

KAPITEL VI SOZIALES

	Seite
1. Vorbemerkung	3
2. Gesundheit	4
3. Schaffung und Sicherung angemessener Entfaltungsmöglichkeiten für Familien	9
4. Jugendarbeit	12
5. Versorgung alter Menschen	14
6. Behinderte	17
7. Kommunale Ausländerpolitik	17
8. Obdachlose und Nichtseßhafte	20

1. Vorbemerkung

Stadtentwicklungspolitik hat vorrangig dem sozialpolitischen Ziel zu dienen, bestehende Benachteiligungen einzelner Gruppen abzubauen und Chancengleichheit für alle Gruppen der Bevölkerung herzustellen. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn für alle städtischen Planungs- und Vollzugsbereiche sozialpolitische Kriterien entscheidende Maßstäbe darstellen. Hierin liegt der allgemeine Anspruch sozialpolitisch bestimmter Entwicklungspolitik. Als Zielgruppe kommunaler Sozialpolitik wird dabei zunächst grundsätzlich die gesamte Bürgerschaft gesehen.

Darüber hinaus müssen spezielle Sozialprogramme für solche Bereiche entwickelt werden, in denen die Verwirklichung von Chancengleichheit nicht im wünschenswerten Ausmaß gelungen ist, aber auch für die Bereiche, in denen ständig neue Ungleichheiten in der Verteilung von Lebenschancen und Gütern entstehen.

Dabei ist allerdings darauf zu achten, daß die Betroffenen durch derartige Programme nicht in die Rolle von Außenseitern der Gesellschaft gedrängt werden.

Der Stadtentwicklungsplan von 1963 enthielt keine Zielvorstellungen zur Sozialpolitik. Erst in späteren Jahren wurde die Bedeutung sozialpolitischer Kriterien für die städtische Entwicklungsplanung voll erkannt. Dabei wurde deutlich, daß Sozialpolitik nur dann erfolgreich sein kann, wenn sozialpolitische Kriterien für alle kommunalen Planungsbereiche anerkannt werden. Gleichzeitig setzte sich die Erkenntnis durch, daß Sozialpolitik nicht nur im Vollzug der Fürsorgegesetze besteht, sondern sowohl in der Lösung von akuten Problemen durch ein umfassendes Sozialhilfeangebot als auch in einer Sozialplanung, die das Entstehen von Problemen zu verhindern sucht.

Die Verwirklichung sozialpolitischer Vorstellungen, d. h. die Herstellung von Chancengleichheit für alle Gruppen der Bevölkerung, stößt in der Praxis auf erhebliche Schwierigkeiten; als besonders gravierende Hindernisse seien nur die unzureichenden planungsrechtlichen Instrumente und die unzureichende finanzielle Ausstattung der Gemeinden genannt, die eine sozialpolitisch orientierte Entwicklungsplanung in vielen Bereichen erheblich erschweren oder ausschließen. Da die Konsequenzen einer ungleichen Verteilung von Chancen und Gütern unter den Lebensbedingungen großstädtischer Verdichtungsräume besonders kraß hervortreten, ist es eine der zentralen Aufgaben der Landeshauptstadt München, auf den ihr zugänglichen Wegen für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen hinzuwirken¹, innerhalb deren kommunale Sozialpolitik erfolgreich sein kann.

Im folgenden gilt es, kurz darzustellen, in welchen Bereichen sozialpolitische Initiativen besonders vordringlich sind, um die Benachteiligung einzelner Gruppen abzubauen und Chancengleichheit herzustellen. Im einzelnen handelt es sich um:

- die Gesundheitspolitik,
- die Schaffung und Sicherung angemessener Entfaltungsmöglichkeiten der Familien,
- die Jugendarbeit,
- die Versorgung alter Menschen,
- die Hilfe für Behinderte,
- die Gleichbehandlung des ausländischen Bevölkerungsanteils, die Hilfe für Obdachlose und Nichtseßhafte.

¹ Vgl. hierzu insbesondere die Gesetzesinitiativen der Landeshauptstadt München in Richtung eines sozialen Bodenrechts sowie in den Bereichen Wohnungs- und Infrastrukturversorgung sowie Kapitel III Polyzentrische Stadtentwicklung.

Da im Bereich der Sozialpolitik sowohl öffentliche als auch freie Träger nach Maßgabe des Subsidiaritätsprinzips tätig sind, ist es von wesentlicher Bedeutung für die Wirksamkeit der erforderlichen Maßnahmen, daß die inhaltlichen und räumlichen Vorstellungen abgestimmt und zu gemeinsamen Konzepten verarbeitet werden. Nur dadurch läßt sich sicherstellen, daß durch gegenseitige Ergänzung und Unterstützung die vorhandenen Mittel und Möglichkeiten im Interesse der gemeinsam angestrebten Ziele optimal und rationell eingesetzt werden. Leitschnur dieser Konzepte ist das Bemühen, im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips bestehende Benachteiligungen einzelner Gruppen von Bürgern abzubauen und vor allem Hilfe zur Selbsthilfe zu gewähren.

2. Gesundheit

Die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit der Bürger sowie der gezielte Abbau krankheitsfördernder Faktoren der Umwelt ist eine Aufgabe, die ständig erhebliche Leistungen der öffentlichen Hand erforderlich macht. Dabei muß es Ziel der kommunalen Gesundheitspolitik sein, auch auf dem Gebiet des Gesundheitswesens Chancengleichheit herzustellen. Sie muß allen Gruppen der Bevölkerung die Möglichkeit eröffnen, unabhängig von der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit alle verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse, technischen Geräte und Einrichtungen der Krankenpflege zu nutzen.

2.1 Ausgangssituation

Im großstädtischen Verdichtungsraum nehmen die gesundheitsgefährdenden Belastungen der Bevölkerung vor allem durch Umweltverschmutzung, Streß im Berufsleben sowie mangelnde Wohn- und Wohnumfeldqualität immer mehr zu. Besonders sozial schwache Bevölkerungsgruppen, junge und ältere Menschen, die aufgrund mangelnder Information über Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten diesen Belastungen und deren Folgen weder durch Wohnungs- oder Arbeitsplatzwechsel noch durch gezielte Ausgleichsaktivitäten ausweichen können, sind stark gefährdet.

Im Bereich psychischer Krankheiten mit ihren negativen Folgeerscheinungen wie Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, Kriminalität und Verwahrlosung besonders von Jugendlichen wirken sich diese Faktoren besonders nachteilig aus, ohne daß derzeit in ausreichendem Maße entsprechende Behandlungseinrichtungen geschaffen und Abwehrmaßnahmen ergriffen werden und die Bereitschaft der Bevölkerung zur ärztlichen Behandlung vergrößert wird.

2.1.1 Ambulante medizinische Versorgung²:

In München waren Ende 1974 über 726 praktische Ärzte, 1.295 Fachärzte und 994 Zahnärzte niedergelassen.

Die Versorgung der Münchner Bevölkerung mit praktischen Ärzten hat sich gegenüber 1955 verschlechtert.

Kamen 1955 auf einen praktischen Arzt nur 1.636 Einwohner, so sind es derzeit 1.839.

Erheblich verbessert hat sich demgegenüber die Versorgung mit Fachärzten. Während ein Facharzt im Jahre 1955 durchschnittlich 2.152 Münchner zu versorgen hatte, sind es heute nur noch 1.031.

Wie die beiliegende Karte (Abb. VI - 1) zeigt, ist die Versorgung mit Ärzten im Stadtgebiet München extrem unterschiedlich. Dabei ist besonders die unterschiedliche Versorgung mit praktischen Ärzten, bei denen eine relative Nähe zum Wohngebiet besonders wichtig ist, problematisch.

² Quelle: Münchner Statistik Heft 3/74 und Daten der Gesundheitsbehörde.

Wie in fast allen Bereichen der sozialen Infrastruktur zeigt sich auch im Bereich der ärztlichen Versorgung das bekannte Süd-Nord-Gefälle. Hat ein Arzt³ z.B. in Solln nur rd. 500 — 600 Patienten zu betreuen, so sind es z.B. in Allach-Untermenzing ca. viermal soviel.

Im Bereich der Arzneimittelversorgung ist besonders eine relativ schlechte Ausstattung der Stadtrandgebiete mit Apotheken festzustellen. Eine Tatsache, die für die dortige Wohnbevölkerung insbesondere zu Nachtzeiten und an Wochenenden ein großes Problem darstellt.

