HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

Masterprogramm
Management im Gesundheitswesen

Masterarbeit

Thema: **Kommunale Armutsprävention für Kinder –**
Systematische Angebotsanalyse als Ausgangspunkt für den Aufbau von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück

Erstprüfer/in Prof. Dr. Markus Lüngen
Zweitprüfer/in Andreas Merse

Vorgelegt von Janna Mirja Fabian
Matrikelnummer 772239

Ausgabedatum 17.08.2018
Abgabedatum 17.12.2018

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.“

Osnabrück, 17.12.2018

Ort, Datum

Unterschrift

Gendering

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich beim Landkreis Osnabrück dafür bedanken, dass ich im Rahmen des Programmes *„Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!“* meine Masterarbeit schreiben und so einen tieferen Einblick in diese spannende Thematik erlangen konnte. Ebenso bedanken möchte ich mich bei Herrn Andreas Merse für seine Bereitschaft, die Zweitprüfung zu übernehmen.

Weiterhin gilt mein Dank auch Herrn Prof. Dr. Markus Lüngen, der sich offen und interessiert gegenüber dem speziellen Thema der Präventionsketten gezeigt hat.

Herzlich bedanken möchte ich mich außerdem bei all jenen, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Masterarbeit beigetragen haben.

Wer das erste Knopfloch verfehlt, kommt mit dem Zuknöpfen nicht zu Rande.

(Johann Wolfgang von Goethe)

Inhaltsverzeichnis

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG ..... **II**

GENDERING ..... **III**

DANKSAGUNG ..... **IV**

INHALTSVERZEICHNIS ..... **VI**

ABBILDUNGSVERZEICHNIS ..... **VIII**

TABELLENVERZEICHNIS ..... **X**

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS ..... **XI**

ZUSAMMENFASSUNG ..... **XII**

ABSTRACT ..... **XIII**

1 EINLEITUNG **1**

2 THEORETISCHER HINTERGRUND **4**

2.1 KINDERARMUT 4

2.1.1 Definitionen *4*

2.1.2 Kinderarmut in Deutschland und Armutsrisiken *8*

2.1.3 Folgen von Kinderarmut für die Lebenslagen *13*

2.1.4 Das Kindergesicht der Armut *17*

2.2 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION 19

2.2.1 Allgemeine Ansätze von Gesundheitsförderung & Prävention *19*

2.2.2 Gesundheitsförderung und Prävention in unterschiedlichen Fachkontexten *25*

2.2.3 Armutsprävention *28*

2.3 PRÄVENTIONSKETTEN ALS INSTRUMENT DER ARMUTSPRÄVENTION 29

3 METHODE **32**

3.1 LITERATURRECHERCHE 32

3.2 ERMITTLUNG DES HANDLUNGSBEDARFES IM LANDKREIS OSNABRÜCK 32

3.3 QUANTITATIVE DATEN ZUR ARMUTSSITUATION VON KINDERN IM LANDKREIS OSNABRÜCK 33

4 PRÄVENTIONSKETTEN IM LANDKREIS OSNABRÜCK **36**

4.1 AUSGANGSLAGE IM LANDKREIS OSNABRÜCK 36

4.1.1 Motivation und Zielsetzung zur Teilnahme am Programm „Präventionsketten“ *37*

4.1.2 Kinderarmut im Landkreis Osnabrück *38*

4.2 DER AUFBAU VON PRÄVENTIONSKETTEN IN KOMMUNEN 39

4.2.1 Theoretische Ansätze zum Aufbau von Präventionsketten *39*

4.2.2 Praktische Ansätze zum Aufbau von Präventionsketten: Best-Practice-Kommunen 41

4.2.3 Ansätze der Angebotsanalyse in anderen Kommunen 43

4.2.4 Vorgehen zum Aufbau von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück 47

4.3 SYSTEMATISCHE ANGEBOTSANALYSE IM LANDKREIS OSNABRÜCK 49

4.3.1 Vorgehen 49

4.3.2 Datenblatt 51

4.3.3 Clustering der Angebote nach Lebenslagedimensionen 55

4.3.4 Grafische Darstellung der Angebotsanalyse 58

4.3.4.1 Landkreisweite Angebote 59

4.3.4.2 Gemeindespezifische Angebote 61

4.4 DATENBASIERTE BEDARFSERMITTLUNG IM LANDKREIS OSNABRÜCK 64

4.5 INTERPRETATION DER ERGEBNISSE 69

5 DISKUSSION 82

LITERATURVERZEICHNIS 87

ANHANG 94

ANHANG A: AUSWAHL DER QUANTITATIVEN DATEN IM LANDKREIS OSNABRÜCK 95

ANHANG B: ORGANIGRAMM DER ARBEITSGRUPPE PRÄVENTIONSKETTEN 97

ANHANG C: GEMEINDEN IM LANDKREIS OSNABRÜCK 98

ANHANG D: ANGEBOTSANALYSE DER STADT DELMENHORST 99

ANHANG E: KURZFRAGEBOGEN ZUR ERHEBUNG DER LANDKREISFINANZIERTEN ANGEBOTE 100

ANHANG F: DATENBLATT ZUR SAMMLUNG ALLER LANDKREISFINANZIERTEN ANGEBOTE 101

ANHANG G: ANGEBOTSANALYSE LANDKREISWEITE ANGEBOTE 102

ANHANG H: ANGEBOTSANALYSE GEMEINDESPEZIFISCHE ANGEBOTE 103

ANHANG I: ANGEBOTSANALYSE ALLE ANGEBOTE 104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Multiple Deprivation. *Quelle: Hock/Holz/Wüstendörfer 2017, S. 32.* 6

Abbildung 2: Entwicklung der Armutsrisikoquote 0 bis 17 Jahre nach verschiedenen Datenquellen. *Quelle: 5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (BMAS 2017).* 9

Abbildung 3: Kinder u18 in SGB-II-Bezug (Ende 2016). *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Bremer Instituts für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe 2018.* 9

Abbildung 4: SGB-II-Quoten der unter 18-jährigen Kinder in Prozent nach Bundesländern (Ende 2016). *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Bremer Instituts für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe 2018.* 10

Abbildung 5: Armutsrisikoquoten nach Haushaltstyp (Einkommensjahr 2014). *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des 5. Armuts- und Reichtumsberichtes der Bundesregierung (BMAS 2017).* 11

Abbildung 6: Armutsgefährdete Kinder nach Erwerbsbeteiligung und -umfang der Eltern. *Quelle: Familienreport 2017 nach den Daten des SOEP v32 und Berechnungen der Prognos AG.* 13

Abbildung 7: Anteil der Kinder im Vorschulalter mit Einschränkungen in den vier zentralen Lebenslagedimensionen. *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten der AWO-ISS-Studie 2000.* 14

Abbildung 8: Das kindbezogene Armutskonzept. *Quelle: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS) 2012, S. 7.* 18

Abbildung 9: Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention. *Quelle: Eigene Darstellung.* 21

Abbildung 10: Determinanten von Gesundheit. *Quelle: Dahlgren & Whitehead (2007), zitiert nach Rathmann (2015). In Bildungssystem, Wohlfahrtsstaat und gesundheitliche Ungleichheit: ein internationaler Vergleich für das Jugendalter. S. 39.* 22

Abbildung 11: Präventionskette. *Quelle: Richter-Kornweitz/Utermark (2013), Werkbuch Präventionskette, S. 16.* 30

Abbildung 12: Strategiezyklus Netzwerkarbeit. *Quelle: LVR 2017, S. 61.* 39

Abbildung 13: Präventionskette in Dormagen. *Quelle: Stadt Dormagen 2017.* 44

Abbildung 14: Was braucht das Kind? – Bedürfnis- und entwicklungsorientierte Bestandsaufnahme. *Quelle: Richter-Kornweitz/Utermark (2013), Werkbuch Präventionskette.* 45

Abbildung 15: Präventionsangebote für Familien in Delmenhorst. *Quelle: Stadt Delmenhorst 2015.* 46

Abbildung 16: Dreistufiges Gesamtkonzept zum Aufbau von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung.* 48

Abbildung 17: Weiteres Vorgehen der Arbeit in Bezug auf das Gesamtkonzept. *Quelle: Eigene Darstellung.* 49

Abbildung 18: Systematische Angebotsanalyse im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Landkreis Osnabrück 2018, Janna Heinrich.* 51

Abbildung 19: Anzahl der landkreisfinanzierten Angebote für Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Auswertung des Fachdienstes Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.* 52

Abbildung 20: Anzahl der landkreisweiten Angebote für Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Auswertung des Fachdienstes Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.* 53

Abbildung 21: Anzahl der gemeindespezifischen Angebote für Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Auswertung des Fachdienstes Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.* 54

Abbildung 22: Landkreisweite Angebote für Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien. *Quelle: Landkreis Osnabrück, Fachdienst Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.* 59

Abbildung 23: Gemeindespezifische Angebote für Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien. *Quelle: Landkreis Osnabrück, Fachdienst Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.* 62

Abbildung 24: Bevölkerungszahlen 2016 der Kinder U-10 in den kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung aufgrund der Datenlage des Landkreises Osnabrück, Referat für Strategische Planung, Bestandsdaten aus dem Einwohnerwesen der kreisangehörigen Kommunen (Stichtag 31.12.2016.)* 64

Abbildung 25: Kinder U-10 in SGB-II-Bedarfsgemeinschaften nach kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Datenlage des Landkreises Osnabrück, MaßArbeit kAöR, Modulauswertung November 2017, Referat für Strategische Planung.* 65

Abbildung 26: Familiensprache nicht-deutsch - Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2015/16 nach kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Datenlage des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück.* *die Werte von Ostercappeln können aus Datenschutzgründen nicht angegeben werden 65

Abbildung 27: Übergewicht/Adipositas - Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2015/16 nach kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Datenlage des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück.* 66

Abbildung 28: Auffällige sprachliche Entwicklung - Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2015/16 nach kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Datenlage des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück.* 66

Abbildung 29: Anzahl der kariösen, wegen Karies entfernten oder gefüllten bleibenden Zähne von Grundschulkindern 2017. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Datenlage des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück.* 67

Abbildung 30: Bevölkerungszahlen 2018 der kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung aufgrund der Datenlage des Landkreises Osnabrück, Referat für Strategische Planung, Bestandsdaten aus dem Einwohnerwesen der kreisangehörigen Kommunen (Stichtag 31.12.2017.)* 68

Abbildung 31: Identifizierung der Kommunen mit hohen Bedarfslagen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Landkreis Osnabrück, Fachdienst Jugend, Koordination Präventionsketten 2018* 69

Abbildung 32: Erarbeitete Ergebnisse zur Ermittlung des Handlungsbedarfes im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung.* 70

Abbildung 33: Gegenüberstellung PDCA-Zyklus und Public Health Action Cycle. *Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich (2008).* 73

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: ANZAHL ANGEBOTE NACH ALTERSGRUPPEN. *EIGENE DARSTELLUNG NACH DEN DATEN DES LANDKREISES OSNABRÜCK, FACHDIENST JUGEND 2018.* 52

TABELLE 2: ANZAHL ALLER ANGEBOTE NACH ZIELGRUPPEN. *QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG AUF GRUNDLAGE DER AUSWERTUNG DES FACHDIENSTES JUGEND, KOORDINATION PRÄVENTIONSKETTEN 2018.* 54

TABELLE 3: CLUSTERING DER LANDKREISFINANZIERTEN ANGEBOTE NACH LEBENSLAGEDIMENSIONEN. *QUELLE: LANDKREIS OSNABRÜCK, FACHDIENST JUGEND 2018.* 58

TABELLE 4: ANZAHL DER LANDKREISWEITEN ANGEBOTE NACH ALTERSGRUPPEN. *QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG AUF BASIS DER DATEN DES LANDKREISES OSNABRÜCK, FACHDIENST JUGEND, KOORDINATION PRÄVENTIONSKETTEN 2018.* 60

TABELLE 5: ANZAHL DER LANDKREISWEITEN ANGEBOTE NACH LEBENSLAGEN. *QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG AUF BASIS DER DATEN DES LANDKREISES OSNABRÜCK, FACHDIENST JUGEND, KOORDINATION PRÄVENTIONSKETTEN 2018.* 60

TABELLE 6: IDENTIFIZIERUNG VON LÜCKEN IN BEZUG AUF LANDKREISWEITE ANGEBOTE. *QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG AUF BASIS DER DATEN DES LANDKREISES OSNABRÜCK, FACHDIENST JUGEND, KOORDINATION PRÄVENTIONSKETTEN 2018.* 61

TABELLE 7: ANZAHL DER GEMEINDESPEZIFISCHEN ANGEBOTE NACH ALTERSGRUPPE. *QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG AUF BASIS DER DATEN DES LANDKREISES OSNABRÜCK, FACHDIENST JUGEND, KOORDINATION PRÄVENTIONSKETTEN 2018.* 63

TABELLE 8: ANZAHL DER GEMEINDESPEZIFISCHEN ANGEBOTE NACH LEBENSLAGEN. *QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG AUF BASIS DER DATEN DES LANDKREISES OSNABRÜCK, FACHDIENST JUGEND, KOORDINATION PRÄVENTIONSKETTEN 2018.* 63

TABELLE 9: IDENTIFIZIERUNG VON LÜCKEN IN BEZUG AUF GEMEINDESPEZIFISCHE ANGEBOTE. *QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG AUF BASIS DER DATEN DES LANDKREISES OSNABRÜCK, FACHDIENST JUGEND, KOORDINATION PRÄVENTIONSKETTEN 2018.* ... 64

Abkürzungsverzeichnis

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ISS	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. Frankfurt am Main
LK OS	Landkreis Osnabrück
LVG & AFS	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
LVR	Landschaftsverband Rheinland
NeFF	Netzwerk Frühe Förderung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
SG	Samtgemeinde
SGB VIII	8. Sozialgesetzbuch
z.B.	zum Beispiel

Zusammenfassung

Hintergrund: Im Jahr 2016 galten in Deutschland 15,4% aller Kinder unter 18 Jahren als arm. Seit einigen Jahren ist Kinderarmut ein präsentes Thema in Politik und Forschung und wird nicht mehr nur als Mangel an finanziellen Möglichkeiten verstanden, sondern als strukturelles, mehrdimensionales Phänomen. Arme Kinder erleben Benachteiligung, soziale Ausgrenzung und verminderte Bildungs- und Teilhabechancen in den verschiedenen Lebenslagen. Hierfür sind zielgerichtete und bedarfsgerechte Unterstützungssysteme notwendig. Auf Ebene der Kommunen bieten Präventionsketten einen Lösungsansatz: Die Zusammenführung aller kommunalen Aktivitäten für Kinder und ihre Familien unter Berücksichtigung ihrer Bedarfe und Bedürfnisse zielt auf eine Linderung von kindlichen Armutsfolgen. Mit dem Programm *„Präventionsketten in Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!“* möchte der Landkreis Osnabrück ein strategisches Vorgehen zum Aufbau einer kommunalen Armutsprävention forcieren. Zur Ermittlung des Handlungsbedarfes für eine lückenlose Prävention für Kinder von 0 bis 10 Jahren im Landkreis Osnabrück ist die Entwicklung eines individuellen Vorgehens notwendig; die Analyse der Angebotslandschaft vor Ort wird dabei als erster Schritt betrachtet.

Ziele und Fragestellung: Die Ziele dieser Arbeit sind einerseits die Darstellung des Phänomens der Kinderarmut in all ihren Facetten, den Armutsrisiken und -folgen sowie dem speziellen Kindergesicht von Armut. Andererseits wird der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention als Grundlage für Armutsprävention für Kinder genauer betrachtet. An dieser Stelle rücken Präventionsketten als Instrument für kommunale Armutsprävention in den Fokus. Es stellt sich die Frage, wie der Landkreis Osnabrück den tatsächlichen Handlungsbedarf zum Aufbau einer lückenlosen Präventionskette für Kinder von 0 bis 10 Jahren ermitteln kann. Infolgedessen bildet die Umsetzung des Aufbaus von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück mit der systematischen Angebotsanalyse als ersten Schritt den Schwerpunkt dieser Arbeit.

Methode: Neben der Durchführung einer Literaturrecherche zur Darstellung des theoretischen Hintergrundes wurden theoretische und praktische Ansätze zum Aufbau von Präventionsketten und der Angebotsanalyse im Speziellen untersucht, um ein individuelles Vorgehen für den Landkreis Osnabrück zu erarbeiten. Zur Identifizierung des Handlungsbedarfes wurde in einem ersten Schritt die systematische Angebotsanalyse erarbeitet und umgesetzt. Zusätzlich wurden quantitative, im Landkreis Osnabrück erhobene Daten zur Kinderarmut ausgewertet und aufbereitet, um einen Überblick über die kommunale Bedarfslage von Kindern von 0 bis 10 Jahren zu erhalten.

Ergebnisse: Es wurde ein strategisches Gesamtkonzept zum Aufbau kommunaler Präventionsketten im Landkreis Osnabrück entwickelt. Dieses beinhaltet drei Schritte: Die *Angebotsanalyse*, die

Bedarfsermittlung sowie die *Bedürfniserhebung*, wobei die Angebotsanalyse den Ausgangspunkt darstellt. Zusätzlich wurde ein *systematisches Vorgehen für eine Angebotsanalyse* im Landkreis Osnabrück entwickelt, welche zunächst verwaltungsintern durchgeführt wurde. Hier fand eine Unterscheidung in landkreisweite und gemeindespezifische Angebote statt. Die *landkreisweite Angebotsanalyse* ergab deutliche Angebotslücken im Bereich der Übergänge zwischen den Lebensphasen sowie kaum Angebote in der materiellen Lebenslage. Diese Tendenz bestätigte sich in der *gemeindespezifischen Angebotsanalyse*. Außerdem wurde hier deutlich, dass in der Lebensphase von 0 bis 3 Jahren die meisten Angebote vorgehalten werden.

Diskussion: Das erarbeitete Konzept zum Aufbau von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück orientiert sich an wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnissen und zeigt eine strukturierte Vorgehensweise. Die Umsetzung einer verwaltungsinternen Angebotsanalyse ist unter dem Aspekt der Reduzierung der Komplexität als notwendiger Schritt im Hinblick auf eine strukturierte Darstellung der Angebotslandschaft in dem Flächenlandkreis zu sehen. Aus den Ergebnissen lassen sich *Handlungsempfehlungen* für den Landkreis Osnabrück ableiten, die sich einerseits auf die *Weiterarbeit auf Ebene einer Modellkommune* beziehen und andererseits Impulse für eine *übergeordnete strategische Weichenstellung auf Landkreisebene* beinhalten.

Schlussfolgerungen: Der Aufbau von Präventionsketten ist ein dynamischer Prozess, der in jeder Kommune individuell anhand der gegebenen Rahmenbedingungen erarbeitet und regelmäßig überprüft und weiterentwickelt werden muss. Handreichungen und Expertisen für Kommunen, die sich diesem Prozess widmen, sind bisher kaum vorhanden. Eine strategische Vorgehensweise, wie der Landkreis Osnabrück sie vorgenommen hat, ist ein zentrales Element beim Strukturaufbau. Somit liefert die vorliegende Arbeit einen wertvollen Beitrag aus der kommunalen Praxis in Bezug auf Armutsprävention für Kinder gemäß dem Konzept der Präventionsketten.

Abstract

Background: In the year 2016, 15,4% of all minors in Germany were considered poor. For a couple of years, child poverty has gotten more attention in politics and science. It appears that child poverty cannot only be reduced to the financial means of a family but must be considered as a structural multidimensional phenomenon. Children living in poverty experience social exclusion and reduced participation in education as well as various other aspects of their lives. Therefore, purposeful and demand-orientated support structures are needed. *Präventionsketten* (analogous: Prevention chains) offer an approach at this problem on local government level: The assessment of all interventions for children and their families regarding their needs aims to reduce the consequences of child poverty. Participating in the program *„Präventionsketten in Niedersachsen: Ge-*

sund aufwachsen für alle Kinder!" (analogous: Prevention chains in Lower Saxony: Good health for all children), the rural district of Osnabrück wants to realize a systematic strategy for building local prevention of child poverty. To identify the demand for action regarding an uninterrupted prevention for children between 0 and 10 years, the development of an individual concept is crucial. Making an inventory of all existing interventions in the rural district of Osnabrück is regarded as a first step.

Objectives and research questions: Firstly, this master thesis aims to work out all the different aspects of child poverty, the risk factors thereof and consequences as well as the uniqueness of child poverty from the children's point of view. Secondly, it wants to stress health promotion and prevention as a basis for responding to child poverty. That is where *Präventionsketten* as a local instrument for handling child poverty come into focus. This leads to the following research question: "How can the rural district of Osnabrück define the demand for action concerning the development of an uninterrupted *Präventionskette* for children aged between 0 and 10 years?". In order to answer this query, the realization of developing *Präventionsketten* in the rural district of Osnabrück through making a systematically inventory all interventions as a first step are considered as the main topic of this master thesis.

Method: For the in-depth coverage of the theoretical background a literature research was done. Furthermore, theoretical and practical concepts for developing *Präventionsketten* were consulted and especially stocktaking of already existing interventions helped creating a scientific knowledge base before developing an individual method for the rural district of Osnabrück. To identify the demand for action, a systematic analysis for making an inventory was developed and realized. Furthermore, quantitative data that had before been collected by the rural district of Osnabrück was analyzed and presented in order to create an overview of the local situation of child poverty.

Results: A strategic overall concept for constructing *Präventionsketten* in the rural district of Osnabrück was developed. It is comprised of three steps: The *stocktaking*, the *assessment of demands* and the *analysis of needs*, whereas the inventory represents the starting point. Furthermore, a systematic concept for making an inventory of the interventions was developed and applied initially to the interventions that are funded by the rural district of Osnabrück. The results were divided in two assessments: One for the evaluation of *interventions in the whole rural district of Osnabrück* and one for *interventions which only take place in specific communities in the rural district of Osnabrück*. Both evaluations showed shortcomings in the interventions targeting biographic transitions between different stages of life. Additionally, there were hardly any interventions in the financial dimension. Looking at the specific interventions in the different communities of the rural district of Osnabrück, results showed that most interventions targeted children between 0 and 3 years and too little targeted older children.

Discussion: The overall concept for developing *Präventionsketten* in the rural district of Osnabrück is based on existing scientific and hands-on strategies relating to that topic and is therefore regarded as structured procedure. Reducing the complexity by making an inventory of all interventions that are funded by the rural district of Osnabrück is an essential step in order to get a structured overview. *Recommendations for actions* could be deduced from the results and divided into two parts: Firstly, recommendations could be made for developing *Präventionsketten* in one specific community of the rural district in Osnabrück. Secondly, strategies could be developed of how to organize the further work in the rural district of Osnabrück in general.

Conclusion: Constructing *Präventionsketten* is a dynamic process, which must be developed individually for each community considering the given local circumstances. It must be controlled and adapted to changes within the community. It appears that until today, there is little expertise on this topic for communities to consult for developing their own concepts for *Präventionsketten*. The strategic concept, which was implemented by the rural district of Osnabrück should be regarded as a crucial element and therefore serves as an example of local expertise based on experience concerning the prevention of child poverty with *Präventionsketten*.

1 Einleitung

„In deutschen Kinderzimmern geht es sehr ungerecht zu – die neue Bundesregierung muss die Kinderarmut entschlossen bekämpfen“ (Hurrelmann 2018, S. 16), so die konkrete Forderung des Sozial- und Gesundheitswissenschaftlers Klaus Hurrelmann, nachdem *Kinderarmut* im Koalitionsvertrag der Bundesregierung von 2013 noch keine Erwähnung fand. Im letzten Jahr ist die Thematik jedoch Gegenstand des Wahlkampfes zur Regierungsbildung und der Sondierungsgespräche von CDU/CSU und SPD geworden, mit dem Ergebnis der Schnürung eines *„Maßnahmenpaket[es] zur Bekämpfung der Kinderarmut“* (Norddeutscher Rundfunk 2018, S. 9). Dies erscheint bei der aktuellen Datenlage in Deutschland längst überfällig: 2016 leben 15,4% der unter 18-jährigen Kinder in relativer Armut; dies entspricht knapp über 2 Millionen Kindern (Statistisches Bundesamt 2017b). Diese Zahl hat sich in den letzten Jahren wenig verändert; die Tendenz ist jedoch steigend.

In Ländern wie Deutschland ruft Armut in der Regel keinen lebensbedrohlichen Zustand hervor. Dennoch stellt sie den größten Risikofaktor für eine gesunde Entwicklung von Kindern dar und geht damit über einen finanziellen Mangel hinaus (Hock/Holz/Kopplow 2014; Zander 2018). Kinder, die in armen Familien aufwachsen, erleben zumeist verminderte Teilhabechancen im soziokulturellen Bereich, verfügen über kleinere soziale Netzwerke und weisen verstärkt gesundheitliche Probleme auf. Durch ein geringeres Einkommen erlebt die gesamte Familie eine verminderte Lebensqualität: Zu kleiner Wohnraum, geringe Mobilität und kaum Möglichkeiten für eine Freizeitgestaltung außerhalb der eigenen Wohnung gehören zu den täglichen Problemlagen dieser Familien (BMAS 2017; Kruse/Richter-Kornweitz 2018). Auch die Bindung zwischen Kindern und ihren Eltern kann durch Armut negativ beeinflusst werden, welches wiederum die genannten Armutsfolgen verstärken kann (NZFH 2018). Als Besonderheit von Kinderarmut ist die hohe strukturelle Abhängigkeit von der ökonomischen Lage der Eltern bzw. der Familie zu betrachten: Kinder können weder die familiäre Einkommenssituation, in die sie geboren werden, beeinflussen, noch haben sie eigene Möglichkeiten, diese Situation zu verlassen oder zu verbessern (Andresen/Neumann/Public 2018).

Die Bekämpfung von Kinderarmut erfordert eine strategische Ausrichtung sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene. Maßnahmen kommunaler Armutsprävention müssen stärker in den Fokus rücken, um die Regelangebote der örtlichen Kinder- und Jugendhilfe zu stärken (Zander 2018). Im aktuellen Familienreport (2017) werden bessere Zugänge zu Unterstützungsangeboten für arme Familien gefordert, um gleiche Bedingungen für eine gute und gesunde Entwicklung für alle Kinder zu schaffen. Denn genau jene betroffenen Familien sind schwer erreichbar – sie nutzen die ihnen angedachten Hilfesysteme und -strukturen nicht entsprechend. Kommunen müssen an die-

sem Aspekt ansetzen und die Ursachen analysieren, um ihre Angebote besser auf ihre Zielgruppe ausrichten zu können. Aufgrund der anregungs- und ressourcenarmen Verhältnisse, in denen arme Kinder aufwachsen, bedarf es einer passgenauen Angebotslandschaft in ihrem Lebensumfeld, um sie in ihrer Entwicklung entsprechend zu fördern. (BMAS 2017; NZFH 2018; Zander 2018).

Präventionsketten gelten als integrierte Strategie für Gesundheitsförderung und als Instrument zur Armutsprävention in Kommunen: Sie zielen auf eine Zusammenführung aller kommunalen Aktivitäten für Kinder und ihre Familien im Kontext der verschiedenen Lebensphasen und Lebenslagen, in denen sie sich befinden und passen diese an ihre Bedürfnisse an (Kruse/Richter-Kornweitz 2018).

Der Landkreis Osnabrück fördert das nationale Gesundheitsziel „gesund aufwachsen“ und verfolgt mit seiner Beteiligung am Programm *„Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!“* eine ganzheitliche und bedarfsgerechte Gesundheitsförderung für Kinder. Mit dem Aufbau von Präventionsketten soll die strategische Auseinandersetzung mit einer lückenlosen, gezielten Armutsprävention für Kinder von 0 bis 10 Jahren forciert werden (Fabian/Pottharst, im Erscheinen). Die Grundlage einer Präventionskette bildet die Analyse der vorhandenen Angebotslandschaft: Jede Kommune bringt unterschiedliche Ausgangsbedingungen mit, sodass die Ermittlung der notwendigen Schritte zum Aufbau individuell ermittelt werden müssen (Richter-Kornweitz/Holz/Kilian 2017).

Unter Beachtung dieser Aspekte wurde die übergeordnete Forschungsfrage *„Wie kann der Landkreis Osnabrück den Handlungsbedarf hinsichtlich einer lückenlosen Prävention von Kinderarmut gemäß dem Konzept der Präventionsketten ermitteln?“* entwickelt. Einen Schwerpunkt bildet dabei die *systematische Angebotsanalyse* als erster Schritt zum Aufbau von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in **drei Kernpunkte**. Der erste Themenkomplex umfasst den **theoretischen Hintergrund**. Hier werden die Thematiken Kinderarmut, Armutsrisiken und -folgen sowie das besondere *Kindergesicht der Armut* herausgearbeitet. Daran anknüpfend erfolgt eine Untersuchung des Themenfeldes Gesundheitsförderung und Prävention im Allgemeinen, in Bezug auf unterschiedliche Fachkontexte sowie Armutsprävention im Speziellen. Abschließend werden Präventionsketten als Instrument kommunaler Armutsprävention vorgestellt.

Der **Hauptteil** umfasst den strategischen Aufbau von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück. Zunächst erfolgt eine Vorstellung der Institution sowie der Motivation zur Teilnahme am Programm *„Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!“*. Daran anschließend werden theoretische und praktische Ansätze zum Aufbau von Präventionsketten und der Angebotsanalyse aufgezeigt und daraus abgeleitet ein Vorgehen für den Landkreis Osnabrück entwickelt. Weiterführend wird die Durchführung der systematischen Angebotsanalyse erörtert

und die Ergebnisse vorgestellt. Im Anschluss daran wird die gemeindespezifische Datenlage zur Kinderarmut im Landkreis Osnabrück dargestellt. Abschließend erfolgen die Interpretation der Ergebnisse sowie das Herausarbeiten von Handlungsempfehlungen für den Landkreis Osnabrück.

Den dritten Kernaspekt dieser Arbeit bildet die **Diskussion**. Nach einer kurzen Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit wird diese kritisch beleuchtet sowie ein Abschluss gefunden.

2 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel wird zunächst die Thematik *Kinderarmut* im Hinblick auf die aktuelle Datenlage in Deutschland sowie Armutsrisiken behandelt. Die Folgen von Kinderarmut sowie das spezielle Kindergesicht der Armut werden aufgezeigt. Im Anschluss werden allgemeine sowie fachbezogene Ansätze zur *Gesundheitsförderung und Prävention* dargestellt und Armutsprävention als spezielle Form der Prävention untersucht. Abschließend werden *Präventionsketten* als kommunales Instrument zur Armutsprävention beleuchtet.

2.1 Kinderarmut

Im 5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird Armut sehr allgemein als ein komplexes, *„gesellschaftliches Phänomen mit vielen Facetten“* sowie als *„Mangel an Mitteln und Möglichkeiten, das Leben zu gestalten“* bezeichnet (BMAS 2017, S. 549). Der folgende Abschnitt widmet sich der genaueren Untersuchung dieses Phänomens.

2.1.1 Definitionen

(Kinder-)Armut wird in Deutschland in der Politik und in der Wissenschaft auf unterschiedliche Weise definiert und diskutiert. Hübenthal stellt die Armutsdefinition als soziale Konstruktion dar, die mit gesellschaftlichen Werte- und Normvorstellungen verbunden ist (Hübenthal 2009, S. 8). Dabei wandelt sich das Verständnis dafür, wer in unserer Gesellschaft als arm gilt und wer nicht, fortwährend. Meist handelt es sich um eine Bezugnahme auf ökonomische Risikolagen von Eltern und ihren Kindern und damit auf eine ungleiche Einkommens- und Vermögensverteilung (Hock/Holz/Kopplow 2014). Die gängigsten Definitionen sind in Deutschland einerseits das relative Armutskonzept sowie das Verständnis von Armut als Bezug von Grund- und Mindestsicherungsleistungen (Hübenthal 2009; Hock/Holz/Kopplow 2014).

Relative Einkommensarmut (Ressourcenansatz)

Die *relative Armut* zeichnet sich durch ein geringes finanzielles Einkommen aus, sodass betroffene Personen nicht über ein angemessenes gesellschaftliches Minimum an Teilhabe verfügen. Dabei variiert das gesellschaftlich akzeptable Minimum für den Lebensstandard je nach Land und über die Zeit hinweg (Bundesregierung 2016). Eine Person gilt als arm, sofern eine bestimmte graduelle Abweichung vom gesellschaftlichen Durchschnittseinkommen vorliegt. In Deutschland bzw. der Europäischen Union liegt dieser Schwellenwert für (relative) Armutsgefährdung bei 60% des

durchschnittlichen Einkommens (Hübenthal 2009; Hock/Holz/Kopplow 2014; Statistisches Bundesamt 2017a; BMAS 2017). Zur Bestimmung wird in der Regel eine Äquivalenzgewichtung vorgenommen, damit je nach Haushaltsgröße und Alter der Haushaltsmitglieder der unterschiedliche Bedarf von Haushalten einfließen kann. In Europa wird das Nettoäquivalenzeinkommen anhand einer modifizierten Skala der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) bestimmt: Die erwachsene Person mit dem höchsten Haushaltsnettoeinkommen erhält das Gewicht 1,0, alle anderen erwachsenen oder jugendlichen Personen ab 14 Jahren erhalten das Gewicht 0,5. Kindern unter 14 Jahren wird das Gewicht 0,3 zugeordnet. Das Nettoäquivalenzeinkommen eines Haushaltes ergibt sich somit aus dem Gesamthaushaltsnettoeinkommen dividiert durch das Gesamtgewicht des Haushaltes (Statistisches Bundesamt 2017a).

Aktuell gilt das Einkommen immer noch als eine der bedeutendsten Größen, um Ungleichheit in Teilhabe und Lebensbedingungen zu messen (Klocke/Lampert 2005). Das Konzept der relativen Einkommensarmut gibt jedoch keinen Aufschluss über das Maß der individuellen Bedürftigkeit von Personen (BMAS 2017).

In Abgrenzung zum relativen Armutskonzept ist die absolute Armut zu nennen. Sie bezeichnet das Nichtvorhandensein von lebensnotwenigen Basen wie Wohnraum, Kleidung oder Nahrung, wodurch sich für betroffene Personen eine existentielle Bedrohung ergibt (Klocke/Lampert 2005; Hübenthal 2009; Hock/Holz/Kopplow 2014).

Armut als Bezug von staatlichen Grund- und Mindestsicherungsleistungen (politisch-normativer Ansatz)

Weit verbreitet ist die Erhebung von Armutsdaten anhand des Bezuges sozialstaatlicher Grundleistungen des Haushaltes (auch: Bedarfsgemeinschaft). Demnach gilt derjenige als arm, wer von finanziellen Hilfen des Staates abhängig ist, um seinen Lebensunterhalt bestreiten, bzw. das Existenzminimum erreichen zu können (Klocke/Lampert 2005; Hübenthal 2009; Hock/Holz/Kopplow 2014). Bezieher folgender Leistungen gelten nach dieser Definition als „arm“:

- SGB-II-Leistungen: Arbeitslosengeld II/Sozialgeld (umgangssprachlich “Hartz IV”);
- Sozialhilfe: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII);
- Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (SGB XII);
- Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Kinderarmut nach dieser Definition lässt sich in Deutschland anhand der veröffentlichten Zahlen zur SGB-II-Statistik durch die Bundesagentur für Arbeit messen und vergleichen (Hübenthal 2009).

Armut als materielle Deprivation (Lebensstandardansatz)

Dieser definitorische Ansatz fokussiert weniger die finanzielle Situation einer Person, sondern betrachtet die individuellen Entbehrungen von Personen. Bestimmte Aktivitäten und Güter (Ressourcen) gelten hier als durchschnittlicher Lebensstandard einer Gesellschaft (BMAS 2017). Als Deprivation wird auch der Mangel an Ressourcen verstanden (siehe Abb. 1).

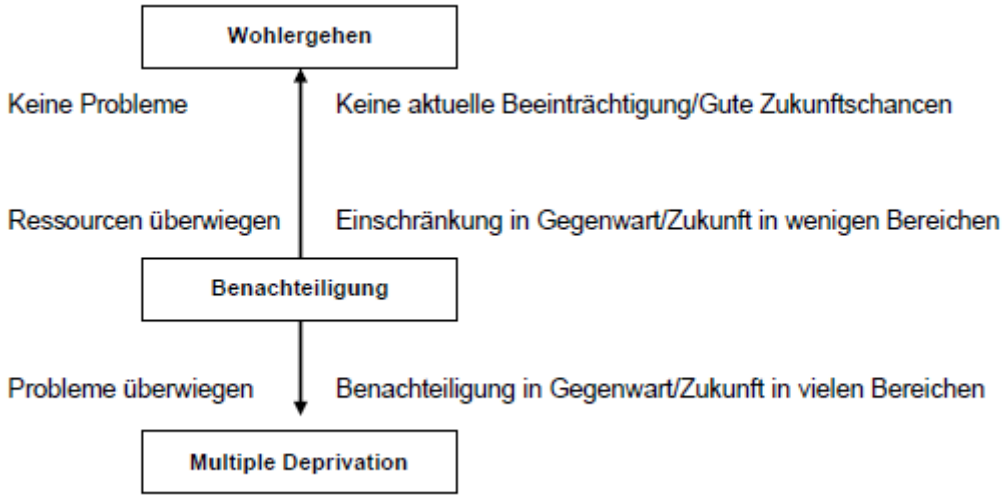


Abbildung 1: Multiple Deprivation. *Quelle: Hock/Holz/Wüstendörfer 2017, S. 32.*

Entscheidend ist, welchen Zugang Personen zu den festgelegten Aktivitäten und Gütern haben. Wer in mindestens vier der neun nachfolgenden Bereiche einen Mangel aufweist, gilt nach Definition in Europa als arm bzw. weist eine erhebliche materielle Deprivation auf:

1. Finanzielles Problem, die Miete, Hypotheken oder Rechnungen für Versorgungsleistungen rechtzeitig zu bezahlen.
2. Finanzielles Problem, die Wohnung angemessen heizen zu können.
3. Problem, unerwartete Ausgaben in einer bestimmten Höhe aus eigenen finanziellen Mitteln bestreiten zu können.
4. Finanzielles Problem, jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder eine gleichwertige vegetarische Mahlzeit essen zu können.
5. Finanzielles Problem, jährlich eine Woche Urlaub außerhalb der eigenen Wohnung zu verbringen.
6. Fehlen eines Autos im Haushalt.
7. Fehlen einer Waschmaschine im Haushalt.
8. Fehlen eines Farbfernsehgeräts im Haushalt.
9. Fehlen eines Telefons im Haushalt.

Dabei gilt für die letzten vier Bereiche, dass nur dann ein Mangel vorliegt, wenn diese aus finanziellen Gründen nicht angeschafft wurden (BMAS 2017, S. 573).

Armut als soziale Ausgrenzung (Capability-Ansatz)

Der indische Wirtschaftswissenschaftler Amartya Sen entwickelte den Capabilty-Ansatz – auch Befähigungsansatz oder Konzept der Verwirklichungschancen – der darauf basiert, Armut als einen Mangel an Verwirklichungschancen zu definieren. Um sich einer Definition zu nähern, muss der minimale gesellschaftlich akzeptiere Lebensstandard einer Gesellschaft zu Grunde gelegt werden. Die Fähigkeiten einer Person, diesen zu erreichen, stellt seine Verwirklichungschancen dar bzw. den Mangel solcher (Nussbaum/Sen 2009). Armut ist somit auch als soziale Ausgrenzung zu verstehen, da die Teilhabechancen an Aktivitäten sowie Handlungsspielräume, die als gesellschaftliche Norm gelten, stark eingeschränkt sind (BMAS 2005). Auch die Bundesregierung orientiert sich seit dem 2. Armuts- und Reichtumsbericht im Jahr 2005 am Capability-Ansatz, um sich einer Definition von Armut zu nähern und erweitert diesen in den nachfolgenden Berichten um andere Ansätze (BMAS 2017); dies geschieht jedoch unter der Anmerkung, dass die Operationalisierung von Verwirklichungschancen schwierig sei, und daher keine empirisch fundierten Ergebnisse darüber vorlägen (BMAS 2013).

Lebenslagenansatz

Armut wird mehr und mehr als mehrdimensionales Phänomen beschrieben, dass nicht allein durch ökonomische Risikolagen abgebildet werden kann. Die AWO-ISS-Studie begann 1997, sich mit den Lebenslagen und Entwicklungsmöglichkeiten von (armen) Kindern in Deutschland zu befassen. Sie nutzte als bisher einzige empirische Studie den Lebenslagenansatz als Armutskonzept (Klocke/Lampert 2005). Dabei bilden vier Lebenslagedimensionen das Wohlbefinden eines Kindes ab:

- *Materielle Lebenslage* (Kleidung, Wohnung, Nahrung)
- *Kulturelle Lebenslage* (kognitive Entwicklung, Sprache, Bildung, kulturelle Kompetenzen)
- *Soziale Lebenslage* (soziale Kontakte, soziale Kompetenzen)
- *Gesundheitliche Lebenslage* (physische und psychische Gesundheit) (Tophoven et al. 2018, S. 58).

Holz bezeichnete diese Dimensionen als „Gesamtheit der äußeren Bedingungen, die das Leben und die Handlungsspielräume eines Einzelnen prägen“ (Holz 2018). Innerhalb dieser Lebenslagedimensionen werden Entwicklungen innerhalb der jeweiligen Lebensphase eines Kindes oder eines Jugendlichen betrachtet, sowie familiäre Zusammenhänge, Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten als auch finanzielle Mittel des Haushaltes (ISS 2012).

Subjektive Einkommensarmut

Dieser Ansatz zur Armutsmessung ist durch das subjektive Empfinden der Befragten (sowohl Betroffene als auch Nichtbetroffene) geprägt und vernachlässigt einkommensabhängige Werte und

Armutsgrenzen (Sedding/Holz/Landes 2017). Beispielsweise empfindet eine Person, die per relativer Armutsdefinition als arm gilt, sich möglichweise gar nicht als arm. Oder aber eine Person, die oberhalb der definierten Einkommensgrenze liegt, empfindet sich als arm, da sie keine Möglichkeiten hat, eigene Bedürfnisse außerhalb der existenziellen Basen zu verwirklichen.
Das subjektive Empfinden von Armut als Messwert wird insbesondere auch in der Kinderarmutsforschung angewendet (Bundesregierung 2017).

Die vorliegende Arbeit orientiert sich einerseits am Lebenslagenansatz, da dieser im Rahmen von Präventionsketten Anwendung findet und andererseits am relativen sowie politisch-normativen Armutsbegriff, der im Landkreis Osnabrück zur Angabe von Armutsquoten (SGB-II-Quote) verwendet wird. Dennoch fließen Ansätze von den anderen genannten Armutskonzepten mit in die Ausarbeitung ein, da Armut als mehrdimensionales Phänomen nicht abschließend anhand eines Konzeptes zu greifen ist.

