



.....

Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2018

Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2018

**Unser aktuelles Schwerpunktthema:
Seelische Gesundheit**

www.kinderjugendgesundheit.at

Wien, Oktober 2018

Impressum

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller

Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

Hersteller- und Verlagsort Wien

Sitz und Zustelladresse

Stutterheimstraße 16-18/2/20c, A-1150 Wien

office@kinderjugendgesundheit.at

www.kinderjugendgesundheit.at

ZVR-Zahl 822 894 006

Endredaktion

Mag.a Caroline Culen culen@kinderjugendgesundheit.at

Gloria Schaupp, B.A., B.Sc. schaupp@kinderjugendgesundheit.at

Redaktionelle Mitarbeit

Jana Hierzer, B.A.

Sophia Wörndl, BSc.

AutorInnen-Angaben direkt bei den einzelnen Beiträgen

Layout

Anna Kromer

Blickspur – Visual Communication

kromer@blickspur.at

Gestaltung

Daniela Koller

Grafik & WebDesign

design@danielakoller.at

Foto

Fotolia.com @nuvolanevicata

Druck

Eigner Druck GmbH

Tullner Straße 311, 3040 Neulengbach

office@eigner-druck.at

Logo

Dorothee Schwab

illustration und grafik design

doro.s@gmx.at

Vorwort



Liebe Leserin, lieber Leser,
liebe Mitglieder,

Kindern eine Stimme geben

Eine herausragende und uns allen zustehende Hilfeleistung in unserer hochtechnisierten Welt ist es, im medizinischen Notfall eine bestmögliche Versorgung zu erhalten. Wer beispielsweise einen Unfall erleidet kann damit rechnen, dass unabhängig von Einkommen, Ansehen, Alter, sozialer Herkunft, Geschlecht oder Hautfarbe, umgehend alle Rettungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt werden, um die körperliche Integrität bestmöglich wiederherstellen zu können.

Welch ein Glück, dass wir uns darauf verlassen können durch ein solidarisch finanziertes, hochwertiges medizinisches Versorgungssystem getragen zu werden. Ein wesentlicher Beitrag zu unser aller Lebensqualität. Bei unserem aktuellen Thema »Seelische Gesundheit« sieht es jedoch ganz anders aus. Dazu können Sie in diesem Bericht sowohl im Teil Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich und im Gastbeitrag von Dr. Christian Kienbacher nachlesen.

Gesundheit definiert sich nicht nur über die Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit bei Notfällen. Zusätzlich umfasst Gesundheit laut WHO neben der körperlichen auch die seelische/psychische Gesundheit und die soziale Lebensqualität. Insbesondere bei Kindern kann eine Chancengleichheit bezüglich eines ganzheitlich gesunden Aufwachsens oftmals nicht garantiert werden.

Die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit mit ihren über 100 Mitgliedsorganisationen setzt sich tagtäglich für die Durchsetzung eines umfassend ethischen Grundsatzes als Handlungsmaxime ein und fordert gleichzeitig eine entsprechende politische Umsetzung.

Hierbei geht es um faire Chancen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Im Falle unzureichender Ressourcen seitens der Eltern brauchen kranke oder gekränkte Kinder den Rückhalt und die Unterstützung einer größeren Gemeinschaft. Dies gilt sowohl für Kinder mit körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigungen als auch für jene in sozial schwierigen Situationen. Sie leiden unter Armut, sozialer Ausgrenzung, Bindungsstörungen, depressiven Verstimmungen, fehlender Impulskontrolle, Angst- und Essstörungen oder ziehen sich in isolierende virtuelle Welten zurück. Zudem beschreiben Kinder bereits in

jungen Jahren steigenden Druck und vermehrte Leistungserwartungen, die sie als belastend erleben.

Anstatt verstärkt in positive, gemeinschaftsstärkende Maßnahmen für Familien, Kinderbetreuung, Schulen, Nahraum, etc. zu investieren, stellen wir mit Sorge fest, dass bei aktuellen politischen Entscheidungen dem sozialen Miteinander weniger Wert beigemessen wird. Dadurch haben nicht zuletzt sozial Schwächere, kinderreiche Familien und soziale Organisationen unter Kürzungen zu leiden.

Die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit stellt sich auf die Seite von allen Kindern und Jugendlichen und gibt ihnen eine Stimme. Dazu werden fehlende Hilfestellungen und Versorgungslücken in Österreich aufgedeckt, wissenschaftliche Grundlagen für effektive Handlungsansätze geliefert, über Best-Practice-Modelle berichtet, eine Ermächtigung und Beteiligung von jungen Menschen vorangetrieben und die sozialräumliche Vernetzung der AkteurInnen gefördert. Nicht zuletzt wird eine deutlich verstärkte und nachhaltige Orientierung an den gesundheitlichen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen als Grundlage für alle Entscheidungen auf politischer Ebene gefordert.

Wir stehen für ein kinder- und familienfreundliches Österreich und für einen qualitativen und quantitativen Ausbau von Unterstützungsangeboten. Nur so kann jedes Kind und dessen Familie im Falle einer Gefährdung seiner gesundheitlichen Integrität adäquat unterstützt werden. Darüber hinaus sind wir der festen Überzeugung, dass eine hohe soziale und zudem gegenseitig bedingende wirtschaftliche Lebensqualität in unserem Land nur dann zu erhalten ist, wenn wir alles daran setzen, in die Entwicklung der Talente und Potentiale unserer Kinder zu investieren und dabei kein Kind zurücklassen. Es gibt noch viel zu tun.



Dr. Christoph Hackspiel

Präsident der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

Inhalt

Zur aktuellen Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich	9
● Organigramm	24
● Die Liga und das Jahr 2017	25
Gastbeiträge	31
● Biographische Erfahrungen von Care Leavern	33
● Glücksspiele im Jugendalter	39
● Psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter	49
● The influence of laughter and humour on mental health and well-being of children and youth	55
● Interventionsfelder der Frühen Hilfen - Überlegungen und Erfahrungen aus der Praxi	60
Beiträge institutioneller Mitglieder	69
● Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich	71
● Berufsverband Österreichischer PsychologInnen	72
● Big Brothers Big Sisters Österreich - Mentoring für Kinder und Jugendliche	73
● Bundesverband Österreichischer Kinderschutzzentren	74
● CONCORDIA Sozialprojekte Gemeinnützige Privatstiftung	75
● Contrast - Frühförderung für blinde, sehbehinderte u. mehrfachbehindert-sehgeschädigte Kinder	76
● Dachverband Österreichischer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen	77
● Diakonie Zentrum Spattstraße gemeinnützige GmbH	78
● Die Boje - Ambulatorium für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre in Krisensituationen	79
● Die Möwe - Kinderschutzzentren für physisch, psychisch oder sexuell misshandelte Kinder	80
● Elternwerkstatt - Verein im Dienst von Kindern, Eltern und PädagogInnen	81
● Ergotherapie Austria - Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs	82
● Institut für Gewaltprävention und Konfliktmanagement	83
● Internationale Gesellschaft für Beziehungskompetenz	84
● Kinderhospiz Netz - Wiens erstes mobiles Kinderhospiz und KinderTagesHospiz	85
● Lobby4kids - Kinderlobby	86
● MOKI NÖ - Mobile Kinderkrankenpflege	87
● MOKI-Wien Mobile Kinderkrankenpflege	88
● NANAYA - Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern	89
● NeMo - Verein zur Bewegungs- und Entwicklungsförderung	90
● nomaden - ambulante Unterstützung für Menschen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen	91
● Österr. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	92
● Österreichische Gesellschaft für Kinderphilosophie	93
● Österreichische Muskelforschung	94
● Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen	95
● Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie	96
● Österreichisches Hebammengremium	97
● Physio Austria - Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs	98
● Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft Österreich	99
● RAINBOWS	100
● Rudolf Ekstein Zentrum - Sonderpädagogisches Zentrum für integrative Betreuung	101
● SPORTUNION Österreich	102
● Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs	103
● Wiener Hilfswerk (Spielothek & Kinderbetreuung)	104
● Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH (Die Zentren für Entwicklungsförderung)	105
● Wiens mobiles Kinderhospiz und Kinderpalliativteam MOMO	106
● ZOI Tirol - Gemeinnütziger Verein für Begleitung und Ausbildung	107
Beiträge fördernder Mitglieder	109
● Caritas der Erzdiözese Wien	110
● OJAD - Offene Jugendarbeit Dornbirn	112
● Vorarlberger Kinderdorf gem. GmbH	114
● Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH	116
Kontaktdaten	118

Zur aktuellen Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich

Einleitung

In unserem Lagebericht werfen wir auch heuer wieder einen Rückblick auf die Lage und Entwicklung der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich des letzten Jahres. Unser diesjähriges Resümee steht unter dem Schwerpunktthema »Psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter«, das uns zwei Jahre begleitete. Auf der 4. Fachtagung der Kinderliga am 29. November werden wir uns noch einmal intensiv mit diesem Thema auseinandersetzen. Einen Ausblick auf unser nächstes Schwerpunktthema werfen wir am Ende dieses Artikels.

Ganz an den Anfang wollen wir **unsere Forderung** des letzten Jahres stellen, um festzuhalten, dass Kinder und Jugendliche im Zentrum all unserer Überlegungen stehen.

Als wichtiges Signal fordern wir die Etablierung eines Bundeskinderbeirats nach Vorbild des Bundesessenziorenbeirats, besser noch ein **Kinderministerium** als eigenes Ressort.

Unsere weiteren Forderungen, die wir als Kinderliga schon in der Vergangenheit an die Politik gestellt haben, listen wir heuer nicht explizit auf. Sie sind für alle interessierten Leserinnen und Leser in unseren früheren Kinderligaberichten detailliert nachzulesen – und viele dieser Forderungen sind leider nach wie vor offen.

Die WHO hat im Jahr 2017 einen eigenen Schwerpunkt auf psychische Gesundheit sowie die Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gelegt. Psychische Gesundheit wird von der WHO als Zustand beschrieben, in dem eine Person ihr eigenes Potential erkennt, mit normalen Stresssituationen des Lebens umgehen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zur Gemeinschaft leisten kann – für Kinder und Jugendliche könnten wir »produktiv arbeiten« durch »lernen« ersetzen. Sigmund Freud erklärte ganz allgemein Gesundheit noch viel einfacher als Arbeits- und Liebesfähigkeit. Hier ist der Aspekt der Beziehungsgestaltung mitbeschrieben: Gesundheit zeigt sich auch bei Kindern und

Jugendlichen oft in der Fähigkeit und Möglichkeit, ein erfülltes soziales Leben mit Freundschaften und Liebesbeziehungen zu gestalten.

Die Gesundheitsgespräche des Europäischen Forum Alpbach¹ standen heuer unter dem Thema »Diversität und Resilienz«. Aaron Ciechanover und Ilona Kickbusch sprachen in ihren Eröffnungsvorträgen sehr deutlich die Herausforderungen an, die mit zunehmendem medizinisch-technischen Fortschritt einerseits und dem demographischen Wandel andererseits auf uns zukommen: Präzisionsmedizin, immer höheres Lebensalter, teure Medikamente oder auch psychische Gesundheitsprobleme. Hier etabliert sich zunehmend auch bei uns der Begriff »Mental Health«, den Nobelpreisträger Aaron Ciechanover als die **Herausforderung** Nummer 1 in den nächsten Jahren benennt.

Auch wenn das Thema Kinder- und Jugendgesundheit nicht explizit angesprochen wurde, ist implizit klar, dass all diese genannten Herausforderungen in hohem Maße auch Kinder und Jugendliche betreffen. Hier sieht die Kinderliga ihre Aufgabe: die Bedürfnisse, die Rechte und die Schutzgrenzen von Kindern und Jugendlichen mitzudenken, sie zu formulieren und nach außen zu vertreten.

Die im Zuge der Regierungsbildung Ende 2017 gefallene Entscheidung, Gesundheits- und Sozialministerium² zusammenzulegen, ist für uns ein richtiger Schritt in Richtung »**Health in All Policies**«, von der Kinderliga seit Jahren gefordert, denn Themen der Kindergesundheit betreffen nicht nur das Gesundheitsressort, sondern meist auch das Sozialressort. Kinder haben das Recht auf ein gesundes Aufwachsen und die bestmögliche körperliche, geistige und seelische Entwicklung, aber auch auf die notwendigen sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen dafür. Präventionsmaßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit und die Förderung der seelischen und körperlichen Gesundheit von Kindern sind die nachhaltigste Investition

¹ www.alpbach.org/de/forum/forum2018/

² www.bmgf.gv.at

in die Zukunft. Wir begrüßen, dass im Regierungsprogramm Zusagen der nachhaltigen Stärkung der kindermedizinischen Versorgung und der Schließung von Angebotslücken im Kinder- und Jugendbereich verankert sind: Nun müssen allerdings auch Taten folgen.

Im ersten Jahr der Regierung waren bis jetzt wenige tatsächliche Schritte in Richtung Ausbau, Verbesserung oder gar neue Entwicklungen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu bemerken. In der **Rücknahme des generellen Rauchverbots** in der Gastronomie sieht die Kinderliga z.B. eine deutliche Abkehr vom Präventionsgedanken und ein Signal in die falsche Richtung. Hier hat es die Regierung verabsäumt, ein deutliches Bekenntnis zur Gesundheitsförderung zu setzen.