2.1.2 Stationäre Krankenversorgung

Mit dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) vom 29.6.1972 hat sich für die Krankenhausplanung eine völlig neue Rechtsgrundlage dahingehend ergeben, daß nunmehr eine verbindliche Bedarfsplanung erforderlich ist. In Bayern geschieht dies durch den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern, der damit auch den Ausgangspunkt und die verbindliche Rechtsgrundlage für Krankenhausplanungen und Organisationsveränderungen im Bereich der Landeshauptstadt München bildet.

Den Münchner Bürgern stehen in stationären Einrichtungen gegenwärtig 14.850 Betten zur Verfügung.

Davon entfallen

auf die städtischen Krankenhäuser 4.876 Betten

auf die staatlichen Kliniken 4.256 Betten

auf die Kreiskrankenhäuser (Pasing und Perlach) 638 Betten

auf die Einrichtungen freigemeinnütziger Träger 3.000 Betten

auf die privaten Kliniken 2.080 Betten.

In Planung und teilweise schon im Ausbau befinden sich folgende weitere stationäre Einrichtungen:

Krankenhaus Bogenhausen (1.260 Betten)

Klinikum Collegium Augustinum (1.230 Betten)

Klinikum Großhadern (1.500 Betten).

Die städtischen Großkrankenhäuser und die Universitätskliniken haben jede nach dem Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis mögliche Hilfe diagnostischer und therapeutischer Art zu geben und müssen deshalb auch die entsprechenden hochdifferenzierten medizinisch-technischen Einrichtungen Vorhalten. Ihr Einzugsbereich erstreckt sich deshalb über die Grenzen der Landeshauptstadt München hinaus. Über 25 % der Betten in städtischen Krankenhäusern sowie rund 50 % der Betten in den Universitätskliniken sind ständig durch Nichtmünchner Patienten belegt.

Ohne Berücksichtigung der geplanten Projekte Krankenhaus Bogenhausen und Klinikum Collegium Augustinum besteht gegenwärtig noch ein Defizit an Krankenhausbetten, die allen krankenhaushygienischen Erfordernissen entsprechen. Dies zeigt am deutlichsten die Tatsache, daß heute in den städtischen Krankenhäusern noch rund 500 Betten dem gesetzlichen "Planbettenbegriff"

nicht genügen, daß sich rund 25 % der Betten in städtischen Krankenhäusern in Fünf- und Mehrbettzimmern befinden und daß darüber hinaus in Zeiten erheblicher Belastung Patienten auch noch in zusätzlich eingeschobenen Notbetten untergebracht werden müssen.

2.1.1 Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten

Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen werden — obwohl sie, wie z.B. die Krebsvorsorgeuntersuchungen, von den Krankenkassen gezahlt werden — bisher nur von einem geringen Prozentsatz der Bevölkerung in Anspruch genommen. Die Ursachen hierfür liegen einmal in der mangelnden Aufklärung der Bevölkerung, zum anderen aber auch in der zwangsläufig unzureichenden Ausstattung der ärztlichen Praxen und in der bisher wegen der fehlenden Rechtsgrundlagen mangelnden Einbeziehung der Gesundheitsvorsorge in die Krankenhäuser.

2.1.3 Betreuung und Beratung psychisch Kranker

Im Vergleich zur Behandlung physisch Kranker wird der Betreuung, Beratung und Behandlung von psychisch Erkrankten ein zu geringer Stellenwert beigemessen.

Darüber hinaus ist die bisherige Überbetonung der stationären Behandlung bei der Behandlung psychisch Kranker in großen geschlossenen Krankenhäusern nicht geeignet, das Negativeimage, das Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung in der Meinung der Bevölkerung im allgemeinen anhängt, abzubauen und die Bereitschaft zu stärken, schon im Frühstadium ernsthafter Erkrankungen ärztliche und therapeutische Hilfe aufzusuchen.

Das führt — neben dem Fehlen ausreichender ambulanter Vor- und Nachsorgeeinrichtungen — dazu, daß die Patienten vielfach erst in einer weit fortgeschrittenen, von der Behandlung her teureren und hinsichtlich der Rehabilitationsaussichten problematischeren Phase der Krankheitsentwicklung in ärztliche Betreuung kommen.

2.1.4 Aufklärung der Bevölkerung

Die zunehmende Gefährdung der Gesundheit der Bevölkerung in allen Lebensbereichen fordert eine verstärkte Aufklärung der Bürger über die Folgen von Mehrfachbelastungen, über mögliche Abwehrmaßnahmen gegen Krankheiten und über ein gesundheitsgerechtes Verhalten. Hier wird in Zukunft ein wesentlicher Schwerpunkt kommunaler Gesundheitspolitik liegen müssen.

2.2 Ziele der Münchner Gesundheitspolitik

2.2.1 Die bisher ungleichmäßige ambulante medizinische Versorgung des Stadtgebietes ist abzubauen, was nur langfristig möglich sein wird. Das gilt insbesondere für die Versorgung mit Kassenärzten und mit Apotheken.

2.2.2 Im Bereich der stationären ärztlichen Versorgung liegt das Hauptgewicht der Krankenhausplanung auf

der endgültigen Bedarfsdeckung,

der entscheidenden Qualitätsverbesserung, um den im Krankenhausbedarfsplan festgelegten Erfordernissen in vollem Umfang gerecht zu werden,

der Deckung des Ersatzbedarfes, der durch die Aufhssung der Krankenhäuser⁴

⁴ Diese Krankenhäuser sind im Krankenhausbedarfsplan nur mehr befristet längstens bis zur Inbetriebnahme des Krankenhauses Bogenhausen aufgenommen.

Oberföhring, Pappenheimstraße und Kempfenhausen sowie durch die grundlegende Modernisierung und Sanierung des Krankenhauses Schwabing entsteht.

Zur Verbesserung der Situation der psychisch und psychosomatisch Erkrankten und zur Ermöglichung der gleichzeitigen Behandlung mehrfach erkrankter Patienten sind in Abstimmung mit dem Krankenhausbedarfsplan psychiatrische und psychosomatische Abteilungen in die Allgemeinkrankenhäuser zu integrieren.

- 2.2.3 Die medizinische Vorsorge und Beratung und die Information der Öffentlichkeit muß in der städtischen Gesundheitspolitik breiten Raum einnehmen. Der weitere Ausbau des Beratungswesens — über die Mütterberatung und die Beratung von Suchtkranken und Drogenabhängigen hinaus — und eine verstärkte allgemeine Öffentlichkeitsarbeit über Gesundheitsprobleme sind daher erforderlich.

Bei der jeweiligen Konzeption von Beratungs- und Vorsorgeeinrichtungen ist die Sozialstruktur des Einzugsbereichs zu berücksichtigen. Beratungs- und Vorsorgeeinrichtungen müssen so ausgestattet werden, daß sie den spezifischen Bedürfnissen der jeweiligen Besucher gerecht werden.

Bei der Organisation und der personellen Besetzung dieser Beratungsstellen muß weiterhin der Erkenntnis Rechnung getragen werden, daß sehr viele Erkrankungen und Anomalien nicht nur physische Ursachen haben, sondern häufig psychisch bedingt oder mitbedingt und auf Einwirkungen des sozialen Umfeldes zurückzuführen sind. Unter diesem Blickwinkel kommt

dem schulärztlichen und schulzahnärztlichen Dienst sowie

der Verbesserung der Schulaufnahmeuntersuchung und

der psychiatrischen Betreuung einschließlich Vor- und Nachsorge

besondere Bedeutung zu.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit im Bereich der Gesundheitsvorsorge muß der Sicherheit der Arbeitsplätze gelten, um die hohe Zahl der Arbeitsunfälle zu senken. Hier wird insbesondere dem werkärztlichen Dienst vermehrte Aufmerksamkeit zugewendet werden müssen.

2.3 Maßnahmen der Gesundheitspolitik

- 2.3.1 Den Abbau der ungleichmäßigen medizinischen Versorgung des Stadtgebietes kann die Stadt nicht unmittelbar gewährleisten, da sie keinen direkten Einfluß auf die Standortwahl bei Arztpraxen und Apotheken hat.

Sie muß daher versuchen,

durch gezielte Kontakte mit den zuständigen Kammern und
Standesorganisationen

durch die Förderung von Bestrebungen der medizinischen Betreuung in Form
von Gemeinschaften (Gruppenpraxis, Apparategemeinschaft u.a.)

Standortsentscheidungen zugunsten von bisher unterversorgten Bereichen des
Stadtgebietes herbeizuführen.

Durch eine verbesserte Organisation des Apothekennotdienstes wird versucht, die Arzneimittelversorgung insbesondere nachts und an Wochenenden auch für die Bewohner der Außenbereiche des Stadtgebietes zu zumutbaren Bedingungen sicherzustellen.