2.1.2 Kinderarmut in Deutschland und Armutsrisiken

(Kinder-)Armutsforschung in Deutschland ist lange kein offen diskutiertes Thema in Politik und Wissenschaft gewesen. Zander spricht von Kinderarmut als einem strukturellen Problem, dass seit den 1990er Jahren verstärkt in den gesellschaftlichen Fokus gerückt ist (Zander 2010). 1989 wurde die UN-Kinderrechtskonvention von der UN-Generalversammlung angenommen. In Kraft traten die weltweiten Standards zu den Rechten sowie dem Schutz von Kindern in der Bundesrepublik zwei Jahre später (UNICEF 2014). Kinderarmut wurde hier nun auch in Bezug auf das kindliche Wohlbefinden thematisiert. Mit dem 10. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung rückte die Problematik 1998 verstärkt ins Zentrum der politischen Debatte von Bund, Ländern und Kommunen, 1997 begann die erste und bisher einzige umfassende Längsschnittstudie zu Kinderarmut in Deutschland (AWO-ISS-Studie). Auch pädagogische Bereiche wie z.B. die Frühförderung, die Kindertagespflege und das Schulwesen beschäftigten sich verstärkt mit der Thematik (Zander 2010). Heute wird Kinderarmut in Deutschland und anderen Industrienationen offen von Politik und Wissenschaft diskutiert, zuletzt sogar im Wahlkampf 2017.

2016 waren 13,4 Millionen Menschen – jede sechste Person – in Deutschland armutsgefährdet. Dies entspricht einem Anteil von 16,5% der Bevölkerung, die unterhalb des 60%-Schwellenwertes der Armutsgefährdung liegen (relative Einkommensarmut). Bei den unter 18-jährigen sind es 15,4% (Statistisches Bundesamt 2017b). Das Armutsrisiko für Kinder fällt je nach Datenquelle unterschiedlich hoch aus, wie der 5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung darstellt: So sind es im Jahr 2015 nach Berechnungen des Mikrozensus knapp unter 20% der unter 18-

jährigen Kinder, das Sozioökonomische Panel (SOEP) gibt knapp über 20% an und im EU-SILC sind es knapp unter 15% (siehe Abb. 2). Die deutlichen Abweichungen lassen sich durch unterschiedlich erhobene Nettoeinkommen in den Studien begründen (Andresen/Neumann Public 2018).

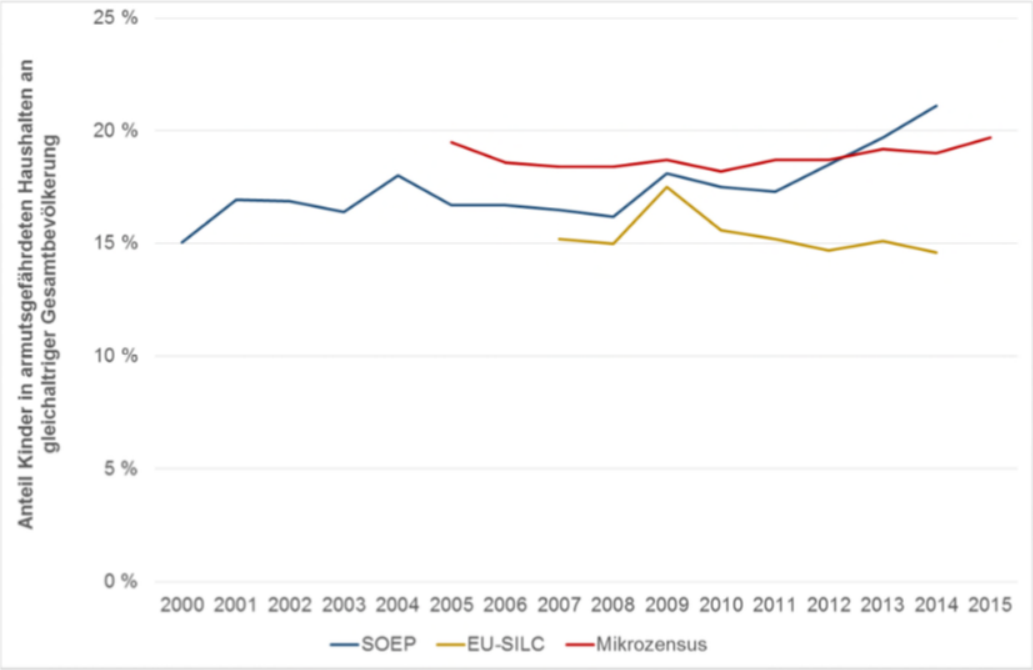


Abbildung 2: Entwicklung der Armutsrisikoquote 0 bis 17 Jahre nach verschiedenen Datenquellen. *Quelle: 5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (BMAS 2017).*

Betrachtet man die SGB-II-Quoten, sind es Ende 2016 14,8% der Kinder unter 18 in Deutschland, die in Armut leben. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen West- (13,5%) und Ostdeutschland (20,4%) (Bremer Institut für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe 2018) (siehe Abb. 3).

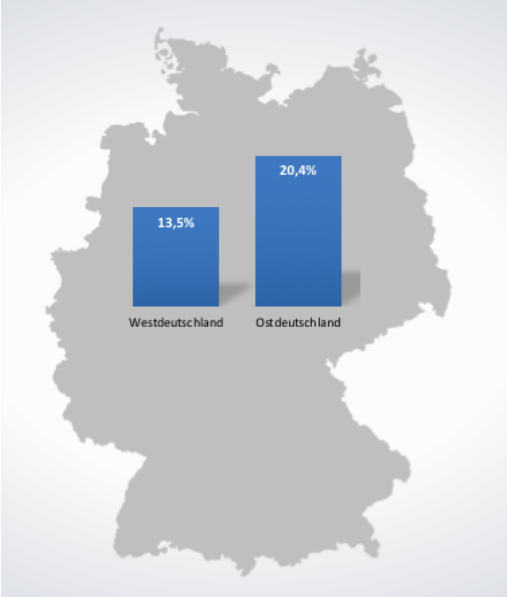


Abbildung 3: Kinder u18 in SGB-II-Bezug (Ende 2016). *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Bremer Instituts für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe 2018.*

Als Gründe für den deutlich höheren Anteil von Kindern in SGB-II-Bezug in Ostdeutschland werden unter anderem die dort vorherrschende höhere Arbeitslosigkeit als auch niedrigere Löhne genannt (Hübenthal 2009). Auch im Ländervergleich wird deutlich, dass Armut einen regionalen Charakter hat. So liegen zwischen Bayern (7,1%) und dem Land Bremen (31,0%) ganze 23,9% Unterschied. Niedersachsen liegt mit 15,1% Anteil an Kindern unter 18 in Armut knapp über dem Bundesdurchschnitt (siehe Abb. 4).

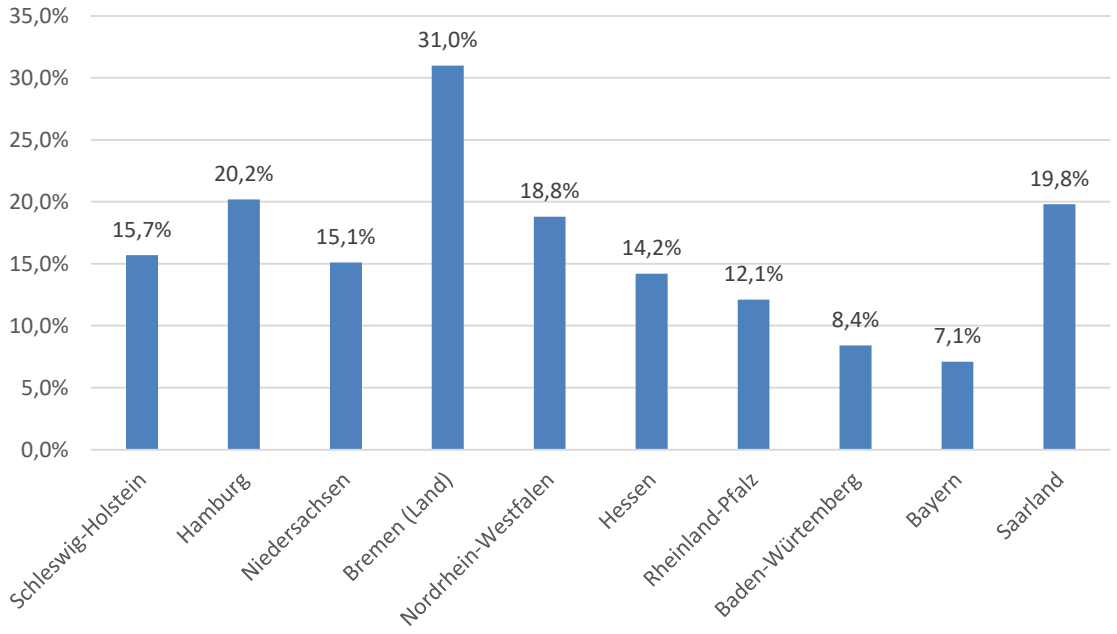


Abbildung 4: SGB-II-Quoten der unter 18-jährigen Kinder in Prozent nach Bundesländern (Ende 2016). *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Bremer Instituts für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe 2018.*

Neben der Regionalität wirken auch andere Faktoren auf das Armutsrisiko von Kindern ein. In der Literatur herrscht eine große Einstimmigkeit darüber, dass folgende Lebensumstände das Risiko einer Person, in Armut zu leben, erhöhen: Alleinerziehende und Mehrkindfamilien, Migrationshintergrund sowie Erwerbslosigkeit (Klocke/Lampert 2005; Hübenthal 2009; Hock/Holz/Kopplow 2014; Goebel/Grabka/Schröder 2015; BMAS 2017; BMFSFJ 2017).

Die Bedeutung der Familienform bzw. des Haushaltstyps für das Armutsrisiko zeigt sich deutlich in vielen vorhandenen Untersuchungen, auch wenn die Zahlen je nach Datenquelle voneinander abweichen (siehe Abb. 5). Auch die beiden meist verwandtesten Armutskonzepte in Deutschland – relative Einkommensarmut sowie Armut als Bezug von SGB-II-Leistungen – spiegeln diesen Zusammenhang wieder (Hübenthal 2009).

Armutsrisikoquoten nach Haushaltstyp 2014
Anteil der Personen mit einem Nettoäquivalenzeinkommen unterhalb von 60% des Einkommensmedian

	Datenquelle		
Haushaltstyp	SOEP	EU-SILC	Mikrozensus
Alleinerziehend	38,4%	33,7%	41,9%
Paar mit 1 Kind	8,9%	10,1%	9,6%
Paar mit 2 Kindern	8,4%	8,7%	10,6%
Paar mit 3 und mehr Kindern	24,4%	14,7%	24,6%

Abbildung 5: Armutsrisikoquoten nach Haushaltstyp (Einkommensjahr 2014). *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des 5. Armuts- und Reichtumsberichtes der Bundesregierung (BMAS 2017).*

Der 5. Armuts- und Reichtumsbericht macht deutlich, dass **Alleinerziehende** in Deutschland ein deutlich höheres Armutsrisiko aufweisen als Paarfamilien: Bei Paaren mit einem Kind sind es nach den Zahlen des sozio-ökonomischen Panel 8,9%, wohingegen es bei Alleinerziehenden 38,4% sind – ein mehr als 4x so hohes Risiko (siehe Abb. 5). Auch der Bezug von SGB-II-Leistungen ist bei Einelternfamilien mit 38% mehr als 5x so hoch, wie bei Paarfamilien (7%) (BMFSFJ 2017). Bei den Alleinerziehenden handelt es sich meist um Mütter, was bei einer Erwerbstätigkeit mit jüngeren Kindern Probleme darstellen kann. Bird und Hübner stellten in einer Expertise der AWO dar, dass Mütter mit jüngeren Kindern (jüngstes Kind unter drei Jahren) weniger häufig erwerbstätig sind (23%), als Mütter mit jugendlichen Kindern (73% mit Kindern zwischen 15 und 17 Jahren) (Bird/Hübner 2010). Das Armutsrisiko von alleinerziehenden Frauen steigt zusätzlich mit der Dauer der Alleinerziehung (Klocke/Lampert 2005) sowie mit der Anzahl der Kinder (Hock/Holz/Kopplow 2014).

Ebenfalls ein deutlich höheres Armutsrisiko weisen **Mehrkindfamilien**, also Familien mit drei oder mehr Kindern, auf (Hock/Holz/Kopplow 2014; BMAS 2017). Gegenüber den oben genannten 8,9% der Paarfamilien sind es bei kinderreichen Familien 24,4%, die armutsgefährdet sind (siehe Abb. 4); darüber hinaus beziehen sie auch häufiger SGB-II-Leistungen als Paarfamilien (BMFSFJ 2017). Dabei schützt auch Erwerbstätigkeit nicht zwingend vor Armut; durch Kinderreichtum und damit verbunden hohe monatliche Ausgaben kommen jedoch selbst Eltern mit einem durchschnittlichen Einkommen teilweise an die Schwellenwerte (Klocke/Lampert 2005). Bird und Hübner vertreten die Ansicht, dass der entschiedenste Faktor für das Armutsrisiko kinderreicher Familien die Chancen auf eine Erwerbstätigkeit der Eltern sind und unterscheiden hier Eltern mit hoher sowie niedriger Qualifikation (Bird/Hübner 2010). Höher qualifizierte Eltern haben meist auch höhere Chancen für gut bezahlte Vollzeitstellen, als niedrig qualifizierte Eltern.

32% aller Familien mit minderjährigen Kindern in Deutschland haben 2015 einen **Migrationshintergrund**. Einen Migrationshintergrund hat eine Familie, wenn entweder das/die Kind/er oder

mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde (BMFSFJ 2017). Der Anteil von Kindern unter 18 Jahren mit einem Nettoäquivalenzeinkommen unterhalb der Armutsgrenze lag 2016 bei Kindern mit Migrationshintergrund bei 54,2% (eingewandert) gegenüber 28,2% (in Deutschland geboren) sowie im Vergleich dazu bei 13,3% bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Dabei zeigte sich seit 2012 ein Anstieg von über 10% bei dem Anteil der eingewanderten Kinder, welcher auch auf die jüngsten Wanderungsbewegungen in die Bundesrepublik zurückzuführen ist (Seils/Höhne 2017). Hock et al. sehen den Migrationshintergrund von Familien als einen sekundären Faktor in Bezug auf Kinderarmut; relevant sei vielmehr, dass in eingewanderten Familien durch fehlende anerkannte berufliche Qualifikation oder sprachliche Kenntnisse das Risiko für Erwerbslosigkeit höher ist sowie vermehrt noch traditionelle Familienmuster auftreten, bei denen nur der Vater erwerbstätig ist (Hock/Holz/Kopplow 2014). Dies belegt auch der 5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (BMAS 2017). Auch Klocke & Lampert sehen kulturelle Differenzen und sprachliche Hürden als eine Verstärkung der sozial benachteiligten Lage von Kindern mit Migrationshintergrund (Klocke/Lampert 2005).

Als einer der zentralen Gründe für Kinderarmut wird der Verlust der **Erwerbstätigkeit** der Eltern angesehen (Klocke/Lampert 2005; Hübenthal 2009; Hock/Holz/Kopplow 2014; BMAS 2017; BMFSFJ 2017).

Ist innerhalb des Haushaltes keiner der Erziehungsberechtigten erwerbstätig, liegt das Armutsrisiko bei 64%; arbeitet ein Elternteil in einer Vollzeitbeschäftigung, sinkt dieses Risiko auf 15% ab, arbeiten sogar beide Elternteile in Vollzeit, sogar auf 5% (BMAS 2017 S. XXI). Kinderarmut tritt somit stärker in Familien auf, die in Arbeitslosigkeit leben (Hübenthal 2009). Somit gilt die Erwerbstätigkeit der Eltern als beste Präventionsmaßnahme gegen Kinderarmut (BMFSFJ 2017). Dennoch: Eine Integration in den Arbeitsmarkt bedeutet nicht zwangsläufig, dass kein Bedarf an Mindestsicherungsleistungen besteht, wie der Familienreport 2017 zeigt. Finanzielle Schwierigkeiten entstehen häufig dann, wenn traditionelle Familienmodelle mit dem Vater als „Ernährer“ sowie der Mutter als Hausfrau bestehen, oder auch in Alleinerziehendenhaushalten. Hock et al. sehen in der Erwerbstätigkeit von Müttern eine Schlüsselrolle in Bezug auf Kinderarmut (Hock/Holz/Kopplow 2014); Kinder in Zweiverdienerhaushalten haben gegenüber Alleinverdienerhaushalten oder erwerbslosen Haushalten ein deutlich geringeres Armutsrisiko (siehe Abb. 6).

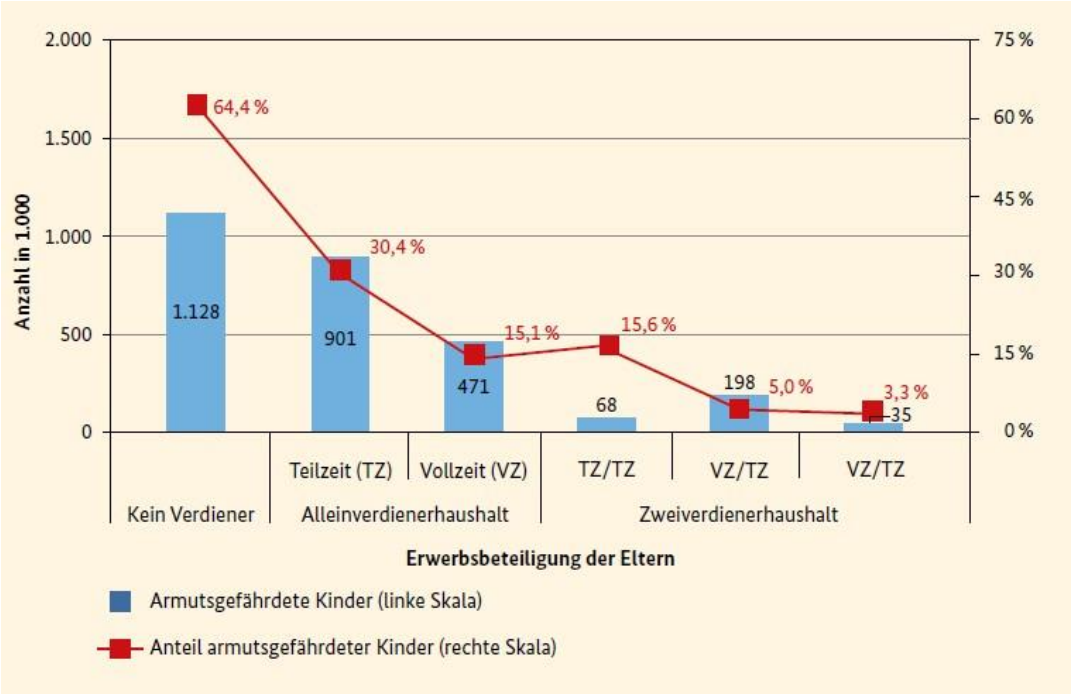


Abbildung 6: Armutsgefährdete Kinder nach Erwerbsbeteiligung und -umfang der Eltern. *Quelle: Familienreport 2017 nach den Daten des SOEP v32 und Berechnungen der Prognos AG.*

2.1.3 Folgen von Kinderarmut für die Lebenslagen

„Kann in einer reichen Industrienation wie Deutschland die Betroffenheit von Armut bzw. von einem Armutsrisiko überhaupt zu tiefgreifenden Einschränkungen in den individuellen Lebenslagen führen oder wird nur auf einem hohen Niveau gejammert, ohne dass es einen triftigen Grund dafür gibt?“ (Hübenthal 2009, S. 21). Die rhetorische Frage, mit der Hübenthal eines ihrer Kapitel beginnt, ist sicherlich bereits vielerorts gestellt worden. Eine Antwort möchte dieses Kapitel durch Betrachtung der Folgen von Kinderarmut auf die einzelnen Lebenslagedimensionen liefern.

Alle nachfolgenden Aspekte zeigen deutlich auf, dass (Kinder-)Armut zum einen eine Unterversorgung in den einzelnen Lebenslagen und zum anderen eine verminderte Teilhabe bedeuten kann (Lampert/Richter 2010). Hierzu ist es wichtig, den gesamten Lebenslauf eines armen Kindes in den Blick zu nehmen, um ein vollständiges Bild über die Auswirkungen von Kinderarmut zu erhalten (Richter-Kornweitz 2010a). Dabei spielen die AWO-ISS-Studien eine zentrale Rolle in der deutschen Armutsforschung, die als bisher einzige deutsche Studie eine Langzeitbetrachtung der untersuchten Kohorte vornimmt. Beispielsweise wurde deutlich, dass fast drei Viertel der armen Familien aus dem ersten Untersuchungszeitraum 1999 auch in der zweiten Untersuchung 2003/04 noch arm sind und nur ein geringer Anteil der Familien es schafft, den unteren Einkommensdurchschnitt zu erreichen (Richter-Kornweitz 2010a, S. 47).

Die Ergebnisse der Untersuchungen der Kinder im Vorschulalter zeigen, dass der Anteil armer Kinder mit Einschränkungen oder Auffälligkeiten in den einzelnen Lebenslagen unmissverständlich höher war, als der der nicht-armen Kinder (siehe Abb. 7).

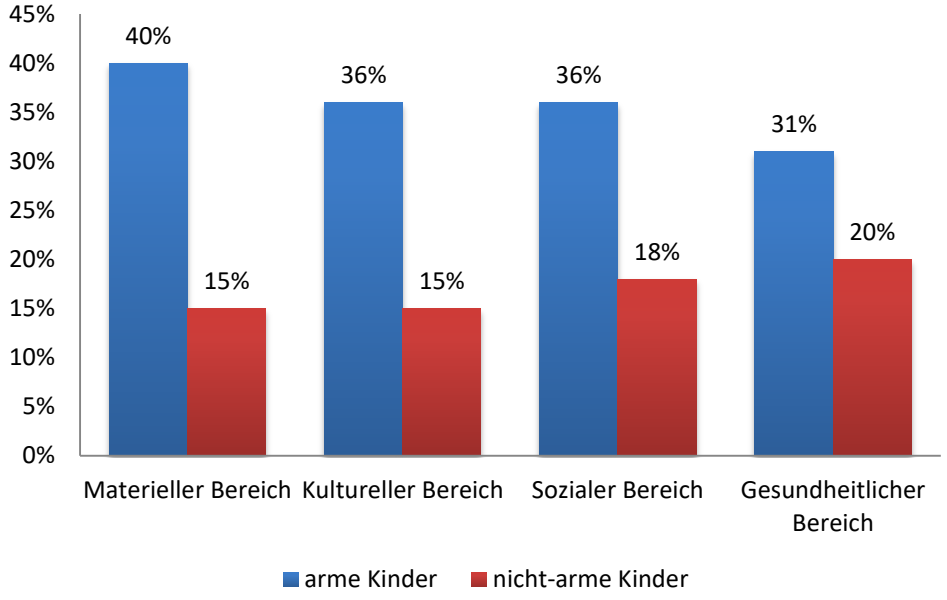


Abbildung 7: Anteil der Kinder im Vorschulalter mit Einschränkungen in den vier zentralen Lebenslagedimensionen. *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten der AWO-ISS-Studie 2000.*

In Bezug auf die **materielle Dimension** zeigen sich bei armen Kindern und deren Familien typische Charakteristika, wie z.B. zu kleiner Wohnraum (räumlich als auch personenbezogen) und keine Möglichkeit für ein eigenes Kinderzimmer. Negative Auswirkungen der Wohnsituation können u.a. ein belastendes Klima innerhalb der Familie sein, der Mangel an Rückzugsorten sowie keine Möglichkeit für das Kind, Freunde nach Hause einzuladen (aus Platzgründen oder auch aus Scham über den beengten Wohnraum) (Laubstein/Holz/Sedding 2016). Aus der 4. World Vision Kinderstudie geht hervor, dass 92% der Kinder, die der Oberschicht angehören, über ein eigenes Kinderzimmer verfügen, jedoch nur knapp die Hälfte der Kinder aus der Unterschicht (Andresen/Neumann/Public 2018, S. 8). Weiterhin zeigten die Auswertungen der AWO-ISS-Studie, dass arme Kinder häufiger hungrig in der Kindertageseinrichtung erscheinen, die Eltern das Geld für Essen oder Ausflüge nicht zahlen können, oder die Kinder ein ungepflegtes bzw. vernachlässigtes äußeres Erscheinungsbild haben (AWO-ISS 2000). Eine ökonomische Risikolage kann für ein Kind auch bedeuten, dass seine Familie ihm keine Markenkleidung kaufen kann: Gerade im Rahmen von Peergroups in Kindergarten und Schule nimmt aber die symbolische Bedeutung von Kleidung zu, und bestimmte Marken stehen für Teilhabe unter Gleichaltrigen. Der rein funktionelle Aspekt von Kleidung kann meist trotz Armut erfüllt werden, sodass hier ein Spannungsfeld zwischen Eltern und Kindern entstehen kann (Laubstein/Holz/Sedding 2016). Ein hoher Anteil der Eltern in SGB-II-Bezug versuchen, dafür zu sorgen, dass ihre Kinder möglichst geringe Auswirkungen

der finanziellen Notlage erfahren müssen und trotzen damit auch dem Gerücht, das für ihre Kinder ausgezahlte Geld für eigene Belange zu verwenden (Hübenthal 2009). Z.B. versuchen Eltern, die sich keinen gemeinsamen Urlaub oder Ausflüge leisten können, ihre Kinder bei Verwandten unterzubringen und ihnen damit ein Äquivalent zu ermöglichen (Laubstein/Holz/Sedding 2016). Arme Eltern verzichten zwar oft zugunsten ihrer Kinder, dennoch ist die familiäre finanzielle Knappheit mit eingeschränkter Teilhabe für die Kinder verbunden: Kinder aus materiell gesicherten Verhältnissen können sich bestimmte Güter oder die Teilnahme an Aktivitäten selbstverständlich leisten, die für arme Kinder tabu sind (Hübenthal 2009; Lampert/Richter 2010). Fast jedes 4. Kind in Armutslagen kann sich, nach eigener Aussage, nicht immer alle notwenigen Materialen für die Schule leisten (Andresen/Neumann/Public 2018). Die materielle Dimension ist also zentral für die Armutsthematik, da die Teilhabe einer Familie eng mit ihren finanziellen Ressourcen verbunden ist.

Auch die Untersuchung der **sozialen Dimension** zeigt für Armut typische Folgen auf. Die Beziehungen innerhalb einer armen Familie können sehr unterschiedliche Qualitäten haben. Sind die Eltern oder ein Elternteil nicht erwerbstätig, kommt es in vielen armen Familien häufiger zu Konflikten und Streit. Die Kinder spüren das angespannte Klima und äußern unter anderem auch Ängste vor einer Trennung der Eltern (Laubstein/Holz/Sedding 2016). Auch das Gefühl von Selbstwirksamkeit ist bei armen Kindern weniger stark ausgeprägt als bei Kindern aus besser gestellten Familien: Sie empfinden ihre Lebenslage häufiger als aussichtslos und entwickeln eine resignative Haltung (Hübenthal 2009). Das Erlernen von Selbstvertrauen in die eigene Person sowie das Gefühl, etwas wert zu sein, muss innerhalb der Familie oder mindestens in Bereichen wie z.B. der Kindertagespflege stattfinden, damit Kinder soziale Handlungskompetenzen erlangen und eigene soziale Netzwerke bilden können. In Untersuchungen der aktuellen Studienlage konnte festgestellt werden, dass „arm sein“ nicht zwingend ein geringeres soziales Netzwerk bedeuten muss – die Sozialbeziehungen der Kinder variieren von größeren zu kleineren Freundeskreisen (Laubstein/Holz/Sedding 2016). Arme Kinder können also durchaus von einem starken Netzwerk und guten Freundschaften profitieren. Mehrheitlich weisen sie jedoch geringere Peer-Netzwerke auf und auch die Beständigkeit der Freundschaften ist nicht immer gegeben; ärmere Kinder haben häufiger Angst, dass ihre sozialen Netzwerke unbeständig und nicht zuverlässig sind, als Kinder aus nicht-armen Lebenslagen (Hübenthal 2009; Laubstein/Holz/Sedding 2016). Viele Freizeitaktivitäten sind an die finanziellen Ressourcen der Familie gekoppelt, sodass Eltern aus höheren sozialen Schichten ihren Kindern häufig mehr Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung anbieten können: Von 10 Kindern aus der unteren Schicht sind nur vier in einer Gruppe oder einem Verein aktiv, während es aus der Oberschicht fast jedes Kind ist. Kinder der oberen Schichten können über vermehrte Teilnahme an außerschulischen Aktivitäten auch ein größeres Netzwerk von Freunden

aufbauen (Andresen/Neumann/Public 2018, S. 6). Ähnliche Ergebnisse konnten ebenfalls die AWO-ISS-Studien nachweisen: Kinder aus armen Verhältnissen zeigten sich in der Kindertageseinrichtung weniger wissbegierig, wollten sich weniger stark an Gruppenaktivitäten beteiligen und traten auch weniger häufig in den Austausch mit anderen Kindern vor Ort. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass arme Kinder öfter als nicht-arme Kinder soziale Ausgrenzung erleben und in den Einrichtungen öfter von Peers gemieden werden (AWO-ISS 2000). Dabei ziehen sich die Kinder teilweise auch selber zurück, da sie Angst vor negativen Reaktionen von Seiten ihrer sozialen Kontakte auf die Armutssituation ihrer Familie haben (Klocke/Lampert 2005). Auch gemeinsame Ausflüge oder Unternehmungen mit den Eltern, die wichtig für die Beziehungen innerhalb der Familie sind, finden in armen Familien seltener statt (Hübenthal 2009).

Die Auswirkungen und Folgen von Armut auf die **gesundheitliche Dimension** zeigen, dass es ungleiche Chancen für ein gesundes Aufwachsen gibt. Die Ergebnisse der Welle 2 der KIGGs-Studien belegen, dass es in Bezug auf gute Gesundheit einen starken sozialen Gradienten zugunsten von Kindern aus Familien mit höherem sozialem Status gibt. Ebenso schätzen Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder besser ein, je höher der soziale Status innerhalb der Familie ist. (Poethko-Müller/Kuntz/Lampert/Neuhauser 2018). Leicht gegensätzlich dazu zeigte die AWO-ISS-Studie, dass der Unterschied von armen und nicht-armen Kindern in Bezug auf die Gesundheit von allen Lebenslagedimensionen am geringsten ausgeprägt ist. Nichtdestotrotz konnten häufigere körperliche Entwicklungsverzögerungen festgestellt werden (AWO-ISS 2000). Armut hat Einfluss auf das Risiko für Entwicklungsstörungen und damit die Gesundheit von Kindern: Ökonomische Risikolagen werden subjektiv häufig als so belastend empfunden, dass sich psychosomatische Symptomatiken wie Depressionen, Nervosität, Bauch- und Kopfschmerzen aber auch Schlaf- sowie Konzentrationsstörungen einstellen können (Laubstein/Holz/Sedding 2016). Kinder, die in armen Verhältnissen aufwachsen, entwickeln ein risikoaffineres Gesundheitsverhalten als Kinder aus nicht-armen Familien: Sie weisen ein schlechteres Bewegungs- sowie Ernährungsverhalten auf, putzen sich weniger häufig die Zähne, rauchen vermehrt, schauen öfter und länger fern, zeigen Verhaltensauffälligkeiten und sind häufiger übergewichtig (Klocke/Lampert 2005; Lampert/Richter 2010). Ergebnisse der KIGGs-Studie konnten zeigen, dass Mädchen und Jungen mit einem niedrigen Sozialstatus im Gegensatz zu Kindern mit höherem Sozialstatus ein stark ausgeprägtes Risiko haben, übergewichtig zu werden (Schienkiewitz/Brettschneider/Damerow/Schaffrath Rosario 2018). Deutlich wird, dass Armut das Familienklima durch häufigere Konflikte und fehlende Unterstützung negativ belastet und dies wiederum negative Auswirkungen auf die psychische und gesundheitliche Entwicklung von Kindern hat (Lampert/Richter 2010; Laubstein/Holz/Sedding 2016).

In der **kulturellen Dimension** lässt sich der deutliche Zusammenhang von Armut bzw. sozialer Herkunft und der Bildung von Kindern beschreiben (Hübenthal 2009). In der Schuleingangsuntersuchung empfehlen die Ärzte häufiger, arme Kinder erst ein Jahr später einzuschulen, als sie es nicht-armen Kindern empfehlen. Dabei sind die festgestellten Auffälligkeiten der Kinder vergleichbar (AWO-ISS 2000). In der Grundschule haben Kinder in armen Lebenslagen im Mittel schlechtere Noten und erhalten weniger häufig die Empfehlung für einen Gymnasialbesuch (Laubstein/Holz/Sedding 2016). Darüber hinaus zeigten Ergebnisse der 4. World Vision Kinderstudie, dass Kinder aus unteren sozialen Schichten auch weniger oft den Wunsch äußern, das Abitur zu machen, als Kinder aus oberen Schichten (Andresen/Neumann/Public 2018). Auch die PISA-Studien belegen, dass es einen Zusammenhang des sozioökonomischen Status einer Familie mit der Schulform des Kindes gibt: Kinder aus sozial schwächeren Familien besuchen häufiger eine Hauptschule und weniger häufig ein Gymnasium. Damit ist es für sie deutlich schwerer, im Erwachsenenalter gut bezahlte Stellen zu bekleiden, da hierfür Abitur und Studienabschlüsse meist Voraussetzungen sind. Somit bestehen für arme Kinder oft weniger Chancen, die ökonomische Risikolage, in der sie sich befinden, selbstwirksam zu verändern (Hübenthal 2009; Lampert/Richter 2010). Neben den formellen sind auch informelle Bildungsangebote, wie z.B. Bibliotheken, Musikunterricht, Sprachschulen oder andere kulturelle Angebote weniger häufig von armen Kindern besucht als von nicht-armen (Laubstein/Holz/Sedding 2016). Hier zeigt sich erneut, dass Armut Auswirkungen auf die Teilhabechancen von Kindern hat.

2.1.4 Das Kindergesicht der Armut

Um den Auswirkungen von Armut ein spezielles *Kindergesicht* zu geben, können die Lebenslagedimensionen herangezogen werden, die wiederum in drei Lebenslagetypen zusammengefasst werden. Abbildung 8 zeigt das kindbezogene Armutskonzept, welches beispielsweise zur Untersuchung der Armutslagen von Kindern in den AWO-ISS-Studien verwendet wurde:

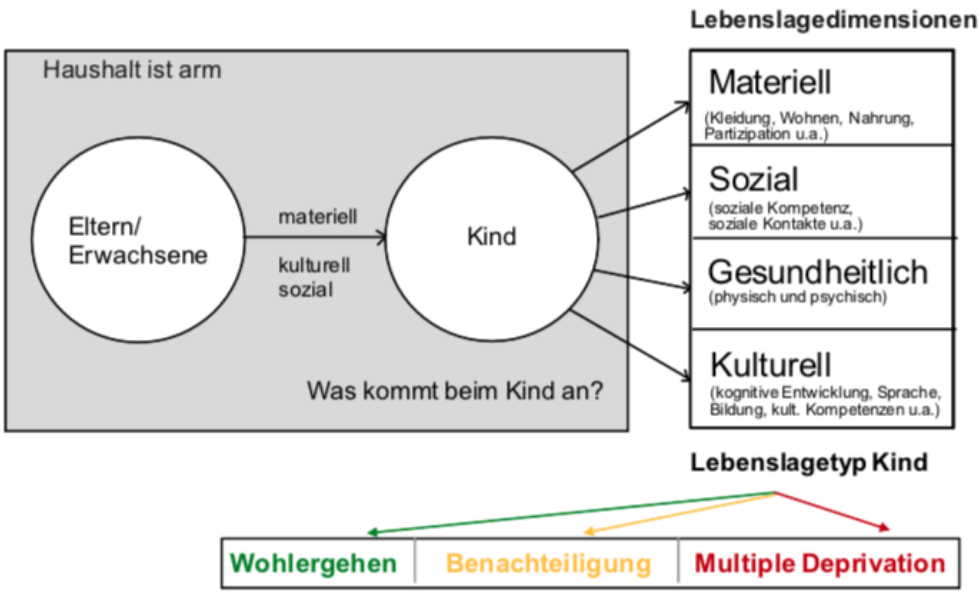


Abbildung 8: Das kindbezogene Armutskonzept. *Quelle: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS) 2012, S. 7.*

Vom Lebenslagetyp **Wohlergehen** wird gesprochen, wenn ein Kind keinerlei Einschränkungen in den vier Lebenslagedimensionen aufweist und somit von einem Aufwachsen in Wohlergehen ausgegangen werden kann. Liegen in ein oder zwei Dimensionen Auffälligkeiten vor, wird davon ausgegangen, dass das Kind benachteiligt aufwächst und somit der Typ **Benachteiligung** vorliegt. Sind jedoch mindestens drei von den vier Dimensionen auffällig, wird von **Multipler Deprivation** gesprochen. Das bedeutet, dass das Kind nicht über genügend Ressourcen innerhalb der Dimensionen verfügt, um in Wohlergehen aufwachsen zu können (ISS 2012).

Was aber bedeuten mangelnde Ressourcen für Kinder? Um dies zu verdeutlichen, werden nachfolgend drei Fallbeispiele aufgeführt.

„Juliana ist 4 1/2 Jahre alt. Beim gemeinsamen Frühstück in der Kita macht sich Juliana seit geraumer Zeit Brote – und zwar mehr als sie essen kann. Hanna, ihre Erzieherin bemerkt, dass Juliana die Brote in ihr Fach legt, zu all den anderen wichtigen eigenen Dingen, die sie dort aufbewahrt. Später zeigt ein Hausbesuch mit dem Jugendamt, dass der Kühlschrank in der Wohnung, in der Juliana lebt, leer ist. Juliana schmiert Brote, mit denen sie sich, ihren Bruder und vielleicht auch ihre Mutter versorgen will. Armut ist Alltag für Juliana, in vielerlei Hinsicht, auch wenn sie das noch nicht abstrahieren kann.

Aaron ist 5 und schon in der dritten Kita. Wegen seines aggressiven Verhaltens anderen Kindern gegenüber wurde er immer wieder weitergereicht. »Hier in der Kita reden sie mit mir und schmeißen mich nicht raus«, sagt Aaron und versteht schon, dass er hier so sein und bleiben kann wie er ist. Aaron wächst in einem sozial belasteten Haushalt auf. Er hat keinen eigenen Raum und lebt mit Eltern und mehreren Geschwistern in beengtem Wohnraum. Sich durchsetzen, das konnte er bisher nur mit Gewalt.

Meren ist immer hübsch gekleidet. Ihre Eltern sind immer freundlich und beteiligen sich viel bei Aktionen in der Kita. Bei Ausflügen aber möchte Meren neuerdings nicht mehr mitkommen oder wird an dem Tag abgemeldet. Darauf angesprochen erzählt sie ihrem Erzieher Patrick, dass sie sich

schämt, weil sie keinen schönen neuen Rucksack besitzt, wie ihre Freunde. Sie möchte deshalb auch lieber nicht mit zum Ausflug kommen. Armut sieht man Merens Familie nicht an. Merens Eltern geben, wie die meisten Eltern, alles für ihre Kinder. Sie leben in einem Einfamilienhaus, doch seit ein paar Monaten haben beide Eltern keine Arbeit mehr. Die Lebensumstände für Merens Familie haben sich von heute auf morgen verändert. Jetzt reicht das Geld manchmal nicht, damit Meren so wie andere Kinder teilhaben kann." (Urban/Frohn 2018, S. 1)

Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass Kinderarmut ein mehrdimensionales Phänomen ist und wie arme Kinder dabei empfinden. In Deutschland haben Kinder unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten, basierend auf den Bedingungen ihres Aufwachsens: Arme und nicht-arme Kinder haben häufig deutlich ungleiche Lebenswelten (Holz, 2010). Zur Begegnung von Kinderarmut sind (kindbezogene) Präventionsmaßnahmen ein wichtiger Baustein. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollten insbesondere Kinder und Jugendliche, die in Armut aufwachsen, in den Blick nehmen um ihre Teilhabechancen in allen Lebenslagedimensionen zu verbessern (Lampert/Richter 2010).

2.2 Gesundheitsförderung und Prävention

Im vorausgegangenen Kapitel wurde aufgezeigt, welche Auswirkungen materielle Armut auf zentrale Lebensbereiche von Kindern haben kann. Doch wieso können manche Kinder Armutsfolgen erfolgreicher begegnen als andere? Verantwortlich sind einerseits verfügbare Ressourcen zur Bewältigung von Belastungssituationen, andererseits spielen Resilienz und die eigene Lebenswelt eine zentrale Rolle (Petermann/Schmidt 2006; Richter-Kornweitz 2010b). Diese Begrifflichkeiten werden im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention verwendet und können somit die Basis für ein Verständnis für Armutsprävention bilden.

2.2.1 Allgemeine Ansätze von Gesundheitsförderung & Prävention

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention haben, obwohl sie teilweise als gleichwertig verwendet werden, unterschiedliche Beweggründe mit dem gleichen Ziel, nämlich der Verbesserung des Gesundheitszustandes von Individuen (BMFSFJ 2009).

Älter ist der Begriff der **Prävention**, vom lateinischen *praevenire*, „zuvorkommen, verhüten", abgekürzt für Krankheitsprävention (Holz 2010a). Prävention zielt dabei auf die Vermeidung von Krankheit, also auf die Reduktion von Auslösern oder Risikofaktoren für Krankheitsentstehung oder Belastungen (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2009; BMFSFJ 2009). Als Erweiterung kann die Definition des Bundesjugendkuratoriums verwendet werden, die Prävention als vorbeugende Maßnahmen bezeichnet, die auf *„die Abwendung unerwünschter Ereignisse, Entwicklungen und Zustände in der Zukunft"* (BJK 2017, S. 13) abzielt. Unterschieden wird zum einen zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention. Unter

Primärprävention versteht man das Abwenden von Neuerkrankungen, Sekundärprävention bezeichnet Maßnahmen zur Früherkennung oder Eindämmung von Krankheiten und Tertiärprävention beschäftigt sich mit der Vermeidung von Folgeschäden oder dem Wiederauftreten von Krankheiten (Leppin 2009; BMFSFJ 2009; BJK 2017). Als Prävention werden also auch Maßnahmen bezeichnet, die erst an einem Punkt ansetzen, an dem ein Individuum bereits *krank* ist; im Volksmund wird Prävention meist als Intervention zur Vermeidung von Krankheit empfunden. *Prävention* umfasst demnach das gesamte Spektrum von Gesundheit bis Krankheit. Strategien und Maßnahmen zur Prävention können außerdem direkt an den individuellen Verhaltensweisen einer Person ansetzen (Verhaltensprävention), wie z.B. Interventionen zur gesunden Ernährung oder zur Raucherentwöhnung oder sie beeinflussen die Umwelt, in der eine Person lebt (Verhältnisprävention), wie z.B. Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. Demnach setzt Verhaltensprävention an den individuellen Verhaltensweisen einer Person an, wohingegen Verhältnisprävention die Veränderung von Lebensbedingungen und Lebenslagen in den Blick nimmt, um den Gesundheitszustand einer oder mehrerer Personen zu verbessern. Das Individuum findet hier genauso viel Beachtung wie ganze Bevölkerungsgruppen (Leppin 2009; BMFSFJ 2009; BJK 2017).

