

## **Konzept**

### **zur Entwicklung und Implementierung von Gesundheitsförderung (GF) in den Einrichtungen der österreichischen Kinder- und Jugendhilfe (KJH).**

#### Inhalte

1. Chronologie
2. Allgemeine Verortung des Konzeptes
3. Teilbereiche der KJH
4. Ansatzpunkte für GF in Arbeitsfeld der KJH
  - 4.1. Ernährung
  - 4.2. Sexualität
  - 4.3. Gewalt
  - 4.4. Psychische Gesundheit
  - 4.5. Hygiene, medizinische Versorgung und Unfallvermeidung
  - 4.6. Bewegung
  - 4.7. Soziale Integration
  - 4.8. Armut und Existenzsicherung
  - 4.9. Bildung
  - 4.10. Süchte – Substanz-gebundene und nicht Substanz-gebundene
  - 4.11. Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung, sinnstiftende Tätigkeiten
5. Kriterien zur Schwerpunktsetzung von GF-Projekten in der KJH
6. Schwerpunktsetzung für GF-Projekte in der KJH
  - 6.1. Schwerpunktziel 1
  - 6.2. Schwerpunktziel 2
  - 6.3. Schwerpunktziel 3
  - 6.4. Schwerpunktziel 4
7. Unterstützungsmodell zur Entwicklung, Einreichung und Durchführung von GF-Projekten in der KJH
  - 7.1. Motivationshilfen für JH-Einrichtungen
  - 7.2. Jugendhilfespezifisches Manual zur Antragstellung
  - 7.3. Interventionsbeispiele
8. KooperationspartnerInnen
9. Schlussbemerkungen

## 1. Chronologie

Die Idee, dieses Konzept zu entwickeln, wurde im Juli 2013 zwischen dem FGÖ, vertreten durch Dr. Rainer Christ, und dem DÖJ, vertreten durch Dr. Hubert Löffler, besprochen.

Der DÖJ informierte daraufhin die KJH-Einrichtungen in den Bundesländern über eine mögliche Kooperation zwischen GF und KJH.

Am 22. November 2013 wurde durch den DÖJ gemeinsam mit dem FGÖ eine Informationsveranstaltung für die österreichischen KJH-Einrichtungen durchgeführt, in der die Möglichkeiten einer Kooperation mit der GF vorgestellt wurden. Bei dieser Veranstaltung waren 22 VertreterInnen von KJH-Einrichtungen aus allen Bundesländern sowie Dr. Christ vom FGÖ anwesend. Sowohl der FGÖ als auch die Pilotprojekte „trotz allem gesund“ und „trotz allem vernetzt“ der ifs Familienarbeit wurden vorgestellt. Eine Kooperation wurde von den TeilnehmerInnen ausnahmslos begrüßt und die Bereitschaft zur Mitarbeit in einer bundesweiten Arbeitsgruppe zur Konzepterstellung wurde bekundet.

Am 3. Dezember 2013 wurden die Inhalte eines Kooperationskonzeptes zwischen KJH und GF mit Frau Dr. Peinhaupt (FGÖ) besprochen und eine Angebotslegung durch den DÖJ vereinbart. Am 18. Dezember 2013 wurde der DÖJ mit der Konzepterstellung laut Anbot beauftragt.

Am 20. 2. 2014 wurde eine Abstimmung dieses Transferprojektes mit den „Frühen Hilfen“ in einem Gespräch vorgenommen.

Der DÖJ stellte eine Arbeitsgruppe zur Konzepterstellung (AG) aus VertreterInnen von KJH-Einrichtungen der Bundesländer zusammen:

Hubert Löffler	Vorarlberg
Baig-Schneider Rainald	Wien
Liebenwein Matthias	Kärnten
Paulischin Elisabeth	Oberösterreich
Hammerschmid Roland	Niederösterreich
Hartl Angela	Burgenland
Halder Rainhard	Tirol
Pronegg Mario	Steiermark

Dr. Christ vom FGÖ wird themenspezifisch in die AG eingeladen.

In 8 halbtägigen Treffen der Arbeitsgruppe wurde das Konzept erarbeitet.

## 2. Allgemeine Verortung des Konzeptes

In Österreich hat die öffentliche Kinder- Jugendhilfe (KJH) vorrangig *folgende Aufgaben im erforderlichen Ausmaß zu besorgen (Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 – B-KJHG 2013, § 3)*:

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 diesen Aufgaben liefert die KJH einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung (GF), insbesondere weil sie in der Kindheit und Jugend ansetzt und weil sie mit Familien zu tun hat, in denen die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gefährdet erscheint. Die KJH hat z.T. langjährigen Kontakt zu Menschen, bei denen GF besonders erforderlich, nützlich und auch nachhaltig sein kann. Umso erstaunlicher ist es, dass - abgesehen von einigen regionalen GF-Projekten - 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-KJHG gefordert, wenn im § 1, Abs. 6 des B-KJHG folgende Vorgabe explizit definiert wird: *„Die Wahrnehmung der Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe erfolgt in Kooperation mit dem Bildungs-, Gesundheits- und Sozialsystem.“* Auch als Evaluationsziel wird festgelegt, dass die Ausführungsgesetze der Bundesländer so konkret umschrieben sein sollen, dass das Zusammenspiel mit Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssystem funktioniert<sup>1</sup>.

Schon vor 5 Jahren hat Deutschland die Wichtigkeit der Vernetzung von Gesundheitsförderung und Jugendhilfe erkannt und den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung mit dem Thema: *„Bericht über gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“* (2008)<sup>2</sup> in Auftrag gegeben. Im Mittelpunkt der 300 Seiten umfassenden Expertise stehen die Angebote und Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung. Der Bericht konzentriert sich besonders auf die Praxisfelder im Bereich der Hilfen zur Erziehung, in denen vorhandene oder drohende gesundheitliche Beeinträchtigungen ein wesentliches Merkmal darstellen.

In Österreich wurde von der Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (2010)<sup>3</sup> ein Bericht zur Lage der österreichischen Kinder- und Jugendgesundheit veröffentlicht. Es wird eine äußerst dürftige Datenlage über spezifische Inhalte zur Gesundheit in

---

<sup>1</sup> 2191 der Beilagen XXIV. GP - Regierungsvorlage - Erläuterungen mit WFA

<sup>2</sup> <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf>

<sup>3</sup> Vavrik, K. (2010), „Bericht zur Lage der österreichischen Kinder- und Jugendgesundheit 2010“; [http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/Bericht\\_zur\\_Lage\\_der\\_Kinder-\\_und\\_Jugendgesundheit\\_2010\\_72dpi\\_Online.pdf](http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/Bericht_zur_Lage_der_Kinder-_und_Jugendgesundheit_2010_72dpi_Online.pdf)

Österreich kritisiert. Als wichtigstes Ziel wird genannt: *„interdisziplinäre, das ist die berufsgruppen- und fächerübergreifende Förderung und Unterstützung der Interessen und des Wohles von Kindern und Jugendlichen in Gesundheitsfragen im umfassenden und ganzheitlichen Sinn und die Verbesserung von Kommunikation, Koordination und Kooperation (Netzwerkbildung) zwischen Organisationen, Institutionen, Behörden, Vereinen und Personen, die mit Fragen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befasst sind“*.

