

## Konzept

# Zum Transfer von Gesundheitsförderung (GF) in die Einrichtungen der österreichischen Kinder- und Jugendhilfe (KJH).

### Kurzfassung

#### 1. Chronologie

Das vorliegende Konzept wurde im Auftrag des FGÖ von 8 Mitgliedern des DÖJ aus unterschiedlichen Bundesländern und in Kooperation mit dem FGÖ von Jänner bis Dezember 2014 entwickelt.

#### 2. Allgemeine Verortung des Konzeptes

In Österreich hat die öffentliche Kinder- Jugendhilfe (KJH) vorrangig *folgende Aufgaben im erforderlichen Ausmaß zu besorgen*<sup>1</sup>:

1. *Information über förderliche Pflege und Erziehung von Kindern und Jugendlichen;*
2. *Beratung bei Erziehungs- und Entwicklungsfragen und familiären Problemen;*
3. *Hilfen für werdende Eltern, Familien, Kinder und Jugendliche zur Bewältigung von familiären Problemen und Krisen;*
4. *Gefährdungsabklärung und Hilfeplanung;*
5. *Erziehungshilfen bei Gefährdung des Kindeswohls hinsichtlich Pflege und Erziehung;*

Mit der Erfüllung diesen Aufgaben liefert die KJH von vornherein einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung (GF), insbesondere, weil KJH früh ansetzt und weil sie mit Familien zu tun hat, in denen die gesunde Entwicklung von jungen Menschen gefährdet ist. Die KJH hat z.T. langjährigen Kontakt zu Menschen, bei denen GF besonders erforderlich und nützlich ist und auch nachhaltig sein kann. Umso erstaunlicher ist es, dass in Österreich bislang kaum eine Koordination zwischen GF und KJH stattgefunden hat. Eine Kooperation der KJH mit dem Gesundheits-System wird aber sehr wohl im neuen B-KJH-Gesetz gefordert. Das hier vorgestellte Konzept ist daher ein wichtiger, praxisbezogener Baustein für die Vernetzung der österreichischen KJH mit dem Gesundheitssystem. Von Seiten der GF stellt die Initiative zu diesem Vernetzungsprojekt einen bedeutenden Baustein im Sinne der Intersektoralität und von „Health in All Palms“ d. h. der Berücksichtigung des Beitrags verschiedener Politikfelder dar.

Die KJH in Österreich ist föderalistisch organisiert. Der Bund gibt in einem Rahmengesetz Grundsätze und Aufgaben vor, zu dem die Bundesländer Ausführungsgesetze zu erlassen

---

<sup>1</sup> Österreichisches Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 – B-KJHG 2013, § 3

haben. Die Ausgestaltung und Finanzierung des KJH-Bereiches ist daher zwischen den Bundesländern unterschiedlich. Dies erschwert ein bundesweites Vorgehen bei der Kooperation zwischen GF und KJH. Über den DÖJ sind jedoch die privaten KJH-Einrichtungen zusammengeschlossen. Von diesen privaten Trägern von Hilfemaßnahmen wird ein Großteil der praktischen Arbeit der KJH durchgeführt. Der DÖJ ist die einzige bundesweite Koordinationsstelle für die privaten Jugendhilfeeinrichtungen. Über den DÖJ kann eine Mehrheit der im Rahmen der KJH tätigen privaten Einrichtungen Österreichs erreicht, koordiniert und z.B. für GF-Projekte motiviert werden.