Angesichts dieses großen Rückschritts drängen wir darauf, bestehende und gut funktionierende Angebote wie z.B. die Frühen Hilfen weiterhin sicherzustellen oder im Wahlkampf angekündigte Vorhaben wie die Kinderkostenstudie tatsächlich umzusetzen. Präventive Maßnahmen und Unterstützungsleistungen, die möglichst früh in der Entwicklung ansetzen, oder wie bei den Frühen Hilfen sogar schon vor und ab Geburt, bieten eine ungleich größere Wahrscheinlichkeit für gesundes Aufwachsen.

Kinderrechte kommen im Regierungsprogramm bedauerlicherweise nicht vor. Im derzeitigen Regierungsprogramm fehlt es auch an konkreten Maßnahmen, wie die Chancengleichheit für alle Kinder und Jugendlichen erreicht werden soll.

Jedes Kind und jeder Jugendliche hat das Recht auf bestmögliche Entwicklung und Entfaltung – so steht es in der österreichischen Verfassung.

Das GesundheitsABC 2017/2018 der Kinderliga:

- A ATHIS 2019
- B Bekämpfung der Kinderarmut
- C Chronische Erkrankungen
- D Digitale Medien
- E Ethik
- F Frühe Hilfen
- G Gewalt in der Geburtshilfe
- H Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- I Inklusion
- J Jugendhilfe
- K Kinderschutzrichtlinien
- L Lifeline-Symposium
- M Mutter-Kind-Pass Neu
- N Notfallmama
- Ö Österreich
- P Psychische Gesundheit
- Q Qualitätssicherung
- R Rehabilitation
- S Seltene Erkrankungen
- T Transition
- U Unterversorgung und Umweg
- V Village
- W WahlärztInnen
- X XpertInnen der Arbeitsgruppe 18+
- Y Youth Goals
- Z Zukunft Österreich

A - ATHIS 2019. Der Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen wurde im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014³ mittels Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand, zu Gesundheitsproblemen, zum Thema Impfen und zum Versorgungsbedarf der 0- bis 17-Jährigen erhoben. Die Fragen waren an die Eltern gerichtet und betrafen alle im jeweiligen Haushalt lebenden Kinder. Laut den Ergebnissen von ATHIS 2014 bekamen 19% der Kinder, bei denen ein Elternteil eine der Fragen zu gesundheitlichen Einschränkungen mit »ja«

³ Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation

beantwortet hat, nicht die notwendige Behandlung oder Beratung (das sind etwa 44.900 Kinder). Um genauere Informationen zu diesem relevanten Punkt zu erhalten, gibt es die Überlegungen, eine Zusatzfrage nach den Gründen zu stellen. Zur Hauptfrage: »Bekam Ihr Kind in den letzten 12 Monaten für die genannten Probleme die Behandlung bzw. Beratung, die es benötigt?« wurde folgende Zusatzfrage vorgeschlagen: »Und wenn nicht, welches Hindernis bestand? Wussten ÄrztIn oder TherapeutIn nicht Bescheid, gab es keinen Therapieplatz, waren die Kosten zu hoch? Gab es andere Gründe?«

An diesen Daten zeigen sich die Schwierigkeiten des Systems, mit denen Familien mit kranken Kindern zu kämpfen haben: zu wenig Versorgungsangebote, fehlende Kommunikation, lückenhaftes Nahtstellenmanagement und zu hohe Kosten für die PatientInnen. Weiters ist an der ATHIS Befragung ablesbar, dass psychische Belastungen (Mental Health) nach wie vor wenig mitgedacht werden. Psychologinnen und Psychologen kommen als Berufsgruppe darin nicht vor, obwohl sie im Spitalskontext, in Bildungseinrichtungen, in der Diagnosestellung sowie in Beratungskontexten arbeiten.

Solche psychischen Aspekte und Belastungen werden allerdings in einer weiteren großen Studie erfasst: Im Schuljahr 2017/18 findet die zehnte Erhebung der Health Behaviour in School-aged Children Studie (HBSC - Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern) statt. Die HBSC Studie wird in Österreich vom Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen durchgeführt. Untersuchte Themen umfassen Ernährung, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum, Körperselbstbild und Freizeitaktivitäten sowie Gewalt und auch psychische Gesundheit. An psychischen Symptomen werden dabei abgefragt: Einschlafschwierigkeiten, schlechte Laune / Gereiztheit, allgemein schlechter Gefühlszustand sowie Nervosität. Insgesamt geben ca. 30% der österreichischen Schülerinnen und Schüler an, in den letzten 6 Monaten mindestens eine der abgefragten Beschwerden häufig, das heißt mehrmals pro Woche oder täglich gehabt zu haben. Hier freuen wir uns auf neue und aussagekräftige

Daten, die uns dabei helfen werden, unsere Empfehlungen und Forderungen zu untermauern.

B - Bekämpfung der Kinderarmut muss weiter ein Ziel bleiben und darf nicht politisch geopfert werden. Armut macht krank⁴ – dieses Wissen ist mittlerweile überall angekommen und dennoch wird zu wenig getan. Die untersten sozialen Schichten weisen die schwersten Krankheiten auf und haben nach wie vor die geringste Lebenserwartung. Sozial schwache Familien sind von den steigenden Kosten zur Abdeckung der finanziellen Bedürfnisse von Kindern besonders betroffen: In Österreich leben etwa 300.000 Kinder in manifester Armut oder sind armutsgefährdet. Gemeinsam mit Organisationen wie Volkshilfe, SOS Kinderdorf, dem Netzwerk Kinderrechte, Kinder- und Jugendanwaltschaft, Bundesjugendvertretung und der Österreichischen Plattform für Alleinerziehende hat die Kinderliga einen offenen Brief an die neue Bundesregierung für eine dringend notwendige Kinderkostenstudie mitverfasst, den mehr als 70 Organisationen mitunterzeichnet haben.

Die letzte aussagekräftige Erhebung über die finanziellen Mittel, die Familien für die Bedürfnisse ihrer Kinder aufbringen müssen, stammt aus dem Jahr 1964. Seitdem hat sich die Ausgabenlage wesentlich verändert. Welche Kosten für Familien aktuell für Wohnen, Essen, Kleidung, Wohnraum, Kinderbetreuung und Schule oder auch Freizeit und Urlaub entstehen, ist nicht bekannt. Nur wenn die finanzielle Lage von Familien neu erfasst wird, können familienpolitische Maßnahmen realistisch geplant werden. Es ist kaum zu glauben, aber Familienrecht oder familienpolitische Maßnahmen beziehen sich noch heute auf diesen Regelsatz aus dem Jahr 1964. Selbst für die Berechnung von Unterhaltszahlungen für Kinder wird noch immer diese mehr als 50 Jahre alte Kinderkostenstudie herangezogen, die nichts mehr mit den heutigen Verhältnissen zu tun hat. Der offene Brief weist auf die Dringlichkeit hin, den Regelbedarf von Kindern auf einer statistisch

⁴ www.armutskonferenz.at/news/news-2018/eroeffnung-der-ersten-oesterreichischen-krankenstrasse.html

zuverlässigen Basis zu erheben, die auch neue technische Errungenschaften der letzten 50 Jahre wie Handys und Computer, die z.B. in Bildungseinrichtungen selbstverständlich vorausgesetzt werden, berücksichtigt. Leben in Armut macht Stress, schwächt die Abwehrkräfte und das Immunsystem. Finanzielle Not, Arbeitslosigkeit oder schlechte Wohnverhältnisse (Feuchtigkeit, Lärm, Abgase) machen krank. Die Versprechungen der Politik vor der Wahl im Herbst 2017 haben noch keine Früchte getragen und von den geplanten steuerlichen Erleichterungen profitieren diejenigen am wenigsten, die es am meisten brauchen. Daher fordert die Kinderliga weiterhin eine Kinderkostenstudie als Basis für Familienpolitik, Maßnahmen zur Kindergrundsicherung und das Abwenden von Kinderarmut.

Die im Wahlkampf versprochene Erstellung einer unabhängigen Kinderkostenstudie zur Erhebung der aktuellen finanziellen Aufwendungen für Familien ist noch offen.

Die Mindestsicherung beträgt in Zukunft maximal 863,04 Euro für Einzelpersonen, und das österreichweit. 300 Euro davon erhalten Personen nur mit österreichischem Pflichtschulabschluss oder wenn sie gewisse Voraussetzungen wie das Deutschniveau B1 oder Englischlevel C1 erfüllen. Die 863 Euro sind ein Maximalwert als Vorgabe für die Länder. Diese können innerhalb dieses Rahmens auch niedrigere Summen vorsehen, wenn die Wohnkosten in der Region besonders niedrig sind⁵.

Laut der Österreichischen Plattform für Alleinerziehende (ÖPA)⁶ bedeutet die neue Berechnung der Mindestsicherung, dass 152.242 Eltern und Kinder weniger Unterstützung erhalten werden als bisher. Diese Familien leben schon jetzt an der Armutsgrenze, die Kürzung der Mindestsicherung bedeutet die Gefahr, dass diese Eltern (viele davon Alleinerziehende) und Kinder in absolute Armut rutschen. Alleinerziehende Frauen bilden nach den Alleinstehenden

die größte Gruppe (2016: 23%) der LeistungsbezieherInnen, nur 2% sind Männer⁷, 4.626 Alleinerziehenden-Haushalte (17%) versorgen mehr als drei Kinder. Diesen Familien wird die Existenzgrundlage entzogen. Die kommunizierte angebliche Besserstellung von Alleinerziehenden bedeutet in den meisten Fällen leider nur, dass bei ihnen etwas weniger hart gekürzt wird als bei anderen - das Ziel, die hohe Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung bei Alleinerziehenden zu senken, wird verfehlt. Größtenteils sind das österreichische StaatsbürgerInnen, aber auch geflüchtete Menschen und subsidiär Schutzberechtigte sind betroffen. Kinder aber brauchen Wohnraum, Essen, Bildung, Kleidung unabhängig von ihrer Herkunft. Hier darf kein Unterschied gemacht werden.

C - In Österreich leben mehr als 190.000 Kinder und Jugendliche mit **chronischen Erkrankungen** wie Asthma, Allergien, Diabetes, Rheuma oder Stoffwechselstörungen.

Für manche chronischen Erkrankungen oder auch für psychische Auffälligkeiten, von denen bereits 20% der Kinder und Jugendlichen in Österreich betroffen sind, gibt es keine flächendeckende medizinisch-therapeutische Versorgung.

Die mobile Kinderkrankenpflege⁸ ermöglicht Familien, Kinder/Jugendliche mit einer chronischen Erkrankung in Ihrem Lebensumfeld und somit in vertrauter Umgebung zu pflegen. Übernahme der Pflege, angeordnete medizinische Therapie, Unterstützung und ebenso die Entlastung der pflegenden Angehörigen stehen im Zentrum der Versorgung. Bis zu 80% der Betreuungen finden im palliativen Setting statt. Ohne Spendengelder könnten diese Leistungen nicht angeboten werden. Ziel muss es sein, ausreichend öffentliche Gelder zur Verfügung zu haben, sodass allen Familien, die Begleitung wünschen, Unterstützung in dieser schwierigen Lebensphase gegeben werden kann.

Therapieangebote für Kinder müssen noch immer

⁵ www.profil.at/oesterreich/mindestsicherung-neu-regeln-detail-10102185 vom 30. Mai 2018

⁶ www.alleinerziehende.org

⁷ www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/4/4/CH3434/CMS1503490353501/bms-statistik_2016.pdf

⁸ www.moki.at

zur Gänze oder zumindest teilweise über Selbstbehalte privat finanziert werden, was für viele Familien eine unüberwindliche Hürde bedeutet. Damit alle Kinder gute Entwicklungsmöglichkeiten bekommen, muss die Benachteiligung dieser Kinder beendet werden.

Es darf in einem reichen Land wie Österreich nicht sein, dass unbedingte Voraussetzungen für eine gute Entwicklung wie Stützkkräfte und Schulassistenz, mobile Kinderkrankenpflege, gleichberechtigter Zugang zu bestmöglicher Behandlung für alle Kinder und Jugendlichen und Erleichterungen für chronisch kranke Kinder im Schulbetrieb nicht selbstverständlich sind.

D - Digitale Medien und deren Auswirkungen auf Gesundheit, Verhalten und Wohlbefinden werden uns in Zukunft noch mehr beschäftigen. Medienkompetenz ist schon jetzt eines der brennenden Themen. Sie wird auch von der österreichischen Regierung⁹ als eine in unserer digitalen Gesellschaft entscheidende Schlüsselfähigkeit gesehen. Ob im Beruf, in der Schule, in der Freizeit, ob zu Hause oder unterwegs – digitale Medien sind unsere ständigen Begleiter. Medienkompetenz befähigt dazu, Medien selbstbestimmt, verantwortungsbewusst, kritisch und kreativ zu nutzen. Daher wurde dieses Handlungsfeld in die schon bestehende Jugendstrategie aufgenommen (s. Youth Goals).

