



Kommunale Prävention für Kinder und Familien

Erfahrungen aus Europa

Christina Wieda, Stephan Grohs, Niclas Beinborn

Im Jahr 2011 haben die Landesregierung Nordrhein-Westfalen und die Bertelsmann Stiftung das Modellvorhaben „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ (KeKiz) ins Leben gerufen. Ziel dieser Initiative war und ist es, gemeinsam mit den beteiligten Modellkommunen allen Kindern und Jugendlichen bestmögliche Chancen für ein gelingendes Aufwachsen und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen – und das unabhängig von ihrer Herkunft. Die Initiative wurde von Beginn an wissenschaftlich begleitet. Die Bertelsmann Stiftung verantwortet die Begleitforschung gemeinsam mit ihren wissenschaftlichen Partnern. In der vorliegenden Schriftenreihe werden in unregelmäßigen Abständen Einblicke und Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Begleitforschung zur kommunalen Prävention mit unterschiedlichen wissenschaftlichen Partnern veröffentlicht. Die Reihe „Materialien zur Prävention“ macht dabei auch thematisch zugehörige Erkenntnisse und Einblicke aus der erweiterten wissenschaftlichen Betrachtung des Modellvorhabens bekannt.

Christina Wieda, Stephan Grohs, Niclas Beinborn

**Kommunale Prävention für Kinder und Familien
Erfahrungen aus Europa**

Schriftenreihe Materialien zur Prävention

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Christina Wieda, Stephan Grohs, Niclas Beinborn

Kommunale Prävention für Kinder und Familien

Erfahrungen aus Europa

Schriftenreihe Materialien zur Prävention
Erscheinungsort Gütersloh
Band 19 (September 2020)

Die Materialiensammlung wird herausgegeben von:

© Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon 05241 81-81 285
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich:

Dr. Kirsten Witte, Director Programm LebensWerte Kommune, Bertelsmann Stiftung

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Anja Langness, Senior Project Manager „Kein Kind zurücklassen!“, Bertelsmann Stiftung
Christina Wieda, Senior Project Manager, „Kein Kind zurücklassen!“, Bertelsmann Stiftung

Autoren: Christina Wieda, Stephan Grohs, Niclas Beinborn

Koordination: Christina Wieda, Bertelsmann Stiftung

Lektorat: Heike Herrberg, Bielefeld

Titelbild: © JenkoAtaman – stock.adobe.com

Gestaltung: Dietlind Ehlers, Bielefeld

DOI 10.11586/2020041

Mit finanzieller Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen und des Europäischen Sozialfonds.

Inhalt

Vorwort	8
1 Einleitung	10
2 Herausforderungen beim Aufbau von kommunalen Präventionsketten	13
2.1 Der Präventionsbegriff	13
2.2 Erfahrungen aus KeKiz: Gelingensbedingungen kommunaler Prävention	14
2.3 Ziele der Europäischen Vergleichsstudie und Länderauswahl	18
3 Neue Wege für gelingendes Aufwachsen – gute Beispiele aus der europäischen Nachbarschaft	20
3.1 Niedrigschwellige integrierte Angebote	20
3.2 Mehr Kooperation zwischen Regelinstitutionen	23
3.3 Koordination fördern – nicht nur zwischen den Regelstrukturen	26
3.4 Prävention als Pflichtaufgabe	29
3.5 Konsequente Kommunalisierung	32
4 Wichtige Schritte zu mehr Prävention für Kinder und Jugendliche	36
5 Drei Fragen an die kommunale Praxis	43
Literaturverzeichnis	49

Vorwort

Seit 2012 arbeiten nordrhein-westfälische Kommunen an lebensphasenübergreifenden Präventionsketten, die Gesundheit, (frühkindliche) Bildung, Schule und soziale Fragen koordinieren. Ihr Ziel ist, **allen Kindern und Jugendlichen – unabhängig von der Herkunft – bestmögliche Chancen und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen**. Das ist machbar, wenn die Bedarfe und Ressourcen von Kindern und ihren Familien im Mittelpunkt stehen – und nicht die Zuständigkeiten in den Ämtern. „Vom Kind her“ zu denken sollte daher den Aufbau kommunaler Präventionsketten inspirieren.

Was können wir von den europäischen Nachbarn lernen?

Dieser Frage widmet sich die vorliegende Kurzanalyse. Präventive Konzepte für gelingendes Aufwachsen sind in den europäischen Staaten sehr unterschiedlich verankert. Die Länder unterscheiden sich nicht nur in puncto Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Staats-, Verwaltungs- und Finanzierungsebenen, sondern auch in der Fragmentierung von Angebotsstrukturen, ihrer inhaltlichen Ausrichtung und ihrem Verständnis von Prävention. Allen untersuchten Ländern ist eines gemeinsam: Es fehlt ein **einheitliches, themen- und institutionen-übergreifendes Präventionsverständnis**.

Die Bertelsmann Stiftung hat zwischen Oktober 2017 und Dezember 2018 mit dem Deutschen Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung in Speyer den Bericht „**Making prevention work. Preventive structures and policies for children, youth and families**“ auf den Weg gebracht. Ebenfalls in dieser Reihe erschienen sind drei vertiefende **Fallstudien in Frankreich, Österreich und den Niederlanden**.

Der „**Comprehensive Report**“ betrachtet kommunale Präventionsansätze in elf Ländern und vergleicht sie mit Deutschland. Ausgewählt wurden **Dänemark, England** (als Teil des Vereinigten Königreichs), **Finnland, Frankreich, Irland, Litauen, die Niederlande, Österreich, Schweden, Spanien und die Tschechische Republik**. Da die in Deutschland agierenden Akteure und Institutionen in den Bereichen **Jugendhilfe, Gesundheit, Bildung und Soziales** nicht eins zu eins auf andere Länder übertragbar sind, wurde neben der Betrachtung staatlicher Strukturen auch untersucht, welche Angebote für Familien und Kinder in besonderen Problemlagen zugänglich sind. Dabei zeigt sich: **Koordination ist die entscheidende Voraussetzung**, um Kinder und Familien in den Kommunen möglichst gut zu unterstützen.

1 Einleitung

Wie kann kommunale Prävention gestärkt werden, so dass Kinder gut aufwachsen und ihre Potenziale entfalten können? Diese Frage wird nicht nur in Deutschland diskutiert. Daher lohnt ein Blick über den deutschen Tellerrand, denn in den anderen europäischen Staaten zeigen sich ähnliche Problemlagen – aber auch unterschiedliche Lösungsansätze. Diese mögen nicht in jedem Fall eins zu eins auf Deutschland übertragbar sein, öffnen jedoch den Blick für Alternativen, über deren Anpassung an das deutsche Umfeld zu diskutieren lohnt.

In den letzten Jahren wurde viel über die Folgen von Armut geforscht, beispielsweise zu Armut und Gesundheit (Rehrmann 2008; Robert-Koch-Institut 2018), Armut und Bildungserfolg (Groos & Jehles 2015; Groos et al. 2020) oder Armut und Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung (Bürger 2010). Folglich erscheint es sinnvoll, Probleme nicht singular anzugehen, sondern in dem Zusammenhang, in dem sie entstehen. Dazu wurden in den vergangenen Jahrzehnten viele Initiativen auf den Weg gebracht: vom Konzept der Gemeinwesenarbeit über die Initiative „Soziale Stadt“ des Bundes zu den verschiedenen Koordinationsprojekten der jüngsten Vergangenheit, wie „Kommunales Bildungsmanagement“, „Gesund aufwachsen“, „Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“, die „Kommunalen Integrationszentren“ und natürlich „Kein Kind zurücklassen!“. Alle Initiativen teilen einen Gedanken: Die Menschen müssen im Mittelpunkt stehen, ihre Bedarfe und Ressourcen angesprochen, die familiäre Situation und die direkte Nachbarschaft berücksichtigt und auch die Institutionen vor Ort wie Kita, Schule oder Kinderarzt eingebunden werden. Aber wie kann das im komplizierten Aufbau des deutschen Sozialstaats gelingen?

In Deutschland ist es beispielsweise ohne eine Beantragung über das Land nicht möglich, dass Städte und Gemeinden Mittel aus der Krankenversicherung zur Gesundheitsprävention für alle Kinder in Institutionen eines besonders armen Stadtviertels einsetzen (vgl. z. B. § 20 SGB V; weiterführend Lohse et al. 2017). Auch der Unterricht kann nicht einfach auf die Bedarfe der Schülerschaft in partnerschaftlicher Kooperation zwischen Lehrenden und Jugendhilfe abgestimmt werden. Vor diesem Hintergrund sind **untergesetzliche Regelungen – also Kooperationen und Netzwerkbildung – bisher der Königsweg, um in Kommunen integrierte Angebote für Kinder und Jugendliche** zu schaffen. Im Sinne der kommunalen Selbstverwaltung haben deutsche Kommunen im Rahmen der örtlichen Gemeinschaft das Recht, auf Basis der geltenden Gesetzeslage im Bereich der freiwilligen und pflichtigen Selbstverwaltungsaufgaben nach eigenem Ermessen zu gestalten.

Das grundgesetzlich geschützte Recht auf kommunale Selbstverwaltung¹ birgt eine große Chance, gelingendes Aufwachsen gemäß dem örtlichen Bedarf zu gestalten, aber es beinhaltet auch ein Risiko, da sich die Leistungsfähigkeit von Kommune zu Kommune deutlich unterscheidet. Sowohl in der Kinder- und Jugendhilfe als auch bei der Ausstattung von Schulen sowie bei der Integration von Zugewanderten ist in Deutschland von gleichwertigen Lebensverhältnissen nicht mehr auszugehen (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat 2019). Das hat auch, aber nicht nur finanzielle Gründe. Der **politische Wille**, Kindern und Jugendlichen den Weg in ein selbstständiges und eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen, sowie die **fachlichen und systemischen Fähigkeiten** der handelnden Akteure sind zentral für **kommunale Prävention**. Fehlen diese, enden die vielversprechenden Ansätze von Koordinationsprojekten, sobald die Finanzierung endet. Dieses Phänomen ist nicht nur in Deutschland, sondern europaweit festzustellen (Grohs 2019). Den Mitarbeiter:innen in deutschen Kommunen fehlt nach Projektende oft über die Finanzierung hinaus auch noch ein Mandat, um ihre präventiv ausgerichteten Koordinationsaktivitäten fortzusetzen.

1 Art. 28 (2) 1 Den Gemeinden muss das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln. 2 Auch die Gemeindeverbände haben im Rahmen ihres gesetzlichen Aufgabenbereiches nach Maßgabe der Gesetze das Recht der Selbstverwaltung. 3 Die Gewährleistung der Selbstverwaltung umfasst auch die Grundlagen der finanziellen Eigenverantwortung; zu diesen Grundlagen gehört eine den Gemeinden mit Hebesatzrecht zustehende wirtschaftskraftbezogene Steuerquelle.

Wie kann hier unterstützend gehandelt werden, damit alle Kinder die Chance auf ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben haben? Wie gehen unsere europäischen Nachbarn die Herausforderung an? Was können wir für Deutschland und Nordrhein-Westfalen lernen?

Im Weiteren werden Kernergebnisse der Studie „Making Prevention Work“ bzw. „Prävention zum Laufen bringen“ vorgestellt (Grohs, Beinborn & Ullrich 2020).

2 Herausforderungen beim Aufbau von kommunalen Präventionsketten

2.1 Der Präventionsbegriff

Prävention rückt seit einigen Jahren europaweit mehr und mehr in den Fokus der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Sie wird in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union unterschiedlich interpretiert und ausgestaltet. Während sich in der deutschen Diskussion ein breiter Präventionsbegriff etabliert hat, werden in anderen Staaten viele Elemente eher als Social Investment diskutiert (Esping-Andersen 2002, Hemerijck 2017). „Social Investment“ ist breiter angelegt als „Prävention“, denn darunter wird nicht nur die Verhinderung ungünstiger Entwicklungen verstanden, sondern das proaktive Fördern von gelingendem Aufwachsen. Im Anschluss an die Diskussionen aus der ersten Phase von „Kein Kind zurücklassen!“ (KeKiz) (Strohmeier et al. 2016) werden als präventive Konzepte solche verstanden, die primärpräventiv der Entstehung von Problemlagen vorbeugen sollen. Das Ziel von KeKiz ist, ein gelingendes Aufwachsen aller Kinder und Jugendlichen in den Kommunen zu verbessern.