### 3. Teilbereiche der KJH

Die Tätigkeiten der privaten KJH-Einrichtungen und damit die Gestaltungsmöglichkeiten für Gesundheitsförderung sind höchst vielfältig: Sie reichen von einzelnen, wenigen persönlichen Kontakten der MitarbeiterInnen zu Kindern und Jugendlichen oder deren Bezugspersonen bis hin zu vieljährigen, stationären Gemeinschaften oder Pflegeverhältnissen. Sie beziehen sich auf einzelne Aspekte wie Erziehung, Schule, Wohnen, Arbeitssituation oder auf den gesamten Lebensbereich. Sie finden in unterschiedlichsten Settings wie stationäre Einrichtungen, aufsuchende Familienhilfe, Streetwork, Siedlungsarbeit, Schulsozialarbeit, in der Familie, in Gruppen- oder Einzelberatungen usw. statt. Sie betreffen unterschiedliche Zielgruppen wie Familien, AlleinerzieherInnen, MigrantInnen, minderjährige Eltern, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, usw.. Auf Grund der Gestaltungsmöglichkeiten für GF wird die KJH in 3 Bereiche unterteilt:

- stationäre und teilstationäre KJH
- mobile KJH
- ambulante KJH

Durch die **stationäre** KJH werden junge Menschen betreut in Wohngemeinschaften, Heimen, Pflegefamilien und ein großer Teil ihres Lebens wird mit diesen zusammen gestaltet. Die Übernahme der sog. „Vollen Erziehung“ durch die KJH ist eine Maßnahme der Jugendämter bzw. Familiengerichte. Zur stationären KJH zählen mit laufend ca. 12.000 Kindern/Jugendlichen Pflegefamilien, Kinderdörfer, Kinder- und Jugendheime, Wohngemeinschaften, Krisenzentren, Ausbildungseinrichtungen und diverse Institutionen nach Sonderkonzepten. Es zählen auch eine Reihe teil-stationärer Einrichtungen wie Betreutes Wohnen, Notschlafstellen, Tagesstrukturen, Horte, Tagesmütter, Ferienheime, usw. dazu.

Die MitarbeiterInnen der **mobilen** KJH besuchen die Kinder und Jugendlichen in ihren Familien und betreuen diese Familien für einen bestimmten Zeitraum (Monate bis Jahre). Diese nachgehende Unterstützung ist eine Maßnahme der öffentlichen KJH und wird von den Jugendämtern gesetzt. Von der mobilen KJH sind ca. 40.000 Kinder/Jugendliche in Österreich betroffen, Tendenz steigend. Über diese Hilfeform werden auch die Familien und Angehörigen der betroffenen Kinder und Jugendlichen erreicht, womit z.B. ein Zugang zu etwa 150.000 Personen mit hohem Bedarf an GF hergestellt werden kann. Auch „Streetwork“ als Form des aktiven Zugehens auf gefährdete Jugendliche wird unter mobiler KJH in allen Bundesländern angeboten. Zwischen stationärer und mobiler KJH gibt es auch Überschneidungen, wenn z.B. stationäre Einrichtungen begleitende Elternarbeit machen oder wenn mobile Familienarbeit „stationäre“ Gruppenwochen durchführt. Zusätzlich gibt es noch KJH-Arbeit, die nicht in diese beiden Bereiche einzuordnen ist und weitgehend **ambulant** durchgeführt wird. Ambulante KJH beruht auf freiwilliger Inanspruchnahme und Initiative durch die Betroffenen selbst. Dazu zählen insbesondere die Tätigkeiten von Erziehungsberatungsstellen, auch Schulsozialarbeit, Sozialraum-Projekte und präventive Angebote wie z.B. die „Frühen Hilfen“.

#### **4. Ansatzpunkte für GF in Arbeitsfeld der KJH**

An Hand von Determinanten, die Gesundheit betreffen, werden mögliche Ansatzpunkte für GF in den soeben differenzierten 3 KJH-Bereichen zusammengestellt. Diese Übersicht orientiert sich weniger an theoretischen Möglichkeiten, sondern vielmehr an der praktischen Umsetzbarkeit von Aktivitäten der GF. Dabei werden fast alle Ansatzpunkte aufgegriffen, die auch in gängigen GF-Projekten als relevant erachtet werden. Sie beziehen sowohl **verhaltens-** als auch **verhältnis-**präventiven Möglichkeiten der GF mit ein.