Der Begriff der **Gesundheitsförderung** wurde wesentlich geprägt von der World Health Organisation (WHO), die am 21. November 1986 die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa abhielt. Dort wurde die sogenannte Ottawa-Charta verabschiedet, in der sich folgende Definition für den Begriff der Gesundheitsförderung findet: *„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“* (WHO 1986, S. 1). Der Unterschied zum Begriff der Prävention liegt in der salutogenetischen Betrachtungsweise von Gesundheit und der Frage: „Was hält Menschen Gesund?“ bzw. „Wie kann Gesundheit hergestellt werden?“. Der Fokus liegt dabei auf den Schutzfaktoren sowie Ressourcen, die ein Mensch zur Verfügung hat, wohingegen Prävention eher die Risikofaktoren in den Blick nimmt (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2009); Altgeld/Kolip 2009; BMFSFJ 2009). Beide Konzepte haben jedoch das gemeinsame Ziel, Gesundheit herzustellen bzw. den Gesundheitszustand zu verbessern (siehe Abb. 9).

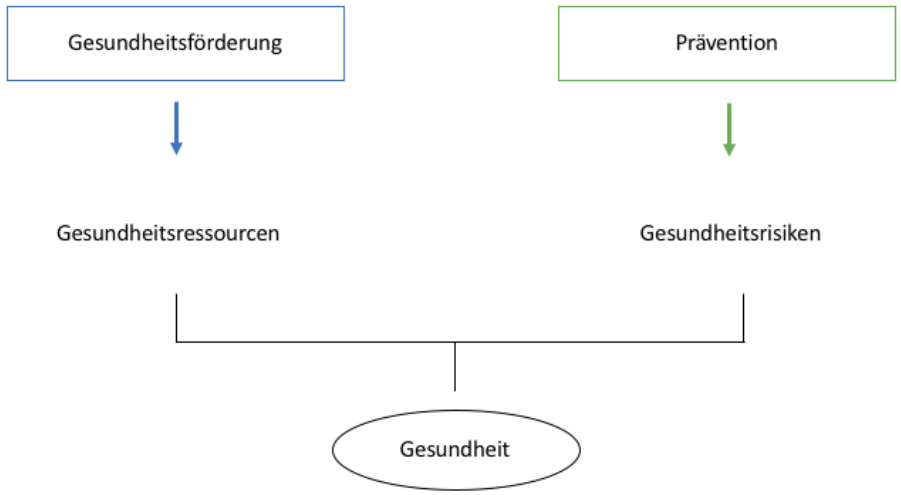


Abbildung 9: Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention. *Quelle: Eigene Darstellung.*

Mit der Ottawa-Charta wurde Gesundheit als Prozess verstanden, der selbstverständlich im alltäglichen Leben eines Individuums stattfindet und keine Zielerreichung darstellt. Die WHO legte außerdem den Grundstein für die heute sogenannten *Determinanten für Gesundheit*, indem sie folgende Voraussetzungen und Bedingungen für Gesundheit identifizierte: *„Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit“* (WH 1986, S. 1). Einflussfaktoren für eine gute Gesundheit sind demnach äußert vielfältig und hochkomplex. Ein bekanntes Modell, welches sich auf den genannten Voraussetzungen für Gesundheit gründet, wurde von Dahlgren & Whitehead (1991) entwickelt (siehe Abb. 10).

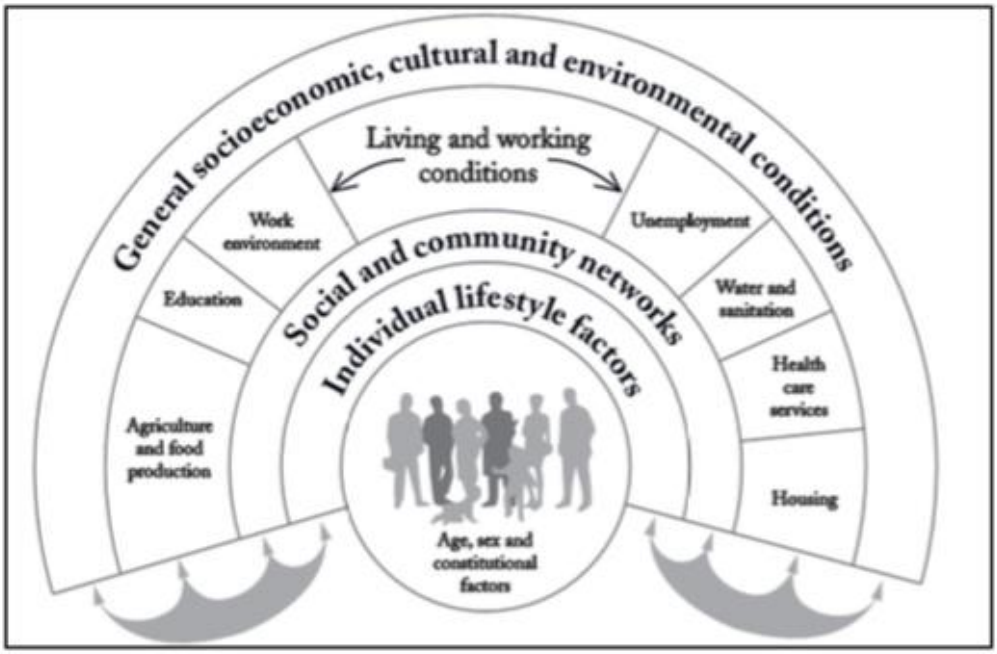


Abbildung 10: Determinanten von Gesundheit. *Quelle: Dahlgren & Whitehead (2007), zitiert nach Rathmann (2015). In Bildungssystem, Wohlfahrtsstaat und gesundheitliche Ungleichheit: ein internationaler Vergleich für das Jugendalter. S. 39.*

Der Gesundheitsstatus eines Individuums wird hier in einen gesellschaftlichen Kontext gestellt und macht deutlich, dass Gesundheitsförderung durchaus ein politisches Konzept sein muss, da einzelne Personen ihr größtmögliches Gesundheitspotential nicht vollends allein entfalten können, sondern dies an gesellschaftliche Verhältnisse geknüpft ist (LVG&AFS 2017). Demnach lassen sich zwei Perspektiven von Gesundheitsförderung unterscheiden:

1. Befähigung des Einzelnen zur Stärkung der eigenen Gesundheit
2. Herstellung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten oder Verhältnissen.

Ein zentraler Begriff der Gesundheitsförderung ist der des *Empowerment* (Befähigung): Menschen sollen dazu befähigt werden, selber verantwortungsvoll mit ihrer Gesundheit umzugehen, ihre eigenen Ressourcen zu stärken und eigene Wünsche sowie Bedürfnisse zu formulieren. Damit alle Menschen die Chance haben, ihr bestmögliches Gesundheitspotential zu entfalten, besteht die Notwendigkeit, gleiche Teilhabe- und Verwirklichungschancen für alle zu schaffen. Gesundheitsförderung ist somit auch als eine (sozial-)politische Aufgabe zu verstehen: Die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten wird bereits 1986 von der WHO als zwingend erforderlich gesehen (WHO 1986; Altgeld/Kolip 2009; BMFSFJ 2009, LVG&AFS 2017).

Ein weiterer Begriff ist der des *Settingansatzes* (auch: Lebensweltansatz). Die soziale Umwelt hat einen wesentlichen Einfluss auf die individuelle Gesundheit des Einzelnen: Die Orte, an denen sich ein Mensch alltäglich aufhält und lebt, tragen einen großen Teil zur Entstehung von Gesundheit bei. Ein Setting kann somit durch einzelne Institutionen, wie z.B. Kindertagesstätten, Schulen oder Betriebe dargestellt werden, oder sich direkt auf ganze Stadtteile oder Kommunen beziehen. Der

Grundgedanke dieses Ansatzes ist, dass Gesundheit im Alltag hergestellt werden kann und somit Handlungsstrategien auf die verschiedenen Settings abzielen müssen (WHO 1986; Altgeld/Kolip 2009; LVG&AFS 2017).

Mit der Frage, was Menschen trotz gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund hält, beschäftigte sich auch der amerikanisch-israelische Soziologe Aaron Antonovsky. Er führte 1979 den Begriff der **Salutogenese** ein, welcher wörtlich die *Entstehung von Gesundheit* meint und damit den Gegenbegriff zur Pathogenese, der Entstehung von Krankheit, bildet. Er entwickelte das *Modell der Salutogenese*, welches aus vier Komponenten besteht, die sich untereinander beeinflussen: Das Gesundheitskontinuum, der Stressbewältigungsprozess, die generalisierten Widerstandsressourcen (Generalized Resistance Ressources = GRRs) und das Kohärenzgefühl (Sence Of Coherence, SOC) (Antonovsky 1997). Ziel des Modells ist es, Faktoren zu identifizieren, die die Gesundheit eines Individuums positiv beeinflussen.

Das *Gesundheitskontinuum* sieht Gesundheit und Krankheit als eine dauerhafte Bewegung auf einem Kontinuum zwischen zwei Polen oder Endpunkten, Gesundheit (health-ease) und Krankheit (dis-ease); diese schließen einander nicht gegenseitig aus. Statt der dichotomen Klassifizierung von gesund oder krank, bewegen sich alle Menschen auf diesem multidimensionalen Kontinuum (Antonovsky 1997; BMFSFJ 2009). Antonovsky beschäftigte sich in diesem Zusammenhang mit der Frage: *„Welche Faktoren sind daran beteiligt, daß man seine Position auf dem Kontinuum zumindest beibehalten oder aber auf den gesunden Pol hin bewegen kann?“* (Antonovsky 1997, S.30). Die salutogenetische Orientierung bedeutet, den Blick auf die Copingressourcen eines Menschen zu richten anstatt auf die Stressoren.

Diese Stressoren werden in *endogene*, wie psychosoziale Stressoren (z.B. belastende Lebensereignisse oder auch der Zustand chronischer Armut) und *exogene*, wie physikalische und biochemische Stressoren (z.B. Bakterien, Viren oder Umweltschadstoffe) unterteilt. Sie können positive als auch negative Effekte auf die menschliche Gesundheit haben. Der Unterschied zu pathogenetischen Modellen liegt darin, dass Stressoren (also in irgendeiner Form belastende Zustände) zum Leben gehören und Menschen, die solche Belastungen erleben, versuchen, diesen Zustand zu bewältigen. Sie durchleben einen *Stressbewältigungsprozess*. Wenn dies gelingt, bewegt sich der Mensch auf dem Kontinuum Richtung Gesundheit, andernfalls Richtung Krankheit (Antonovsky 1997).

Diesen Prozess können die *generalisierten Widerstandsressourcen* (GRRs) beeinflussen. Nachfolgende Ressourcen hat Antonovsky klassifiziert: *„Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung und dergleichen, also jedes Phänomen, das zur Bekämpfung eines weiten Spektrums von Stressoren wirksam ist“* (Antonovsky 1997, S. 16). Ein Mensch gewinnt Ressourcen durch die

soziokulturellen Lebensbedingungen, in denen er sich befindet und durch die Erfahrungen, die er im Laufe des Lebens macht und die zu seiner Orientierung beitragen.

Ebenfalls zum salutogenetischen Modell gehört das *Kohärenzgefühl* (SOC). Menschen, die über ein hohes Kohärenzgefühl verfügen, können anstehende Anforderungen besser bewältigen und ihre Ressourcen so nutzen, damit sie sich auf dem Kontinuum in Richtung Gesundheit bewegen. Das Kohärenzgefühl besteht aus drei Komponenten:

- das Gefühl der *Verstehbarkeit*: Das Ausmaß, in dem eine Person Stimuli, die ihr begegnen, einordnen, erklären und verstehen kann,
- das Gefühl der *Handhabbarkeit*: Die Überzeugung, das eigene Leben gestalten zu können, seine Ressourcen unter Kontrolle zu haben und sich durch Ereignisse nicht unterkriegen zu lassen,
- das Gefühl der *Bedeutsamkeit*: Der Glaube an einen Sinn im Leben, dass zumindest einige Schwierigkeiten es wert sind, überwunden zu werden (Antonovsky 1997).

Als eine Art Widerstandsfähigkeit wird auch die **Resilienz** bezeichnet. Die Anfänge der Resilienzforschung finden sich unter anderem auf der hawaiianischen Insel Kauai: 1955 wurden alle in diesem Jahr auf Kauai geborene Kinder - knapp 700 – in eine Längsschnittstudie unter der Leitung von Emmy Werner einbezogen. Über einen Zeitraum von 32 Jahren wurden sie in mehrjährigen Abständen untersucht, um ihren Lebenslauf bis zum Erwachsenenalter verfolgen zu können. Ein Ergebnis der Studie war, dass ca. ein Drittel der untersuchten Kinder, zwar in risikoreichen Lebensumständen wie z.B. Armut aufwuchsen, aber trotzdem einen erfolgreichen Lebenslauf vorweisen konnten. Für diese Gruppe war eine positive, lebensbejahende Einstellung charakteristisch; sie konnten eine Resilienz gegenüber negativen Lebensereignissen entwickeln (Bengel/Meinders-Lücking/Rottmann 2009).

Resilienz wird als eine psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken bezeichnet (Wustmann 2005; Richter-Kornweitz 2010; Zander 2010). Das Konzept der Resilienz nimmt eine ressourcenorientiere Blickweise ein zeichnet sich dadurch aus, dass resiliente Personen negative Lebensereignisse oder Belastungen erfolgreich bewältigen können. (Richter-Kornweitz 2010b). Wustmann benannte drei Formen von Resilienz:

1. Resilienz bei *andauernder hoher Belastung*, wie z.B. bei chronischer Armut,
2. Resilienz bei *akuter Belastung*, wie z.B. bei der Trennung der Eltern,
3. Resilienz bei *traumatischen Ereignissen*, wie z.B. einem Todesfall innerhalb der Familie (Wustmann 2005).

Entscheidend ist, dass Resilienz kein Persönlichkeitsmerkmal ist, welches ein Kind hat oder nicht hat, sondern eher einer Fähigkeit entspricht, die eine Person im Laufe ihrer Entwicklung durch eigene Aktivitäten oder im Zusammenspiel mit seiner Umwelt erwirbt. Resilienz zeichnet sich außerdem durch Variabilität und Dynamik aus: Kinder können in bestimmten Lebensphasen gegenüber bestimmten Ereignissen resilient sein und gleichzeitig in anderen Lebensbereichen kein resilientes Verhalten aufweisen. (Wustmann 2005; Richter-Kornweitz 2010b). Festzuhalten ist, dass sich das Konzept der Resilienz an einer salutogenetischen Ausrichtung orientiert und – im Gegensatz zur Pathogenese - den Fokus auf die Aspekte der Gesunderhaltung legt. Im Kontext der Gesundheitsförderung bietet das Konzept der Resilienz und auch das Modell der Salutogenese eine zentrale Grundlage zur Entwicklung von Maßnahmen der Armutsprävention.

2.2.2 Gesundheitsförderung und Prävention in unterschiedlichen Fachkontexten

Für den Aufbau einer funktionierenden Präventionskette (siehe Kapitel 2.3) sind mehrere kommunale Akteure von zentraler Bedeutung: Die Kinder- und Jugendhilfe, der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), der Bereich Bildung, die Agentur für Arbeit, das Jobcenter, die Sozialhilfe sowie die Sport und Zivilgesellschaft (Lohse et al. 2017). Dabei werden in der Literatur die Kinder- und Jugendhilfe sowie der Bereich Gesundheit mit dem ÖGD als besonders relevante Gestalter einer Präventionskette gesehen (BMFSFJ 2009; Bogumil/Seuberlich 2015; Lohse et al. 2017). Der folgende Abschnitt dieser Arbeit nimmt daher die Kinder- und Jugendhilfe sowie den ÖGD unter dem Aspekt von Gesundheitsförderung und Prävention genauer in den Blick. Zur Definition und Differenzierung der Begrifflichkeiten *Gesundheitsförderung* und *Prävention* dient das vorangestellte Kapitel 2.2.1.

<u>Kinder- und Jugendhilfe</u>

Die kommunalen Jugendämter werden als die zentralen Behörden der Kinder- und Jugendhilfe bezeichnet. Diese bestehen einerseits aus Verwaltungen und andererseits aus dem Jugendhilfeausschuss, welcher zu Problemlagen von Kindern und Jugendlichen samt ihren Familien berät sowie um deren Förderung bemüht. Obwohl den kommunalen Jugendämtern die Hauptverantwortung für die örtliche Kinder- und Jugendhilfe obliegt, wird ein Großteil der Leistungen durch freie gemeinnützige Träger (z.B. Diakonie, Caritas, Rotes Kreuz, Der Paritätische usw.) erbracht. Finanziert werden diese hauptsächlich durch kommunale oder kirchliche Haushalte. Ein wichtiges Merkmal der Kinder- und Jugendhilfe sind zwei Typen von Leistungen: Zum einen die Leistungen, auf die es einen Rechtsanspruch gibt (z.B. ein Kindergartenplatz oder bei besonderen Bedarfen auch Hilfen zur Erziehung), zum anderen sogenannte Soll- und Kann-Leistungen. Bei diesen han-

delt es sich um Leistungen, die laut dem SGB VIII von den Kommunen in einem ausreichenden Umfang und Niveau vorgehalten werden müssen (BMFSFJ 2009). Zu den Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe gehört es, die individuelle und soziale Entwicklung junger Menschen zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden bzw. abzubauen, Eltern und Erziehungsberechtigte beratend zu unterstützen und einen Beitrag zu positiven Lebensbedingungen zu leisten (§ 1 SGB VIII). Ein explizites Verständnis für Gesundheitsförderung wurde von der Kinder- und Jugendhilfe noch nicht definiert; dennoch können benannte Aufgaben (s.o.) zum Teil auf den Gesundheitsbereich bezogen werden (BMFSFJ 2009).

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Teil des Gesundheitssystems sind neben Körperschaften und Verbänden (z.B. Krankenkassen oder Kassenärztliche Vereinigungen), Organisationen der Berufe im Gesundheitswesen (z.B. Kammern der medizinischen Berufe) und ärztliche und nicht-ärztliche Fachberufe auch die staatlichen Stellen auf Bundes- und Länderebene. Der ÖGD hat die hoheitliche Aufgabe, die Gesundheit der Bevölkerung auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene zu schützen und zu fördern. Als Rechtsgrundlage dienen das Grundgesetz sowie die Gesetze des Bundes und der Länder. Auf kommunaler Ebene des ÖGD sind in den meisten Ländern bundesweit die Gesundheitsämter zuständig und befassen sich somit vor Ort mit der Kinder- und Jugendhilfe. Die Finanzierung des ÖGD erfolgt im Wesentlichen aus öffentlichen Haushalten. Zu seinen Aufgaben gehören unter anderem auch die Gesundheitshilfe, die Gesundheitsförderung – und Prävention sowie die Kinder- und Jugendgesundheit (BMFSFJ 2009). Durch die Ottawa-Charta bekam der ÖGD 1986 eine zusätzliche Rollenzuschreibung: Der Settingansatz, also Maßnahmen innerhalb der täglichen Lebenswelten von Menschen zu etablieren, gewann an Bedeutung, sodass eine Wahrnehmung der Aufgaben in Bereichen wie Hygiene, Infektionsschutz, Medizinalaufsicht, Begutachtungswesen und der Schuleingangsuntersuchung nicht mehr ausreichte (Kuhn et al. 2015). Die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, zu fördern, sowie die Vermeidung gesundheitlicher Risiken sind Aufgaben des ÖGD, die ein breiteres Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention erfordern (Bogumil/Seuberlich 2015). Kuhn et al. (2015) merken diesbezüglich an, dass die Thematik eine andere, den Behörden nicht vertraute Herangehensweise erfordere. Gesundheitsförderung und Prävention zu einem zentralen Bestandteil der Arbeit im ÖGD zu machen, ist in Deutschland jedoch noch nicht flächendeckend gelungen; Zwar existiert eine Vielzahl von ÖGD-getragenen oder -finanzierten Maßnahmen und Projekten im Bereich Gesundheitsförderung, diese sind jedoch in der Regel nicht in strategische Überlegungen eingebunden und werden als eine Art Zusatzprodukt gesehen (Kuhn et al. 2015).

Aufgrund der sehr unterschiedlichen personellen Ausstattung der Gesundheitsämter in den Ländern und Kommunen, können sie ihre Aufgabenbereiche mehr oder weniger gut ausfüllen (BMFSFJ 2009). Diese personellen Unterschiede bilden einen Faktor, der zu unterschiedlich gut funktionierenden Kooperationen mit anderen Institutionen, wie z.B. den kommunalen Jugendämtern, beträgt.

Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem ÖGD

Das SGB VIII sieht die Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit anderen Institutionen und Einrichtungen vor, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen auswirkt (§ 81 SGB VIII). Die Vielfalt der Einrichtungen, die sich um die Lebenslagen junger Menschen und ihrer Familien kümmern, macht deutlich, dass kommunale Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung bereichs- und aufgabenübergreifendes Arbeiten sowie Kooperationen zwischen einzelnen Institutionen zwingend erforderlich macht (AGJ 2010; AGJ 2013; Bogumil/Seuberlich 2015). Besonders hervorgehoben wird im SGB VIII die Kooperation mit dem ÖGD (§ 81 SGB VIII).

Trotz dieser gesetzlichen Verankerung von Kooperation im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention, gibt es bundesweit jedoch sehr unterschiedliche Berichte zum Gelingen der Zusammenarbeit zwischen ÖGD und der Kinder- und Jugendhilfe. Kooperationsprojekte sind häufig von den Bemühungen einzelner Personen abhängig, insbesondere in Bezug auf nicht verpflichtende Zusammenarbeit (Trojan 2015). Viele Regionen verzeichnen negative Erfahrungen, sodass die Bedeutung von spezifischeren Gesetzen der einzelnen Länder sowie die Förderung von Kooperationskompetenz in der Ausbildung zunehmen. Weiterhin ist es empfehlenswert, ein umfassendes Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe zu verankern und mit vorhandenen Konzepten zu verknüpfen. (BMFSFJ 2009; AGJ 2010).

Der 14. Kinder- und Jugendbericht schlägt vor, die möglichen Schnittstellen zwischen dem SGB VIII und anderen Gesetzen zu verbessern, mit dem Ziel einer optimierten Zusammenarbeit und der Verpflichtung zu Kooperationen (Wabnitz 2013), um der Querschnittaufgabe Gesundheitsförderung und Prävention gerecht zu werden. Diese Forderungen wurden bereits im 13. Kinder- und Jugendbericht formuliert, sodass deutlich wird, dass bis zu diesem Zeitpunkt noch keine grundlegenden Veränderungen gelungen sind (BMFSFJ 2009). Gefordert wird ein von der Kinder- und Jugendhilfe sowie dem ÖGD initiierter und koordinierter Prozess der Vernetzung und Kommunikation im Hinblick auf ein gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche (AGJ/BVKJ 2008), sowie eine querschnittsübergreifende Verantwortungsübernahme (BJK 2017). Trotz der bisher eher schleichenden Entwicklung einer gelingenden Kooperation sehen Kuhn et al. (2015) im zunehmenden politischen Interesse an einer wirksamen und zielgerichteten Präventionsarbeit sowie durch die Unterstützung der Bundes- und Länderebene positive Entwicklungschancen für eine op-

timierte kommunale Präventionslandschaft und verbesserte Zusammenarbeit unter den handelnden Akteuren.

Für eine gelingende Präventionskette ist die Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und dem ÖGD sowie anderen Institutionen von größter Bedeutung. Präventionsketten stellen einen strategischen Weg für Kommunen dar, dieses Ziel zu erreichen und können somit als Bindeglied zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem ÖGD sowie weiteren Fachbereichen und Organisationseinheiten fungieren (Kruse/Richter-Kornweitz 2017).

2.2.3 Armutsprävention

Der Begriff **Armutsprävention** bezieht sich auf die Vermeidung von Armut. In der Armutsforschung wird jedoch betont, dass der Präventionsbegriff vor dem Hintergrund von Armut differenziert zu betrachten ist und Prävention, übersetzt als Vermeidung, das komplexe Gesellschaftsphänomen *Armut* nicht verhindern kann (Holz 2010a; Holz 2010b; Hock/Holz/Kopplow 2014). Armut wird als Bestandteil unserer Gesellschaft gesehen; diese zeichnet sich durch Erwerbstätigkeit und Geldbeziehungen aus und somit stellt sich die zentrale Frage, wie die materiellen Ressourcen und Chancen innerhalb der Gesellschaft verteilt sind. Gibt es Wohlstand für alle oder nur für einzelne Personengruppen? Notwendig ist, soziale Ungleichheiten bzw. wachsende Ungleichheiten zwischen Gruppen zu vermeiden, um Armut und soziale Ausgrenzung abzumildern (Hock/Holz/Kopplow 2014). Armutsprävention kann somit als gesellschaftlicher und sozialpolitischer Auftrag verstanden werden und erfordert ein integriertes Vorgehen verschiedener Professionen, Institutionen und Dienstleister. Verantwortliche Akteure für Maßnahmen zur Armutsprävention sowie der Ausgestaltung einer passenden Infrastruktur sind Politiker aller Politikbereiche auf EU-, Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene (Holz 2010b). Durch die Komplexität, die Armut auszeichnet, sind ebenso komplexe Handlungsschritte zur Bekämpfung oder Vermeidung von Armut/Armutsfolgen notwendig. Einerseits bedarf es Anstrengungen im strukturellen (Bezug zur Verhältnisprävention) sowie im individuellen Bereich (Bezug zur Verhaltensprävention), andererseits müssen Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention umgesetzt werden (Holz 2010a; Hock/Holz/Kopplow 2014). Die drei Stufen der Prävention im Kontext von (Kinder-)Armut können folgendermaßen ausgelegt werden: Unter Primärprävention werden in diesem Fall die Ermöglichung von niederschwelligen Zugängen zu Ressourcen wie Erwerbstätigkeit, Wohnraum sowie Gesundheit und Bildung verstanden, um eine Absicherung von existentiellen Lebensbereichen zu erreichen. Im Fokus stehen hier die Eltern bzw. Familien. Bei sekundärer Armutsprävention geht es um die Vermeidung von weiteren Folgen von bereits eingetretenen Armutsrisiken durch staatliche oder gesellschaftliche Ressourcen wie Beratungsangebote, Angebote zur Berufsförderung oder auch kostenfreie Bildungsmöglichkeiten für Kinder. Im Fokus stehen hier die Kin-

der in den vier Lebenslagedimensionen. Die Tertiärprävention befasst sich mit der Verhinderung einer generationenübergreifenden, langfristigen Armut. Den Betroffenen fehlt es häufig an Angeboten zu Förderung von emotionalen und sozialen Kompetenzen. Weiterhin muss es in diesem Kontext um die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Angebote beispielsweise zur Erziehungsförderung gehen. Bei Kindern gilt es, eine Verschlimmerung von durch Armut entstandene Schäden zu vermeiden (Holz 2010a).

Armutsprävention zielt auf eine Analyse und Stärkung von Ressourcen in den einzelnen Lebensphasen von Personen ab (LVR 2017). Eine besondere Rolle kommt der **kindbezogenen Armutsprävention** zu. Ziel ist die Vermeidung von kindspezifischen Armutsfolgen sowie allen Kindern ein Aufwachsen in Wohlergehen sowie die Chance auf eine positive Entwicklung zu ermöglichen. Angebote und Maßnahmen der Armutsprävention müssen dafür kind- bzw. familiengerecht gestaltet werden (Hock/Holz/Kopplow 2014; LVR 2017).

Unter der Betrachtung von Armut als gesellschaftlichem Phänomen müssen Maßnahmen zur Armutsprävention ein zentraler Bestandteil von politischer und verwaltungstechnischer Arbeit sein (Holz 2010b). Der Kommune als Lebenswelt von Kindern und ihren Familien kommt damit ein besonderer Stellenwert im Rahmen von settingspezifischer Gesundheitsförderung und Prävention, ebenso wie kindbezogener Armutsprävention zu. Kommunen *„obliegt die allgemeine Daseinsvorsorge und sie können als öffentliche Träger insbesondere in der Jugendhilfe Inhalt und Qualität der Angebote entscheidend gestalten“* (Kruse/Richter-Kornweitz 2017, S. 138). Eine inzwischen deutschlandweit bekannte Struktur zur integrierten **kommunalen, kindbezogenen Armutsprävention** ist die Präventionskette (Holz 2010a; Holz 2010b).

2.3 Präventionsketten als Instrument der Armutsprävention

Das vorherige Kapitel stellt dar, dass die Kommune ein zentraler Ort für die Umsetzung von Maßnahmen zur Armutsprävention ist. Innerhalb der letzten Jahre haben sich vielerorts in Deutschland Kommunen mit der Umsetzung von Präventionsketten als Instrument der Armutsprävention für Kinder beschäftigt und diesen Ansatz weiterentwickelt (Holz 2010a). Die Definition des Begriffs Präventionskette wird deutlich, wenn beide Worte getrennt voneinander betrachtet werden: *Prävention* und *Kette*, demnach abgeleitet eine Aneinanderreihung oder Aneinander*kettung* von *Präventions*maßnahmen. Eine Präventionskette stellt demnach eine *„institutionalisierte, sequenzielle Folge von Präventionsangeboten“* (Bogumil/Seuberlich 2015, S. 15) dar. Es geht um gesundheitsförderliche und präventive Angebote und Maßnahmen, die die Zielgruppe lückenlos entlang ihres Lebensweges begleiten (siehe Abb. 11). Beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten soll eine integrierte kommunale Gesamtstrategie ermöglicht werden, die Kinder, Jugendliche und ihre Familien entwicklungsbezogen und bedarfsorientiert unterstützt (Richter-Kornweitz/Utermark 2013;

Hock/Holz/Kopplow 2014; LVR 2017). Präventionsketten zielen auf eine durchgängige Förderung von der Schwangerschaft bis zum erfolgreichen Berufseinstieg, wobei Kommunen unterschiedliche Gestaltungsschwerpunkte setzen können und sich auf bestimmte Alters- oder Übergangsphasen konzentrieren können (Holz 2010a; Bogumil/Seuberlich 2015). Folgende Merkmale gelten als charakteristisch für eine Präventionskette:

Eine Präventionskette ist

- *biografieorientiert*: Sie strebt eine lückenlose Begleitung von der Schwangerschaft bis zum Berufseinstieg an,
- *kindzentriert*: Sie ist an Bedarfen und Bedürfnissen von Kindern orientiert und unterstützt sie in ihren individuellen Entwicklungsprozessen,
- *netzwerkbasiert*: Sie ist interdisziplinär und fachbereichsübergreifend aufgebaut und vernetzt alle beteiligten kommunalen Akteure miteinander,
- *praxisbezogen*: Sie bezieht alle Handlungsfelder entlang der Altersphasen 0-3 Jahre, 3-6 Jahre, 6-12 Jahre und 12-18 Jahre mit ein,
- *lebensweltorientiert* und *partizipativ*: Sie ist wohnortnah und niederschwellig angelegt und bezieht Kinder und ihre Familien in Prozesse mit ein (Richter-Kornweitz/Utermark 2013).

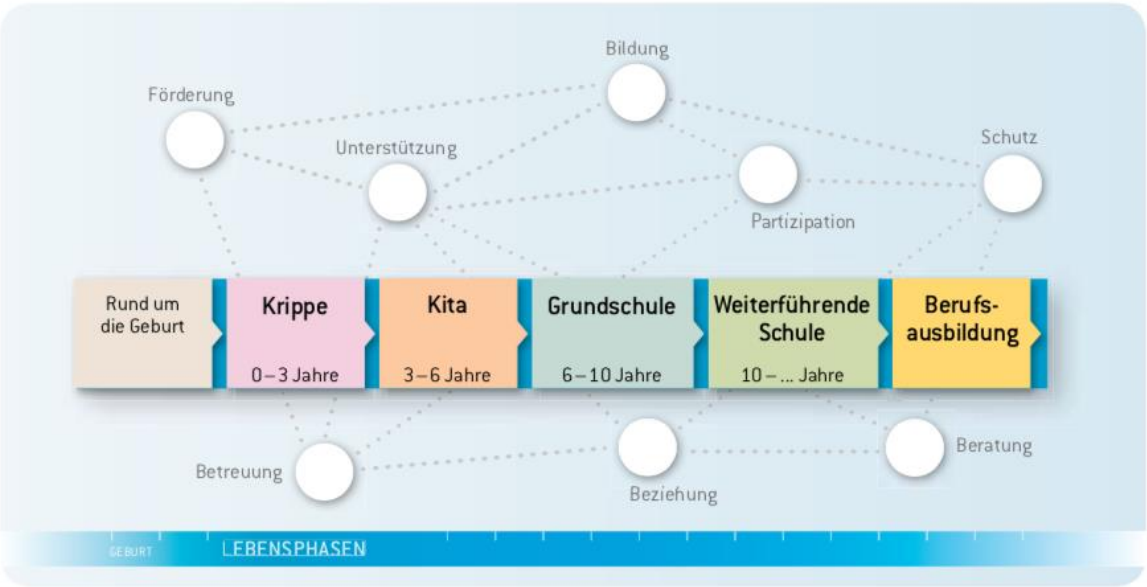


Abbildung 11: Präventionskette. *Quelle: Richter-Kornweitz/Utermark (2013), Werkbuch Präventionskette, S. 16.*

Das grundsätzliche Ziel einer Präventionskette ist es, allen Kindern, Jugendlichen und ihren Familien ein Aufwachsen in Wohlbefinden zu ermöglichen, ungeachtet der Voraussetzungen, unter denen sie aufwachsen (Kruse/Richter-Kornweitz 2017). Präventionsketten dienen dazu, die bereits vorhandenen Angebote, Netzwerke und Hilfestrukturen für Kinder in einer Kommune neu zu strukturieren, um allen Kindern und ihren Familien gleiche Lebens- und Teilhabebedingungen zu

ermöglichen (Hock/Holz/Kopplow 2014). Eine Kommune soll dabei an funktionierende Netzwerke, wie z.B. die Frühen Hilfen, anknüpfen, um Doppelstrukturen zu vermeiden und alle relevanten Akteure zusammenzubringen (LVR 2017). Der Ansatz von Präventionsketten ist es, Regelleistungen der Kinder- und Jugendhilfe (z.B. Kinderschutz oder erzieherische Leistungen in Krippe und Kita) sinnvoll zu ergänzen und an Entwicklungsübergängen, wie z.B. zwischen Geburt und Krippe oder zwischen Kita und Grundschule, anzusetzen. Darüber hinaus soll sie erschwerte Lebenssituationen, wie z.B. einen Krankheitsfall, Trennung oder Scheidung der Eltern, Verlust des Arbeitsplatzes besonders in den Blick nehmen (Holz 2010a; Kruse/Richter-Kornweitz 2017).

Das SGB VIII gibt vor, dass Prävention eine Pflichtaufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist (§ 1 SGB VIII) und Kommunen, denen die allgemeine Daseinsvorsorge obliegt, stellen ein zentrales Setting für diese Zielgruppe dar. Sie sollten somit das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen begleiten und mitgestalten (Kruse/Richter-Kornweitz 2017). Hier eignen sich Präventionsketten als Instrument für kommunale, kindbezogene Armutsprävention, um kommunale Aktivitäten und Akteure in sinnvoller Weise zusammenzuführen und die Angebotslandschaft an die Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe anzupassen. Das Konzept der Präventionsketten wird bereits vielerorts in Deutschland erprobt und stetig weiterentwickelt (Holz 2010a; Hock/Holz/Kopplow 2014; Kruse/Richter-Kornweitz 2017).

Deutlich wird, dass der Aufbau einer Präventionskette eine anspruchsvolle Querschnittsaufgabe darstellt, die jedoch der Herausforderung, dem mehrdimensionalen Phänomen Kinderarmut zu begegnen, gerechter wird, als nur auf getrennt voneinander existierende Strukturen zu setzen.

3 Methode

Im nachfolgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen zur Ausgestaltung dieser Masterarbeit beschrieben.

Für das Verständnis des Lesers ist anzumerken, dass die Autorin dieser Masterarbeit auch die Funktion der Koordinatorin der Präventionsketten im Landkreis Osnabrück innehat.

3.1 Literaturrecherche

Zur Ausgestaltung des theoretischen Hintergrundes dieser Arbeit wurde nach relevanter Literatur recherchiert. Über den größten Anteil der verwendeten Literatur hatte die Autorin dieser Arbeit aufgrund ihrer Tätigkeit als Koordinatorin für Präventionsketten beim Landkreis Osnabrück bereits Kenntnis. Die aktuelle Literatur zu den Themen Kinderarmut, Präventionsketten und Gesundheitsförderung gehört in diesem Fall zu der im Fachdienst Jugend verwendeten Standardliteratur.

Darüber hinaus wurde eine ergänzende Literaturrecherche in der Bibliothek der Hochschule Osnabrück und in der Suchmaschine Google Scholar durchgeführt. Einschlusskriterien bei der Recherche waren die Relevanz der eingegebenen Stichworte sowie die Aktualität (2005 bis 2018). Folgende Stichworte sowie Kombinationen dieser wurden verwendet: *Gesundheitsförderung*, *Kinder- und Jugendhilfe*, *Armut*, *Kinderarmut*, *Armutsprävention*, *Präventionsketten*, *Armutsrisiken*, *Folgen von Kinderarmut*, *Prävention*, *Öffentlicher Gesundheitsdienst*, *SGB-II-Bezug*. Zur Spezifizierung wurden örtliche Begrenzungen wie z.B. *Deutschland* oder *Niedersachsen* berücksichtigt.

Zusätzlich wurden Bücher und Artikel herangezogen, die in aktueller Literatur häufig zitiert wurden, oder die sich bereits im Besitz der Autorin befanden.

3.2 Ermittlung des Handlungsbedarfes im Landkreis Osnabrück

Das Vorgehen zur Ermittlung des Handlungsbedarfes wurde von der Autorin anhand von der Recherche von theoretischen und praktischen Ansätzen erarbeitet. Die theoretischen Ansätze konnten im Rahmen der vorangegangenen Literaturrecherche zum Thema Präventionsketten herausgearbeitet werden. So konnten anhand von zwei Kommunen, die als Best-Practice-Beispiele für den Aufbau von Präventionsketten gelten, praktische Erkenntnisse gewonnen werden. Zwei weitere Ansätze der kommunalen Praxis konnte die Stadt Delmenhorst im Rahmen der Recherche nach niedersächsischen Beispiel-Kommunen liefern. Praxisnahe Hilfestellungen lieferte außerdem das *Werkbuch Präventionskette* (Richter-Kornweitz/Utermark 2013), welches der Autorin durch die Arbeit im Landkreis Osnabrück bekannt war. Auf Basis dieser Ergebnisse konnte die Autorin

eine Strategie für den Landkreis Osnabrück ausarbeiten und diesen Vorschlag in die Arbeitsgruppe Präventionsketten einbringen.

Nach der Befürwortung der Vorgehensweise zur Ermittlung des Handlungsbedarfes erarbeitete die Autorin in ihrer Funktion als Koordinatorin der Präventionsketten ein Konzept zur Umsetzung der systematischen Angebotsanalyse, welches in Kapitel 4.3.1 vorgestellt wird.

3.3 Quantitative Daten zur Armutssituation von Kindern im Landkreis Osnabrück

Zur Beschreibung der kommunalen Bedarfslage im Hinblick auf die kindliche Armutssituation des Landkreises Osnabrück wurden folgende quantitative Daten aufgearbeitet und analysiert:

- Bevölkerungszahlen,
- Anzahl von Kindern pro Kommune,
- Daten der Schuleingangsuntersuchung 2015/16 (Familiensprache nicht-deutsch, Übergewicht/Adipositas, auffällige sprachliche Entwicklung),
- Daten zur Zahngesundheit von Kindern im Grundschulalter,
- Anteil von Kindern unter 10 Jahren, die in SGB-II-Bedarfsgemeinschaften leben.

Bevölkerungszahlen

Die aktuellen Bevölkerungszahlen der kreisangehörigen Kommunen werden vom Landkreis Osnabrück jährlich bei der Datenzentrale ITEBO, deren Einwohnerwesen die meisten kreisangehörigen Kommunen einsetzen, abgefragt. Bei den Kommunen, die ein anderes Einwohnerwesen einsetzen, werden die relevanten Bevölkerungszahlen direkt bei der jeweiligen Kommune abgefragt. Die Aufbereitung der entsprechenden Daten erfolgt anschließend durch den Landkreis Osnabrück.

Anzahl von Kindern pro Kommune

Die Anzahl der Kinder je Kommune wird auf Abfrage vom Referat für Strategische Planung des Landkreises Osnabrück aus den oben genannten Bevölkerungszahlen ermittelt.

Daten der Schuleingangsuntersuchung

Die Erhebung der Daten zur Familiensprache, zu Übergewicht/ Adipositas (Definition siehe Anhang A) und zur sprachlichen Entwicklung von Kindern findet im Rahmen der jährlich durchgeführten Schuleingangsuntersuchung statt. Diese verpflichtende Untersuchung wird von Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Grundschulen oder im Kreishaus durchgeführt und ist kostenlos. Ziel ist es, bereits vor Schulbeginn feststellen zu können, ob gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die die Schulfähigkeit des Kindes beeinflussen können. Ist dies der Fall, können

rechtzeitig Behandlungen oder Fördermaßnahmen eingeleitet werden. Die Ärzte sprechen diesbezüglich jedoch nur Empfehlungen aus, die endgültige Entscheidungen über zu treffende Maßnahmen oder die Einschulung des Kindes obliegt den Eltern selbst. Die erhobenen Daten werden vom Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück erhoben, aufbereitet und ausgewertet.