Kinder aus belasteten Familien sind oft mit vielen Problemstellungen gleichzeitig konfrontiert, etwa in Entwicklungs- und Gesundheitsfragen und im Bildungssystem, oder sie zeigen gar Tendenzen zu delinquentem Verhalten. Als Antwort darauf entwickelt sich kommunales Handeln in verschiedenen Bereichen wie Jugend, Bildung, Sport, Gesundheit oder Polizei. Präventionsaktivitäten sollen also den Folgen negativer individueller und/oder sozialräumlicher Benachteiligung entgegenwirken und gelingendes Aufwachsen begünstigen. Dabei machen sich primärpräventive Aktivitäten das Potenzial der Kinder und Jugendlichen zunutze und fördern Resilienz (Micosatt 2014).

ABBILDUNG 1: **Das Konzept der Präventionskette**

Präventionskette ohne Brüche, damit sich jedem Kind Perspektiven eröffnen!



Schwangerschaft/
Geburt

Kindergartenalter

schulische/
außerschulische
Bildung

Jugendalter

Berufseinstieg

Gesundes Aufwachsen – Familien stärken – Bildungsbiografien begleiten – Inklusion ermöglichen

© Bertelsmann Stiftung, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

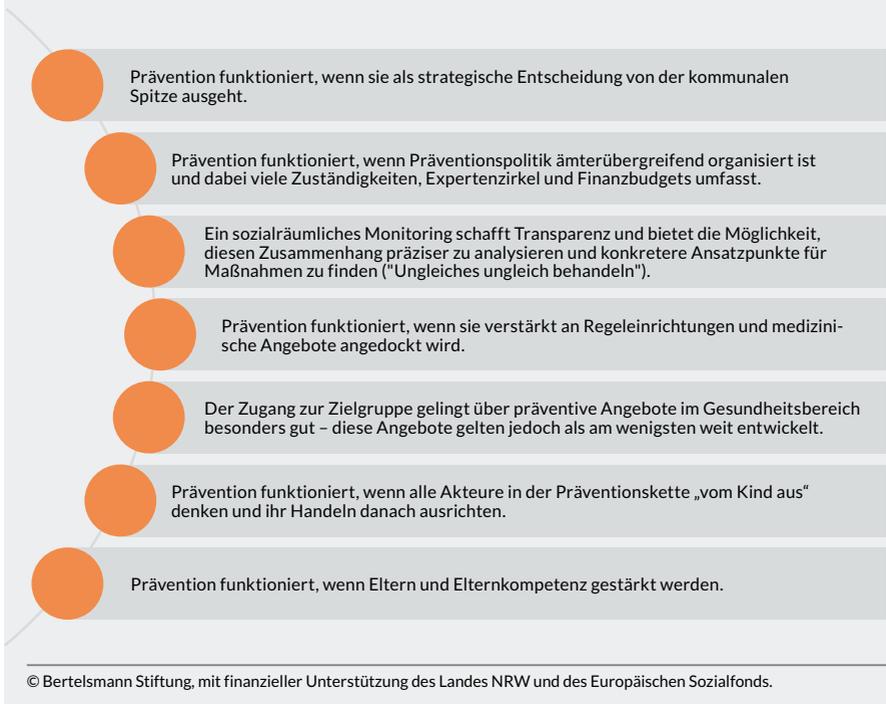
Die kumulierten Problemlagen überfordern jedoch ein einzelnes Unterstützungssystem. Hier bedarf es der Koordination unterschiedlicher Institutionen und Angebote für ein erfolgreiches Vorgehen. Der zugrunde gelegte Präventionsbegriff ist daher universalistisch, also an alle Kinder und Jugendlichen gerichtet, und ganzheitlich, also nicht auf ein Hilfesystem begrenzt.

2.2 Erfahrungen aus KeKiz: Gelingensbedingungen kommunaler Prävention

Die Begleitforschung zum Projekt KeKiz ist modular aufgebaut, denn für erfolgreiches präventives Handeln spielen viele Aspekte eine Rolle: Wie leben die Kinder in ihrem Stadtteil? Was brauchen ihre Familien? Wie kann die Stadtverwaltung auf den Bedarf reagieren? Besteht überhaupt ein Bewusstsein für die Relevanz präventiven Handelns? Und nicht zuletzt: Wie sieht die Relation zwischen Bedarfen und Ressourcen in der jeweiligen Kommune aus?

Über diese Fragen konnten die Voraussetzungen für erfolgreiche kommunale Prävention identifiziert werden (Abbildung 2).

ABBILDUNG 2: **Gelingensbedingungen kommunaler Prävention**



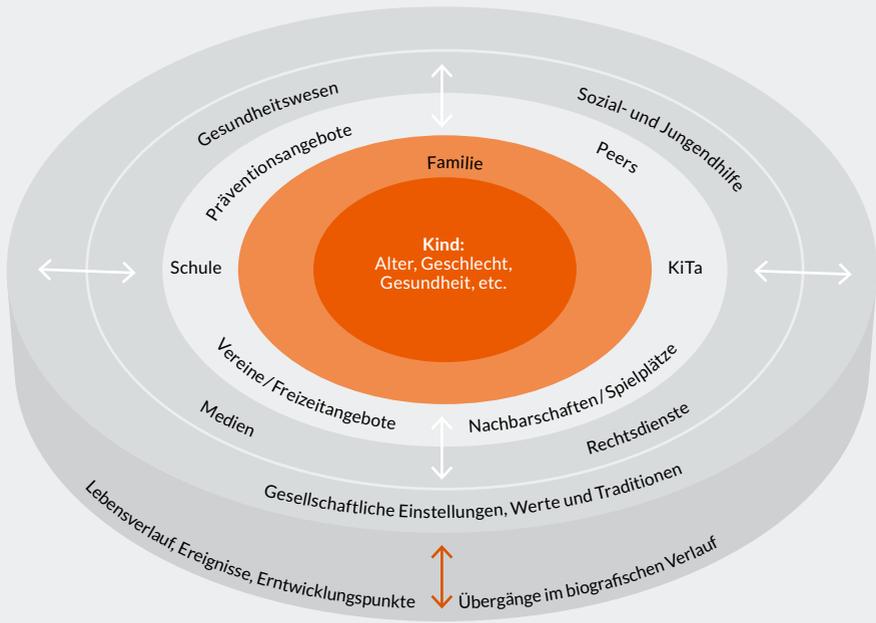
Ein besonderes Augenmerk sollte immer auf der Ansprache und Einbindung der Eltern in das präventive Geschehen liegen. Kinder können nur dann erfolgreich unterstützt werden, wenn das mit den Eltern und nicht gegen sie geschieht. Wie zentral die Familie für gelingendes Aufwachsen ist, zeigt das Modell in Abbildung 3.

Das Modell verdeutlicht darüber hinaus, warum es wichtig ist, präventive Angebote in den Alltag von Kindern zu integrieren. Dafür bieten sich die Regelinstitutionen an. Die Begleitforschung hat gezeigt, welche große Rolle Vertrauen spielt, wenn es darum geht, Angebote in Anspruch zu nehmen. Neben der Familie und Freunden sind es Menschen aus dem medizinischen Sektor, deren Rat gern angenommen wird. Daher sollten Präventionsangebote in Kommunen viel stärker über den Gesundheitsbereich oder gesundheitliche Fragestellungen an die Familien herangetragen werden.

ABBILDUNG 3: „Die zentrale Rolle der Familie für Prävention“

Familien sind wichtige Akteure im Präventionsgeschehen

- Familie ist die dauerhafte Umwelt, in der Kinder sich entwickeln,
- ist eine wichtige informelle Lernumgebung,
- steuert Umweltwirkungen auf die Entwicklung der Kinder.



In Anlehnung an: Bronfenbrenner, Ökologie der frühkindlichen Entwicklung, 1981

© Bertelsmann Stiftung, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

In Nordrhein-Westfalen (NRW) gibt es erfolgreiche Beispiele für Präventionsangebote, die diese Kriterien bereits berücksichtigen. Genannt seien hier die Vorsorge-Untersuchungen (U1 etc.) beim Kinderarzt bzw. bei der Kinderärztin sowie die Frühen Hilfen, aber auch die Familienzentren.

Wichtige Grundlage, um kommunale Präventionsangebote erfolgreich zu etablieren, ist die Unterstützung von Verwaltungsführung und Politik, aber auch die strategische Ein-

ABBILDUNG 4: **Rechtliche Einbettung von Präventionskette**



bindung der Angebote in die Stadtpolitik; zudem ist eine fachbereichs- und instituti-
onenübergreifende Kooperationsstruktur entscheidend, in der die Akteure „vom Kind
aus“ denken.

Eine erfolgreiche Kooperation zu etablieren, ist äußerst anspruchsvoll. Im deutschen
Kontext sind in unterschiedlichen Rechtskreisen Zuständigkeiten und Budgets über
verschiedene Institutionen verteilt. Eine fach- und institutionenübergreifende Zusam-
menarbeit ist wenig etabliert. Mit Blick auf Kinder in benachteiligten Sozialräumen kann
diese Fragmentierung fatale Folgen haben: Obwohl jede Behörde in ihrer Zuständigkeit
administrativ korrekt arbeitet, ist nicht sichergestellt, dass die sozialen, gesundheit-
lichen und erzieherischen Bedarfe von Kindern so koordiniert werden, dass damit der
Weg in ein selbstständiges und eigenverantwortliches² Leben wirkungsvoll unterstützt
wird. In der Politik- und Verwaltungsführung fehlt häufig noch das Bewusstsein für die
strategische Bedeutung von kommunalen Netzwerken und Prävention.

2 §1, Sozialgesetzbuch (SGB VIII), Aches Buch, Kinder- und Jugendhilfe, Stand: Neugefasst durch Bek. v.
11.9.2012 I 2022; Zuletzt geändert durch Art. 36 G v. 12.12.2019 I 2652.

ABBILDUNG 5: **Fragmentierte Finanzierung kommunaler Prävention**

Präventionskette ohne Brüche, damit sich jedem Kind Perspektiven eröffnen!



Gesundes Aufwachsen – Familien stärken – Bildungsbiografien begleiten – Inklusion ermöglichen

© Bertelsmann Stiftung, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

2.3 Ziele der Europäischen Vergleichsstudie und Länderauswahl

Wie abgeschottet voneinander die für Prävention wichtigen Bereiche gesetzlich verankert und finanziert sind, haben wir oben gezeigt. Um wirklich „vom Kind her“ zu denken, müssen die Fähigkeiten zur Kooperation zwischen (kommunalen) Institutionen und Professionen gestärkt und ausgebaut werden, damit die gesetzlichen und finanziellen Gräben überwunden werden können.

Die leitende Frage für die Studie „Making Prevention Work“ ist, wie andere Länder strukturell aufgestellt sind und ob diese Strukturen den Bedarf von Kindern und Familien ganzheitlicher ansprechen können. Auf Basis der in der bisherigen Begleitforschung identifizierten Erfolgsfaktoren für gelingendes Aufwachsen sind Ansätze und Modelle in EU-Nachbarstaaten gesucht worden, die die Anforderungen an präventives Handeln erfolgreich umsetzen.

Um eine große Bandbreite an Ideen ermitteln zu können, wurden unterschiedliche Typen von Wohlfahrtsstaatsmodellen betrachtet:

- Die nordeuropäischen Staaten mit ihrer ausgeprägten Kooperations- und Präventionskultur, die darauf abzielt, jeden und jede Bürger:in des Landes von Kindesbeinen an fürs Leben zu befähigen;
- Irland und England als Vertreter eines sogenannten liberalen Wohlfahrtsstaatsmodells, das darauf setzt, dass jeder Mensch grundsätzlich für sich selbst verantwortlich ist und der Staat nur im äußersten Notfall unterstützt (Esping-Andersen 1990);
- Österreich, Frankreich und die Niederlande, die eine ähnliche Wohlfahrtsstaatskultur wie Deutschland haben und soziale Sicherung hauptsächlich von der Erwerbsarbeit abhängig machen, jedoch ein materielles und soziales Existenzminimum jedem und jeder Bürger:in des Landes zugestehen;
- Spanien als Vertreter der südeuropäischen Staaten mit hohem fiskalischen Druck und schlechter Arbeitsmarktentwicklung, deren Sozialleistungen eher fragmentiert sind und die traditionellen Institutionen wie Kirche und Familie eine starke Stellung bei der sozialen Sicherung zugestehen;
- Litauen und die Tschechische Republik als mitteleuropäische Länder, die das System aus der kommunistischen Vergangenheit transformieren müssen und auf dieser Basis die Freiheit haben, ihr Wohlfahrtsstaatsmodell zeitgemäßen Bedarfen entsprechend zu gestalten.

