der Bevölkerungsschutz und die Gefahrenabwehr vor Infektionskrankheiten, Beseitigung von sozialer Benachteiligung im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung und die Sachverständigentätigkeiten wie beispielsweise amtsärztliche Untersuchungen und Begutachtungen.

Ziele dieser dritten Säule sind die Förderung gesunder Lebensverhältnisse und gesundheitlicher Chancengleichheit für alle. Um diese Ziele zu erreichen, gibt es zahlreiche Einrichtungen, die auf Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen angesiedelt sind und unter dem Begriff des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland zusammengefasst werden (Abb. 41).

Abbildung 41: Der öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland

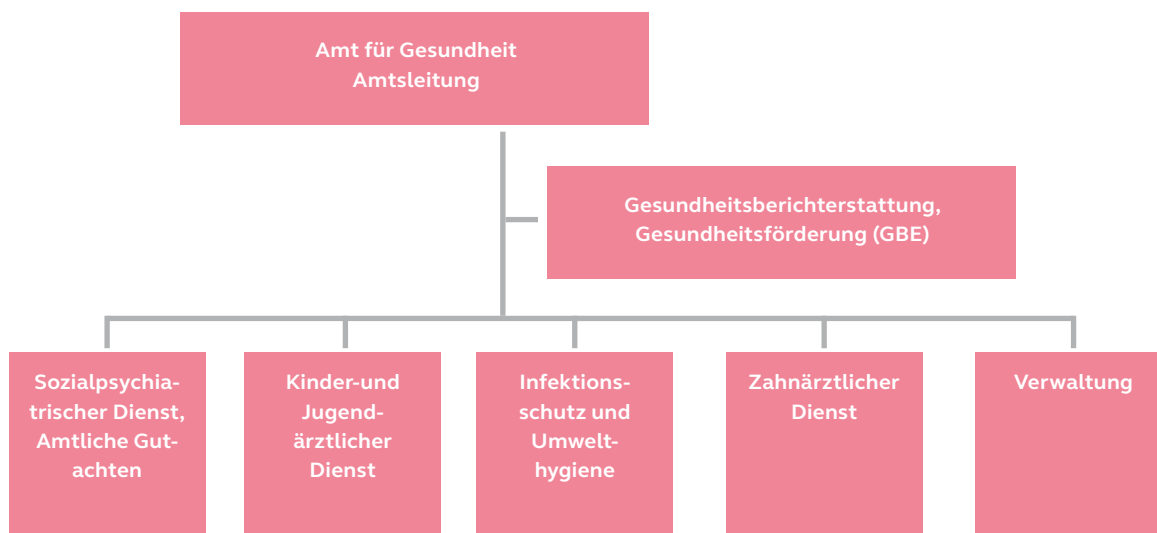


Auf Bundesebene bekannte Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind unter anderem das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie Bundesinstitute wie das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) als Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel. Außerdem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die sich der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitsförderung widmet, und das Robert Koch Institut (RKI) als zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -präventionsforschung. Auf Länderebene sind die obersten Gesundheitsbehörden oder auch Landesministerien zuständig für das öffentliche Gesundheitswesen.

In Schleswig-Holstein ist es das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren. Basierend auf dem Gesundheitsdienst-Gesetz des Landes Schleswig-Holstein (GDG) sind Kreise und kreisfreie Städte Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Diese untergeordneten Gesundheitsbehörden sind auch als Gesundheitsdienste, Fachdienste Gesundheit oder Gesundheitsämter bekannt.

Insgesamt gibt es in Deutschland mehr als 400 Gesundheitsämter, in denen multiprofessionelle Teams unter anderem aus Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und -ärzten, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftlern, Verwaltungsangestellten, Fachkräften für Hygieneschutz arbeiten, um die Kernziele des Gesundheitsschutzes und der Förderung der Gesundheit aller Bürgerinnen und Bürger zu erreichen. Bei der Landeshauptstadt Kiel nimmt das Amt für Gesundheit diese Aufgaben mit seinen jeweiligen Abteilungen wahr (Abb. 42).

Abbildung 42: Organigramm des Amtes für Gesundheit der Landeshauptstadt Kiel



Im Einzelnen sind diese Abteilungen für eine Vielzahl von Aufgaben verantwortlich: Die Abteilung »Sozialpsychiatrischer Dienst und Amtliche Gutachten« bietet zum Beispiel Beratungen bei psychischen Problemen und ist zuständig für amtsärztliche Begutachtungen auf Dienst- oder Reisefähigkeit. Auch Kriseninterventionen und die zweite Leichenschau gehören zum Aufgabengebiet. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst berät Familien mit Kindern und ist für Schuleingangsuntersuchungen und die Erstellung von Gutachten zur Interdisziplinären Frühförderung und Eingliederungshilfe zuständig. Die Aufgaben des Infektionsschutzes und der Umwelthygiene sind zum Beispiel die Überwachung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen, die Untersuchung der Trink- und Badewasserqualität sowie Beratung zur sexuellen Gesundheit. Der Zahnärztliche Dienst führt Zahnreihenuntersuchungen und Prophylaxe-Maßnahmen in Schulen und Kindertagesstätten durch und erstellt Gutachten bei Zahnersatz. Die Verwaltung kümmert sich um die Überwachung der Heilberufe-Ausübung.

Darüber hinaus gehören die Durchführung bzw. Koordination von Projekten und Aktionen auf lokaler Ebene dazu. Ein bekanntes Beispiel ist das Willkommensbuch für Eltern neugeborener Kinder in Kiel (vgl. Seite 62 f.). Auch die Netzwerkarbeit auf kommunaler sowie Landes- und Bundesebene (zum Beispiel die Durchführung von Gesundheitskonferenzen und die Teilnahme am »Gesunde Städte-Netzwerk«) gehört dazu.

Kennen Sie das Amt für Gesundheit?

Im Rahmen einer nicht repräsentativen Befragung des Amtes für Gesundheit im Januar 2018 wurden 30 Kielerinnen und Kieler in der Fußgängerzone befragt, ob ihnen das Amt für Gesundheit ein Begriff sei und wenn ja, welche Erfahrungen sie gemacht haben. Erfreulicherweise hat eine Mehrheit der Befragten angegeben, das Amt für Gesundheit zu kennen. Seine Dienste hätten knapp die Hälfte der Befragten bislang schon einmal in Anspruch genommen, zum Beispiel bei amtsärztlichen Untersuchungen oder Belehrungen nach dem Infektionsschutzgesetz. Aber auch Beratungsdienste für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern und die Aids- und Sexualberatung wurden von Befragten aufgesucht. Mehrheitlich wurde angegeben, dass die Erfahrungen beim Besuch des Amtes für Gesundheit positiv waren und die Beratung als professionell und freundlich empfunden wurde.

3.2 Der Öffentliche Gesundheitsdienst in der Landeshauptstadt Kiel

3.2.1 Infektionsschutz und Ausbruchmanagement

Infektionskrankheiten, die für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung oder aber für einzelne Bevölkerungsgruppen wie zum Beispiel Kinder und Jugendliche bedeutsam sind, unterliegen der Kontrolle durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Gegenwärtig sind je nach Situation³⁸ zwischen 24 und 30 Infektionen und über 60 verschiedene Erregernachweise nach dem Infektionsschutzgesetz gegenüber der Gesundheitsbehörde meldepflichtig. Dazu gehören zum Beispiel Hepatitis-Erkrankungen, Noro- oder Rotavirusinfektionen, Röteln, und Tuberkulose. Eine Übersicht der meldepflichtigen Krankheitsfälle nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) kann auf kiel.de oder beim Robert-Koch-Institut eingesehen werden. Zusätzlich müssen Ausbrüche bestimmter Erkrankungen mitgeteilt werden. Dies trifft unter anderem auf Influenza oder Masern zu. Die örtliche Zuordnung eines Meldefalls erfolgt nach dem Wohnort der Erkrankten, nicht nach dem Meldeort.

Zur Darstellung der Entwicklung der Meldefälle werden die Daten nach Maßgabe der Referenzdefinition des Robert Koch Instituts³⁹ verwendet. Mit der Referenzdefinition legt das Robert-Koch-Institut (RKI) fest, welche Fälle einer Erkrankung (von A= klinisch diagnostizierte Erkrankung bis E= Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild) gemeldet werden müssen⁴⁰. Abweichend vom Robert Koch Institut werden für die Neuerkrankungsrate (Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner/innen) die zeitnah vorliegenden Daten der eigenen Bevölkerungsstatistik im Jahresdurchschnitt verwendet. Hieraus ergeben sich geringfügige Abweichungen.

³⁸ Es gibt unterschiedliche Meldepflichten für Ärzte in Klinik und Praxis, für Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen etc.

³⁹ Quelle: Robert Koch Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 21.12.2017.

⁴⁰ Für weitere Informationen zur Referenzdefinition der Meldekrankheiten: www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html.

Im Jahr 2016 werden entsprechend der Referenzdefinition 1.449 Fälle an das Robert Koch Institut gemeldet, dies entspricht 588,4 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 Kielerinnen und Kieler (Abb. 43). Zum Vergleich: Im Land Schleswig-Holstein lag die Neuerkrankungsrate im Jahr 2016 bei 325,7 und bundesweit bei 409,8 (Tab. 1).