- 2.3.2 Im stationären Bereich werden zur noch besseren Auslastung der Bettenkapazität und damit zur Senkung des Investitionsbedarfs für zusätzliche Krankenhausbetten insbesondere folgende Maßnahmen eingeleitet mit dem Ziel, die aufwendige stationäre Krankenhausbehandlung auf das zwingend Notwendige zu beschränken:

Die Krankenhäuser sollen entlastet und insbesondere die Verweildauer reduziert werden, vor allem durch

- Errichtung von Nachsorgeeinrichtungen in enger räumlicher und örtlicher Anbindung an ein Haupthaus,
- Einrichtung von Tag- und Nachtkliniken,
- Erweiterung der halbstationären Diagnostikformen und ambulanter Nachbehandlung,
- Verbesserung der Kooperation von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern,
- Schaffung bzw. Verbesserung der Möglichkeiten zur gemeinsamen Aufnahme von Mutter und Kind,
- Einrichtung von Praxiskliniken und Gruppenpraxen in den einzelnen Stadtteilzentren,
- Einrichtung von Sozialstationen in den einzelnen Stadtteilzentren,
- Entwicklung von geeigneten Systemen der Hauskrankenpflege,
- weiteren Ausbau von Einrichtungen für die medizinische und berufliche Rehabilitation,
- Ausbau von Alten- und Pflegeheimen.

Die Organisation und Verwaltung der Krankenhäuser soll wirksamer gestaltet werden durch

- Bildung von Schwerpunkten für aufwendige und hochdifferenzierte medizinisch-technische Einrichtungen und spezielle Fachbereiche (Nuklearmedizin, klinische Chemie, Angiographie, Hygieneteams),
- Schaffung eines ärztlichen Konsiliarverbundes, der alle städtischen Krankenhäuser umfaßt,
- Einführung der elektronischen Datenverarbeitung für den medizinischen und Verwaltungsbereich.
- Steuerung der Auslastung aller Krankenbetten durch zentralen Bettennachweis (Rettungsdienstgesetz).

- 2.3.3 Im Bereich der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsberatung sind vor allem folgende Maßnahmen geplant:

Ausstattung der geplanten Stadtteilzentren mit Gesundheitsberatungsstellen⁵. Beim Aufbau wird Priorität den Stadtteilen eingeräumt werden müssen, bei denen der Anteil der sozial schwachen, auf öffentliche Hilfe besonders angewiesenen Bevölkerung besonders hoch liegt. Dabei muß auch darauf geachtet werden, ausländischen Mitbürgern, die die deutsche Sprache nicht beherrschen, den Zugang zu erleichtern.

Sinnvolle Koordination der Arbeit der praktizierenden Ärzte, der Krankenanstalten und des behördlichen Gesundheitsdienstes mit dem Ziel, die Gesundheitsvorsorge zu intensivieren,⁶

Erhöhung der Effektivität der bisherigen Beratungsstellen durch Anpassung der Konzeption, der Arbeitsweise und der personellen Besetzung an die spezifischen Bedürfnisse der Wohnbevölkerung des jeweiligen Einzugsbereiches.

Verbesserung der Information und Aufklärung der Bevölkerung über die Folgen von Mehrfachbelastungen, über mögliche Abwehrmaßnahmen gegen Krankheiten, über ein gesundheitsgerechtes Verhalten sowie vor allem auch über die Notwendigkeit von Gesundheitsvorsorge und über die konkreten Angebote auf diesem Sektor.

Alle Maßnahmen im Bereich der Gesundheitspolitik sind darauf auszurichten, die Planungen und Aktivitäten der verschiedenen Träger der Gesundheitseinrichtungen in der Stadt und im Umland möglichst zu koordinieren, um einen optimalen Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel zu erreichen.

3. Schaffung und Sicherung angemessener Entfaltungsmöglichkeiten für Familien

3.1 Ausgangssituation

3.1.1 Funktion der Familie

Die intakte Familie ist der wichtigste Bezugspunkt für das Kind und den Jugendlichen. Darüber hinaus bietet sie soziale Daseinsvorsorge in einer Qualität, wie sie von anderen Institutionen in der Regel nicht bereitgestellt werden kann. Aufgabe einer familiengerechten Sozialpolitik ist es daher, dafür Sorge zu tragen, daß Familien auch in einer konsumorientierten Gesellschaft in der Lage sind, diese Funktionen voll auszufüllen.

Städtische Entwicklungsplanung kann dieses Ziel nicht unmittelbar erreichen, sondern nur mittelbar durch eine Verbesserung der städtischen Lebensbedingungen in den Bereichen, die für die Entwicklungsbedingungen der Familie bestimmend sind. Damit wird auch in diesem Zusammenhang die Dringlichkeit deutlich, mit der es gilt, die Wohnumfeldqualität in der Stadt zu verbessern⁷.

5 Diese gesundheitsbezogenen Beratungsstellen sollten im Interesse hoher Attraktivität nach Möglichkeit mit anderen Beratungsfunktionen (Erziehungsberatung, Mütterberatung, Altenbetreuung u.ä.) integriert werden.

6 Sie kann von den niedergelassenen Ärzten häufig nicht in dem wünschenswerten Umfang durchgeführt werden, weil sie nicht über die für großangelegte Untersuchungen nötigen technischen und labormäßigen Hilfsmittel verfügen. Elektronische Datenverarbeitung und computergesteuerte Labors z. B. ermöglichen derartige Untersuchungen. Sie können aber aus Kostengründen in der Regel nur zentral für bestimmte Bereiche der gesundheitlichen Betreuung (Gesundheitsbehörde usw.) installiert werden und müssen daher dort auch künftig eingesetzt werden.

7 Vgl. Kapitel IV Wohnen

3.1.2 Funktionsverlust der Familie

Der in vielen Veröffentlichungen und Analysen festgestellte sog. "Funktionsverlust der Familie" ist sowohl Folge als auch Ursache der Entwicklung der Lebensverhältnisse in der technisierten und urbanisierten Welt. Die häufig festzustellende Unfähigkeit der Familie, die erforderlichen Entfaltungsbedingungen für Kinder und Heranwachsende zu gewährleisten, hat häufig ihre Ursachen in unzureichenden, nicht familiengerechten Wohnungen; in beruflich überbeanspruchten Eltern oder Müttern, die mitverdienen müssen; in einer kinderfeindlichen Umwelt, in den Einwirkungen der Massenmedien und ähnlichem. Folge davon ist, daß Einrichtungen der öffentlichen Hand gefordert werden, um die im familiären Bereich entstehenden Mängel auszugleichen. Dabei können diese Einrichtungen rückwirkend durch entsprechende Außenorientierung der Familienmitglieder selbst zu einem weiteren Funktionsverlust der Familie führen.

Die wesentlichen Ursachen der Entwicklung zur Kleinfamilie sind zu sehen

in der Veränderung der Produktionsweise durch den Wegfall der Familie als Produktionsgemeinschaft,

im Anwachsen der beruflichen und regionalen Mobilität, die wachsende Anteile der Berufstätigen mehrfach im Leben zum beruflichen Standortwechsel zwingt,

schließlich in der Struktur des Wohnungsangebotes, die es — selbst wenn die anderen Bedingungen gegeben wären — nur in relativ wenigen Fällen zuläßt, daß Großeltern und erwachsene Kinder zusammen unter dem gleichen Dach leben.

Folge ist nicht nur der Wegfall der sozialisierenden Funktion des größeren Familienverbandes, sondern auch der Wegfall einer Instanz, die wesentliche Aufgaben der Daseinsvorsorge leistet: Beaufsichtigung der Kinder, wirtschaftliche Unterstützung, Krankenversorgung, Aufnahme, Versorgung und Pflege älterer Mitglieder und viele andere. Auch hier hat die öffentliche Hand Sorge zu tragen für den Ausgleich der so entstehenden Defizite durch ein differenziertes Angebot von Dienstleistungen und Vorhaltung entsprechender Kapazitäten in öffentlichen Einrichtungen von der Säuglingskrippe bis zum Altenpflegeheim.

Dabei werden viele der beschriebenen Entwicklungen begleitet durch erhebliche physische und seelische Belastungen, die in der Regel als Probleme der Betroffenen verdrängt werden und — da schwer meßbar — in öffentlichen Bilanzen nicht erscheinen, von einer sozial orientierten Entwicklungspolitik aber nicht vernachlässigt werden dürfen. Dies um so weniger, als viele dieser individuellen Probleme auf Umwegen für die öffentliche Hand investitions- und planungsbedeutsam werden, indem sie eine verstärkte Nachfrage nach öffentlichen Leistungen auslösen.