3 Neue Wege für gelingendes Aufwachsen – gute Beispiele aus der europäischen Nachbarschaft

Orientiert an den oben skizzierten Erfolgsfaktoren kommunaler Prävention für gelingendes Aufwachsen in KeKiz I, werden hier konkrete Präventionsbeispiele aus verschiedenen Ländern vorgestellt. Die Angebote liefern unabhängig von ihren kulturellen und strukturellen Verankerungen in den jeweiligen Ländern Impulse für die Gestaltung kommunaler Präventionsketten in Deutschland. Die Länderbeispiele stammen aus der bereits angesprochenen Europäischen Vergleichsstudie („Making Prevention work“) und sind dort ausführlich dargestellt.

3.1 Niedrigschwellige integrierte Angebote

Prävention wirkt, wenn Kinder und Familien früh erreicht und begleitet werden. Dazu eignen sich niedrigschwellige, fachübergreifende Angebote, die sich an alle Familien wenden, möglichst breit in der Gesellschaft akzeptiert sind und somit stigmatisierenden Effekten vorbeugen. Wenn die Fachkräfte Familien zu allen Belangen beraten und unbürokratisch in passende Angebote oder zur zuständigen Stelle vermitteln können, ist ein wichtiger Schritt getan.

In mehreren der hier untersuchten Länder finden sich gute kommunale Angebote, die so konzipiert sind. Viele Kommunalverwaltungen in Dänemark, Schweden oder Finnland verfügen über gemeindebasierte Familien- oder Gesundheitszentren. *Sure-Start*-Zentren im Vereinigten Königreich verfolgen einen ähnlichen Ansatz. In größeren Städten können Familienzentren auch dezentral in den Stadtteilen verortet sein. Häufig bieten sie Veranstaltungen an, wie Kinderflohmärkte oder Theater, Kinderbibliotheken, Spielmöglichkeiten und Cafeterien. Damit wird der Eindruck vermieden, es handele sich um

einen Anlaufpunkt für „Problemfamilien“. Je weiter solche Zentren von stigmatisierenden Settings entfernt sind, desto eher werden sie von Eltern genutzt. Meistens sind die Gesundheitsdienste – wie in den Gelingensbedingungen von „Kein Kind zurücklassen!“ beschrieben – der erfolgreiche Anker, um Familien auch mit anderen Beratungsleistungen zu erreichen.

Beispiel Finnland

Modellprojekt Familienzentrum



In Finnland liegt die Verantwortung für die Kinderbetreuung, für Schule, Erziehung und Jugendhilfe, aber auch für den Gesundheitsbereich bei den Kommunen. Das nationale Kinder-Wohlfahrtsgesetz verpflichtet die Städte und Gemeinden zur Kooperation und zum Informationsaustausch in allen Bereichen, die Kinder betreffen. Davon unabhängig genießen die Kommunen größtmögliche Freiheit bei der Ausgestaltung und Verwaltung ihrer Aufgaben.

Um die kommunale Koordination von Service und Leistungen noch enger an dem Bedarf von Familien und Kindern zu orientieren, sind in immer mehr finnischen Städten Familienzentren eingerichtet worden. Auch dort ist das Ziel, über Prävention und frühzeitige Intervention gelingendes Aufwachsen zu fördern und kommunale Angebote besser zu vernetzen. Die Organisationsform ist unterschiedlich: Mal bevorzugen die Städte die Arbeit in Netzwerken, mal steht eine zentrale Koordination seitens der Kommune im Vordergrund.

Die Familienzentren sind Teil des nationalen Entwicklungsplans für soziale Wohlfahrt und Gesundheitsfürsorge, der zwischen 2012 und 2015 auf den Weg gebracht wurde. Das nationale Institut für Gesundheit und Wohlfahrt ist Vorreiter bei der Bereitstellung von Richtlinien, Informationen und Vorschlägen zur Organisationsentwicklung sowie bei der Verbreitung von Good Practices. Darüber hinaus unterstützt es praktisch beim Aufbau der Familienzentren. Daten zur Leistungsbewertung und zum Management der staatlichen und privaten Akteure werden dort ebenfalls gesammelt und ausgewertet.

Elemente der Präventionskette in allen finnischen Kommunen

Auch wenn eine Kommune noch kein Familienzentrum eingerichtet hat, kann die Präventionskette flächendeckend im etablierten kommunalen Gesundheitszentrum starten. Elf Untersuchungen für werdende Mütter sind vorgesehen sowie weitere 16 Untersuchungen für das Kind, bis es in die Schule kommt. Die Untersuchungen sind nicht verpflichtend, aber beispielsweise verknüpft mit dem Anspruch auf Mutterschaftsgeld. Eine besondere Leistung ist der zweimalige Hausbesuch einer Kinderchwester nach der Geburt jedes Kindes. Zudem hat jedes Kind von Geburt an das Recht, eine Kita zu besuchen. Der Betreuungsschlüssel dort ist vorbildlich: Das Verhältnis bei unter Dreijährigen und in der häuslichen Tagespflege liegt bei 1:4, bei über Dreijährigen bei 1:7. Mit sechs Jahren beginnt die Schulpflicht mit einem Vorschuljahr. Die Kinder lernen neun Jahre lang ganztags und gemeinsam, danach schließt die weiterführende Schule mit dem Ziel der Hochschulreife an oder eine berufliche Ausbildung. Alle Kinder werden in der Schule mit einer Mahlzeit versorgt.

Der Zugang zu den Leistungen des Sozialstaats steht allen finnischen Bürger:innen offen und ist steuerfinanziert. Finanzielle Transaktionen, auch Familienbelange betreffend, laufen über die nationale Sozialversicherung Kela. Diese hat in allen Städten und Gemeinden Niederlassungen. Da der erste Kontakt zu den Familien über das kommunale Servicesystem erfolgt, verweisen die kommunalen Mitarbeiter:innen jene Familien, die sich über ihre finanziellen Ansprüche nicht im Klaren sind, an *Kela*.

Herausforderung

Die große Unabhängigkeit finnischer Kommunen und auch die unterschiedlichen territorialen Herausforderungen erschweren die schnelle landesweite Einführung der erfolgversprechenden Familienzentren.

3.2 Mehr Kooperation zwischen Regelinstitutionen

In Deutschland liegen die Hauptkompetenzen für Kinderbetreuung, Jugendhilfe und soziale Dienste in der Verantwortung der Kommunen. Grundsicherungsleistungen werden oft unter Beteiligung der Arbeitsagentur erbracht. Schule und Berufsausbildung sind in erster Linie auf Länderebene verortet. Der Gesundheitssektor wird durch verschiedene Krankenkassen finanziert. Die unterschiedlichen Leistungen zwecks Vorbeugung und Heilung werden in Netzwerken erbracht. Das Netzwerk besteht aus niedergelassenen Ärzt:innen und Krankenhäusern in unterschiedlicher Trägerschaft. Ärztekammern und kassenärztliche Vereinigung nehmen Einfluss auf Regularien, die konkrete Auswirkungen vor Ort haben. Weitere Akteure sind die Gesundheitsämter in den Kommunen, obgleich sie über ein eher eingeschränktes Portfolio verfügen. Die Koordination der Bereiche Kinder- und Jugendhilfe, allgemeine soziale Dienste, Grundsicherung, Bildung, Gesundheit und Beschäftigung ist folglich hochkomplex und in vielen Kommunen ausbaufähig (Bogumil & Seuberlich 2015).

Im internationalen Vergleich finden sich verschiedene Ansätze, wie mit diesem Problem umzugehen ist. Für eine Übertragung auf den deutschen Kontext scheinen Netzwerkstrategien, die über den Status quo hinausgehen, ein sinnvoller Weg zu sein. Die institutionalisierte Zusammenarbeit verschiedener Akteure ist der Schlüssel für eine funktionierende interdisziplinäre Präventionskette.

Die Europäische Vergleichsstudie zeigt interessante Netzwerkarbeit in verschiedenen Ländern. Ein Beispiel sind die externen Bildungsteams für schulische Interventionen in Spanien, die auf der institutionalisierten Kooperation diverser Fachkräfte beruhen. Externe Bildungsteams unterstützen hilfebedürftige Schüler:innen durch individuelle Maßnahmen. Die Organisationen variieren zwischen den Autonomen Regionen. Die Finanzierung solcher Strukturen stellt eine Herausforderung dar. Ein vielversprechender Ansatz sind in Österreich, Frankreich oder Litauen zentralstaatliche Finanztöpfe, die beispielsweise für die Koordination von Initiativen und Netzwerken auf lokaler und regionaler Ebene eingesetzt werden können.

Beispiel Frankreich

Etablierte Präventionsketten entlang der Regelinstitutionen



Prävention in Frankreich beginnt mit der verpflichtenden Registrierung der Schwangerschaft, die gleichzeitig den Zugang zu kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen für Mutter und Kind eröffnet. Im vierten Schwangerschaftsmonat ist eine ebenfalls verpflichtende Untersuchung vorgesehen. Zentraler Akteur sind die PMI, die *Centres de protection maternelle et infantile* (Zentren für den Schutz von Mutter und Kind). Sie sind auf der Ebene der *Départements* angesiedelt und begleiten bis zum sechsten Lebensjahr Mutter und Kind in Gesundheits- und Entwicklungsfragen. Im Alter zwischen drei und 16 Jahren sind alle Kinder bzw. Jugendlichen verpflichtet, Bildungseinrichtungen zu besuchen: zunächst drei Jahre eine Vorschule, dann eine Grundschule bis zum zehnten Lebensjahr und schließlich eine weiterführende Schule. Anschließend besteht bis zum 18. Lebensjahr weitere zwei Jahre die Pflicht, entweder auf eine höhere weiterbildende Schule oder auf eine Berufsschule zu gehen.

Im gesamten Bildungssystem sind der öffentliche Gesundheitssektor und Bildungsinstitutionen eng miteinander verzahnt, beispielsweise durch Schulärzt:innen. Bei sozialen Problemen handelt in den Schulen ein Team, bestehend aus Lehrkräften, auch speziell qualifizierten Lehrer:innen, und Vertreter:innen der schulärztlichen Betreuung. Bei Gewaltproblemen wird der enge Austausch mit den lokalen Behörden und der Polizei gesucht.

Netzwerkarbeit, um Zuständigkeiten auf unterschiedlichen Ebenen zu koordinieren

Frankreich setzt auf Netzwerkbildung, um präventionsrelevante Angebote auf den Ebenen der *Départements* und der Kommunen wie auch zwischen dem zentralstaatlich gesteuerten Schulsystem und den örtlichen Akteuren sinnvoll zu koordinieren. Speziell auf Familien und Jugendliche ausgerichtete Angebote gibt es sowohl in den *Départements* als auch in den Kommunen.

Grundsätzlich werden gesetzliche Vorgaben und das Sozialversicherungssystem zentral von Paris aus gestaltet, doch gleichzeitig haben die nachgeordneten administrativen Entitäten – die *Régions*, *Départements* und *Communes* – bei den präventionsrelevanten Aufgabenbereichen mitunter große Gestaltungsspielräume. Sie können auch selbst freiwillige Aktivitäten initiieren. Eine interessante Rolle spielen die gewählten Bürgermeister:innen und Ratspräsident:innen auf den verschiedenen nachgeordneten Ebenen. Sie können im Sinne ihres Auftrags Politikfelder gestalten, sind aber auch die lokale Exekutive des Zentralstaats.

Eine besondere Funktion in präventionsrelevanten Fragen hat die Familienkasse (*Caisse d'Allocation Familiale, CAF*). Sie ist für die soziale Sicherung aller Familien, auch bei besonderen Bedarfen, zuständig; zudem unterstützt sie finanziell den Bau, die Erweiterung und den Betrieb von (meist öffentlich betriebenen) Kinderbetreuungsstätten. Finanziert wird sie aus Beiträgen von Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmer:innen sowie über Steuern – wie auch die vier weiteren Bereiche des französischen Sozialversicherungssystems: Gesundheit, Unfall, Rente, Krankengeldfortzahlung.