Daten zur Zahngesundheit

Die Daten zum Zahnstatus von Kindern werden von den Zahnärzten des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück erhoben. Sie fahren in die Einrichtungen (Kindertagesstätten und Schulen) und führen dort einmal jährlich die entsprechenden zahnärztlichen Untersuchungen durch. Die Ergebnisse zum Zahnstatus der Kinder geben einen Überblick über die Zahngesundheit in der Region Osnabrück und werden der Regionalpolitik als Hilfestellung für Entscheidungen in Gesundheitsfragen zugänglich gemacht. Darüber hinaus können die Maßnahmen zur Prophylaxe von Karies und anderen Schädigungen der Zähne zielgerichteter gesteuert werden.
Dargestellt werden die Daten zur Zahngesundheit anhand des DMFT-Index. Dieser steht für die Anzahl der kariösen (decayed = D), wegen Karies entfernten (missing = M) oder gefüllten (filled = F) bleibenden Zähne (teeth = T) von Grundschulkindern. Dabei bedeutet ein DMFT-Wert von z.B. 0,75 für Kommune X, dass jedes untersuchte Grundschulkind in Kommune X im Durchschnitt 0,75 geschädigte bleibende Zähne hat. Die erhobenen Daten werden dem Landesgesundheitsamt zum Vergleich der niedersächsischen Städte und Landkreise übermittelt.

Anteil Kinder u10 in SGB-II-Bedarfsgemeinschaften

Wie viele Kinder unter 10 Jahren in einer SGB-II-Bedarfsgemeinschaft leben, ermittelt im Landkreis Osnabrück die Arbeitsvermittlung der MaßArbeit kAöR. Die Daten werden fortlaufend erhoben und können nach Bedarf ausgewertet werden. Eine regelmäßige Auswertung und Aufbereitung nimmt zu bestimmten Stichzeiten (quartalsweise, halbjährlich oder jährlich) auch die Bundesagentur für Arbeit vor.

Die Auswahl der quantitativen Daten des Landkreises Osnabrück zur Aufbereitung für die Verwendung in der *Arbeitsgruppe Präventionsketten* (siehe Anhang B) wurde von der Koordinatorin der Präventionsketten anhand von Fachliteratur getroffen (siehe Anhang A). Die in Kapitel 4.4 verwendeten Abbildungen wurden von der Autorin der Masterarbeit auf der Grundlage der hier genannten aufgearbeiteten Daten erstellt.
Zur Identifizierung der Kommunen mit den größten Bedarfslagen erstellte die *Arbeitsgruppe Präventionsketten* anhand der ausgewerteten quantitativen Daten eine tabellarische Übersicht (siehe Abb. 31), in der jeweils die fünf Kommunen aufgelistet wurden, die zugehörig zu den Indikatoren

die schwächsten Werte aufwiesen. Einschlusskriterium war die Gemeindegröße, die mindestens 15.000 Einwohner betragen musste, da kleinere Gemeinden in der Regel keine Personalressourcen für zusätzliche Projektarbeit verwenden können.

4 Präventionsketten im Landkreis Osnabrück

Das folgende Kapitel dient der Beantwortung der Forschungsfrage „Wie kann der Landkreis Osnabrück den Handlungsbedarf hinsichtlich einer lückenlosen Prävention von Kinderarmut gemäß dem Konzept der Präventionsketten ermitteln?“. Hierzu wird zunächst der Landkreis Osnabrück, seine Motivation zur Teilnahme am Programm „Präventionsketten“ und die kommunale Bedarfslage zur Kinderarmut dargestellt. Anschließend wird anhand der Untersuchung von theoretischen und praktischen Ansätzen zum Aufbau von Präventionsketten eine Strategie für den Landkreis Osnabrück abgeleitet, um den Handlungsbedarf zu ermitteln. Schließlich werden die Ergebnisse des ersten Schrittes zum Aufbau von Präventionsketten nach dem erarbeiteten Konzept dargestellt.

4.1 Ausgangslage im Landkreis Osnabrück

Der Landkreis Osnabrück ist ein Flächenlandkreis im südwestlichen Niedersachsen und nach dem Landkreis Emsland und der Region Hannover der drittgrößte Kommunalverband im Land. 34 Gemeinden gehören zum Landkreis Osnabrück, darunter acht Städte und vier Samtgemeinden (siehe Anhang C).

Der Sitz der Kreisverwaltung liegt in der nicht zum Kreisgebiet gehörenden, kreisfreien Stadt Osnabrück. Landrat ist seit 2011 Dr. Michael Lübbersmann (CDU), der vorher hauptamtlicher Bürgermeister in der Samtgemeinde Bersenbrück war. Dem Landrat sind drei Vorstände untergeordnet, die jeweils die Fachdienste und Beteiligungen unter sich haben.

Die Kreisverwaltung des Landkreises Osnabrück besteht aus 12 Fachdiensten (Service; Soziales; Jugend; Bildung, Kultur und Sport; Ordnung; Planen und Bauen; Umwelt; Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück; Straßen; Veterinärdienst für Stadt und Landkreis Osnabrück; Finanzen und Kommunalaufsicht und Recht), drei Referaten (Referat für Assistenz und Kommunikation; Referat Rechnungsprüfungsamt und Referat für Strategische Planung) sowie sechs Beteiligungen (AWIGO – Abfallwirtschaft Landkreis Osnabrück GmbH; BEVOS – Beteiligungs- und Vermögensverwaltungs-GmbH Landkreis Osnabrück; MaßArbeit kAöR; VHS – Volkshochschule gGmbH; WIGOS – Wirtschaftsförderungsgesellschaft Osnabrücker Land mbH und Regionalleitstelle Osnabrück kAöR) (Landkreis Osnabrück 2018).

4.1.1 Motivation und Zielsetzung zur Teilnahme am Programm „Präventionsketten“

Das Programm *„Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!“* wurde 2015 von der Stiftung Auridis gGmbH initiiert. Auridis ist eine gemeinnützige Förderinstitution, die von der Unternehmensgruppe ALDI SÜD finanziert wird und sich deutschlandweit für die Förderung benachteiligter Kinder engagiert (LVG & AFS 2018; Auridis 2018). Die Stiftung trat an Dr. Antje Richter-Kornweitz von der Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS), die bereits Erfahrung im Feld der Präventionsketten vorweisen kann, mit der Projektidee heran. In Abstimmung mit der Auridis gGmbH entstand das Konzept für das Programm, welches niedersächsische Kommunen beim Auf- und/ oder Ausbau von Präventionsketten über einen Zeitraum von drei Jahren unterstützt. Kommunen profitieren dabei einerseits von der finanziellen Förderung für eine Koordinationsstelle und andererseits von der prozessualen Beratung und Begleitung durch die LVG & AFS. Insgesamt läuft das Programm über sechseinhalb Jahre, in denen bis zu 38 Kommunen gefördert werden können. Ziel von *Präventionsketten Niedersachsen* ist es, Kindern im Alter von null bis 10 Jahren umfassende Teilhabechancen an gesundheitsförderlichen Angeboten und Maßnahmen zu ermöglichen. Insbesondere sollen Kinder aus benachteiligten Verhältnissen fokussiert werden. Ein weiterer Schwerpunkt des Programmes ist der partizipative Ansatz, der eine bessere Abstimmung der kommunalen Maßnahmen auf die Bedarfe und Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien ermöglichen soll (Richter-Kornweitz/Utermark 2013).

Der Landkreis Osnabrück hat sich im Rahmen der ersten Förderphase im Jahr 2016 für eine Programmteilnahme beworben und ist im März 2017 mit sieben anderen niedersächsischen Kommunen (Landkreis Oldenburg, Landkreis Göttingen, Stadt Delmenhorst, Stadt Wilhelmshaven und die Region Hannover mit der Stadt Barsinghausen, der Stadt Garbsen und der Stadt Seelze) in die dreijährige Projektlaufzeit gestartet.

Der zentrale Grund für die Programmbeteiligung des Landkreises Osnabrück war die Idee einer strategischen Auseinandersetzung mit dem Thema Kinderarmut und kommunaler Armutsprävention. Ein vorrangiges Ziel ist es, eine Neustrukturierung bereits vorhandener Strukturen und Hilfesysteme in den einzelnen Kommunen des Landkreises vorzunehmen und diese zusammenzuführen. Dabei soll eine systematische Vernetzung und Abstimmung externer sowie interner Akteure aus den Bereichen, die sich mit der Planung, Durchführung und Finanzierung von Angeboten und Maßnahmen für (arme und benachteiligte) Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihren Familien beschäftigen, erfolgen. Im Fokus dieser Anstrengungen steht ein besserer Zugang zu gesundheitsförderlichen und präventiven Angeboten, um ein gesundes Aufwachsen für alle Kinder zu ermöglichen.

In diesem Kontext ist es notwendig, bereits vorhandene Angebote und Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen, Doppelstrukturen zusammenzuführen, Angebotslücken zu schließen sowie überflüssige Angebote zu beenden. Ebenfalls bestand der Wunsch, für einen größtmöglichen Erfolg des Programmes eine hohe Akzeptanz des Konzeptes der Präventionsketten in der Kernverwaltung des Landkreises Osnabrück zu erreichen.

Zur Zielerreichung wurde eine fachdienstübergreifende *Arbeitsgruppe Präventionsketten* unter der Leitung der Koordinatorin für Präventionsketten im Landkreis Osnabrück, Janna Fabian, etabliert, um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu gewährleisten (Landkreis Osnabrück, Fachdienst Jugend 2018).

4.1.2 Kinderarmut im Landkreis Osnabrück

Im Landkreis Osnabrück leben 358.574 Menschen. Davon sind 33.133 Kinder unter 10 Jahren, was einem Anteil an der Gesamtbevölkerung und damit einer Kinderquote U-10 von 9,24% entspricht (Bestandsdaten aus dem Einwohnerwesen der kreisangehörigen Kommunen, Referat für Strategische Planung im Landkreis Osnabrück, Stand 31.12.2016). Als Indikator für Kinderarmut wird der Anteil der Kinder unter 10 Jahren bestimmt, der in sogenannten SGB-II-Bedarfsgemeinschaften lebt. Das bedeutet, dass die Kinder betrachtet werden, bei denen die Eltern oder Erziehungsberechtigten in SGB-II-Bezug (Hartz IV) leben. Im September 2017 betrifft dies im Landkreis Osnabrück 3.247 Kinder. Das entspricht einem Anteil von 9,8% an allen Kindern unter 10 Jahren, die in Armut leben (eigene Auswertungen der MaßArbeit kAöR, Stand September 2017). Zum Vergleich: Auf Ebene des Landes Niedersachsen befanden sich im Jahr 2015 14,6% der unter 18-jährigen Kinder in Familien im SGB-II-Bezug. Der Landkreis Osnabrück lag im gleichen Jahr mit 8,6% deutlich unter dem Landesschnitt (Bertelsmann Stiftung 2016).

Andere Indikatoren, wie beispielsweise das Aufwachsen von Kindern in einem alleinerziehenden oder kinderreichen Haushalt, können ebenfalls auf ein erhöhtes Armutsrisiko hindeuten (siehe auch Kapitel 2.1.2). Ungefähr 19% der Haushalte im Landkreis Osnabrück sind alleinerziehende Haushalte, bei den kinderreichen Haushalten sind es knapp 20% (Zensus 2011). Ebenso kann der Anteil der Migranten als ein höheres Risiko für Kinderarmut gesehen werden: Dieser liegt für den Landkreis Osnabrück bei 19,5% der Gesamtbevölkerung und bei rund 29,5% der Kinder unter 10 Jahren (Zensus 2011).

Werden die genannten Indikatoren je Kommune betrachtet, zeigen sich deutliche regionale Disparitäten: Alleinerziehenden-Haushalte machen einen Anteil zwischen 15 und 22% aus, bei kinderreichen Haushalten gibt es eine Spannweite von 14 bis 31%. Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund liegt in den kreisangehörigen Kommunen zwischen 9 und 30% (Zensus 2011).

4.2 Der Aufbau von Präventionsketten in Kommunen

Die Idee der Präventionsketten ist bundesweit bereits seit Beginn der 2000er Jahre bekannt und wird an verschiedenen Standorten umgesetzt und weiterentwickelt. Für Kommunen, die mit dem Konzept starten möchten, ist die Frage nach den ersten Ansätzen zum Aufbau maßgeblich.
Im folgenden Abschnitt werden theoretische und praktische Ansätze zum Aufbau von Präventionsketten dargestellt und anschließend eine Strategie für den Landkreis Osnabrück abgeleitet.

4.2.1 Theoretische Ansätze zum Aufbau von Präventionsketten

Präventionsketten gelten als Instrument zur Armutsprävention für Kommunen. Sie haben zum Ziel, allen Kindern ein gesundes Aufwachsen sowie gleiche Teilhabechancen zu ermöglichen. Dies soll durch eine integrierte kommunale Gesamtstrategie ermöglicht werden: Durch eine verbesserte Zusammenarbeit aller relevanten Akteure, durch eine Anpassung der Angebotslandschaft und vor allem durch die Partizipation der Zielgruppe bei der Ausgestaltung einer lückenlosen Prävention.
Doch welche theoretischen Ansätze gibt es, an denen sich Kommunen zu Beginn orientieren können? Wie gelingt der Aufbau einer Präventionskette?

In der Literatur werden keine universellen „Anleitungen“ zum Aufbau einer kommunalen Präventionskette aufgezeigt, da dieser Prozess je nach den Gegebenheiten und der Ausgangssituation einer Kommune unterschiedlich gestaltet werden muss (Richter-Kornweitz/Utermark 2013).
Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) (2017) zeigt in seiner Arbeitshilfe für Kommunen anhand des *Strategiezyklus Netzwerkarbeit* auf, welche zentralen Prozessschritte den Weg zu einer guten Zusammenarbeit in Präventionsnetzwerken ebnen (siehe Abb. 12).

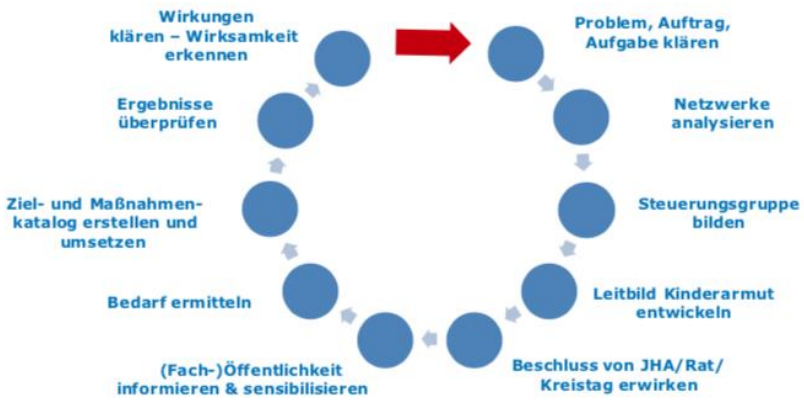


Abbildung 12: Strategiezyklus Netzwerkarbeit. *Quelle: LVR 2017, S. 61.*

Durch die Individualität der Rahmenbedingungen in Kommunen können jedoch alle hier benannten Schritte in einer anderen Reihenfolge umgesetzt werden, als dies im Modell der Fall ist. Kommunen müssen eruieren, an welchem Prozessschritt sie stehen, welche Elemente des Modells sie ggfs. schon umgesetzt haben und welche ihnen noch fehlen (LVR 2017). Entscheidend ist, dass der Strategiezyklus keine festgelegten Start- und Endpunkte aufzeigt, nach denen sich die Kommunen richten müssen.

Dennoch beschreiben mehrere Autoren, dass die Analyse der kommunalen Ausgangsbedingungen als Grundlage einer jeden Präventionskette zu sehen ist. Zander (2017) benennt in diesem Zusammenhang die Auswertung kommunaler Armutsdaten als Basis für ein individuelles Handlungskonzept zur Armutsprävention. Dabei dient insbesondere eine Bestandsaufnahme vorhandener Maßnahmen als wertvolle Informationsgrundlage, um Lücken in einer Präventionskette identifizieren zu können. Ergänzend dazu gilt es, die Bedürfnisse der Zielgruppe in den Fokus zu rücken, um den ermittelten Bedarf aus Fachkräftesicht durch die individuellen Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien zu erweitern (Zander 2017).

Lohse et al. (2017) sehen die Angebotsanalyse als wichtigen Ausgangspunkt für ein kommunales Konzept zur Armutsprävention. Entscheidend sei es, relevante Akteure für eine Präventionskette zu identifizieren und zu analysieren, welche Präventionsangebote diese vorhalten (Vgl. S. 27). Darüber hinaus ist vor der Entwicklung eines Handlungskonzeptes für die Kommune der Austausch über den Einsatz von finanziellen und zeitlichen Ressourcen aller Akteure notwendig, um eine Übersicht über alle vorhandenen Mittel transparent zu machen (Lohse et al. 2017).

Eine Angebotsanalyse stellt dar, welche Maßnahmen es vor Ort bereits gibt, wo Angebotslücken vorliegen und wo ggfs. auch Angebotsdoppelungen existieren. Empfohlen wird eine Analyse entlang der biographischen Lebensphasen von Kindern sowie der Lebenslagen (Richter-Kornweitz/Utermark 2013). Als weiteres zentrales Element im Prozess zum Aufbau einer Präventionskette wird die Partizipation der Zielgruppe genannt (Richter-Kornweitz/Utermark 2013; Richter-Kornweitz/Holz/Kilian 2017).

Kommunale Präventionsketten sind somit gekoppelt an eine Analyse der individuellen Ausgangsbedingungen sowie der Bedürfnisse der Zielgruppe vor Ort. Richter-Kornweitz et al. (2017) betonen außerdem, dass eine Präventionskette einem ständigen Prozesskreislauf unterliegt, der immer wieder überprüft und angepasst werden muss. Keine Präventionskette ist demnach wie die andere: Jede Kommune muss ein eigenes Handlungskonzept auf Grundlage der kommunalen Rahmenbedingungen schaffen und umsetzen.

4.2.2 Praktische Ansätze zum Aufbau von Präventionsketten: Best-Practice-Kommunen

Neben den theoretischen Ansätzen zum Aufbau von Präventionsketten können praktische Ansätze von Kommunen untersucht werden, die sich seit längerer Zeit mit dem Konzept zur Armutsprävention befassen. Als Best-Practice-Kommunen werden hier Kommunen verstanden, die bereits erfolgreich eine Präventionskette aufgebaut haben, bzw. die bereits seit mehreren Jahren daran arbeiten.

Eine der ersten Kommunen, die sich mit dem Aufbau dieses Konzeptes beschäftigte, war die Stadt **Monheim am Rhein**. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. Frankfurt am Main (ISS) wurde innerhalb eines Pilotprojektes von 2002 bis 2004 ein kommunaler Armutspräventionsansatz entwickelt: „Mo.Ki – Monheim für Kinder“ (Zander 2017). Finanziert wurde das Modellprojekt anteilig vom Landschaftsverband Rheinland, Beratung und Evaluation erhielt die Kommune vom ISS Frankfurt. Das Ziel war es, negative Folgen von familiärer Armut auf die Lebenslagen und Entwicklungschancen von Kindern mit Hilfe lokaler Ansätze zu vermeiden. Ausgewählt wurde das Berliner Viertel in Monheim, ein Stadtteil, der eine hohe Bedarfslage aufwies. Als elementare Bausteine des in Monheim angewandten Armutspräventionskonzeptes galten insbesondere ein mehrdimensionales Verständnis des Armutsbegriffes sowie die Betrachtung der Lebenslagedimensionen und der spezifischen Entwicklungsthemen von Kindern in den verschiedenen Lebensphasen. Weiterhin wurde ein gemeinsam getragenes Leitbild für Armutsprävention entwickelt, welches im Kontext von kommunaler Stadtentwicklung als gleichwertiger Bestandteil wahrgenommen werden sollte (Holz et al. 2005). Die in Monheim entstandene Präventionskette „Von der Geburt bis zum erfolgreichen Berufseinstieg“ beinhaltet verschiedene Bausteine, die durch die einzelnen Lebensphasen der Kinder geprägt sind:

- Mo.Ki 0 – „Frühes Fördern von Anfang an“: 0 bis 3-jährige Kinder in ihren Familien oder in den Krippen,
- Mo.Ki I – „Frühes Fördern in der Kindertagesstätte“: 3 bis 6-jährige Kinder in der Tagesstätte,
- Mo.Ki II – „Frühes Fördern in der Grundschule“: 6 bis 10-jährige Kinder in der Grundschule,
- Mo.Ki III und IV – Förderung und Begleitung bis zum erfolgreichen Berufseinstieg: Über 10-jährige Kinder in der Schule (Berg 2010).

Die Präventionskette in Monheim ist bereits 2004 mit dem Ersten Deutschen Präventionspreis vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Bertelsmann Stiftung ausgezeichnet worden. Außerdem gilt Mo.Ki in Deutschland inzwischen als eine Vorreiter-Kommune im Kontext von Präventionsketten als struk-

turellem Armutspräventionsansatz. Erste positive Auswirkungen lassen sich anhand der Heimunterbringungszahlen zeigen, die sich 2001 verdoppelt hatten. Diese Entwicklung konnte inzwischen verbessert werden, weiterhin verbesserten sich auch die Zahlen zur Inanspruchnahme der Hilfen zur Erziehung (Berg 2010). Auch zeigte der Aufbau einer strukturellen Präventionskette in Monheim, dass die zusätzlich angebotene Unterstützung verstärkt von Familien aller sozialen Gruppen in Anspruch genommen wurde und somit insgesamt die Teilhabechancen von Kindern und ihren Eltern erhöht werden konnten (Holz/Stallmann 2010).

Mit **Dormagen** entstand bereits in den 1990er Jahren ein weiterer struktureller Präventionsansatz zur Förderung eines gesunden Aufwachsens für Kinder (Richter-Kornweitz/Utermark 2013). Der Ansatz in der Stadt Dormagen war die Erkenntnis, dass angedachte Hilfen die Zielgruppe oft nicht früh genug erreichen und sich dementsprechend der Aufwand im Nachhinein erhöht. Entsprechend dem § 1 SGB VIII[1] wurde 2005 das Dormagener Modell entwickelt, mit dem Ziel, Benachteiligungen abzubauen und bessere Lebensbedingungen für alle Kinder und ihre Familien zu schaffen (Dormagen 2017). Der Landschaftsverband Rheinland förderte den Aufbau des „Netzwerkes Frühe Förderung“ (NeFF), welches einen strukturellen Ansatz zur Vermeidung und zum Abbau von Armutsfolgen bieten soll. Das Netzwerk ist interdisziplinär aufgestellt und besteht aus Akteuren des Bereiches der Kindertagesstätten, des Allgemeinen Sozialen Dienstes, der Familienberatung, der Familienbildung und des Gesundheitswesens der jeweiligen Kommune. Ein zentraler Bestandteil der Netzwerkarbeit ist die Präventionskette: Die lückenlose Begleitung von Kindern und ihren Familien vom frühestmöglichen Zeitpunkt an. Weiterhin sollen existenzielle Lebens- und Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes sichergestellt werden, wie z.B. die Sicherstellung eines Betreuungsplatzes oder eine Schulmittelfreiheit. Auch in Dormagen wurde eine gemeinsame Leitidee zum Aufbau des Präventionsnetzwerkes mit dem Grundsatz „Prävention statt Reaktion“ entwickelt. Hier wird u.a. die Förderung des Kindeswohls, welches als mehrseitig verstanden wird und an das Elternwohl geknüpft ist, fokussiert, indem bspw. die Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure (Fachkräfte, Kinder und ihre Eltern) ausgebaut wird. Zentraler Bestandteil der Arbeit in Dormagen ist es, die Lebenswelten der Kinder mit einzubeziehen. Außerdem sollen allen Kindern umfassende unterstützende Angebote zugänglich sein (Dormagen 2017). Erste positive Auswir-

[1]Sozialgesetzbuch – Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe § 1 Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe
(1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.
(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.
(3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere
1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

kungen haben sich in verbesserten Zugängen zu Maßnahmen gezeigt, sodass die Zielgruppe besser erreicht wird. Eltern waren vermehrt bereit, an Elternbildungsangeboten oder Kompetenztrainings teilzunehmen. Außerdem konnten ein Rückgang der Sorgerechtsentzüge sowie der Zahlen der stationären Hilfen verzeichnet werden (Bezirksamt Neukölln von Berlin 2012; Bräunling/Löchel 2012).

4.2.3 Ansätze der Angebotsanalyse in anderen Kommunen

In der Literatur zeigte sich, dass die Bestandsaufnahme der Angebote vor Ort als Basis für den Aufbau von Präventionsketten gilt (siehe Kapitel 4.2.1). Zur Identifizierung zentraler Bestandteile für den Aufbau der Angebotsanalyse im Kontext von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück wurden Modelle anderer Kommunen analysiert. Die Ergebnisse werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

In der **Präventionskette der Stadt Dormagen** (siehe Abb. 13) wird einerseits nach den Lebensphasen von Kindern und ihren Familien und andererseits nach den Bereichen *Prävention*, *Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien* und der *Sicherung von Grundbedürfnissen* systematisiert. Angebote, Maßnahmen und Hilfestrukturen der Stadt Dormagen sind im Anschluss an eine Bedarfsanalyse für eine übersichtliche Darstellung in das Modell eingeordnet worden (Stadt Dormagen 2017). Zur Identifizierung der vorhandenen Angebotslandschaft wurden in Dormagen Interviews mit Fachkräften aus relevanten Themenbereichen geführt, Kinder und Eltern befragt, Bürgerversammlungen und Sozialraumkonferenzen durchgeführt sowie Analysen der kinder- und jugendärztlichen Dienste und Erziehungshilfen ausgewertet (Bertelsmann Stiftung 2018).

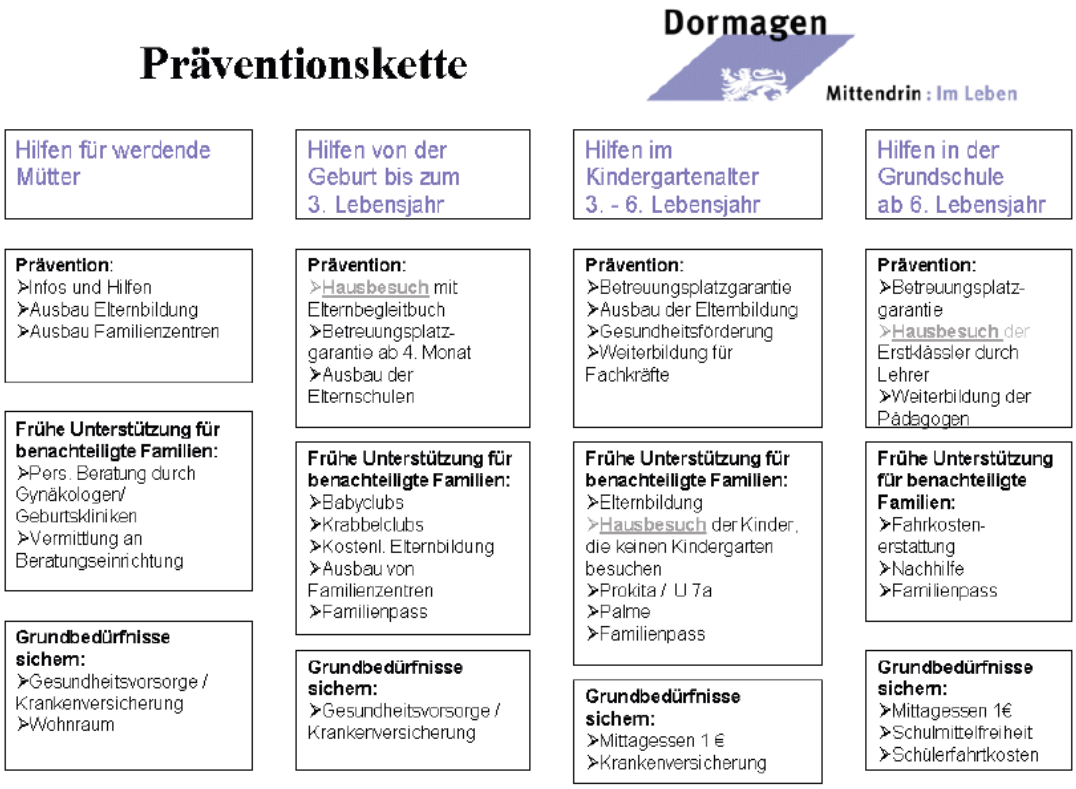


Abbildung 13: Präventionskette in Dormagen. *Quelle: Stadt Dormagen 2017.*

Ein weiterer Vorschlag für die Strukturierung einer Bestandsaufnahme von Angeboten für Kinder und Jugendliche in der Kommune ist die Orientierung nach *Entwicklungsthemen* (auch: Lebensphasen, Lebensabschnitten, Altersgruppen, Altersphasen) und nach *Lebenslagedimensionen*. Diese Systematisierung wird im **Werkbuch Präventionskette** vorgestellt (siehe Abb. 14).

Kind- und Familienorientierung	Angebote vor Ort	Angebotslücken vor Ort
Bedürfnisse des Kindes/der Familie je nach Lebenslage in den Bereichen: –	Angebote bzw. Träger in den Praxisfeldern wie Familie, Krippe, Kita, Schule …	Lücken in den Praxisfeldern wie Familie, Krippe, Kita, Schule …
Materielles ➦	.....	.....
Kulturelles ➦	.....	.....
Soziales ➦	.....	.....
Gesundheit ➦	.....	.....
Bedürfnisse des Kindes/der Familie, nach Entwicklungsthemen in den Altersstufen	Angebote bzw. Träger in den Praxisfeldern wie Familie, Krippe, Kita, Schule …	Lücken in den Praxisfeldern wie Familie, Krippe, Kita, Schule …
0–3 Jahre ➦	.....	.....
3–6 Jahre ➦	.....	.....
6–12 Jahre ➦	.....	.....
12–18 Jahre ➦	.....	.....

Abbildung 14: Was braucht das Kind? – Bedürfnis- und entwicklungsorientierte Bestandsaufnahme. *Quelle: Richter-Kornweitz/Utermark (2013), Werkbuch Präventionskette.*

Die kindlichen Bedürfnisse bzw. die Bedürfnisse seiner Familie werden nach Entwicklungsthemen in die Altersstufen 0 bis 3 Jahre, 3 bis 6 Jahre, 6 bis 12 Jahre und 12 bis 18 Jahre eingeteilt. Für Kinder unter drei Jahren werden Bindung und Autonomie als zentrale Entwicklungsthemen identifiziert, zwischen drei und sechs Jahren liegt der Fokus eher auf dem Erlernen von Sprechen, Bewegen und von Achtsamkeit. Kinder von sechs bis 12 Jahren hingegen lernen verstärkt, sich Neues anzueignen und Dinge zu gestalten, Beziehungen einzugehen und auch, sich in ihrer Umwelt zu bewähren. Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren befinden sich in einer Phase der Identitätsfindung, in der sie lernen müssen, ihren Körper zu spüren und auch, welchen Grenzen es für sie gibt. Die Lebenslagen (siehe auch Kap. 2.1.1) erfassen das Wohlergehen von Kindern anhand der Dimensionen Materielles, Kulturelles, Soziales und Gesundheit. Angebote und Träger der verschiedenen Praxisfelder (z.B. Krippe, Kita, Schule, …) werden entsprechend in das Schema einsortiert, sodass Angebotslücken deutlich sichtbar werden (Richter-Kornweitz/Utermark 2013).

Eine ähnliche Struktur zeigt das Beispiel für eine kommunale Angebotsanalyse der **Stadt Delmenhorst** (siehe Abb. 15 und Anhang D).

(Angebote in Klammern) können nicht von den Eltern/Kindern direkt und eigenständig aufgesucht/beantragt
Angebote für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und Kinderschutzmaßnahmen sind zusätzlich doppelt in einer eigenen Zeile aufgeführt
Angebote mit rotem Rahmen befinden sich im Aufbau

Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie	Mehrere oder alle Altersgruppen	Vor der Geburt	Rund um die Geburt	Übergang Familie/ Krippe	Krippe 0-3 Jahre	Übergang Krippe/ Kiga	Kiga 3-6 Jahre
Gesundheit	Kinderärzte Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Schreiambulanz U-Untersuchung Kinderklinik Eingliederungshilfe Leistungen der Krankenkassen Sozialpsychiatrischer Dienst Anonyme Drogenberatungsstelle Angebote für Hochbegabung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Mutter-Kind-Zentrum Gynäkologen vorgeburtliche Diagnostik Geburtsvor-bereitungskurse	Hebammen Geburtsklinik Rückbildungskurse	Hebammen Café Kinderwagen Frühförderung	Kinderärzte Kinder- und Jugendärztlicher Dienst U-Untersuchung Familienhebammen Integrative Krippe Frühförderung Baby-Schwimmen Kinderturnen (Fachberatung Zentrales Modell)	Kitas Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Kinderärzte Tagesmütter Frühförderung	Kinderärzte Kinder- und Jugendärztlicher Dienst U-Untersuchung Mobiler Dienst Kiga Integrative Gruppen Frühförderung (Heilpädagogische Tagesstätte) Heilpädagogischer Kiga Sprachheil-Untersuchung des LSA (für Sprachheil-Kiga) (Sprachheilkindergarten) (Fachberatung Zentrales Modell des FD Kita)
Materielles/ Wirtschaftliches	Bildungs- und Teilhabepaket Kleiderkammern Die Tafel Bundesstiftung "Mutter und Kind" Landesstiftung "Familie in Not" Schuldnerberatung	Babykorb			Zuschuss Krippe Elternzeit Plus		Zuschuss Kiga
Soziales	Psychologische Beratungsstelle Beratungsstelle gegen sex. Mißbrauch 3 Familienzentren 2 Nachbarschaftsbüros Beratung Mutter-Kind-Kuren Integrationslotsen und Sprachmittler Erziehungslotsen Familienpaten ?? Kinderschutzbund	Betreute Wohnformen für junge Schwangere/ Mütter 3 Schwangeren-beratungsstellen Kurse: ElternWerden-ElternSein	Baby-Korb Baby-Besuchedienst	Familienhebammen Infomaterial Projekt des FZ Villa: Vater-Mutter-Kind-Café	Familienhebammen bis 1 Jahr Familienstützender Dienst Welcome Stadtelternrat Kita	Kitas Tagesmütter Infomaterial Familien- und Kinderservicebüro	Stadtelternrat Kita Familienstützender Dienst
Kinderschutz	Beratungsstelle gegen sex. Mißbrauch Kinderschutzbund		Babykorb Baby-Besuchedienst	Familienhebammen Café Kinderwagen	Familienhebammen bis 1 Jahr § 8 a SGB VIII		§ 8 a SGB VIII
Für Zuwanderer	Integrationslotsen und Sprachmittler						
Bildung / Kulturelles/ Betreuung	Museum Musikschule Haus Coburg Jugendkunstschule				Krippen Spielkreis Hasbergen Tagesoffene Delfi-Kurse bis 1 Jahr Mini-Club (1-3 Jahre) (Rahmenplan Sprache)	Kitas Tagesoffene (Rahmenplan Sprache)	Kitas Tagesoffene (Rahmenplan Sprache)
Für Zuwanderer	Vereine				niedrigschwellige Projekte (z.B. Oostapie)		niedrigschwellige Betreuungsangebote
Allgemeine Beratung	Familien- und Kinder- Servicebüro Selbsthilfe-Kontaktstelle Frauenhaus Gewaltschutzberatung Hilfen zur Erziehung "Familienatlas"						
Kinderschutz	Koordinierungsstelle Kinderschutz						
Für Zuwanderer	Ausländerbehörde Kontaktstelle für Integration Kontaktstelle für Flüchtlinge Integrationsberatung						
Fehlende Angebote / Angebote die ausgeweitet werden sollten	FEHLT: Trauerbegleitung für Kinder Nachsorgegespräche nach Geburtstraumata Stillberatung	AUSWEITEN: Rückbildungskurse Hebammen Café Kinderwagen					

Abbildung 15: Präventionsangebote für Familien in Delmenhorst. *Quelle: Stadt Delmenhorst 2015.*

Der Auftrag zur Durchführung einer Bestandsaufnahme von Präventionsbausteinen wurde durch die Lenkungsgruppe der Präventionskette erteilt. Systematisiert wird hier, wie auch im Werkbuch Präventionskette vorgeschlagen, nach Lebenslagedimensionen und den einzelnen Lebensphasen samt Übergängen. Als Kriterium wird festgelegt, dass nur Angebote aufgenommen werden, die von den Eltern selbst aufgesucht werden können. Innerhalb der Lebenslagen werden Angebote, die für spezielle Zielgruppen wie z.B. zugewanderte Personen, zugeschnitten sind, gesondert eingeordnet. Neben den Übergängen und den Lebensphasen werden in der Angebotsanalyse der Stadt Delmenhorst zusätzliche Spalten für Angebote, die für mehrere Altersgruppen gelten sowie für Angebote, die sich an werdende Eltern richten, hinzugefügt. Fehlende Angebote werden in einer zusätzlichen, hervorgehobenen Zeile vermerkt. Die erhobenen Angebote und Maßnahmen werden von der Lenkungsgruppe mit verschiedenen beteiligten Akteuren, wie dem Fachdienst Jugendarbeit und dem Familien- und Kinderservicebüro, abgestimmt (Stadt Delmenhorst 2018).

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass alle drei dargestellten Ansätze zur Angebotsanalyse eine Strukturierung nach den kindlichen Lebensphasen aufzeigen. Eine zusätzliche Sortierung nach den Lebenslagen bieten zwei der drei vorgestellten Modelle.

4.2.4 Vorgehen zum Aufbau von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück

Die theoretischen und praktischen Ansätze zeigen, dass jede Kommune ein individuelles Vorgehen zum Aufbau kommunaler Armutsprävention nach dem Konzept der Präventionsketten entwickeln muss. Aus den vorangestellten Kapiteln können jedoch zentrale Bestandteile zur Identifizierung des Handlungsbedarfes hinsichtlich einer lückenlosen Prävention abgeleitet werden, die für ein strategisches Vorgehen im Landkreis Osnabrück genutzt werden können:

1. ***Angebotsanalyse***: Die Bestandsaufnahme der kommunalen Angebotslandschaft im Landkreis Osnabrück dient der Identifizierung von bereits vorhandenen präventiven Angeboten und Maßnahmen sowie von Angebotslücken. Dies entspricht einer Ist-Analyse der Präventionsangebote für Kinder und ihre Familien im Landkreis Osnabrück: *Welche Angebote haben wir bereits für die Zielgruppe, welche fehlen uns noch?*
2. ***Bedarfsermittlung***: Hier erfolgt einerseits eine Analyse der relevanten Datenlage in Bezug auf Kinderarmut im Landkreis Osnabrück. Somit wird die kommunale Ausgangssituation zur Kinderarmut ersichtlich und gemeindespezifische Bedarfslagen können identifiziert werden, um faktenbasierte Empfehlungen für ein Handlungskonzept für den Landkreis Osnabrück entwickeln zu können. Andererseits wird der Bedarf von Kindern und ihren Familien aus der Sicht der Fachkräfte ermittelt.
3. ***Bedürfniserhebung***: Das Konzept der Präventionsketten sieht die Partizipation der Zielgruppe als einen wesentlichen Bestandteil kommunaler Armutsprävention. Somit ist es erforderlich, den Ist-Zustand der Angebotslandschaft sowie die Bedarfslage im Landkreis Osnabrück durch die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien zu ergänzen, damit der Soll-Zustand für die kommunale Präventionskette ermittelt werden kann.

Exkurs: Definition Bedarf und Bedürfnisse.

Die Ermittlung des *Bedarfes* stellt eine Außenperspektive dar, also die fachlich begründbare Bewertung eines bestimmten Sachverhaltes anhand der vorliegenden Datenlage. Der Bedarf spiegelt dementsprechend die Sichtweise von Experten wieder. Häufig ist dies ein wissenschaftlich erhobener Mangel.

Gegensätzlich zum Bedarf stellt die Erhebung von *Bedürfnissen* eine Innenperspektive dar. Hier werden die Wünsche der Zielgruppe aufgezeigt, wie z.B. ein subjektiv erlebter Mangel (Richter-Kornweitz/Utermark 2013).

Anhand der Resultate dieser drei Schritte kann der individuelle Handlungsbedarf für den Aufbau einer lückenlosen, zielgruppenorientierten Präventionskette im Landkreis Osnabrück ermittelt werden (siehe Abb. 16). Das bedeutet, dass die Ergebnisse der Bestandsaufnahme der kommunalen Angebote, der Datenlage zur Kinderarmut vor Ort, der Befragung der Fachkräfte und der Abfrage der Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien zusammengeführt werden müssen, um daraus Handlungsempfehlungen ableiten zu können. Als langfristiges Ziel beim Aufbau der kommunalen Präventionskette ist die Prävention von Armut bei Kindern von 0 bis 10 Jahren und ihren Familien zu sehen; die zu analysierenden Bedürfnisse geben demnach Aufschluss darüber, wie die kommunale Angebotslandschaft umstrukturiert werden muss, um diesen zu entsprechen

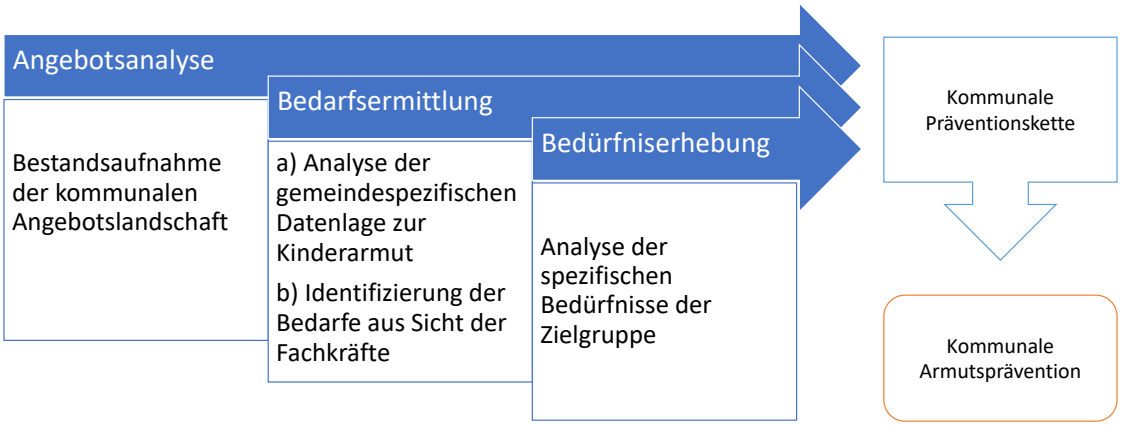


Abbildung 16: Dreistufiges Gesamtkonzept zum Aufbau von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung.*

Alle hier dargestellten Schritte zum Aufbau einer Präventionskette bedürfen einer präzisen Ausgestaltung, die an die individuellen kommunalen Gegebenheiten des Landkreises Osnabrück angepasst werden müssen. Die spezifische Betrachtung aller drei Schritte ist aufgrund des hohen Arbeitsaufwandes im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Die erarbeitete Vorgehensweise zum Aufbau von Präventionsketten stellt die Bestandsaufnahme kommunaler Angebote für Kinder und ihre Familien als einen ersten Schritt dar; daher beschäftigt sich diese Arbeit im Folgenden hauptsächlich mit der Ausgestaltung einer systematischen Angebotsanalyse im Landkreis Osnabrück. Da zur Analyse der (Kinder-)Armutssituation vor Ort bereits quantitative Daten vom Landkreis Osnabrück zur Verfügung gestellt wurden, konnten diese ebenfalls im Rahmen der Bedarfsermittlung aufbereitet werden. Die Identifizierung der Bedarfe der Zielgruppe aus der Sicht der Fachkräfte vor Ort sowie die Analyse der Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien ist nicht Gegenstand dieser Masterarbeit. Abbildung 17 zeigt den Aufbau der vorliegenden Arbeit in Bezug auf das entwickelte dreistufige Gesamtkonzept.