Die deutsche BLIKK-Studie¹⁰ bietet Daten, die in Ermangelung vergleichbarer österreichischer Daten einen Hinweis geben können, wie sich eine Nutzung elektronischer Medien von mehr als 30 Minuten täglich auswirkt. Laut dieser Studie geben Eltern und Kinder/Jugendliche folgende Symptome an: Im Alter von zwei bis fünf Jahren zeigen sich Entwicklungsauffälligkeiten in Bezug auf Konzentration, Sprache und Hyperaktivität, im Alter von sieben bis zehn Jahren Auswirkungen auf Konzentration und

Hyperaktivität, bei den 12- bis 14-Jährigen werden insbesondere Konzentrationsstörungen beschrieben – mit einem signifikanten Unterschied zwischen Mädchen und Buben, und zwar mit einer höheren Häufigkeit bei den Buben.

Digitale Entwicklungen und Telemedizin werden derzeit im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheitsversorgung wenig diskutiert. Gerade in den letzten Jahren haben sich mit dem technologischen Fortschritt sowohl Therapiemöglichkeiten als auch die Kommunikationswege sehr verändert. Telemedizin wird derzeit in den Versicherungen erst langsam bedacht. Gerade im Bereich der Kindergesundheitsversorgung, wo sehr oft die Eltern das Therapiemanagement neben Arbeits- und Familienalltag meistern müssen, könnten Beratung, Rezepterstellung oder auch Kontrollbefundbesprechungen über Online-Kanäle zeit- und ressourcensparend erfolgen. Jugendliche sind sehr oft ohnehin besser über soziale Medien und digitale Kommunikation zu erreichen. Es bietet sich also für diese Altersgruppe an, für bestimmte Indikationen, wie z.B. chronische Erkrankungen, wo schon vieles über digitale Geräte läuft (Insulinpumpen, BlutzuckerApps, etc.), den verstärkten Einsatz von Telemedizin zu fördern, was ebenso für die betreuenden ÄrztInnen Erleichterung bedeuten könnte¹¹. Auch im Bereich der psychologischen oder psychotherapeutischen Online-Beratung gibt es schon einige Angebote, wie auch viele Lösungen zu Datensicherheit und Therapievereinbarungen¹² – die Möglichkeit der Refundierung solcher Leistungen ist jedoch noch offen.

E - Ethik. Entscheidungsprozesse im medizinischen Kontext werden angesichts aufwendiger technologischer Entwicklungen, teurer medizinischer Untersuchungen, Therapien oder Medikamente immer komplexer. Medikamente, die tausende von Euros kosten, werden gegen andere Therapieformen abgewogen und Indikationen gegeneinander ausgespielt. Ethisch sind diese Überlegungen für einzelne

⁹ www.frauen-familien-jugend.bka.gv.at/jugend/medien-informati-on/medienkompetenz.html

¹⁰ www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Kurzbericht_BLIKK_Medien.pdf

¹¹ www.meinarztonline.at

¹² Klinische Cyberpsychologie und Cybertherapie Taschenbuch – 14. Mai 2018, Oswald David Kothgassner und Anna Felnhöfer (Hrsg.)

VersorgerInnen oft überfordernd. Der Begriff Medizintechnik-Folgenabschätzung (Health Assessment Technology) bezeichnet Prozesse zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel und Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. Solche HTAs helfen jedoch oft in der Praxis nicht weiter, da gerade ethische Aspekte – auf die Entscheidungen häufig hinauslaufen – nur schlecht abgebildet werden können. Im Gesundheitswesen zeichnet sich hier ein großes Spannungsfeld ab.

F - Frühe Hilfen. In den letzten zwei Jahren wurde im politischen Zusammenhang mit den Frühen Hilfen immer von Leuchtturmprojekten gesprochen. Aktuell sind 24 regionale Netzwerke der Frühen Hilfen¹³ in Österreich beratend, begleitend und unterstützend aktiv. Im neuen Jahresbericht 2017¹⁴ wird die psychosoziale Gesundheit aus Sicht der Frühen Hilfen österreichweit dargestellt. Neue Praxisleitfäden wurden entwickelt. In unserem Gastbeitrag von Mag.a Hedwig Wölfl können Sie Details zu Entwicklung, Ausrichtung und derzeitigem Stand der Frühen Hilfen nachlesen. Als Kinderliga räumen wir niederschweligen, aufsuchenden und präventiven Interventionen einen hohen Stellenwert in einem gut funktionierenden Gesundheitssystem ein.

G - Geburtshilfe. Während der Schwangerschaft, Geburt oder im Wochenbett sind Respekt und Schutz der Rechte von Frauen und Kindern besonders wichtig. Geringschätzung und Missachtung wirken sich negativ beeinflussend, verändernd oder schädigend auf Frauen und ihre Kinder aus, indirekt können auch Väter und andere Familienangehörige betroffen sein. Österreichische Medien berichteten im Laufe des Jahres 2018 vermehrt über das Thema Gewalt in der Geburtshilfe¹⁵, zahlreiche Studien beschäftigen sich mit der Thematik. Geringschätzung und Missachtung kann wissentlich oder

unabsichtlich vom medizinischen Personal oder anderen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beteiligten Menschen ausgehen, aber auch stark strukturell (Personal- und Zeitmangel, Routine) bedingt sein.

Eine entscheidende Verbesserung kann nur durch einen partizipativen Prozess erreicht werden, der Frauen, kommunale und nationale EntscheidungsträgerInnen, GesundheitsdienstleisterInnen, AusbilderInnen von Fachkräften und InteressensvertreterInnen im Gesundheitssystem, Berufsverbände, ForscherInnen und internationale Organisationen mit einbezieht. Wir laden diese Personen und Stellen dazu ein, sich den Bemühungen zur Sicherstellung der lückenlosen Erkennung und Meldung von Geringschätzung und Gewalt während der Geburt und der Umsetzung angemessener vorbeugender und therapeutischer Maßnahmen anzuschließen.

Ein weiterer oft unterschätzter Aspekt der Geburtshilfe in seinen Auswirkungen auf Kinder- und Jugendgesundheit sowie Kosten und Ressourcen ist die Kaiserschnitttrate. In Österreich liegt sie mit ca. 30% um das Doppelte höher als von der WHO¹⁶ empfohlen.

H - Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger war im Jahr 2018 mit vielen internen und politischen Themen beschäftigt. Dennoch wurde Anfang des Jahres 2018 der evaluierte Verordnungskatalog für Kinder und Jugendliche zu den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie, Logotherapie, der ursprünglich als Projekt der gemeinsamen Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag gefördert wurde, übernommen. Damit soll gewährleistet werden, dass Kinder und Jugendliche rechtzeitig angezeigte Therapien erhalten, immer unter der Prämisse, dass ausreichende Therapieplätze verfügbar sind. Netzwerkarbeit und Nahtstellenkommunikation sollen mit dem

¹³ www.fruehehilfen.at

¹⁴ www.fruehehilfen.at/de/Service/Materialien/Publikationen/Fruehe-Hilfen/Zahlen-Daten-und-Fakten-zu-den-begleiteten-Familien-
brspan-stylefont-size-16pxFRUeDOK-Jahresbericht-2017.htm

¹⁵ Kurier, Gesundheit. 6. Februar 2018;

¹⁶ WHO: The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. - 2014, S.1. 2015 erschien die Erklärung auch auf Deutsch: Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen.

Verordnungskatalog standardisiert und erleichtert werden.

Zusätzlich gab es im Frühjahr die Ankündigung des Hauptverbandes, dass in nächster Zukunft auch die klinisch-psychologische Behandlung von Kindern und Jugendlichen im niedergelassenen Bereich in den Verordnungskatalog aufgenommen wird - bis jetzt wurde nur klinisch-psychologische Diagnostik refundiert. Für Familien wie PsychologInnen ist es eine belastende und unbefriedigende Situation, wenn nach Diagnosestellung nur privat zu bezahlende Behandlung angeboten werden kann. In welcher Form die Kinder- und Jugendgesundheitsagenden nach Zusammenlegung der Sozialversicherungsträger weiterbehandelt werden, ist für uns noch nicht ersichtlich.

Die Kinderliga wird alles daransetzen, die Interessen von Kindern und Jugendlichen in diesem Prozess sichtbar zu machen und in den neuen Strukturen durchzusetzen.

I - Inklusion. Kinder und Jugendliche mit Behinderungen haben ein Recht auf Bildung. Bestmögliche Bildung, die bedürfnisgerecht vermittelt wird, liegt zwar zunehmend im Fokus von Studiengängen und Ausbildungsanforderungen, speziell in den Bereichen Frühförderung oder auch im Übergang von Schule zu Berufseinstieg. Kinderspezifische Ausbildung und Zusatzqualifikationen spiegeln sich jedoch nach wie vor zu wenig in Berufsbildern und Wertschätzung (und Gehältern) im Bildungs- und Gesundheitssystem wider.

Der Freiwilligenparagraph 50a des Ärztegesetzes¹⁷ kann für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen zwar hilfreich sein, bedeutet aber auch, dass Eltern nach wie vor auf PädagogInnen angewiesen sind, die die Betreuung ihrer Kinder freiwillig übernehmen: Es gibt also noch immer kein Recht auf Inklusion¹⁸.

Prinzipiell müssen wir Inklusion nicht neu erfinden, es genügt über die Landesgrenzen zu schauen. In Schweden wie auch in England gibt es das Modell der *School Nurse*, einer von der öffentlichen Hand bezahlten KinderkrankenpflegerIn, die an der Schule angestellt ist. Das ist vielleicht nicht immer und überall notwendig, hat aber den Vorteil, dass diese SchulkrankepflegerIn auch bei banalen Infekten oder Medikamentengaben helfen kann.

England hat sich im April 2014 dazu verpflichtet, prinzipiell allen Kindern die gleichen Chancen zu bieten¹⁹, Frankreich ist auf einem ähnlichen Weg²⁰. Kanada hat ebenso praktikable Lösungen anzubieten wie unser Nachbarland Italien, speziell Südtirol, wo es seit 40 Jahren keine Sonderschulen mehr gibt. Auch in Österreich muss mehr unternommen werden, dass Inklusion selbstverständlich wird.

J - Jugendhilfe. Kompetenzbereinigung zwischen Bund und Ländern wird in vielen Bereichen als durchaus sinnvoll erachtet, birgt aber die Gefahr einer Orientierung an den Mindest- statt an den gebotenen Standards. Gerade im sensiblen Bereich der Kinder- und Jugendhilfe²¹ darf es durch solche Maßnahmen zu keinen Verschlechterungen kommen. Das von der Bundesregierung festgelegte Rahmengesetz für die Kinder- und Jugendhilfe in Österreich (B-KJHG) wurde 2013 erneuert, inzwischen in Ausführungsgesetzen von einzelnen Bundesländern konkretisiert, und wird derzeit evaluiert. Dennoch wurde im Frühjahr 2018 von der Bundesregierung ohne Abwarten der Evaluierungsergebnisse eine Verlagerung der Kompetenzen zurück zu den Ländern angedacht. Hier sieht die Kinderliga die Gefahr einer Nivellierung nach unten. Anstatt die Rechte von Kindern und Jugendlichen zu stärken und in Präventionsmaßnahmen zu investieren, plant der Bund offenbar, sich aus der Verantwortung für die Kinder- und Jugendhilfe zu verabschieden. Eine Kompetenzabgabe an die Länder käme einer

¹⁷ www.jusline.at/gesetz/aerzteg/paragraf/50a

¹⁸ Einzelfallgeschichten zu chronische kranken Kindern in Kindergärten oder Schule unter www.lobby4kids.at/?id=5&view=page

¹⁹ <https://bit.ly/2xts0D6>

²⁰ www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html

²¹ Zahlen zur Kinder- und Jugendhilfe http://www.statistik.at/web_de/presse/118625.html

Freigabe und damit einer massiven Gefährdung der erreichten Standards in der Kinder- und Jugendhilfe und im Kinderschutz gleich.

K - Kinderschutzrichtlinien. Nach wie vor sind Themen des Kinder- und Jugendschutzes aktuell²². Im letzten Jahr entwickelte die Österreichische Liga für Kinder und Jugendgesundheit eine Kinderschutzrichtlinie, die sowohl den Mitgliedsorganisationen der Kinderliga als auch der Kinderliga selbst als Kinderschutzleitfaden dienen soll. Ziel dieser Richtlinie ist es, Kinder und Jugendliche vor Missbrauch und Misshandlung zu schützen sowie das Risiko für Misshandlung und Missbrauch zu verringern. Die Kinderliga möchte darüber hinaus das Bewusstsein ihrer Mitglieder sowie ihrer KooperationspartnerInnen für dieses Thema stärken. Grundlage für die von der Kinderliga erstellte Kinderschutzrichtlinie ist der »Leitfaden für gewaltfreie sozialpädagogische Einrichtungen« des Bundesministeriums für Familie und Jugend, der an die Arbeitswelt der Kinderliga angepasst wurde. Den übergeordneten rechtlichen Rahmen bildet die UN-Konvention für die Rechte des Kindes²³. Kinderschutzrichtlinien sind derzeit nicht verpflichtend. Deshalb ist es uns ein wichtiges Anliegen, allen Organisationen, die in der Kinder- und Jugendgesundheit versorgend oder präventiv tätig sind, einen Leitfaden und Ausgangspunkt für eigene Leitlinien in die Hand zu geben.