Herausforderung

Obwohl in Frankreich viele Anforderungen an eine etablierte Präventionskette erfüllt werden, stellt der Übergang in den Arbeitsmarkt eine große Hürde für viele Jugendliche dar. Aus diesem Grund wurde das Programm *Education prioritaire* ins Leben gerufen: ein Netzwerk von Schulen in benachteiligten Vierteln. Hier wird nach einem auf den Bedarf der Schülerschaft abgestimmten Curriculum unterrichtet und speziell ausgebildetes Personal eingesetzt. Die Regierung will so den Bildungsungleichheiten benachteiligter Jugendlicher entgegenwirken.

3.3 Koordination fördern – nicht nur zwischen den Regelstrukturen

In Deutschland verhindert die unterschiedliche Leistungsfähigkeit von Kommunen, einheitliche Präventionsstrukturen zu etablieren. Viele Förderprogramme, besonders in benachteiligten Nachbarschaften, versuchen dem entgegenzuwirken. Um über Förderungen die Situation von benachteiligten Familien nachhaltig zu verbessern, müssen Städte und Gemeinden auch die entsprechenden Programme koordinieren. Bleibt das aus, wächst die Gefahr, dass Kinder aus armen Familien, die in einer Kommune mit angespannter Haushaltslage leben, trotz finanzieller Unterstützung von Land, Bund oder EU keine ausreichenden Möglichkeiten haben, sich gut zu entwickeln. Die Fähigkeit einer Kommune zur Koordination ist nicht hoch genug einzuschätzen.

Um eine Idee zu bekommen, wie kommunale Koordination im Rahmen § 28, GG Kommunales Selbstverwaltungsrecht,³ unterstützt werden kann, lohnt der Blick nach Irland. Das Land hat eine nationale Kinder- und Familienagentur aufgebaut, die unter anderem gezielt in bedürftigen Regionen mit lokalen Akteuren zusammenarbeitet.

3 Art. 28 (2) 1 Den Gemeinden muß das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln. 2 Auch die Gemeindeverbände haben im Rahmen ihres gesetzlichen Aufgabenbereiches nach Maßgabe der Gesetze das Recht der Selbstverwaltung. 3 Die Gewährleistung der Selbstverwaltung umfaßt auch die Grundlagen der finanziellen Eigenverantwortung; zu diesen Grundlagen gehört eine den Gemeinden mit Hebesatzrecht zustehende wirtschaftskraftbezogene Steuerquelle.

Beispiel Irland

Tusla: Auf dem Weg zu mehr Koordination



Die Kinder- und Familienagentur Tusla wurde 2014 vom Ministerium für Kinder- und Jugendangelegenheiten eingerichtet. Der Name ist ein Neologismus, der einen Neustart bezeichnet. Tusla vereinigt einige der nationalen Zuständigkeiten für Gesundheit, Bildung und Erziehung. Da es weder für das Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem noch für anhängige Institutionen Kooperationsverpflichtungen gibt, wurde mit der Einrichtung von Tusla ein wichtiger Schritt für mehr vernetztes Handeln gemacht. Als übergeordnetes Ziel soll die Agentur Kooperationsstrukturen und Interaktionen fördern, multi-professionelle Herangehensweisen vorantreiben und kontextabhängige Unterstützung stärken.

Neben den Aufgaben für alle Kinder und Familien koordiniert Tusla auch zunehmend Programme, die speziell in benachteiligten Stadtvierteln eingesetzt werden und vom Ministerium schon vor der Gründung der Kinder- und Familienagentur auf den Weg gebracht wurden.

Ein besonderes Augenmerk legt die Organisation auf den Kinderschutz. Um ihn voranzubringen, betreibt Tusla übers Land verteilt, vorrangig in benachteiligten Regionen, 109 *Family Resource Centres* und unterstützt gezielt Familien. Großer Wert wird hier auf die Zusammenarbeit mit Akteuren vor Ort gelegt. Zusätzlich beschäftigt Tusla sog. *education welfare officers*, die den regelmäßigen Schulbesuch unterstützen sollen (und im Ernstfall auch rechtliche Schritte einleiten können). Darüber hinaus beaufsichtigt Tusla auf Basis nationaler Standards Kinderbetreuungsstätten; die Einhaltung der Standards ist u. a. Voraussetzung dafür, dass diese Einrichtungen – im Rahmen der staatlichen Finanzierung von zwei kostenlosen Vorschuljahren – Plätze für Kinder anbieten dürfen.

Präventiv wirkende Strukturen

Das irische Gesundheitssystem (*Health Service Executive, HSE*) ist – ähnlich wie das britische – ein universelles staatliches System, das allerdings im Regelfall Kostenbeiträge erhebt. Es werden jedoch flächendeckend kostenlose Untersuchungen vor der Geburt für die Mutter und nach der Geburt für Mutter und Kind angeboten. Zudem

wird jedes Neugeborene innerhalb von sechs Wochen von einer Kinderschwester zu Hause besucht. Für Kinder unter sechs Jahren kann eine allgemeinmedizinische Kostenbefreiung beantragt werden (sog. *GP Visit Card for children under 6*). Diese Befreiung betrifft auch Untersuchungen im Alter von zwei und fünf Jahren zum kindlichen Entwicklungsstand. Unabhängig von dieser Regelung werden für alle Kinder kostenlose Untersuchungen im frühen Kindesalter sowie bei Schuleintritt angeboten. Menschen in Armut und Familien unterhalb einer gewissen Einkommensgrenze können ebenfalls kostenfreien Zugang zum Gesundheitssystem beantragen. Dadurch hat ein Drittel aller Iren die Möglichkeit einer kostenlosen Grundversorgung.

Alle Kinder in Irland haben, wie oben erwähnt, Anspruch auf zwei beitragsfreie Jahre in der Kita. Die Schule startet mit sechs Jahren, ab vier gehen die meisten Kinder in die sog. Kinderklasse an den Grundschulen. Der Schulbesuch ist kostenfrei. Schulen sind in der Regel in privater Trägerschaft und staatlich finanziert.

Herausforderung

Irland sind als liberalem Wohlfahrtsstaat universelle Ansätze und integriertes Handeln tendenziell fremd. Städte und Landkreise haben so gut wie keine Befugnisse in präventionsrelevanten Bereichen oder gar Einfluss auf die Gesetzgebung.

2014 verabschiedete die Regierung einen politischen Rahmen zur Verbesserung der Entwicklungs- und Lebenschancen von Kindern und Jugendlichen: *Better Outcomes, brighter Futures*. Die hier unternommenen Anstrengungen werden seit 2017 indikatorengestützt ausgewertet. Nun geht es darum, gewonnene Erkenntnisse für die Entwicklung ganzheitlicher, präventiver Ansätze zu nutzen und dabei auch die Erfahrungen der Kommunen einzubinden. Seit 2018 gibt es zusätzlich eine Zehnjahresstrategie – *First 5* –, die bis 2028 die Situation von Säuglingen, Kleinkindern und deren Familien konkret verbessern will.

3.4 Prävention als Pflichtaufgabe

Prävention und Kooperation werden in Deutschland häufig als sog. freiwillige Aufgaben eingestuft, die für Kommunen nicht verpflichtend sind und daher bei schlechter Haushaltslage zuerst infrage gestellt werden. Dies widerspricht der Tatsache, dass sie in vielen Schulgesetzen und im Sozialgesetzbuch V ausdrücklich gefordert werden. Auch kennt das SGB VIII keine freiwilligen Aufgaben, sondern nur „Selbstverwaltungspflichtaufgaben“ (Grohs & Reiter 2017). Allerdings sind diese Leistungen unzureichend mit individuellen einklagbaren Rechtsansprüchen hinterlegt, so dass sie im kommunalen Gefüge und insbesondere bei den Haushaltsverhandlungen eine schwache Position haben.

Ein interessanter Ansatz, wie es anders gehen könnte, findet sich in Litauen. Das litauische Gesetz verpflichtet die Kommunen, präventiv wirkende Leistungen für Familien anzubieten und über Sozial-, Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen hinweg Unterstützung für Kinder und Familien zu koordinieren.

Diese verpflichtende Koordinationsaufgabe – und auch deren Finanzierung – auf Deutschland zu übertragen, würde die Stellung von kommunaler Prävention erheblich stärken, denn:

- Die Koordination von (rechtskreisübergreifenden) Leistungen wäre durchgängig vor Ort gewährleistet,
- gegen Kürzungen der Präventionsbudgets könnte, insbesondere gegenüber der Haushaltsaufsicht, substantiell argumentiert werden, und
- die Landesebene wäre nach dem Konnexitätsprinzip bis zu einem gewissen Grad dazu angehalten, die Präventionsleistungen zu finanzieren.

Beispiel Litauen

Prävention und Koordination gesetzlich verankert



Litauen hat in den letzten Jahren seine Anstrengungen verstärkt, Familien zu unterstützen und gelingendes Aufwachsen zu fördern. Das spiegelt sich in unterschiedlichen Gesetzen wider, die Infrastruktur, soziale Sicherung und die Koordination von Netzwerken adressieren. 2017 wurde ein Gesetz zur Stärkung von Familien verabschiedet. Es fördert die Kooperation zwischen verschiedenen staatlichen Ebenen und nimmt auch die Regierung in die Pflicht. Das Gesetz ermöglicht, Präventionsmaßnahmen auf den Weg zu bringen, die gesundheitliche Fragen oder Probleme sozial benachteiligter Familien in den Blick nehmen.

Die Gesetzgebung ist in Litauen ausschließlich auf nationaler Ebene angesiedelt. Zentrale Akteure für die Implementierung und Koordinierung, insbesondere präventiver Leistungen, sind die Städte und Gemeinden. Seit 2018 sind die Kommunen verpflichtet, auch vorbeugend sicherzustellen, dass Kinder und Familien unterstützt werden, und Angebote aus dem Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich sowie weiteren relevanten Institutionen zu koordinieren. Darüber hinaus sind die Kommunen nun auch für die Implementierung der Jugendpolitik zuständig. Schulen sind seit 2017 ebenfalls gesetzlich zur Prävention verpflichtet, vor allem mit Blick auf das Thema Mobbing. Die Schulen müssen nicht nur Präventionsprogramme anbieten, sondern Schüler:innen nehmen obligatorisch daran teil. Auch müssen alle Kinder, die eine Kita oder die Schule besuchen, jährlich ein aktualisiertes Gesundheitszeugnis vorlegen.

Hauptakteur in jeder Gemeinde ist ein inter-institutioneller Kooperationskoordinator, der aus dem Staatshaushalt finanziert wird. Er sitzt in der Regel auch einem Kinderwohlfahrtsausschuss vor, der das Wohlbefinden aller Kinder der Gemeinde sicherstellen soll und hierzu verschiedene Akteure aus Gesundheit, Bildung, Verwaltung und Gesellschaft versammelt. Ein weiterer staatlich finanzierter Akteur koordiniert vor Ort die Implementierung der Jugendpolitik. 2019 wurde das im Gesetz zur Stärkung von Familien vorgesehene Basis-Familiendienste-Paket verabschiedet, das 14 grundlegende Dienste für Familien in den Gemeinden vorschreibt. Die Kommunen setzen die Maßnahmen in kommunaler Selbstverwaltung um.

Präventive Maßnahmen entlang der Präventionskette

Grundsätzlich sind litauische Bürger:innen einkommensbasiert krankenversichert. Die Kommunen organisieren das Gesundheitssystem vor Ort und stellen auch die Koordination mit anderen präventionsrelevanten Akteuren sicher.

Frühkindliche Bildung sieht Litauen vorwiegend in der Verantwortung der Eltern. Dennoch sind die Kommunen verpflichtet, die Infrastruktur für die Kinderbetreuung zu organisieren. Der Staat zahlt vier Stunden Betreuungszeit pro Tag; 2016 wurde ein verpflichtendes Vorschuljahr eingeführt.

Nicht nur die äußeren Schulangelegenheiten sind Aufgabe der Kommunen, sondern diese haben auch einen Bildungsauftrag. Die generelle Schulpolitik sowie deren Finanzierung sind Aufgabe der zentralstaatlichen Ebene, die konkrete Umsetzung der Lerninhalte obliegt den Kommunen. Über diese Aufgabenteilung kann die Kommune ihrem präventiven Gestaltungsauftrag mit Blick auf regionale Herausforderungen gut nachkommen. Unabhängig von den Bildungsinstitutionen unterhält jede Kommune ein Zentrum zur Unterstützung in pädagogischen, psychologischen und Fragen der Erziehung. Hier können sich Eltern, Lehrkräfte und Erzieher:innen sowie Schüler:innen Rat holen. Auf zentralstaatlicher Ebene werden die örtlichen Einrichtungen in strukturellen und inhaltlichen Fragen unterstützt.