3.2 Ziele familienorientierter Sozialpolitik

Kommunale Planung hat nur sehr beschränkte Möglichkeiten, auf die dargestellten, in allen modernen Gesellschaften zu beobachtenden Entwicklungen Einfluß zu nehmen. Im Sinne einer Politik des sozialen Ausgleichs muß sie jedoch die ihr gegebenen Möglichkeiten nutzen, der Familie in der dargestellten Doppelfunktion dort Existenz und Entwicklungschancen zu sichern, wo diese gefährdet sind.

Dabei ist von folgendem Grundgedanken auszugehen:

Sie muß in verstärktem Maße bemüht sein, Benachteiligungen bestimmter Familien (z.B. Kinderreiche, Ausländer, Obdachlose, unvollständige Familien, Familien mit Behinderten) abzubauen;

sie muß bemüht sein, die Ursachen der Benachteiligungen (z.B. durch Schaffung familienfördernder Versorgungseinrichtungen und ausreichende Infrastruktur) abzubauen;

sie muß die sozial- und gesellschaftspolitische Funktion der Familie aktivieren, stärken und stützen.

3.3 Maßnahmen

3.3.1 Wohnungspolitik

Kommunale Wohnungspolitik muß — wie schon in anderen Zusammenhängen dargestellt — als wesentliches Ziel beinhalten, die Versorgung nicht nur mit standortgünstigen und preiswerten Wohnungen sicherzustellen; diese Wohnungen müssen auch so beschaffen sein, daß sie familiengerecht sind. Das bedeutet, daß sie nach Größe und Gliederung ausreichend Entfaltungs- und Rückzugsmöglichkeiten für die einzelnen Familienmitglieder gestatten; daß es dort, wo gewünscht, möglich ist, in der Wohnung oder in benachbarten Kleinwohnungen auch Großeltern und andere Familienmitglieder aufzunehmen; daß das Wohnumfeld kindergerecht ist; daß ein Mietpreisniveau sichergestellt ist, das die Mitarbeit der Mütter nicht zum absoluten Zwang werden läßt; daß Belastungen des Wohnens durch Lärm oder andere Störfunktionen im Rahmen des Möglichen ausgeschaltet werden oder bleiben. Ausländischen Familien muß im Rahmen des Möglichen Gelegenheit gegeben sein, ihren so- zio-kulturellen Traditionen entsprechend zu leben.⁸

3.3.2 Versorgungseinrichtungen

Die Standortpolitik für Versorgungseinrichtungen muß von dem Ziel ausgehen, bestmögliche Erreichbarkeit für die Nachfrager sicherzustellen und Mobilitätswänge abzubauen. In allen Bereichen der Stadt muß eine gute Versorgung mit den Einrichtungen des täglichen und gelegentlichen Bedarfs sichergestellt sein, Unterversorgungssituationen müssen mit Vorrang abgebaut werden.⁹

3.3.3 Infrastruktur

Die Versorgung mit öffentlicher Infrastruktur muß im Sinne des Defizitausgleichs mit Schwergewicht und gezielt dort verbessert werden, wo benachteiligte Gruppen konzentriert sind (einkommensschwache, bildungsferne Gruppen, ausländische Familien).¹⁰

3.3.4 Arbeitsplätze

Neue Arbeitsplätze — vor allem auch solche für Frauen und Halbtagskräfte — sind im Rahmen des Möglichen in erreichbarer Nähe der Wohnbereiche anzusiedeln, in denen Bedarf hierfür besteht. Dabei sollte auf ein differenziertes Angebot (Beruf, Alter) geachtet werden.¹¹

8 Vgl. Kapitel IV Wohnen.

9 Vgl. Kapitel III Polyzentrische Stadtentwicklung.

10 Vgl. Kapitel IX Infrastruktur.

11 Vgl. Kapitel V Wirtschaft.

3.3.5 Freizeitmöglichkeiten

Durch den Ausbau der Stadt als Freizeitraum und die Verbesserung der Ausstattung des Wohnumfeldes mit Freizeiteinrichtungen müssen Freizeitmöglichkeiten auch für Familien geschaffen oder verbessert werden. Die für die Nutzung entstehenden Kosten müssen angemessen sein.¹²

3.3.6 Verkehrssystem

Der Ausbau des Verkehrssystems muß dem Ziel dienen, Mobilitätswänge zu reduzieren und Wegzeiten (zum Einkäufen, zur Arbeitsstätte etc.) zu verringern, um auf diese Weise auch Belastungen der Familie abzubauen.¹³

4. Jugendarbeit

Wie sich aus dem vorhergehenden Abschnitt ergibt, hat die Jugendarbeit vornehmlich zwei Aufgabenstellungen:

optimale Bedingungen für die Münchner Jugend zu schaffen;

die Wirksamkeit bisher geleisteter Jugendhilfe im Hinblick auf den gesetzlichen Auftrag zur Sicherung des Erziehungsanspruchs aller Kinder und Jugendlichen ständig kritisch zu überprüfen, d.h. festzustellen, inwieweit die Institutionen der Jugendhilfe ihrer Aufgabe unter Beachtung und Anerkennung der Leistungen anderer Erziehungsträger gerecht werden.

Wichtigstes Ziel kommunaler Jugendarbeit muß es sein, sofern andere Einrichtungen oder Verbände nicht vorhanden oder nicht geeignet sind, die Voraussetzungen für Erziehungs- und Lernprozesse zu schaffen, die den Jugendlichen zur kritisch mitgestaltenden Teilnahme am sozialen Leben befähigen.

Von diesem Oberziel geht auch die Arbeitskommission aus, die aufgrund der Stadtratsbeschlüsse vom 28.2.1973 und 17.12.1974 damit beauftragt ist, einen kommunalen Jugendplan zu erarbeiten, der die Grundlage für die Weiterentwicklung der Einrichtungen und Maßnahmen der öffentlichen wie der freien Träger der Jugendhilfe in München sein soll.

4.1 Ausgangssituation

Aufgabe des in Arbeit befindlichen kommunalen Jugendplanes für die Landeshauptstadt wird es sein, die eingangs skizzierten Aufgaben für die Planungsbereiche zu konkretisieren, die für die körperliche, geistige und psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von Bedeutung sind. Dabei wird von folgenden Überlegungen ausgegangen:

4.1.1 Auswirkungen der familiären Umwelt

Die soziale und wirtschaftliche Situation der Eltern wirkt sich in erheblichem Umfang auf die Entwicklung des Kindes aus. So haben insbesondere beengte Wohnverhältnisse und die Bildungsferne einkommensschwacher Familien in Verbindung mit fehlender Einsicht in psychische und soziale Bedingungen von Erziehungsprozessen negative Folgen für die körperliche und geistige Entfaltung des Kindes. Hinzu kommt, daß gerade die sozial Schwachen die öffentlichen Einrichtungen und Dienstleistungen nicht im erforderlichen Umfang in Anspruch nehmen (Kosten, fehlende Information usw.), obwohl vor allem sie diese am dringendsten benötigen würden (z.B. Kindergärten, Beratung).

¹²Vgl. Kapitel VIII Freizeit, Erholung, Sport und Kultur

¹³ Vgl. Kapitel X Verkehr

Die Benachteiligung der Kinder einkommensschwacher Familien wird dadurch verschärft, daß vorwiegend ihre Mütter zur Berufstätigkeit gezwungen sind. Viele Untersuchungen haben nachgewiesen, daß das Problem fehlender emotionaler Zuwendung durch Krippen, Horte oder andere Einrichtungen letztlich nicht gelöst werden kann, sondern nur durch Beschränkung der mütterlichen Abwesenheit oder durch andere Bezugspersonen, die die Funktion der Mütter erfüllen. Damit wird die enge Verbindung dieses Problemkreises mit den Problemen der Wohnungsversorgung (hohe Mieten machen das Mitverdienen der Ehefrau erforderlich) oder der Erreichbarkeit eines differenzierten Arbeitsplatzangebotes von den Schwerpunkten des Wohnens (weite Wege für berufstätige Mütter) unmittelbar deutlich.

4.1.2 Auswirkungen der außerfamiliären Umwelt

Die Voraussetzungen für eine wünschenswerte Entwicklung können nicht nur im familiären Erziehungsfeld, sondern ebenso in den anderen Lebensbereichen fehlen, die entscheidend für die Entwicklung des Kindes oder des Heranwachsenden sind, wie

Kindergarten

Schule

Ausbildungsstätte und Arbeitsplatz

Freizeit — Wohnumgebung — Freundesgruppen.