Abbildung 43: Entwicklung der nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtigen Krankheitsfälle und Erregernachweise (Jahressummen nach der Referenzdefinition)

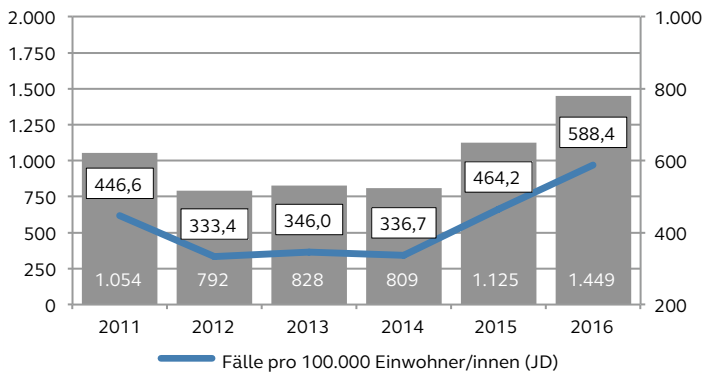


Tabelle 1: Meldepflichtige Krankheitsfälle und Erregernachweise pro 100.000 Einwohner/innen (Neuerkrankungsrate) – Entwicklungen auf Landes- und Bundesebene zum Vergleich

Meldejahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Schleswig-Holstein	415,4	287,2	308,6	279,1	319,5	325,7
Deutschland	441,4	363,7	433,5	345,4	433,2	409,8

Bei der Betrachtung der Gesamtentwicklung sind diverse Faktoren zu berücksichtigen. Schwankungen der Fallzahlen können auf Veränderungen des Meldewesens für bestimmte Erkrankungen zurückzuführen sein. Beispielsweise wird 2013 eine Meldepflicht für Keuchhusten, Röteln und Windpocken neu eingeführt. Schwankungen können auch auf einzelne Krankheitsausbrüche zurückzuführen sein. Im Jahr 2016 ist zum Beispiel ein Drittel der Meldungen auf eine Grippewelle zurückzuführen. Je nach Art der Infektionen ist die Dunkelziffer der nicht gemeldeten Erkrankungen unterschiedlich hoch. So vermutet man, dass bei bakteriellen Darminfektionen auf einen gemeldeten Fall zehn ungemeldete Fälle kommen.

Erkrankungen wie Tuberkulose und HIV-Infektionen werden aufgrund der langwierigen Behandlung und der obligaten Laboruntersuchungen recht genau erfasst und daher nachstehend genauer dargestellt.

Tuberkulose-Neuerkrankungen

Im Jahr 2016 werden in Deutschland insgesamt 5.915 Tuberkulosen registriert, was einer Inzidenz von 7,23 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner/innen entspricht⁴¹. Damit bleibt die Zahl gegenüber dem Vorjahr (5.841 Fälle, Neuerkrankungsrate 7,11) annähernd unverändert. In Schleswig-Holstein ist in den vergangenen Jahren eine Steigerung der Fälle zu verzeichnen (2011: 79 Fälle zu 2016: 141 Fälle) und somit der Neuerkrankungsrate (2011: 2,78 zu 2016: 4,93; Tab. 2).

Tabelle 2: Tuberkulose-Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner/innen (Neuerkrankungsrate) – Entwicklungen auf Landes- und Bundesebene zum Vergleich

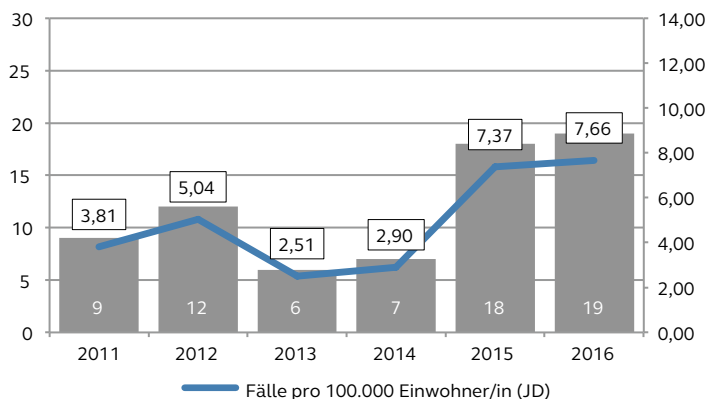
Meldejahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Schleswig-Holstein	2,78	2,96	3,09	3,04	4,23	4,93
Deutschland	5,27	5,23	5,37	5,57	7,11	7,23

Die Analyse nach Staatsangehörigkeit ergibt deutliche Unterschiede im Erkrankungsrisiko: So beträgt die Zahl der Neuerkrankungen bei ausländischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern 42,6 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern und ist damit 19-mal so hoch wie in der deutschen Bevölkerung (Neuinfektionsrate 2,2). Diese Diskrepanz verstärkt sich weiter gegenüber dem Vorjahr (Faktor 16,6). Die erkrankten ausländischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürger weisen im Vergleich zu deutschen Patientinnen und Patienten – wie schon in den vergangenen Jahren – eine wesentlich jüngere Altersstruktur auf (Altersmedian 28 vs. 58 Jahre). Die Analyse der Neuerkrankungen nach dem Geburtsland zeigt, dass der Anteil der im Ausland geborenen Patientinnen und Patienten in den vergangenen Jahren kontinuierlich steigt und im Jahr 2016 rund drei Viertel (74,3 Prozent) aller registrierten Fälle ausmacht.

Dieser Trend lässt sich auch in Kiel erkennen. Die Zahl aller in Kiel gemeldeten Tuberkulose-Fälle steigt im Jahr 2015 (18 Fälle) um 157,1 Prozent im Vergleich zu 2014 (7 Fälle). 2016 ist nur ein geringer Anstieg auf 19 Fälle festzustellen. Die Neuerkrankungsrate liegt bei 7,66 (Abb. 44). Bei der ausländischen Bevölkerung ist ein Anstieg um 157 Prozent von 7 Fällen in 2015 auf 18 Fälle in 2016 zu verzeichnen.

⁴¹ Robert Koch Institut: Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2016, Berlin 2017.

Abbildung 44: Entwicklung der nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtigen Tuberkulosefälle in Kiel (Jahressumme nach Referenzdefinition)



HIV-Neuerkrankungen

Im Jahr 2016 haben sich nach Angaben des Robert Koch Instituts bundesweit etwa 3.100 Menschen mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) infiziert. Die Zahl der Neuinfektionen bleibt damit gegenüber 2015 konstant. Die Neuerkrankungsrate der letzten Jahre in Schleswig-Holstein zeigt hingegen eine rückläufige Entwicklung (Tabelle 3).

Tabelle 3: HIV-Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner/innen (Neuerkrankungsrate) – Entwicklungen auf Landes- und Bundesebene zum Vergleich

Meldejahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Schleswig-Holstein	3,03	3,21	2,73	2,93	2,10	2,06
Deutschland	3,25	3,67	4,00	4,31	4,50	4,18

Bei der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, ist die Zahl der geschätzten Neuinfektionen in den vergangenen Jahren bundesweit von 2.500 im Jahr 2013 auf 2.100 im Jahr 2016 zurückgegangen. Bei Heterosexuellen allerdings steigen die Neu-Infektionszahlen seit 2010 an und haben sich bis 2016 fast verdoppelt auf etwa 750. Rund 460 Menschen starben 2016 mit oder an HIV. Insgesamt leben Ende 2016 in Deutschland etwa 88.400 Menschen mit HIV⁴². Geschätzte 12.700 von ihnen wissen nicht, dass sie infiziert sind.

Die Routineüberwachung liefert nur begrenzt Daten zur HIV-Epidemie, da die HIV-Diagnose oft erst Jahre nach der HIV-Infektion erfolgt. Je länger der Infektionszeitpunkt zurückliegt, desto höher ist der Anteil der bereits diagnostizierten Infektionen. Auf der Basis von Rückrechnungen der letzten Jahre ergibt sich auf Bundes- und Bundeslandebene eine Schätzung der Anzahl der noch nicht diagnostizierten HIV-Fälle. Diese werden bei der Neuerkrankungsrate miteingerechnet. Auf kommunaler Ebene erfolgt dies nicht, so dass sich Tendenzen auf kommunaler Ebene zum einen anhand der geringen Fallzahlen und zum anderen auf Grund verzögerter Diagnosestellungen schwer ableiten lassen. Hinzu kommt, dass eine Angabe der absoluten Zahlen nicht exakt bis auf Kreisebene möglich ist, da die anonymen Meldungen einer HIV-Neuinfektion an das Robert-Koch-Institut nur die ersten drei Ziffern der Postleitzahl enthält.

⁴² Robert Koch Institut: Epidemiologisches Bulletin Nr. 47, Berlin 2017.

Die Beratungsstelle für sexuelle Gesundheit im Amt für Gesundheit setzt ein breites Präventionsangebot zu sexuell übertragbaren Krankheiten um. Alle Bürgerinnen und Bürger können sich auf sexuell übertragbare Erkrankungen im Amt im Rahmen einer Sprechstunde beraten und testen lassen. Auch an vielen Anlässen (Christopher-Street-Day, Welt-Aids-Tag, Jugendfilmtage, europäische HIV/Hepatitis-Testwoche etc.) wird die Bevölkerung informiert und auch beraten. Zusätzlich werden Prostituierte kostenlos im Amt beraten und ärztlich untersucht. Die aufsuchende Arbeit mit Beratungen und Verteilung von Informationsmaterial ergänzt dieses Angebot für die Frauen, wenn sie nicht aktiv die Beratungsstelle aufsuchen wollen oder können.

3.2.2 Hygiene

Hygiene als Instrument der bewussten Vermeidung von Krankheiten ist von entscheidender Bedeutung für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Umfangreiche Gesetze wie das Infektionsschutzgesetz (IfSG) und Regelwerke (DIN Normen, technische Regeln, Verordnungen wie zum Beispiel die Medizinprodukteverordnung) legen die hierfür erforderlichen Maßnahmen fest. Die Überwachung ihrer Umsetzung ist eine zentrale Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes und spielt insbesondere in Zeiten der Arbeitsverdichtung durch den Pflegekraftmangel und durch bestehende Baumängel eine zunehmende Rolle. Häufig ist nur die Gesundheitsbehörde juristisch in der Lage, gegebenenfalls auch unter Zwangsandrohung notwendige Maßnahmen zur Einhaltung der Hygiene einzufordern und durchzusetzen.