L - Das Lifeline-Symposium des Hauptverbandes zum Thema Kinder- und Jugendgesundheit im November 2017 war eine sehr gelungene Veranstaltung. Im November 2018 wird das bereits 5. Kinder- und Jugendgesundheitssymposium stattfinden. Es ist erfreulich, dass sich auch die Sozialversicherungsträger mit Kinder- und Jugendgesundheit beschäftigen. Der Enthusiasmus wird jedoch gedämpft, wenn nach jahrelangen Bemühungen das Thema chronisch kranke Kinder in der Schule (s. Chronische Erkrankungen) in einem Symposium zwar theoretisch beleuchtet wird, praktische Konsequenzen aber immer

noch fehlen. Seit 2012 gibt es Initiativen²⁴, politische Veranstaltungen und Fachtagungen dazu.

Das Thema Transition ist ein weiteres wichtiges und aktuelles Thema in der Debatte zu Jugendlichen mit chronischem Versorgungsbedarf im medizinischen System (s. Transition). Die Kinderliga macht sich hier für gesteigerte Aufmerksamkeit und verbesserte Strukturen stark und wird im Rahmen des nächsten Kinder- und Jugendgesundheitssymposium dazu vortragen. Wer wird in der **neuen Struktur der Sozialversicherungen** die Agenden der Kinder- und Jugendgesundheit übernehmen, die Anliegen unterstützen und Verbesserungen vorantreiben?

M - Mutter-Kind-Pass Neu. Die Arbeit der ExpertInnengruppe (Facharbeitsgruppensitzungen über ca. 4 Jahre hinweg) ist abgeschlossen (der Prozess ist auf der Webseite des BMG nachzulesen). Aufgenommen in die Empfehlungen wurden psychosoziale Faktoren wie Screening auf Gewalt, belastende und problematische Familiensituationen oder Armut. Ebenso wurden Essstörungen beachtet. Die Empfehlungen der multiprofessionellen ExpertInnen werden den Gremien nun zum politischen Beschluss übermittelt, danach gehen die von den politischen EntscheidungsträgerInnen übernommenen Empfehlungen hoffentlich in die Umsetzung. Die Kinderliga und Mitgliedsorganisationen waren in diesen Prozess eingebunden, wir werden die Umsetzung beobachten und gegebenenfalls unsere Stimme wieder hörbar machen.

N - Notfallmama²⁵ ist ein Angebot der KIB²⁶ und hilft Familien dann, wenn sie es besonders dringend brauchen: Wenn sie durch Krankheitsfälle akut in Notsituationen geraten. Rund um die Uhr Betreuungsbedarf melden zu können und Hilfe dann sogar zu Hause erwarten zu dürfen, ist für viele Familien wie ein Wunder. Mobil, niederschwellig, zeitnah und kostengünstig oder kostenfrei – solche Angebote, die flexibel bei der Betreuung von Kindern zu Hause

²² www.kinderhabenrechte.at

²³ www.kinderrechte.gv.at/kinderrechtekonvention/

²⁴ www.gleicherechtfuerchronischkrankekinder.at

²⁵ www.notfallmama.or.at

²⁶ www.kib.or.at

helfen, können familiäre Krisensituationen abwenden. Nicht nur steuerliche Entlastungen sondern konkrete und direkte, alltägliche Hilfestellungen sorgen dafür, dass Kinder gut versorgt sind.

Ö - Die **Österreichische** Plattform Gesundheitskompetenz (**ÖPGK**)²⁷, die **Gesundheitsziele Österreich**²⁸ und die **Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)**²⁹ verstehen sich als nationale Strukturen für die Umsetzung einer Reihe von Gesundheitszielen. Die ÖPGK widmet sich der Stärkung der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung. Sie versteht sich zum einen als Wissens- und Informationsdrehscheibe mit themenspezifischen Fachkonferenzen, Newslettern, Webseite und Aufbereitung von Modellen guter Praxis. Zum anderen motiviert sie die Umsetzung konkreter Maßnahmen in allen Politik- und Gesellschaftsbereichen. Die ÖPGK hat derzeit 45 Mitgliedsorganisationen aus unterschiedlichen Politik- und Gesellschaftsbereichen. Aktuelle Schwerpunkte sind online nachzulesen.

Die Gesundheitsziele Österreich sind ein breit abgestimmter Prozess, der von BürgerInnenbeteiligung und aktiver Kooperation mit zahlreichen Stakeholdern – auch die Kinderliga ist hier beteiligt – getragen wird.

Im letzten Jahr wurde im Rahmen der Gesundheitsziele Österreichs das Update des Strategie- und Maßnahmenkonzepts zur Umsetzung des **Gesundheitszieles 6 »Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen«** veröffentlicht³⁰. Die drei Wirkungsziele des GZ6 umfassen: Sensibilisierung von Verantwortlichen im System für die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, Schwangerschaft und frühe Kindheit als Basis für ein gesundes Leben zu sehen, sowie die Lebenskompetenz

von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Ergebnisindikatoren und der Maßnahmenkatalog sind gut beschrieben. Nun kommt es auf die Ausweitung der Maßnahmen sowie deren nachhaltige Umsetzung und ein regelmäßiges Monitoring an. So wird sich zeigen, in welche Richtung sich die identifizierten Angebote im Bereich des GZ6 entwickeln.

P - Zum Thema der Förderung der **psychischen Gesundheit** von Kindern und Jugendlichen haben wir gemäß unseres Jahresschwerpunkts im vorliegenden Bericht einen Gastbeitrag von Dr. Christian Kienbacher (Versorgungslage in Österreich) zur Lage der Versorgung vor allem im kinderpsychiatrischen Bereich: In der **»Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)«**³¹ – Studie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der MedUni Wien in Kooperation mit dem Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research wurde erstmals die Häufigkeit, Ursachen und Entstehung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich untersucht. In dieser repräsentativen Studie wurden 3.615 Jugendliche im Alter von zehn bis 18 Jahren befragt und die Ergebnisse zeigen, dass 37,95% der Buben und 34,41% der Mädchen angeben bis dato an einer psychischen Problematik gelitten zu haben. In der letzten HBSC-Studie (s. ATHIS 2019) zeigte sich, dass Selbstverletzung bei Mädchen zugenommen hatte – diese Entwicklungen lassen sich auch international beobachten. Soziale Medien und der Vergleich mit nicht erreichbaren Vorbildern (role-models) führen zu Körperschemastörungen, weitere Belastungen sind Druck in der Schule, Leistungsdruck und Versagensängste. Auch Daten aus anderen Studien zeigen verbreitete psychische Belastungen und Probleme bei Österreichs Kindern und Jugendlichen. Es gibt also einen **hohen Bedarf nach Versorgung**, aber leider zu wenig Angebote.

In der **Psychotherapie** stellt sich die Situation folgendermaßen dar: Bis 2019 sollte ein Viertel mehr Plätze für Psychotherapie auf Krankenschein (zukünftig 78.000 Therapieplätze) für Kinder und

²⁷ www.oepk.at

²⁸ www.gesundheitsziele-oesterreich.at

²⁹ www.goeg.at

³⁰ »Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen« - Bericht der Arbeitsgruppe/Update 2017; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Wien, November 2017

³¹ Mental Health in Austrian Teenagers-Studie, Wagner et al 2017

Erwachsene verfügbar sein. Die vom ÖBVP³² geführte Gesamtliste weist derzeit 882 PsychotherapeutInnen mit Nachweis zur Weiterbildung in Säuglings-, Kinder und Jugendlichenpsychotherapie aus. Demnächst werden es etwa 1.000 KollegInnen in ganz Österreich sein. Es gibt keinen Tätigkeitsvorbehalt, d.h. dass auch KollegInnen, die keine zertifizierte Weiterbildung nachweisen können, mit Kindern und Jugendlichen arbeiten dürfen. Sie treten aus unserer Erfahrung aber kaum in die Versorgung von Kindern ein, allerdings sehr wohl bei (älteren) Jugendlichen.

Leider gibt es gerade auch im Kinder- und Jugendbereich nach wie vor keine Kassenverträge für **klinisch-psychologische Behandlung**. Eine Diagnostik mittels psychologischer Diagnostik ohne die Möglichkeit für weitere kostenfreie oder kostengünstige Behandlung lässt viele Kinder und Jugendliche und deren Familien hilflos zurück – und dies trotz einer an sich guter Versorgungslage: Es gibt in ganz Österreich ca. 10.500 klinische PsychologInnen, davon über 3.000 alleine in Wien. Hier könnten viele auch eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen übernehmen.

Die Enttabuisierung psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen muss nach wie vor ein Ziel bleiben. Eine Folge für Kinder und Jugendliche sollte die Möglichkeit und das Anrecht auf angemessene, leistbare, wohnortnahe Beratung und Behandlung sein.

Q - Qualitätssicherung in Berufen, die im Kinder- und Jugendgesundheitsbereich arbeiten, rückt zunehmend in den Fokus von Ausbildungseinrichtungen und nimmt Einzug in Curricula. Die GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) widmet sich derzeit der Berücksichtigung von kinder- und jugendspezifischen Anforderungen in den Ausbildungen ausgewählter relevanter Berufsgruppen. Multiprofessionell besetzte Arbeitsgruppen entwickeln Mindeststandards, die in den Ausbildungen berücksichtigt werden sollen. Zusätzlich zu theoretischem Wissen über Themenfelder wie kognitive, motorische, emotionale Entwicklungsphasen, zu pädagogischen

Grundkenntnissen und zum Wissen über Kinderrechte und Kinderschutzrichtlinien, wird die Möglichkeit zum Erwerb von praktischen Erfahrungen ein wichtiges Element in den Ausbildungen bilden müssen. Dass hier mehr Augenmerk auf spezifisches Wissen und praktische Erfahrung gelegt wird, ist ein guter Weg, der allerdings von den eben gekürzten Ausbildungszeiten zu pädiatrischen Themen in der Allgemeinmedizin konterkariert wird.

Auch die Situation in der Kinder- und Jugendlichenpflege ist hier eher besorgniserregend. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit³³ 2017 fordert keinerlei Spezialisierung für den Fachbereich Kinder und Jugendliche. Das seit 2016 generalistisch ausgerichtete Studium der Gesundheits- und Krankenpflege bereitet keinesfalls auf den beruflichen Einsatz in allen Bereichen der Kinder- und Jugendlichenpflege vor. Die Qualität der Versorgung sieht der Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich daher gefährdet. Die Pflege und Betreuung kranker, schwerkranker und palliativ zu versorgender Kinder und Jugendlicher setzt professionelles pflegerisches und medizinisches Wissen voraus. Es muss an weiterführenden Spezialisierungen gearbeitet werden um junge Patientinnen und Patienten mit hochkomplexen Erkrankungen fachgerecht versorgen zu können.

Die Kinderliga ist aktiv an diesen Prozessen beteiligt und setzt sich in politischen Gremien dafür ein, dass ein ganzheitliches Verständnis von Kinder- und Jugendgesundheit und dafür spezifische Kompetenzen in allen Ausbildungswegen verstärkt verankert werden.

R - Rehabilitation in Österreich für Kinder und Jugendliche und deren Familien. Nach vielen Jahren der vereinten Bemühungen³⁴ wird es in Österreich endlich sechs Reha-Zentren für Kinder und Jugendliche geben, die noch in diesem Jahr oder 2019 in Betrieb gehen sollen. Die Zentren wurden auf **vier**

³² Abrufbar unter: www.psychotherapie.at/skj-pt

³³ www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Oesterreichische_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2017

³⁴ www.foerderverein-kinderreha.at/category/aktuelles/

definierte Versorgungszonen über das Bundesgebiet verteilt (Nord, Ost, Süd, West). Den Versorgungszonen wurden bestimmte Indikationen (Mobilisierender Schwerpunkt, Herz-Kreislauf und Lunge, Onkologie, Stoffwechsel und Verdauungsapparat, Mental Health) sowie Soll-Bettenbedarfszahlen zugewiesen³⁵. Österreichweit soll eine Gesamtzahl von 343 Betten für PrimärpatientInnen bereit gestellt werden. Bei hämato-onkologischen Erkrankungen (St. Veit im Pongau) gibt es zusätzlich 50 Betten für familienorientierte Rehabilitation, also für Eltern und Geschwisterkinder. Der Leuwaldhof in St. Veit ist das erste österreichische Zentrum mit familienorientiertem Ansatz. Die gesamte Familie wird in das Rehabilitationsprogramm miteinbezogen. In den letzten Jahrzehnten mussten österreichische Familien dafür nach Deutschland fahren. Der Leuwaldhof will auch ein **Transitionsprogramm** (s. Transition) für den Übergang der jugendlichen PatientInnen in die Erwachsenenmedizin zusammen mit der Erwachsenen-Onko-Rehaklinik anbieten.

Wünschenswert für die Zukunft ist die **Ausweitung der familienorientierten Rehabilitation**.

Ein großes und schwieriges Thema ist der Mental-Health-Bereich, wo schon in der Akutversorgung Defizite bestehen, und ebenso wichtig ist die Entwicklung von **ambulanten Rehabilitationsangeboten**. Die Wohnortnähe ist für viele ein großes Thema, gerade bei Kindern und Jugendlichen, die sich mit einer Trennung von Familie oder Freunden schwertun. Gerade in diesen Fällen sind ambulante Reha-Angebote eine gute Antwort.