In Bezug auf folgende Gesundheitsdeterminanten werden Notwendigkeiten und Möglichkeiten für praktische Umsetzung in der KJH erörtert:

- Ernährung
- Sexualität
- Gewalt
- Psychische Gesundheit
- Hygiene, medizinische Versorgung und Unfallvermeidung
- Bewegung
- Soziale Integration
- Armut und Existenzsicherung
- Bildung
- Süchte – Substanz-gebundene und nicht Substanz-gebundene
- Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung, sinnstiftende Tätigkeiten

#### **5. Kriterien zur Schwerpunktsetzung von GF-Projekten in der KJH**

Für die Bewertung jener KJH-Bereiche, in denen verstärkt GF implementiert werden sollte, wurden folgende Kriterien herangezogen:

- das Maß der Betroffenheit der jeweiligen Einrichtungen bzw. ihrer KlientInnen in Bezug auf die intendierte GF
- Partizipationsmöglichkeit der Betroffenen
- Synergieeffekte zwischen GF-Aktivität und der angestammten KJH-Tätigkeit
- Kooperationsmöglichkeiten und Anknüpfungspunkte mit SystempartnerInnen (auch finanziell)
- Reichweite
- Nachhaltigkeit
- Praktische und finanzielle Machbarkeit

Unter besonderer Berücksichtigung dieser Kriterien wurden bezüglich der oben genannten Gesundheitsdeterminanten Schwerpunkt-Ziele für GF-Projekte in der KJH entwickelt.

#### **6. Schwerpunktsetzung für GF-Projekte in der KJH**

Folgende Zielsetzungen werden prioritär vorgeschlagen, um Schwerpunkte künftiger Gesundheitsförderungsprojekte zu bilden:

##### **6.1 Schwerpunktziel 1**

##### **Den gesundheitsgefährdenden Auswirkungen von Gewalterfahrung und Gewaltausübung vorbeugen.**

Gewalterfahrung und/oder Gewaltausübung von Kindern und Jugendlichen sind häufige Auslöser für das Einschreiten der öffentlichen KJH. Sowohl die KlientInnen als auch die MitarbeiterInnen der KJH sind von den gesundheitlichen Folgen gewalttätigen Verhaltens immer wieder betroffen. Präventive Maßnahmen vor Gewalt sind sowohl in stationären aber auch in mobilen und ambulanten KJH-Einrichtungen gleichzeitig gesundheitsfördernde Maßnahmen, und zwar sowohl auf der MitarbeiterInnen- als auch auf KlientInnen-Ebene.

## **6.2 Schwerpunktziel 2**

### **Die soziale Vernetzung bzw. Integration fördern.**

Die Zielgruppe der KJH ist gekennzeichnet durch starke soziale Ausgrenzung, auf der einen Seite bedingt durch sozioökonomische und biographische Faktoren, auf der anderen Seite als Folge gesellschaftlich / struktureller Bedingungen. Soziale Integration und Inklusion hat sich inzwischen als hoch signifikante Gesundheitsdeterminante herausgestellt. Der stationäre KJH-Bereich ist nach wie vor durch eine Art Ghettoisierung gekennzeichnet, der über entsprechende Vernetzungs-Projekte entgegengewirkt werden kann. Der mobile und ambulante KJH-Bereich ist durch eine sehr geringe Vernetzung im Nachbarschaftsfeld, auf kommunaler Ebene und im Arbeits- und Freundesbereich gekennzeichnet.