Die für die geistige und körperliche Entwicklung und die Vermeidung von Kriminalität notwendigen Lernprozesse erfordern eine in quantitativer und qualitativer Hinsicht umfassende Befriedigung der kognitiven, emotionalen, motorischen und sozialen Bedürfnisse des Heranwachsenden. Diese Voraussetzungen sind in großstädtischen Verdichtungsräumen im allgemeinen und in bestimmten Bereichen der Städte im besonderen gefährdet. Dazu zählen vor allem Neubauquartiere, die schlecht mit Infrastruktureinrichtungen ausgestattet sind, und die durch bauliche und soziale Umstrukturierungen bedrohten Innenstadtrandgebiete.

4.1.3 Auswirkungen der städtischen Umwelt

Die Freizeit bietet dem Heranwachsenden einerseits die Chance der Selbstverwirklichung, andererseits die Möglichkeit, künftige Rollen zu erlernen und einzuüben. Deshalb stellt sich der kommunalen Jugendarbeit primär die Frage nach den Voraussetzungen und Bedingungen, unter denen solche Erfahrungen gemacht werden können. Dabei ist davon auszugehen, daß die Umwelt im umfassenden Sinne die entscheidende Bedeutung für die Entfaltung von Kindern und Jugendlichen spielt. Die Verbesserung der Umweltbedingung stellt deshalb eine wesentliche Forderung der Jugendarbeit der Landeshauptstadt München dar.

4.2 Ziele der kommunalen Jugendarbeit

Für die Jugendarbeit der Landeshauptstadt leiten sich hieraus die folgenden Forderungen ab (vgl. auch den Abschnitt Familie):

4.2.1 Infrastrukturausbau

Beim weiteren Ausbau der Infrastruktur, die für die Erziehung von Kindern und Jugendlichen von Bedeutung ist, ist besondere Priorität den Stadtbereichen einzuräumen, die nach ihrer Baustruktur, ihrer Ausstattung und der sozialen Schichtung ihrer Bewohner benachteiligt sind.

4.2.2 Arbeitsplätze

Im Sinne des Abbaus der heutigen einseitigen Konzentration qualifizierter Arbeitsplätze in wenigen Stadtbereichen ist bei der künftigen Verteilung der Nutzungen darauf Wert zu legen, daß ein differenziertes Arbeitsplatzangebot — auch für Frauen und Halbtagskräfte — in allen Stadtbereichen, d.h. auch in der Nähe der Wohnbereiche verfügbar wird; auf diese Weise kann durch die Verkürzung der Fahrwege die Abwesenheit berufstätiger Mütter erheblich reduziert werden. Der Verhinderung von Jugendarbeitslosigkeit ist besonderes Gewicht beizumessen.

4.2.3 Wohnungspolitik

Die Planung und der Bau von Wohnungen sowie die Gestaltung des Wohnumfeldes muß stärker als bisher auch an den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen orientiert werden; im Rahmen der der Stadt gegebenen Möglichkeiten ist darauf hinzuwirken, die Standards diesen Bedürfnissen anzupassen; gleiches gilt für die Gestaltung und Lokalisierung von Einrichtungen der außerfamiliären Erziehung (Kindergärten, Schulen etc.).

4.2.4 Freizeitmöglichkeiten

Für die bereits bestehenden Einrichtungen der Jugendarbeit und die stadtteilbezogene Verbesserung der Freizeitmöglichkeiten im Wohnumfeld sind — auf der Grundlage laufender Untersuchungen — Konzeptionen zu entwickeln, die das Engagement der freien Träger, auch der Kirchen, stützen und stärken; jugendspezifische Maßnahmen müssen integraler Bestandteil der Planungen zum Ausbau der Stadt als Freizeitraum sein.

5. Versorgung alter Menschen

5.1 Ausgangssituation

Der Anteil der über 65jährigen wird bis 1985 auf ca. 18 % ansteigen (1973: 12,4 %). Diese Entwicklung bildet eine große Herausforderung, denn es gilt, dem älteren Menschen das Leben in seiner vertrauten Umgebung so lange wie möglich zu erhalten und ihn nicht ausschließlich zum Empfänger von Hilfsmaßnahmen zu degradieren. Gegen wärtig reichen z.B. die vorhandenen Pflegemöglichkeiten weder aus, noch sind sie in der Lage, mögliche Verbesserungen der gesundheitlichen Situation zu erreichen.

Leitziel aller kommunalen Maßnahmen für alte Menschen muß es deshalb sein, die Selbständigkeit und soziale Integration der alten Menschen zu erhalten oder wiederherzustellen. Dies bedeutet, daß intensive geriatrische Behandlung und aktivierende Pflege an die Stelle der nur pflegerischen Betreuung treten muß. Die Schaffung von Einrichtungen, in denen spezifische Behandlung möglich ist, ist daher erforderlich.

Gleichzeitig besteht nur noch für einen — immer kleiner werdenden — Teil der Alten die Chance, den Lebensabend im Verband der Familie zu verbringen. Ursache hierfür ist nicht nur die bereits erwähnte Pflegebedürftigkeit vieler alter Menschen; wichtigeres Hindernis ist offensichtlich die wachsende Abneigung der jüngeren Generation gegen ein Zusammenleben mit Alten. Hinzu tritt als weiteres Hindernis, daß viele Wohnungen zu knapp geschnitten sind, um alte Eltern oder einen Elternteil dauernd aufnehmen zu können.

Öffentliche Institutionen müssen daher Hilfe, Betreuung und Pflege der Alten sicherstellen — Dienste, die früher innerhalb des Familienverbandes „erwährleistet“ waren (vgl. auch den vorausgehenden Abschnitt 'Familie').

Besonders stark sind die älteren Bürger von Wohnungsmarktproblemen betroffen. Ihre finanzielle Situation ist meist relativ schlecht, so daß sie in ihren Altbauwohnungen mit relativ niedrigem Wohnkomfort bleiben müssen. Außerdem sind alte Menschen eher dazu bereit, sich mit niedrigerem Komfort abzufinden, als die gewohnte Umgebung aufzugeben. Unvermeidbare Wohnungsänderungen mit großer Entfernung zwischen neuem und altem Wohn- und Kommunikationsumfeld schaffen psychische Belastungen, die nur unter Schwierigkeiten überwunden werden und häufig Ursachen psychosomatischer Krankheitsbilder sind. Nur selten ist der alte Mensch in der Lage, sich mit der neuen Umwelt zu identifizieren und am neuen Wohnungsstandort Kontakte herzustellen, die die abgebrochenen voll ersetzen können. Dieser Verlust ist um so höher anzusetzen, als er durch ihn wesentliche Grundlagen seiner psychischen und sozialen Sicherheit verliert.

Die durch das Leistungsprinzip geprägte Einstellung zum Alter und der "Kult der Jugendlichkeit" verstärken in hohem Maße den psycho-sozialen und körperlichen Rückzugsprozeß alter Menschen. Klischeevorstellungen vom Alter, wie reduzierte Leistungsfähigkeit, verdienter Ruhestand usw., führen über die Anpassung an diese Klischees zu Inaktivität und Lethargie.

5.2 Ziele kommunaler Sozialpolitik für alte Menschen

Eine Sozialpolitik, die den alten Menschen nicht ausschließlich zum passiven Empfänger von Hilfsmaßnahmen degradiert, sondern ihm gleiche Chancen der Selbstverwirklichung wie dem jungen Menschen einräumt, hat im wesentlichen das Ziel, durch Hilfe zur Selbsthilfe

- a) die Selbständigkeit zu erhalten oder nach Möglichkeit wiederherzustellen,
- b) die gesellschaftliche Integration zu erhalten und zu fördern,
- c) die aktive Teilnahme am Leben zu fördern,

Die Erreichung dieser Ziele hat zur Voraussetzung

die Veränderung der Einstellungen und Erwartungen, die die Gesellschaft dem älteren Menschen entgegenbringt;

die Veränderung des Selbstverständnisses des älteren Menschen (das sehr weitgehend durch die Einstellungen geprägt ist, die man ihm entgegenbringt);

entsprechende Einrichtungen und Maßnahmen der Altenhilfe.