Dass zwischen GF und KJH ein großes Potential für die Entwicklung von Synergien liegt, zeigte vor kurzen eine Masterarbeit von Annette Heinzle (2012), in der diesbezügliche Vernetzung in Vorarlberg untersucht wird.<sup>4</sup>

Das hier vorgestellte Konzept kann daher als ein wichtiger, praxisbezogener Baustein für die geforderte Vernetzung der österreichischen KJH mit dem Gesundheitssystem gesehen werden.

Von Seiten der GF stellt die Initiative zu diesem Vernetzungsprojekt einen bedeutenden Baustein im Sinne der Intersektoralität und des finnischen Vorschlages des „Health in All Policies“ d. h. der Berücksichtigung des möglichen Beitrags verschiedener Politikfelder, dar.

Zwar gibt es in Österreich einige Bemühungen zur Vernetzung der Gesundheitsförderung mit anderen Politikfeldern, in Richtung KJH sind diese Bemühungen aber bisher nicht erfolgt. So hat das Bundesministerium für Gesundheit in einem breit abgestimmten Prozess mit zahlreichen Stakeholdern zehn Rahmen-Gesundheitsziele<sup>5</sup> entwickelt. Sie sollen richtungsweisend sein und einen gemeinsamen Handlungsrahmen für die nächsten 20 Jahre bilden. Das *„Ziel 1 - Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen“* verlangt einen *„Beitrag aller relevanten Akteurinnen und Akteure und damit das Zusammenwirken von Bund, Ländern, Gemeinden/Städten, Körperschaften öffentlichen Rechts und der Sozialpartnerschaft über alle Politik- und Gesellschaftsbereiche hinweg“*. Das *„Ziel 6 - Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen“* verlangt explizit, sich auf Kinder und Jugendliche besonders zu konzentrieren, wenn es heißt: *„Ungleichheiten in den Gesundheitschancen in der frühen Kindheit können sich in Ungleichheiten im Erwachsenenalter fortsetzen, auch den Gesundheitszustand betreffend. Optimale Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche haben daher einen langfristigen Nutzen für die Betroffenen wie auch für die Gesellschaft.“*

Leider wird in diesem Vernetzungsprozess die KJH bisher nicht einbezogen, obwohl deren MitarbeiterInnen ständig mit vielen Tausend Kindern und Jugendlichen zu tun haben. Z.B. wird unter den Wirkungszielen 1.3.5. *„Berücksichtigung von Kinder- und jugendspezifischen Anforderungen in den Aus- bzw. Weiterbildungen aller relevanten Berufsgruppen“* die Sozialpädagogik, deren Ausbildungssystem in Österreich sehr reformbedürftig ist, nicht erwähnt. Unter dem Wirkungsziel 2 wird zwar festgehalten: *„Der Nutzen von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der frühen Kindheit ist bei*

---

<sup>4</sup> Heinzle, A. (2012), „Vernetzte Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention – Synergien mit der JWF erkennen und nutzen – Zur aktuellen Situation bei privaten Kinder- und Jugendwohlfahrtseinrichtungen Vorarlberg“, Medizinische Universität Graz/Schloss Hofen, Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades of Public health (MPH).

<sup>5</sup> <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>

*Kindern aus sozial benachteiligten Familien besonders stark. Maßnahmen, in deren Fokus sozial benachteiligte Gruppen stehen, dienen daher auch dem sozialen Ausgleich, der ein wichtiger Faktor für die Gesamtgesundheit einer hoch entwickelten Gesellschaft ist.“* Doch eine Verbindung zwischen GF und KJH wird nicht hergestellt.

Zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat das Gesundheitsministerium mit insgesamt 180 ExpertInnen aus den verschiedensten Bereichen der Kinder- und Jugendgesundheit 2011 die Kindergesundheitsstrategie erarbeitet. Der Umsetzungsbericht 2013<sup>6</sup> enthält eine Anzahl gesetzter Maßnahmen, jedoch mit Ausnahme der „Frühen Hilfen“, die in Vorarlberg über die KJH finanziert werden, wird keine Vernetzung mit der KJH als zentraler Einrichtung in Bezug auf gefährdete Kinder und Jugendliche hergestellt.

Umso erfreulicher ist es, dass mit dem gegenständlichen Konzeptauftrag durch den FGÖ ein erster Schritt für die Vernetzung zwischen KJH und GF gesetzt werden kann.

Die KJH in Österreich ist föderalistisch organisiert. Der Bund gibt in einem Rahmengesetz Grundsätze und Aufgaben vor, zu dem die Bundesländer Ausführungsgesetze zu erlassen haben. Die Ausgestaltung und Finanzierung des KJH-Bereiches ist also zwischen den Bundesländern unterschiedlich. Dies erschwert ein bundesweites Vorgehen bei der Kooperation zwischen GF und KJH. Über den Dachverband Österreichischer Kinder- und Jugendhilfe (DÖJ) sind jedoch die privaten Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen zusammengeschlossen. Von diesen privaten Trägern von Jugendhilfemaßnahmen wird ein Großteil der praktischen Aktivitäten der KJH in Österreich durchgeführt. Die privaten KJH-Einrichtungen handeln im Auftrag der öffentlichen KJH auf Basis von Leistungsverträgen mit dem jeweiligen Bundesland. Die einzelnen Bundesländer ziehen private Träger in unterschiedlichem Ausmaß und für unterschiedliche Aufgaben heran. In manchen Bundesländern gibt es sehr viele, teilweise recht kleine private KJH-Einrichtungen, in anderen nur wenige, aber größere. Insgesamt wird aber der weitaus größte Teil an Jugendhilfemaßnahmen zur Durchführung an private Träger delegiert. Die einzige bundesweite Koordinationsstelle für die privaten Jugendhilfeeinrichtungen stellt der DÖJ dar. Über diesen 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 auch die Gestaltungsmöglichkeiten für Gesundheitsförderung in Bezug auf ihre KlientInnen sind höchst vielfältig: Sie reichen von einzelnen, wenigen persönlichen Kontakten der MitarbeiterInnen auf freiwilliger Basis 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 oder Arbeitssituation oder auf den gesamten Lebensbereich. Sie finden in unterschiedlichsten Settings wie stationären Einrichtungen, sozialpädagogische

---

<sup>6</sup>[http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/2/CH1351/CMS1383579714454/vortrag\\_wolschlager\\_kiju\\_ges2013\\_linz.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/2/CH1351/CMS1383579714454/vortrag_wolschlager_kiju_ges2013_linz.pdf)

Familienhilfen, Streetwork, Siedlungsarbeit, Schulsozialarbeit, in der Familie, in Gruppen- oder Einzelberatungen/-betreuungen statt. Sie betreffen unterschiedlichste Zielgruppen wie Familien, AlleinerzieherInnen, MigrantInnen, minderjährige Eltern, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, usw..