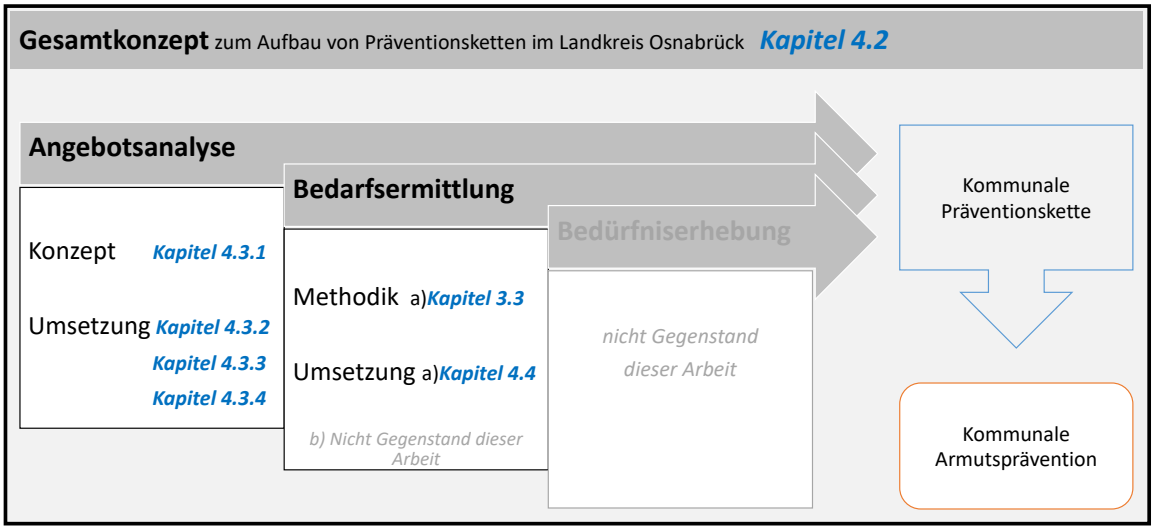


Abbildung 17: Weiteres Vorgehen der Arbeit in Bezug auf das Gesamtkonzept. *Quelle: Eigene Darstellung.*

4.3 Systematische Angebotsanalyse im Landkreis Osnabrück

Im Landkreis Osnabrück gibt es eine Vielzahl präventiver Angebote, Maßnahmen und Netzwerke für die Zielgruppe Kinder und ihre Familien. Zusätzlich existiert eine Vielfalt an Trägern, welche diese Angebote vorhalten. Eine Analyse aller Angebote ist innerhalb des vorgegebenen zeitlichen Rahmens des Programmes (siehe Kapitel 4.1.1) sowie mit der vorhandenen Personalressource der Koordination im Landkreis Osnabrück nicht realisierbar. Darüber hinaus wurde bereits bei Antragstellung eine systematische Vorgehensweise mit Einbezug aller Fachbereiche der Kreisverwaltung favorisiert, um einerseits eine nachhaltige Struktur für die Präventionskette vor Ort zu etablieren und andererseits die Akzeptanz des Konzeptes in der Verwaltung zu generieren. Dementsprechend entschied der Landkreis Osnabrück, dass zunächst eine verwaltungsinterne Angebotsanalyse durchgeführt werden soll, um die Methodik und Vorgehensweise zu erproben und diese im Anschluss auf eine Modellkommune zu übertragen. Durch die Möglichkeit des einfachen Zugriffes auf die notwendigen Daten kann eine verwaltungsinterne Angebotsanalyse schnell umgesetzt und eventuell notwendige Anpassungen der Vorgehensweise können zügig identifiziert werden. Ein weiterer Vorteil dieser Entscheidung ist, dass die Verwaltungseinheiten des Landkreises Osnabrück, die die Angebote entwickeln und koordinieren, eine Handlungsempfehlung dazu erhalten, wie diese im Sinne der Präventionsketten angepasst und verbessert werden können.

4.3.1 Vorgehen

Das folgende Kapitel stellt die Vorgehensweise zur systematischen Angebotsanalyse im Landkreis Osnabrück dar.

Planung der Angebotsanalyse

Zunächst wurde das Vorhaben in der fachdienstübergreifenden *Arbeitsgruppe Präventionsketten* diskutiert und abgestimmt. Die Abfrage verwaltungsinterner Angebote und Maßnahmen wurde als erster Schritt festgelegt. Im Anschluss an die Diskussion zum Vorgehen begann die Koordinatorin mit der Recherche von Umsetzungsbeispielen der Angebotsanalyse in anderen Kommunen.

Vorbereitung

Zur Identifizierung der vorhandenen verwaltungsinternen Angebotslandschaft entwickelte die Koordinatorin einen Kurzfragebogen (siehe Anhang E), der in einem nächsten Schritt an die Mitglieder der *Arbeitsgruppe Präventionsketten* übermittelt wurde. Des Weiteren intensivierte die Koordinatorin die Recherche kommunaler Beispiele der Angebotsanalyse im Kontext von Präventionsketten. Als Vorlage zur Entwicklung des eigenen Modells zur Darstellung der Angebotslandschaft im Landkreis Osnabrück dienten drei Modelle: Das Modell für Präventionsangebote für Familien der Stadt Delmenhorst, das Dormagener Modell „Willkommen im Leben“ sowie eine bedürfnis- und entwicklungsorientierte Bestandsaufnahme aus dem Werkbuch Präventionskette (siehe Kapitel 4.2.3).

Dokumentation

Die Koordinatorin erhielt die ausgefüllten Kurzfragebögen von allen beteiligten Fachdiensten des Landkreises Osnabrück zurück und erstellte zur einheitlichen Erfassung aller Rückmeldungen ein Datenblatt anhand einer Excel-Tabelle (siehe Kapitel 4.3.2 und Anhang F). Hier wurden Name und Altersgruppe des Angebots, eine Kurzbeschreibung des Inhaltes, die Zielgruppe sowie der Träger, der Ort der Durchführung und Art des Angebotes erfasst. Das Datenblatt wird, bei Bedarf, fortlaufend von der Koordinatorin für Präventionsketten ergänzt.

Entwicklung der Angebotsanalyse

Anschließend wurden die übermittelten Angebote nach den Lebenslagedimensionen geclustert, d.h. jedes Angebot wurde anhand seiner im Datenblatt erläuterten inhaltlichen Ausrichtung einer Lebenslagedimension zugeordnet. Zusätzlich wurden Untergruppen gebildet, um die unterschiedlichen inhaltlichen Ausrichtungen innerhalb einer Lebenslage abbilden zu können. Dies geschah im Rahmen einer internen Arbeitsgruppe im Fachdienst Jugend unter Federführung der Koordinatorin für Präventionsketten. Auf Basis der Analyse der Modelle anderer Kommunen wurde eine erste Darstellungsform für die Angebotsanalyse des Landkreises Osnabrück entwickelt. Anschließend wurden alle vorsortierten Angebote in die ausgearbeitete Darstellungsform nach landkreisweiten und gemeindespezifischen Angeboten übertragen. Die Entwürfe der Angebotsanalyse wurden in

einer Sitzung der *Arbeitsgruppe Präventionsketten* diskutiert und entsprechende Änderungen, wie z.B. die Zuordnung von Angeboten, vorgenommen.

Nachbearbeitung

Im Nachgang wurden ergänzende Informationen, wie z.B. die Etablierung von Familienzentren und Frühen Hilfen in den einzelnen Kommunen, bezüglich der gelisteten Angebote und Maßnahmen gesammelt und für die weiteren Schritte berücksichtigt.

Die einzelnen Schritte zur Vorgehensweise bei der systematischen Angebotsanalyse im Landkreis Osnabrück wurden anhand einer Grafik übersichtlich dargestellt (siehe Abb. 18).

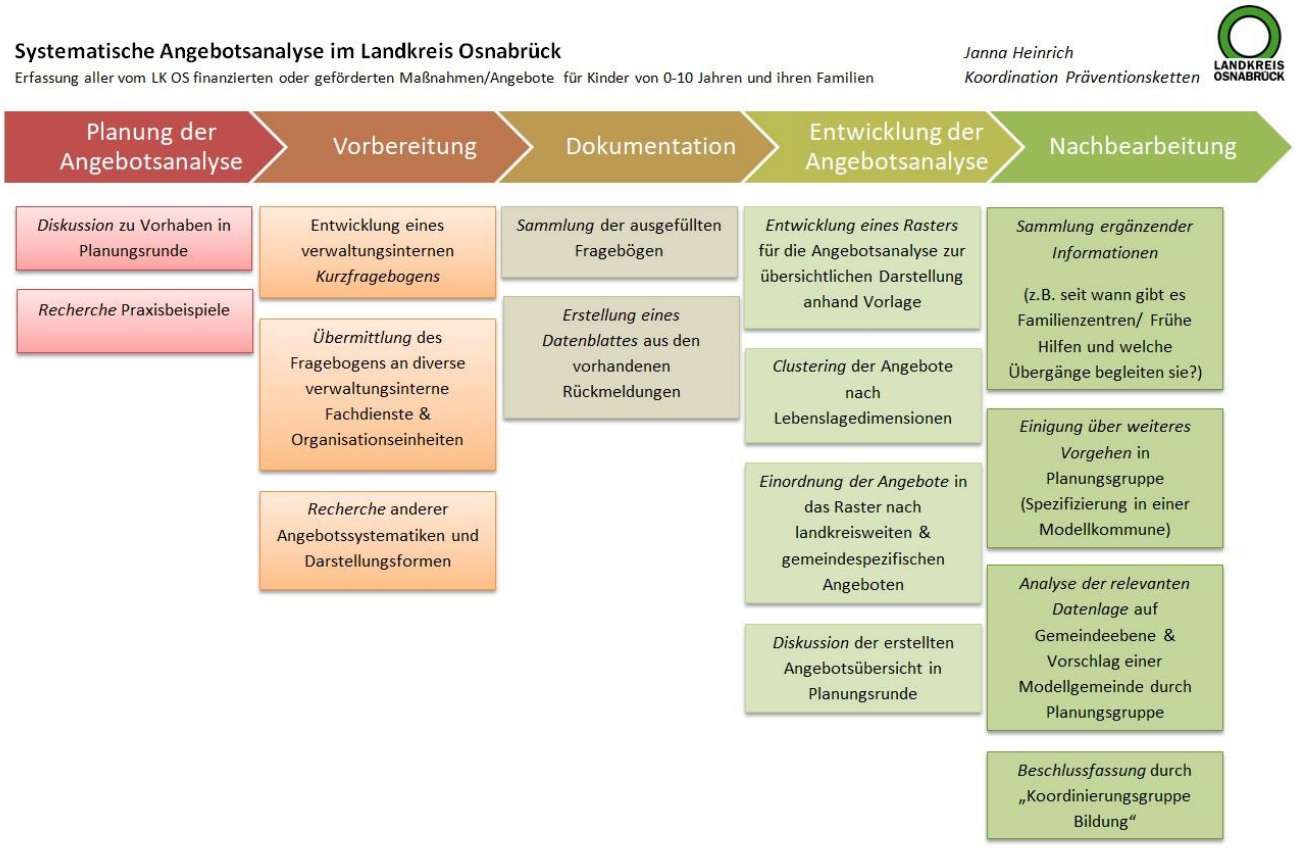


Abbildung 18: Systematische Angebotsanalyse im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Landkreis Osnabrück 2018, Janna Heinrich.*

4.3.2 Datenblatt

In dem Excel-Datenblatt konnten zum aktuellen Zeitpunkt (19.10.2018) 76 landkreisfinanzierte oder vom Landkreis Osnabrück anteilig geförderte Angebote und Maßnahmen für die Zielgruppe festgehalten werden. Unter Betrachtung der verschiedenen Lebensphasen zeigten sich folgende Ergebnisse: Für die Zielgruppe 0 bis 3-Jährige gibt es zurzeit 40 Angebote, wohingegen es bei den 0 bis 6-jährigen Kindern nur zwei Angebote sind. 11 der Angebote sind altersübergreifende Angebote für Kinder von 0 bis 10 Jahren, für die Altersgruppe von 3 bis 6 Jahren sind vier Angebote

vorhanden, bei den 3 bis 10-Jährigen sind es drei Angebote und für die 6 bis 10-Jährigen liegen 16 Angebote vor (siehe Tabelle 1). In der Summe bedeutet dies, dass die meisten Angebote für die Altersgruppe der 0 bis 3-jährigen Kinder bestimmt sind (n = 53), gefolgt von Maßnahmen für 6 bis 10-Jährige (n = 30). Für die 3 bis 6 Jahre alten Kinder liegen weniger als halb so viele Angebote vor, wie für die jüngste Altersgruppe (n = 20).

							Anzahl Angebote nach Altersgruppen
Altersgruppe	**Σ**	***0 – 3 J***	***0 – 6 J***	***0 – 10 J***	***3 – 6 J***	***3 – 10 J***	***6 – 10 J***
0 – 3 J	**53**	**40**					
3 – 6 J	**20**		**2**	**11**	**4**		
6 – 10 J	**30**					**3**	**16**

Tabelle 1: Anzahl Angebote nach Altersgruppen. *Eigene Darstellung nach den Daten des Landkreises Osnabrück, Fachdienst Jugend 2018.*

Von diesen Angeboten sind zwei vom *Fachdienst Soziales*, 49 Angebote vom *Fachdienst Jugend*, vier Angebote vom *Fachdienst Bildung, Kultur und Sport*, 20 Angebote vom *Fachdienst Gesundheit* sowie ein Angebot von der *MaßArbeit kAöR* (siehe Abb. 19). Demnach bietet der Fachdienst Jugend die meisten Angebote für Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien im Landkreis Osnabrück an, gefolgt vom Fachdienst Gesundheit.

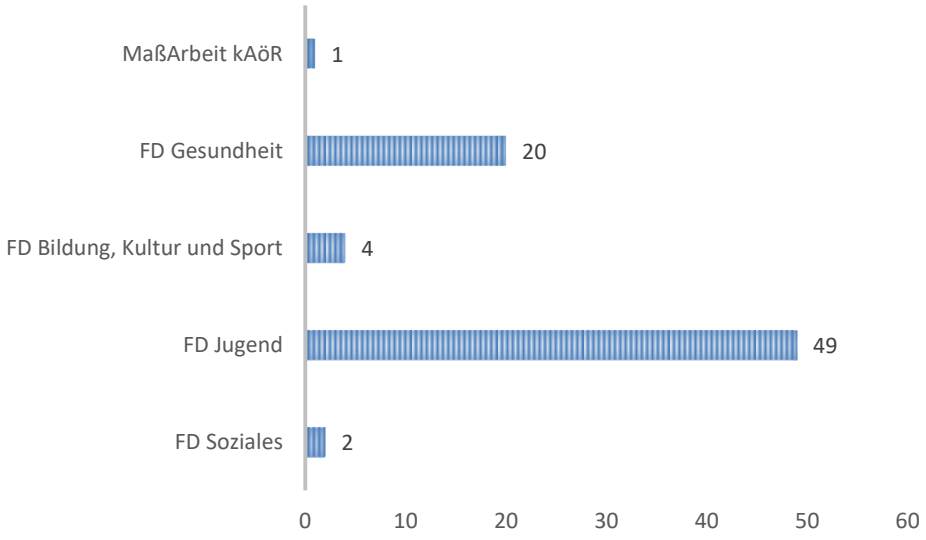


Abbildung 19: Anzahl der landkreisfinanzierten Angebote für Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Auswertung des Fachdienstes Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.*

Landkreisweite Angebote, Maßnahmen oder Projekte, d.h. Angebote, die in jeder Kommune angeboten werden, gibt es derzeit 34 im Landkreis Osnabrück. 23 dieser Angebote sind Regelangebote, d.h. Angebote, die aktuell keine Befristung haben oder bei denen nicht die Absicht besteht, das Angebot in absehbarer Zeit zu beenden. Zum Teil sind dies Angebote, die auf einer gesetzli-

chen Grundlage basieren, andere sind freiwillige Leistungen des Landkreises Osnabrück. Wiederum sechs der 32 landkreisweiten Angebote haben einen Projektstatus: Bei der Finanzierung der Maßnahme muss z.B. auf Drittmittel zurückgegriffen werden oder diese ist nur für einen bestimmten Zeitraum ausgelegt. Aktuell existieren zwei Projekte mit einem vorläufigen Enddatum: Einerseits werden die *Familienzentren* jeweils für einen bestimmten Projektzeitraum (aktuell fünf Jahre bis 2022) finanziert. Die Refinanzierung wird durch den Ausschuss für Kinder, Jugend und Familie inhaltlich vorbereitet und vom Kreistag entschieden. Andererseits ist das Projekt *Zahngesundheit für Flüchtlinge* zunächst bis zum 31.07.2019 befristet.

Weitere fünf Angebote sind bedarfsorientierte Angebote – bei Bedarf in einer Einrichtung oder auf Anfrage wird die Maßnahme in der Kommune durchgeführt, die den Bedarf angemeldet hat (siehe Abb. 20).

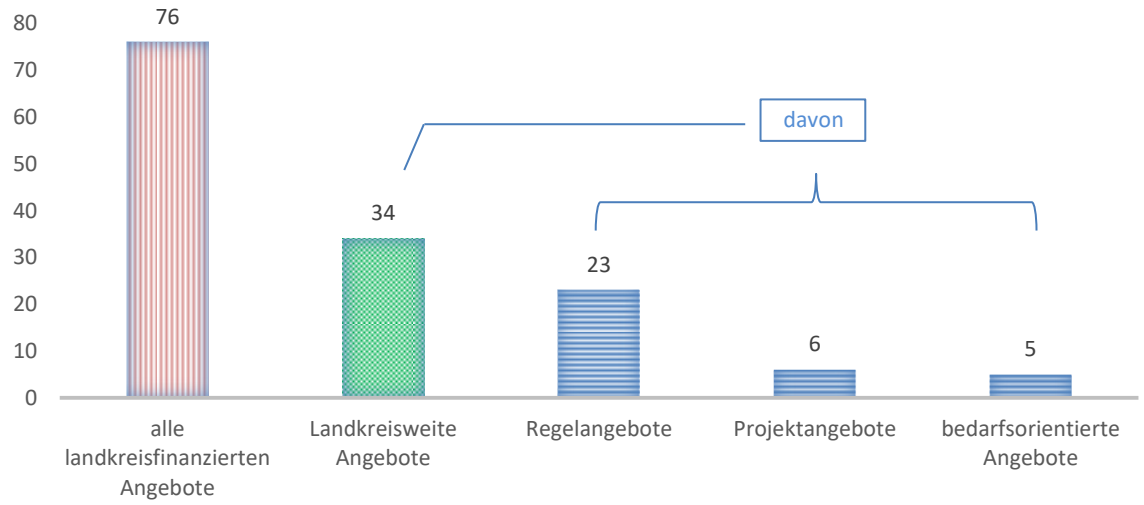


Abbildung 20: Anzahl der landkreisweiten Angebote für Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Auswertung des Fachdienstes Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.*

Von den 76 landkreisfinanzierten Angeboten sind insgesamt 42 gemeindespezifische Angebote (siehe Abb. 21). Das bedeutet, dass diese Angebote nur in bestimmten Gemeinden des Landkreises Osnabrück vorgehalten werden und somit nicht alle Kinder und Familien Zugang zu diesen Maßnahmen haben. Vier der gemeindespezifischen Angebote sind Regelangebote, ein Angebot ist bedarfsorientiert und ein Projekt agiert als eingetragener Verein (*Gesunde Stunde e.V.).* Die Mehrzahl der gemeindespezifischen Angebote sind Angebote mit Projektstatus: Bei 36 Maßnahmen ist dies der Fall, vier davon weisen ein spezifisches Enddatum auf. Das Projekt *Fit für den Start* läuft zunächst bis Mitte 2020, die *Schulsozialarbeit an Grundschulen* sowie das *Zuschusssystem Schulsozialarbeit an Schulen* werden bis Mitte 2022 finanziert. Die Maßnahme *Sozialpädagogen an Gymnasien* läuft planmäßig im Jahr 2018 an und ist zunächst bis Mitte 2019 befristet.

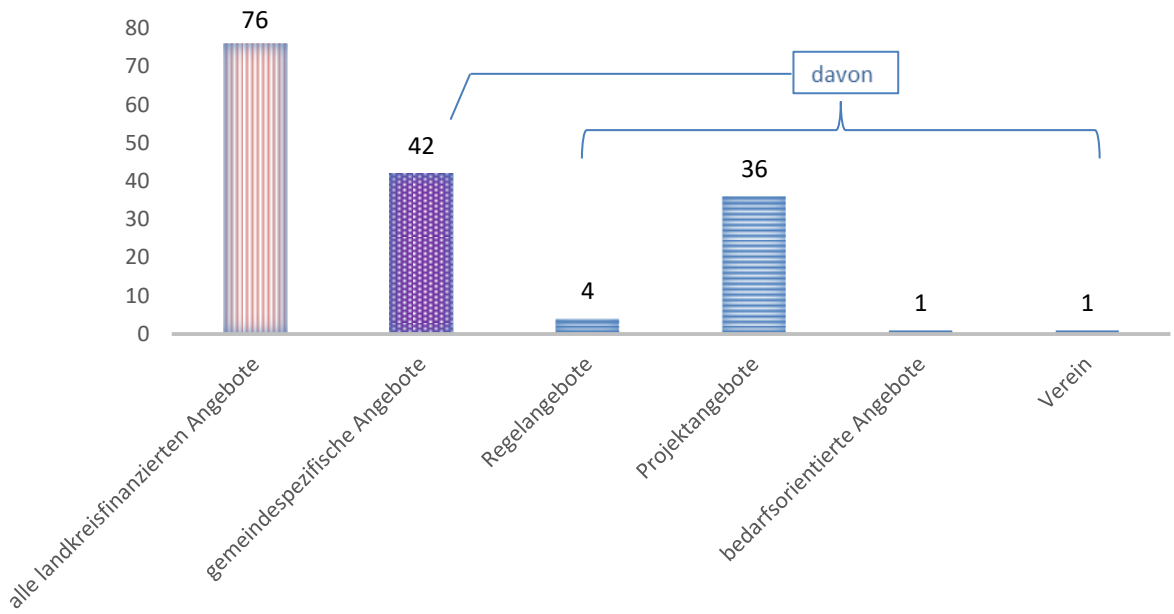


Abbildung 21: Anzahl der gemeindespezifischen Angebote für Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Auswertung des Fachdienstes Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.*

Anhand der Datensammlung kann die Zielgruppe der landkreisfinanzierten Angebote und Maßnahmen genauer betrachtet werden, die im Hinblick auf den Aufbau von Präventionsketten eine besondere Rolle spielt. Zwei Drittel aller landkreisfinanzierten Angebote (50 von 76) können von allen Kindern und ihren Eltern in Anspruch genommen werden – je nach Altersgruppe (siehe Tabelle 2). Bei den restlichen 26 Angeboten (ein Drittel aller Angebote) handelt es sich um Programme für spezielle Zielgruppen, die zur detaillierteren Betrachtung wiederum je nach inhaltlicher Ausrichtung des Angebotes unterteilt werden (siehe Tabelle 2).

Anzahl Angebote	Zielgruppe	
50	alle Kinder und Eltern	
26	spezielle Zielgruppen	
	davon	
	2	auffällige Kinder
	6	benachteiligte Kinder und Eltern
	8	Eltern in prekären Lebenssituationen
	1	Eltern von Kindern mit Behinderung
	1	Kinder mit Behinderung
	1	junge Mütter
	2	Kinder mit Migrationshintergrund
	2	Neuzugewanderte
	1	Schwangere und Mütter mit psychischen Problemen
	2	Schwangere und werdende Eltern

Tabelle 2: Anzahl aller Angebote nach Zielgruppen. *Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Auswertung des Fachdienstes Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.*

4.3.3 Clustering der Angebote nach Lebenslagedimensionen

Im Anschluss an die Erstellung des Excel-Datenblattes zur Erfassung aller landkreisfinanzierten oder vom Landkreis geförderten Angebote und Maßnahmen wurde die Vorsortierung der Angebote nach den Lebenslagedimensionen vorgenommen (siehe Tabelle 3).

Der gesundheitlichen Lebenslage werden alle Angebote zugeordnet, die die psychische und physische Gesundheit von Kindern und/ oder ihren Familien oder das Erlernen gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen begünstigen. Der Dimension **Gesundheit** können somit folgende, in jeder Kommune vorhandene Angebote zugeordnet werden: Die *zahnmedizinische Gruppenprophylaxe*, die *zahnärztliche Untersuchung*, *Gesundes Frühstück*, *Gesunde Zähne von Anfang an!*, das *Elterncafé Zahngesundheit*, *Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung* sowie die *Schuleingangsuntersuchung*. Als Maßnahmen für spezielle Zielgruppen können das Projekt *Zahngesundheit für Flüchtlinge* sowie die *Selbsthilfegruppe Postnatale Depression* identifiziert werden. Angebote für Familien, die als Informationen für ein gesundes Aufwachsen gelten, sind *Erste Hilfe für Babys* sowie *Erste Hilfe am Kind/Säugling* und *Erste Hilfe am Säugling*, der *Beikostkurs* und die *Babysprechstunde*. Die *Initiative Trink!Wasser* und der Verein *Gesunde Stunde e.V.* werden als Maßnahmen im Bereich der Übergewichts- bzw. Adipositasprävention eingeordnet.

Die soziale Lebenslage beschäftigt sich inhaltlich mit Angeboten, die die soziale Interaktion innerhalb der Familie fördern. Dabei geht es sowohl um Quantität als auch um Qualität dieser familiären Interaktionen. Im Landkreis Osnabrück werden in der Dimension **Soziales** *Familienzentren*, *Familienservicebüros*, der *Babybesuchsdienst*, die *FuN-Baby-Kurse* sowie der *Vätertag* in jeder Kommune angeboten. Für die Untergruppe *spezielle Zielgruppen* werden die *Familienhebammen*, die sich um Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen kümmern, identifiziert. Außerdem können hier ebenfalls die *Mutter-Kind-Gruppe in Großtagespflege*, ein Angebot für sozial benachteiligte oder bildungsferne Eltern, die *Mutter-Kind-Gruppen* für Eltern, die aus schwierigem Milieu stammen bzw. dort leben sowie *Kinderbetreuung* für junge Mütter aus einer schwierigen sozialen Lage, zugeordnet werden. Darüber hinaus sind auch die Angebote *Neuzugezogenen-Besuchsdienst*, *Schulsozialarbeit an Grundschulen*, das *Zuschusssystem SSA an Grundschulen* sowie *Sozialpädagogen an Förderschulen* und *Sozialpädagogen an Gymnasien* Maßnahmen, die sich an spezielle Zielgruppen richten, anzuführen. Der *Vater(Großvater)-Kind-Waldspaziergang*, der *Kinderwagentreff*, der *Zwergentreff*, das *Willkommenscafé* sowie die *Familienberatung im offenen Elterncafé* werden als offene Begegnungs- und Unterstützungsangebote eingestuft, der *Offene Mini-Spieltreff* als Eltern-Kind-Gruppe. Als eine weitere Unterkategorie der Lebenslage Soziales werden Angebote, die Eltern in Erziehungsfragen unterstützen und beraten identifiziert: *Elternlotsen*, *Elternbegleiter, Familienassistenz* und *Lotsenfunktion und Beratung Frühe Hilfen*.

Zur kulturellen Lage lassen sich Angebote und Maßnahmen, die Kindern und ihren Familien Bildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten im formalen und informalen Bereich bieten, zuordnen. Zu der Dimension **Kulturelles** gehören somit folgende Maßnahmen, die Kindern und Familien in jeder Kommune angeboten werden: *Sprachbildung in der Krippe* und *Sprachbildung im Kindergarten* sowie Einrichtungen wie *Krippe*, *Kindergarten* und *Grundschule*, die einen gesetzlichen Auftrag erfüllen. Für spezielle Zielgruppen gibt es die *Nachmittagsbetreuung* und die *Sozialpädagogischen Horte* (für Kinder mit Auffälligkeiten im Verhalten), die *Individuelle Spracherwerbsunterstützung* und die *Außerschulische Sprachförderung für Neuzugewanderte* sowie das *Sommercamp* (für Kinder mit Migrationshintergrund) und *PaulA im Netz* (für Schwangere oder Mütter, die sich in prekären Lebenssituationen befinden). Die Programme *Fit für den Start*, *„Sinnvoll" – mit 7 Sinnen die Welt erklimmen*, *PEKIP*, *Babyzeichensprache* und *Geschwisterkurs* gehören zu den Angeboten, die sich mit Erziehungsfragen beschäftigen. Maßnahmen, die sich der Unterkategorie Sprachförderung bzw. Schulische Lernförderung zuordnen lassen, sind *Quasselzwerge*, *Griffbereit* und *Lernförderung*.

Die materielle Lebenslage (**Materielles**) bezieht sich auf Möglichkeiten zur Teilhabe an gesellschaftlichen Standards, wie z.B. altersspezifischem Konsum. Es beinhaltet außerdem Maßnahmen, die zur Verbesserung der finanziellen Lage der Zielgruppe beitragen können. In jeder Kommune im Landkreis Osnabrück sind die *Zuschüsse nach den Richtlinien zur Förderung der Jugendarbeit* und die *Plätze der Kinder- und Jugenderholungsarbeit* zugänglich. Für spezielle Zielgruppen gibt es das *Bildungs- und Teilhabepaket* zur finanziellen Unterstützung von u.a. Klassenfahrten oder Musikunterricht. Dieses richtet sich an Familien mit Kindern, die Sozialleistungen beziehen.

Durch das Clustering der für die Zielgruppe identifizierten Angebote und Maßnahmen konnte eine Vorsortierung zur Übertragung in ein grafisches Modell zur übersichtlichen Darstellung der Angebotsanalyse vorgenommen werden.

Janna Heinrich
Koordination Präventionsketten
Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück
Tel.: 0541-501 3574 e-Mail: Janna.Heinrich@Lkos.de

Angebotsanalyse Landkreis Osnabrück

Angebote & Maßnahmen nach Lebenslagen systematisiert

GESUNDHEIT
Angebote in jeder Kommune
· Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe (0-10 Jahre) · Zahnärztliche Untersuchung (0-10 Jahre) · Gesundes Frühstück (0-10 Jahre) · Gesunde Zähne von Anfang an! (Schwangerschaft)

· Elterncafé Zahngesundheit (0-10 Jahre) · Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung (6-10 Jahre) · Schuleingangsuntersuchung (Übergang Kiga/Grundschule)
Angebote für spezielle Zielgruppen
· Zahngesundheit für Flüchtlinge (0-10 Jahre) · Selbsthilfegruppe *Postnatale Depression* (0-3 Jahre)
Informationen zu gesundem Aufwachsen
· Erste Hilfe für Babys (0-3 Jahre) · Beikostkurs (0-3 Jahre) · Erste Hilfe am Kind/Säugling (0-3 Jahre) · Erste Hilfe am Säugling (0-3 Jahre) · Babysprechstunde (0-3 Jahre)
Übergewichts-/Adipositasprävention
· Initiative Trink!Wasser · Gesunde Stunde e.V. (6-10 Jahre)
SOZIALES
Angebote in jeder Kommune
· Familienzentren (0-6 Jahre) · Familienservicebüros (0-10 Jahre) · FuN-Baby-Kurse (0-3 Jahre) · Babybesuchsdienst (0-3 Jahre) · Vätertag (3-10 Jahre)
Angebote für spezielle Zielgruppen
· Familienhebammen (Eltern & Familien in belastenden Lebenssituationen) (Schwangerschaft – 6 Jahre) · Mutter-Kind-Gruppe in Großtagespflege (sozial benachteiligte/bildungsferne Eltern) (0-3 Jahre) · Mutter-Kind-Gruppen (Eltern aus schwierigem Milieu) (0-3 Jahre) · Kinderbetreuung (junge Mütter aus schwieriger sozialer Lage) (0-3 Jahre) · Neuzugezogenen-Besuchsdienst (Schwangerschaft – 10 Jahre) · Schulsozialarbeit an Grundschulen (6-10 Jahre) · Zuschusssystem SSA an Grundschulen (6-10 Jahre) · Sozialpädagogen an Förderschulen (6-10 Jahre) · Sozialpädagogen an Gymnasien (6-10 Jahre)
Offene Begegnungs- und Unterstützungsangebote
· Vater(Großvater)-Kind-Waldspaziergang (0-3 Jahre) · Kinderwagentreff (0-3 Jahre) · Zwergentreff (0-3 Jahre) · Willkommenscafé (0-3 Jahre) · Familienberatung im offenen Elterncafé (0-3 Jahre)
Eltern- und Kind-Gruppen
· Offener Mini-Spieltreff (0-3 Jahre)
Unterstützung der Eltern bei Erziehungsfragen
· Elternlotsen (0-3 Jahre) · Elternbegleiter (0-3 Jahre) · Familienassistenz (0-3 Jahre) · Lotsenfunktion und Beratung Frühe Hilfen (0-3 Jahre)
KULTURELLES
Angebote in jeder Kommune
· Sprachbildung in der Krippe (0-3 Jahre) · Sprachbildung im Kindergarten (3-6 Jahre)

· Krippe · Kindergarten · Grundschule
Angebote für spezielle Zielgruppen
· Nachmittagsbetreuung (auffällige Kinder) (6-10 Jahre) · Sozialpädagogische Horte (auffällige Kinder) (6-10 Jahre) · Individuelle Spracherwerbsunterstützung (Kinder mit Migrationshintergrund) (3-6 Jahre) · Außerschulische Sprachförderung für Neuzugewanderte (Kinder mit Migrationshintergrund) (6-10 Jahre) · Sommercamp (Kinder mit Migrationshintergrund in 3. Klassen) (6-10 Jahre) · PaulA im Netz (Schwangere/Mütter in prekären Lebenssituationen) (0-3 Jahre)
Angebote zu Erziehungsfragen
· Fit für den Start (Schwangerschaft – 3 Jahre) · „Sinnvoll“ – mit 7 Sinnen die Welt erklimmen (0-3 Jahre) · PEKIP (0-3 Jahre) · Babyzeichensprache (0-3 Jahre) · Geschwisterkurs (3-6 Jahre)
Sprachförderangebote/Schulische Lernförderung
· Quasselzwerge (0-3 Jahre) · Griffbereit (0-3 Jahre) · Lernförderung (6-10 Jahre)
MATERIELLES
Angebote in jeder Kommune
· Zuschüsse nach den Richtlinien zur Förderung der Jugendarbeit (6-10 Jahre) · Plätze der Kinder- und Jugenderholungsarbeit (6-10 Jahre)
Angebote für spezielle Zielgruppen
· BuT (Bildungs- und Teilhabepaket) (Familien im Sozialleistungsbezug) (0-10 Jahre)

Tabelle 3: Clustering der landkreisfinanzierten Angebote nach Lebenslagedimensionen. *Quelle: Landkreis Osnabrück, Fachdienst Jugend 2018.*

4.3.4 Grafische Darstellung der Angebotsanalyse

Im nachfolgenden Abschnitt wird die Angebotsanalyse grafisch dargestellt. Ausgehend von den Ansätzen anderer Kommunen, die sich mit dem Thema Präventionsketten beschäftigt haben (siehe Kapitel 4.2.2), wurde im Landkreis Osnabrück eine eigene grafische Darstellungsform entwickelt.

Systematisiert wurde, wie auch bereits in anderen kommunalen Beispielen, zum einen nach den Lebenslagedimensionen *Gesundheit*, *Soziales*, *Kulturelles* und *Materielles*. Die Dimension *Kulturelles* wurde auf Wunsch der Fachdienstleitung Jugend durch den Begriff *Bildung* ergänzt, da dieser Bereich einen thematischen Schwerpunkt im Landkreis Osnabrück abbildet. Zum anderen wurde nach den biographischen Lebensphasen des Kindes systematisiert. Ausgewählt wurden hier die Bereiche Schwangerschaft, Übergang Familie/ Krippe, 0 bis 3 Jahre, Übergang Krippe/ Kindergarten, 3 bis 6 Jahre und Übergang Kindergarten/ Grundschule und 6 bis 10 Jahre.

Nicht alle thematischen Untergruppen der Lebenslagen, die im Rahmen des Clusterings der Angebote erarbeitet wurden, erwiesen sich als sinnvoll für eine übersichtliche grafische Darstellung. Somit werden alle Angebote und Maßnahmen in die vier Lebenslagedimensionen eingeordnet und bei Bedarf durch eine Sortierung nach speziellen Zielgruppen strukturiert.

Für eine übersichtliche Darstellung der landkreisfinanzierten Angebote und Maßnahmen für Kinder und ihre Familien wurden drei Darstellungsformen gewählt: Eine Grafik für landkreisweite Angebote, eine für gemeindespezifische Angebote und eine, die alle Angebote erfasst und somit eine Gesamtübersicht bietet (siehe Anhang G, H und I).

4.3.4.1 Landkreisweite Angebote

Die grafische Darstellung der landkreisweiten Angebote und Maßnahmen zeigt, wie viele der landkreisfinanzierten Angebote für alle Kommunen je Lebensphase und Lebenslagedimension zur Verfügung stehen (siehe Abb. 22). Das bedeutet, dass die in der Grafik dargestellten Unterstützungsangebote für jedes Kind und seine Familie im Landkreis Osnabrück zugänglich sind.

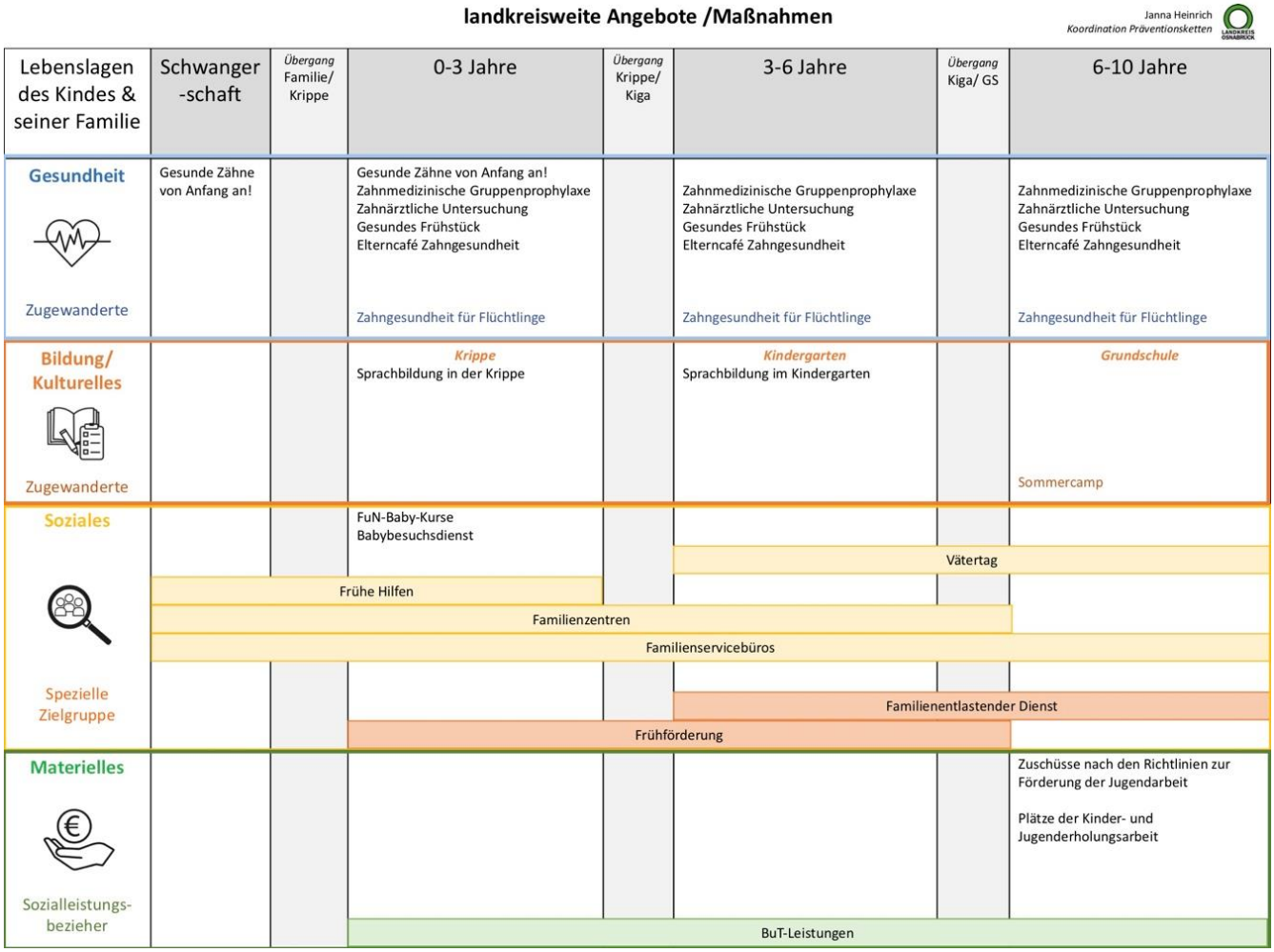


Abbildung 22: Landkreisweite Angebote für Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien. *Quelle: Landkreis Osnabrück, Fachdienst Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.*

Angebote nach Altersgruppe

Werden landkreisweite Angebote und Maßnahmen nach den Altersgruppen untersucht, zeigen sich folgende Ergebnisse: Für die Phase der Schwangerschaft bis zur Geburt gibt es vier Angebote, für den Übergang von der Familie in die Krippe sind es drei (siehe Tabelle 4). Die meisten Unterstützungsmaßnahmen werden für die Altersgruppe von 0 bis 3 Jahren bereitgestellt (15 Angebote), dicht gefolgt von den Altersgruppen 3 bis 6 und 6 bis 10 Jahren (jeweils 13 Angebote). Der Übergang von Krippe zum Kindergarten bietet vier Angebote sowie nochmal sechs Angebote für die Übergangsphase vom Kindergarten zur Grundschule.