5.3 Maßnahmen

Diese Ziele sollen durch folgende Maßnahmen verwirklicht werden:

5.3.1 Alten-Service-Zentren

Alten Service-Zentren sollen in der Zukunft die Funktion zentraler Dienstleistungseinrichtungen für ältere Menschen übernehmen. Im Stadtgebiet ist ein Netz solcher Service-Zentren¹⁴ aufzubauen. Ihre Funktion ist es,

die älteren Menschen in den angestammten Wohnungen mit angemessenen ambulanten Dienstleistungen zu versorgen;

¹⁴ Das Grundmodell eines Service-Zentrums ist in der "Problemstudie zur Situation alter Menschen in München" beschrieben. Dieses Konzept soll neu überarbeitet werden. Es ist daran gedacht, 4 Typen von Zentren mit unterschiedlicher Kombination der angebotenen Funktionen zu entwickeln, um die Größe des Einzugsbereichs, die besonderen Bedürfnisse eines Einzugsbereichs und seine bestehende infrastrukturelle Ausstattung berücksichtigen zu können; vgl. Problemstudie zur Situation alter Menschen in München, Sozialreferat der Landeshauptstadt München, 1972.

eine Reihe von Dienstleistungen anzubieten, die der gesundheitlichen Vorsorge und Nachsorge, der kulturellen Betreuung und Aktivierung dienen; hierzu gehört auch die Funktion, durch das Angebot an Dienstleistungen in der angestammten Umgebung den Druck auf die Altenheime zu mindern, der durch die Angst vor der mangelnden Versorgung im Krisenfall entsteht;

durch "Tageskliniken" Kurzzeitpflegefälle zu betreuen und wiederherzustellen, soweit sie nicht im Akutkrankenhaus untergebracht werden müssen.

Service-Zentren dieser Art bieten den Vorteil, daß für eine Vielzahl älterer Menschen der Bruch im Lebenslauf durch Umzug ins Altenheim entfallen würde, dessen psychologisch und soziologisch nachteilige Auswirkungen bekannt sind.

5.3.2 Gerontologisches Zentrum

Errichtung eines gerontologischen Zentrums¹⁵; dessen Funktionen bestehen in der Entwicklung von Forschungsansätzen in Zusammenarbeit mit den Service-Zentren, der Aufbereitung und theoretischen Verarbeitung der Ergebnisse und ihrer Teildisziplinen in Deutschland und dem Ausland. Die Erkenntnisse sollen für die Praxis der Service-Zentren und der übrigen Einrichtungen für das Alter nutzbar gemacht werden. Dem gerontologischen Zentrum wird ein Altenkrankenhaus angeschlossen sein.

5.3.3 Sanierung und Modernisierung der älteren Altenheime Münchens

Bisher galt das Altenheim bzw. die Pflegeabteilung als die Endstation, aus der es kein Zurück gibt. Die Konzeption der Modernisierung wird das konventionelle Altenheim in 3 Teilbereiche untergliedern:

Wohnbereich (Einzelzimmer und Ehepaarzimmer)

Behandlungs- und Pflegebereich (geriatrische Station) mit Rehabilitationseinrichtungen

Servicebereich (Service-Zentrum).

Das Aufgabenfeld des Altenheimes ist somit nicht mehr auf das Gebäude und seine Bewohner beschränkt, sondern erstreckt sich in das Stadtviertel hinein. Dies bedeutet, daß auch Bewohner, die nach einer Rehabilitation wieder in der eigenen Wohnung leben, vom Service-Zentrum aus weiter betreut werden können.

5.3.4 Schutz vor kommerzieller Ausnutzung

Um einer kommerziellen Ausnutzung des Alters entgegenzuwirken, sollte u. a. Einfluß auf den Bau und die Planung entsprechender Einrichtungen genommen werden. Dabei sind die im neuen Heimgesetz enthaltenen Möglichkeiten voll auszuschöpfen.

5.3.5 Kulturelle Betreuung

Die kulturelle Betreuung alter Menschen ist auf eine neue Grundlage zu stellen. Sie muß sich an der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit des älteren Menschen, seiner Lernfähigkeit, seinen unterschiedlichen und vielschichtigen Interessen orientieren und zugleich die Isoliertheit des alten Menschen und der Gruppe der Alten als Gesamtheit abbauen.

¹⁵ Vgl. hierzu: Sozialreferat der Landeshauptstadt München: Problemstudie zur Situation alter Menschen in München sowie Beschluß des Stadtrates der Landeshauptstadt vom 25.1.1973.

6. Behinderte

Als Grundlage für die Betreuung der anwachsenden Zahl von Behinderten sind neue Konzeptionen zu entwickeln. Beispielhaft sind in diesem Bereich die Arbeiten der referatsübergreifenden Kommission für Probleme der Behinderten. Diese Kommission bemüht sich darum, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die spezifischen Bedürfnisse der Behinderten bei allen städtischen Planungen berücksichtigt werden und generell zu einer Verbesserung der Integration der Behinderten in die Gesellschaft beigetragen wird. Darüber hinaus ist es Ziel einer umfassenden Sozialpolitik, eine Berücksichtigung der Bedürfnisse der Behinderten in allen Bereichen und bei allen öffentlichen Baumaßnahmen durchzusetzen.

In einem von der Kommission für Probleme der Behinderten dem Stadtrat am 9.7.1974 vorgelegten Zwischenbericht wird auf die Notwendigkeit der Erstellung eines kommunalen Behindertenplanes hingewiesen. Dieser Plan, mit dessen Vorarbeiten die Kommission beschäftigt ist, wird eine umfassende Grundlage für eine nachhaltige Verbesserung der Situation der Behinderten in der Landeshauptstadt bieten, die in einer verstärkten Integration der Behinderten und der Beseitigung von vermeidbaren Benachteiligungen bestehen wird.

7. Kommunale Ausländerpolitik

7.1 Ausgangssituation

In München leben derzeit etwa 230.000 Ausländer, das sind etwa 18 % der Gesamtbevölkerung.¹⁶

Die Situation dieses ausländischen Bevölkerungsanteils, der sich vor allem aus Arbeitnehmern zusammensetzt, wurde in der Problemstudie "Kommunalpolitische Aspekte des wachsenden ausländischen Bevölkerungsanteils in München"¹⁷ umfassend analysiert. Auf der Grundlage dieser Studie wurde im "Münchner Ausländerprogramm"¹⁸ ein Bündel von konkreten Zielen und Maßnahmen vorgeschlagen, die geeignet erscheinen, die Probleme abzubauen, die der Zuzug der Ausländer sowohl im Verhältnis zur einheimischen Bevölkerung als auch zur Kommune aufwirft. Mit dem Vollzug der dort vorgeschlagenen Maßnahmen ist inzwischen begonnen worden.

Ausländer, vor allem die sog. "Gastarbeiter", sind aufgrund der Regelungen des Aufenthaltsrechtes, der oft fehlenden Sprachkenntnisse und der Vorurteile, die bei Teilen der deutschen Bevölkerung gegen fremde Lebensarten bestehen, in ganz besonderem Maße den Schwierigkeiten ausgesetzt, die mit ungleichen Ausgangschancen und sozialer Isolation verbunden sind. Diese Schwierigkeiten werden dadurch verstärkt, daß die Ausländer aus verschiedenen Gründen bevorzugt in die Stadtviertel mit vergleichsweise niedriger Wohnqualität ziehen¹⁹, in denen vor allem Einrichtungen der sozialen Infrastruktur fehlen. Dazu kommt, daß es in der Vergangenheit versäumt wurde, dem Trend zur längeren Aufenthaltsdauer und der damit verbundenen Familienzusammenführung durch die Schaffung einer ausländer-spezifischen Infrastruktur (z.B. Begegnungsstätten, Betreuungszentren, fremdsprachliche Büchereien, Sprachförderungseinrichtungen usw.) Rechnung zu tragen. Der Rückgang des Wirtschaftswachstums und der derzeitige Anwerbestop für ausländische Arbeitnehmer aus den nicht zur Europäischen Gemeinschaft gehörenden Ländern haben zwar einen leichten Rückgang des Ausländeranteils in München ausgelöst, aber noch keinesfalls zu einer Situation geführt, die eine grundlegende Neuorientierung erlauben würde:

Der Nachholbedarf an kommunalen Leistungen für die bereits ansässigen ausländischen Mitbürger hat inzwischen einen Umfang angenommen, der allenfalls noch langfristig zu decken ist.

¹⁶ Stand Ende 1974, ohne "Illegale"; vgl. Kapitel I Bevölkerung

¹⁷ Arbeitsberichte zur Fortschreibung des Stadtentwicklungsplanes, Nr. 4, April 1972.

¹⁸ Beschluß der Vollversammlung vom 6. März 1974

¹⁹ Vgl. Kapitel I Bevölkerung

Dieser Nachholbedarf wurde bisher im Vertrauen darauf weitgehend ignoriert, daß sich die Ausländer nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten. Aller Voraussicht nach wird jedoch die deutsche Wirtschaft auf die Dauer gesehen nicht auf die Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer verzichten können. Ferner ist zu bedenken, daß ein erheblicher Teil der ansässigen Ausländer bereits vier und mehr Jahre hier lebt und arbeitet und aufgrund soziologischer und sozialpsychologischer Gegebenheiten mehr an einer Integration in die deutsche Umgebung als an einer Rückkehr ins Herkunftsland interessiert ist.