Darüber hinaus wichtig und notwendig ist die **Sicherstellung guter Nachfolgebehandlungen** ab Ende der Rehabilitation. Die Kinderliga setzt sich für arbeitsrechtliche Absicherungen für Angehörige ein, damit Eltern tatsächlich begleitend an der Reha ihres Kindes teilnehmen können, da viele Kinder ohne begleitenden Elternteil eine Rehabilitation gar nicht antreten können. Damit Rehabilitation gelingen kann, müssen psychiatrische Diagnosen und begleitende psychologische und psychotherapeutische Angebote für alle teilnehmenden Kinder und

Jugendlichen einbezogen werden. In anderen europäischen Ländern – z.B. Deutschland – werden auch **Mütter mit Kleinkindern** in Entwicklungskrisen oder psychischen Krisen zu Kuraufenthalten oder Rehabilitationsmaßnahmen aufgenommen.

Obwohl noch viel zu tun bleibt, kann das Jahr 2018 in Bezug auf die Kinderrehabilitation als Meilenstein bezeichnet werden: Darunter werden auch wesentliche langjährige Forderungen der Kinderliga umgesetzt.

S - Seltene Erkrankungen. In Österreich leiden rund 400.000 Menschen an einer der etwa 8.000 seltenen Erkrankungen, mehr als die Hälfte davon sind Kinder und Jugendliche (Pro rare³⁶, Eurordis³⁷). Der 9. Europäische Kongress der Seltene Erkrankungen³⁸, an dem am 11. und 12. Mai 2018 1.000 internationale Expertinnen und Experten in Wien teilnahmen, zeigte deutlich die Diskrepanz zwischen großen Fortschritten in der Wissenschaft und der Entwicklung neuer Therapien einerseits und deren lückenhafter Finanzierung durch das Gesundheitssystem auf der anderen Seite. Von den ersten Symptomen bis zur richtigen Diagnose ist es oft schon ein langer und mühevoller Weg für Kinder oder Jugendliche und deren Eltern, der auch eine große psychische Belastung darstellt. Wenn die Diagnose gestellt ist, beginnt jedoch erst die meist intensive Zeit der Therapien – sofern es für die Erkrankung wirksame Therapiemöglichkeiten gibt und diese von der Krankenkasse finanziert werden. Noch immer haben nicht alle PatientInnen gleichberechtigten Zugang zu kostenfreien Therapien. Psychologische Unterstützung in diesen Monaten und Jahren der Dauerbelastung ist in den allerseltensten Fällen vorgesehen.

Chancengerechtigkeit bedeutet für die Kinderliga auch, die schwerwiegenden psychosozialen Auswirkungen, die das Leben mit einer seltenen Erkrankung auf Kinder und Jugendliche und auch auf deren Angehörige – Eltern, Geschwisterkinder, nahe

³⁵ www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.643215&version=1500878079

³⁶ www.prorare-austria.org

³⁷ www.eurordis.org

³⁸ www.rare-diseases.eu/de/

Verwandte – hat, zu beachten und unterstützende Maßnahmen anzubieten. Entlastung, Krankheitsakzeptanz, Alltag und eine annehmbare Lebensqualität ist es, was sich die Familien neben Diagnose und Therapie am sehnlichsten wünschen und brauchen. Dies könnte neben der medizinischen Diagnose und Therapie über psychologische oder psychotherapeutische Hilfe auch erreicht werden. Hier gibt es in Österreich nach wie vor so gut wie keine Angebote, obwohl Studien in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit einer guten Lebensqualität betonen und deren Auswirkungen auf körperliche und seelische Gesundheit belegen.

T - Transition. Da sich in den letzten Jahrzehnten die medizinische Versorgung stetig verbessert hat, ist für einen Großteil der PatientInnen, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung früher das Erwachsenenalter nicht oder nur sehr eingeschränkt erreicht haben, heute eine vollständige Integration in ein alltägliches Leben möglich geworden. Voraussetzung dafür ist allerdings eine im Anschluss an die pädiatrische Versorgung weitere kontinuierliche medizinische Betreuung in der Erwachsenenmedizin. Es zeigt sich aber, nicht nur in Österreich, sondern international, dass viele chronisch kranke junge Erwachsene diesen Übergang nicht gut vollziehen und häufig nicht oder nicht gut in der Erwachsenenbetreuung ankommen. Daraus resultieren eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie medizinische Komplikationen für die Betroffenen, schlechte Nachhaltigkeit der pädiatrischen Bemühungen sowie hohe Kosten für das Gesundheitssystem. Für einen zufriedenstellenden Wechsel ist ein strukturierter, individuell angepasster und begleiteter Betreuungswechsel, die Transition, als »best practice« international anerkannt. Dieser sollte sich an den medizinischen, psychosozialen und schulischen bzw. beruflichen Bedürfnissen der PatientInnen orientieren³⁹.

In Österreich hat sich bisher kein einheitliches Konzept für diese Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin durchgesetzt. Zurzeit sehen wir

nur Einzelinitiativen, wie etwa das Projekt ZONE⁴⁰ im onkologischen Bereich. Eine breite Umsetzung scheitert noch an der knappen Verfügbarkeit der handelnden Personen und der mangelnden Vernetzung von pädiatrischen Zentren und deren Äquivalenten in der Erwachsenenmedizin.

Die Kinderliga regt ein verbindliches Bekenntnis der Politik zu verbesserter Transition an: Das Ziel in Österreich muss die interdisziplinäre und ganzheitliche Transition von chronisch kranken Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin als verbindliche Regelleistung der Krankenkassen sein.

U - Unter- oder Fehlversorgung psychischer Belastungen und Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen wollten wir zum Abschluss unseres Jahresthemas an dieser Stelle nochmals thematisieren und über diesen Umweg auf unseren Absatz zu psychischer Gesundheit (s. Psychische Gesundheit) und auf den Gastbeitrag von Dr. Kienbacher hinweisen. Nachzulesen ist auch das neue Psychiatrie Konzept 2030 – Der Psychiatrie und Psychosomatische Versorgungsplan (PPV) Wien 2030⁴¹, das sich unter anderem an folgenden Prinzipien orientiert: Regionalisierte Versorgung (»Gemeindenähe und -integration«), Bedürfnis- und Bedarfsgerechtigkeit, ambulant vor stationär sowie Kontinuität der Versorgung. Zugänglichkeit ist in Wien sicher leichter sicherzustellen als am Land. Im ländlichen Raum ist die Versorgung nach wie vor lückenhaft – hier wünschen wir uns die Anpassung dieser genannten Prinzipien an die Strukturen in den Regionen abseits der Ballungszentren.

V - Village. Das Thema psychische Gesundheit/Mental Health findet auch dort immer mehr Beachtung, wo es um **Kinder und Jugendliche von psychisch kranken Eltern** geht. Das 4-jährige Forschungsprojekt »Village«⁴² der Ludwig-Boltzmann-Gesellschaft in Kooperation mit der Medizinischen Universität Innsbruck startete im Juni 2018. Dieses

⁴⁰ www.survivors.at/news/zone/

⁴¹ www.wien.gv.at/gesundheit-soziales/spitalskonzept.html

⁴² Informationen unter der Website www.village.lbg.ac.at.

Projekt bezieht seinen Ansatz aus der Grundüberlegung, was es früher gebraucht hat, um ein Kind aufzuziehen: ein Dorf. Daraus wird die Frage abgeleitet: »Wie muss ein Dorf gestaltet sein, in dem ein Kind-psychisch kranker Eltern gut aufwachsen kann?«. Die Antworten auf diese Frage können Hinweise auf Gesundes Aufwachsen und Voraussetzungen für neue Formen von Versorgung geben, die stärker das **Gesamtsystem und die Sozialräume** der Kinder und Jugendlichen berücksichtigen.

W - WahlärztInnen im Kinder- und Jugendbereich dürfen nicht die einzige Antwort auf die derzeitige Situation der niedergelassenen Versorgung in der Pädiatrie sein. »Pädiatrie – quo vadis?« fragt in diesem Zusammenhang die Politische Kindermedizin (PKM). Kinder kommen in den Überlegungen über die verstärkte Einrichtung von Primärversorgungszentren nach wie vor nur sehr eingeschränkt vor. Noch immer sind solche Primärversorgungseinheiten (PVE) nur für AllgemeinmedizinerInnen mit erweitertem Team konzipiert.

Viele Studien zeigen jedoch wesentlich bessere Ergebnisse, wenn Kinder von einer FachärztIn für Kinderheilkunde primärversorgt werden. Als Kinderliga unterstützen wir den Appell, eine qualitativ hochwertige flächendeckende Primärversorgung für Kinder und Jugendliche parallel zu den im letzten Jahr intensiv besprochenen PVE für Allgemeinmedizin sicherzustellen. Derzeit fehlt es an Konzepten, wie der Beruf der KinderärztInnen attraktiver gestaltet werden könnte, um dem drohenden Engpass entgegen zu wirken.

X - XpertInnen der Arbeitsgruppe 18+, zusammengesetzt aus VertreterInnen u.a. von Volkshilfe, Kinderliga, Boja, Pro Mente, Jugend am Werk, DÖJ, SOS-Kinderdorf, Kinder- und Jugendanwaltschaft, Institut für Erziehungswissenschaften der Uni Klagenfurt und des Österreichischen Bundesverbandes der sozialen Arbeit (OBDS), setzen sich für die Umsetzung konkreter Maßnahmen zur Verlängerung der Kinder- und Jugendhilfe ein. Hintergrund ist die immer deutlicher zu Tage tretende gesellschaftliche Entwicklung der verlängerten Jugend. Die Verselbstständigung junger Erwachsener verschiebt sich nach

hinten: Laut Statistik Austria leben 70% aller 21-Jährigen noch zu Hause. Sozialsysteme für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Europa bieten eine angemessene Unterstützung für Kinder und junge Erwachsene mit besonderen Bedürfnissen, jedoch endet die soziale Betreuung in den meisten Ländern Europas mit dem 18. Lebensjahr. Junge Menschen, die z.B. aufgrund traumatischer Erlebnisse erwiesenermaßen mehr Zeit fürs Erwachsenwerden brauchen, sollen laut Gesetz aber bereits mit 18 Jahren selbstständig sein. Danach sind Jugendliche, die sich in Betreuung befanden – sogenannte Young Care Leavers – auf sich alleine gestellt und müssen ihren Alltag sowie ihren Lebensunterhalt selbst bestreiten. Einer der Gastbeiträge in diesem Bericht beschäftigt sich mit den Biographien sogenannter Care Leaver (s. Artikel Prof.in Bütow): Sie müssen von heute auf morgen auf eigenen Beinen stehen und werden oft aufgrund fehlender Erfahrung und Kompetenzen in Arbeitslosigkeit oder Armut gezogen.

Derzeit erfolgt eine **mögliche Verlängerung** nach Ermessen der Behörden regional sehr unterschiedlich. Aus der Arbeit der AG 18+ hat die Kinderliga einige **Vorschläge** übernommen. Sie beruhen auf langjährigen Erfahrungen der AG18+ TeilnehmerInnen mit der Zielgruppe und gründen darüber hinaus auf ganz aktuelle Erkenntnisse aus dem Projekt »Welcome to Life«, das in vier Bundesländern seit zwei Jahren gezielt Care Leaver unterstützt. Die Mittel dazu kommen aus der Gesundheitsförderung. Nicht zuletzt entstanden die Vorschläge auch aus dem Forschungsprojekt »Bildungschancen von Care Leavern Österreich« der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt sowie aus internationaler Recherche⁴³:

- Junge Erwachsene sollen einen gesetzlich garantierten Anspruch auf Fortsetzung geeigneter und notwendiger Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) haben, wenn und solange eine entsprechende Persönlichkeitsentwicklung für eigenverantwortliche, selbständige und selbstbestimmte Lebensführung nicht gewährleistet ist und dies zur

⁴³ http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=yth_demo_030&lang=en

Unterstützung der Verselbständigung notwendig ist.

- Bei Hilfen für junge Erwachsene ist Beziehungskontinuität möglichst zu gewährleisten, d.h. dass die Hilfen mindestens auch von jenen Personen angeboten werden können (oder sollen), die die jungen Erwachsenen schon vor ihrer Entlassung aus der KJH betreut haben.
- Die Inanspruchnahme der Hilfen für junge Erwachsene darf nicht an Bedingungen geknüpft werden, die eine potentiell stigmatisierende Wirkung haben, wie z.B. sozial-psychiatrische Diagnosen. Der verlängerte Übergang in die Selbständigkeit ist heute für alle und für Care Leaver erst recht als »Normalfall« anzusehen.
- Das Angebot der Unterstützung soll auch dann weiterbestehen, wenn dieses eine Zeit lang nicht in Anspruch genommen wurde. Viele Jugendliche wollen mit 18 aus der Betreuung austreten, entdecken jedoch später, dass sie noch weiterhin Unterstützungsbedarf haben und können dann eine Begleitung meist viel motivierter annehmen.

Es ist essenziell, diese Zielgruppe auf das eigenständige Leben nach der Betreuung vorzubereiten. CYCLES⁴⁴ widmet sich der Erstellung eines Trainingsprogramms für Sozialbetreuerinnen und Sozialbetreuer, die vorwiegend mit Jugendlichen arbeiten. Hauptziel des Projekts ist es, Sozialbetreuerinnen und Sozialbetreuer in den Bereichen Finanzmanagement und Entrepreneurship zu schulen: Als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sollen sie Jugendlichen in Betreuung Finanzkompetenz und unternehmerische Fähigkeiten vermitteln, um diese besser auf ein eigenständiges Leben vorzubereiten.