Herausforderung

Litauen bringt viele Voraussetzungen für gelingende Präventionsketten mit. Hervorzuheben ist die integrative Rolle der Kommunen, die für die Durchführung fast aller relevanten Aufgaben verantwortlich sind. Eine Herausforderung ist sicher deren unterschiedlich starke politische und fiskalische Stellung, die sie von den nordeuropäischen Kommunen unterscheidet und die je nach Ausstattung weniger Autonomie für ortsangemessene Strategien lässt.

3.5 Konsequente Kommunalisierung

Die konsequente Übertragung präventionsrelevanter Aufgaben auf die Kommunen ist – neben der Stärkung zentralstaatlicher Verantwortung – eine Möglichkeit, um starke Präventionsketten aufzubauen. Dieser Schritt stärkt die Kooperation in Netzwerken auf einer Ebene und erlaubt Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Das erleichtert die Abstimmung zwischen den professionellen Akteuren und macht das Hilfesystem für Familien verständlicher. Die nordeuropäischen Länder sind Vorreiter bei diesem Herangehen. Dort genießen die Kommunen traditionell weitgehende Autonomie in fast allen präventionsrelevanten Aufgabenfeldern.

Die Niederlande beschreiten seit 2015 einen ähnlichen Weg. Bis dahin wurde einzelnen Problemlagen mit spezialisierten Angeboten begegnet, die auf Ebene der Provinzen angesiedelt waren, während die Angebote zur Prävention auf Ebene der Kommunen lagen. Eine Zusammenarbeit fand kaum statt. In vielen Fällen erwies sich diese Aufteilung als ungeeignet, um Kinder bedarfsgerecht zu unterstützen. Statt Probleme von Kindern und Familien zusammenhängend anzugehen, wurden einzelne Auffälligkeiten über die Angebote, die auf Provinzebene angesiedelt waren, bearbeitet. Das führte zu einer wachsenden Inanspruchnahme spezialisierter und primär nachsorgender Hilfen. Um dem entgegenzuwirken, werden seit 2015 sowohl präventive als auch nachsorgende Aufgaben in den Kommunen gebündelt.

Beispiel Niederlande

Der Lückenschluss in der Präventionskette: Das Kinder- und Jugendgesetz – *Jeugdwet*

 Die Niederlande haben 2015 eine Reform auf den Weg gebracht: das Kinder- und Jugendgesetz (*Jeugdwet*). Damit sind alle Kompetenzen und Zuständigkeiten in der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinderschutz auf die Kommunen übergegangen. Die Idee dahinter ist, Kinder, Jugendliche und Familien frühzeitig, sozialraumorientiert und vernetzt zu unterstützen. Die Bündelung aller Kompetenzen für Kinder und Jugendliche auf kommunaler Ebene schafft administrativ ideale Voraussetzungen für integriertes präventives Handeln und für eine lückenlose Präventionskette entlang des Lebensverlaufs von Kindern und Jugendlichen.

Multiprofessionelle Nachbarschaftsteams oder alternativ Familienzentren können die verschiedenen Aspekte kindlicher und familiärer Probleme über Zuständigkeitsgrenzen hinweg bearbeiten. Auch für den Kinderschutz bringt die Reform eine positive Entwicklung: Solange er auf Ebene der Provinzen verortet war, überlagerte der stigmatisierende Effekt die Möglichkeit, sich bei Fragen frühzeitig Unterstützung zu holen – viele Eltern wandten sich daher bei Schwierigkeiten eher an den Gesundheitsdienst. Im jetzigen Setting können dessen Mitarbeiter:innen bei Auffälligkeiten das komplette kommunale Angebot vermitteln.

Die Präventionskette

Mit dem für alle Altersgruppen zuständigen öffentlichen Gesundheitsdienst (*Gemeentelijke Gezondheidsdienst, GGD*) haben die Niederlande einen guten Ansatz für präventives Handeln. Die meisten Kommunen organisieren oder kaufen dort einen speziellen Service für den Kinder- und Jugendbereich. In den ersten vier Lebensjahren ist das sog. Beratungsbüro (*Consultatiebureau*) zuständig. Alle Kinder werden dort nach der Geburt registriert und unabhängig vom Aufenthaltsstatus regelmäßig zu Untersuchungen und Impfungen eingeladen. Bis zum 18. Lebensjahr zahlen Kinder und Jugendliche auch keine Krankenversicherungsbeiträge. Der Gesundheitsdienst hat die Möglichkeit, Kinder in weiterführende Hilfen zu verweisen. Dadurch werden schwer erreichbare Familien ebenfalls frühzeitig angesprochen.

Der Jugendgesundheitsdienst (JGZ), der in den meisten Fällen Teil des Gemeindegesundheitsdienstes ist, deckt die Präventionskette bis zum 18. Lebensjahr ab und arbeitet eng mit den Schulen zusammen: Schüler:innen werden regelmäßig untersucht und in den Schulen werden Leitlinien rund um das Thema Gesundheit zur Verfügung gestellt. Die Mitarbeiter:innen des JGZ führen eine Akte mit wichtigen Daten zur Entwicklung der Kinder. Mit Einverständnis der Eltern wird diese Akte bei einem Umzug der neuen Gemeinde übermittelt.

Alle Kinder haben das Recht auf einen Kitaplatz. Die Kitas sind durchschnittlich zu 65 Prozent aus öffentlichen Mitteln finanziert, der Rest kommt aus einkommensabhängigen Elternbeiträgen.

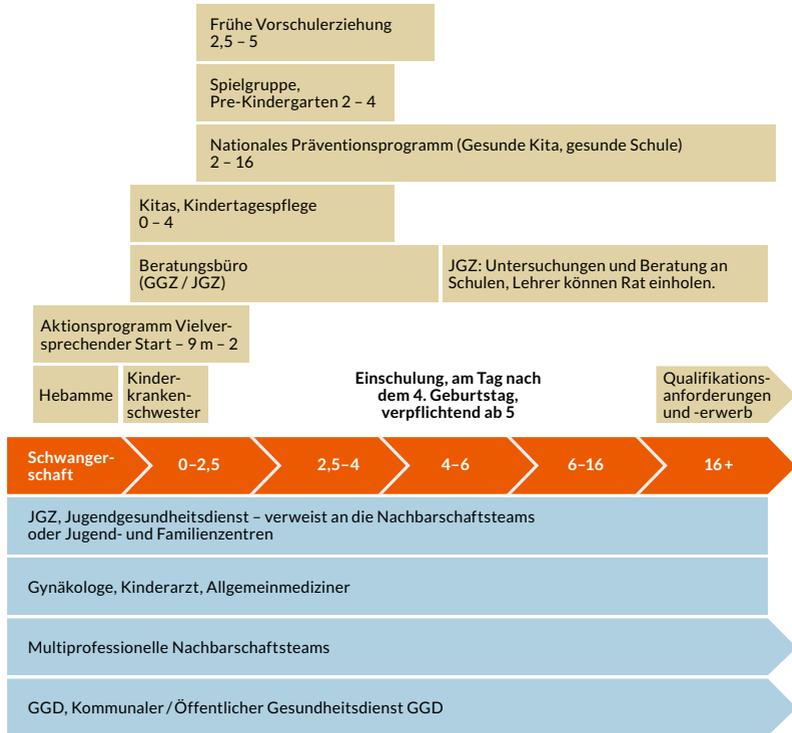
Der Übergang in die Schule gestaltet sich in den Niederlanden in besonderer Weise: Am Tag nach dem vierten Geburtstag gehen die Kinder in der Regel das erste Mal in die Schule. Ab dem fünften Geburtstag sind alle Kinder bis zum Alter von 16 Jahren schulpflichtig.

Zwei Drittel aller niederländischen Schüler:innen gehen auf eine private Schule, denn in der niederländischen Verfassung spielt die Freiheit der schulischen Erziehung eine zentrale Rolle. Der Staat trägt den größten Teil der Finanzierung; gleichzeitig werden die Schulen über einen Träger geführt, so dass die kommunale Einflussnahme – mit Blick auf integriertes Handeln im Sinne der Prävention – begrenzt ist.

Herausforderung

Die Einführung des Kinder- und Jugendgesetzes 2015 und die Übertragung aller Kompetenzen auf die kommunale Ebene sorgten zunächst für große Verwerfungen in den Städten und Gemeinden. Das Budget für unterstützenden Maßnahmen wurde um 15 Prozent gekürzt und bestehende Netzwerke, insbesondere zwischen kleineren Kommunen, lösten sich auf. Auch inhaltliche und organisatorische Hilfestellung war nicht ausreichend vorhanden. Inzwischen ist man auf einem guten Weg. Nun geht es darum, ein gemeinsames Präventionsverständnis voranzubringen sowie die Kommunikation und Koordination zwischen den Akteuren auf fachlicher und administrativer Ebene in den Kommunen zu stärken. Eine besondere Herausforderung besteht in der Interaktion

ABBILDUNG 6: Die Präventionskette in den Niederlanden



© Bertelsmann Stiftung, mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW und des Europäischen Sozialfonds.

mit den Schulen. Obwohl der Jugendgesundheitsdienst auch ins Schulleben integriert ist und Lehrer:innen bei Problemen sich hier Rat holen können, stellt die administrative Sonderstellung von Schulen sowie deren räumliche Unabhängigkeit von Gemeindegrenzen für eine sozialräumliche Einbindung ein großes Hindernis dar.

4 Wichtige Schritte zu mehr Prävention für Kinder und Jugendliche

Die Länderbeispiele zeigen nur einen kleinen Ausschnitt der unterschiedlichen Ansätze, mit denen in Europa Kinder und Jugendliche präventiv begleitet werden. Die überraschendste Erkenntnis aus „Making Prevention work“ ist, dass weniger die Organisation staatlicher Strukturen als mehr die (kommunalen) Fähigkeiten und Kapazitäten, sich in Netzwerken zu organisieren, ausschlaggebend für den Erfolg sind. Dafür ist die Stadt Wien (Ebinger 2020: 55) ein gutes Beispiel. Die österreichische Hauptstadt hat als Großstadt Netzwerke auf mehreren Ebenen mit administrativen und fachlichen Zuständigkeiten etabliert. Doch Netzwerke allein fördern noch keine Prävention vor Ort – wichtig ist auch, institutionen- und kompetenzübergreifend ein gemeinsames Verständnis für ein gemeinsames Ziel zu entwickeln, nämlich kein Kind zurückzulassen!

Ein gemeinsam getragenes **Präventionsverständnis** von gelingendem Aufwachsen ist ein wichtiger Baustein, um die starke Fragmentierung zwischen Gesundheits-, Erziehungs-, Bildungs- und sozialem Bereich sowie den anhängigen Professionen einzudämmen. Daran mangelt es leider nicht nur in Deutschland, sondern in allen untersuchten Ländern.

Die Architektur des deutschen Sozialstaats mit den verteilten Kompetenzen zwischen Bund und Ländern, der Garantie der kommunalen Selbstverwaltung sowie den einkommensabhängigen Sozialversicherungen – all dies ist hinderlich, um „vom Kind her“ zu denken. Ein professions- und rechtskreisübergreifendes Präventionsverständnis kann dem entgegenwirken.

Frankreich

Zugang zum Gesundheitssystem für alle Kinder?



Wie in Deutschland sind alle Kinder in Frankreich bei ihren Eltern kostenlos familienmitversichert. Das heißt im Umkehrschluss aber nicht, dass Kinder nur dann gesundheitliche Versorgung erhalten, wenn die Eltern krankenversichert sind.

In Frankreich haben grundsätzlich alle Personen, die regulär seit mindestens drei Monaten mit einem Aufenthaltstitel in Frankreich leben, Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung (*Assurance maladie*). Personen mit geringem oder ohne eigenes Einkommen erhalten über die universelle Absicherung PUMa (*Protection Universelle Maladie*) einen aus staatlichen Mitteln finanzierten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Minderjährige unter 18 Jahren sind auch in dieser Konstruktion automatisch über ihre Eltern mitversichert.