Auf Grund der Vielfalt an KJH-Einrichtungen und damit an Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung differenzieren wir die KJH in 3 Teilbereiche:

- a. stationäre und teilstationäre KJH
- b. mobile KJH
- c. ambulante KJH

Die **stationäre** KJH betreut Kinder- und Jugendliche in Wohngemeinschaften, Heimen, Pflegefamilien und gestaltet einen großen Teil ihres Lebens mit diesen zusammen. Diese Übernahme der „Vollen Erziehung“ ist eine Maßnahme der öffentlichen KJH und wird von den Jugendämtern bzw. den Familiengerichten gesetzt. Zur stationären KJH zählen mit ca. 12.000 Kindern/Jugendlichen in Österreich Kinderdörfer, Kinder- und Jugendheime, Pflegefamilien, Wohngemeinschaften (sozialpädagogische, therapeutische, Mutter-Kind-WG, Sonderformen), Krisenzentren, Ausbildungseinrichtungen und diverse Einrichtungen nach Sonderkonzepten. Dazu rechnen wir auch eine Reihe teil-stationärer Einrichtungen wie Betreutes Wohnen, Notschlafstellen, Tagesstrukturen, Horte, Tagesmütter, Ferienheime, usw..

Die **mobile** KJH besucht die Kinder und Jugendlichen in ihren Familien und betreut 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 die Familien und Angehörigen der betroffenen Kinder und Jugendlichen erreicht, womit durch diese mobile KJH allein der Zugang zu etwa 150.000 Personen mit hohem Bedarf bezüglich GF hergestellt werden kann. Auch „Streetwork“ als Form des aktiven Zugehens auf gefährdete Jugendliche wird unter mobiler KJH in allen Bundesländern angeboten und von freien Trägern durchgeführt. Zwischen stationärer und mobiler KJH gibt es auch Überschneidungen, wenn z.B. stationäre Einrichtungen begleitende Elternarbeit machen und die Herkunftsfamilien der Betreuten besuchen oder wenn mobile Familienarbeit gleichsam stationäre Gruppenwochen durchführt.

Während der Großteil der Aufträge durch die Länder an die privaten Träger den stationären und mobilen Setting-Bereich betreffen, gibt es doch eine Reihe zusätzlicher Formen von KJH-Arbeit, die in diese beiden Bereiche nicht einzuordnen sind und weitgehend **ambulant** durchgeführt werden. Ambulante KJH beruht auf freiwilliger Inanspruchnahme und Initiative durch die Betroffenen selbst. Dazu zählen insbesondere die Tätigkeiten von Beratungsstellen, auch Schulsozialarbeit, Sozialraum-Projekte und präventive Angebote wie z.B. die „Frühen Hilfen“, wenn diese über die KJH finanziert werden.

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

An Hand von Determinanten, die Gesundheit betreffen, werden mögliche Ansatzpunkte für GF in den soeben differenzierten drei KJH-Bereichen zusammengestellt. Diese Zusammenstellung orientiert sich weniger an theoretischen Möglichkeiten, sondern vielmehr an der praktischen Umsetzbarkeit von Aktivitäten. Die AutorInnen des Konzeptes kommen aus der Praxis und kennen daher die Rahmenbedingungen, in denen GF in der KJH eingebettet sein muss. Dabei werden die meisten Ansatzpunkte, die auch in gängigen GF-Projekten als relevant erachtet werden, aufgegriffen.

Die Unterscheidung zwischen **verhaltens-** und **verhältnis-**präventiven Möglichkeiten der GF werden beachtet: Insofern die KJH als System im Auftrag der öffentlichen Hand handelt, werden unter einer gesundheitsförderlichen Perspektive auch die Rahmenbedingungen sichtbar, die einer nachhaltigen GF entgegenstehen oder – positiv ausgedrückt – die im Sinne von wirksamer GF adaptiert werden könnten. Entsprechende gesundheitsförderliche Maßnahmen werden als „verhältnis-präventiv“ ausgewiesen. Gestaltungselemente von Rahmenbedingungen auf Einrichtungsebene oder auf individueller Ebene werden als „verhaltens-präventiv“ bezeichnet.

Die folgende Aufzählung relevanter Gesundheitsdeterminanten in der KJH stellt keine Reihung im Sinne ihrer Wichtigkeit dar. Eine solche Reihung wird im Anschluss an die Darstellung der relevanten Gesundheitsdeterminanten im Sinne einer Schwerpunktsetzung vorgenommen.

##### 4.1 Ernährung:

In der stationären oder teilstationären KJH wird die Ernährung der KlientInnen im Wesentlichen von den Einrichtungen selbst gestaltet. Diese ist in manchen, insbesondere größeren Einrichtungen (Heimen, Kinderdörfern) oft schon bewusst gesundheitsbezogen ausgerichtet, in anderen fehlt eine entsprechende explizite gesundheitsförderliche Gestaltung. Bei den von der Jugendhilfe eingesetzten Pflegeeltern könnten in deren Aus- und Weiterbildung die gesunde Ernährung sowie generell gesundheitsfördernde Aspekte der Erziehung aufgenommen werden. Von den mobilen Einrichtungen werden z. T. große bis alarmierende ernährungsbezogene Defizite in den betreuten Familien wahrgenommen (es gibt Familien, in denen nicht einmal ein Tisch existiert!). Die sozioökonomische Situation der Familien wie Armut, niedriger Bildungsstatus, Arbeitslosigkeit etc. wirken sich unmittelbar auf die Ernährungsgewohnheiten der Familien aus. Im ambulanten KJH-Bereich (z.B. Beratungsstellen) spielt Ernährung eine geringere Rolle, könnte aber von den KJH-MitarbeiterInnen aktiv eingebracht werden.

##### 4.2 Sexualität:

Umgang mit Sexualität ist in stationären und teilstationären KJH-Einrichtungen eine große Herausforderung. Da in einem großen Teil der stationären Einrichtungen Jugendliche betreut werden, die sehr häufig Defizite in der Sexualerziehung aus ihren Herkunftsfamilien mitbringen, z.T. sogar Opfer von sexuellen Missbrauch sind, sind Sexualerziehung, Aufklärung, Enttabuisierung, Körperbewusstsein, Selbstwertentwicklung, gendersensibler Umgang etc. wichtige sozialpädagogische

und gleichzeitig gesundheitsfördernde Aufgaben. Entsprechende Regeln in den Einrichtungen und Haltungen von sozialpädagogischen MitarbeiterInnen spielen dabei eine zentrale Rolle und deren Förderung ist gesundheitsrelevant.

Die mobilen KJH-Einrichtungen haben mit jenen Familien zu tun, in denen die diesbezüglichen Defizite entstehen oder entstanden sind. Sowohl in Bezug auf die Kinder und Jugendlichen als auch auf deren Familien ist der Umgang mit Sexualität von sozialpädagogischer und gesundheitsfördernder Relevanz. Entsprechende Schwerpunktsetzungen im Einzel- wie auch im Gruppensetting (Kindergruppen, Familiengruppen, ...) sind potentielle Anknüpfungspunkte für gender- und Sexualitäts-bezogene Formen der Gesundheitsförderung.