Allgemeiner Hygieneschutz

Basierend auf der Landesgesetzgebung werden in einem standardisierten Verfahren Untersuchungsarten und -häufigkeiten festgelegt und in Kiel seit 2014 digital auswertbar dokumentiert. Dabei wird je nach Infektionsrisiko festgelegt, wie oft eine Einrichtung kontrolliert wird. So werden der Hygieneschutz in Kliniken einmal jährlich und in Kindertageseinrichtungen alle fünf Jahre nach einem 10-Punkte Katalog abgeprüft. Beispielsweise werden die Räume (räumlich-funktionelle Anforderungen) bezüglich ihrer Sauberkeit oder gegebenenfalls ihrer Ausstattung mit Desinfektionsmittelpendern geprüft. Die erforderliche Lagerung von Spritzen, Kathetern etc. (Umgang mit Medizinprodukten/Pflegehilfsmitteln) oder die notwendige Kühlung von Medikamenten werden kontrolliert.

Das Spektrum der zu überwachenden Einrichtungen reicht von der Sandkiste eines Spielplatzes im öffentlichen Raum bis hin zur Intensivstation einer Klinik. So sind in Kiel im Jahr 2016 unter anderem 53 Klinikeinheiten und 30 stationäre Einrichtungen zur Betreuung und Pflege älterer Menschen zu überwachen. Die nachstehenden Tabellen geben für diese Einrichtungen einen Überblick über die Anzahl der Begehungen (Tab. 4 und Tab. 5) und die häufigsten Mängel (Tab. 6 und Tab. 7). Dabei bildet sich bei den Begehungen der Kliniken deutlich ab, dass vorhandene bauliche Mängel (räumlich-funktionelle Anforderungen) am häufigsten festgestellt werden (Tab. 6). Dies können beispielsweise zu kleine oder für hygienische Arbeitsabläufe ungünstig geschnittene Räume oder auch eine alte für Schimmelpilz anfällige Bausubstanz sein. Aber auch bei Reinigung und Desinfektion ist noch ein hoher Anteil an Mängeln festzustellen. Gründe für die Mängel können Personal-mangel und daraus resultierender Zeitmangel sein.

Tabelle 4: Entwicklung der Anzahl der zu überwachenden Klinikeinheiten und der Zahl der Begehungen

Jahr	Einrichtungen	Anzahl Begehungen	Begehungen mit Mängeln	
			absolut	Anteil in %
2014	53	67	52	77,6
2015	53	87	62	71,3
2016	53	60	48	80,0

Tabelle 5: Entwicklung der Anzahl der zu überwachenden stationären Einrichtungen zur Betreuung und Pflege älterer Menschen und der Zahl der Begehungen

Jahr	Einrichtungen	Anzahl Begehungen	Begehungen mit Mängeln	
			absolut	Anteil in %
2014	31	67	54	80,6
2015	31	74	52	70,3
2016	30	71	54	76,1

Tabelle 6: Die fünf im Jahr 2016 am häufigsten festgestellten Mängel in Klinikeinheiten

Anzahl (Prozent der Begehungen)	Beschreibung der Mängel
41 (68 %)	Räumlich-funktionelle Anforderungen
35 (58 %)	Umgang mit Medizinprodukten/Pflegehilfsmitteln
29 (48 %)	Allgemeine Hygiene
25 (42 %)	Umgang mit Medikamenten
24 (40 %)	Reinigung und Desinfektion

Tabelle 7: Die fünf im Jahr 2016 am häufigsten festgestellten Mängel in stationären Einrichtungen zur Betreuung und Pflege älterer Menschen

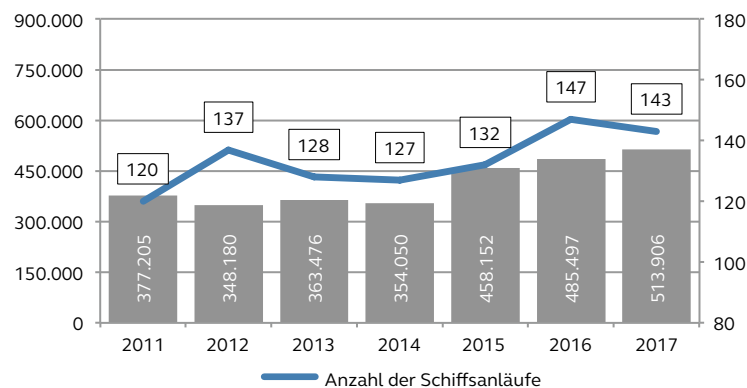
Anzahl (Prozent der Begehungen)	Beschreibung der Mängel
34 (48 %)	Reinigung und Desinfektion
29 (41 %)	Räumlich-funktionelle Anforderungen
28 (39 %)	Umgang mit Medizinprodukten/Pflegehilfsmitteln
27 (38 %)	Personalhygiene
24 (34 %)	Wäschehygiene

Schiffshygiene

Gute Hygiene an Bord ist auch heutzutage genauso wichtig wie in früheren Jahrhunderten. Der Ausbruch ansteckender Krankheiten gefährdet nicht nur die Schiffsbesatzung, sondern kann auch Auswirkungen auf die Schiffssicherheit haben. Nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) müssen Schiffe alle sechs Monate auf die Einhaltung der Schiffshygiene kontrolliert werden. Zweck ist es, die Verbreitung ansteckender Krankheiten an Land zu verhindern. In Deutschland sind die Hafenärztlichen Dienste der Länder unter anderem für die Durchführung der Schiffshygiene-Überprüfungen und für den Infektionsschutz verantwortlich. Zur Koordinierung ihrer Arbeit haben sich die Hafenärztlichen Dienste der Küstenländer im Arbeitskreis der Küstenländer für Schiffshygiene zusammengetan.

Kiel ist ein beliebter Anlaufpunkt für Fähr- und Kreuzfahrtschiffe. Das Passagieraufkommen im Kieler Hafen beträgt 2017 insgesamt über 2,1 Mio. Menschen, davon allein 1,6 Mio. Passagiere im Fährschiffverkehr (75 Prozent). Eine zunehmende Bedeutung erlangt die Kreuzfahrtschiffahrt. Im Jahr 2017 laufen insgesamt 143 Kreuzfahrtschiffe mit einem Passagieraufkommen von über 510.000 Menschen den Kieler Hafen an (Abb. 45).

Abbildung 45: Entwicklung des Kreuzfahrtpassagieraufkommens (Jahressumme)



Seit 2013 ist der Kieler Hafen einer von fünf deutschen Häfen, der gegenüber der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als möglicher Anlaufhafen für Schiffe mit einer Gefahr durch Infektionskrankheiten benannt ist. Das bedeutet eine besondere personelle und apparative Ausstattung für den Hafenärztlichen Dienst. Dazu gehören zum Beispiel eine ständige Rufbereitschaft der Hafenhgienekontrollure und der Ärzte im Infektionsschutz, um eventuelle Gefahrensituationen jederzeit bearbeiten zu können.

3.2.3 Impfschutz

Babys erhalten bereits im Mutterleib einen ersten Schutz vor den Krankheiten, die die Mutter selbst einmal durchgemacht hat: den sogenannten Nestschutz. Dieser Schutz hält jedoch nur wenige Monate an. Um die Kinder dauerhaft vor schwerwiegenden Erkrankungen wie Pertussis (Keuchhusten), Diphtherie (Infektion der oberen Atemwege), Tetanus (Wundstarkrampf), Polio (Kinderlähmung), Masern, Mumps, Röteln und Windpocken sowie speziellen Formen der Hirnhautentzündung, Lungenentzündung, Leberentzündung oder Darminfektion zu schützen, werden sie nach einem festgelegten Schema geimpft.

Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut gibt dazu regelmäßig Empfehlungen heraus, die einen maximal möglichen Impfschutz gewährleisten.

Je mehr Menschen geimpft sind, desto schwerer haben es Viren oder Bakterien, sich auszubreiten. Dadurch werden auch die Menschen geschützt, die aus verschiedenen Gründen nicht geimpft werden können, die zum Beispiel zu jung sind oder eine schwerwiegende Grunderkrankung haben. Impfungen werden in den allermeisten Fällen gut vertragen und führen zu einem lebenslangen oder mehrjährigen Schutz. Je früher die ersten Impfungen gegeben werden, desto größer ist der vorbeugende Effekt.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden die Eltern gebeten, den Impfausweis der Kinder, in dem die bereits erfolgten Impfungen dokumentiert sind, mitzubringen. Für das Schuljahr 2016/2017 konnte der Impfstatus bei 84,5 Prozent der insgesamt 2.023 untersuchten Kinder erhoben werden. Entsprechend ist der Impfstatus bei 15,5 Prozent der Untersuchten in den vorliegenden Daten unbekannt. Im Vergleich dazu haben im Jahr 2013 noch 89,7 Prozent einen Impfausweis vorgelegt. Der Rückgang kann im verschärften Datenschutz in Schleswig-Holstein begründet sein, welcher die Vorlage des Impfausweises auf freiwilliger Basis zulässt. Dies ist vor dem Hintergrund der gesetzlichen Forderung, den Impfstatus im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung zu erfassen, jedoch sehr problematisch. In ganz Schleswig-Holstein wurde vergleichsweise bei 90,7 Prozent aller Schuleingangsuntersuchungen ein Impfdokument vorgelegt⁴³.

Die in den folgenden Tabellen (8 bis 10) dargestellten Impfquoten in Kiel orientieren sich an den Empfehlungen der ständigen Impfkommission für eine zuverlässige Grundimmunisierung. Die fett gedruckten Impfdosen weisen die notwendige Anzahl an Impfungen für eine vollständige Grundimmunisierung an. Insgesamt wird deutlich, dass in Kiel eine hohe Durchimpfungsrate für die meisten vermeidbaren Krankheiten vorliegt. Im Vergleich zu den Daten im Landes- und Bundesdurchschnitt weist Kiel bei den meisten Impfungen eine etwas geringere Impfquote auf⁴⁴. Das Ziel der WHO, 95 Prozent aller Kinder zwei Mal gegen Masern geimpft zu haben, um die Erkrankung auszurotten, ist jedoch – wie in vielen anderen Bundesländern – noch nicht erreicht.