Asylbewerber, die sich weniger als drei Monate in Frankreich aufhalten, haben lediglich Zugang zu medizinischer Not- oder Mindestversorgung. **Schwangere und Kleinkinder erhalten jedoch jederzeit alle notwendigen Untersuchungen und Versorgungsleistungen.** Die Erstaufnahmestellen sind per Dekret des Innenministeriums angewiesen, Partnerschaften mit den PMI-Diensten (*Protection maternelle et infantile*) der *Départements* einzugehen, die **drei-Monats-Frist** beim Zugang zu regulären gesundheitlichen Versorgungsleistungen **gilt für Minderjährige explizit nicht.**

Verschiedene Untersuchungen aus jüngerer Zeit deuten allerdings darauf hin, dass sich die tatsächliche Situation der gesundheitlichen Versorgung für Asylbewerber:innen und Migrant:innen in Frankreich verschlechtert hat. **Kinder und Jugendliche haben auf Grund der kommunalen Gesundheitsdienste (PMI), des Schulgesundheitsdienstes und ihrer besonderen Zugangsrechte nach wie vor einen vergleichsweise guten Zugang zum Gesundheitssystem.**

Praktische Ansätze für ein solches Vorgehen finden sich bereits in verschiedenen sozialräumlichen Initiativen und Netzwerken, wie etwa den Frühen Hilfen oder bei „Kein Kind zurücklassen!“. Ein gemeinsamer europäischer Vorstoß, beispielsweise anknüpfend an die „**Child Guarantee**“ (European Commission 2020), könnte die Präventionsanstrengungen in den Ländern voranbringen. Für Deutschland ist es darüber hinaus vielversprechend, soziale Anstrengungen nicht als Kostenfaktor im kommunalen Haushalt zu betrachten, sondern als „**Investing in Children**“ (European Commission 2013).

Wie viele Länderbeispiele zeigen, ist der **Gesundheitssektor ein idealer Ausgangspunkt für präventive Aktivitäten**. Die Idee der Prävention stammt ursprünglich ohnehin aus der Gesundheitswissenschaft. Auch die wissenschaftliche Begleitforschung von „Kein Kind zurücklassen!“ belegt, wie hoch das Vertrauen aller Familien zu Kinderärzt:innen und Hebammen ist. Der Ausbau des öffentlichen Gesundheitssektors zur Unterstützung gelingenden Aufwachsens wäre eine Möglichkeit, um unabhängig vom Sozialversicherungsstatus der Eltern alle Kinder zu erreichen. Das ist beispielsweise in den Niederlanden schon der Fall. Auch laden die Niederlande alle Kinder, unabhängig vom Aufenthaltsstatus, zu Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen ein; die Versicherung bis zum 18. Lebensjahr ist ebenfalls kostenlos (Beinborn, Ullrich, Grohs 2020).

Mit Blick auf die positiven Erfahrungen in Dänemark und den Niederlanden könnte erwogen werden, ob und unter welchen Voraussetzungen der Gesundheitssektor geeignet wäre, präventiv relevante, personenbezogene **Daten** zur kindlichen Entwicklung zusammenzuführen. Das stärkt den Kinderschutz und ergänzt die **sozialräumliche Planung**, die in Deutschland bereits von vielen Kommunen angewandt wird. (Politische) Entscheidungen im Sinne von Kindern und Jugendlichen können dann auf einer breiten Grundlage getroffen werden. Der **kulturelle Aspekt** einer solchen Neuerung ist jedoch nicht zu vernachlässigen: Die nordeuropäischen Staaten genießen ein hohes Vertrauen ihrer Bevölkerung, während in Deutschland der Datenschutz eine zentrale Rolle in der öffentlichen Diskussion spielt. Mitarbeiter:innen sozialer Dienste agieren daher in diesen Fragen sehr bedacht.

Die **Schule** wird mehr und mehr vom Lernort zum **Lebensort** für Kinder und Jugendliche. Auch in Deutschland verbringen viele Kinder immer mehr Zeit am Tag in der Schule. Vor diesem Hintergrund sollte der Aspekt der Vermittlung von Schulwissen in einen ganzheitlichen Ansatz zur Begleitung von Kindern und Jugendlichen eingebettet werden. In vielen anderen europäischen Ländern, etwa in Frankreich, England oder

den Niederlanden, ist es üblich, diverse Vertreter:innen unterschiedlicher Gesundheitsberufe auch im Schulsystem zu beschäftigen. Neben (sozial-)medizinischen Aspekten rücken aber zunehmend auch unterschiedliche sozialpädagogische Bedarfe in den Fokus, die traditionell über die Jugendhilfe bedient werden. Um jedem Kind bestmögliche Entwicklungschancen zu bieten, wäre die Schule ein guter Ort, sich über gemeinsam entwickelte Konzepte der Lebenssituation der Kinder anzunähern.

Besonders **vulnerable Zielgruppen** profitieren, wenn Regelinstitutionen Beratung und Hilfe nicht stigmatisierend anbieten, etwa bei der Begleitung nach der Geburt, in der Kita oder der Schule. Auch **multiprofessionelle, sozialräumliche** kommunale Zentren, wie zum Beispiel in Finnland, bieten gute Möglichkeiten. Neben Unterstützung und Beratung für alle Familien werden Aktivitäten angeboten, beispielsweise Spielstunden oder Kinderflohmärkte. Der Zugang zu den Zentren ist niedrigschwellig, so dass sie von allen Familien aufgesucht werden und ein guter Einstieg sind, um auch Familien mit besonderem Bedarf zu unterstützen.

In Deutschland gibt es ebenfalls Ansätze vergleichbarer Angebote, wie die Frühen Hilfen, Familienzentren oder Elterncafés. Es besteht jedoch noch Handlungsbedarf, diese Angebote über die gesamte Kindheit bis ins junge Erwachsenenalter hinein zu verbreiten und auszuweiten sowie den **Übergang in sekundäre oder tertiäre** Präventionsmaßnahmen zu gestalten. Wie oben bereits skizziert, stellt die **Fragmentierung der Zuständigkeiten** eine flächendeckende Einführung multiprofessioneller kommunaler Angebote vor große Herausforderungen. Für die **Finanzierung** müssen neue Wege beschritten und die unterschiedlichen Maßnahmen aus Gesundheit, Erziehung und Sozialem sinnvoll verknüpft werden.

Auch werden nicht von heute auf morgen alle Familien die Angebote **akzeptieren und nutzen**. Ein unterstützender Weg könnte hier der **Ausbau bereits vorhandener Angebote** sein. Der Anreiz, solche Zentren aufzusuchen, wird weiter gestärkt, wenn beispielsweise die Inanspruchnahme präventiver Angebote Voraussetzung für die Auszahlung von Mutterschafts- oder Kindergeld ist. Finnland, Frankreich und Österreich haben hiermit positive Erfahrungen gemacht. Keine werdende Mutter in Finnland ist verpflichtet, an Untersuchungen teilzunehmen – möchte sie Mutterschaftsgeld bekommen, muss sie jedoch teilnehmen. Das gleiche Prinzip gilt in Österreich, wo die Höhe des sog. Kinderbetreuungsgeldes an die Durchführung und den Nachweis von insgesamt zehn Untersuchungen (fünf während der Schwangerschaft, fünf nach der Geburt)

gekoppelt ist. In Frankreich wiederum muss die Schwangerschaft offiziell bei der Familienkasse gemeldet werden, um Anspruch auf verschiedene Leistungen zu erhalten.

Ist es sinnvoll, **Prävention als Pflichtleistung** gesetzlich festzuschreiben? Das wäre zu diskutieren. Ein einklagbares Recht auf gelingendes Aufwachsen und eine selbstbestimmte Zukunft existiert in keinem der untersuchten Länder. Präventionsanstrengungen werden in der Regel freiwillig von der Kommune geleistet. Eine Pflichtleistung würde mehr Kindern die Chance auf Teilhabe und Selbstbestimmung ermöglichen. Auf dem Weg dahin könnte ein Vorgehen wie in Frankreich (Reiter 2020: 59) ein erster Schritt sein, wo die *Communes*, *Départements* und *Régions* turnusmäßig und überprüfbar zur **regelmäßigen strategischen Planung** der Anstrengungen zum Kinderschutz verpflichtet sind, aber darüber hinaus auch zur präventiven Unterstützung von Kindern. Vorbild kann auch Litauen sein, wo die Gemeinden zur vorbeugenden Unterstützung und zur Koordination verschiedener präventionsrelevanter Dienste verpflichtet sind – und auch Institutionen wie einen Koordinator oder Kinderwohlfahrtsausschüsse geschaffen haben, die dies sicherstellen sollen.

In Deutschland konnten Kommunen über die **verschiedenen Netzwerkinitiativen** in den vergangenen Jahren viel Kompetenz zum Aufbau rechtskreisübergreifender Strukturen und zur Ausgestaltung präventiver Angebote entwickeln. Auch auf unterschiedlichstes Material kann in der Regel kostenfrei zugegriffen werden. Dennoch kommt der systematische und kontinuierliche Aufbau von Netzwerken und Präventionsketten oft nur zäh voran. Gründe dafür sind auch die **unterschiedlichen lokalen Kapazitäten** sowie der erhebliche **Einfluss der (territorialen) Größe** von Kommunen auf Jugendpolitik und Präventionsleistung. Dezentrale Sozialraumorientierung ist eine Seite guter Praxis, aber die Sicherstellung guter fachlicher Praxis braucht eine gewisse Größe, die Spezialisierungen zulässt.

Würden die Länder die Kommunen inhaltlich und finanziell beim Aufbau von **Netzwerkarbeit auf regionaler und kommunaler Ebene** systematisch unterstützen, wäre das ein guter erster Schritt, um die Implementierung von möglichst flächendeckenden präventiven Angeboten voranzutreiben und ausreichend zielgruppenorientierte, diskriminierungsfreie und den Bedarfen von Kindern und Familien entsprechende Angebote zu machen. Für arme Kommunen mit hoher sozialer Belastung wäre zu überlegen, inwieweit eine Finanzierung **präventiver Elemente für besonders belastete Sozialräume** sinnvoll wäre, etwa über eine bundesweite Stiftung nach dem Vor-

Acht Forderungen, um kommunale Prävention für gelingendes Aufwachsen zu fördern:

- 1 Das Land und die kommunalen Akteure vor Ort müssen ein gemeinsames **Präventionsverständnis** von gelingendem Aufwachsen entwickeln.
- 2 **Kommunen und Regionen** sollten in die **präventionsrelevante Gesetzgebung** eingebunden werden, um die Umsetzung vor Ort sicherzustellen.
- 3 **Die Schule ist als Lebensort** für Kinder und Jugendliche zu gestalten, unterstützt von Jugendhilfe und Gesundheitssektor.
- 4 **Präventive Aktivitäten** sollten über den **öffentlichen Gesundheitssektor** etabliert werden. Dies betrifft nicht nur den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), sondern auch die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, insbesondere Kinderärzt:innen und Geburtskliniken oder auch Gynäkolog:innen.
- 5 **Individuelle Daten** zur kindlichen Entwicklung sollten über den **Gesundheitssektor** zusammengeführt werden, um **Kinderschutz** zu stärken und **sozialräumliche Planungen** zu ergänzen.
- 6 **Vulnerable Familien** sollten über Regelinstitutionen **multiprofessionell und institutionenübergreifend im Sozialraum** begleitet werden, ohne sie zu stigmatisieren.
- 7 **Prävention ist als Pflichtleistung** gesetzlich festzuschreiben, um damit mehr Kindern die Chance auf Teilhabe und Selbstbestimmung zu bieten.
- 8 **Netzwerkarbeit** und der Aufbau von **Präventionsketten** in allen belasteten **Sozialräumen** müssen eine **sichere Finanzierung** erhalten.

bild der Frühen Hilfen. Eine solche Finanzierung rückt das gemeinsame Ziel in den Mittelpunkt und hätte den Vorteil, dass einzelne Zuständigkeiten nicht mehr versuchen würden, das eigene Budget zu schonen. Darüber hinaus hat die Begleitforschung zu KeKiz I gezeigt, dass Prävention nicht nur geboten ist für die Entwicklung eines Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit nach Paragraph 1 des achten Sozialgesetzbuches,⁴ sondern es ist auch eine sinnvolle Investition in die Zukunftsfähigkeit der Volkswirtschaft und das soziale Sicherungssystem. Zumindest in allen **Sozialräumen mit starker Belastung** sollten folgende Angebote flächendeckend und unbefristet eingeführt werden: **Lotsendienste an Geburtskliniken, an gynäkologischen und an Kinder- und Jugendarztpraxen, Frühe Hilfen, Familienzentren an Kitas und Grundschulen, Schulsozialarbeit und sozialräumliche Familienbüros. Auch mehr Sprachförderung an Kitas und Schulen sowie mehr interkulturelle Beratung und Sprachvermittlung an Kitas, Schulen und in Familienbüros sind notwendig.**

Kinder, die früh und umfassend unterstützt werden, haben größere **Chancen gesellschaftlicher und beruflicher Teilhabe** (Micosatt 2014). Im Sinne der Kinder ist es ein gutes gemeinsames Ziel für Bund, Länder und Gemeinden, **allen Kindern und Jugendlichen – unabhängig von ihrer Herkunft – bestmögliche Chancen und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.**

4 § 1 SGB VIII 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. Sozialgesetzbuch (SGB VIII), Aches Buch Kinder- und Jugendhilfe, Stand: Neugefasst durch Bek. v. 11.9.2012 I 2022; Zuletzt geändert durch Art. 8 G v. 30.11.2019 I 1948.