7.2 Ziele kommunaler Ausländerpolitik

Mindestanforderung an eine kommunale Ausländerpolitik, die sich nicht nur an wirtschaftlichen, sondern auch an sozialen Gesichtspunkten orientiert, muß die Bereitschaft sein, im Rahmen des Möglichen alles zu tun, um für die Ausländer, die legal in München ihrer Arbeit nachgehen, menschenwürdige Aufenthaltsbedingungen zu gewährleisten.

Oberstes Ziel ist es daher, die Voraussetzungen für eine umfassende Gleichbehandlung des ausländischen Bevölkerungsanteiles zu schaffen. Dieses Ziel kann nur dadurch erreicht werden, daß in ausreichendem Maße Leistungen und Möglichkeiten angeboten werden, die den ausländischen Arbeitnehmern Chancengleichheit in allen sozialen Bereichen eröffnen. Dieses Angebot hat aus humanitären wie auch aus gesamtwirtschaftlichen Gründen²⁰ auch Maßnahmen zu umfassen, die eine Integration der ansässigen integrationswilligen und integrationsfähigen Ausländer ermöglichen. Angesichts der Kosten dieser Integration sind diese Maßnahmen allerdings nur dann erfolgversprechend, wenn der weitere Zustrom ausländischer Arbeitnehmer in den Verdichtungsraum München begrenzt werden kann. Daneben werden sich auch die Arbeitgeber im Rahmen der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in einem stärkeren Maße als bisher an den Kosten der öffentlichen Hand, die durch die Ausländerbeschäftigung entstehen, beteiligen müssen. Die Gleichbehandlung der ausländischen Bevölkerung schließt auch Maßnahmen ein, durch die es ermöglicht wird, die Rückkehr derjenigen, die nicht integrationswillig und integrationsfähig sind, die also nur einen zeitlich begrenzten Arbeitsaufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland beabsichtigen, zu erleichtern und zu fördern.

7.3 Maßnahmen zur Gleichbehandlung der ausländischen Arbeitnehmer

7.3.1 Integration

Im Mittelpunkt des "Münchener Ausländerprogrammes" stehen die Maßnahmen, die zur Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familien als erforderlich angesehen werden. Dabei ist unter Integration nicht Eingliederung um jeden Preis zu verstehen, sondern ein angemessenes Angebot zu gleichberechtigter Partnerschaft in sämtlichen Bereichen an alle integrationsfähigen und integrationswilligen Ausländer. Gefordert wird allerdings auch ein eigener Beitrag der Ausländer, der insbesondere im Erlernen der deutschen Sprache besteht.

7.3.2 Dämpfung des Zuzugs

Die Gleichbehandlung der ausländischen Bevölkerung kann nur dann realisiert werden, wenn die bereits bestehenden Probleme nicht noch weiter verschärft werden. Voraussetzung dafür ist, daß die Zunahme des ausländischen Bevölkerungsanteils auf ein Maß reduziert wird, das mit der Investitions- und Integrationskraft Münchens in Übereinstimmung gebracht werden kann. Das "Münchener Ausländerprogramm" hat deshalb als langfristige Zielvorstellung gefordert, den Zuzug weiterer ausländischer Arbeitskräfte auf den Umfang zu beschränken, in dem soziale Infrastruktureinrichtungen in ausreichendem Umfange bereitstehen.

²⁰ Vgl. hierzu: Leuschner, D., Volkswirtschaftliche Kosten und Erträge der Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 129. Band (1973), Heft 4. S. 702 ff., insbes. S. 710 mit weiteren Hinweisen.

Durch die Einführung eines generellen Anwerbestops seit November 1973 und den am 1.4.1975 in Kraft getretenen Modellversuch eines Zuzugsstops für überlastete Gebiete wird diesen Vorstellungen im gesetzlich möglichen Umfang entsprochen. Die Ausnahmen, insbesondere für Ausländer aus den Staaten der Europäischen Gemeinschaft und aus solchen Staaten, mit denen Sondervereinbarungen bestehen²¹, dürften die Wirksamkeit der Maßnahmen allerdings beschränken. Dadurch behalten die im "Münchener Ausländerprogramm" zusätzlich vorgesehenen Maßnahmen (z.B. die genauere Überwachung der Wohnverhältnisse, stadtteilbezogene Zuzugssperren u.ä.) ihre Bedeutung.

7.3.3 Kostenbeteiligung der Unternehmer

Die Beschäftigung ausländischer Arbeitskräfte dient nicht zuletzt dem Interesse der Arbeitgeber. Gleichzeitig verursacht die Ausländerbeschäftigung aber bei der öffentlichen Hand "Integrationskosten"²², denen in bereits als überlastet anzusehenden Verdichtungsräumen wie München kein ausreichender Ausgleich gegenübersteht. Der gesellschaftliche Ertrag der Ausländerbeschäftigung insgesamt ist deshalb — wie das auch in der einschlägigen Fachliteratur hervorgehoben wird — außerordentlich zurückhaltend zu bewerten²³. Das "Münchener Ausländerprogramm" geht daher davon aus, daß in Zukunft in höherem Maß als bisher die Arbeitgeber zur Finanzierung der spezifischen Infrastrukturkosten herangezogen werden müssen, die durch die Ausländerbeschäftigung verursacht werden.

7.3.4 Förderung der Rückkehr

Die Gleichbehandlung im Sinne von sozialer Chancengleichheit bezieht sich in erster Linie auf diejenigen ausländischen Arbeitnehmer, die mit ihrer Familie langfristig in Deutschland bleiben wollen. Ihnen steht jedoch eine nicht unbedeutende Zahl von Ausländern gegenüber, die von vornherein nur einen befristeten Arbeitsaufenthalt anstrebt. Die Maßnahmen im Hinblick auf diese Gruppe — meist alleinstehender Ausländer — müssen dem Ziel dienen, sowohl die soziale Isolation in München als auch die Entfremdung dem Herkunftsland gegenüber zu verhindern und durch entsprechende Ausbildung und Information die Reintegration zu fördern. Neben dem Interesse an einer Konsolidierung der Ausländerbeschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland erscheinen solche Maßnahmen auch aus gesamteuropäischer Sicht sinnvoll, weil es auf die Dauer weder im Interesse der Bundesrepublik noch im Interesse der Herkunftsländer liegen kann, daß wertvolles Arbeitspotential abgezogen und damit das wirtschaftliche Gefälle zwischen der Bundesrepublik und diesen Staaten noch vertieft wird.

21 Z.Zt. Österreich, Schweiz, USA. Derzeit ungeklärt ist die Frage, ob ab 1976 auch für die Türkei freizügige Zuwanderung in die Bundesrepublik Deutschland gewährt und damit ein gewaltiges Potential neuer ausländischer Arbeitskräfte freigesetzt wird.

22 Je nach Abgrenzung der "sozialen Integrationskosten" werden Beträge zwischen 12.500 DM (niederste Schätzung/Stadt- entwicklungsreferat) bis zu 216.000 DM (Leuschner, D., a.a.O., S. 710) angesetzt. Die gewaltige Differenz ist dadurch erklärlich, daß verschiedene Autoren rein ausländer-spezifische Infrastrukturkosten, andere die gesamten volkswirtschaftlichen Kosten je zuziehender Person zugrunde legen.

23 Vgl. Leuschner, D., a.a.O., passim; Föhl, G.: Stabilisierung und Wachstum bei Einsatz von Gastarbeitern, in: Kyklos, Vol. XX (1967), S. 145 ff., Hopfner, K., et. alt., Ausländische Arbeitnehmer, Bonn 1973, S. 42 ff.; Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung: Probleme der Ausländerbeschäftigung, Jg. 1974, Nr. 57, S. 571.

8. Obdachlose und Nichtseßhafte

8.1 Ausgangssituation

Obdachlosigkeit entsteht aus einem vielfältigen Spektrum von Gründen. Der Mehrzahl der Fälle gemeinsam ist der Tatbestand, daß die von der Gesellschaft bereitgestellten Instrumentarien zur Abwendung des Verlustes der Wohnung nicht genutzt oder Barrieren, die der Anmietung entgegenstehen, nicht überwunden werden können.

Dieses Unvermögen resultiert mit aus der Unfähigkeit, längerfristig planerisch zu denken und zu handeln; es wird potenziert durch geringes Einkommen und unzureichendes Ausbildungsniveau.

Bis in die jüngste Vergangenheit wurden Obdachlose in Obdachlosenunterkünfte eingewiesen, nach Ordnungsrecht verwaltete Einfachstwohnungen²⁴, die ein normales familiäres Zusammenleben nicht gestatten. Diese Verfahrensweise diente jedoch nicht der Lösung des Problems, sondern war mit Ursache des Entstehens einer geschlossenen Randgruppe.