Tabelle 8: Impfstatus der Einzuschulenden gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Polio im Untersuchungsjahr 2016/2017

Impfungen	Tetanus		Diphtherie		Pertussis		Polio	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mind. 1 x	1.673	97,8%	1.665	97,4%	1.640	95,9%	1.662	97,2%
Mind. 2 x	1.635	95,6%	1.627	95,1%	1.601	93,6%	1.623	94,9%
Mind. 3 x	1.615	94,4%	1.607	94,0%	1.589	92,9%	1.602	93,7%
Mind. 4 x	1.542	90,2%	1.536	89,8%	1.536	89,8%	1.533	89,6%

43 Robert Koch Institut (2018): Epidemiologisches Bulletin Nr. 16. RKI, Berlin, S. 151–156.

44 ebenda

Tabelle 9: Impfstatus der Einzuschulenden gegen Hib, Hepatitis B, Pneumokokken und Meningokokken C im Untersuchungsjahr 2016/2017

Impfungen	Haemophilus influenza b (Hib)		Hepatitis B		Pneumokokken		Meningokokken C	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mind. 1 x	1.604	93,8%	1.569	91,8%	1.469	85,9%	1.506	88,1%
Mind. 2 x	1.572	91,9%	1.541	90,1%	1.427	83,5%		
Mind. 3 x	1.566	91,6%	1.527	89,3%	1.407	82,3%		
Mind. 4 x	1.511	88,4%	1.435	83,9%	1.244	72,7%		

Tabelle 10: Impfstatus der Einzuschulenden gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen im Untersuchungsjahr 2016/2017

Impfungen	Masern		Mumps		Röteln		Varizellen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mind. 1 x	1.642	96,0%	1.638	95,8%	1.638	95,8%	1.554	90,9%
Mind. 2 x	1.568	91,7%	1.566	91,6%	1.564	91,5%	1.478	86,4%

Neben der Erfassung des Impfstatus im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen, werden regelmäßig anlassbezogene Impf-Aktionen in verschiedenen Einrichtungen angeboten. Im Jahre 2016 handelt es sich vor allem um Aktionen im Zusammenhang mit Flüchtlingsunterkünften sowie um Impfangebote an Schulen und Hochschulen. Der Betriebsärztliche Dienst des UKSH Campus Kiel wird ebenfalls bei der jährlichen Grippeimpfung des medizinischen Personals unterstützt.

Seit November 2017 bietet das Amt für Gesundheit zusätzlich eine regelmäßige ärztliche Impfsprechstunde an. Einmal in der Woche donnerstags von 11 bis 13 Uhr können sich Menschen jeden Alters beraten und gegebenenfalls auch kostenfrei impfen lassen. Bei Nicht-Krankenversicherten übernimmt das Land Schleswig-Holstein die Kosten für die Impfung. Bei Krankenversicherten mit einer Versichertenkarte werden die Kosten über das Land mit der entsprechenden Krankenkasse abgerechnet.

3.2.4 Schwangerenvorsorge und Frauengesundheit

Schwangerenkonfliktberatung

In der Schwangerenkonfliktberatung, die die Landeshauptstadt Kiel neben einigen privaten Trägern in der Beratungsstelle für Sexuelle Gesundheit als vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren staatlich anerkannte Beratungsstelle anbietet, werden Schwangere und ihre Partner zum Thema Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch beraten. Diese Beratung ist nach § 219 Strafgesetzbuch gefordert, bevor eine Schwangerschaft abgebrochen werden kann. Die Zielgruppen bilden die gesamte Bandbreite der Bevölkerung ab. Auch sind alle Altersklassen vertreten.

Eine Schwangerschaftskonfliktberatung umfasst emotionale, seelische, partnerschaftliche und lebensplanerische Aspekte der Eltern. Sie bietet Informationen über staatliche und andere Sozialleistungen und Unterstützungen wie Elterngeld, Kindergeld, Unterhalt, Wohngeld und existenzielle Leistungen. Es erfolgt eine medizinische Aufklärung hinsichtlich eines operativen oder medikamentösen Eingriffs. Weiterhin werden Informationen zu Kosten und Finanzierung eines Schwangerschaftsabbruchs sowie zur Rechtsgrundlage erläutert.

Vor- und Nachsorge für Schwangere

Seit 2014 wird eine ärztliche Sprechstunde für nichtkrankenversicherte Schwangere und deren Familien angeboten. Betreut wird diese Sprechstunde von einer Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. Die medizinische Betreuung beinhaltet nahezu das gesamte Spektrum der Mutterschaftsvorsorge nach der Mutterschaftsrichtlinie. Dabei besteht eine gute Kooperation mit den Kieler Frauenkliniken, um auch eine medizinisch betreute Geburt zu ermöglichen. Oberstes Betreuungsziel ist die Verminderung von mütterlicher und kindlicher Erkrankung durch unterbliebene Schwangerschaftsvorsorge. Gleichzeitig werden Impfungen angeboten, um Impflücken zu schließen. Ein wichtiger Punkt ist auch die Betreuung nach der Geburt, da häufig keine begleitende Hebamme zur Verfügung steht. Das Thema Verhütungsberatung zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften hat dabei eine zentrale Bedeutung.

Im Jahr 2016 wurden 45 schwangere Frauen betreut. 55 Prozent der Frauen stammten aus EU-Staaten in Osteuropa (Bulgarien, Rumänien, Polen), die restlichen 45 Prozent aus afrikanischen Ländern (vor allem Nigeria, Ghana) sowie Serbien, Aserbaidschan und der Türkei.

Im Rahmen der sexuellen Aufklärung werden Gruppenangebote speziell für Frauen mit Migrationshintergrund in den Wohnunterkünften oder im Rahmen der Teilnahme an Integrationskursen freier Träger angeboten. Auch die Mitgestaltung des Woman-World-Café bietet hierfür eine gute Gelegenheit.

3.2.5 Kinder- und Jugendgesundheit

Schuluntersuchungen

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben⁴⁵ werden durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst Untersuchungen bei Schülerinnen und Schülern durchgeführt. Dazu gehören:

- Schuleingangsuntersuchungen der zukünftigen Erstklässlerinnen und Erstklässler
- Schuluntersuchungen bei besonderen Fragestellungen (Unterrichtsversäumnis, Sportteilnahme)
- Mitwirkung bei der Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs
- Untersuchungs- und Beratungsangebote für Schülerinnen und Schüler der DaZ Klassen (Deutsch als Zweitsprache)

⁴⁵ § 27 Abs. 1 Schleswig-Holsteinisches Schulgesetz, §§ 1 f. der Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben (gültig bis 31.07.2018).

Sie dienen der Erkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Entwicklungsstörungen. Notwendige Maßnahmen oder Behandlungen können nach eingehender Beratung eingeleitet werden. Kinder, Eltern und Lehrkräfte werden in allgemeinen Gesundheitsfragen beraten. Die Fachärztinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes stehen dabei in engem Kontakt mit insbesondere den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den Kinderkliniken, den Frühförderstellen, den Kindertageseinrichtungen und dem Kinderschutzzentrum.

Gutachten

Wenn Kinder oder Jugendliche besondere Schwierigkeiten in den Bereichen der körperlichen und seelischen Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten oder Schulschwierigkeiten haben, werden durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst erforderliche Gutachten erstellt. Hierzu gehören insbesondere:

- Gutachten zu dem Bedarf einer Eingliederungshilfe bei Behinderungen oder drohenden Behinderungen nach dem SGB XII wie zum Beispiel zur interdisziplinären Frühförderung (heilpädagogische Förderung in Kombination mit Heilmittelverordnungen)
- Teilnahme an Hilfekonferenzen in Zusammenarbeit mit anderen Ämtern
- Gutachten zu medizinischen Fragestellungen im Bereich des Asylrechts

Hierbei werden standardisierte Verfahren eingesetzt, um dem Gebot der neutralen Begutachtung gerecht zu werden. Ziel einer Begutachtung ist, ein medizinisch fundiertes, neutrales und unabhängiges Urteil über den Gesundheits- und Entwicklungsstand eines Kindes und die notwendigen Förderungen und/oder Behandlungen abzugeben.

Frühe Hilfen

Übergeordnetes Ziel der Frühen Hilfen ist es, die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern möglichst frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Vernetzung von Angeboten des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe und anderen relevanten Akteuren wie der Schwangerenberatung und der Frühförderung. Frühe Hilfen richten sich an Familien ab Beginn der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr des Kindes. Interdisziplinäre sozialraumorientierte Teams tragen dazu bei, die Rechte von Kindern auf Schutz, Förderung und gesellschaftliche Teilhabe durchzusetzen.

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst in Kiel nimmt einen aktiven Part im Bereich der Frühen Hilfen ein. In den Geburtskliniken werden die Eltern von Neugeborenen von einer städtischen Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder einer Familienhebamme besucht. Die Eltern werden über das vielfältige Angebot der Frühen Hilfen informiert und ihnen wird das von der Landeshauptstadt Kiel herausgegebene Willkommensbuch »Schön, dass du da bist!« überreicht. Es enthält Informationen zur gesunden Entwicklung von Kindern, hält einen aktuellen Adressteil Kieler Beratungsstellen vor und bietet die Möglichkeit, individuelle Entwicklungsschritte des eigenen Kindes festzuhalten.

Gemeinsam mit den Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bieten die Kinderärztinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes an allen Wochentagen ohne Terminvereinbarung Elternberatungen an. Ein wöchentlich stattfindendes Impfangebot, insbesondere für nichtversicherte Kinder, wird in der Elternberatungsstelle »Mitte« im Städtischen Krankenhaus vorgehalten.