#### 4.3 Gewalt:

KlientInnen in stationären und teilstationären KJH-Einrichtungen sind teilweise Opfer (manchmal auch Täter) von Gewalt. Umgang mit Aggression ist ein zentraler Aspekt in sozialpädagogischen Einrichtungen. Gleichzeitig ist der Umgang mit Aggressionen ein wichtiger Gesundheitsfaktor, weil er für das soziale Gefälle, für Stress, soziale Ausgrenzung und für körperliche Befindlichkeiten relevant ist. Von Modellen für gesunde Autoritätsgestaltung (Part-Modell, Haim-Omer-Modell) über Projekte gegen Mobbing bis hin zu Formen von Anti-Aggressivitätstrainings gibt es eine Fülle von Ansätzen, schädlichem Gewaltverhalten vorzubeugen und gesunde Aggressionsverhalten zu fördern.

Im mobilen KJH-Bereich spielt der Umgang mit Gewalt eine ähnlich große Rolle, wenn auch die Möglichkeiten der Einflussnahme durch die KJH-Einrichtungen beschränkter sind. Da es sich beim Thema Gewalt um soziales Lernen handelt, sind vor allem Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche bevorzugte Settings, aber auch Streetwork und ähnliche Angebote.

Auch im ambulanten KJH-Bereich gibt es Settings, die stark auf soziale Interaktion ausgerichtet sind, wie z.B. die Schulsozialarbeit, Sozialraum-Projekte etc. und damit Schwerpunktsetzungen mit gesundheitsfördernder Relevanz in Bezug auf Gewalt beinhalten.

#### 4.4 Psychische Gesundheit:

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung von Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und sozialer Teilhabe. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit reichen von leichten Einschränkungen des seelischen Wohlbefindens bis zu schweren psychischen Störungen. Sie gehen mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen einher und beeinflussen die körperliche Gesundheit und das Gesundheitsverhalten.

Ein spezieller Aspekt psychischer Gesundheit, der in der Orientierung der KJH auf das Kindeswohl von besonderer Bedeutung ist, sind positive Bindungserfahrungen, die in beziehungsorientierter, pädagogischer Arbeit ermöglicht werden können. Strukturelle Bedingungen (z.B. Gruppengröße) von stationären und teilstationären KJH-Einrichtungen spielen für die Verwirklichung des beziehungsorientierten pädagogischen Ansatzes genauso eine bedeutsame Rolle wie persönliche und fachliche Fähigkeiten der Pädagoginnen. Die meisten Konzepte in KJH-Einrichtungen sind beziehungsorientiert ausgerichtet. Die praktische Einlösung dieses Ansatzes wird aber häufig durch finanzielle und formelle Restriktionen begrenzt bzw. verunmöglicht: Hier zeigen sich nachhaltige verhältnis-präventive



Möglichkeiten der Gesundheitsförderung! Dies gilt übrigens auch für den gesamten Bereich der Kinder- und Tagesbetreuungen in Österreich, die von öffentlichen Mitteln getragen werden: bei den derzeit praktizierten Gruppengrößen ist beziehungsorientierte Pädagogik kaum durchführbar und ein wesentlicher psychischer Gesundheitsfaktor bleibt somit unberücksichtigt.

Ein weiterer verhältnis-präventiver Ansatz in Bezug auf psychische Gesundheit erscheint in einer Verbesserung der Kooperation mit dem Gesundheitssystem zu liegen. KJH-Einrichtungen sind häufig (und zunehmend häufiger) mit psychischen Erkrankungen entweder der Kinder und Jugendlichen selbst oder von Personen in deren familiären Umfeld konfrontiert. Österreichweit wird von den KJH-Einrichtungen die Kooperation mit Systempartnern aus dem Gesundheitssystem, die für diese Erkrankungen zuständig sind – z.B. die Kinder- und Jugendpsychiatrie – aber als äußerst unzureichend wahrgenommen. Anstrengungen zur Verbesserung der Kooperation zwischen KJH und Gesundheitssystem könnten diesbezüglich nachhaltige gesundheitsförderliche Relevanz entfalten.

#### 4.5 Hygiene, medizinische Versorgung und Unfallvermeidung:

In stationären KJH-Einrichtungen werden die hygienischen Standards einerseits von gesetzlichen Vorgaben und andererseits von den Einrichtungen selbst festgelegt. Wie weit diese in den einzelnen Einrichtungen den gesundheitsförderlichen Anforderungen entsprechen, könnte genauer untersucht werden, um daraus eventuelle gesundheitsförderliche Aktivitäten abzuleiten.

Die mobilen KJH-Dienste sind bei den betreuten und aufgesuchten Familien sehr häufig mit Defiziten in diesen Bereich konfrontiert. Informative, anleitende und erzieherische Aktivitäten können als nachhaltige Maßnahmen der Gesundheitsförderung in dieser Hinsicht eingesetzt werden.

Die medizinische Versorgung und die Nutzung präventiver Angebote (Gesundenuntersuchung, Zahnprophylaxe, Schuluntersuchungen, ...) ist insbesondere für die mobilen Einrichtungen der KJH ein Bereich, in dem sich das Kindeswohl mit der GF überschneidet und sich optimal ergänzen könnte. Ähnlich gelagert sind Aspekte der Wohnungsgestaltung, die Unfällen im Haushalt vorbeugen können.

#### 4.6 Bewegung:

Die reduzierte körperliche Bewegung von Erwachsenen und insbesondere auch von Kindern und Jugendlichen hat viele gesellschaftliche Ursachen und stellt ein allgemein anerkanntes gesundheitliches Risiko dar. Daher gibt es auch eine Reihe von regionalen und nationalen Anstrengungen, die die Bewegung der Menschen fördern sollen (z.B. „Nationaler Aktionsplan Bewegung“; Gesundheitsziele Österreich: *„8. Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern“*; „fit für Österreich“, ...).

Es erscheint gut möglich, in KJH-Einrichtungen einzelne bewegungsorientierte Projekte durchzuführen. Um gesundheitsrelevant und nachhaltig zu wirken, muss das Ausmaß der Bewegung aber für längere Zeit oder dauerhaft erhöht werden. Es gibt einen schockierend hohen Prozentsatz von adipösen und übergewichtigen Menschen der insbesondere auch im Bereich der KJH anzutreffen ist. Manche gesellschaftlichen Ursachen für Bewegungsarmut sind bei den KlientInnen der KJH

besonders stark vertreten, wie z.B. das Abgeben der Erziehung an digitale Medien (TV, Computer-, Handyspiele,..), die reduzierte Bereitschaft von Eltern zur aktiven Alltagsgestaltung mit den Kindern, die verstärkte Schwierigkeit, die gestiegenen Kosten für sportliche Aktivitäten auf Grund prekärer finanzieller Lagen aufzubringen, usw..

Mobile, ambulante und stationäre Dienste der KJH nehmen die reduzierte Bewegungsgestaltung ihrer KlientInnen deutlich wahr. Da Bewegungsarmut nicht unmittelbar sondern durch langanhaltende Defizite in diesem Bereich zur Gefährdung der Kindergesundheit führt, die KJH aber vor allem bei unmittelbaren Gefährdungen einschreitet, werden von der KJH kaum Interventionen in Bezug auf vermehrte Bewegung gesetzt, obwohl ihre KlientInnen eine bevorzugte Zielgruppe bezüglich dieser Gesundheitsdeterminante darstellen. Der Kontakt der KJH zur Zielgruppe mit großen Defiziten in Bezug auf Bewegung könnte durch spezielle GF-Projekte besser genutzt werden.