Y - Youth Goals^{45,46} zum Thema Jugend und damit Zukunft fand im Rahmen der Österreichischen EU-Ratspräsidentschaft im September 2018 in Wien die EU-Jugendkonferenz im Rahmen des EU-weiten Strukturierten Dialogs im Jugendbereich statt. Hier wurde der 18-monatige Prozess des

Strukturierten Dialogs abgeschlossen und Methoden entwickelt, die zur Umsetzung der auf der EU-Jugendkonferenz in Sofia beschlossenen EU-Jugendziele/EU Youth Goals führen sollen. Als Kinderliga treten wir dafür ein, dass die Anliegen, Bedürfnisse und Lösungsansätze der jungen Menschen auch dort ernst genommen werden, wo derzeit die Möglichkeit zur Umsetzung liegt – bei den europaweit für Jugend zuständigen Ministerinnen und Ministern.

In Österreich haben sich die bisherigen **Rahmenziele der Österreichischen Jugendstrategie**⁴⁷ als Handlungsfelder für jugendpolitische Maßnahmensetzung bewährt. Aus diesem Grund werden sie nun auch in »Handlungsfelder« umbenannt und mit »Medien und Information« ergänzt. Vier Themen haben für die Jugendpolitik in Österreich prioritätstragende strategische Bedeutung: Beschäftigung und Bildung, Beteiligung und Engagement, Lebensqualität und Miteinander sowie Medien und Information. Sie wurden daher als Handlungsfelder der Jugendstrategie definiert. Sie geben die Richtung vor, in die das gemeinsame Bemühen gehen muss.

Z - Die Karl Landsteiner Gesellschaft lädt zur 19. Veranstaltung der Reihe **ZUKUNFT GESUNDHEIT**⁴⁸ und widmet sich anhand der Frage »Geht es uns zu gut?« dem Thema der Impfrate, die in Österreich zurückgeht. Im europäischen Vergleich liegt die Durchimpfungsrate in Österreich unter dem Durchschnitt und das, obwohl Schutzimpfungen die wirksamsten präventiven Maßnahmen sind, die in der Medizin zur Verfügung stehen. Prävention durch Impfschutz ist auch Schwerpunkt des aktuellen österreichischen Ratsvorsitzes.

⁴⁴ Weitere Informationen zum CYCLES Projekt finden Sie unter: www.facebook.com/cyclesEUproject/

⁴⁵ <https://bit.ly/2F7nUCk>

⁴⁶ <https://bit.ly/2D7AA0j>

⁴⁷ <https://bit.ly/2xDLe9d>

⁴⁸ www.karl-landsteiner.at/veranstaltungen.html

Ausblick:

Die Frage **Geht es uns zu gut?** stellt sich auch die Kinderliga, wenn das wichtige Thema Kinder- und Jugendgesundheit vernachlässigt wird:

Können wir es uns tatsächlich leisten, dass Kinder und Jugendliche und deren gesundes Aufwachsen so wenig Aufmerksamkeit bekommen? Sie sind unsere Zukunft und haben selbst noch viel mehr Zukunft vor sich.

Die Kinderliga schließt sich daher dem Jahresthema 2018 der WHO »Universal Health Coverage: Everyone, everywhere«⁴⁹ – Gesundheitsversicherung für alle und überall – an. Wir sehen in den Forderungen der WHO auch einen wichtigen Schritt zur schon lange auch von der Kinderliga geforderten Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche in Österreich. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung muss allen Kindern und Jugendlichen gleichberechtigt möglich sein, auch jenen, die in Armut oder in Armutsgefährdung leben.

Genauso müssen Kinder und Jugendliche, die in Umständen aufwachsen, die das Risiko emotionaler Verarmung, Vernachlässigung oder Gewalt bergen, durch Netzwerke, durch direkte Unterstützungsangebote, durch konkrete Hilfen aufgefangen werden.

Solidarität und Zusammenhalt über alle Unterschiede hinweg garantieren lebenswerte und gesundheitserhaltende Lebensbedingungen. In den Gesundheitszielen Österreich wird dieser Zusammenhang mit dem Ziel »Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken«⁵⁰ hergestellt. In unserem Kinderligaforum im Juni 2018 haben wir uns in einem partizipativen, demokratischen Prozess mit vielen VertreterInnen unserer Mitgliedsorganisationen geeinigt, dem Thema **Sozialer Zusammenhalt** den nächsten Kinderliga-Schwerpunkt ab 2019 zu

widmen. Das gilt in einer diversen Gesellschaft mit vielen unterschiedlichen Kindern und Jugendlichen voller Potentiale umso mehr – wir werden dadurch reicher an Vielfalt, Ideen und sichern zusätzlich Gesundes Aufwachsen.

*Wir sind stark, wenn wir zusammenhalten:
die Starken und Schwachen, die Jungen und Alten.
Kurt Tucholsky (1890 - 1935).*

Mag.a Caroline Culen
Fachliche Geschäftsführung

Vorstand:
Dr. Christoph Hackspiel (Präsident)
Mag.a Hedwig Wölfl (Vizepräsidentin)
Mag. Georg Streit (Sekretär)
MMag.a Katrin Gebhart (Kassierin)
Prim. Dr. med. Christian Kienbacher
Renate Mitterhuber MSc
Eva Mosar-Mischling
Dr.in Irene Promussas

⁴⁹ www.emro.who.int/media/news/countries-of-whos-eastern-mediterranean-region-sign-uhc2030-global-compact.html

⁵⁰ www.gesundheitsziele-oesterreich.at/sozialer-zusammenhalt-gesundheit-staerken



*Beiräte derzeit in Neukonstituierung

Die Kinderliga und das Jahr 2017

Wir blicken auf ein spannendes und ereignisreiches Jahr 2017 zurück und möchten gerne unsere Meilensteine und Aktivitäten des Jahres mit Ihnen teilen.

2017 feierten wir unser 10-jähriges Bestehen. Seit der Vereinsgründung 2007 ist die Kinderliga stetig gewachsen. 2010 erschien der 1. Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich, durch den die Öffentlichkeit, Politik und verschiedenste VernetzungspartnerInnen auf uns aufmerksam wurden. Mittlerweile umfasst unser Netzwerk fast 100 Mitgliedsorganisationen bundesweit. Die Stimme für Kinder und Jugendliche wird stetig lauter – das freut uns sehr!



Für die Jahre 2017 und 2018 haben wir den Themenschwerpunkt »Seelische Gesundheit« gewählt. Auch unsere Tagung am 29.11.2018 wird sich diesem überaus relevanten Themenbereich widmen (»Kindheit, Jugend und Psyche - Was hält die Seele gesund?«). Wir stecken schon mitten in den Vorbereitungen und freuen uns sehr darauf, Sie bei unserer Tagung willkommen zu heißen!



Neue Mitgliedschaften

Im vorigen Jahr haben sich einige Organisationen für eine Mitgliedschaft entschieden, das freut uns sehr und zeigt uns auch, dass unsere Arbeit positiv wahrgenommen wird.

Folgende Institutionen begrüßen wir herzlich bei uns:

- Big Brothers Big Sisters - Mentoring für Kinder und Jugendliche
- CONCORDIA Sozialprojekte
- Dachverband Österreichischer Jugendhilfeeinrichtungen
- Kinderhospiz Sterntalerhof
- NeMo - Verein zur Bewegungs- und Entwicklungsförderung
- Österreichische Gesellschaft für Kinderphilosophie
- SAFERSURFING
- Verein NaturGanzNah

Ganz besonders freut es uns, dass wir auch einige fördernde Mitglieder gewinnen konnten. Diese unterstützen uns mit einem erhöhten Mitgliedsbeitrag und ermöglichen es uns dadurch, finanziell unabhängig zu agieren und unsere Arbeit voranzutreiben. 2017 haben sich folgende Organisationen für eine solche fördernde Mitgliedschaft bei uns entschieden:

- Caritas Vorarlberg
- ifs - Institut für Sozialdienste Vorarlberg
- OJAD - Offene Jugendarbeit Dornbirn
- RETTET DAS KIND NÖ
- Stiftung Jupident
- Vorarlberger Kinderdorf gem. GmbH

Vielen Dank!

Internes

Im Frühjahr 2017 wurde das MitarbeiterInnenteam der Kinderliga erweitert.

Mag.a Caroline Culen ist seit Jan. 2018 fachliche Geschäftsführerin der Kinderliga und vertritt die Liga in allen fachlichen Belangen.

Gloria Schaupp, B.A. BSc. übernimmt die Büroorganisation sowie alle finanziellen Agenden.

Mag.a Sarah Koller (operative Geschäftsführung) hat im letzten Jahr eine bezaubernde Tochter zur Welt gebracht. Wir gratulieren herzlich!

Ein ganz besonderer Dank gilt unseren Praktikantinnen, die uns 2017 tatkräftig bei allen Agenden unterstützt haben. Wir wünschen Aljona Kopp und Miriam Winkler-Ebner alles Gute für ihre Zukunft und hoffen, dass wir spannende Einblicke in die Arbeit und Themen einer Netzwerkorganisation im Kinder- und Jugendgesundheitsbereich bieten konnten.

Vernetzung und Austausch

Seit 2017 organisieren wir regelmäßig unser »Kinderligaforum«. Zu diesen Vernetzungsterminen sind all unsere Mitglieder (Institutionen als auch Einzelmitglieder) eingeladen, um gemeinsam mit uns wichtige und aktuelle Themen zu besprechen/zu diskutieren und gemeinsame Aktivitäten zu planen.

Unsere beiden Ligaforen 2017 – im März sowie im November – waren beide sehr gut besucht und von spannenden und anregenden Gesprächen begleitet. Es freut uns sehr, mit einem so engagierten Netzwerk zusammen zu arbeiten.



»Psychische Gesundheit« war auch das Thema unseres Jour Fixe zur Wiener Kinder- und Jugendversorgung den wir am 13.9. – gemeinsam mit der Wiener Gebietskrankenkasse und dem Fonds Soziales Wien – organisiert haben.

Darüber hinaus sind wir auch in verschiedensten **Gremien** vertreten, welche sich mit Kinder- und Jugendgesundheit auseinandersetzen (Auszug):

- Komitee zur Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie - GÖG
- Erarbeitung der Anforderungen in den Ausbildungen relevanter Berufe in Bezug auf kinderspezifische Bedürfnisse - BMG
- Rahmengesundheitsziele Ö - BMG
- Jugendstrategie Österreich - BMJF
- AG Österreichische Gesundheitsbefragung 2018/2019 (ATHIS) - Statistik Austria
- Fachgremium Mutter-Kind-Pass
- Fachbeirat »Nationales Zentrum frühe Hilfen«
- Netzwerk Kinderrechte
- Interessensgemeinschaft Pflege
- Arbeitsgruppe Kindergrundsicherung
- Plattform 18+

Kinderschutzrichtlinie

Eine von der Kinderliga durchgeführte Umfrage zeigte, dass es im Bereich Kinderschutz durchaus noch Bedarf gibt bzw. gab. Im letzten Jahr entwickelte die Kinderliga – mit Unterstützung von ECPAT Österreich – die Grundstruktur einer angepassten Kinderschutzrichtlinie, mit dem Ziel das Risiko von Missbrauch und Misshandlungen für Kinder zu vermindern sowie das Bewusstsein für dieses Thema zu stärken. Neben der Erarbeitung unserer internen Leitlinie haben wir uns auch dazu entschlossen, eine Vorlage für unsere Mitgliedsorganisationen zur Verfügung zu stellen. 2018 wurde unsere Vorlage sodann an die Mitgliedsorganisationen übermittelt; geplant sind darüber hinaus noch unterstützende Workshops.

8. Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit

Unser Ligabericht wurde am 10. Oktober 2017 (Tag der psychischen Gesundheit) den Medien vorgestellt. Am Podium der Pressekonferenz waren dabei

- Dr. Christoph Hackspiel (Präsident)
- Mag.a Hedwig Wölfl (Vizepräsidentin)
- Dr. Christian Kienbacher (Vorstand)
- Mag.a Sabine Völkl-Kernstock (AKH Wien)

vertreten. In diesem Rahmen wurde auch die Forderung nach einem eigenen Kinderministerium/Bundeskinderbeirat erhoben, die von den vertretenen Medien aufgegriffen und weitergetragen wurde.



Öffentlichkeitsarbeit

Das letzte Jahr haben wir auch für diverse Aktivitäten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit genutzt. Im April ist unser neuer Folder fertig geworden, welcher gerne bei uns bestellt werden kann (office@kinderjugendgesundheit.at).

Stolz sind wir auch auf unsere neue, bunte Website. Hier gibt es für unsere Mitglieder nun auch die Möglichkeit, sich umfangreicher zu präsentieren. Außerdem informiert unser übersichtlicher Veranstaltungskalender über Aktionen der Kinderliga sowie unserer Mitgliedsorganisationen.