Altersgruppe	Anzahl der landkreisweiten Angebote
Schwangerschaft	4
Übergang Familie/Krippe	3
0 – 3 Jahre	15
Übergang Krippe/Kiga	4
3 – 6 Jahre	13
Übergang Kiga/GS	6
6 – 10 Jahre	13

Tabelle 4: Anzahl der landkreisweiten Angebote nach Altersgruppen. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des Landkreises Osnabrück, Fachdienst Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.*

Angebote nach Lebenslagedimensionen

Werden die landkreisweiten Angebote nach den einzelnen Lebenslagen analysiert, zeigt sich, dass die Lebenslage *Materielles* mit drei Angeboten die wenigsten Angebote aufweist (siehe Tabelle 5). Die meisten Maßnahmen finden sich in der Dimension *Soziales* (acht Angebote), danach folgen die Dimensionen *Gesundheit* und *Kulturelles/Bildung* mit jeweils sechs Angeboten.

Lebenslage	Anzahl der landkreisweiten Angebote
Gesundheit	6
Kulturelles/Bildung	6
Soziales	8
Materielles	3

Tabelle 5: Anzahl der landkreisweiten Angebote nach Lebenslagen. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des Landkreises Osnabrück, Fachdienst Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.*

Identifizierung von Lücken

Anhand einer Kreuztabelle lassen sich im Bereich der landkreisfinanzierten Unterstützungsangebote Lücken (= null Angebote in Altersphase und Lebenslage) in der bisher bestehenden „Präventionskette“ im Landkreis Osnabrück aufzeigen. Insgesamt zeigen sich neun Lücken in Bezug auf

Maßnahmen, die für alle Kommunen zugänglich sind (siehe Tabelle 6). Sieben der Lücken befinden sich in den Übergangsbereichen, zwei in der Phase der Schwangerschaft. Von den Lebenslagen her betrachtet, ist die Dimension *Bildung/Kulturelles* mit vier Lücken am deutlichsten betroffen, gefolgt von der Dimension *Gesundheit*, bei welcher drei Lücken – alle drei Übergänge – vorzufinden sind.

	landkreisweite Angebote/Maßnahmen							
		Altersphasen						
		Schwangerschaft	Übergang Familie/Krippe	0 - 3 Jahre	Übergang Krippe/Kiga	3 - 6 Jahre	Übergang Kiga/GS	6 - 10 Jahre
Lebenslagen	Gesundheit	1		6		5		5
	Bildung/Kulturelles			2		2		2
	Soziales	3	3	6	3	5	5	3
	Materielles			1	1	1	1	3

Tabelle 6: Identifizierung von Lücken in Bezug auf landkreisweite Angebote. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des Landkreises Osnabrück, Fachdienst Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.*

4.3.4.2 Gemeindespezifische Angebote

Das Modell für die gemeindespezifische Angebotsanalyse stellt alle landkreisfinanzierten Angebote und Maßnahmen dar, die in unterschiedlichen Gemeinden des Landkreises Osnabrück angeboten werden (siehe Abb. 23). Ein Angebot kann in mehreren Gemeinden vorgehalten werden, jedoch nicht im gesamten Landkreis Osnabrück: Die hier dargestellten Unterstützungsangebote sind somit nicht für alle Familien landkreisweit verfügbar.

gemeindespezifische Angebote /Maßnahmen

Janna Heinrich
Koordination Präventionsketten

Lebenslagen des Kindes & seiner Familie	Schwanger-schaft	*Übergang* Familie/ Krippe	0-3 Jahre	*Übergang* Krippe/ Kiga	3-6 Jahre	*Übergang* Kiga/ GS	6-10 Jahre
Gesundheit			Erste Hilfe für Babys Beikostkurs Erste Hilfe am Kind/Säugling Erste Hilfe am Säugling Erste Hilfe am Kind Babysprechstunde				Gesunde Stunde e.V.
					Initiative Trink!Wasser		
Spezielle Zielgruppe			Selbsthilfegruppe Postpartale Depression				
Bildung/ Kulturelles			Quasselzwerge "Sinnvoll"- mit 7 Sinnen die Welt erklimmen PEKIP Griffbereit Babyzeichensprache		Geschwisterkurs		Lernförderung
	Fit für den Start						
Spezielle Zielgruppe			PaulA im Netz		Individuelle Spracherwerbsunterstützung		Nachmittagsbetreuung Sozialpädagogische Horte Ferienbildungsangebot Talentcampus/Musiktheater Außerschulische Sprachförderung für Neuzugewanderte
Soziales			Vater(Großvater)-Kind-Waldspaziergang Elternlotsen Kinderwagentreff Zwergentreff Willkommenscafé Elternbegleiter Familienberatung im offenen Elterncafé Lotsenfunktion und Beratung Frühe Hilfen offener Mini-Spieltreff Familienassistenz				Schulsozialarbeit an Grundschulen Zuschusssystem SSA an Grundschulen Sozialpädagogen an Förderschulen Sozialpädagogen an Gymnasien
Spezielle Zielgruppe			Mutter-Kind-Gruppe in Großtagespflege Mutter-Kind-Gruppen Kinderbetreuung Familienhebammen				
	Neuzugezogenen-Besuchsdienst						
Materielles							
Sozialleistungs-bezieher							

Abbildung 23: Gemeindespezifische Angebote für Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien. *Quelle: Landkreis Osnabrück, Fachdienst Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.*

Angebote nach Altersgruppen

Anhand der Analyse der gemeindespezifischen Unterstützungsangebote nach den Altersphasen lässt sich feststellen, dass für die Phase der Schwangerschaft sowie für den Übergang von der Familie in die Krippe jeweils zwei Angebote vorgehalten werden (siehe Tabelle 7). Mit einer Anzahl von 29 werden die meisten Maßnahmen in der Altersgruppe 0 bis 3 Jahre angeboten; dies muss unter der Berücksichtigung der landkreisweit etablierten *Frühen Hilfen*[2] betrachtet werden, die auf Hilfesysteme in dieser Altersgruppe ausgelegt sind. Im Übergang von der Krippe in den Kindergarten gibt es ein gemeindespezifisches Angebot, in der darauffolgenden Altersgruppe 3 bis 6 Jahre sind es vier. Zwei Angebote werden für den Übergang Kindergarten Grundschule bereitgestellt, in der Altersgruppe der 6 bis 10-jährigen Kinder sind es wiederum 13 gemeindespezifische Maßnahmen. Die Altersgruppe der 6 bis 10-Jährigen ist somit die Altersgruppe mit den zweitmeisten Angeboten.

[2] *Frühe Hilfen* sind lokale, regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfeangeboten für Eltern und ihre Kinder aber Beginn der Schwangerschaft, mit einem Schwerpunkt bis zum 3. Lebensjahr (Richter-Kornweitz/Utermark 2013, S. 66).

Altersgruppen	Anzahl der gemeinde-spezifischen Angebote
Schwangerschaft	2
Übergang Familie/Krippe	2
0 – 3 Jahre	29
Übergang Krippe/Kiga	1
3 – 6 Jahre	4
Übergang Kiga/GS	2
6 – 10 Jahre	13

Tabelle 7: Anzahl der gemeindespezifischen Angebote nach Altersgruppe. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des Landkreises Osnabrück, Fachdienst Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.*

Angebote nach Lebenslagedimensionen

Werden die gemeindespezifischen Angebote für Kinder und ihre Familien nach den Lebenslagen aufgeschlüsselt, zeigt sich, dass die Dimension *Soziales* ebenfalls die meisten Angebote vorhält (Anzahl 19), gefolgt vom Bereich *Kulturelles/Bildung* mit 15 Angeboten (siehe Tabelle 8). In der Lebenslage *Gesundheit* finden sich neun Unterstützungsangebote, im Bereich *Materielles* gar keines.

Lebenslage	Anzahl der gemeinde-spezifischen Angebote
Gesundheit	9
Kulturelles/Bildung	15
Soziales	19
Materielles	0

Tabelle 8: Anzahl der gemeindespezifischen Angebote nach Lebenslagen. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des Landkreises Osnabrück, Fachdienst Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.*

Identifizierung von Lücken

Die Analyse der „Präventionskette“ in Bezug auf gemeindespezifische Angebote ergibt insgesamt 12 Lücken (siehe Tabelle 9). Auffällig ist dabei insbesondere, dass die Lebenslage *Materielles* in keiner Altersgruppe Maßnahmen vorweist. Von den übrigen fünf Lücken befinden sich vier im Bereich der Übergänge und eine in der Phase der Schwangerschaft. Einzig in der Lebenslage *Soziales* befinden sich in Bezug auf die gemeindespezifische Unterstützung für Kinder und ihre Familien keine Lücken.

	gemeindespezifische Angebote/Maßnahmen	Altersphasen						
		Schwangerschaft	Übergang Familie/Krippe	0 - 3 Jahre	Übergang Krippe/Kiga	3 - 6 Jahre	Übergang Kiga/GS	6 - 10 Jahre
Lebenslagen	Gesundheit			7		1	1	2
	Bildung/Kulturelles	1	1	7		2		6
	Soziales	1	1	15	1	1	1	5
	Materielles							

Tabelle 9: Identifizierung von Lücken in Bezug auf gemeindespezifische Angebote. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des Landkreises Osnabrück, Fachdienst Jugend, Koordination Präventionsketten 2018.*

4.4 Datenbasierte Bedarfsermittlung im Landkreis Osnabrück

Das folgende Kapitel stellt die Ergebnisse der Bedarfsermittlung im Landkreis Osnabrück anhand quantitativer Daten dar.

Die insgesamt 33.133 Kinder unter 10 Jahren verteilen sich sehr heterogen auf die 21 Kommunen des Landkreises Osnabrück (siehe Abb. 24).

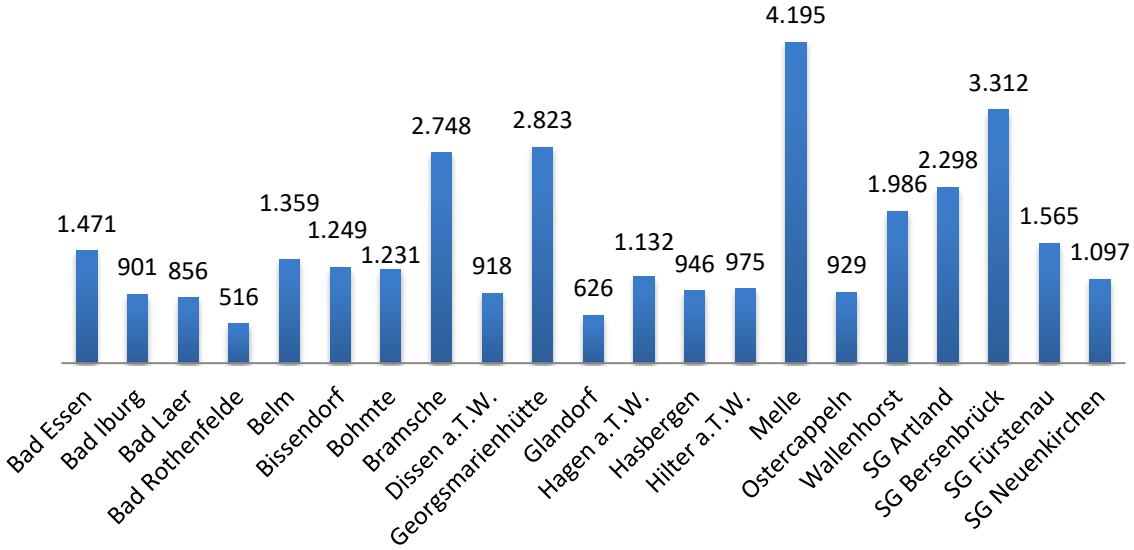


Abbildung 24: Bevölkerungszahlen 2016 der Kinder U-10 in den kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung aufgrund der Datenlage des Landkreises Osnabrück, Referat für Strategische Planung, Bestandsdaten aus dem Einwohnerwesen der kreisangehörigen Kommunen (Stichtag 31.12.2016.)*

Die Kommune mit der geringsten *Anzahl an Kindern* (516 Kinder) unter 10 Jahren ist Bad Rothenfelde, die kinderreichste Stadt im Landkreis Osnabrück ist in diesem Kontext mit 4.195 Kindern Melle.

Kommunale Unterschiede zeigen ebenfalls die Daten zu Kindern unter 10 Jahren, die in SGB-II-Bedarfsgemeinschaften leben (siehe Abb. 25). In der Gemeinde Glandorf beträgt dieser Anteil nur 3,8% und liegt damit deutlich unter dem Landkreisschnitt von 9,6%. Die Stadt Dissen hat mit einem Anteil von 17,3% die höchste Armutsquote aller Gemeinden im Landkreis Osnabrück.

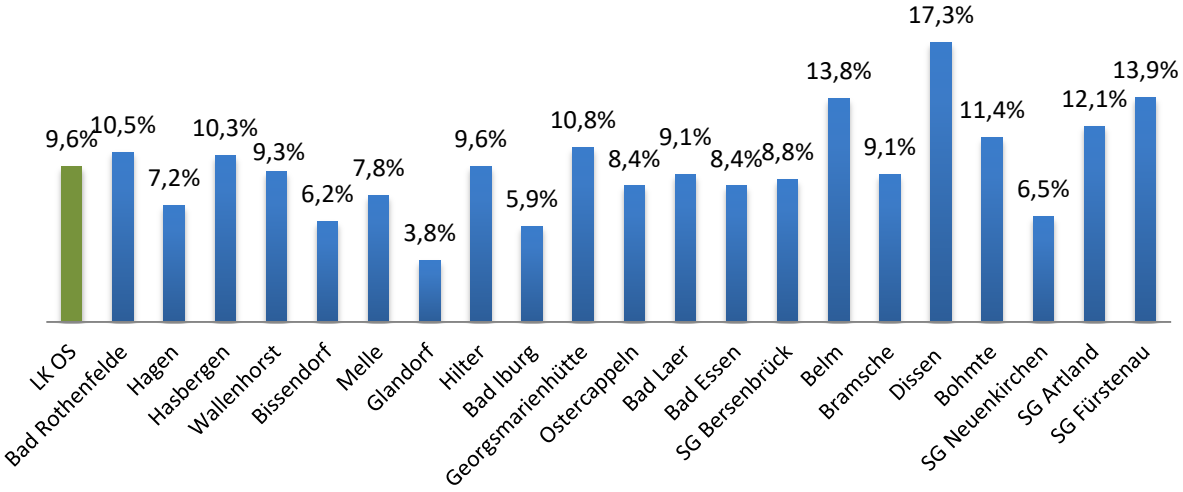


Abbildung 25: Kinder U-10 in SGB-II-Bedarfsgemeinschaften nach kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Datenlage des Landkreises Osnabrück, MaßArbeit kAöR, Modulauswertung November 2017, Referat für Strategische Planung.*

Unterschiede zwischen den einzelnen Kommunen sind ebenfalls bei der Auswertung der Daten der Schuleingangsuntersuchung 2015/16 festzustellen. Der Anteil von Kindern, bei denen die *Familiensprache nicht-deutsch* ist, liegt im gesamten Landkreis Osnabrück bei 17,5% (siehe Abb. 26).

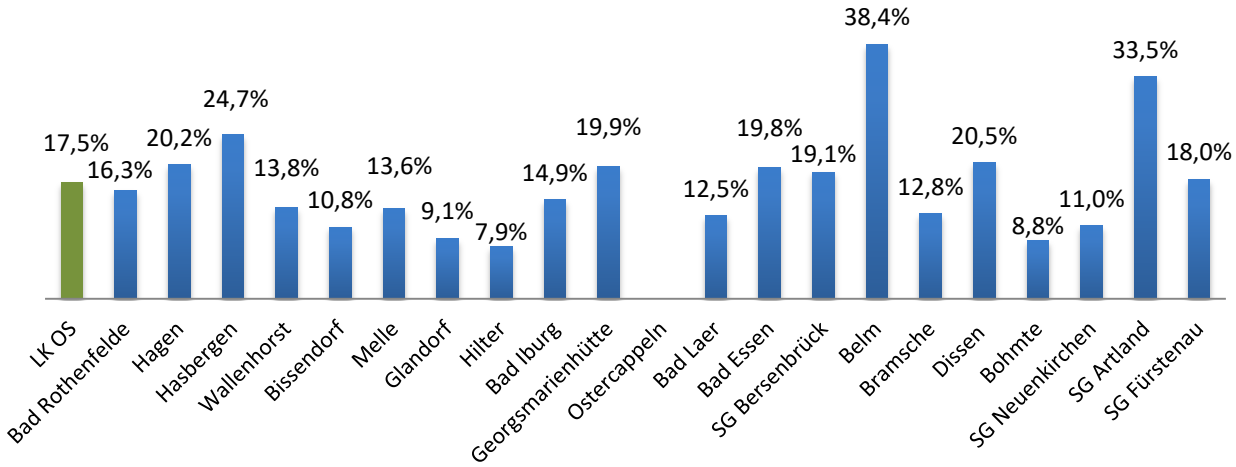


Abbildung 26: Familiensprache nicht-deutsch - Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2015/16 nach kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Datenlage des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück.* *die Werte von Ostercappeln können aus Datenschutzgründen nicht angegeben werden

Der niedrigste Anteil ist mit 7,9% in der Gemeinde Hilter vorzufinden, wohingegen die Gemeinde Belm mit 38,4% den höchsten Anteil an Kindern mit Familiensprache nicht-deutsch aufweist. Es liegen knapp über 30 Prozentpunkte zwischen den beiden Gemeinden.

Wird der Indikator *Übergewicht/Adipositas* betrachtet, so beträgt der durchschnittliche Anteil im Landkreis Osnabrück 11,6% (siehe Abb. 27). Deutlich darüber liegt mit 25,0% die Stadt Dissen, die damit die höchste Quote für das Untersuchungsjahr 2015/16 vorweist. Die Gemeinde Ostercap-

peln dagegen hat mit 6,8% den geringsten Anteil an Kindern mit Übergewicht oder Adipositas im Landkreis Osnabrück.

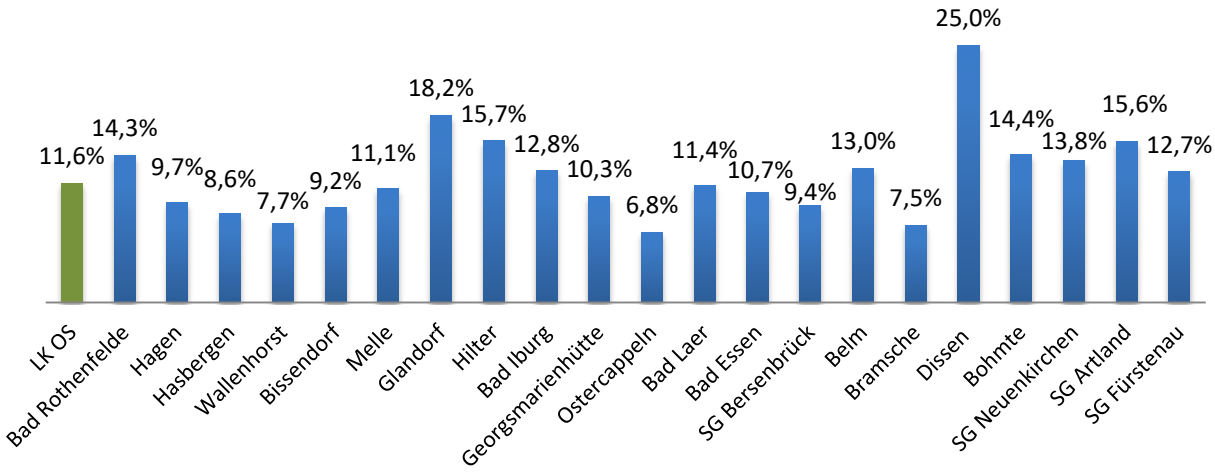


Abbildung 27: Übergewicht/Adipositas - Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2015/16 nach kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Datenlage des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück.*

Als letztes Ergebnis der Schuleingangsuntersuchung wird die *auffällige sprachliche Entwicklung* dargestellt. Hier beträgt der Anteil im gesamten Landkreis Osnabrück 18,4% (siehe Abb. 28). Die Gemeinde Wallenhorst weist mit 9,4% den niedrigsten Anteil auf. Der höchste Anteil an Kindern in der Schuleingangsuntersuchung mit auffälliger sprachlicher Entwicklung findet sich mit 30,4% in der Gemeinde Belm.

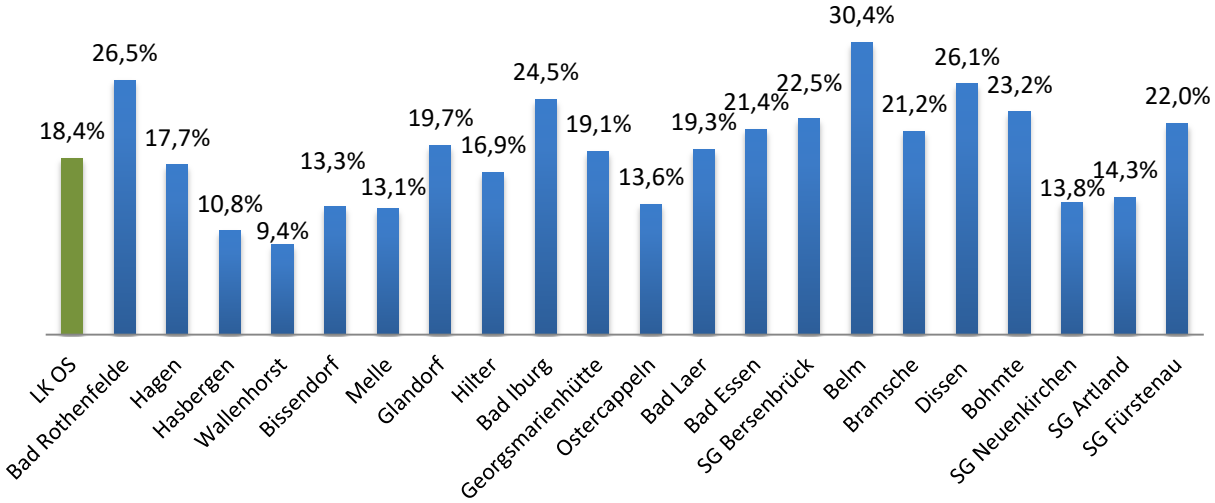


Abbildung 28: Auffällige sprachliche Entwicklung - Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2015/16 nach kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Datenlage des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück.*

Die deutliche Heterogenität der kreisangehörigen Kommunen zeigt sich ebenfalls bei der Betrachtung der Ergebnisse der Untersuchungen zur Zahngesundheit bei Kindern im Grundschulalter. Im

Untersuchungsjahr 2017 haben Kinder im Grundschulalter im gesamten Landkreis Osnabrück im Schnitt 0,21 geschädigte bleibende Zähne (siehe Abb. 29). Der Wert der Stadt Dissen ist aus dem Jahr 2015.

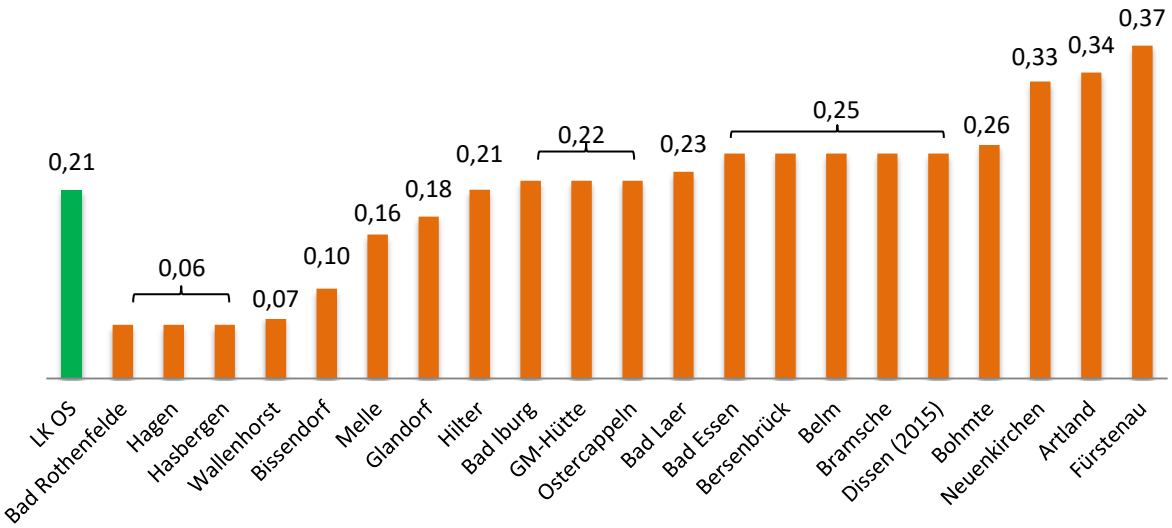


Abbildung 29: Anzahl der kariösen, wegen Karies entfernten oder gefüllten bleibenden Zähne von Grundschulkindern 2017. *Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Datenlage des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück.*

Durchschnittlich 0,06 geschädigte bleibende Zähne haben Kinder im Schnitt in den Gemeinden Bad Rothenfelde, Hagen und Hasbergen; dieser Wert ist der niedrigste im gesamten Landkreis Osnabrück. Die Samtgemeinde Fürstenau weist den höchsten Wert mit 0,37 geschädigten bleibenden Zähnen je Kind auf. Somit wird deutlich, dass die Kommunen auch hier eine deutliche Heterogenität aufweisen.

Anhand der vorhandenen Daten werden die Kommunen mit den höchsten Bedarfslagen im Bereich Kinderarmut im Landkreis Osnabrück identifiziert. Basierend auf den Daten der Schuleingangsuntersuchung werden nur Zahlen zu Kindern von fünf bis sieben Jahren mit einbezogen, um ein möglichst vergleichbares Abbild der Datenlage zu erhalten. Aufgrund des Einschlusskriteriums der Einwohnerzahl ab 15.000 können außerdem einige der Gemeinden nicht mit einbezogen werden (siehe Abb. 30).

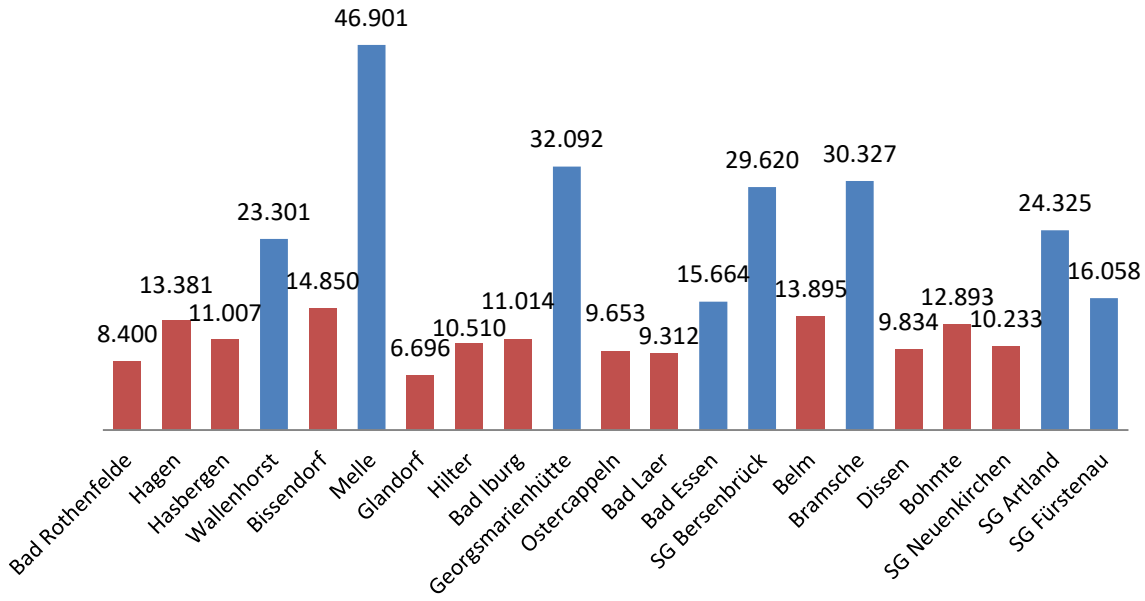


Abbildung 30: Bevölkerungszahlen 2018 der kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung aufgrund der Datenlage des Landkreises Osnabrück, Referat für Strategische Planung, Bestandsdaten aus dem Einwohnerwesen der kreisangehörigen Kommunen (Stichtag 31.12.2017.)*

Die Samtgemeinde Artland und die Samtgemeinde Fürstenau sind jeweils zweimal in einer der untersuchten Kategorien mit dem höchsten Wert vertreten, die Samtgemeinde Bersenbrück und die Stadt Melle jeweils einmal. Auch den zweithöchsten Wert belegen die Samtgemeinden Artland und Fürstenau in jeweils zwei Kategorien, die Stadt Georgsmarienhütte und die Samtgemeinde Bersenbrück haben in je einer Kategorie den zweithöchsten Wert (siehe Abb. 31). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Samtgemeinden Artland und Fürstenau gemäß der dargestellten Datenlage die Gemeinden mit den höchsten Bedarfen im Landkreis Osnabrück sind.

Janna Heinrich
Koordination Präventionsketten
Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück
Tel.: 0541-501 3574 e-Mail: Janna.Heinrich@Lkos.de

Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!

LANDKREIS OSNABRÜCK

Identifizierung der Kommunen mit hohen Bedarfslagen

Einschlusskriterium: Gemeinden ab 15.000 Einwohner*innen, Datenlage zu 5-7-jährigen Kindern

Nachstehend werden die Gemeinden des Landkreises Osnabrück nach dem jeweils höchsten Wert innerhalb der Kategorie aufgelistet.

Schuleingangsuntersuchung		
Familiensprache nicht-deutsch	Übergewicht/Adipositas	auffällige Sprache
1. SG Artland	1. SG Artland	1. SG Bersenbrück
2. Georgsmarienhütte	2. SG Fürstenau	2. SG Fürstenau
3. Bad Essen	3. Bad Essen	3. Bad Essen
4. SG Bersenbrück	4. Georgsmarienhütte	4. Bramsche
5. SG Fürstenau	5. SG Bersenbrück	5. Georgsmarienhütte
SGB-II-Quote	**Zahngesundheit**	**Anzahl Kinder 0-10 Jahre**
1. SG Fürstenau	1. SG Fürstenau	1. Melle
2. SG Artland	2. SG Artland	2. SG Bersenbrück
3. Bramsche	3. Bad Essen	3. Georgsmarienhütte
4. Georgsmarienhütte	3. SG Bersenbrück	4. Bramsche
5. SG Bersenbrück	3. Bramsche	5. SG Artland

höchster Wert innerhalb einer Kategorie
zweithöchster Wert innerhalb einer Kategorie

Abbildung 31: Identifizierung der Kommunen mit hohen Bedarfslagen im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Landkreis Osnabrück, Fachdienst Jugend, Koordination Präventionsketten 2018*

4.5 Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit stellt eine Strategie zur Umsetzung des Konzepts der Präventionsketten vor. Ziel der Arbeit war es, ein systematisches Vorgehen für den Landkreis Osnabrück zu erarbeiten, um den Handlungsbedarf hinsichtlich des Aufbaus einer lückenlosen Präventionskette zu ermitteln. Dazu wurde ein dreistufiges Gesamtkonzept entwickelt, welches die Planung und Umsetzung einer Angebots-, einer Bedarfs- sowie einer Bedürfnisanalyse beinhaltet (siehe Abb. 32). Grundlage hierfür ist eine Literaturrecherche zum Kontext Kinderarmut, Gesundheitsförderung

und Prävention sowie Präventionsketten. Das Konzept fußt auf der Analyse theoretischer und praktischer Ansätze zum Aufbau von Präventionsketten, wobei ein Kernaspekt das Vorgehen zur Umsetzung der Angebotsanalyse darstellt. Im Hauptteil wurde die Angebotsanalyse methodisch ausgestaltet und für den Landkreis Osnabrück umgesetzt. Des Weiteren wurden Parameter zur Bedarfsermittlung ausgewählt und die entsprechenden quantitativen Daten zur Kinderarmut des Landkreises Osnabrück analysiert und aufbereitet.

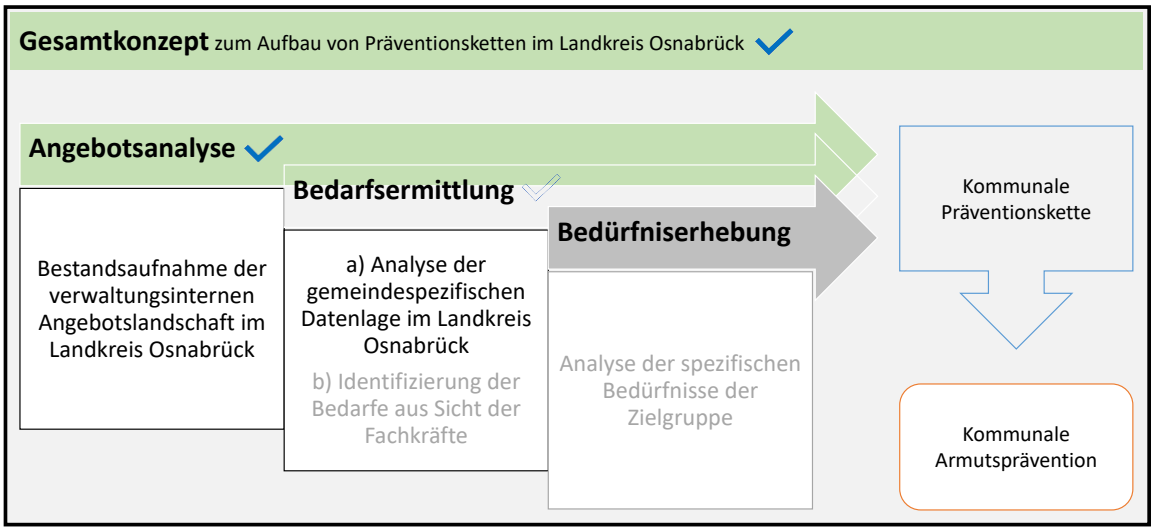


Abbildung 32: Erarbeitete Ergebnisse zur Ermittlung des Handlungsbedarfes im Landkreis Osnabrück. *Quelle: Eigene Darstellung.*

Die Ergebnisse sollten in Bezug auf das Gesamtkonzept sowie die Angebots- und die Bedarfsanalyse differenziert betrachtet werden:

Ergebnis 1: Strategieentwicklung zum Aufbau von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück.

Ergebnis 2: Die Ergebnisse der systematischen Angebotsanalyse im Landkreis Osnabrück.

Ergebnis 3: Die Ergebnisse der datenbasierten Bedarfsermittlung im Landkreis Osnabrück.

Zum 1. Ergebnis: *Strategieentwicklung zum Aufbau von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück*

Präventionsketten sind ein Instrument für Kommunen, die mit ihren Angeboten insbesondere arme Kinder und ihre Familien erreichen möchten. Der Aufbau kommunaler Armutsprävention erfordert eine umfassende Analyse der Rahmenbedingungen vor Ort; um eine lückenlose Präventionskette im Landkreis Osnabrück aufzubauen, werden demnach folgende Schritte als notwendig identifiziert:

1. Angebotsanalyse,
2. Bedarfsermittlung
    a. quantitative Datenlage zur Kinderarmut
    b. Bedarfe aus Sicht der Fachkräfte,

3. Bedürfniserhebung.

Den ersten Schritt stellt die ***systematische Angebotsanalyse*** dar. Diese wird durch die Ermittlung des kommunalen Bedarfes sowie die Bedürfnisse der Zielgruppe als zweiten und dritten Schritt ergänzt. Die zusammengeführten Ergebnisse dieser drei Aspekte zeigen den Handlungsbedarf im Landkreis Osnabrück auf. Die Durchführung einer systematischen Bestandsanalyse wird zunächst anhand der verwaltungsinternen Angebotslandschaft erprobt und soll im Anschluss in einer Modellkommune in vollem Umfang durchgeführt werden. Anhand des entwickelten Gesamtkonzeptes möchte der Landkreis Osnabrück die Ermittlung des Handlungsbedarfes vor Ort vornehmen. Zu überprüfen ist, ob die angewandte Methodik zielführend ist.

Im entwickelten Vorgehen zum Aufbau einer Präventionskette im Landkreis Osnabrück werden die drei genannten Schritte als aufeinander aufbauend dargestellt. Die Angebotsanalyse stellt dabei eine zweckmäßige Grundlage dar: Bevor ein Plan für konkrete Maßnahmen (Soll-Zustand der kommunalen Angebotslandschaft im Landkreis Osnabrück) entwickelt werden kann, muss zunächst der Ist-Zustand erhoben werden. Auch in der Kinderarmutsforschung wird die Analyse der Angebotslandschaft als ein erster Schritt zum Aufbau kommunaler Präventionsketten gesehen (LVR 2017; Zander 2017; Lohse et al. 2017). *„Die systematische Bestandsaufnahme ist ein wichtiger Schritt und Ausgangspunkt für die weiteren Schritte“* (Richter-Kornweitz/Utermark 2013, S. 22). Den Aufbau von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück mit der Umsetzung der Angebotsanalyse zu beginnen, ist demnach als strategisch sinnvoller Schritt einzustufen.

Kritisch zu betrachten ist die Einordnung der ***Bedarfsanalyse*** (a) quantitative Datenlage) als einen zweiten Schritt im Gesamtkonzept: In der Umsetzung vor Ort zeigte sich, dass die Angebots- als auch die Bedarfsanalyse nicht nacheinander abgehandelt wurden, sondern durchaus nebeneinander initiiert wurden. Die Untersuchung der kommunalen Armutssituation anhand der relevanten Datenlage war im Landkreis Osnabrück Bestandteil der anfänglichen Überlegungen im Programm, um einen Vergleich zu anderen Kommunen in Niedersachsen ziehen zu können. Die Analyse und Aufbereitung der Daten auf Gemeindeebene sowie die Verwendung dieser Daten im Rahmen des Aufbaus von Präventionsketten erfolgte dennoch erst zu einem Zeitpunkt, an dem die Angebotsanalyse bereits initiiert wurde. In der grafischen Darstellung des dreistufigen Gesamtkonzeptes wird eine zeitliche Parallele angedeutet, die jedoch noch stärker als solche herausgearbeitet werden könnte.

Die Befragung der Fachkräfte zur Identifizierung der Bedarfe ist ebenfalls zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Konzept denkbar. Dennoch ist eine vorliegende Angebotsanalyse für diesen Schritt notwendig, damit eine Übersicht über die entsprechenden Akteure vorliegt und diese gezielt befragt werden können. Weiterhin kann somit der Fragebogen auf Basis der identifizierten Schwerpunktthemen (z.B. aufgezeigte Angebotslücken) entwickelt werden.

Die ***Bedürfniserhebung*** stellt den dritten Schritt im Rahmen der Ermittlung des kommunalen Handlungsbedarfes dar. Der Soll-Zustand der Angebotslandschaft für Kinder und ihre Familien im Landkreis Osnabrück kann nur dann aufgezeigt werden, wenn Fachkräfte in den verschiedenen Institutionen und Einrichtungen ihre Expertenmeinung zu den vorhandenen Angeboten einbringen, Empfehlungen für notwendige Veränderungen aussprechen können. Zusätzlich sollte auch die Zielgruppe selbst mit eingebunden werden, denn die Fachmeinung von Experten darüber, was gut für Kinder und ihre Familien ist, muss nicht deren Wünschen und Bedürfnissen entsprechen. In der Literatur zum Konzept der Präventionsketten wird die Partizipation der Betroffenen ebenfalls als zentraler Bestandteil der Arbeit angesehen (Richter-Kornweitz/Utermark 2013; LVR 2017). Demnach ist die Beteiligung von Kindern und ihren Eltern ein entscheidender Faktor, wenn es darum geht, ob präventive Angebote der Zielgruppe wirklich nutzen und sie erreichen: *„Zu einer ganzheitlichen Bedarfsklärung gehört die Beteiligung der Zielgruppen selbst, zum Beispiel durch Befragungen von Eltern, Kindern und Jugendlichen“* (LVR 2017, S. 105). Partizipation gehört im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention zu den Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Die Ausgestaltung von Angeboten und Maßnahmen unter Einbezug der Zielgruppe ermöglicht es, diese lebenswelt- und bedürfnisorientierter zu gestalten (Wright/von Unger/Block 2010). Durch Beteiligungsprozesse wie der geplanten Bedürfniserhebung wird demnach die Akzeptanz und Inanspruchnahme der präventiven Angebotslandschaft im Landkreis Osnabrück erhöht.

Die Umsetzung der erarbeiteten Vorgehensweise erfolgte zunächst nur auf verwaltungsinterner Ebene; die Übertragung auf eine Modellkommune stellt das längerfristige Ziel dar. Dies diente der Reduzierung der Komplexität der Angebotslandschaft eines Flächenlandkreises wie dem Landkreis Osnabrück: Entsprechend seiner zahlreichen Kommunen existiert eine große Vielfalt an Angeboten und Maßnahmen von unterschiedlichen Trägern und Einrichtungen. Die zeitgleiche Analyse der Angebote aller Träger im gesamten Landkreis Osnabrück würde bei den aktuellen Personalressourcen von 0,5 Stellen in der dreijährigen Programmlaufzeit nicht umsetzbar sein, da die Ermittlung des Ist-Zustandes nicht den einzigen erreichten Meilenstein innerhalb dieser Zeit darstellen darf. Die Erhebung einer solchen Datenmenge kann nur durch einen höheren Personaleinsatz in einer angemessenen Zeit erfolgen. Bei einem langen Erhebungszeitraum kann zudem die Aktualität der zu Beginn erhobenen Angebote nicht mehr gewährleistet werden. Die Erprobung der Angebotsanalyse im verwaltungsinternen Kreis bringt den Vorteil mit sich, dass die benötigten Daten schnell verfügbar sind und der Ist-Stand somit schnell ermittelt ist. Bei der Durchführung können wertvolle Erfahrungswerte gesammelt und im Anschluss evaluiert werden, um einzelne Schritte ggfs. anzupassen und zu verbessern. Somit kann eine bessere Übertragbarkeit auf andere Kommunen gewährleistet werden.