## **6.3 Schwerpunktziel 3**

### **Kompetenzen zur Bewältigung der alltäglichen Lebensführung fördern**

Die KlientInnen der KJH weisen in zunehmendem Ausmaß große Defizite in der Fähigkeit auf, alltägliche Lebensanforderungen wie Kochen und Haushaltsführung, Umgang mit Geld, Erziehungsfähigkeit, Lesen usw. zu bewältigen. Diese Kompetenzen stellen die Basis für die Entwicklung eines gesunden persönlichen und familiären Klimas dar. Im stationären KJH-Bereich gehört es zwar zum angestammten KJH-Auftrag, diese Alltags-Kompetenzen bei den Kindern und Jugendlichen zu entwickeln, aber es ergibt sich mit dem Ende des KJH-Auftrages ab dem 18. Lebensjahr ein abruptes Ende aller Lernmöglichkeiten. Die mobilen Maßnahmen beziehen sich vom KJH-Auftrag her schwerpunktmäßig auf die Förderung der Erziehungskompetenzen der Eltern bzw. auf den Schutz der Kinder. Es gibt im mobilen KJH-Setting weder den Auftrag noch die Zeit, Bildungsmaßnahmen im Sinne der Alltagsbewältigung der betroffenen Familien durchzuführen, selbst wenn sie für die gesundheitliche Entwicklung von großer Bedeutung wären. In diesem Sinne sollen GF-Projekte zur Entwicklung von Alltagskompetenzen im mobilen Setting entwickelt werden. Dabei ist eine Kombination mit anderen Gesundheitsthemen wie z.B. Ernährung, soziale Vernetzung, Bewegung etc. erstrebenswert.

## **6.4 Schwerpunktziel 4**

### **Erfahrung der Selbstwirksamkeit und der Möglichkeit einer aktiven Lebensgestaltung entwickeln und fördern.**

Diese Erfahrungen sind Grundlage für Gesundheitsverhalten und beinhalten insbesondere auch Einstellungen in Bezug auf Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, auf den Umgang mit neuen Medien und andere gesundheitsrelevante Thematiken. Die Gesundheitskompetenz hängt einerseits vom Bildungs- und Informationsstand der Betroffenen ab und andererseits von der Annahme bzw. Erfahrung, selbst diesbezüglich wirksam werden zu können, eigene Kompetenzen zu haben und nicht dem Schicksal ausgeliefert zu sein. Erfahrungen der Selbstwirksamkeit, insbesondere im Bereich der eigenen Lebensführung und im Bereich des „gesunden“ Verhaltens zählt daher zu einer wichtigen Gesundheitsdeterminante, insbesondere in den Familien der KJH, die sich vom Schicksal benachteiligt erleben und die viele Entbehrungen erleiden müssen. Projekte für Erfahrung der Selbstwirksamkeit, zur Stärkung des Selbstwertgefühls und zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz sollen partizipativ in den Bereichen der KJH mit ihren KlientInnen entwickelt werden.

## **7. Unterstützungsmodell zur Entwicklung, Einreichung und Durchführung von GF-Projekten in der KJH**

Um die KJH-Einrichtungen längerfristig zu motivieren, GF mitzudenken, Projekte im Sinne der oben genannten Schwerpunktsetzungen durchzuführen und eine Kooperation zwischen KJH und FGÖ nachhaltig zu implementieren werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

### **7.1 Motivationshilfen für GF-Projekte in KJH-Einrichtungen**

- Bewerbung der Kooperation GF - KJH auf der Homepage und bei Aussendungen des DÖJ
- Regelmäßiger Tagesordnungspunkt bei den halbjährlichen Delegiertenversammlungen und Landesversammlungen des DÖJ (z.B. Berichte über laufende Projekte)
- Thematisierung der GF bei den Tagungen des DÖJ
- Angebot von spezifischen FGÖ-Bildungsnetzwerk-Seminaren für KJH-Einrichtungen
- Spezifische Ausrichtung der nächsten FGÖ Gesundheitsförderungstagung durch Erweiterung um einen Tag zum Thema KJH-Kooperation
- Regelmäßige Abstimmungs- bzw. Austauschkontakte über den Verlauf des Transferprojektes zwischen FGÖ und DÖJ
- Im Vorfeld eines Projektantrages: Unterstützung der KJH-AntragstellerInnen bezüglich Überlegungen zur Co-Finanzierung durch den FGÖ.
- Persönliche Unterstützung der Mitgliedseinrichtungen bei der Antragstellung durch den DÖJ.