5 Drei Fragen an die kommunale Praxis

Ingrid Krammer setzt als Abteilungsvorständin des Amtes für Jugend und Familie der Stadt Graz das Fachkonzept der Sozialraumorientierung erfolgreich ein.

Graz hat vorbildliche Koordinationsstrukturen in allen präventionsrelevanten Bereichen. Wie ist der Aufbau gelungen?

Gestartet sind wir im Jugendamt mit einer intensiven inhaltlichen Auseinandersetzung. Eingebunden waren alle Kolleginnen und Kollegen. Ein Präventionsverständnis kann nicht verordnet, es muss diskursiv erarbeitet werden, deshalb haben wir uns für diesen Prozess viel Zeit genommen. Es geht nicht darum, eine neue Methode auswendig zu lernen, sondern Prinzipien in eine professionelle Haltung zu überführen. Über diesen Prozess, der nie abgeschlossen ist, schält sich ein gemeinsames Präventionsverständnis heraus.

Dabei ist zentral für uns: Wir wollen als Jugendamt in allen Lebensphasen von Kindern, Jugendlichen und Familien dazu beizutragen, dass diese dabei unterstützt werden, auf ihre je eigene Art ein „gutes Leben“ in der Stadt Graz zu führen.



© Sabine Hoffmann

Ingrid Krammer, Abteilungsvorständin des Amtes für Jugend und Familie der Stadt Graz

Wir haben uns entschieden, auf der Grundlage dieser Gedanken in Graz das **Fachkonzept der Sozialraumorientierung** nach Prof. Wolfgang Hinte und Helga Treeß⁵ umzusetzen. Hier spielt natürlich das Thema Kooperation eine entscheidende Rolle. Vor dem Hintergrund sind auch die privaten oder, wie man in Deutschland sagt, die freien Träger, partnerschaftlich in den inhaltlichen Diskussionsprozess eingebunden. Für die Zusammenarbeit gilt das Gleiche wie für den Prozess mit den Kollegen und Kolleginnen im Jugendamt: Es kann nichts verordnet werden, wir müssen uns Haltung und Arbeitsweise gemeinsam erschließen.

Ein zentraler Punkt der Grazer Präventionsarbeit ist das zweite Prinzip⁶ der Sozialraumorientierung: Aktivierung statt Betreuung. Für die Träger war das ein Paradigmenwechsel in ihrer täglichen Arbeit. Statt „Fälle“ zu generieren und mit deren möglichst dramatischen Verläufen die eigene Arbeit zu legitimieren, geht es nun darum, frühzeitig zu schauen, was Kinder und Familien unterstützen könnte, damit sie selber gut ihren Weg finden. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von „fallunspezifischer Arbeit“, die zu einem Zeitpunkt geleistet wird, zu dem die Menschen noch nicht als „leistungsberechtigte Klientinnen und Klienten“ definiert werden. Dazu bedurfte es der von allen mitgetragenen Umstellung, weg von den vorwiegend betreuend kompensierenden Angeboten hin zu aktivierenden, unterstützenden Angeboten.

Seit dem Start arbeiten wir fortlaufend an der Frage, wie wir soziale Arbeit in unserem Bereich gestalten wollen und sind uns einig, dass die fallunspezifische Arbeit unser grundlegendes Commitment in Abgrenzung zur intervenierenden Jugendhilfe ist. Diese gemeinsame inhaltliche Klärung ist der Grundstein, auf dem alles Weitere möglich wurde.

5 Prof. Wolfgang Hinte begleitet den Prozess seit Ende 2003.

6 Fünf Prinzipien des Fachkonzepts Sozialraumorientierung (nach Hinte & Treeß (2011)):

- (1) Ausgangspunkt ist das Forschen nach dem Willen des Adressaten
- (2) Aktivierende Arbeit hat Vorrang vor betreuender Tätigkeit
- (3) Sozialräumliche Ressourcen werden einbezogen. Bewusste Erweiterung des Blicks auf die Person und ihren Sozialraum (Stadtteil- und Sozialraumbene)
- (4) Zielgruppen- und ressortübergreifendes Handeln
- (5) Kooperation statt Konkurrenz als sozialer Dienst

Wie haben Sie die Politik für Ihre Anliegen ins Boot holen können?

Als wir 2003 gestartet sind, hatten wir keinen inhaltlichen oder politischen Auftrag, die Jugendhilfe in Graz zu reformieren. Und wir hatten keinen Sparauftrag! Auf Basis dieser Voraussetzungen agierten wir in großer fachlicher Eigenständigkeit.

Auch mit den Entscheidungsträgern in Politik und Verwaltung sind wir von Anfang an in den inhaltlichen Diskurs gegangen. Wir haben begründet, warum wir sozialraumorientiert handeln und was wir darunter verstehen. Da wir außer den fachlichen Argumenten keine weiteren Anreize ins Spiel bringen konnten, musste Politik über diesen Weg überzeugt werden. Der Diskurs ist sowohl in den Gremien als auch mit Einzelpersonen im Stadtrat, auf Landesebene und in der Gemeinde geführt worden. Es ist wichtig, dass die relevanten Entscheidungsträger verstehen, warum wir Sozialraumorientierung fachlich und ethisch für das richtige Konzept halten.

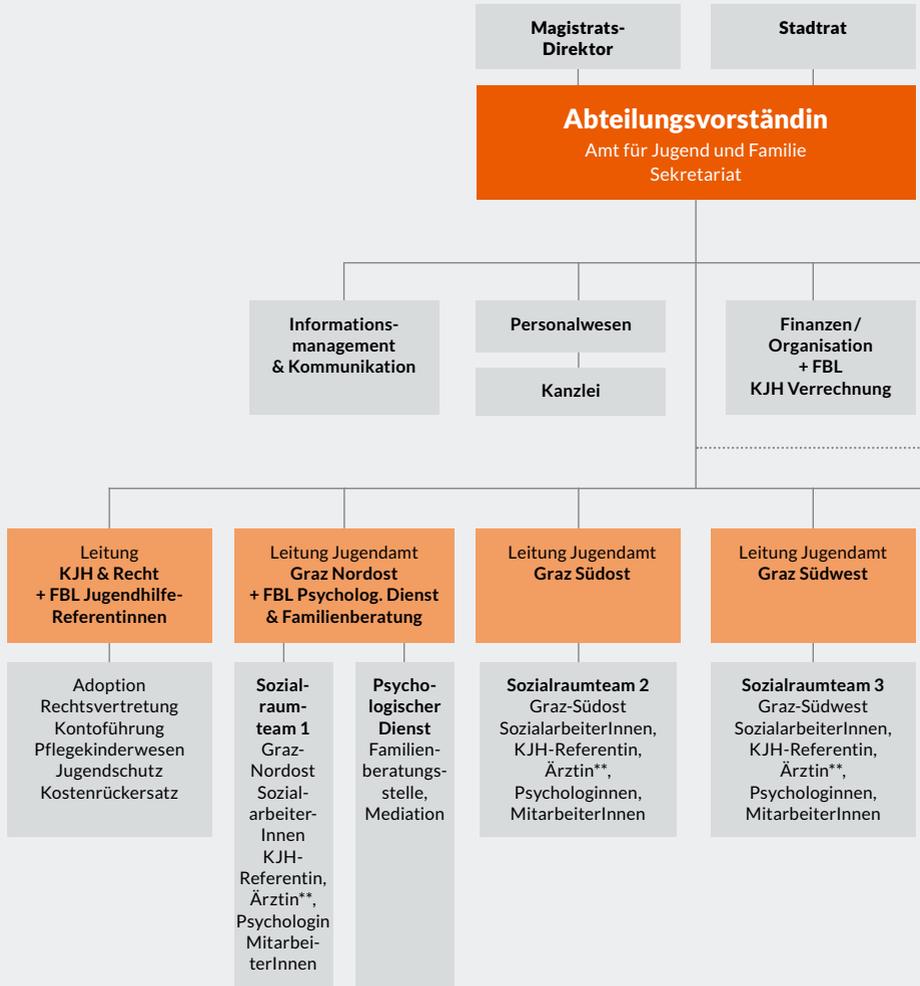
Insbesondere beim Start der Umstellung auf Sozialraumorientierung haben wir hart daran gearbeitet, dass es kein Veto gibt, und wir waren erfolgreich: In den ersten Jahren war in den Gremien auf Stadt- und Landesebene das Votum für die notwendigen Schritte einstimmig, später gab es Mehrheitsbeschlüsse.

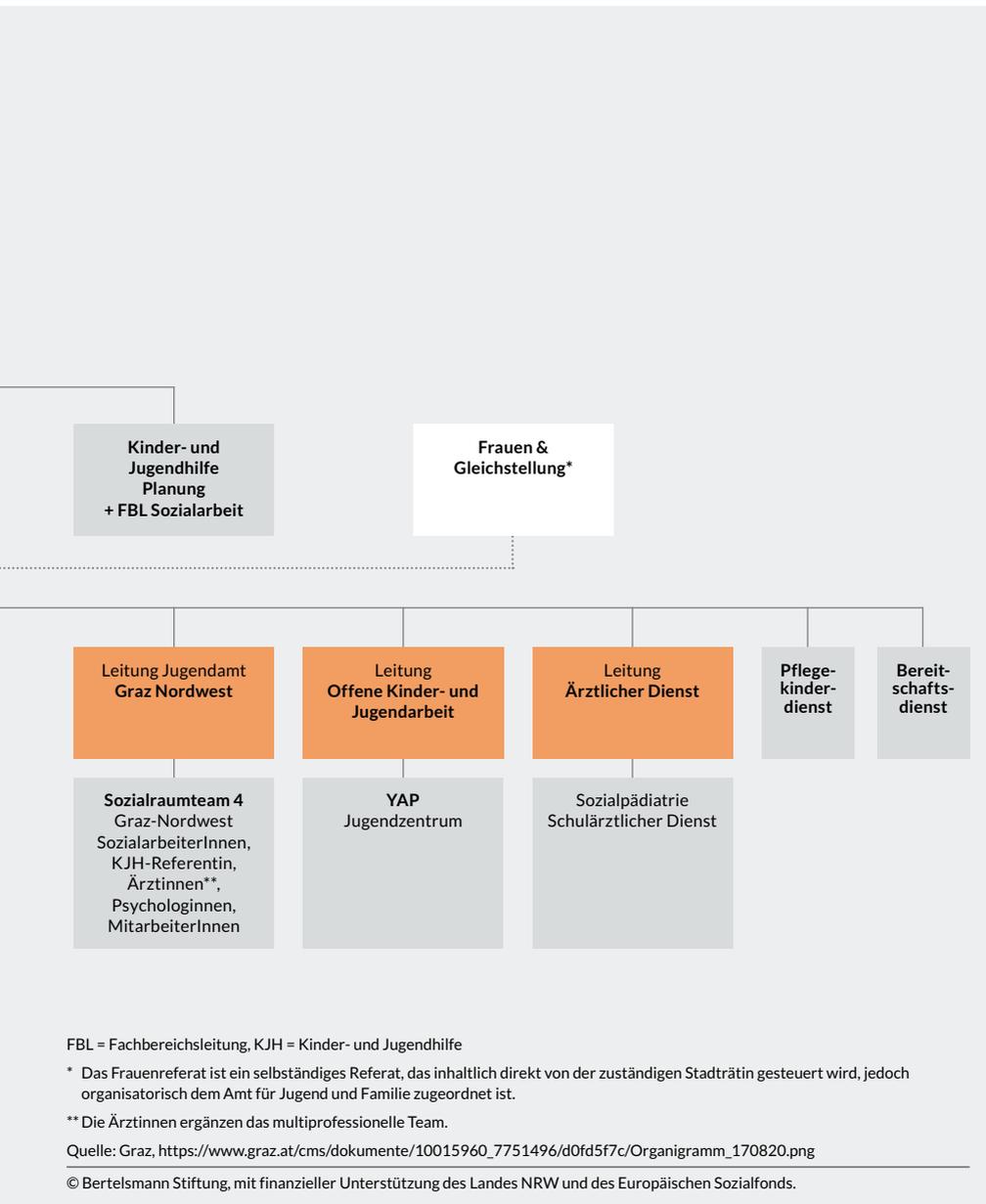
Den Diskursprozess haben wir fortgeführt und insbesondere nach Wahlen intensiviert. In der langen Zeit seit 2003 haben sich politische Zuständigkeiten natürlich verändert, dennoch konnte das Jugendamt immer nach fachlichen Parametern arbeiten. Auf der gemeinsam geteilten inhaltlichen Basis haben wir von allen relevanten Entscheidungsträgern über die Jahre hinweg große Unterstützung erfahren. Auch in Krisen sind sie immer zu den Inhalten gestanden und haben der Jugendhilfe den Rücken gestärkt.