Darüber hinaus sind die mitarbeitenden Akteure durch die umgesetzte verwaltungsinterne Angebotsanalyse mit der Methode bereits vertraut, sodass die Anwendung auf z.B. die Modellkommune deutlich einfacher sein wird. Dieses strategische Vorgehen wird im Bereich der Gesundheitsförderung vielerorts als Element der Qualitätsentwicklung genutzt: Das Konzept des PDCA-Zyklus (**P**lan – **D**o – **C**heck – **A**ct) stellt einen *„sich kontinuierlich wiederholenden Problemlösungsprozess“* (Nüsken 2015, S.9) dar, anhand dessen aufgrund der Analyse der Ausgangssituation zunächst das Verbesserungspotential sowie die dafür notwendigen Umsetzungsschritte identifiziert werden (Plan). In einem zweiten Schritt wird dieser Plan in die Tat umgesetzt (Do), das entwickelte Konzept wird erprobt. Daraufhin werden die gewonnenen Ergebnisse überprüft (Check) und die Umsetzungsschritte entsprechend optimiert bzw. angepasst. In der letzten Phase wird der optimierte Plan angewandt (Act). Dieser Zyklus wird beliebig oft wiederholt, um einen stetigen Verbesserungsprozess voranzutreiben (Nüsken 2015). An Stelle des PDCA-Zyklus wird auch der Public Health Action Cycle eingesetzt (siehe Abb. 33).

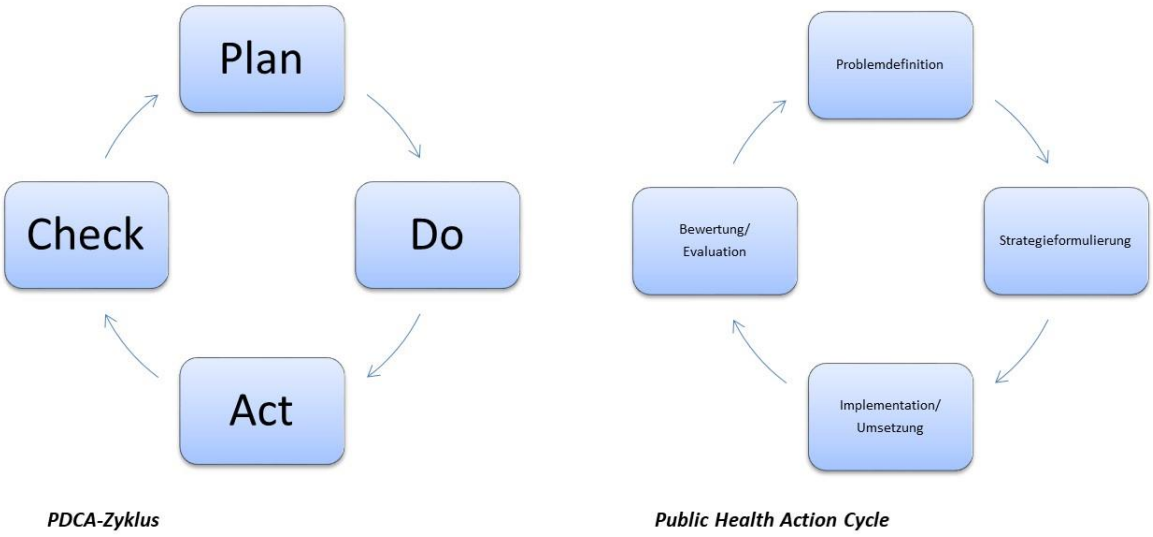


Abbildung 33: Gegenüberstellung PDCA-Zyklus und Public Health Action Cycle. *Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich (2008).*

Ein weiterer Vorteil der strategischen Vorgehensweise im Landkreis Osnabrück ist die Erarbeitung des Gesamtkonzeptes zum Aufbau von kommunalen Präventionsketten. Es stellt eine Art „Checkliste“ für andere Kommunen, die sich mit der Thematik befassen, dar und dient somit als Best-Practice-Beispiel.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der strategische Aufbau der Präventionsketten im Landkreis Osnabrück eine genauere Betrachtung jeder einzelnen Kommune ermöglicht – gesetzt dem Ziel, das Konzept nach und nach auf alle Kommunen zu übertragen – und somit die Präventi-

onskette in jeder einzelnen Kommune passgenauer und detaillierter aufgebaut werden kann, als beim Aufbau einer einzigen „Gesamt"-Präventionskette für den Landkreis Osnabrück.

Zum 2. Ergebnis: *Die systematische Angebotsanalyse im Landkreis Osnabrück*

Die Umsetzung der verwaltungsinternen ***Angebotsanalyse*** im Landkreis Osnabrück startet mit der Abfrage aller landkreisfinanzierten Angebote und Maßnahmen für Kinder von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien. Dafür erhalten alle relevanten Fachdienste und Organisationseinheiten einen Kurzfragebogen zum Ausfüllen. Die erhobenen Daten werden anschließend in einem Datenblatt in einer Excel-Datei gesichert und sortiert. Alle Angebote werden nach Lebensphase sowie Lebenslage geclustert, sodass diese in zwei grafische Übersichten (landkreisweite & gemeindespezifische Angebote) übertragen werden können.

Die Bestandsaufnahme der *landkreisweiten Angebote* zeigt bei der Betrachtung der Angebote nach den Lebensphasen, dass der Landkreis Osnabrück wenig Angebote spezifisch für die Schwangerschaft sowie die drei Übergänge vorhält. Die Verteilung der Maßnahmen auf die Lebenslagen ist relativ ausgeglichen, ausgenommen der materiellen Dimension (unterdurchschnittlich). Insgesamt zeigen sich neun Lücken in dieser Angebotsübersicht, wovon sich alleine sieben die Übergänge betreffen. Die Dimension Bildung/Kulturelles erreicht dabei mit vier Lücken die höchste Anzahl je Lebenslage.

Auch die *gemeindespezifische Bestandsaufnahme* zeigt deutliche Differenzen in der Verteilung der Angebote nach Lebensphasen: Die mit Abstand meisten Maßnahmen gibt es in der Altersgruppe 0 bis 3 Jahre, gefolgt von der Gruppe der 6 bis 10-Jährigen, wobei es hier nur halb so viele Angebote gibt. Bei der Verteilung nach den Lebenslagen zeigt sich insbesondere, dass es in der materiellen Dimension keine gemeindespezifischen Maßnahmen gibt. Alles in allem sind zwölf Lücken vorhanden, knapp über die Hälfte (sieben) befindet sich in der materiellen Dimension. Auffällig ist, dass die Angebotslücken sich in Bezug auf die Lebensphasen vorwiegend in den Phasen der Schwangerschaft oder der Übergänge befinden.

Die Umsetzung der Angebotsanalyse lässt sich in **zwei Teilergebnisse** unterteilen:

> **Teilergebnis 1:** Die Entwicklung einer systematischen Vorgehensweise zur Analyse der verwaltungsinternen Angebotslandschaft,
>
> **Teilergebnis 2:** Die Resultate der Analyse.

Zum 1. Teilergebnis: Das Prinzip kommunaler Präventionsketten wird noch als ein junges Handlungsfeld im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet (BZgA 2013). Einige Kommunen in Deutschland erproben das Konzept bereits seit einigen Jahren, in der Forschung ist es bisher jedoch wenig untersucht worden.

Im Landkreis Osnabrück konnte demnach kein gängiges kommunales Vorgehen zur Entwicklung einer Angebotsanalyse adaptiert werden. Der individuell entwickelte Ansatz orientiert sich an Best-Practice-Beispielen anderer Kommunen und den wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Kinderarmutsforschung.

Darüber hinaus waren alle Arbeitsschritte durch die interdisziplinäre und fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit der beteiligten Fachdienste und Organisationseinheiten des Landkreises Osnabrück geprägt. Eine kooperative Zusammenarbeit der entsprechenden Akteure wird als eine zentrale Basis für erfolgreiche Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gesehen (BZgA 2013). Durch diesen internen Beteiligungsprozess konnte die Angebotsanalyse als ein gemeinschaftlicher Erfolg im Rahmen des Aufbaus von Präventionsketten im Landkreis Osnabrück festgehalten werden.

Die grafische Ausgestaltung der Angebotsanalyse im Landkreis Osnabrück orientiert sich an den Lebenslagedimensionen und den Lebensphasen bzw. Entwicklungsthemen nach Altersgruppen von Kindern. Somit werden die unterschiedlichen Bedürfnisse, die Kinder in verschiedenen Altersstufen haben, bei der Analyse vorhandener Angebote berücksichtigt. Zusätzlich bringt die Betrachtung der Lebenslagen einen mehrdimensionalen Blick auf die Auswirkungen von Armut im Alltag. Die Umsetzung der Bestandsanalyse im Rahmen von Präventionsketten nach diesen Bereichen wird in der Forschung ebenso befürwortet (ISS 2012; Richter-Kornweitz/Utermark 2013).

Die Strategie zur Umsetzung der Angebotsanalyse beinhaltete wiederkehrende Überprüfungen der einzelnen Arbeitsschritte und Teilergebnisse, sodass Anpassungen vorgenommen werden konnten. In Anlehnung an das Konzept des PDCA-Zyklus trägt dieses Vorgehen zu einer Qualitätsverbesserung der Ergebnisse im Landkreis Osnabrück bei. Darüber hinaus dient die systematische Vorgehensweise im Rahmen der Entwicklung einer individuellen Bestandsaufnahme im Landkreis Osnabrück als Best-Practice-Beispiel (Richter-Kornweitz/Kruse, im Erscheinen) und kann dementsprechend als gelungen angesehen werden.

Als problematisch anzusehen ist insbesondere die Aktualisierung der erhobenen Angebotslandschaft: Die Dynamik, die mit Präventionsangeboten verbunden ist, z.B. Laufzeiten, Finanzierung oder Ansprechpartner, stellt eine Herausforderung an die längerfristige Verwendung einer Bestandsaufnahme dar. Dieser Aspekt ist in der Herangehensweise an die Angebotsanalyse im Landkreis Osnabrück nicht berücksichtig worden, sodass die erstellten Übersichten nach einer gewissen Zeit veralten. Hier könnte einerseits eine Art Online-Plattform eine Lösung bieten, in welche alle Angebote und Ansprechpartner eingetragen werden und regelmäßig von der Koordination der Präventionsketten überprüft wird. Andererseits wäre es denkbar, eine grafische Übersicht über alle Regelangebote, also fest etablierte Angebote und Maßnahmen, zu erstellen: Diese Diffe-

renzierung fehlt in den erarbeiteten Angebotsanalysen bisher. Somit stünde für die Verwendung innerhalb der Verwaltung eine dauerhafte Übersicht zur Verfügung, die für Transparenz sorgt. Ergänzend müssten jedoch Lösungen für die flexiblen Angebote gefunden werden, da ansonsten kein vollständiges Bild der verwaltungsinternen Angebotslandschaft existiert.

Darüber hinaus ist die Aussagekraft der gemeindespezifischen Angebotsanalyse kritisch zu betrachten: Aufgrund der Tatsache, dass es sich um eine verwaltungsinterne Analyse handelt, zeigen die identifizierten Lücken nur den Bedarf in Bezug auf Angebote, die der Landkreis Osnabrück selbst finanziert und steuert. In diesem Rahmen können demnach durch die Entwicklung neuer Angebote Lücken geschlossen werden. Für ein vollständiges Bild der Angebotslandschaft auf Gemeindeebene, müsste eine eigene Angebotsanalyse je Gemeinde inklusive der Angebote und Maßnahmen aller anderen Träger realisiert werden. Erst dann ist es möglich, eine realistische Aussage über tatsächliche gemeindespezifische Angebotslücken zu treffen. Schlussfolgernd sollten die genannten Aspekte bei der Weiterarbeit mit der gemeindespezifischen Angebotsanalyse berücksichtigt werden.

Zum 2. Teilergebnis: Die Ergebnisse der verwaltungsinternen Angebotsanalyse zeigen deutlich, dass es im Landkreis Osnabrück trotz einer Vielfalt an Angeboten und Maßnahmen Lücken in Bezug auf Altersphasen und Lebenslagen gibt. Auffällig ist insbesondere das Fehlen von Angeboten an den biographischen Übergängen, welche durch den Aufbau Präventionsketten besonders in den Blick genommen werden sollen: *„Für armutsbetroffene und sozial benachteiligte Gruppen sind die Übergänge entscheidend für den weiteren Lebens- und Bildungsverlauf des Kindes. Es sind Phasen von Unsicherheit für Kind und Eltern und von Verunsicherung, die erfolgreich zu durchlaufen sind und spezifische Fähigkeiten positiver Bewältigung erfordern“* (Hock/Holz/Kopplow 2014, S. 49). Die ermittelten Ergebnisse im Landkreis Osnabrück decken sich mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Armutsprävention für Kinder und zeigen Übergänge im Lebensverlauf als eine Schwachstelle in der kommunalen Praxis auf. Werden Übergänge erfolgreich bewältigt, trägt dies zur Stärkung von gesundheitlichen Ressourcen bei; Im Gegenzug stellen Übergänge, die von Belastungen geprägt sind, einen Risikofaktor für ein Aufwachsen in Wohlergehen dar (BZgA 2013). Perspektivisch ist bei der Neustrukturierung der verwaltungsinternen Angebotslandschaft im Landkreis Osnabrück demnach die Identifizierung von konkreten Bedarfen und Bedürfnissen in Bezug auf die lebenslauforientierten Übergänge von zentraler Bedeutung. Zur Entwicklung von konkreten Handlungsoptionen sollten jedoch insbesondere die Kinder und ihre Familien befragt werden: Die identifizierten Angebotslücken sollten auch von ihnen als solche empfunden werden. Denkbar ist, dass die Lücke zwar einen potentiellen Bedarf für Maßnahmen aufzeigt, die Zielgruppe jedoch Wünsche und Bedürfnisse hat, die durch die Schließung der Lücke nicht bedient werden: *„Auch*

bei scheinbar bewährten Unterstützungsangeboten der Kommunen lohnt es sich, genauer hinzuschauen: Denn nicht immer treffen sie Bedarf und Bedürfnisse derjenigen Familien, die sie am dringendsten brauchen" (Kruse/Richter-Kornweitz 2017, S. 138).

Darüber hinaus wird aus beiden Angebotsanalysen ersichtlich, dass in den Kommunen keine landkreisfinanzierten Angebote in der materiellen Dimension existieren. Die finanziellen Ressourcen bestimmen jedoch maßgeblich die gesellschaftliche Teilhabe der Familie und ihrer Kinder, da das Einkommen häufig nicht für die gesellschaftlichen Standards ausreicht (Andresen/Neumann/Public 2018). Denkbar ist an dieser Stelle Unterstützung in Form von kostenlosen Zugängen zu Kultur- und Freizeiteinrichtungen seitens der Kommunen oder auch das Angebot von kostenfreien Aktivitäten in Kindertageseinrichtungen (Deutsches Kinderhilfswerk 2018). Die 4. World Vision Kinderstudie (2018) kritisiert in diesem Zusammenhang die hohe bürokratische Hürde und die zu geringen Zuschüsse des Bildungs- und Teilhabepaketes, welches Eltern seit 2011 beantragen können. Zuschüsse gibt es zu Mittagessen, Klassenfahrten und kulturellen Angeboten (Andresen/Neumann/Public 2018). Die Umsetzung dieser Unterstützungsangebote hängt maßgeblich von einer politisch verankerten Strategie zur Bekämpfung von Kinderarmut ab, die auf Landkreis- und Gemeindeebene initiiert werden müsste.

Gegensätzlich zu den fehlenden Angeboten in der materiellen Dimension finden sich in der Angebotsanalyse überdurchschnittlich viele gemeindespezifische Angebote und Maßnahmen in der Lebensphase 0 bis 3 Jahre. Zurückzuführen ist dieser Aspekt auf die bereits landkreisweit aufgebauten *Frühen Hilfen*. Die Bundesinitiative Frühe Hilfen legt den Schwerpunkt ihrer Arbeit auf die Etablierung von lokalen Unterstützungsangeboten für Kinder und ihre Familien, um die Erziehungs- und Beziehungskompetenz der Eltern nachhaltig zu fördern (Richter-Kornweitz/Utermark 2013). Die Frühen Hilfen werden als ein zentraler Baustein der Präventionskette gesehen, da beide Konzepte ganzheitlich und multiprofessionell ausgelegt sind und den Schwerpunkt bei der Angebotsentwicklung auf die Bedürfnisse der Zielgruppe legen. Zielgruppe der Frühen Hilfen sind werdende Eltern und Eltern (bzw. Familien) mit Kindern von 0 bis 3 Jahren; sie befinden sich dementsprechend am Anfang der Präventionskette. Eine Nutzung der vorhandenen Strukturen und Netzwerken ist im Sinne von Kooperation und der Vermeidung von Doppelstrukturen eine Pflichtaufgabe der Präventionsketten (BZgA 2013). Im Landkreis Osnabrück sollte die Vielzahl der gemeindespezifischen Angebote der Frühen Hilfen auf die Niedrigschwelligkeit ihrer Zugänge sowie auf die Inanspruchnahme überprüft werden: *„Welche Angebote werden wie häufig von Kindern und Eltern genutzt?"*, und *„Erreichen wir mit unseren Angeboten auch benachteiligte Familien?"*, sind Fragen, die im Rahmen des Aufbaus der Präventionskette beantwortet werden müssen. Weiterhin ist es nach Betrachtung der Ergebnisse erforderlich, die Zielgruppe der 3 bis 6-jährigen und

6 bis 10-jährigen Kinder verstärkt in den Blick zu nehmen, um im Landkreis Osnabrück eine ausgewogene Angebotslandschaft für Kinder von Geburt an bis zum 10. Lebensjahr zu gewährleisten.

Zum 3. Ergebnis: *Die Ergebnisse der datenbasierten Bedarfsermittlung im Landkreis Osnabrück.*
Für die datenbasierte Bedarfsermittlung wurden im Landkreis Osnabrück verfügbare Daten zur Kindergesundheit, Kinderarmut und die gemeindespezifische Bevölkerungsanzahl von Kindern unter 10 Jahren analysiert und aufbereitet. Anhand der ausgewerteten Daten konnte ein Ranking der Gemeinden mit den höchsten Bedarfslagen je Kategorie erstellt werden.
Im Rahmen des Gesamtkonzeptes ermöglichte die datenbasierte Bedarfsermittlung im Landkreis Osnabrück eine Identifizierung der Kommunen mit besonderem Bedarf, gemessen am Unterstützungsbedarf, für den Aufbau einer Präventionskette für Kinder im Alter von 0 bis 10 Jahren ermöglichen. Somit können gezielte Umsetzungsstrategien erarbeitet werden, die auf die individuellen Rahmenbedingungen der Kommunen zugeschnitten sind. Ein derartiges Vorgehen wird u.a. im Werkbuch Präventionskette empfohlen (Richter-Kornweitz/Utermark 2013).
Das erarbeitete Ranking konnte zwei Kommunen mit besonders hohem Bedarf identifizieren: Die Samtgemeinden Artland und Fürstenau. Beide Kommunen sind dementsprechend als Modellkommune zum Aufbau von Präventionsketten zu empfehlen.

Abschluss
Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das entwickelte Gesamtkonzept zur Ermittlung des kommunalen Handlungsbedarfes als strategisch und systematisch zu bewerten ist. Anhand der Analyse der Angebotslandschaft, der datenbasierten Bedarfslage, der Bedarfsermittlung aus Fachkräftesicht und der Ermittlung der Bedürfnisse der Zielgruppe können kommunale Handlungsempfehlungen für die Umstrukturierung der Präventionslandschaft vor Ort ausgesprochen werden. Innerhalb dieser Arbeit konnten insbesondere die systematische Angebotsanalyse, aber auch die Bedarfsermittlung erste Ergebnisse für den Landkreis Osnabrück aufzeigen. Hierin liegen jedoch auch die Grenzen dieser Arbeit: Für eine vollständige Durchführung der entwickelten Strategie ist die Ergänzung der Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien notwendig. Die Ermittlung der Bedürfnisse wäre im Rahmen einer weiterführenden Forschungsarbeit wünschenswert.
Anhand der vorliegenden Ergebnisse können **Handlungsempfehlungen** für die Weiterarbeit im Landkreis Osnabrück abgeleitet werden:

Weiterarbeit auf Ebene einer Modellkommune

- *Auswahl einer Modellkommune anhand der analysierten Bedarfslagen auf Gemeindeebene:* In Kapitel 4.4 wurde die Datenlage zur Kinderarmut auf Gemeindeebene anhand der analysierten Daten vorgestellt. Auf dieser Basis konnten die Kommunen mit den höchsten

Bedarfslagen identifiziert werden. Für die Auswahl einer Modellkommune spielen die ermittelten Daten eine zentrale Rolle: Der Aufbau einer integrierten Strategie zur Armutsprävention kann somit in einer Kommune umgesetzt werden, die entscheidend davon profitieren kann. Anhand der Ergebnisse kommen die Samtgemeinden Artland und Fürstenau als Modellkommune in Frage. Zusätzlich zu der kommunalen Bedarfslage sollten *weiche* Faktoren wie z.B. die Bereitschaft zur Mitarbeit durch die kommunale Verwaltung sowie die Unterstützung des Vorhabens durch die politische Spitze und funktionierende Netzwerke der Frühen Hilfen mit einbezogen werden. Diese Faktoren sind Erfolgskriterien, um vor Ort Veränderungen bewirken zu können.

- *Vertiefung der datenbasierten Bedarfsermittlung auf Ebene der Modellkommune:* Die Erhebung des Bedarfs zur Beschreibung der kommunalen Kinderarmut ist bisher auch auf Gemeindeebene erfolgt, sollte aber für die Modellkommune noch spezifiziert werden. Daten zur Kinderarmut sollten für einzelne Ortsteile der Kommune erhoben und ausgewertet werden, um ein genaueres Bild für die Bedarfslagen innerhalb der Kommune zu erlangen. So können Handlungsempfehlungen für Angebote und Maßnahmen konkreter und bedarfsgerechter erarbeitet werden.
- *Bedarfsermittlung aus Sicht der Fachkräfte:* Im Rahmen der Bedarfsermittlung sollte die Sichtweise der Fachkräfte, die mit den Kindern und Familien über Angebote und Maßnahmen im direkten Kontakt stehen, erhoben werden. Durch ihre alltägliche Arbeit in der Kommune haben sie einen guten Überblick über die Problemlagen der Zielgruppe. Die Abfrage der Bedarfe könnte anhand eines Fragebogens auf Basis der Angebots- sowie der Datenanalyse umgesetzt werden.
- *Evaluation der Vorgehensweise der systematischen Angebotsanalyse und Anpassung auf eine Modellkommune:* Die entwickelte Vorgehensweise der systematischen Angebotsanalyse (siehe Kapitel 4.3.1) sollte evaluiert und auf die Modellkommune angepasst werden. Insbesondere die Abfrage der kommunalen Angebotslandschaft bedarf einer Erweiterung, um Angebote aller Träger erfassen zu können. Zusätzlich ist anzudenken, die Inanspruchnahme sowie die Zugänge zu den Angeboten gleich zu Beginn der Angebotsanalyse mit abzufragen.
- *Ermittlung der Bedürfnisse der Zielgruppe auf Ebene der Modellkommune*: Die Bedürfniserhebung stellt den dritten Schritt des erarbeiteten Gesamtkonzeptes im Landkreis Osnabrück dar. Für den Aufbau einer zielgruppengerechten Angebotslandschaft ist der Einbezug der Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien zentral. Dies kann anhand unterschiedlicher partizipativer Methoden erfolgen, wie z.B. Interviews, Fokusgruppen, Fragebögen, Kinderparlament, etc. Die Wahl der Methode sollte mit den Akteuren vor Ort be-

sprochen werden. Sinnvoll wäre eine Umsetzung in bereits existierenden Treffpunkten für die Zielgruppe, wie z.B. Kindertagesstätten, Kindergärten oder Familienzentren. Besondere Beachtung sollte den Kindern ab drei Jahren geschenkt werden, da die gemeindespezifische Angebotsanalyse deutlich weniger Angebote für diese Zielgruppe aufgezeigt hat. Inwiefern die Analyse mit den Bedürfnissen der Kinder übereinstimmt und ob ein Handlungsbedarf besteht, gilt es zu überprüfen.

Weiterarbeit auf Landkreisebene

- *Entwicklung einer gemeinsamen Haltung zu Kinderarmut*: Die Best-Practice-Kommunen Monheim am Rhein und Dormagen konnten aufzeigen, dass ein gemeinsames Verständnis von Kinderarmut und Armutsprävention als elementarer Baustein für eine erfolgreiche Präventionskette gilt. Im Landkreis Osnabrück könnte dies in Form eines Leitbildes zur Kinderarmut realisiert werden. Dabei ist die Mehrdimensionalität von Armut als zentrales Element zu betrachten, um Armut nicht nur als finanzielle Risikolage zu fokussieren. Ein solches Leitbild sollte politisch abgesegnet und in allen Kommunen im Landkreis Osnabrück verankert werden.
- *Entwicklung eines Übergangmanagements*: Es konnte aufgezeigt werden, dass Übergänge zwischen Lebensphasen eine zentrale Bedeutung in der Entwicklung von Kindern haben. Im Rahmen der systematischen Angebotsanalyse wurde deutlich, dass hier die meisten Angebotslücken im Landkreis Osnabrück zu finden sind. Mit der Entwicklung eines ganzheitlichen Übergangmanagements könnte sich der Landkreis Osnabrück dieser Herausforderung annehmen.
- *Überprüfung der landkreisfinanzierten Angebote auf inhaltliche Doppelstrukturen:* In Bezug auf die verwaltungsinterne Angebotsanalyse sollte im Rahmen der *Arbeitsgruppe Präventionsketten* analysiert werden, inwiefern bei den vorhandenen landkreisweiten Angeboten inhaltliche Doppelungen auftreten, die ggfs. zusammengelegt oder umstrukturiert werden könnten.
- *Analyse der Zugänge und der Inanspruchnahme der landkreisfinanzierten Angebote:* Die Abfrage der Inanspruchnahme der landkreisfinanzierten Angebote sollte nachgeholt werden. Die Ergebnisse liefern Aufschluss darüber, welche Angebote gut von Kindern und ihren Eltern angenommen werden und welche nicht – so können entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der Teilnahmezahlen entwickelt werden. Außerdem ist die Überprüfung der Zugänge zu den vorhandenen Angeboten und Maßnahmen entscheidend: Sind diese niederschwellig genug, um auch arme und benachteiligte Familien und Kinder zu erreichen? Anhand der Ergebnisse könnte eine Optimierung der Zugänge erfolgen.

- *Ermittlung der Bedürfnisse der Zielgruppe auf Ebene der landkreisfinanzierten Angebote*: Wie bereits auf Ebene der Modellkommune dargestellt, ist die Bedürfniserhebung auch in der Weiterarbeit auf Ebene des Landkreises Osnabrück ein zentraler Aspekt. Die Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien sollten im Rahmen der landkreisfinanzierten Angebote ermittelt werden, um evaluieren zu können, welche Angebote einer Umstrukturierung bedürfen.

Die dargestellten Handlungsempfehlungen fokussieren zwei Schwerpunkte: Einerseits die *Weiterarbeit auf Landkreisebene* und andererseits die *Weiterarbeit auf Ebene der Modellkommune*. Der Handlungsbedarf für die **Modellkommune** kann anhand des erarbeiteten Konzepts ermittelt werden; hier bedarf es einer Planung der Übertragung der erprobten Vorgehensweisen und anschließend der Durchführung vor Ort. Für die Ebene des **Landkreises Osnabrück** ist die Umsetzung der genannten Handlungsempfehlungen entscheidend, um identifizieren zu können, welche Maßnahmen zur Umstrukturierung im Sinne der Bedürfnisse und Wünsche der Zielgruppe getroffen werden müssen.
Deutlich wurde ebenfalls, dass es sich bei dem bisherigen Vorgehen im Landkreis Osnabrück lediglich um den Aufbau einer „verwaltungsinternen Präventionskette“ handelt, da keine Angebote und Maßnahmen von freien, privaten und kirchlichen Trägern mit einbezogen wurden und somit keine Aussage zur Gesamtheit aller Angebote im Landkreis Osnabrück getroffen werden kann. Ein klares Ziel sollte somit sein, in jeder Gemeinde eine Präventionskette aufzubauen, sodass der Landkreis Osnabrück lückenlose Prävention in Bezug auf Lebenslagen und Lebensphasen vorweisen kann.

5 Diskussion

Das nachfolgende Kapitel beginnt zunächst mit einer kurzen Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit. Darauf folgen die kritische Reflexion und der Abschluss.

Zusammenfassung. Kinderarmut stellt sich als vielschichtiges, strukturelles Phänomen in unserer Gesellschaft dar. Arme Kinder haben im Vergleich zu nicht-armen Kindern geringere Chancen auf gesellschaftliche und soziale Teilhabe sowie auf ein Aufwachsen in Wohlergehen. Zudem werden arme und benachteiligte Kinder sowie ihre Familien häufig nicht ausreichend durch gesundheitsförderliche und präventive Angebote und Maßnahmen erreicht: Entscheidend sind niederschwellige Zugänge sowie passgenaue Angebote, die auf die Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt sind. Kommunale Armutsprävention sollte an diesem Punkt ansetzen und allen Kindern gleiche Perspektiven bieten, ungeachtet ihrer soziokulturellen, ethnischen oder ökonomischen Herkunft.
Präventionsketten gelten als Instrument kommunaler Armutsprävention und ermöglichen als integrierte Gesamtstrategie insbesondere armen und benachteiligten Kindern und ihren Familien bessere Teilhabechancen sowie ein gesundes Aufwachsen. Vielerorts in Deutschland existieren bereits kommunale Präventionsketten oder sie befinden sich im Aufbau. In Niedersachsen wird das Konzept durch die LVG & AFS Nds. e.V. konzeptionell unterstützt und ein strategischer Aufbau forciert.
Seit 2017 beschäftigt sich der Landkreis Osnabrück im Rahmen des Programmes der LVG & AFS Nds. e.V. mit dem Aufbau von Präventionsketten vor Ort. Die Forschungsfrage dieser Arbeit war in diesem Kontext: *„Wie kann der Landkreis Osnabrück den Handlungsbedarf hinsichtlich einer lückenlosen Prävention von Kinderarmut gemäß dem Konzept der Präventionsketten ermitteln?“* Da kein universell anwendbares Konzept für die Ermittlung des Handlungsbedarfes in Kommunen existiert, besteht die Notwendigkeit, eine individuelle Vorgehensweise für den Landkreis Osnabrück zu entwickeln.
Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden folgende Methoden angewendet: Basierend auf einer Literaturrecherche konnten theoretische Ansätze zum Aufbau kommunaler Präventionsketten zusammengefasst werden. Diese wurden mit den praktischen Ansätzen von zwei Best-Practice-Kommunen für Präventionsketten verknüpft, sodass Schritte zur Ermittlung des Handlungsbedarfes im Landkreis Osnabrück abgeleitet werden konnten. Im Rahmen dieser Masterarbeit wird die Durchführung einer systematischen Angebotsanalyse fokussiert, die zunächst nur im verwaltungsinternen Kreis erprobt wird. Für die Umsetzung der Angebotsanalyse vor Ort wurden ebenfalls theoretische und praktische Ansätze untersucht. Abschließend wurden quantitative Da-

ten des Landkreises Osnabrück für die Darstellung der kommunalen Bedarfslagen im Kontext von Kinderarmut ausgewählt und aufgearbeitet.

Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen sich in drei Teilergebnisse gliedern: Die Entwicklung einer Gesamtstrategie zum Aufbau von Präventionsketten, die Ergebnisse der Angebotsanalyse sowie die Ergebnisse der Analyse der gemeindespezifischen Datenlage im Landkreis Osnabrück.

1. Das erarbeitete Handlungskonzept für den Aufbau kommunaler Präventionsketten beinhaltet drei Schritte: Die systematische Angebotsanalyse, die Bedarfserhebung in Bezug auf die Datenlage sowie auf die Sichtweise der Fachkräfte vor Ort und die Bedürfnisabfrage bei der Zielgruppe.
2. Durch die Analyse der verwaltungsinternen Angebotslandschaft im Landkreis Osnabrück konnte aufgezeigt werden, dass Angebotslücken vorwiegend die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Lebensphasen der Kinder betreffen. Als weiteres Ergebnis konnte festgehalten werden, dass in beiden Angebotsübersichten keine bzw. kaum Angebote in der materiellen Dimension vorhanden sind. Im Rahmen der gemeindespezifischen Analyse wurde weiterhin deutlich, dass für die Zielgruppe der 0 bis 3-jährigen Kinder mit Abstand die meisten Angebote realisiert werden.
3. Die Analyse der gemeindespezifischen Datenlage zeigt eine deutliche Heterogenität der einzelnen Gemeinden des Landkreises Osnabrück. Zur Identifizierung der Gemeinden mit den höchsten Bedarfslagen wurde ein Ranking erstellt (siehe auch Kapitel 4.4 Abb. 31), welches die Samtgemeinden Artland und Fürstenau mit jeweils zwei ersten Plätzen innerhalb der sechs Kriterien darstellt. Das Ranking kann als Auswahlverfahren für eine Modellkommune hinzugezogen werden.

Kritische Reflexion der Analyse der Datenlage. Die Auswahl der quantitativen Daten erfolgte anhand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der Kinderarmutsforschung und stellt demnach ein begründetes Vorgehen dar. In Bezug auf die analysierte Datenlage zur Kinderarmut im Landkreis Osnabrück ist dennoch zu kritisieren, dass nur eine Auswahl relevanter Armutsdaten zur Verfügung standen. Für ein spezifischeres Bild der Armutssituation wäre z.B. die Analyse der Alleinerziehenden-Haushalte sowie der Haushalte mit Mehrkindfamilien erforderlich; Einerseits auf Landkreis-, andererseits auf Gemeindeebene. Kleinräumige und armutsspezifischere Sozialdaten stellen die Bedarfslagen der einzelnen Gemeinden noch deutlicher heraus, sodass eine Ableitung inhaltlicher Schwerpunkte besser möglich wäre.

Darüber hinaus wäre es wünschenswert, das Armutsrisiko im Landkreis Osnabrück nicht nur anhand der SGB-II-Quoten darstellen zu können, sondern einen mehrdimensionalen Blick auf (Kinder-)Armut zu erlauben. Hier wären als zusätzlich heranzuziehende Indikatoren die relative Einkommensarmut sowie die materielle Deprivation denkbar. Insbesondere letztere Daten müssten

jedoch aufwendig erhoben werden; Dies wäre ggfs. im Rahmen einer Modellkommune umsetzbar.

Kritische Reflexion. Aufgrund der eher dünnen Literatur- und Studienlage zum Thema *Präventionsketten* und insbesondere zur Durchführung der *Angebotsanalyse* konnte die Autorin ihr individuelles Vorgehen nur ausgehend von den Praxisbeispielen anderer Kommunen sowie der vorhandenen Literatur ableiten. Ein Vergleich der erarbeiteten Ergebnisse mit denen anderer Kommunen ist nicht möglich, da es aktuell keine weiteren Untersuchungen zur Entwicklung eines Gesamtkonzeptes oder der Durchführung von Angebotsanalysen im Kontext von Präventionsketten gibt. Demnach ist es positiv zu vermerken, dass das entwickelte Konzept zur Ermittlung des kommunalen Handlungsbedarfes als Grundlage für den Aufbau von Präventionsketten für andere Kommunen dienen kann und als ein zentrales Ergebnis dieser Masterarbeit anzusehen ist.

Die vollständige Umsetzung aller drei Schritte des Gesamtkonzeptes war jedoch aufgrund des Umfanges im Rahmen dieser Masterarbeit nicht möglich, sodass hier eine Einschränkung in Bezug auf die Beantwortung der Forschungsfrage vorliegt. Gleichwohl lässt sich die Formulierung der Forschungsfrage kritisieren, da sie einen großen Spielraum für die Ergebnisfindung zulässt. Anhand einer Eingrenzung der Fragestellung, z.B. mit Bezug auf die Angebotsanalyse, wäre eine inhaltliche Abgrenzung der Masterarbeit möglicherweise deutlicher gelungen und die Beantwortung der Forschungsfrage spezifischer und vollständiger ausgefallen.

Eine zusätzliche Begrenzung erfährt diese Arbeit durch die zunächst nur verwaltungsintern durchgeführten Analysen sowie die örtliche Umsetzung im Landkreis Osnabrück, Niedersachen. Folglich ist die Aussagekraft der Ergebnisse nur in Bezug auf die Kommunalverwaltung des Landkreises zu betrachten und lässt keine Übertragbarkeit auf eine gemeindespezifische Ebene des Landkreises Osnabrück bzw. auf eine beliebige andere Kommune deutschlandweit zu. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass die Individualität der Angebotslandschaft in Kommunen vermutlich ohnehin zu unterschiedlichen Ergebnissen führen wird, auch bei einer einheitlichen Umsetzung des hier entwickelten Gesamtkonzeptes.

Weitere Studien zum Thema Präventionsketten mit dem Schwerpunkt zur Untersuchung des kommunalen Handlungsbedarfes anhand der Angebotsanalyse sind aktuell nicht vorhanden. Es existieren jedoch eine Handvoll Expertisen und Arbeitshilfen, die den Aufbau von Präventionsketten in Kommunen thematisieren, wie z.B. das *„Werkbuch Präventionskette“* des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit (2013), welches im Rahmen des Programmes der LVG & AFS Nds. e.V. den teilnehmenden niedersächsischen Kommunen als Orientierungshilfe dient sowie das Impulspapier *„Fachliche Maßstäbe zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Kommunen“* (Holz et al. 2011). Letzteres stellt die praktischen Ansätze der Best-Practice-Kommune Monheim am Rhein (siehe auch Kapitel 4.2.2) vor. Anhand der Ansätze solcher Best-

Practice-Kommunen entstand die Arbeitshilfe des LVR *„Präventionsnetzwerke und Präventionsketten erfolgreich koordinieren“* (LVR 2017), welche Erfahrungswerte von 39 Kommunen im Rheinland aufgreift, die nach einem ähnlichen Konzept wie im Landkreis Osnabrück prozessual beim Aufbau von Netzwerken gegen Kinderarmut unterstützt wurden. Die Arbeitshilfe präsentiert den *Strategiezyklus Netzwerkarbeit* (siehe auch Abb. 12 Kapitel 4.2.1) zum Aufbau eines Netzwerkes gegen Kinderarmut anhand mehrerer Schritte wie z.B. Netzwerkanalyse, Entwicklung eines Leitbildes Kinderarmut und Ermittlung des Bedarfes vor Ort (LVR 2017, S. 61). Dieser Strategiezyklus bietet, vergleichbar mit dem in dieser Arbeit entwickelten Gesamtkonzept, einen Orientierungsrahmen für andere Kommunen, die sich mit dem Aufbau von Präventionsketten oder auch von Präventionsnetzwerken beschäftigen. Dennoch ist die Vergleichbarkeit dieser beiden Modelle insofern eingeschränkt, als dass ein anderer Schwerpunkt zur Verwendung gelegt wurde: Das Gesamtkonzept dieser Masterarbeit fokussiert sich spezifisch auf die Ermittlung des kommunalen Handlungsbedarfes im Rahmen des Konzeptes Präventionsketten, wohingegen der Strategiezyklus Netzwerkarbeit zum Ziel hat, Kommunen den Weg zur Zusammenarbeit aller relevanten Akteure im Kontext Kinderarmut aufzuzeigen. Die Schritte des erarbeiteten Gesamtkonzeptes lassen sich zwar in den Prozessschritten *Netzwerke analysieren* und *Bedarf ermitteln* des Strategiezyklus wiederfinden, sie werden jedoch nicht so ausführlich beschrieben; Der Ansatz der vorliegenden Arbeit beinhaltet konkretere Handlungsschritte.

Die Untersuchung der vorliegenden Arbeit stellt eine Arbeitshilfe für Kommunen dar, die sich mit der konkreten Umsetzung einer Analyse der kommunalen Angebotslandschaft beschäftigen. Aufgrund der geringen Studienlage zu diesem spezifischen Thema wäre der Vergleich zu den Angebotsanalysen von anderen niedersächsischen Kommunen, die am Programm der LVG & AFS Nds. e.V. teilnehmen, wünschenswert. So könnten ähnliche Vorgehensweisen sowie Unterschiede identifiziert und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kommunen ermöglicht werden. In einem weiteren Schritt wäre eine Gegenüberstellung der Ergebnisse von Kommunen anderer Bundesländer erforderlich, sodass die Aussagekraft der Schlussfolgerungen bundesweit Gültigkeit findet.

Nicht zuletzt kommt auch der Evaluation des Aufbaus von Präventionsketten eine besondere Bedeutung zu: Wie kann nachgewiesen werden, ob Präventionsketten als Instrument kommunaler Armutsprävention wirken? Wann haben arme Kinder und ihre Familien gesteigerte Teilhabechancen in ihrem Lebensraum? Die Fragestellungen sind nicht zuletzt von politischer Relevanz und sollten zu Beginn der Umsetzung in der Modellkommune mitgedacht werden. Die Messbarkeit von Prävention bzw. präventiven Unterstützungsangeboten (wie z.B. dem Aufbau von Präventionsketten) ist schwierig zu belegen und in Deutschland existieren bisher noch keine Langzeitstudien, die die Wirksamkeit solcher Angebote belegen. Da sich Kommunen im Rahmen der Präventionsketten

an den Bedarfen und Bedürfnissen von Kindern und ihren Familien orientieren, soll aufgezeigt werden, an welcher Stelle die Inanspruchnahme von sowie die Zugänge zu Angeboten verbessert werden können. Eine erhöhte Akzeptanz von Unterstützungsstrukturen könnte somit bereits erste positive Auswirkungen des Infrastrukturaufbaus durch Präventionsketten verdeutlichen. Eine Aufforderung an die Politik könnte demnach sein, dem Strukturaufbau seine Zeit zu geben und keine unrealistischen Forderungen, wie z.B. die Senkung der Zahlen der Heimunterbringung nach kurzer Laufzeit zu stellen, sondern auch kleine Prozessschritte wertzuschätzen.