### **7.2 KJH-spezifisches Manual zur Online-Antragstellung**

Da es noch kaum Modellprojekte für die einzelnen Schwerpunktthemen gibt und meistens Interventionen aus verschiedenen Schwerpunktbereichen in Projekten zum Tragen kommen dürften, sollen Interventionsbeispiele zusammengestellt werden. Diese Interventionsbeispiele sollen in ein auf die KJH-Projekte zugeschnittenes eigenes Manual für die Antragstellung von GF-Projekten aufgenommen werden. Dieses Manual soll auch die, in diesem Konzept entwickelten, Hintergründe für GF in der KJH in beispielhaften Formulierungen für einzelne Antragsunkte enthalten. Damit soll die Hürde für Antragstellungen in der KJH gesenkt werden.

### **7.3 Interventionsmodelle**

Best-praxis Projekte bzw. Interventionsmodelle in der KJH sollen gesammelt und laufend ergänzt werden. Diese Sammlung soll potentiellen AntragstellerInnen zur Verfügung gestellt werden.

## **8. KooperationspartnerInnen**

Um GF in der KJH bundesweit und innerhalb der einzelnen Bundesländer nachhaltig zu implementieren sind Vernetzungsstrukturen aufzubauen. Diese sollen sowohl von Seiten des DÖJ als auch von Seiten des FGÖ gemeinsam entwickelt werden. Die im Folgenden genannten Institutionen sollen über die Kooperation allgemein und/oder im Rahmen konkreter Projekte informiert und fallweise zur Zusammenarbeit (inhaltlich und/oder finanziell) gewonnen werden.

Auf Bundesebene:

- Bundesministerium für Jugend und Familie
- ARGE Jugendhilfe
- Bundesministerium für Gesundheit, GÖG
- Liga für Kindergesundheit

- Frühe Hilfen GÖG
- Kinder- und Jugend-Gesundheitsstrategie, Vorsorgemittel
- Sozialministerium
- Volksanwaltschaft
- EU-Projekte
- Firmen
- Licht ins Dunkel
- Stiftungen

Auf Landesebene:

- KJH-Abteilungen des Landes, Landesräte für KJH
- Bezirksjugendämter
- Sozialversicherungsträger
- Kinder-Jugendanwaltschaft
- Bewährungshilfe (= Neustart)
- Jugendpsychiatrie
- Abteilung Familie (offene Jugendarbeit)
- Landesgeschäftsstellen des AMS
- Ärztekammer
- Jungschar, Pfadfinder, Kinderfreunde
- Schulen, Landesschulinspektorat
- Sportverbände
- Kinderbetreuungseinrichtungen
- Regionale Sozialeinrichtungen

## 9. Schlussbemerkung

Das hier verfasste Konzept für einen Transfer der GF in den Bereich der KJH ist in einem intensiven Austausch zwischen den PraktikerInnen der KJH aller Bundesländer erstellt und in Kooperation mit dem FGÖ entwickelt worden. Es könnte den Beginn einer längerfristigen Vernetzung zwischen beiden Bereichen darstellen, die sich in der Praxis seiner Ausgestaltung weiter entwickeln sollte. Die Synergien durch die Kooperation sind offensichtlich, zumal es auch hinreichende Überschneidungen der Zielsetzungen beider Bereiche gibt. Viele Bereiche der Praxis der KJH lassen sich ohne großen Aufwand als Formen der GF bzw. der gesundheitsbezogenen Prävention begreifen. Was z.B. unter einem sozialpädagogischen Blick als Unterstützung bei der Persönlichkeitsbildung erscheint, lässt sich unter dem Blickwinkel von GF als wichtiger Beitrag zur Ausbildung von Schutzfaktoren, Resilienz oder unter salutogenetischer Perspektive als wichtiger Bestandteil von Lebenskohärenz beschreiben.

Der DÖJ ist daher dankbar für die Beauftragung zu diesem Konzept und hofft auf eine längerfristige gute Kooperation mit dem FGÖ.

### **Mitglieder der AG:**

Baig-Schneider Rainald [W], Halder Reinhard [T], Hammerschmid Roland [NÖ],  
Hartl Andrea [Bgl], Liebenwein Matthias [K], Löffler Hubert [V], Paulischin Elisabeth [OÖ],  
Pronegg Mario [Stmk]