Manche, insbesondere größere, stationäre KJH-Einrichtungen haben explizit in ihre pädagogischen Konzepte auch bewegungsfördernde Angebote (z.B. Fußballturniere, Reit-Kooperationen, Akrobatik-Workshops, Klettern, ...) eingebaut. Welche und wie viele KJH-Einrichtungen eine solch explizite bewegungsfördernde Ausrichtung haben, müsste überprüft werden. Mittlere und kleinere stationäre sozialpädagogische Einrichtungen führen eher punktuell bewegungsfördernden Aktivitäten durch oder haben einzelne MitarbeiterInnen, die sich auf Grund ihrer persönlichen Interessen besonders auf sportliche oder körperbezogene Angebote im pädagogischen Alltag konzentrieren. Ein nachhaltiges Implementieren von bewegungsfördernden Aktivitäten scheitert aber meist an personellen und strukturellen Ressourcen. Eine spezielle bewegungsfördernde Orientierung scheint nur möglich, wenn zur Finanzierung durch die KJH zusätzliche Mittel (z.B. Spenden oder spezielle Fördergelder) zur Verfügung gestellt werden. Auch bei vielen MitarbeiterInnen der KJH selbst ist eine gesundheitsbezogene Bewegungsorientierung nicht gegeben, sodass eine nachhaltige Förderung auch bei der Bewusstseinsbildung der sozialpädagogischen MitarbeiterInnen ansetzen müsste. Zusätzlich gibt es für die „öffentliche“ Erziehung eine Reihe von gesetzlichen Sicherheitsbestimmungen, die die Hürden für bewegungsorientierte Maßnahmen und entsprechende strukturelle Rahmenbedingungen beträchtlich erhöhen (z.B. Haftungsrisiken).

In mobilen, teilstationären und ambulanten KJH-Bereichen kann Bewegungsförderung sowohl bei den Eltern, als auch bei den Kindern und Jugendlichen selbst ansetzen: Bei den Kindern ist dies besonders gut in Gruppensettings möglich, wie dies auch die Pilotprojekte („Trotz allem gesund“) in Vorarlberg gezeigt haben. Auch könnte der Zugang der Kinder und Jugendlichen zu bewegungsaktiven Gruppierungen (Sportvereinen etc.) forciert werden. Eine strukturelle Vernetzung der KJH mit dem Sportbereich könnte sowohl die Verbindung der Zielgruppe der KJH mit diesem Bereich und damit ihre Bewegung fördern, aber auch zu finanziellen Synergien bei der Durchführung von entsprechenden Projekten beitragen. Eine Vernetzung kann sowohl auf regionaler als auch auf nationaler Ebene im Sinne einer bewegungsorientierten Gesundheitsförderung angestrebt werden.

#### 4.7 Soziale Integration:

Wie hoch der Zusammenhang zwischen sozialer Integration und Gesundheit ist, hat eine medizinische Meta-Studie bewiesen, die aufzeigt, dass das Rauchen von 15 Zigaretten pro Tag eine geringere Korrelation mit der Gesundheit aufweist als soziale

Integration, und dass Übergewicht eine nur halb so hohe Korrelation mit der Lebenserwartung aufweist als die soziale Integration der Menschen<sup>7</sup>. Daher widmet die GF seit einigen Jahren der sozialen Integration hohe Aufmerksamkeit. In der KJH ist seit vielen Jahren bekannt, dass die soziale Integration ihrer KlientInnen höchst defizitär ist. Während ein Mensch im Schnitt etwa 20 bis 25 wichtige Kontakte pflegt, liegt dieser Anteil bei KJH-KlientInnen bei ca. 5 bis 7 Personen, und diese bestehen zu einem beträchtlichen Anteil zu den professionellen Hilfskräften. Daher ist die soziale Integration der KlientInnen der KJH ein implizites, teilweise aber auch explizites Ziel der Maßnahmen der Unterstützung der Erziehung (mobile und ambulante KJH-Einrichtungen) und auch der Vollen Erziehung (stationäre und teilstationäre Einrichtungen). Obwohl stationäre KJH-Einrichtungen in den letzten Jahrzehnten einen Strukturwandel von Großeinrichtungen wie öffentlichen Heimen hin zu kleineren Gruppen und Wohngemeinschaften von privaten Trägern vollzogen haben, konnte das Image von Kindern und Jugendlichen, die in diesen Einrichtungen aufwachsen, noch nicht befriedigend verbessert werden. Ein Indiz für die unausgesprochene Stigmatisierung der 11.000 fremd untergebrachten Kinder in Österreich und weit über 100.000 fremd untergebrachten Kinder im deutschsprachigen Raum ist die Tatsache, dass es bis vor Kurzem kein einziges Kinderbuch gab, das die Geschichte eines auf Grund von Gewalt oder Verwahrlosung in seiner Familie fremd untergebrachten Kindes thematisierte, das nicht wieder in seine Herkunftsfamilie zurückkommen kann. Die Geschichte dieser Kinder kommt in der Kinderliteratur nicht vor.

Diese allgemeine Stigmatisierung steht einer Integration von Kindern und Jugendlichen, die in stationären Einrichtungen der KJH aufwachsen, entgegen. Die Stigmatisierung kann einerseits durch spezielle Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Lesungen aus dem neuen Kinderbuch „Sarah und die Wolke“ in Schulen und Kindergärten) und andererseits durch gezielte Aktivitäten der konkreten Einrichtungen entgegengewirkt werden. Bei letzteren geht es nicht nur darum, die Kinder und Jugendlichen in die Nachbarschaft und Gemeinde und in deren soziale Gruppen zu integrieren, sondern auch darum, „Freunde“ in die Einrichtungen hinein zu bringen, also die Einrichtungen beidseitig zu öffnen. Diese Integration kann eher in urbanen als in ländlichen Regionen erreicht werden. Insofern diese Zielsetzung sozialer Integration der stationär untergebrachten Kinder und Jugendlichen eine übergeordnete und langfristige ist, geht sie in der alltäglichen sozialpädagogischen Arbeit leicht unter, insbesondere wenn sie nicht strukturell und im Konzept der Einrichtung speziell enthalten ist. Außerdem gibt es eine Reihe von gesetzlichen Bestimmungen, die die Hürden für Integrationsprozesse dieser Zielgruppe erheblich erhöhen. Das Bundes-KJH Gesetz selbst setzt Stigmatisierungen, indem sie ihre Hilfen auf Personen unter 18 Jahre beschränkt und den Betroffenen damit die Zeit der Adoleszenz, die nach einhelliger Meinung der Wissenschaft heute bis zum Alter von ca. 25 Jahren dauert, abspricht – obwohl diese Menschen in ihren Entwicklungschancen ohnehin schon stark benachteiligt waren. Rigorose Auslegungen von Datenschutzbestimmungen verhindern insbesondere die Kontaktnahmen zwischen innen und außen in den KJH-Einrichtungen, indem z.B. nicht einmal ein „Tag der offenen Tür“ in einer stationären sozialpädagogischen Einrichtung stattfinden darf. Es gibt spezielle stationäre KJH-Einrichtungen, deren Ziel explizit die soziale Integration ihrer KlientInnen in die Gesellschaft ist: z.B. KJH-Einrichtungen mit der Aufgabe der Betreuung unbegleiteter Minderjähriger, von