Gesundheitsberichterstattung

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung ist eine relativ neue Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nach dem Gesundheitsdienst-Gesetz Schleswig-Holstein (§ 6 GDG). Danach ist es Aufgabe der Kommune, über die gesundheitlichen Verhältnisse, insbesondere über Gesundheitsrisiken einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten zu berichten. Hierfür werden die notwendigen nichtpersonenbezogenen Daten nach epidemiologischen Gesichtspunkten ausgewertet und in regelmäßigen Abständen in Gesundheitsberichten dargestellt. Die Entwicklungen und Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung fließen auch in den vorliegenden Sozialbericht ein.

Die Gesundheitsberichterstattung wird als Arbeitsgrundlage für kompensatorische Maßnahmen in Gesundheits- und Bildungsfragen genutzt. Dabei werden die Gesundheitsdaten auch für kleinräumige Berichterstattungen gefiltert und fachlich ausgewertet.

Projektarbeit

Die Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beteiligen sich an Projekten und Aktionen:

- Impfkationen für Studierende, Flüchtlinge, medizinische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kooperation mit der Abteilung für Infektionsschutz, den Betriebsärzten oder mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
- aktive Teilnahme beim jährlich stattfindenden Weltkindertag auf dem Asmus-Bremer-Platz in Kooperation mit dem Arbeitsbündnis Frühe Hilfen und dem Bündnis gegen Kinderarmut
- Projekte zur Gesundheits- und Entwicklungsförderung in Kooperation mit Kindertagesstätten und Familienzentren
- sozialraumbezogene gesundheitsfördernde Projekte (Gaarden, Neumühlen-Dietrichsdorf)

3.2.6 Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Zahngesundheit

Aus den gesetzlichen Vorgaben des Gesundheitsdienstgesetzes und nach dem Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) leiten sich für den Zahnärztlichen Dienst der Landeshauptstadt Kiel diverse Aufgaben ab.

Wichtigster präventiver Baustein ist das flächendeckende Angebot von zahnärztlichen Untersuchungen in den Schulen und Kindertageseinrichtungen. Hierbei wird durch fünf

sozialraumbezogene Zahnstationen der Zahnstatus erhoben, eine Untersuchung der Mundhöhle durchgeführt und für die Eltern eine schriftliche Information zum aktuellen zahnmedizinischen Gesundheitsstand erstellt. Die im Rahmen der Untersuchung erhobenen Daten werden jährlich unter Beachtung der datenrechtlichen Vorgaben aufbereitet und ausgewertet.

Für Kinder und Jugendliche mit aktuell hohem Risiko weiterer Zahnschäden gibt es spezielle Betreuungsprogramme, die kontinuierlich weiterentwickelt werden. Aktuell ist beispielsweise eine Lackfluoridierung von Vorschulkindern in Risikoeinrichtungen in Vorbereitung.

Zusätzlich verfügt jede Zahnstation über einen Schwerpunkt in der Gesundheitsförderung. Im wichtigen Teilbereich der frühen Gesundheitsförderung arbeiten beispielsweise in den Krippen die Zahnstationen mit den Schwerpunkten Frühe Hilfen (Unterstützung der Eltern), Multiplikatorenschulung (Unterstützung der Erzieherinnen und Erzieher) und Prophylaxe (Betreuung der Kinder) je nach Förderungsbedarf zusammen.

In Bereich der Prophylaxe werden von drei speziell geschulten Prophylaxefachkräften Unterricht und praktische Übungen zu den Themen Mundhygiene und Ernährungslenkung durchgeführt. Diese werden durch sieben ebenfalls speziell geschulte Mitarbeiterinnen der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in der Landeshauptstadt Kiel e. V. unterstützt. Darüber hinaus werden bei Bedarf lebensraumbezogenen Ergänzungsaktionen zumeist in Netzwerkprojekten mit anderen stadtinternen und externen Partnern angeboten.

Insgesamt werden 15.987 Kinder und Jugendliche im Schuljahr 2016/2017 zahnärztlich untersucht, im Schulbereich (6. bis 16. Lebensjahr) 10.231 präventiv betreut und 4.095 zusätzlich intensiv gefördert. In den Kindertageseinrichtungen werden 5.217 Kinder präventiv betreut und 1.219 zusätzlich intensiv gefördert.

3.2.7 Psychische Gesundheit

Menschen mit einer psychischen Erkrankung, aber auch ihre Angehörigen, werden beraten und erhalten Hilfen in Krisensituationen. Der Sozialpsychiatrische Dienst als hierfür verantwortliche Anlaufstelle wird insbesondere tätig, wenn sich Konfliktsituationen anbahnen. Er stellt Kontakte zu weiterführenden Behandlungen und Betreuungseinrichtungen her, sorgt für die Sicherstellung der Nachsorge, führt Hausbesuche durch und klärt den Hilfebedarf vor Ort. In enger Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen und Leistungserbringern vermittelt er einzelfallbezogene Hilfen und koordiniert die Vernetzung sozialer, psychosozialer und psychiatrisch-medizinischer Dienstleistungen. Er ist ein multiprofessionell besetzter Fachdienst unter ärztlicher Leitung.

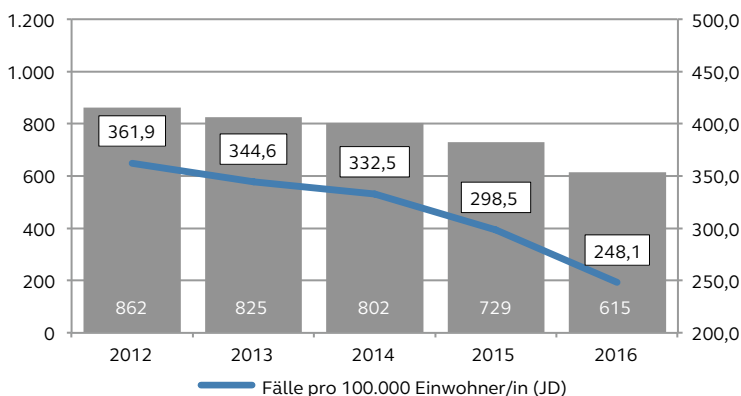
Im Jahr 2017 werden insgesamt 831 Hilfesuchende einmalig oder auch mehrfach beraten oder im Rahmen einer Krisenintervention begutachtet. Der Anteil der Männer lag mit 58,6 Prozent über dem der Frauen. Jeweils ein Drittel der Betroffenen war zwischen 25 und 45 Jahre (33 Prozent) bzw. zwischen 45 und 65 Jahre alt (33 Prozent). Häufigste Ursache für eine Inanspruchnahme der Beratung oder eine Krisenintervention sind Störungen durch einen schädlichen Gebrauch von Suchtmitteln einschließlich Alkohol (33 Prozent).

Der Anteil der 45- bis 65-Jährigen in dieser Gruppe war mit 41 Prozent am höchsten, insgesamt sind deutlich mehr Männer betroffen (69 Prozent).

Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung wird über den diensthabenden Facharzt ein psychiatrisches Gutachten erstellt, auf dessen Grundlage das Amtsgericht in einer Anhörung über die Unterbringung entscheidet. Die Zahl der nach dem Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (PsychKG) beantragten Unterbringungen ist in den letzten Jahren zurückgegangen (Abb. 46).

Zahl der bei Gericht beantragten Unterbringungen sinkt

Abbildung 46: Entwicklung der nach dem Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (PsychKG) beantragten Unterbringungen (Unterbringungs-fälle pro 100.000 Einwohner/innen im Jahresdurchschnitt)



Die Organisation der psychiatrischen Hilfen als kommunale Aufgabe

Die Kreise und kreisfreien Städte haben nach § 5 des Psychisch-Kranken-Gesetzes für Schleswig-Holstein die Aufgabe, die Hilfsangebote für psychisch erkrankte Menschen in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsgebiet zu koordinieren. Diese Aufgabe wird in Kiel durch den »Arbeitskreis gemeindenahe Psychiatrie« wahrgenommen. Vertreten sind dort Betroffene von psychischen Erkrankungen und deren Angehörige, Kliniken, niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie der Gemeindepsychiatrische Verbund. Bei seinen regelmäßigen Treffen im Jahr, berät der Arbeitskreis unter Vorsitz des Sozialdezernenten über die Versorgungssituation, über Konzepte zur Optimierung der örtlichen Leistungen und erstellt Berichte. Weitere Anregungen für Aufgaben werden durch den Arbeitskreis aufgegriffen. So wurde beispielsweise eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Leistungsbereichen Behandlung, psychosoziale Hilfen und beruflicher Förderung angeregt, um Empfehlungen und Hilfepläne für erkrankte Personen besser aufeinander abzustimmen.

Die häufigsten Gründe für eine Unterbringung im Rahmen seelischer Krisen sind Depression mit Suizidalität sowie ein schädlicher Gebrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten. Im Rahmen der Krisenintervention kann es erforderlichenfalls auch zu einer Unterbringung in einer geeigneten Klinik (sog. Zwangseinweisung) kommen. Vorrangiges Ziel der Tätigkeit ist aber stets, eine Unterbringung gegen den Willen eines betroffenen Menschen zu vermeiden. Insgesamt 32 Menschen konnten 2016 auf freiwilliger Basis untergebracht werden. Gegenüber 2015 (22 Personen) war dies eine erfreuliche Steigerung.

3.2.8 **Amtsärztliche Gutachten**

Eine wesentliche Aufgabe des amtsärztlichen Dienstes im Öffentlichen Gesundheitsdienst besteht darin, ärztliche Untersuchungen und Begutachtungen vorzunehmen und darauf basierend Gutachten, Zeugnisse oder Bescheinigungen zu erstellen. Häufig ist eine amtsärztliche Untersuchung gesetzlich vorgeschrieben, beispielsweise die Feststellung der gesundheitlichen Eignung des Personals im öffentlichen Dienst. Zu diesen gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen zählen zum Beispiel die Verbeamtungsuntersuchungen von Lehrerinnen und Lehrern, Richterinnen und Richtern, Hochschulprofessorinnen und -professoren oder auch Pastorinnen und Pastoren.