Hätte das Grazer Modell auch funktioniert, wenn Graz nicht Statutarstadt wäre?

Der Status der Statutarstadt war förderlich für den Prozess, denn Graz kann sich eigenes Stadtrecht erlassen. Dennoch muss die Stadt Graz immer in Abstimmung mit dem Land Steiermark handeln. Die eigenständige politische Gestaltungsmacht hat die Umsetzung einfacher gemacht. Im Laufe der Zeit haben alle politisch Zuständigen in der Stadt sich das Thema zu eigen gemacht: Wir in Graz machen Sozialraumorientierung! Jetzt beflügelt der Erfolg.

ABBILDUNG 7: Der Aufbau des Jugendamtes Graz, zugeschnitten auf das Fachkonzept Sozialraumorientierung





Auf welchem Weg konnten Sie die freien/privaten Träger von Ihrem sozialräumlichen Budgetierungsmodell überzeugen?

Eine fallunspezifische Finanzierung und damit ein Sozialraumbudget sind 2010 erstmals ausprobiert worden. Auf Basis der vorangegangenen sechs Jahre, in der inhaltlich Sozialraumarbeit erprobt wurde, bedurfte es keiner Überzeugungsarbeit mehr. Die Umstellung auf ein Sozialraumbudget war einfach die Konsequenz aus dem gemeinsamen Diskurs über unsere Grazer Arbeitsweise der vergangenen Jahre.

Mit der Budgetumstellung konnte endlich die fachlich kontraproduktive, aber betriebswirtschaftlich nachvollziehbare Logik, viele „Fälle“ mit hoher und langer Betreuung zu produzieren, ausgehebelt werden. Über die Sozialraumbudgets haben die Träger Planungssicherheit auf Basis einer auskömmlichen Finanzierung. Auch untereinander muss nicht mehr um Fälle konkurriert werden. Endlich kann auch fallunspezifisch gearbeitet werden. Jetzt messen wir Erfolg gemeinsam daran, dass viele Kinder und Familien gut auf den Weg kommen und aufwendige Hilfen zurückgehen.

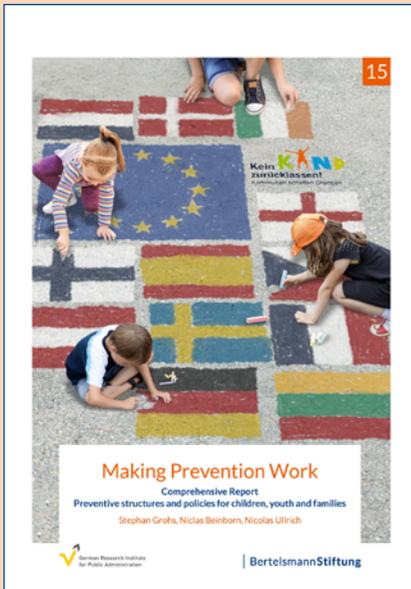
Finanziell gesehen arbeiten wir seit 2010 im Umfang des Budgets, das 2008 für fall-spezifische Arbeit angefallen ist, natürlich erweitert um die Preisentwicklung der letzten Jahre. Aber: Das bedeutet nicht, dass Sozialraumorientierung ein Sparmodell ist. Es darf auf keinen Fall Geld aus dem System genommen werden, darum haben wir immer gekämpft. Es findet nur eine Umverteilung von Ausgaben statt, da es ein anderes Arbeiten ist. So werden beispielsweise Fußballschuhe für eine Familie bezahlt, wenn wir sehen, dass Sport dem Kind guttut und sich positiv auf seine Entwicklung auswirkt.

Letzteres ist vor allem für das Kind und die Familie förderlich und trägt dazu bei, dass Menschen im Wesentlichen mit ihren eigenen Kräften, und wenn nötig, mit Unterstützung, ihre eigenen Ziele erreichen.

Literaturverzeichnis

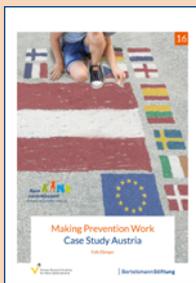
- Bogumil, J., & Seuberlich, M. (2015). *Gestalten statt Verwalten. Ressortübergreifende Präventionspolitik*. Gütersloh.
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2019). *Unser Plan für Deutschland- Gleichwertige Lebensverhältnisse überall –: Schlussfolgerungen von Bundesminister Horst Seehofer als Vorsitzendem sowie Bundesministerin Julia Klöckner und Bundesministerin Dr. Franziska Giffey als Co-Vorsitzenden zur Arbeit der Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“*. Berlin: BMI.
- Bürger, U. (2010). Armut und Familienstrukturen in den Herkunftsfamilien der AdressatInnen erzieherischer Hilfen. *Forum Erziehungshilfen*, 16(5).
- Ebinger, F. (2020). *Making Prevention Work. Case Study Austria*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (2002). A Child-Centred Social Investment Strategy. In G. Esping-Andersen (Ed.), *Why we need a new welfare state* (pp. 26–67). New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0199256438.003.0002>
- European Commission (2013). *Investing in children: breaking the cycle of disadvantage 2013/112/EU: Commission Recommendation of 20 February 2013*. Brussels: European Commission.
- European Commission (2020). *Feasibility Study for a Child Guarantee. Final Report*. Brussels: European Commission.
- Grohs, S. (2019). New perspectives for a Social Europe: The „Social Pillar“ and the European Semester as triggers for a new paradigm of social rights? *Revista Catalana De Dret Públic*, 59, 21–35.

- Grohs, S., Beinborn, N., & Ullrich, N. (2020). *Making Prevention Work. Preventive Structures and Policies for Children, Youth and Families. Comprehensive Report*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Grohs, S., Beinborn, N., & Ullrich, N. (2020). *Making Prevention Work. Case Study Netherlands*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Grohs, S., & Reiter, R. (2017). Vorbeugende Leistungen für Kinder und Jugendliche in Zeiten knapper Kassen. *Zeitschrift Für Sozialreform*, 63(2), 98. <https://doi.org/10.1515/zsr-2017-0011>
- Groos, T., & Jehles, N. (2015). *Der Einfluss von Armut auf die Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Groos, T., Trappmann, C., Kersting, V., & Jehles, N. (2020). *Die Illusion der Chancengleichheit. Ausgewählte Ergebnisse der kommunalen Wirkungsforschung mit Mikrodaten*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Hinte, W., & Treeß, H. (2014). *Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe: Theoretische Grundlagen, Handlungsprinzipien und Praxisbeispiele einer kooperativ-integrativen Pädagogik* (3. Aufl.). Basistexte Erziehungshilfen. Weinheim: Juventa-Verl.
- Hemerijck, A. (2017). *The uses of social investment*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Lohse, K., Meysen, T., Götte, S., Méndez de Vigo, Nerea González, & Seltmann, D. (2017). *Akteursübergreifende Prävention. Verknüpfte Planung, Umsetzung und Finanzierung von Präventionsketten*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/akteursuebergreifende-praevention?tx_rsmbstpublications_pi2%5Bpage%5D=1&cHash=c9f4fbc4c4efe1069272105af653445b
- Micosatt, G. (2014). *Prävention für ein gelingendes Aufwachsen – Eine Abgrenzung gegenüber anderen staatlichen Aufgaben und sozialen Kosten im Kinder- und Jugendbereich*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Rehrmann, N. (2008). Armut macht Kinder krank. *UGB-Forum*, (4), 172–175.
- Reiter, R. (2020). *Making Prevention Work. Case Study France*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Robert-Koch-Institut (2018). KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 1–155.
- Strohmeier, K. P., Gehne, D., Bogumil, J., Micosatt, G., & Goertz, R. von (2016). *Die Wirkungsweise kommunaler Prävention. Zusammenfassender Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellvorhabens „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ (KeKiz) des Landes Nordrhein-Westfalen und der Bertelsmann Stiftung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

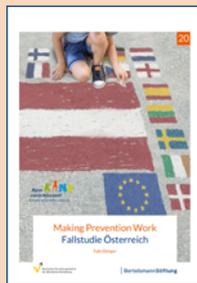


Die Studie „Making Prevention Work“ ist in folgenden Publikationen erschienen:

Making Prevention Work – Comprehensive Report – Preventive structures and policies for children, youth and families
 Gesamtüberblick zu präventiven Strukturen in Kommunen für zwölf europäische Ländern



Making Prevention Work – Case Study Austria



Making Prevention Work – Case Study France



Making Prevention Work – Case Study Netherlands



Die Studien sind in englischer Sprache und die vorliegende Zusammenfassung in deutscher Sprache erschienen. Die Fallstudie Österreich wird ebenfalls in deutscher Sprache veröffentlicht.

Im Rahmen der Studie „Making Prevention Work“ (*Prävention zum Laufen bringen*), in der die präventiven Strukturen und inhaltlichen Herangehensweisen in zwölf europäischen Ländern untersucht wurden, bereitet die vorliegende Publikation interessante Ergebnisse aus fünf europäischen Ländern für kommunale Praktiker:innen auf. Näher betrachtet werden Finnland, Frankreich, Irland, Litauen und die Niederlande. Die Untersuchung schließt ab mit Ausführungen der Abteilungsvorständin des Amtes für Jugend und Familie in Graz, Ingrid Krammer. In Graz wird seit einigen Jahren das Fachkonzept der Sozialraumorientierung erfolgreich umgesetzt.

Die Publikation zeigt, welche Herausforderungen beim Aufbau nachhaltiger kommunaler Präventionsketten vor dem Hintergrund der jeweiligen sozialstaatlichen Tradition auf europäischer Ebene insgesamt, aber besonders auch im deutschen Kontext bestehen. Dabei wird ein kurzer Einblick in die strukturellen Möglichkeiten der behandelten Länder für primärpräventive Ansätze auf kommunaler Ebene gewährt. Es zeigt sich nämlich: Das größte Problem für kommunal-präventives Handeln stellt die institutionelle und professionelle Verknüpfung der für gelingendes Aufwachsen relevanten Sektoren Gesundheit, Soziales und (frühkindliche) Bildung und Erziehung vor Ort dar. Auch die Finanzierung, die administrative Verortung im staatlichen Gefüge sowie die politische Haltung zu präventiven Fragestellungen werden kurz beleuchtet.

Ziel präventiven Handelns ist es, allen Kindern und Jugendlichen – unabhängig von der Herkunft – bestmögliche Chancen und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Die vorliegende Publikation möchte die Kommunen in Deutschland und insbesondere in NRW mit guten Ideen unterstützen. „Vom Kind her“ organisierte kommunale Präventionsketten und Institutionen haben die Möglichkeit, Benachteiligungen im Leben wenig privilegierter Kindern abzubauen.

Ergänzend zum Report „Making Prevention Work“ sind drei Länderstudien – Frankreich, die Niederlande und Österreich – erschienen, die die Forschungsergebnisse vertiefen.

www.bertelsmann-stiftung.de/kekiz

DOI 10.11586/2020041