• Unsere Presseaussendungen:

Zu vielen gesellschaftlich relevanten Themen meldete sich die Kinderliga auch 2017 in Form von Presseaussendungen zu Wort und artikuliert Problemlagen bzw. lieferte Lösungsvorschläge und adressierte Forderungen an die Politik. Einige unserer Aussendungen wurden von KollegInnen aufgegriffen und weiterverbreitet bzw. sind gemeinsam mit ihnen entstanden – was uns natürlich besonders freut:

- Kinderliga fordert: Unterstützung hochbelasteter Eltern zum Schutz der Kinder, 15.02.2017
- Kinderliga begrüßt Bestellung von Pamela Rendi-Wagner zur Gesundheitsministerin, 08.03.2017
- Kinderliga zum Weltgesundheitstag: Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dringend stärken! 06.04.2017
- Primärversorgungsgesetz: Kinder sind keine kleinen Erwachsenen!, 23.05.2017
- Kinderliga zu neuer Studie: Psychische Belastung bei Kindern und Jugendlichen alarmierend hoch, 02.06.2017

- Kinderliga zu flächendeckender Kinderreha: jahrelange Forderung endlich umgesetzt!, 26.07.2017
- Pressekonferenz – Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich: Kinderliga fordert Bundeskinderbeirat, 10.10.2017
- Kinderliga erstellt Kinderschutzrichtlinie für ihre Mitgliederorganisationen, 18.11.2017
- Kinderliga fordert neue Kinderkostenstudie, 06.12.2017
- Kinderliga: Rauchen in Lokalen hat falsche Vorbildwirkung für Kinder und Jugendliche, 12.12.2017
- Kinderliga an neue Gesundheits- und Sozialministerin: Kinder- und Jugendgesundheit braucht hohe Aufmerksamkeit, 18.12.2017

Alle Presseaussendungen der Kinderliga finden Sie online unter www.kinderjugendgesundheit.at/press-information.html zum Nachlesen.

Wir freuen uns auf ein erfolgreiches und spannendes Jahr 2018 gemeinsam mit Ihnen!

Das Team der Kinderliga



Gastbeiträge

Univ.-Prof. Dr.in Birgit Bütow

Fachbereich Erziehungswissenschaft, Universität Salzburg

Melanie Holztrattner MA

Universitätsassistentin (Dissertantin), Universität Salzburg

Biographische Erfahrungen von Care Leavern

Wenn Kinder und Jugendliche für einen längeren Zeitraum getrennt von ihrer Familie in Wohngruppen oder Pflegefamilien (früher auch Familiengruppen) aufwachsen (müssen) – oft, weil Eltern mit der Erziehung überfordert sind und eigene Probleme haben – so bedeutet das einen großen Einschnitt in ihrem Leben. Doch wie erleben Kinder und Jugendliche diesen Einschnitt? Wie gestaltet sich das Zusammenleben mit den Betreuenden und Gleichaltrigen? Welche Bedeutung hat die Herkunftsfamilie? Und welche Bedeutung hat die Zeit der Fremdunterbringung für die weitere Lebensgeschichte¹?

Aus wissenschaftlicher Perspektive gibt es bislang nur wenige Antworten auf diese Fragen, da die Thematik »Fremdunterbringung« bisher nur wenig aus biographischer Perspektive der Betroffenen erforscht wurde. Und so sind auch die Auswirkungen auf das weitere Leben – der sogenannten »Care Leaver« – kaum bekannt. Von Care Leavern ist erst seit der Jahrtausendwende die Rede. Damit soll besonders der Umstand berücksichtigt werden, dass es sich um (ehemalige) Kinder und Jugendliche handelt, die eine Zeit in Einrichtungen fremduntergebracht waren und vor besonderen Herausforderungen stehen oder gestanden haben, ihr Leben von nun an selbständig zu meistern.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Biographien von Care Leavern ist nicht nur für den Erkenntnisfortschritt in der Forschung bedeutsam, sondern insbesondere auch für die Praxis. Denn Forschungsergebnisse zeigen nicht nur den Status quo – den »Stand der Dinge« – in der realen Lebenswelt der Betroffenen auf. Sie sind auch diejenige Basis, auf der eine verantwortungsvolle Gestaltung der Praxis fundiert, reflektiert und professionell aufbauen kann.

In einem Forschungsprojekt unter dem Titel »Biographische Erfahrungen von Care Leavern« beschäftigte sich ein Forschungsteam² der Universität Salz-

burg im Rahmen einer Erkundungsstudie mit den Lebensgeschichten von Menschen, die als Kinder und/oder Jugendliche in Einrichtungen fremdbetreut wurden. Es wurden Interviews mit Care Leavern geführt und nach wissenschaftlichen Kriterien interpretiert.

Um ein Forschungsvorhaben in dieser Form umzusetzen, braucht es die Bereitschaft betroffener Menschen, an einem Interview teilzunehmen. Und dies stellte sich als eine Herausforderung im Projekt dar. Durch einen Träger von Wohngemeinschaften³ wurden diejenigen Personen direkt angesprochen (bspw. durch MitarbeiterInnen), zu denen noch Kontakt besteht. Sobald diese Bereitschaft signalisierten und einer Weitergabe ihrer Kontaktdaten zustimmten, wurden die Informationen an das Projektteam der Universität weitergegeben.

Darüber hinaus wurden Kontaktadressen von Personen, die ehemals in Pflegefamilien, Familiengruppen und Wohngemeinschaften fremdbetreut wurden, beim Zentralen Melderegister ausgehoben. Diese erhielten eine schriftliche Einladung, die vom Projektteam erstellt wurde. Die angeschriebenen Personen wurden gebeten, telefonisch oder per mail mit dem Projektteam der Universität Kontakt aufzunehmen. Nach ersten telefonischen oder E-Mail-Kontakten, bei denen über das Forschungsprojekt, das Vorgehen und insbesondere über die Gewährleistung der Anonymität der Befragten informiert wurde, erklärten sich schließlich 13 Personen bereit, am Projekt teilzunehmen und als InterviewpartnerInnen zur Verfügung zu stehen.

An dieser Stelle sei allen Befragten herzlich gedankt! Sie haben sehr persönliche Einblicke in ihr Leben gewährt. Für das Projekt bedeutet dies wertvolle Erkenntnismöglichkeiten hinsichtlich der vielfältigen Lebenswelten von Care Leavern. Es konnten sowohl

Erziehungswissenschaft, umfasst folgende Personen: Prof.in Dr.in Birgit Bütow (Leitung); Melanie Holztrattner MA; Christian Otte BA; Julia Wurzenberger MA unter Mitarbeit von: Vanessa Blaha BA und Dorian Spitzer BA

³ Der Träger kann im Rahmen dieses Berichts leider nicht namentlich genannt werden, damit die Anonymität der Befragten gewährleistet werden kann.

¹ In der Wissenschaft sprechen wir von Biographien. Wir verwenden diesen Begriff im Folgenden synonym mit dem der Lebensgeschichte.

² Das Projektteam von der Universität Salzburg, Fachbereich

Schwierigkeiten und Herausforderungen aufgezeigt, wie auch positive Momente und Erfahrungen sichtbar gemacht werden.

Jedoch muss angemerkt werden, dass im Rahmen des Projekts vermutlich jene Personen nicht erreicht wurden, die besonders schwierige Erfahrungen in ihrer Kindheit oder Jugend machen mussten.

Trotz der kleinen Gruppe an befragten Personen (dem »Sample«) war es möglich, vielfältige Erfahrungen anhand von einzelnen Biographien sichtbar zu machen. Um die Anonymität der Befragten zu wahren, wurden und werden keine Daten, die die Personen identifizieren könnten, weitergegeben. Aus diesem Grunde kann folgend auch nur ein Überblick in die Zusammensetzung unseres Samples folgen. Folgende Tabelle gibt über das Geschlecht und die Fremdunterbringungsform von den befragten Personen (gelistet nach unterschiedlichen Altersgruppen) Auskunft.

Alle von uns befragten Personen haben mindestens einen Pflichtschulabschluss erreicht, einige auch einen höheren schulischen Abschluss bzw. ein Studium. Die meisten Personen unseres Samples haben eine Lehre absolviert. Einige InterviewpartnerInnen haben höhere berufliche Positionen inne.

Die von uns befragten Personen leben in unterschiedlichen Bundesländern in Österreich, vorwiegend jedoch im Land Salzburg.

Hinsichtlich der Familienform fällt auf, dass alle von uns befragten Frauen in einer Partnerschaft leben

bzw. verheiratet sind, die Männer hingegen alleine leben. Viele unserer InterviewpartnerInnen haben eigene Kinder.

Die Dauer der Fremdunterbringung unterscheidet sich in unserem Sample sehr stark. Sie variiert zwischen drei Jahren und der gesamten Kindheit sowie Jugend. Im Folgenden sollen ausgewählte Ergebnisse des Projekts kurz vorgestellt werden:

Die Entscheidung für eine Fremdunterbringung

Wenn Kinder und Jugendliche außerhalb der Herkunftsfamilie aufwachsen und in Pflegefamilien, Familiengruppen oder Wohngemeinschaften fremduntergebracht werden, so ist dies für ihr gesamtes weiteres Leben von Bedeutung.

Wie dieses Aufwachsen außerhalb der eigenen Familie erlebt wird, ist jedoch höchst unterschiedlich und hängt von verschiedenen Faktoren ab. So spielen nicht nur die individuellen Voraussetzungen eine Rolle, sondern in großem Ausmaß auch die Rahmenbedingungen und das Erleben von Beziehungen, insbesondere von Vertrauen und Geborgenheit im neuen Zuhause.

Gemeinsam ist fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen, dass sie in ihren Herkunftsfamilien schwierige und oftmals traumatische Erfahrungen machen mussten (Gewalt, Suchterkrankungen der Eltern...), bevor sie in entsprechende Einrichtungen kamen.

Während die älteren befragten Care Leaver in Pflegefamilien und Familiengruppen aufwuchsen (oder zumindest einen Teil ihrer Kindheit und/oder Jugend dort verbrachten), so lebten die Jüngeren des Samples vorwiegend in Wohngruppen.

Altersgruppe	Befragte (B.)	Geschlecht	Fremdunterbringung
24 - 35 Jahre	3 B.	Weiblich: 2 B. Männlich: 1 B.	Wohngruppe: 3 B.
35 - 50 Jahre	6 B.	Weiblich: 2 B. Männlich: 4 B.	Wohngruppe: 2 B. Pflegefamilie oder Familiengruppe: 1 B. Wechselnde Betreuungsformen: 3 B.
51 - 65 Jahre	4 B.	Weiblich: 3 B. Männlich: 1 B.	Pflegefamilie oder Familiengruppe: 3 B. Wechselnde Betreuungsformen: 1 B.

Einige Personen erfuhren auch den Übergang von Pflegefamilien und Familiengruppen zu Wohngemeinschaften. Und dieser ist wiederum verbunden mit der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes im Jahr 1989. So wurden Familiengruppen allmählich von Wohngemeinschaften abgelöst. Auch die berufliche Ausbildung der BetreuerInnen wurde immer mehr zum Standard der Einrichtungen.

Die Entscheidung, dass ein Kind oder ein/e Jugendliche/r fremdbetreut wird und damit nicht mehr in der Herkunftsfamilie aufwächst, wird zu meist aus einem von zwei Gründen gefällt: Insbesondere in der ältesten Gruppe der Befragten kamen Waisenkinder dann in Pflegefamilien oder Familiengruppen, wenn sich keine weiteren Verwandten fanden, die sich ihrer annahmen.

Der zweite Grund für eine Fremdunterbringung liegt in »schwierigen« Verhältnissen der Herkunftsfamilie (»Erziehungsprobleme«, Gewalt, früher auch Scheidung...). Im Laufe der Zeit entwickelte sich dieser zweite Grund zum Hauptgrund für eine Fremdunterbringung. In diesem Fall wird die Entscheidung einer Trennung der Kinder/ Jugendlichen von der Herkunftsfamilie zu unterschiedlichen Zeitpunkten von verschiedenen Personen gefällt.

So gibt es in unserem Sample Personen, die bereits als sehr kleine Kinder fremdbetreut wurden. Einige von ihnen wissen auch heute noch nicht genau, was damals passierte – und warum. Andere von uns befragte Personen kamen erst in der späten Kindheit oder Jugend in eine Einrichtung. Teilweise wurde diese Entscheidung nicht von der Kinder- und Jugendhilfe, sondern von den damals Jugendlichen selbst erwirkt.

Von der Herkunftsfamilie in die Einrichtung

Auch der Übergang von den Herkunftsfamilien in die Einrichtungen wurde sehr unterschiedlich erlebt. Die Erfahrungen reichen von der Erleichterung, »endlich« in einem geschützten und behüteten Rahmen aufwachsen zu können bis zum Erleben von Ohnmacht und Fremdbestimmung seitens der Behörden und/oder der Betreuenden.

Der Übergang wurde zudem sehr unterschiedlich gestaltet: Manche Kinder und Jugendliche wurden

in Entscheidungen miteinbezogen und erzählen von einer »guten« Begleitung beim Übergang, von erfahrener Zuwendung, von Bemühen, Verständnis und der wirklichen Orientierung am Wohle der Kinder und Jugendlichen.

Andere Erfahrungen fielen gegenteilig aus: Es gab keine Möglichkeit der Mitbestimmung, die Begleitung beim Übergang war kaum oder gar nicht gegeben und/oder wurde als gewaltvoll erlebt. Teilweise konnte die Hilfe von den ehemaligen Kindern oder Jugendlichen in ihrer schwierigen Situation nicht angenommen werden.

In welche Einrichtung die Kinder und Jugendlichen kamen, zeigte sich in der älteren Generation meist als willkürlich und zufällig. Eine fachliche Kontrolle schien es nicht oder nur kaum gegeben zu haben. Hier scheint es gegenwärtig geboten, Möglichkeiten der Aufarbeitung dieser Erfahrungen anzubieten.