---

7

denen es etwa 1.500 österreichweit gibt. Welches Potential soziale Vernetzung in der KJH als gesundheitsförderliches Ziel einnehmen kann, zeigt das Pilotprojekt „Trotz allem vernetzt“ aus Vorarlberg. In diesem werden 7 verschiedene Module zur Vernetzung von KJH-KlientInnen mit ihrem Umfeld aufgezeigt, die unterschiedliche Ebenen und unterschiedliche Bedürfnisse von KlientInnen berücksichtigen. Eingangsmodul in alle anderen Module ist dort die sog. Netzkarte, mit der nicht nur die tatsächliche soziale Vernetzung der Betroffenen einzeln erhoben wird, sondern auch ihre individuellen Ursachen untersucht und Möglichkeiten für konkrete und individuelle Interventionen erarbeitet werden können. Um die Aufmerksamkeit der KJH-MitarbeiterInnen auf dieses Feld der Gesundheitsförderung durch soziale Vernetzung zu zentrieren, wäre z.B. die Aufnahme einer Netzwerkanalyse durch eine geeignete Netzkarte als Qualitätsstandard oder zumindest als fachliche Empfehlung für alle KJH-Einrichtungen von nachhaltigem Wert.

#### 4.8 Armut und Existenzsicherung:

Armut stellt das größte Gesundheitsrisiko dar. Der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Lage ist anhand vieler Studien nachgewiesen. Dass die KJH vor allem mit armen und armutsgefährdeten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien zu tun hat, ist unbestritten. Zahlen von Armutsberichten sprechen hier eine deutliche Sprache. Daher ist die KJH eine große Zugangschance zu dieser wichtigen Zielgruppe für Gesundheitsförderung.

Im stationären KJH-Bereich wird die praktische Armutssituation der betroffenen Kinder über die sozialpädagogischen Einrichtungen bzw. über die Pflegeeltern gemildert. Da die betroffenen Kinder und Jugendlichen aber häufig nicht während der gesamten Entwicklungszeit von der KJH versorgt werden, ist diese Abmilderung auch nur partiell. Ganz deutlich zeigt sich die materielle und damit auch gesundheitliche Benachteiligung von Jugendlichen, die stationär über die KJH betreut werden, beim Übertritt in das „Erwachsenleben“. Jugendliche über 18 fallen häufig aus allen Sicherungssystemen heraus, sowohl aus den psychosozialen als auch aus den materiellen. Kostspielige, personalintensive und lang anhaltende Unterstützungsleistungen werden wieder „vernichtet“. So ist in manchen Bundesländern die Mindestsicherung für diese Menschen nicht vorgesehen, weil sie Voraussetzungen dafür - wie z.B. die Kompetenz zur selbständigen Lebensführung - nicht vorweisen können. Armut ist eine regelmäßige „Begleiterscheinung“ dieses Übergangs von der stationären Jugendhilfe in die Selbständigkeit. Die ökonomische Benachteiligung von fremd untergebrachten Kindern insbesondere bei ihrem Übertritt in die Selbständigkeit ist eklatant und könnte einen Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung in doppeltem Sinne darstellen: Auf der strukturellen Ebene (Verhältnisprävention) durch Verbesserung der Rahmenbedingungen dieser Gruppe (z.B. Vernetzung der Systeme Jugendhilfe und Grundsicherung, Familienbeihilfe als Vorsorgefonds, ...) und auf der Verhaltensebene durch gezielte Präventionsmaßnahmen aufbauend auf dem Kontakt, den die stationären Einrichtungen zu dieser Zielgruppe - häufig über das Alter von 18 Jahren hinaus - haben.

Die mobilen KJH-Einrichtungen haben insbesondere mit den pädagogischen Auswirkungen der Armut der Kinder und deren Eltern zu tun. Die gesundheitlichen Aspekte der Armut können von der KJH nur dann ins Auge gefasst werden, wenn diese das Wohl der Kinder erheblich gefährden. Die veranschlagten Betreuungszeiten lassen kaum Raum für präventive und gesundheitsfördernde Ausrichtung der Tätigkeit. Wie das Vorarlberger Projekt „trotz allem gesund“ aber zeigte, ist der bestehende Kontakt und die Beziehung der KJH-MitarbeiterInnen zu

diesen Menschen eine gute Basis für gesundheitsfördernde Interventionen, wenn zusätzliche Zeit und Aufmerksamkeit dafür zur Verfügung gestellt werden kann: Informierende und motivierende Einzel- und Familiengespräche, Gruppen, die sich mit der Erfahrung von ständigem existentiellen Stress auseinandersetzen, Coaching von Schulabgängern in Richtung Arbeitssuche über Ehrenamtliche des sozialen Nahraumes, Kinder- und Jugendgruppen mit bestimmten gesundheitsrelevanten Thematiken, Familiengruppen usw. sind Beispiele für gesundheitsfördernde Projektansätze im mobilen aber auch stationären KJH-Bereich.

#### 4.9 Bildung:

Die Bildung gilt als Schlüssel für viele Lebensbereiche, auch für gesundheitliche Chancen. Wir unterscheiden die Bildung durch die öffentlichen Bildungssysteme wie Kindergarten, Schule, Lehre etc. (Öffentliche Bildung) und die Bildung im Alltagsleben, Familienleben, Freizeit etc. (Alltagsbildung). Die KJH hat es mit Menschen zu tun, die in beiden Bereichen große Defizite aufweisen. Aus dem öffentlichen Bildungssystem fallen Kinder und Jugendliche teilweise heraus, indem sie in den Kindergärten oder Schulen nicht „tragbar“ erscheinen und suspendiert werden. Die Zahl suspendierter SchülerInnen ist in den letzten Jahren dramatisch angestiegen. Bei einem Mangel an Kinderbetreuungsplätzen, wie er nach wie vor in Österreich gegeben ist, fallen insbesondere „schwierige“ Kinder aus den Betreuungseinrichtungen heraus. Die Kooperation zwischen KJH und dem Bildungssystem ist nicht ausreichend geregelt und die Betroffenen werden häufig hin- und hergeschoben. Jedes der beiden Systeme verschiebt die Zuständigkeit an das jeweils andere. Entweder das Bildungssystem oder die KJH oder besser beide gemeinsam müssten neue Formen der öffentlichen Bildung für diese Zielgruppe entwickeln und anbieten. Hier wäre im Sinne von Verhältnisprävention ein struktureller Mangel zu beheben, der sehr gesundheitsrelevant sein dürfte.