Abschluss. Im Rahmen dieser Masterarbeit kann die Forschungsfrage anhand des vorgestellten Konzeptes beantwortet und der erste Schritt, die systematische Angebotsanalyse, durchgeführt werden. Offengeblieben ist, in welcher Form die übergeordnete verwaltungsinterne Arbeit weitergeführt werden sollte. Hierfür wurden Vorschläge erarbeitet, die jedoch auf kommunaler Ebene diskutiert und abgestimmt werden müssen. Weiterhin ist die oben genannte Übertragung und Umsetzung des Konzeptes auf und in einer Modellkommune noch ausstehend. Hierfür wurden Handlungsempfehlungen gegeben. Bezüglich der Auswahl einer Modellkommune gibt die Analyse der gemeindespezifischen Datenlage Aufschluss darüber, welche Kommunen in diesem Kontext großen Bedarf haben.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Autorin mit dieser Arbeit einen wichtigen Beitrag für das noch junge Feld der Forschung zum kommunalen Aufbau von Präventionsketten in Deutschland leistet. Die aufgezeigten Erkenntnisse des Landkreises Osnabrück zur systematischen Ermittlung des Handlungsbedarfes sowie der Umsetzung der Angebotsanalyse vor Ort liefern wichtige praktische Erfahrungswerte für Kommunen, die noch im Begriff sind, mit dem Aufbau von Präventionsketten zu beginnen.

Literaturverzeichnis

Altgeld, T. & Kolip, P. (2009). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. & Altgeld, T. (Hrsg.) (2009): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Lehrbuch Gesundheitswissenschaften, 2., überarb. Aufl., Bern: Huber. S. 41-50.

Andresen, S., Neumann, S. & Public, K. (2018). Kinder in Deutschland 2018. 4. World Vision Kinderstudie. Beltz.

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36, Tübingen: dgvt Verlag.

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ)/Berufsverband der Kinder-und Jugendärzte (BVKJ) (2008). Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen–Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder-und Jugendhilfe. Gemeinsame Handlungsempfehlungen. Berlin.

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2010). Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe – Qualifizierung, Forschung, Fachkräfte. Diskussionspapier. Verfügbar unter: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2010/Gesundheitsfoerderung.pdf. Zuletzt zugegriffen am [19.10.2018].

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2013). Stärkung präventiver Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. Diskussionspapier. Verfügbar unter: http://www.sgbviii.de/files/SGB%20VIII/PDF/S102.pdf. Zuletzt zugegriffen am [19.10.2018].

Auridis gGmbH (2018). Internetauftritt. Verfügbar unter: www.auridis.de. Zuletzt zugegriffen am [10.10.2018].

Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen: Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 35, Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, BZgA.

Berg, A. (2010). „Mo.Ki – Monheim für Kinder“ – Armutsprävention als kommunale Handlungsstrategie. In: Holz, G. & Richter-Kornweitz, A. (Hrsg.) (2010). Kinderarmut und ihre Folgen: Wie kann Prävention gelingen? Reinhardt-Verlag, München. S. 149 – 158

Bertelsmann Stiftung (2016). Factsheet Kinderarmut – Niedersachsen. Verfügbar unter: https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Factsheet_WB_Kinderarmut_DE_09_2016.pdf. Zuletzt zugegriffen am [20.10.2018].

Bertelsmann Stiftung (2018). Wegweiser Kommune. Verfügbar unter: http://www.wegweiser-kommune.de/projekte/kommunal/dormagen-neff-netzwerk-fruhe-forderung-netzwerk-fur-familien. Zuletzt zugegriffen am [10.10.2018].

Bezirksamt Neukölln von Berlin (2012). Handlungsleitfaden für die Neuköllner Präventionskette. Prozessbeschreibung, Aufbau und weitere Schritte.

Bird, K. & Hübner, W. (2010). Familien in benachteiligten und von Armut bedrohten oder betroffenen Lebenslagen als Adressaten von Elternbildung und Elternarbeit. Expertise. Schriftenreihe Theorie und Praxis 2010. AWO Bundesverband e.V.

Bogumil, J. & Seuberlich, M. (2015). Gestalten statt Verwalten. Ressortübergreifende Präventionspolitik. Bertelsmann-Stiftung.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Fassung von April 2005). Verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a332-lebenslagen-in-deutschland-alt-821.pdf;jsessionid=75E8318F4D75F97129029686ECEE229C?__blob=publicationFile&v=2. Zuletzt zugegriffen am [22.10.2018].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2. Auflage. Verfügbar unter: https://www.bmfsfj.de/blob/93144/f5f2144cfc504efbc6574af8a1f30455/13-kinder-jugendbericht-data.pdf. Zuletzt zugegriffen am [22.10.2018].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2013): Lebenslagen in Deutschland. Der 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Endfassung vom 06.03.2013). Verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf%3F__blob%3DpublicationFile. Zuletzt zugegriffen am [22.10.2018].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2017): Lebenslagen in Deutschland. Der 5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Fassung vom 12.04.2017). Verfügbar unter: https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-langfas-sung.pdf;jsessionid=CE5A309EC2C655FA4B642F106D413456?__blob=publicationFile&v=6. Zuletzt zugegriffen am [22.10.2018].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2017): Familienreport 2017. Leistungen, Wirkungen, Trends. Verfügbar unter: https://www.bmfsfj.de/blob/119524/f51728a14e3c91c3d8ea657bb01bbab0/familienreport-2017-data.pdf. Zuletzt zugegriffen am [23.10.2018].

Bundesjugendkuratorium (2017). Prävention, Kinderschutz und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums. März 2017. Verfügbar unter: https://www.bundesjugendkuratorium.de/assets/pdf/press/BJK_Stellungnahme_Praevention.pdf. Zuletzt zugegriffen am [15.10.2018].

Bundesregierung (2016). Die Verwendung des relativen und absoluten Armutsbegriffs. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/blob/495530/0f339fac5a0af89429e5491a7c86531e/wd-6-131-16-pdf-data.pdf. Zuletzt zugegriffen am [15.10.2018].

Bundesregierung (2017). Kinderarmut in Deutschland. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/blob/514144/9806e9989a225bde4d71460aac021a6a/wd-9-017-17-pdf-data.pdf. Zuletzt zugegriffen am [15.10.2018].

Bundesverband AWO (2000). AWO Sozialbericht 2000: Gute Kindheit-Schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. AWO Bundesverband Verlag.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2013). Handreichung Integrierte kommunale Strategien als Beitrag zu Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=555ce790ac06cf38d25942cb24e9899b. Zuletzt zugegriffen am [24.10.2018].

Bräunling, S. & Löchel, N. (2012). Gesund aufwachsen für alle! Fachtagung „Der kommunale Partnerprozess im Rahmen des Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten'" am 09. Februar 2012 in Dortmund, Gesundheit Berlin-Brandenburg.

Deutsches Kinderhilfswerk e.V. (Hrsg.) (2018). Kinderreport Deutschland 2018. Rechte von Kindern in Deutschland.

Fabian, J. & Pottharst, N.: Lücken schließen: Präventionsketten im Landkreis Osnabrück. In: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG&AFS) (Hrsg.) Impulse für Gesundheitsförderung Nr. 101, im Erscheinen.

Goebel, J., Grabka, M. M., & Schröder, C. (2015). Einkommensungleichheit in Deutschland bleibt weiterhin hoch: junge Alleinlebende und Berufseinsteiger sind zunehmend von Armut bedroht. DIW-Wochenbericht, 82(25), 571-586. Verfügbar unter: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.508489.de/15-25-1.pdf. Zuletzt zugegriffen am [24.10.2018].

Hock, B., Holz, G. & Kopplow, M. (2014): Kinder in Armutslagen: Grundlagen für armutssensibles Handeln in der Kindertagesbetreuung; eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF), WiFF-Expertisen 38, München: Deutsches Jugendinstitut.

Hock, B., Holz, G., & Wüstendörfer, W. (2017). Folgen familiärer Armut im frühen Kindesalter – Eine Annäherung anhand von Fallbeispielen. No. 1 Pontifex. ISS-Eigenverlag, 2. Auflage, Frankfurt am Main.

Holz, G., Schlevogt, V., Kunz, T., & Klein, E. (2005). Armutsprävention vor Ort – „Mo.Ki – Monheim für Kinder ". Evaluationsergebnisse zum Modellprojekt der Arbeiterwohlfahrt Niederrhein und Stadt Monheim. Verfügbar unter: www.monheim.de/moki/bilanz/zusammenfassung_moki.pdf. Zuletzt zugegriffen am [15.10.2018].

Holz, G. & Stallmann, L. (2010). „Mo.Ki 0 – Frühes Fördern von Anfang an" – 2. Sachstandsbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes. Frankfurt am Main. Verfügbar unter: https://www.monheim.de/fileadmin/user_upload/Media/Dokumente/Kinder_Familie/Moki/sachstandbericht_druck.pdf. Zuletzt zugegriffen am [15.10.2018].

Holz, G., Schöttle, M. & Berg, A. (2011). Fachliche Maßstäbe zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Kommunen.

Holz, G. (2018). Sind Präventionsketten eine Antwort der Jugendhilfe auf die Erkenntnisse der Armutsforschung? Fachtagung „Zusammen denken, was zusammen gehört" am 07.März

2018 in Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Holz, G. (2010a). Kindbezogene Armutsprävention als struktureller Präventionsansatz. In: Holz, G. & Richter-Kornweitz, A. (Hrsg.) (2010). Kinderarmut und ihre Folgen: Wie kann Prävention gelingen? Reinhardt-Verlag, München. S. 43-55.

Holz, G. (2010b). Kommunale Strategien gegen Kinder- und Bildungsarmut – Der Ansatz kindbezogener Armutsprävention. Zeitschrift für Inklusion, 4(4). Verfügbar unter: https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/113. Zuletzt zugegriffen am [20.10.2018].

Hübenthal, M. (2009): Kinderarmut in Deutschland: empirische Befunde, kinderpolitische Akteure und gesellschaftspolitische Handlungsstrategien; Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts, München: Dt. Jugendinst., Arbeitsstelle Kinder- und Jugendpolitik.

Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2009). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. & Altgeld, T. (Hrsg.) (2009): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Lehrbuch Gesundheitswissenschaften, 2., überarb. Aufl., Bern: Huber. S. 11-20.

Hurrelmann, K. (2018). In deutschen Kinderzimmern geht es sehr ungerecht zu. In: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG&AFS) (Hrsg.) (2018): Impulse für Gesundheitsförderung Nr. 99, 2. Quartal Juni 2018, S. 16-17.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich (Hrsg.) (2008). Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Verfügbar unter: https://www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf. Zuletzt zugegriffen am [17.10.2018].

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS) (2012). Lebenslagen und Zukunftschancen von (armen) Kindern und Jugendlichen in Deutschland - 15 Jahre AWO-ISS-Studie. Frankfurt am Main.

Klocke, A. & Lampert, T. (2005). Armut bei Kindern und Jugendlichen (2., überarb. Aufl.) [Themenheft]. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4 (8). Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/pdf/Armut_bei_Kindern.pdf. Zuletzt zugegriffen am [19.10.2018].

Kruse, C. & Richter-Kornweitz, A. (2017). Kommunale Präventionsketten: Mehr Teilhabe für Kinder durch Strategieentwicklung und Strukturbildung. Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis – Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, 62. Jahrgang (4/2017), S. 137-140.

Kuhn, J., Reisig, V., Voh, N. & Heyn, M. (2015). Der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Gesundheitsförderung: Ein Blick zurück, ein Blick nach vorn. In: Kuhn, J. & Heyn, M. (Hrsg.) (2015): Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, Programmbereich Gesundheit, 1. Auflage Aufl., Bern: Verlag Hans Huber, S. 11-18.

Lampert, T. & Richter, M. (2010). Armut bei Kindern und Gesundheitsfolgen. In: Holz, G. & Richter-Kornweitz, A. (Hrsg.) (2010). Kinderarmut und ihre Folgen: Wie kann Prävention gelingen? Reinhardt-Verlag, München. S. 55-66.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG&AFS) (2017). Gesundheitsförderung in Kommunen. Fortbildung für Koordinatoren von Präventionsketten am 21. Juni 2017 in Hannover, Landeskoordinierungsstelle „Präventionsketten Niedersachsen“.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG&AFS) (2018). Internetauftritt Präventionsketten Niedersachsen. Verfügbar unter: http://www.praeventionsketten-nds.de. Zuletzt zugegriffen am [25.10.2018].

Landkreis Osnabrück (2017). Referat für Strategische Planung.

Landkreis Osnabrück (2017). MaßArbeit kAöR.

Landkreis Osnabrück (2018). Fachdienst Jugend.

Laubstein, C., Holz, G., & Seddig, N. (2016). Armutsfolgen für Kinder und Jugendliche: Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland. Bertelsmann Stiftung.

Leppin, A. (2009). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K. & Altgeld, T. (Hrsg.) (2009): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Lehrbuch Gesundheitswissenschaften, 2., überarb. Aufl., Bern: Huber. S. 31-40.

Lohse, K., Meysen, T., Götte, S., de Vigo, N.G.M. & Seltmann, D. (2017). Akteursübergreifende Prävention. Verknüpfte Planung, Umsetzung und Finanzierung von Präventionsketten. Bertelsmann-Stiftung.

Landschaftsverband Rheinland, Landesjugendamt (LVR) (Hrsg.) (2017). Präventionsnetzwerke und Präventionsketten erfolgreich koordinieren. Köln, 2017.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2018). Frühe Hilfen für Familien in Armutslagen.

Norddeutscher Rundfunk, Anstalt des öffentlichen Rechts (2018). Ergebnisse der Sondierungsgespräche von CDU, CSU und SPD. Finale Fassung, 12.01.2018. Verfügbar unter: https://www.tagesschau.de/inland/ergebnis-sondierungen-101.pdf. Zuletzt zugegriffen am [19.10.2018].

Nüsken, D. (2015). Kultur und Leitbild in Netzwerken Frühe Hilfen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2015). Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen. Verfügbar unter: http://www.fruehehilfen.de/impulse-netzwerk- nuesken/. Zuletzt zugegriffen am [26.10.2018].

Nussbaum, M., & Sen, A. (Hrsg.) (1993). The quality of life. Oxford University Press.

Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T. & Neuhauser, H. (2018). Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KIGGS Welle2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring 2018 3(1). S. 8-15.

Rathmann, K. (2015): Bildungssystem, Wohlfahrtsstaat und gesundheitliche Ungleichheit: ein internationaler Vergleich für das Jugendalter. Gesundheit und Gesellschaft, Wiesbaden: Springer VS.

Richter-Kornweitz, A. (2010a). Langzeitwirkungen von Armut – Konzepte und Befunde. In: Holz, G. & Richter-Kornweitz, A. (Hrsg.) (2010). Kinderarmut und ihre Folgen: Wie kann Prävention gelingen? Reinhardt-Verlag, München. S. 43-55.

Richter-Kornweitz, A. (2010b). Resilienz und Armutsprävention. In: Holz, G. & Richter-Kornweitz, A. (Hrsg.) (2010). Kinderarmut und ihre Folgen: Wie kann Prävention gelingen? Reinhardt-Verlag, München. S. 94-108.

Richter-Kornweitz, A. & Utermark, K. (2013). Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hannover. Verfügbar unter: www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Werkbuch-Praeventionskette_Doppelseite.pdf. Zuletzt zugegriffen am [18.10.2018].

Richter-Kornweitz, A., Holz, G. & Kilian, H. (2017). Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstragetie. Verfügbar unter: https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie. Zuletzt zugegriffen am [24.10.2018].

Richter-Kornweitz, A. & Kruse, C.: Praxis Präventionskette. Bestandsaufnahme und –analyse, Landeskoordinierungsstelle Präventionsketten Niedersachsen, Hannover, im Erscheinen.

Sedding, N., Holz, G. & Landes, B. (2017). Die subjektive Wahrnehmung von Armut und sozialer Ausgrenzung. Stand der Forschung und Perspektiven für vertiefende Erhebungen. Düsseldorf. Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V. (FGW-Studie).

Seils, E. & Höhne, J. (2017). Armut und Einwanderung. Armutsrisiken nach Migrationsstatus und Alter – Eine Kurzauswertung aktueller Daten auf Basis des Mikrozensus 2016. Policy Brief WSI Nr. 12 08/2017. Hans-Böckler-Stiftung. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_pb_12_2017.pdf. Zuletzt zugegriffen am [23.10.2018].

Schienkiewitz, A., Brettschneider, A-K., Damerow, S. & Schaffrath Rosario, A. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KIGGS Welle2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring 2018 3(1). S. 16-23.

Sozialgesetzbuch (SGB). Bücher I-XII. 47. Auflage, 2018.

Stadt Delmenhorst (2018). Präventionskette Stadt Delmenhorst – Bestandsaufnahme. Präsentation am 26.04.2018 beim Koordinatorentreffen der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. in Hannover.

Stadt Dormagen (2017). Programm zur Frühen Förderung – NeFF Dormagen. Verfügbar unter: https://dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-datei-en/fachbereich_5/erzieherische_hilfen/fr%C3%BChe_hilfe_brosch%C3%BCre_komplett_klein.pdf. Zuletzt zugegriffen am [29.09.2018].

Statistisches Bundesamt (2017a). Leben in Europa (EU-SILC). Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union. (13.03.2017) https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/EinkommenKonsumLebensbedingun-gen/LebeninEuropa/EinkommenLebensbedingungen2150300157004.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt zugegriffen am [19.10.2018].

Statistisches Bundesamt (2017b). Pressemitteilung vom 08.11.2017. 19,7% der Bevölkerung Deutschlands von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/11/PD17_392_634.html. Zuletzt zugegriffen am [20.10.2018].

Tophoven, S., Lietzmann, T., Reiter, S. & Wenzig, C. (2018). Aufwachsen in Armutslagen. Zentrale Einflussfaktoren und Folgen für die soziale Teilhabe. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Trojan, A. (2015). Was Gesundheitsämter von der Ottawa-Charta lernen könnten – Zukunftsphantasien für den ÖGD. In: Kuhn, J. & Heyn, M. (Hrsg.) (2015): Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, Programmbereich Gesundheit, 1. Auflage Aufl., Bern: Verlag Hans Huber, S. 51-58.

UNICEF (2014). Deutschland und die UN-Kinderrechtskonvention. Verfügbar unter: https://www.unicef.de/informieren/materialien/deutschland-und-die-un-kinderrechtskonvention/38832

Urban, S. & Frohn, H. (2018). Armutssensibles Handeln von pädagogischen Fachkräften. KiTa Aktuell ND, 2-2018, s. 28-31.

Wabnitz, R.J. (2013). Neue Rechtsgrundlagen der Kinder- und Jugendhilfe. DIJ Impulse Nr. 101, 1 2013.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1. Zuletzt zugegriffen am [21.10.2018].

Wright, M., von Unger, H. & Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright, M. (Hrsg.) (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern. S.35-53.

Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. Zeitschrift für Pädagogik 51 (2005) 2, S. 192 – 206.

Zander, M. (2010): Armes Kind - starkes Kind? Die Chance der Resilienz, 3. Aufl Aufl., Wiesbaden: VS-Verl.

Zander, M. (2017). Sekundäre Armutsprävention – Unverzichtbares Qualitätsmerkmal kommunaler Kinder-, Jugend- und Sozialpolitik. Jugendhilfe, Heft 4 August 2017, 55. Jahrgang. S. 331 – 337.

Zensus (2011). Ergebnisse des Zensus 2011. Verfügbar unter: https://ergebnisse.zensus2011.de/#. Zuletzt zugegriffen am [28.09.2018].

Anhang

Anhang A	Auswahl der quantitativen Daten im Landkreis Osnabrück
Anhang B	Organigramm der Arbeitsgruppe Präventionsketten
Anhang C	Gemeinden im Landkreis Osnabrück
Anhang D	Angebotsanalyse der Stadt Delmenhorst
Anhang E	Kurzfragebogen zur Erhebung der landkreisfinanzierten Angebote
Anhang F	Datenblatt zur Sammlung aller landkreisfinanzierten Angebote
Anhang G	Angebotsanalyse landkreisweite Angebote
Anhang H	Angebotsanalyse gemeindespezifische Angebote
Anhang I	Angebotsanalyse alle Angebote

Anhang A: Auswahl der quantitativen Daten im Landkreis Osnabrück

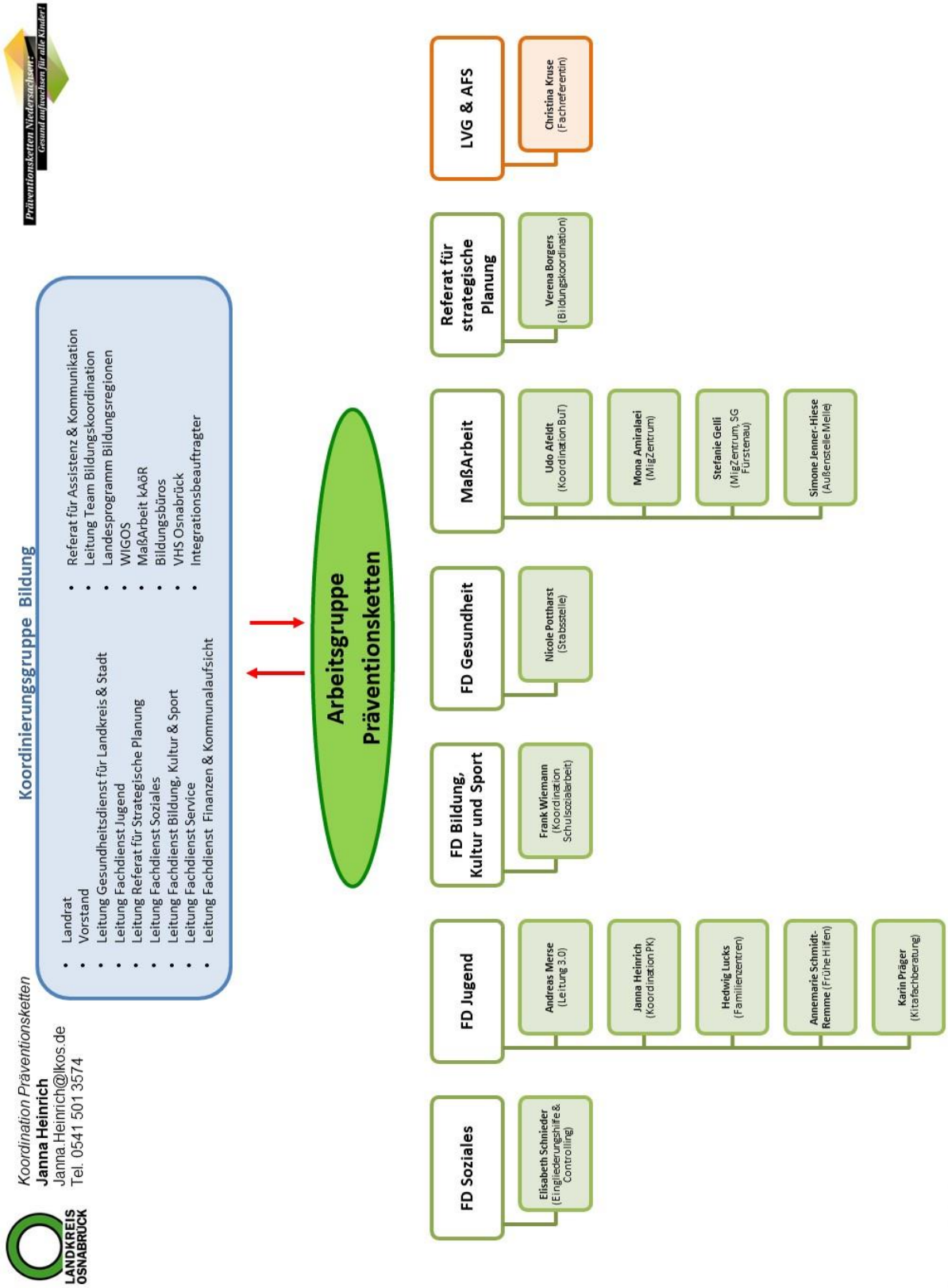
Janna Heinrich
Koordination Präventionsketten
Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück
Tel.: 0541-501 3574 e-Mail: Janna.Heinrich@Lkos.de

Auswahl der quantitativen Daten im Landkreis Osnabrück

Ausgewählte Daten	**Relevanz zum Thema Präventionskette** (Kinderarmut/Aufwachsen in Wohlergehen)
<u>Schuleingangsuntersuchung</u> • Familiensprache nicht-deutsch	*Familiensprache nicht-deutsch* Sofern die familieninterne Kommunikation nicht in deutscher Sprache stattfindet, wird ein Kind dem Status „Familiensprache nicht Deutsch“ zugeordnet ➔ Hinweis auf Migrationshintergrund eines Kindes und seiner Familie ➔ Migration ist ein Risikofaktor für Armut
• Übergewicht/Adipositas	*Übergewicht/Adipositas* Anteil der untersuchten Kinder, die oberhalb der 90. Perzentile liegen, also übergewichtig bzw. ab der 97. Perzentile adipös sind. ➔ Kinder mit niedrigem sozialem Status oder Migrationshintergrund sind häufiger betroffen ➔ Übergewicht/Adipositas ist ein großer Risikofaktor für Gesundheit und das seelische Wohlergehen ➔ Erhebliche Spätfolgen für das Erwachsenenalter
• Auffällige sprachliche Entwicklung	*Auffällige sprachliche Entwicklung* Auffälligkeiten innerhalb der Untersuchung zur sprachlichen Entwicklung eines Kindes anhand des Wortschatzes sowie eines angemessenen Sprachverständnisses. ➔ Arme Kinder weisen häufiger Defizite im Sprachverhalten auf ➔ Kann ein Hinweis auf niedrigeren Bildungsstatus innerhalb der Familie sein ➔ Dieser Indikator muss nicht zwingend mit Familiensprache nicht-deutsch in Zusammenhang stehen
<u>Kinder in SGB-II-Bedarfsgemeinschaften</u> „Armutsgefährdungsquote“	Kinder von 0-10 Jahren, die in einer SGB-II-Bedarfsgemeinschaft leben ➔ Erwerbslosigkeit der Eltern ist ein Hauptrisikofaktor für (materielle) Kinderarmut

<u>Zahngesundheit</u> DMFT-Index = Anzahl der kariösen (decayed = D), wegen Karies entfernten (missing = M) oder gefüllten (filled = F) bleibenden Zähne von Grundschulkindern (6-10 Jahre). Ein DMFT-Wert von 0,75 bedeutet z.B. dass jedes untersuchte Grundschulkind in der Kommune im Durchschnitt 0,75 geschädigte bleibende Zähne hat.	Zahngesundheit ist ein Indikator, der auf soziale Problemlagen hindeutet. Der Kariesstatus hat einen Zusammenhang mit der Bildung, der sozialen Lage und dem Migrationshintergrund eines Kindes.

Anhang B: Organigramm der Arbeitsgruppe Präventionsketten



Anhang C: Gemeinden im Landkreis Osnabrück

Anhang D: Angebotsanalyse der Stadt Delmenhorst

(Angebote in Klammern) können nicht von den Eltern/Kindern direkt und eigenständig aufgesucht/beantragt
Angebote für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und Kinderschutzmaßnahmen sind zusätzlich doppelt in einer eigenen Zeile aufgeführt
Angebote mit rotem Rahmen befinden sich im Aufbau

Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie	Mehrere oder alle Altersgruppen	Vor der Geburt	Rund um die Geburt	Übergang Familie/ Krippe	Krippe 0-3 Jahre	Übergang Krippe/ Kiga	Kiga 3-6 Jahre
Gesundheit	Kinderärzte Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Schreiambulanz U-Untersuchung Kinderklinik Eingliederungshilfe Leistungen der Krankenkassen Sozialpsychiatrischer Dienst Anonyme Drogenberatungsstelle Angebote für Hochbegabung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Mutter-Kind-Zentrum Gynäkologen vorgeburtliche Diagnostik Geburtsvor-bereitungskurse	Hebammen Geburtsklinik Rückbildungskurse	Hebammen Café Kinderwagen Frühförderung	Kinderärzte Kinder- und Jugendärztlicher Dienst U-Untersuchung Familienhebammen integrative Krippe Frühförderung Baby-Schwimmen Kinderturnen (Fachberatung Zentrales Modell)	Kitas Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Kinderärzte Tagesmütter Frühförderung	Kinderärzte Kinder- und Jugendärztlicher Dienst U-Untersuchung Mobiler Dienst Kiga integrative Gruppen Frühförderung (Heilpädagogische Tagesstätte) Heilpädagogischer Kiga Sprachheil-Untersuchung des LSA (für Sprachheil-Kiga) (Sprachheilkindergarten) (Fachberatung Zentrales Modell des FD Kita)
Materielles/ Wirtschaftliches	Bildungs- und Teilhabepaket Kleiderkammern Die Tafel Bundesstiftung "Mutter und Kind" Landesstiftung "Familie in Not" Schuldnerberatung	Babykorb			Zuschuss Krippe Elterngeld Plus		Zuschuss Kiga
Soziales	Psychologische Beratungsstelle Beratungsstelle gegen sex. Mißbrauch 3 Familienzentren 2 Nachbarschaftsbüros Beratung Mutter-Kind-Kuren Integrationslotsen und Sprachmittler Erziehungslotsen Familienpaten ?? Kinderschutzbund	Betreute Wohnformen für junge Schwangere/ Mütter 3 Schwangeren-beratungsstellen Kurse: ElternWerden-ElternSein	Baby-Korb Baby-Besuchsdienst	Familienhebammen Infomaterial Projekt des FZ Villa: Vater-Mutter-Kind-Café	Familienhebammen bis 1 Jahr Familienstützender Dienst Wellcome Stadtelternrat Kita	Kitas Tagesmütter Infomaterial Familien- und Kinderservicebüro	Stadtelternrat Kita Familienstützender Dienst
Kinderschutz	Beratungsstelle gegen sex. Mißbrauch Kinderschutzbund		Babykorb Baby-Besuchsdienst	Familienhebammen Café Kinderwagen	Familienhebammen bis 1 Jahr § 8 a SGB VIII		§ 8 a SGB VIII
Für Zuwanderer	Integrationslotsen und Sprachmittler						
Bildung / Kulturelles/ Betreuung	Museum Musikschule Haus Coburg Jugendkunstschule				Krippen Spielkreis Hasbergen Tagespflege Delfi-Kurse bis 1 Jahr Mini-Club (1-3 Jahre) (Rahmenplan Sprache)	Kitas Tagespflege (Rahmenplan Sprache)	Kitas Tagespflege (Rahmenplan Sprache)
Für Zuwanderer	Vereine				niedrigschwellige Projekte (z.B. Opstapje)		niedrigschwellige Betreuungsangebote
Allgemeine Beratung	Familien- und Kinder- Servicebüro Selbsthilfe-Kontaktstelle Frauenhaus Gewaltschutzberatung Hilfen zur Erziehung "Familienatlas"						
Kinderschutz	Koordinierungsstelle Kinderschutz						
Für Zuwanderer	Ausländerbehörde Kontaktstelle für Integration Kontaktstelle für Flüchtlinge Integrationsberatung						
Fehlende Angebote / Angebote die ausgeweitet werden sollten	FEHLT: Trauerbegleitung für Kinder Nachsorgegespräche nach Geburtstraumata Stillberatung	AUSWEITEN: Rückbildungskurse Hebammen Café Kinderwagen					

Anhang E: Kurzfragebogen zur Erhebung der landkreisfinanzierten Angebote

Janna Heinrich
Koordination Präventionsketten
Tel.: 0541-501 3574
e-Mail: Janna.Heinrich@Lkos.de

LANDKREIS OSNABRÜCK

Präventionsketten Niedersachsen
Gesund aufwachsen für alle Kinder!

Maßnahmen zur Unterstützung/Förderung von Eltern und Kindern

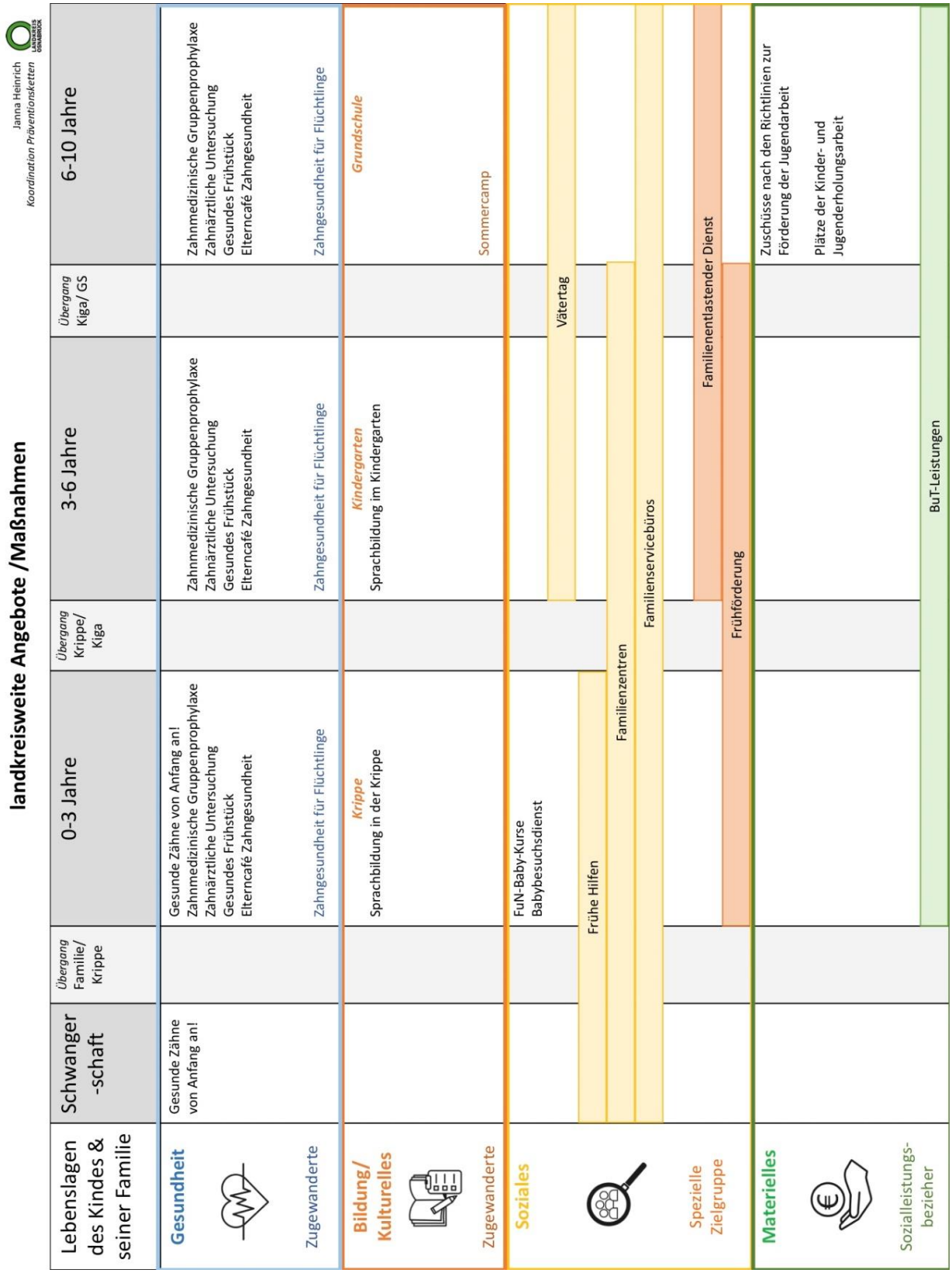
Fachdienst: _____

Name des Angebots/der Maßnahme (es sind eigene sowie vom FD geförderte Maßnahmen gemeint)	**Kurzbeschreibung** (Worum geht es? Wer führt die Maßnahme durch? ...)	**Spezielle Zielgruppe** (z.B. Eltern/Kinder mit Behinderung; von Armut betroffene Eltern/Kinder, Alleinerziehende und ihre Kinder; Angebote zur Elternbildung ...)	**Träger**	**In welcher Kommune wird das Angebot/die Maßnahme durchgeführt?**	**Art des Angebots/der Maßnahme** (z.B. Regelangebot; Projektstatus mit Laufzeit; ...)
Alter der Kinder: 0-3 Jahre					
Alter der Kinder: 3-6 Jahre					
Alter der Kinder: 6-10 Jahre					
Altersübergreifende Angebote zur Unterstützung/Förderung von Eltern und Kindern (0-10 Jahre)					

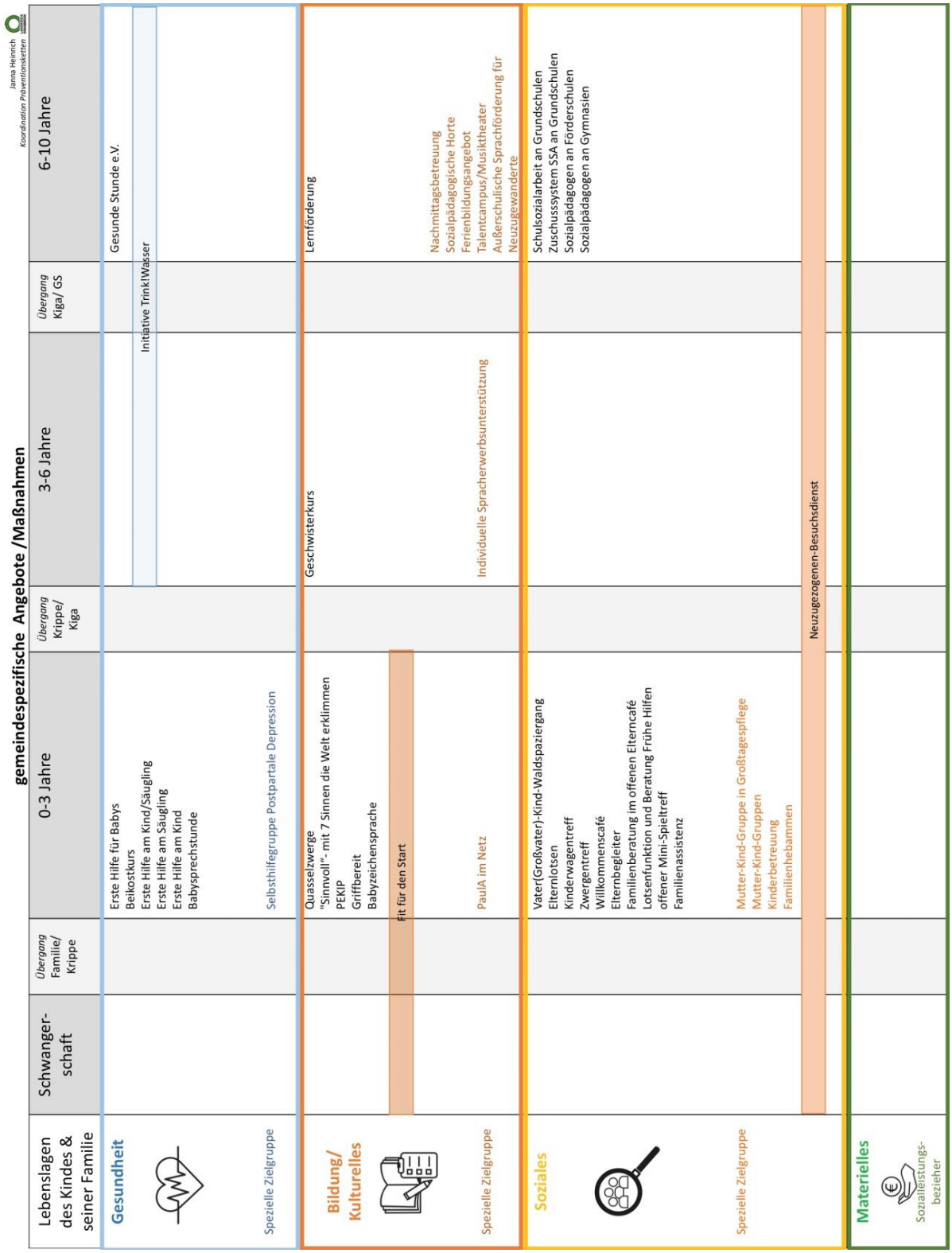
Anhang F: Datenblatt zur Sammlung aller landkreisfinanzierten Angebote

Das Datenblatt wird als Excel-Datei digital zur Verfügung gestellt.

Anhang G: Angebotsanalyse landkreisweite Angebote



Anhang H: Angebotsanalyse gemeindespezifische Angebote



Anhang I: Angebotsanalyse alle Angebote

Alle landkreisfinanzierten Angebote /Maßnahmen (landkreisweit oder gemeindespezifisch)

Janna Heinrich
Koordination Präventionsketten

Lebenslagen des Kindes & seiner Familie	Schwanger-schaft	*Übergang* Familie/ Krippe	0-3 Jahre	*Übergang* Krippe/ Kiga	3-6 Jahre	*Übergang* Kiga/ GS	6-10 Jahre
Gesundheit	Gesunde Zähne von Anfang an!		Gesunde Zähne von Anfang an! Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung Gesundes Frühstück Elterncafé Zahngesundheit Erste Hilfe für Babys Beikostkurs Erste Hilfe am Kind/Säugling Erste Hilfe am Säugling Erste Hilfe am Kind Babysprechstunde		Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung Gesundes Frühstück Elterncafé Zahngesundheit		Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung Gesundes Frühstück Elterncafé Zahngesundheit
					Initiative Trink!Wasser		
							Gesunde Stunde e.V.
Spezielle Zielgruppe			Selbsthilfegruppe Postpartale Depression Zahngesundheit für Flüchtlinge		Zahngesundheit für Flüchtlinge		Zahngesundheit für Flüchtlinge
Bildung/ Kulturelles			***Krippe*** Sprachbildung in der Krippe Quasselzwerge "Sinnvoll"- mit 7 Sinnen die Welt erklimmen PEKIP Griffbereit Babyzeichensprache		***Kindergarten*** Sprachbildung im Kindergarten Geschwisterkurs		***Grundschule*** Lernförderung
	Fit für den Start						
Spezielle Zielgruppe			PaulA im Netz		Individuelle Spracherwerbsunterstützung		Nachmittagsbetreuung Sozialpädagogische Horte Ferienbildungsangebot Talentcampus/Musiktheater Sommercamp Außerschulische Sprachförderung für Neuzugewanderte
Soziales			FuN-Baby-Kurse Babybesuchsdienst Vater(Großvater)-Kind-Waldspaziergang Elternlotsen Kinderwagentreff Zwergentreff Willkommenscafé Elternbegleiter Familienberatung im offenen Elterncafé Lotsenfunktion und Beratung Frühe Hilfen offener Mini-Spieltreff Familienassistenz				Schulsozialarbeit an Grundschulen Zuschusssystem SSA an Grundschulen Sozialpädagogen an Förderschulen Sozialpädagogen an Gymnasien
					Vätertag		
	Familienservicebüros						
	Familienzentren						
Spezielle Zielgruppe			Mutter-Kind-Gruppe in Großtagespflege Mutter-Kind-Gruppen Kinderbetreuung Familienhebammen				
					Familienentlastender Dienst		
			Frühförderung				
	Neuzugezogenen-Besuchsdienst						
Materielles							Zuschüsse nach den Richtlinien zur Förderung der Jugendarbeit Plätze der Kinder- und Jugenderholungsarbeit
Sozialleistungs-bezieher			BuT-Leistungen				