Das Aufgabengebiet beinhaltet jedoch auch eine Überprüfung der Arbeitsfähigkeit oder der Dienstunfähigkeit von Beschäftigten oder Beamtinnen und Beamten, die Beurteilung der Prüfungs- oder Studierfähigkeit von Studierenden sowie die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit von Heil- oder Hilfsmitteln oder von Heil- und Sanatoriumskuren bei Beihilfeberechtigten.

Im Jahr 2017 werden insgesamt 897 amtsärztliche Untersuchungen durchgeführt und Gutachten erstellt. In 145 Fällen erfolgte eine Untersuchung unter der Fragestellung einer Dienstunfähigkeit. Bei 58,6 Prozent der hier Untersuchten war es durch eine psychische Erkrankung zu einer lang andauernden Krankheitsphase oder zur wiederholten monatelangen Ausfallszeit gekommen. In den meisten Fällen wurde die Diagnose einer psychovegetativen Erschöpfung beziehungsweise einer Depression gestellt.

Dies verdeutlicht die zunehmende Relevanz psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft. Diverse Veränderungen, die Globalisierung und Digitalisierung mit sich bringen, verlangen von der Bevölkerung ein immer schnelleres Denken und Handeln sowie anpassungsfähiges Verhalten. Ein Ungleichgewicht zwischen den scheinbaren gesellschaftlichen Erwartungen und dem, was der Mensch in der Lage ist zu leisten, kann sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Weitere Ursachen einer Dienstunfähigkeit waren unter anderem zu etwa gleichen Anteilen Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (14 Prozent) sowie internistische Erkrankungen (14 Prozent).

3.2.9 **Zweite Leichenschau**

Wenn in Deutschland ein Mensch stirbt, erfolgt zeitnah die Durchführung der ersten Leichenschau, um den Tod, die Todesart und die Todesursache festzustellen. Bei der Leichenschau wird die komplett entkleidete Leiche äußerlich untersucht. Als Nachweis des Todes ist die Feststellung mindestens eines sicheren Todeszeichens erforderlich. Dazu gehören Totenflecke, Totenstarre, Fäulnis und Verletzungen, die mit dem Leben unvereinbar sind.

Die Begutachtung erfolgt in der Regel durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Klinik-Ärztinnen und Klinik-Ärzte. Das Ergebnis wird in der Todesbescheinigung festgehalten und an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt. Dort wird die Bescheinigung auf Plausibilität und Vollständigkeit geprüft. Angaben zu Krebserkrankungen werden dem Krebsregister Schleswig-Holstein übermittelt und die Todesursache dem Statistikamt Nord zur Erstellung der Todesursachenstatistik mitgeteilt.

Eine zweite Leichenschau ist gesetzlich vor jeder Feuerbestattung vorgeschrieben. Sie wird in der Regel durch Ärztinnen und Ärzte der Gesundheitsämter durchgeführt. Hintergrund dieser zweiten Leichenschau ist eine zweifelsfreie Identifizierung der oder des Verstorbenen, die Überprüfung der sachgerechten Ausstellung der Todesbescheinigung, vor allem aber auch das Erkennen von nicht natürlichen Todesursachen, deren Spuren durch eine Einäscherung endgültig beseitigt würden. Die zweite Leichenschau ist somit ein wichtiger letzter Dienst am verstorbenen Menschen.

Häufig finden sich bei der zweiten Leichenschau fehlerhaft ausgestellte Todesbescheinigungen. Eine aktuelle Studie mit einer Auswertung von 10.000 Todesbescheinigungen der Jahre 2012 bis 2015 in Mecklenburg-Vorpommern⁴⁶ ergibt, dass 90 Prozent der ausgestellten Todesbescheinigungen fehlerhaft gewesen sind. Diese Studie ist auch für Regionen wie Kiel repräsentativ.

Die Folgen von schwerwiegenden Fehlern bei der Ausstellung sind vielfältig: Fehlerhafte Angaben beeinflussen die Todesursachenstatistik als Grundlage für die Gesundheitspolitik. Das unleserliche Ausstellen erschwert die Tätigkeit bei der zweiten ärztlichen Leichenschau vor einer Feuerbestattung in erheblichem Maß. Das Nichterkennen oder Nichtmelden von nichtnatürlichen Todesfällen kann die Strafverfolgung behindern. Das Nichterkennen von kausalen Ketten, zum Beispiel nach einem Unfall, kann die den Hinterbliebenen zustehenden Zahlungen von Versicherungsleistungen verwehren.

Jede Medizinstudentin und jeder Medizinstudent lernt laut Approbationsordnung für Ärzte während des Studiums die korrekte Durchführung der Leichenschau. Im späteren Berufsalltag gehört die Leichenschau jedoch je nach Fachrichtung nicht zu den regelmäßigen Tätigkeiten, so dass das gelernte Wissen teilweise verloren gehen kann. In vielen Fällen stellt die Ärztin oder der Arzt die Todesbescheinigung im Beisein der Angehörigen in der Wohnumgebung des Verstorbenen fest. Kritiker befürchten, dass die notwendige vollständige Entkleidung des Leichnams nicht konsequent durchgeführt wird, da Pietät und Zeitmangel im Weg stehen. Die geringe Vergütung für das Ausstellen einer Todesbescheinigung kann ebenfalls zu einem Qualitätsverlust führen. Die Statistik zur Todesursache verliert dadurch an Aussagekraft.

Mögliche Verbesserungen könnten Fortbildungsprogramme für ärztliches Personal und eine bessere Vergütung sein. Überlegenswert ist auch das Etablieren von hauptamtlichen Leichenbeschauerinnen und Leichenbeschauern: Diese speziell weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte verfügen über Erfahrung im Bereich der Leichenschau. Das Bundesland Bremen hat beispielsweise als erstes Bundesland die sogenannte qualifizierte Leichenschau zum 01.08.2017 eingeführt, bei der die niedergelassene Ärztin bzw. der niedergelassene Arzt lediglich den Tod feststellt. Die Todesursache wird durch den Leichenschauarzt des Institutes für Rechtsmedizin Bremen separat vorgenommen. Die Qualität der Leichenschau und damit der Todesursachenstatistik soll dadurch deutlich erhöht werden.

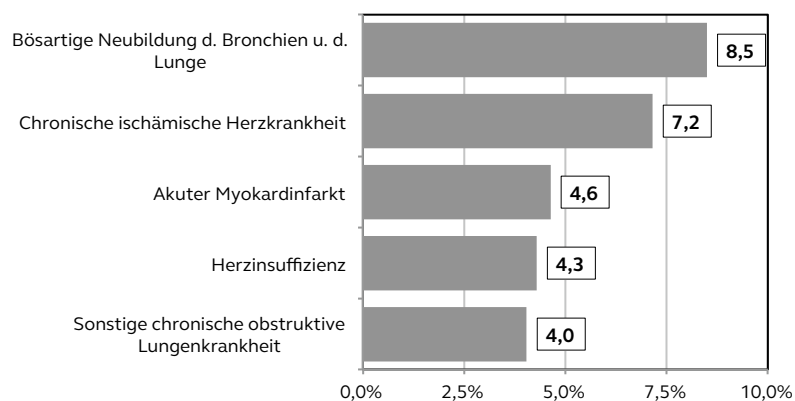
46 F. Zack, A. Kaden, S. Riepenhausen, „Rechtsmedizin“; DOI 10.1007/s00194-017-0193-7.

3.3 Todesursachenstatistik

Die Todesursachenstatistik ist eine Vollerhebung aller Todesfälle. Grundlage bildet die Todesbescheinigung, die von Ärztinnen und Ärzten ausgefüllt wird. Die Auswertung dieser beim örtlichen Gesundheitsamt einzureichenden Bescheinigungen erfolgt bisher allein beim Statistikamt Nord. Die Ergebnisse liegen zeitversetzt frühestens nach einem Jahr vor. Die Todesursachenstatistik gibt einen Überblick über die häufigsten und damit für die Bevölkerung relevantesten Todesursachen. Sie ermöglicht, Handlungsempfehlungen und Strategien, beispielweise für die Gesundheitspolitik, zu entwickeln. Wesentlich geht es hierbei um die Frage, mit welchen Maßnahmen die häufigsten zum Tode führenden Krankheiten verhindert oder hinausgezögert werden können. Dadurch kann die Lebenserwartung und Lebensqualität der Bevölkerung verbessert werden.

Die Todesursachen der Kielerinnen und Kieler unterscheiden sich nicht vom bundesweiten Trend. Dabei wird deutlich, dass Lungenkrebs die häufigste Todesursache bei den Männern in Kiel ist. 8,5 Prozent aller gestorbenen Männer verstarben an »bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge«. Die »chronische ischämische Herzkrankheit« (Verkalkung der Herzkranzgefäße) mit 7,1 Prozent aller gestorbenen Männer und »akuter Myokardinfarkt« (Absterben von Herzmuskelgewebe infolge einer Durchblutungsstörung des Herzens) mit 4,6 Prozent aller gestorbenen Männer) belegen die nachfolgenden beiden Plätze. »Herzinsuffizienz« (Herzschwäche, häufig als Folge der Ischämischen Herzkrankheit oder eines Herzinfarkts) sowie »Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit« (Verengung der Atemwege) belegen die Plätze 4 und 5 bei den Männern (Abb. 47)⁴⁷.