In der Alltagsbildung zeigen sich bei den KJH-KlientInnen zunehmend Defizite in den sozialen Kompetenzen und in den Kompetenzen der Alltagsbewältigung (Kochen, Haushaltsführung, Geldmanagement, Erziehungskompetenzen, Lesen, usw.) sowie besonders auch in den Gesundheitskompetenzen. Diesen Defiziten kann im stationären Setting der KJH gezielt entgegen gewirkt werden. Allerdings spielen für diesen Mangel in der Alltagsbildung auch gesellschaftliche Entwicklungen wie z.B. die digitalen Medien, eine große Rolle, die nur schwer beeinflusst werden können. Die manchmal auch als „Wohlstandverwahrlosung“ bezeichnete Entwicklung von beziehungsorientierter und aktiver Alltagsgestaltung zu konsumorientierter und passiver Gestaltung kann in ihren gesundheitsförderlichen Aspekten noch kaum abgeschätzt werden. Wohl aber können bestimmte Bereiche wie Information zur gesunden Lebensgestaltung, soziale Kompetenzentwicklung, Förderung von bewegungs- und ernährungsrelevantem Verhalten usw. als bildungsorientierte Aspekte der Gesundheitskompetenz gesehen werden. Gesundheitsförderung im engeren Sinne kann sowohl in Gruppensettings (z.B. Jahresgruppen mit Kindern der mobilen KJH) als auch in Einzelsettings mit KlientInnen der mobilen Jugendhilfe entwickelt und durchgeführt werden. Die Schulsozialarbeit als Teil der ambulanten KJH kann im Kontext ihrer Tätigkeit ebenfalls strukturelle gesundheitsförderliche Aspekte für den Schulalltag einbringen und anstoßen.

#### 4.10 Süchte – Substanz-gebundene und nicht Substanz-gebundene:

In den stationären KJH-Einrichtungen werden auf Grund ihres öffentlichen Auftrages relative enge Grenzen im Umgang mit Suchtsubstanzen (Alkohol, Nikotin, Drogen, Medikamente, usw.) gesetzt. Diese Grenzen werden im Alltag auch ständig thematisiert und kommuniziert, sodass eine Erziehungs- und Alltagskultur zum Tragen kommt, in der die Kinder und Jugendlichen stärker als in der allgemeinen Gesellschaft vor substanzgebundenen Süchten geschützt werden.

Im Gegensatz dazu sind in den mobilen Diensten der KJH die Mitarbeitenden z.T. mit massiven Suchtverhalten konfrontiert. Auf Seiten der Eltern wird von den KJH-Fachkräften in erster Linie auf die Reduzierung des Suchtverhaltens auf ein Maß hingearbeitet, dass die Gefährdung des Kindeswohles hintanhält (z.B. Motivation für Alkohol-Entzug). Jugendliche der betreuten Familien konsumieren mehr und früher Alkohol und Nikotin als im österreichische Durchschnitt, der ohnehin schon vergleichsweise hoch liegt. Hier kann präventiv sowohl im Einzelkontakt als auch in Gruppensettings im Sinne der Gesundheitsförderung gearbeitet werden.

Ein sehr hohes, nicht substanzgebundene Suchtpotential bei den von der KJH betreuten Personen wird im Internet, im Handy-Gebrauch und in den digitalen Medien allgemein gesehen, die eine breite Spielwiese für Suchtverhalten eröffnen. Spiel- und Wett-Süchte sind stark im Vormarsch. Weder die Auswirkungen solcher Suchtformen sind ausreichend untersucht noch sind klare Strategien für ein präventives Entgegenwirken in Pädagogik und Gesellschaft etabliert. Sobald es von Seiten der Gesundheitsförderung kreative und relevante Förderstrategien gibt, könnten diese sicherlich im Kontext der KJH sehr zielführend eingesetzt werden.

#### 4.11 Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung, sinnstiftende Tätigkeiten

Selbstwirksamkeit ist die Überzeugung, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich ausführen bzw. in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen zu können. Es gibt auch vielfältige empirische Belege für zentrale Rolle der Selbstwirksamkeit beim Aufbau von Gesundheitsverhalten. Allerdings scheint es eine Reihe gesellschaftliche Entwicklungen zu geben, die die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, von Selbstbestimmung und sinnstiftenden Tätigkeiten für Kinder und Jugendliche reduzieren und hintanhalten. Insbesondere die „Virtualisierung“ unserer Welt über die digitalen Medien, die dazu führt, dass mehr und mehr Zeit in virtuellen statt in realen Welten verbracht wird, reduziert die tatsächlichen Erfahrungen von Sinnstiftung, Selbstwirksamkeit und realer Verantwortung. Dieser Tendenz kann in stationären KJH-Einrichtungen durch pädagogische Konzepte und Aktivitäten gut entgegen gesteuert werden. Es gäbe dort ein breites Feld an Maßnahmen und Angeboten – nicht nur über erlebnispädagogische Projekte – die der „Virtualisierung“ entgegenwirken und Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, reale soziale Kontakte usw. fördern und in diesem Sinne gesundheitsfördernd sind. Allerdings muss das Bewusstsein für die Notwendigkeit solcher Maßnahmen vertieft bzw. auch bei sozialpädagogischen Fachkräften teilweise erst geschaffen werden. Entsprechende GF-Projekte könnten dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Dies gilt sowohl für den stationären als auch für den mobilen KJH-Bereich.

## **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 zu den oben genannten Gesundheitsdeterminanten Zielsetzungen für potentielle GF-Projekte in der KJH entwickelt und diskutiert. Das Ergebnis dieser Diskussion wird im Folgenden zusammengefasst.

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

Unter Beachtung der Prämissen des FGÖ für eine Förderung von Projekten und auf Grund der bundesweit zusammengetragenen Erfahrungen im Arbeitsfeld der KJH werden vier Zielsetzungen prioritär vorgeschlagen, die als Schwerpunkte künftiger Gesundheitsförderungsprojekte dienen sollten und die vorrangig für die Einreichung von Projekten von KJH-Einrichtungen berücksichtigt werden sollten.

Diese Zielsetzungen sind so allgemein gehalten, dass sie Spielraum für die praktische Ausgestaltung einerseits der konkreten Einrichtungen bzw. Einrichtungsbereiche aber auch für die partizipative Projektentwicklung durch die TeilnehmerInnen lassen. Gleichwohl bringen die Schwerpunktziele jene Bereiche in den Mittelpunkt von Projekten, die auf Grund bisheriger Erfahrungen und Praxis besonders gut mit der Tätigkeit der KJH verknüpfbar sind, aber noch keineswegs in der Praxis etabliert sind. In Bezug auf diese Schwerpunkte ermöglicht die KJH den Zugang zu Menschen, die generell schwer für GF erreichbar sind (armutsgefährdete, bildungsferne Jugendliche). Die Schwerpunkte sind so gesetzt, dass sie nachhaltige Gesundheitsförderung ermöglichen. Auf Grund des Vorschlages dieser Zielsetzungen durch VertreterInnen von vielen verschiedenen Einrichtungen und KJH-Bereichen kann davon ausgegangen werden, dass damit Einrichtungen und potentielle TeilnehmerInnen erreicht werden, die von der entsprechenden Thematik stark betroffen sind. Partizipationsmöglichkeiten in der Entwicklung der Projekte sind gegeben und die Einbindung der Betroffenen ist für ein Gelingen unbedingt notwendig. Die Ziele gehen über den regulären KJH-Auftrag hinaus, ergänzen ihn aber in einer Weise, dass große Synergieeffekte zu erwarten sind. Es kann über solche Projekte eine Zielgruppe der Gesundheitsförderung punktgenau erreicht werden, die obwohl äußerst wichtig sonst kaum erreichbar ist. Die ausschließlich auf persönlichen Kontakt beruhende Beziehung zwischen den Personen der Zielgruppe