Gegenwärtig leben im Bereich der Landeshauptstadt in 2.227 Unterkunftseinheiten 5.177 Personen²⁵, von ihnen ist ein erheblicher Anteil bereits seit Jahren (30 % über 10 Jahre) in den Unterkunftsanlagen wohnhaft, ein nicht unerheblicher Anteil bereits in der zweiten oder gar dritten Generation.

8.2 Ziele kommunaler Sozialpolitik für Obdachlose

Die Ziele der Sozialarbeit bei Obdachlosen wurden bereits in dem im Jahre 1968 vom Stadtrat beschlossenen Programm zur verstärkten Wiedereingliederung der in Obdachlosen-Wohnanlagen lebenden Personen in die Gesellschaft formuliert. Mit Beschluß vom 19.7.1973 hat der Stadtrat der Landeshauptstadt das Sozialreferat beauftragt, dieses Programm auf der Grundlage der in der Zwischenzeit gewonnenen Erkenntnisse fortzuschreiben. Dieses Programm soll Voraussetzungen schaffen, die bereits beschlossenen Zielvorstellungen zu einem Sozialplan zu konkretisieren, der Grundlage für Einzelmaßnahmen sein soll.

Bereits am 26.6.1968 hat der Stadtrat beschlossen, daß die Wiedereingliederung der in Obdachlosen-Unterkünften lebenden Familien und Personen in normale Wohn- und Lebensverhältnisse und die weitest-möglich vorbeugende Verhinderung von Obdachlosigkeit vorrangiges Ziel der Sozialarbeit sein muß.

Neben der Wiedereingliederung ist der Verhinderung von Obdachlosigkeit Vorrang einzuräumen.

Nichtseßhafte müssen durch Maßnahmen und Einrichtungen betreut werden, die ihren speziellen sozialen Schwierigkeiten gerecht werden.

8.3 Maßnahmen

Zur Realisierung dieser Ziele sind folgende Maßnahmen erforderlich:

Die bestehenden Obdachlosen-Wohnanlagen sind durch Auflockerung, Abbau und Sanierung und Ausbau der Infrastrukturausstattung an normale Wohnstandards anzupassen, soweit erforderlich, ist die Infrastrukturausstattung gezielt zu verbessern. Weitere Obdachlosenwohnungen und -wohnanlagen sollten nicht errichtet werden; soweit es erforderlich ist, Wohnungen zur vorübergehenden Aufnahme Obdachloser durch die öffentliche Hand vorzuhalten, sind diese gestreut in normale Wohnumfeldsituationen einzugliedern.

²⁴ Z.T. keine abgeschlossenen Wohneinheiten, Gemeinschaftstoiletten und -Wasserzapfstellen, knappste Wohnflächen u.ä..

²⁵ Stand 1.3.1975.

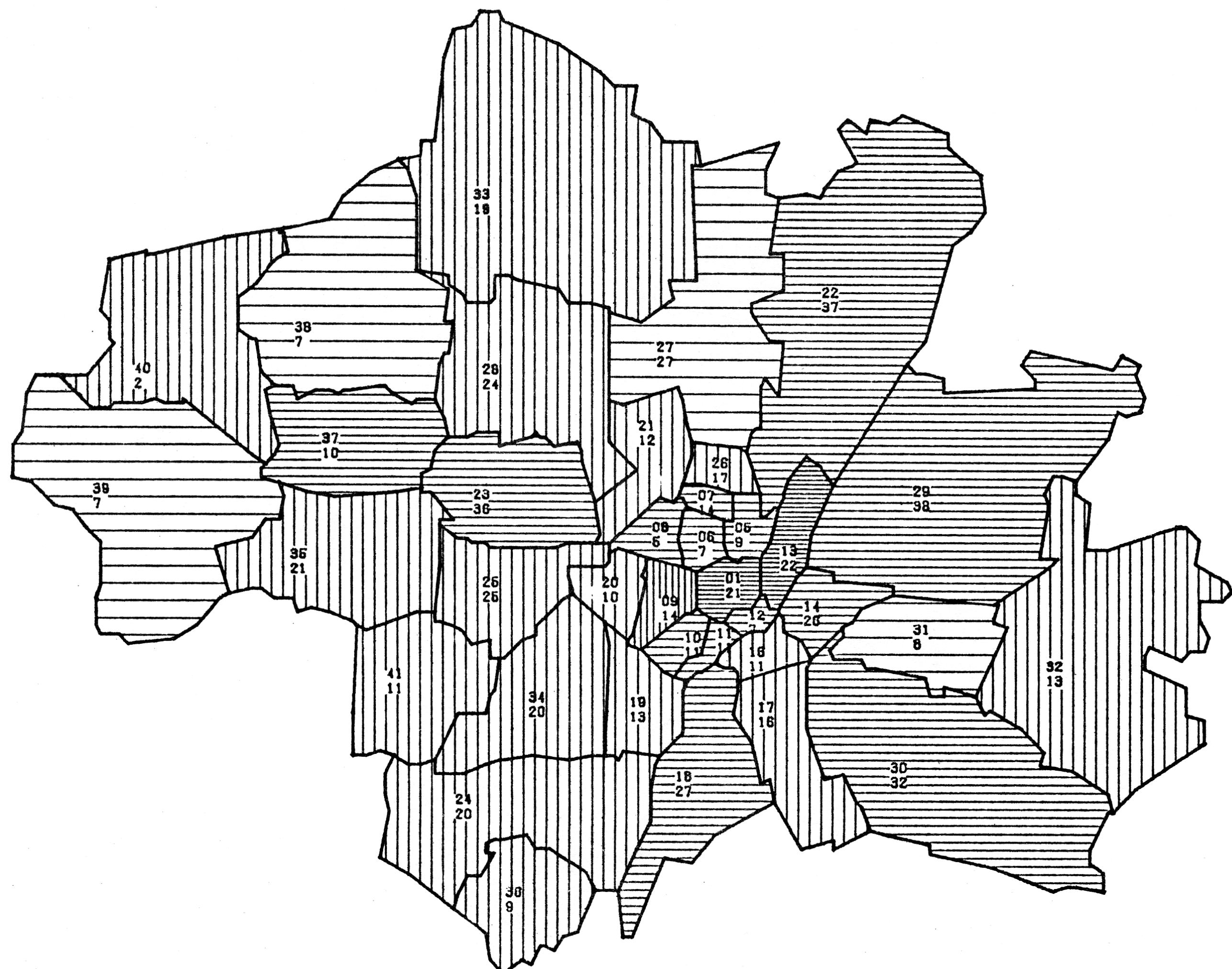
Ordnungsrechtliche Verfahrensweisen (Einweisung Obdachloser in Unterkünfte) sollten weitgehend durch sozialpädagogische Hilfen und Stützungsmaßnahmen der Sozialhilfe bei Wohnungsnotstandsfällen abgelöst werden.

Durch gezielten Einsatz wirtschaftlicher, sozialpädagogischer, schulischer und gesundheitlicher Maßnahmen sollten die Bewohner der bestehenden Obdachlosenwohnanlagen für eine Rückkehr in normale gesellschaftliche Verhältnisse vorbereitet oder gewonnen werden.



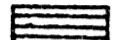

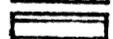

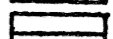
Die Beteiligung der Landeshauptstadt München am "Sozialdienst für Nichtseßhafte" ist in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den Wohlfahrtsverbänden fortzuführen und auszubauen.

Auch für die Nichtseßhaften müssen Maßnahmen entwickelt werden, die dazu führen, diesen Personenkreis einzuschränken und im Rahmen des Möglichen vorbeugend ein Abgleiten in sozial gefährdete Situationen zu verhindern.

STADTENTWICKLUNGSPLAN SOZIALES



Anzahl d. prakt. Ärzte
mit Kassenzulassung
im Stadtbezirk
pro 10 000 Einwohner

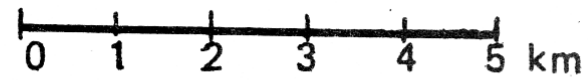
-  20 und mehr
-  15 bis unter 20
-  10 bis unter 15
-  8 bis unter 10
-  5 bis unter 8
-  3 bis unter 5
-  0 bis unter 3

Stand 10.4.74

Obere Zahl = Stadtbezirk
Untere Zahl = Anzahl der
Ärzte absolut

Quelle der Daten:
Verzeichnis der Kassen-
ärztlichen Vereinigung

M 1 : 125 000



Landeshauptstadt München
Referat für Stadtforschung
und Stadtentwicklung