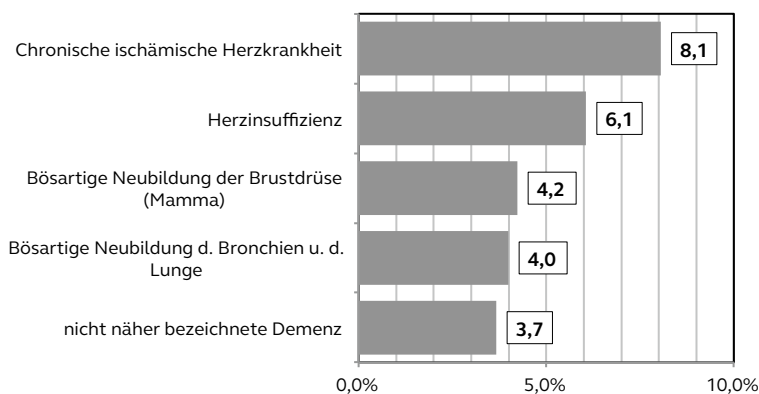
Abbildung 47: Häufigste Todesursachen bei Kieler Männern und ihr Anteil an den insgesamt gestorbenen Männern im Jahr 2015



Auch bei den Kieler Frauen sind Kreislaufkrankheiten unter den fünf häufigsten Todesursachen zu finden. Die »chronische ischämische Herzkrankheit« (8,1 Prozent aller gestorbenen Frauen) und die »Herzinsuffizienz« (6,1 Prozent aller gestorbenen Frauen) bilden die ersten beiden Positionen in der Statistik. Auf dem dritten Platz folgt mit 4,2 Prozent aller gestorbenen Frauen die »Bösartige Neubildung der Brustdrüse« (Brustkrebs). Die »Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge« (Lungenkrebs) und die »nicht näher bezeichnete Demenz« fallen ebenfalls unter die fünf häufigsten Todesursachen bei Frauen (Abb. 48).

47 Statistikamt Nord, Einzeluntersuchung über die fünf häufigsten Todesursachen in Kiel.

Abbildung 48: Häufigste Todesursachen bei Kieler Frauen und ihr Anteil an den insgesamt gestorbenen Frauen im Jahr 2015



Beim Vergleich mit den vergangenen Jahren wird deutlich, dass die »nicht näher bezeichnete Demenz« als Todesursache immer stärker an Bedeutung zunimmt. Eine Demenz hat einen geistigen Abbau zur Folge. Im Anfangsstadium ist das Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt. Diese Vergesslichkeit wird von manchen Betroffenen überspielt, was eine Früherkennung der Symptome erschwert. Weitere Störungen der Hirnfunktionen treten im Lauf der Zeit auf: Wortfindungsstörungen, motorische Einschränkungen und Verhaltensstörungen (unter anderem zielloses Herumirren, Essen von Unessbarem, Verlust des Hungergefühls, Aggression, Schlafstörungen und viele weitere).

Wie bereits im Sozialbericht 2016 erwähnt, steigt das Erkrankungsrisiko mit dem Alter. Aufgrund des demographischen Wandels und dem damit steigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung, ergeben sich neue Herausforderungen für viele Bereiche der Gesellschaft. So sind die präventiven Aspekte einer ausreichenden Bewegung, einer ausgewogenen Ernährung und der Pflege sozialer Kontakte außerordentlich wichtig, um das Erkranken hinauszuzögern oder zu verhindern.

Dass Demenz ein immer wichtigeres Thema der Zukunft ist, wurde in der Landeshauptstadt Kiel schon lange erkannt. Im Jahr 2011 wurde von der »Leitstelle Älter werden« in Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren ein Gesamtkonzept »Demenzfreundliche Kommune« erstellt. Das Ziel ist, den Betroffenen Beratung und Unterstützung für ein möglichst langes, selbstständiges Leben in gewohnter Umgebung anbieten zu können.

3.4 Fazit und Blick in die Zukunft

Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat eine Vielzahl an Aufgaben. Eine nicht repräsentative Umfrage bei Kielerinnen und Kielern zeigt, dass vielen der Befragten das Amt für Gesundheit durchaus bekannt ist. Die umfangreichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes hingegen sind der Öffentlichkeit bisher kaum bewusst.

Die im Schwerpunktthema »Gesundheit« aufgezeigten Arbeitsbereiche sind ein Ausschnitt dieser Aufgaben. Sie verdeutlichen jedoch die Relevanz des Bevölkerungsschutzes im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Viele dieser Bereiche und Aufgaben werden immer stärker mit den gesellschaftlichen Veränderungen konfrontiert. Der gesellschaftliche Wandel, bedingt durch die Globalisierung und Digitalisierung nahezu aller Lebensbereiche, bringt sowohl positive als auch negative Auswirkungen mit sich.

Die stark zugenommene Mobilität der Menschen zum Beispiel führt dazu, dass sich Infektionswege verkürzen und so die Ausbreitung von Infektionskrankheiten wesentlich schneller und vor allem grenzübergreifend stattfinden kann. Eine gute Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteuren und den Einrichtungen ist dabei zum Schutz der Bevölkerung im Falle der Ausbreitung einer Infektionskrankheit besonders wichtig.

Auch der Fachkräftemangel, insbesondere im medizinischen Bereich, ist hier zu erwähnen. Durch die geringe finanzielle Attraktivität einer Tätigkeit im Öffentlichen Dienst sowie gegebenenfalls erforderliche Weiterbildungen gestaltet sich die Nachbesetzung offener Stellen seit Jahren sehr schwierig. Auch strukturelle Bedingungen erhöhen zum Teil erheblich den Arbeitsumfang und führen dazu, dass andere Aufgaben nicht oder nur in geringem Maße angegangen werden können.

Prävention und Gesundheitsförderung gehört in vielen Bereichen zum Aufgabengebiet des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Insbesondere die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien ist ein im Amt für Gesundheit stark vertretenes Thema, das von engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verfolgt wird. Dazu kann es sinnvoll sein, Maßnahmen und Aktivitäten auf den Weg zu bringen und umzusetzen, die die Bevölkerung über Gesundheitsrisiken aufklärt und Möglichkeiten eines gesunden Lebensstils aufzeigt. Diese Maßnahmen erfordern ein finanziell gut aufgestelltes Budget im Bereich der Gesundheitsförderung. Auch in diesem Bereich gibt es vielfältige Herausforderungen wie beispielsweise die Verständigung mit Personen ohne ausreichende Deutschkenntnisse.

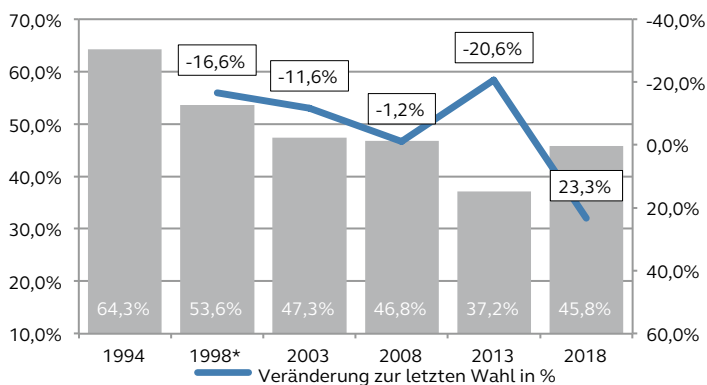
Um allen diesen genannten Veränderungen gerecht zu werden, bedarf es eines gut aufgestellten Öffentlichen Gesundheitsdienstes, sowohl in personeller als auch in finanzieller Hinsicht. Daher ist die politische Unterstützung grundlegende Voraussetzung für alle Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zudem ist eine dezernatsübergreifende Strategie notwendig, um dem Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit langfristig näher zu kommen. Das Ziel »Gesunde Stadt« sollte durch die Aufnahme als strategisches Ziel der Landeshauptstadt Kiel die erforderliche Aufmerksamkeit erhalten.

4. Exkurs: Zusammenhang zwischen Wahlbeteiligung und prekären Lebensumständen?

»Ganze Bevölkerungsteile ziehen sich aus der politischen Teilhabe zurück und sind somit bei der Bestellung der Parlamente nicht mehr vertreten. Soziale Spaltung führt zur demokratischen Spaltung.«⁴⁸ »Schwache Involviertheit in das politische Geschehen sowie das Gefühl, keinen Einfluss auf das politische Geschehen zu haben, bilden das Hauptmotivbündel, der Wahl fern zu bleiben.«⁴⁹

Auch in Kiel werden hinter dem durchschnittlichen Rückgang der Wahlbeteiligung wachsende Beteiligungsunterschiede deutlich. Seit fast zwei Jahrzehnten geht die Wahlbeteiligung bei den Kommunalwahlen in Kiel zurück (Abb. 49). Für das Wahljahr 2018 gilt dabei die Besonderheit, dass gleichzeitig ein Bürgerentscheid herbeigeführt wird, der möglicherweise einen Einfluss auf die Wahlbeteiligung hat.⁵⁰

Abbildung 49: Entwicklung der Wahlbeteiligung bei den Kommunalwahlen seit 1994 und der Einführung der Wahlberechtigung mit 16 Jahren (nur Kommunalwahlen)*



* ab 1998 gilt das Wahlrecht mit 16 Jahren bei den Kommunalwahlen (Gemeinde- und Kreiswahlgesetz von 1997)

48 Bertelsmann Stiftung, Gespaltene Demokratie – Soziale Spaltung der Wahlbeteiligung, unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/demokratiemonitor/projektthemen/gespaltene-demokratie-soziale-spaltung-der-wahlbeteiligung/> (abgerufen am 30.05.2018).