und den Mitarbeitenden in der KJH ermöglicht diesen Zugang. Nachhaltigkeit von entsprechenden Gesundheits-Förderungs-Projekten kann einerseits durch ihren Ansatz in der Kindheit und Jugend erwartet werden und andererseits durch die insbesondere im stationären Bereich lang anhaltende Möglichkeit einer Einflussnahme sowie durch die Sensibilisierung der KJH-Mitarbeitenden für dieses Anliegen, das sie über die konkreten Projektdauer hinaus erwerben.

## **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 Tätig-Werden 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 im stationären aber auch in mobilen und ambulanten KJH-Einrichtungen gleichzeitig gesundheitsfördernde Maßnahmen, und zwar sowohl auf der MitarbeiterInnen- als auch auf der KlientInnen-Ebene. Dies nicht nur, indem weitere Gewalterfahrungen vermieden werden können, sondern auch, indem Ängste, Stress und soziale Ausgrenzungen abgebaut werden, die weitreichende gesundheitsgefährdende Folgen haben. Familiäre Gewalt wird – wie mehrere aktuelle Studien aufzeigen - in Österreich nach wie vor stark praktiziert und ebenso stark tabuisiert. Gerade im Umfeld der von der KJH betreuten Familien sind bewusstseinsbildende Maßnahmen und Aktionen, die familiäre Gewalt thematisieren und das Selbstbewusstsein und Wehrfähigkeit der Betroffenen (meist Kinder und Frauen) stärken, von hoher gesundheitsfördernder Relevanz.

## **6.2 Schwerpunktziel 2**

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

Die Zielgruppe der KJH ist gekennzeichnet durch starke soziale Isolation, bedingt durch sozioökonomische und biographische Faktoren auf der einen Seite und durch gesellschaftlich / strukturelle Bedingungen auf der anderen Seite. Soziale Integration hat sich aber inzwischen als hoch signifikante Gesundheitsdeterminante herausgestellt. Der stationäre KJH-Bereich, von deren Maßnahmen über 11.000 Kinder und Jugendliche in Österreich betroffen sind, ist nach wie vor durch einer Art Ghettoisierung gekennzeichnet, der durch entsprechende Vernetzungs-Projekte entgegengewirkt werden kann. Der mobile und ambulante KJH-Bereich, in den ca. 40.000 KlientInnen und deren Familien zugewiesen werden, ist durch eine sehr geringe Vernetzung im Nachbarschaftsfeld, auf kommunaler Ebene und im Arbeitsbereich gekennzeichnet. Durch gezielte Analyse der jeweiligen sozialen Vernetzung und eine Reihe entsprechender Maßnahmen kann diesen Defiziten entgegengewirkt werden, wie die beiden FGÖ-Projekte „trotz allem vernetzt“ und „trotz allem gesund“ zeigten.



### **6.3 Schwerpunktziel 3**

#### **Kompetenzen zur Bewältigung der alltäglichen Lebensführung entwickeln und 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 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. In der Übergangsphase zum Erwachsenenalter werden diese Alltagskompetenzen am meisten gefordert, genau da aber gibt es keine weitere Unterstützung von Seiten der KJH mehr. Viele der stationär betreuten Jugendlichen kehren wieder in die „schwierigen“ Herkunftsfamilien zurück, wo sie diesbezüglich zumindest nicht gefördert werden. Projekte, aufbauend auf den langjährigen Kontakt zu den jungen Erwachsenen mit dem Ziel, Kompetenzen der alltäglichen Lebensführung zu fördern, hätten eine starke gesundheitsfördernde Relevanz.

Die mobilen Maßnahmen beziehen sich vom KJH-Auftrag her schwerpunktmäßig auf die Förderung der Erziehungskompetenzen der Eltern bzw. auf den Schutz der Kinder bei Fehlen derselben. Es gibt im herkömmlichen 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 in diesem 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 gesundheitsbezogene Thematiken. Die Gesundheitskompetenz hängt einerseits vom Bildungs- und Informationsstand der Betroffenen in Bezug auf die Gesundheitsdeterminanten ab andererseits aber auch 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 Determinante, die insbesondere in den Familien, die sich vom Schicksal benachteiligt erleben und die viele Entbehnungen erleiden mussten und müssen - wie eben die KJH-KlientInnen. Förderungsprojekte zur Erfahrung der Selbstwirksamkeit, zur Stärkung des Selbstwertgefühls und zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz sollen partizipativ in allen 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 JH-Einrichtungen**

- Bewerbung der Kooperation GF - KJH auf der Homepage und bei Aussendungen des DÖJ.
- Regelmäßiger Tagesordnungspunkt bei den halbjährlichen Delegiertenversammlungen und Landesversammlungen des DÖJ (Berichte über laufende Projekte)
- Thematisierung bei den Tagungen des DÖJ
- Angebot von spezifischen FGÖ-Bildungsnetzwerk-Seminaren für KJH-Einrichtungen.
- Spezifische Ausrichtung der nächsten FGÖ Gesundheitsförderungstagung durch Ergänzung eines Tages zum Thema Jugendhilfe-Kooperation
- Regelmäßige Abstimmungs- bzw. Austauschkontakte über den Verlauf des Transferprojektes
- Im Vorfeld eines Projektantrages; Unterstützung der AntragstellerInnen aus der KJH durch den FGÖ bei den Überlegungen zur Co-Finanzierungen.
- Persönliche Unterstützung seiner Mitgliedseinrichtungen durch den DÖJ bei der Antragstellung. Die Notwendigkeit bzw. das Ausmaß dieser Unterstützung kann erst im Zuge erster Praxisfälle eruiert werden. Auf Grund dieser Erfahrungen soll auch das jugendhilfespezifische Manual (siehe 7.2) verbessert werden.

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

Da es noch kaum Modellprojekte für ein einzelnes Schwerpunktthema gibt und generell eher diverse Interventionen aus verschiedenen Schwerpunktbereichen zum Tragen kommen dürften, sollen Interventionsbeispiele (und nicht ganze Modellprojekte) zu den 4 Schwerpunktthemen zusammengestellt werden. Diese Interventionsbeispiele sollen in ein auf die KJH-Projekte zugeschnittenes eigenes Manual für die Antragstellung von Projekten aufgenommen werden. Dieses eigens zu erstellende 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 Interventionsbeispiele**

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

### **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 und 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 für (uMF)
- 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 Praktikern 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 kann und 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 konstitutiver Bestandteil von Lebenskohärenz beschreiben.

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