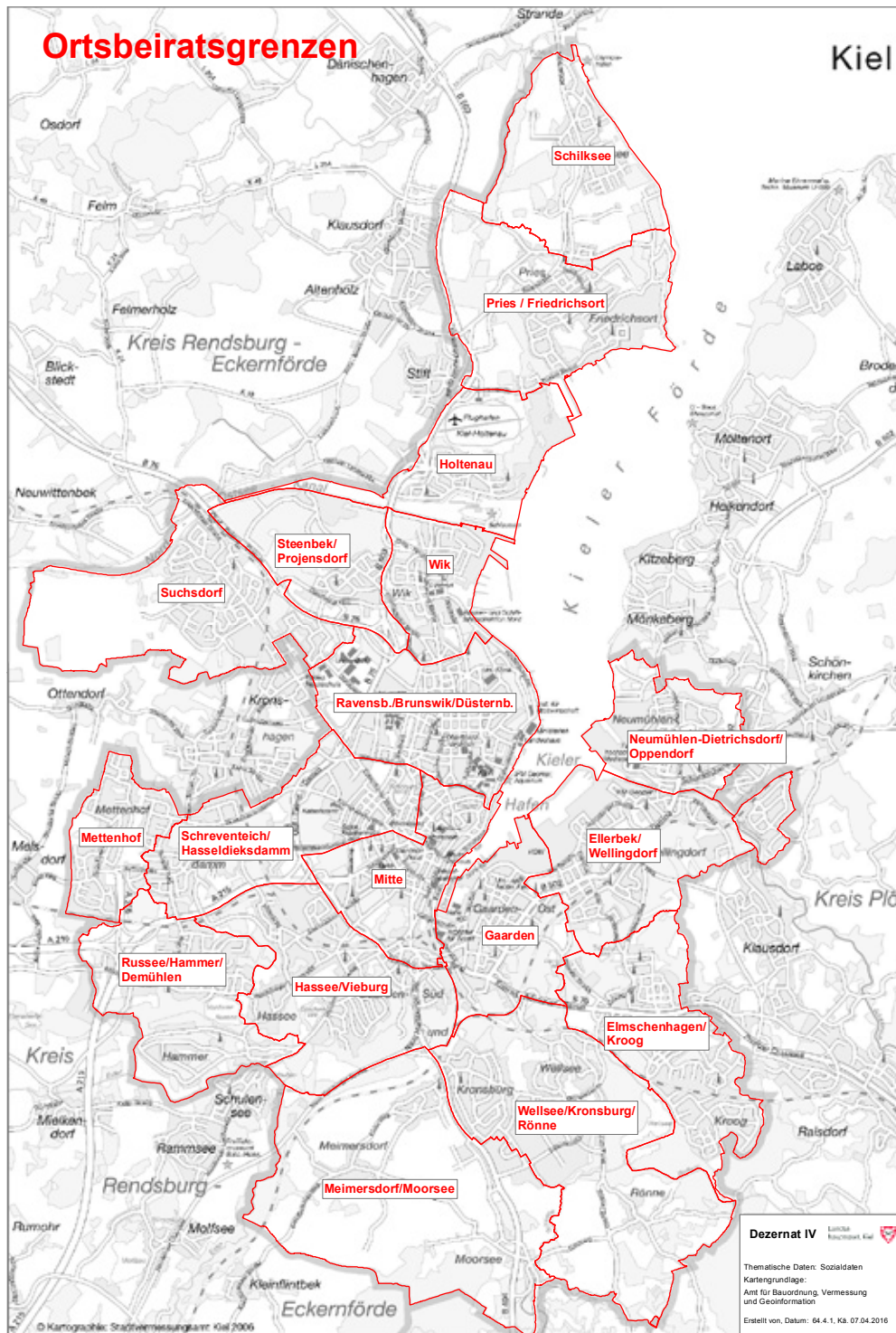
49 Neu (2012), »Dann bleib ich mal weg«. Konrad-Adenauer-Stiftung (49 Seiten), siehe: http://www.kas.de/wf/doc/kas_31915-544-1-30.pdf?130704105023 (Abruf: 30.05.2018).

50 Bei einem Bürgerinnen- und Bürgerentscheid 2014 liegt die Wahlbeteiligung bei 45,6 Prozent und damit ebenfalls höher als bei der Kommunalwahl 2013 mit 37,2 Prozent.

Anhang

Anhang zu Kapitel 1

Anlage 1: Übersichtskarte über die Ortsbeiratsbezirke (Ortsteile) in Kiel



Anhang zu Kapitel 2

Anlage 2: Altersstruktur in den Kieler Ortsteilen zum 31.12.2017

ID	Ortsteil	Gesamt- ergebnis	unter 18 Jahre	18 Jahre und älter	15- bis unter 25 Jahre	20- bis unter 35 Jahre ¹	15- bis unter 65 Jahre	18- bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	80 Jahre und älter	Jugend- quotient ²	Alten- quotient ³
01	Schilksee	5.027	533	4.494	308	456	2.421	2.316	2.178	581	27,1	97,1
02	Pries, Friedriehsorf	9.776	1.584	8.192	1.037	1.636	6.214	5.929	2.263	664	31,3	39,5
03	Holtenuau	5.439	763	4.676	564	894	3.407	3.263	1.413	403	28,2	45,0
04	Steenbek, Projensdorf	5.918	872	5.046	1.027	1.753	4.078	3.950	1.096	353	28,2	29,1
05	Suchsdorf	11.481	1.988	9.493	1.095	1.653	7.033	6.709	2.784	716	34,7	43,1
06	Wik	11.653	1.426	10.227	1.667	3.749	8.448	8.245	1.982	507	21,5	24,9
07	Ravensberg, Brunswik, Düsternbrook	33.228	3.373	29.855	5.542	13.175	25.454	24.995	4.860	1.427	16,7	20,0
08	Schreventeich, Hasseldieksdamm	17.927	1.976	15.951	3.024	6.844	13.469	13.147	2.804	938	18,1	21,9
09	Mettenhof	20.031	4.844	15.187	2.378	3.578	12.248	11.486	3.701	961	48,7	33,7
10	Mitte	25.655	1.936	23.719	4.490	11.192	20.033	19.747	3.972	1.423	12,8	20,7
11	Russee, Hammer, Demühlen	8.649	1.423	7.226	850	1.088	5.606	5.303	1.923	415	31,8	37,7
12	Hassee, Vieburg	14.018	1.897	12.121	1.612	3.085	9.422	9.038	3.083	964	24,8	35,2
13	Meimersdorf, Moorsee	4.544	1.262	3.282	430	666	3.003	2.822	460	103	48,5	16,7
14	Weilsee, Kronsburg, Röhne	8.170	1.623	6.547	738	1.281	5.306	5.044	1.503	363	35,8	30,6
15	Elmschenhagen	17.187	2.937	14.250	1.875	2.903	11.155	10.610	3.640	795	33,0	35,7
16	Gaarden	23.403	4.162	19.241	3.406	6.599	17.148	16.542	2.699	583	30,0	16,9
17	Ellerbek, Weilingdorf	14.353	2.122	12.231	1.648	3.052	9.331	8.974	3.257	999	27,6	37,5
18	Neumühlen-Dietrichsdorf, Oppendorf	12.731	2.053	10.678	1.760	3.086	8.481	8.135	2.543	732	30,0	32,4
	Kiel gesamt	249.190	36.774	212.416	33.451	66.690	172.257	166.255	46.161	12.927	26,3	28,7
ID	Anteil der jeweiligen Altersgruppe an der Bevölkerung insgesamt	Gesamt- ergebnis	unter 18 Jahre	18 Jahre und älter	15- bis unter 25 Jahre	20- bis unter 35 Jahre ¹	15- bis unter 65 Jahre	18- bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	80 Jahre und älter		
01	Schilksee	100,0%	10,6%	89,4%	6,1%	9,1%	48,2%	46,1%	43,3%	11,6%		
02	Pries, Friedriehsorf	100,0%	16,2%	83,8%	10,6%	16,7%	63,6%	60,6%	23,1%	6,8%		
03	Holtenuau	100,0%	14,0%	86,0%	10,4%	16,4%	62,6%	60,0%	26,0%	7,4%		
04	Steenbek, Projensdorf	100,0%	14,7%	85,3%	17,4%	29,6%	68,9%	66,7%	18,5%	6,0%		
05	Suchsdorf	100,0%	17,3%	82,7%	9,5%	14,4%	61,3%	58,4%	24,2%	6,2%		
06	Wik	100,0%	12,2%	87,8%	14,3%	32,2%	72,5%	70,8%	17,0%	4,4%		
07	Ravensberg, Brunswik, Düsternbrook	100,0%	10,2%	89,8%	16,7%	39,7%	76,6%	75,2%	14,6%	4,3%		
08	Schreventeich, Hasseldieksdamm	100,0%	11,0%	89,0%	16,9%	38,2%	75,1%	73,3%	15,6%	5,2%		
09	Mettenhof	100,0%	24,2%	75,8%	11,9%	17,9%	61,1%	57,3%	18,5%	4,8%		
10	Mitte	100,0%	7,5%	92,5%	17,5%	43,6%	78,1%	77,0%	15,5%	5,5%		
11	Russee, Hammer, Demühlen	100,0%	16,5%	83,5%	9,8%	12,6%	64,8%	61,3%	22,2%	4,8%		
12	Hassee, Vieburg	100,0%	13,5%	86,5%	11,5%	22,0%	67,2%	64,5%	22,0%	6,9%		
13	Meimersdorf, Moorsee	100,0%	27,8%	72,2%	9,5%	14,7%	66,1%	62,1%	10,1%	2,3%		
14	Weilsee, Kronsburg, Röhne	100,0%	19,9%	80,1%	9,0%	15,7%	64,9%	61,7%	18,4%	4,4%		
15	Elmschenhagen	100,0%	17,1%	82,9%	10,9%	16,9%	64,9%	61,7%	21,2%	4,6%		
16	Gaarden	100,0%	17,8%	82,2%	14,6%	28,2%	73,3%	70,7%	11,5%	2,5%		
17	Ellerbek, Weilingdorf	100,0%	14,8%	85,2%	11,5%	21,3%	65,0%	62,5%	22,7%	7,0%		
18	Neumühlen-Dietrichsdorf, Oppendorf	100,0%	16,1%	83,9%	13,8%	24,2%	66,6%	63,9%	20,0%	5,7%		
	Kiel gesamt	14,8%	85,2%	13,4%	26,8%	69,1%	66,7%	18,5%	5,2%			

¹ sogenannte "wanderungsaktive Gruppe"

² Jugendquotient = Anzahl der unter 20-Jährigen pro 100 20- bis 65-Jährigen

³ Anzahl der 65 Jahre und älteren pro 100 der 20- bis 65-Jährigen

FOR THE
RECORD