Die Zeit in der Einrichtung

Diese vielfältigen Erfahrungen ziehen sich nicht nur beim »Beginn« der Fremdunterbringung durch die unterschiedlichen Biographien, sie kennzeichnen auch die Zeit in der Einrichtung. Während manche Befragte diese Zeit besonders positiv in Erinnerung haben und die Beziehung zu den Betreuenden und/oder zu den Gleichaltrigen als besonders wertvoll beschreiben, machten andere InterviewpartnerInnen negative Erfahrungen – bis hin zu Gewalt.

Manche der im Projekt Befragten (v.a. aus der jüngeren Kohorte) erlebten ihre Jugend in der Einrichtung als sogenanntes »Moratorium«. Gemeint ist damit, dass den fremduntergebrachten Jugendlichen eine Übergangsphase zwischen Kindheit und Erwachsenensein ermöglicht wurde, in der sie sich ablösen und abgrenzen konnten, aber auch Orientierung erfuhren. Das heißt: Sie konnten sich »ausleben«, »fortgehen«, Erfahrungen sammeln, Grenzen ausloten. Insbesondere die jüngeren Befragten unseres Samples, die in Wohngemeinschaften betreut wurden, erfuhren die notwendige Sicherheit und Geborgenheit, die dieses »Ausleben« überhaupt erst ermöglichen.

Die Zeit in der Einrichtung ist insbesondere für die die jüngeren Befragten von einer klaren Struktur im Alltag gekennzeichnet: So gibt es bspw. ein

gemeinsames Abendessen, Aufgaben (bspw. Hausarbeit) müssen von den Kindern und Jugendlichen übernommen werden und Regeln eingehalten werden. Und dies ist für manche eine Herausforderung, eine »Umstellung«.

In der Einrichtung sind die Kinder und Jugendlichen gefordert, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. So stehen sie vor der Herausforderung, einen Schul- und/oder Berufsabschluss zu erwerben und sich auf das Leben außerhalb der Einrichtung vorzubereiten. Seitens der Betreuenden ist hier besonderes Engagement gefordert.

Die Erfahrungen in den Einrichtungen beschreiben die Befragten sehr unterschiedlich. Und dies hängt auch mit ihrem Alter bzw. mit der Form der Unterbringung zusammen. Während diejenigen Personen, die (seit den 1990ern) in Wohngemeinschaften lebten, eher »gute« Erfahrungen sammelten, machten die älteren Personen, die in Familiengruppen und Pflegefamilien lebten, eher »schlechte« Erfahrungen – mit Ausnahmen auf beiden Seiten.

So erlebten einige Personen in der Einrichtung (in der Pflegefamilie) schwierige bis unwürdige Verhältnisse. Zwar waren die materiellen Rahmenbedingungen (bspw. Kleidung) gegeben, die Kinder und Jugendlichen erfuhren jedoch nur wenig Zuwendung, Unterstützung und individuelle Förderung. Teilweise mussten sie die Arbeit im Haushalt übernehmen – teilweise erfuhren sie auch Erniedrigungen und/oder körperliche Gewalt.

»Vom Essen her, Kleidung her und alles, hat alles gepasst. Nur die Kinder selbst san untern Tisch irgendwie gfalln, also es hat kan interessiert, wie du heute benaunda bist oder ob du Kummer hast oder ob du gut gelaunt bist oder, die Bedürfnisse der Kinder, sind eigentlich nicht drauf eingegangen ... also ob der jetzt musikalisch war oder zeichnerisch begabt war, des hat sie alles ned getan, wir haben müssnn nur arbeitn und sie hat uns zugschaut und hat uns angeschaffn.«

Die jüngeren Personen, die in Wohngemeinschaften betreut wurden, machten durchwegs (eher) »gute« Erfahrungen. Die Einrichtungen wirkten hier für ihr weiteres Leben stabilisierend:

»So rückblickend war die WG Zeit eigentlich die mit Abstand beste Zeit, was i bis jetzt in meinem Lebn ghabt hab«

»Ja, im Großen und Ganzen wars schon a lustige coole Zeit, weil man hat viel gelernt sag i mal, wirklich, ma wird da wirklich selbstständig. Wir ham da Wäsch waschen glernt, kochen glernt, sparen glernt. Es is also Arbeit suchen vor allem. I hab e gsagt, wär i da drinnen ned gwesen, glaub i, hätt i wahrscheinlich ka Arbeit gfundn, wär wahrscheinlich jetzt noch ohne Lehr gwesen und so eigentlich da drin, es hat scho alles mehr Vorteile als Nachteile sag i mal«

Besonders positiv ist einigen der Befragten der (neue) Lebensstandard in Erinnerung (Ferien, Geld, Medien,...) – insbesondere dann, wenn in der Herkunftsfamilie nicht genügend Geld vorhanden war. So spielte auch der gemeinsame Urlaub eine bedeutende Rolle für so manche Kinder und Jugendliche.

»Wir haben noch nie des Meer vorher gsehn. Natürlich, mein, wir, damals war des auch noch nicht so üblich, ja, dass man ans Meer fährt wahrscheinlich, Urlaub zu machen oda zumindest nicht in unserm Umfeld ... die ham kan Urlaub gemacht von uns, ja, sondern die haben auf einmal Urlaub mit uns gemacht.« (bezugnehmend auf einen Urlaub mit der Pflegefamilie)

»Und mit der WG bin ich dann das zweite Mal in meinem Leben auf Urlaub gefahren, das war überhaupt so cool ... ich hab die Urlaube, ähm mit der WG, geliebt.« (bezugnehmend auf einen Urlaub mit der Wohngemeinschaft)

Die gemeinsam verbrachte Zeit mit den Betreuenden und den anderen Kindern und Jugendlichen ist für die Befragten nicht nur im Urlaub von besonderer Wichtigkeit. Auch im Alltag, in der Einrichtung, sind die Beziehungen von großer Bedeutung. Wie die Betreuenden und die Peers von den Befragten genau erlebt wurden, ist jedoch sehr unterschiedlich.

Für viele Interviewte ist der Alltag in der Einrichtung von einer Familienähnlichkeit gekennzeichnet. Und diese stellt sie auch vor große Herausforderungen.

Denn Kinder und Jugendliche haben ein Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung und einem bedingungslosen »Angenommensein«. Insbesondere jene Kinder und Jugendlichen, die in ihrer Herkunftsfamilie bereits sehr schwierige und verletzende Erfahrungen machen mussten, sehnen sich oftmals nach einer »normalen, heilen Familie«. Doch dieses Ideal ist für sie nicht oder kaum erreichbar. So erleben sie sich im Alltag in der Pflegefamilie oder Wohngemeinschaft selbst als »anders«:

»Also, de Familie war immer schon sehr, sehr wichtig und wenn man halt ohne Familie aufwächst und wenn man keine Eltern hat, und ahm, dann is man automatisch irgendwie anders.«

Manche Personen erzählten in den Interviews von ihren »Eltern«, wenn sie von den Betreuenden sprachen. Vor allem in der mittleren und älteren Generation unseres Samples wurden und werden die Betreuenden als »Mama« (bzw. »Mutti«) oder »Papa« (bzw. »Vati«) bezeichnet. Teilweise stammt diese Benennung freiwillig von den Befragten, teilweise wurde sie von den ehemaligen Betreuenden verpflichtend – und teilweise auch gegen den Willen der damaligen Kinder und Jugendlichen – eingefordert. Andere Befragte, besonders die Jüngeren unseres Samples, beschreiben die Betreuenden als »Professionelle«, die mit ihrem Vornamen angesprochen werden. Ihnen wird ein besonderes, sozialpädagogisches Wissen zugesprochen – und ihnen soll auch besonderer Respekt zukommen.

Wenn Geschwister aus der Herkunftsfamilie vorhanden sind, so spielt die gemeinsame oder getrennte Fremdunterbringung eine bedeutende Rolle. Kommen Geschwister gemeinsam in eine Einrichtung, so werden sie oftmals als großer Halt und Unterstützung (auch im weiteren Leben) erlebt. Umso belastender kann es insofern erlebt werden, wenn die Kinder und/oder Jugendlichen verschiedenen Einrichtungen zugeordnet werden oder wenn manche Geschwister in der Herkunftsfamilie bleiben, andere aber in Einrichtungen fremduntergebracht werden – was früher durchaus Praxis bei Platzmangel war.

Die Gleichaltrigen in den Einrichtungen (jene, die keine leiblichen Geschwister sind) werden

von manchen als »Geschwister«, von anderen als »FreundInnen« bezeichnet – zumindest dann, wenn die Beziehungen eher eng sind oder waren. Teilweise gestaltet sich der Umgang mit den Gleichaltrigen aber auch als sehr schwierig. Manche Personen machen so auch Erfahrungen der Ausgrenzung und fühlen sich als »AußensteherIn«.

Der Kontakt zu Kindern und Jugendlichen außerhalb der Einrichtungen gestaltete sich für viele der von uns Befragten als sehr schwierig. Und so gibt es während der Zeit in der Einrichtung kaum Freundschaften nach »außen« (bspw. in der Schule und Nachbarschaft). Alleine die Tatsache, fremduntergebracht zu sein, kann bereits zu verletzenden Erfahrungen der Ausgrenzung führen:

»Jeder hat gwusst, du bist a Heimkind, du wirst schon diskriminiert, allein schon, wenn du nur in de Schule gehst, weil du ja in dem Heim, also in den Haus lebst, wo Pflegeeltern san, dass du kane richtigen Eltern hast.«

Hier wird deutlich, dass es (aus der Perspektive der Befragten) eine intensivere Unterstützung seitens der Betreuenden gebraucht hätte, um Freundschaften außerhalb der Einrichtungen zu ermöglichen bzw. zu unterstützen.

Zu den Herkunftsfamilien bestand während der Zeit in der Institution bei den von uns Befragten nur teilweise Kontakt. Die Beziehungen waren und sind dabei durchwegs sehr kritisch. Viele Care Leaver sehnten sich (und sehnen sich teilweise auch heute noch) nach Nähe und Geborgenheit. Gleichzeitig waren (und sind sie teilweise auch heute noch) gefordert, sich zu distanzieren und abzugrenzen. Manche Befragte haben den Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie komplett abgebrochen – während oder nach der Zeit der Fremdunterbringung.

Den Großeltern der Herkunftsfamilie kommt in manchen Biografien eine besondere Rolle zu. Mehrere Betroffene lebten aufgrund der problematischen Verhältnisse bei den Eltern für einen Teil ihrer Kindheit bzw. Jugend bei ihrer Großmutter und/oder dem Großvater. Die hier gemachten Erfahrungen waren wiederum sehr unterschiedlich: Teilweise waren die Verhältnisse hier ähnlich schwierig wie bei

den (leiblichen) Eltern, teilweise wurde hier Unterstützung, Zuwendung und Fürsorge erlebt.

Die Zeit nach der Einrichtung

Das Verlassen der Einrichtung bedeutet für die Jugendlichen, von nun an auf sich selbst gestellt zu sein und Verantwortung für das weitere Leben zu übernehmen, ohne dass dies jemand anderer bestimmt oder kontrolliert. Es bedeutet demnach auch, sich selbst zu vertrauen, sich selbst zu kontrollieren und alleine entscheiden zu müssen. Und dies stellt für viele Care Leaver im Alltag eine große Herausforderung dar, vor allem aufgrund der bisherigen, schwierigen biographischen Erfahrungen, die auch in der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung oftmals nicht ausreichend aufgearbeitet werden konnten.

Für nicht wenige Befragte scheint das Verlassen der Einrichtung daher eine Art »freier Fall« zu sein, auch wenn es zunächst (also unmittelbar nach bzw. in der Übergangsphase) anders scheint. Der »pädagogische Schutzraum« der Einrichtung, in dem notfalls die BetreuerInnen einspringen und gefragt werden konnten, war gewissermaßen auch ein Ort, wo Risiken abgefangen oder zumindest abgeschwächt wurden.

»Wie ich dann ausgezogen bin von der Wohngemeinschaft das war schon schwierig, da waren wir eben plötzlich auf uns allein gestellt so. Das war dann auch wieder so ein harter Punkt ... ich bin schon sehr oft auf die Schnauze gefallen, so ist nicht, und ich bin aber immer wieder aufgestanden«

»Dann hab i mal a gröbere Krise ghabt, weil i dann nimmer so gewusst hab, was machn, vor allem halt ohne Unterstützung oder Leitfaden, hab i ned so gewusst, wies, wies weitergehn soll.«

Das Erwachsenwerden hält viele Herausforderungen bereit. Auch junge Menschen, die in ihren Herkunftsfamilien »gut« aufwachsen und sich von ihr langsam ablösen können, sind mit Schwierigkeiten konfrontiert. Ihnen ist es (zumindest meistens) jedoch möglich, auf die Hilfe der Eltern jederzeit und selbstverständlich zurückzugreifen. Für junge

Erwachsene, die Einrichtungen verlassen, sind die Schwierigkeiten jedoch oftmals nicht so einfach zu bewältigen. Auch wenn die Übergangszeit »gut« begleitet wird: letztlich können Care Leaver »nicht mehr zurück« in die Wohngemeinschaft o.ä. Sie müssen ihr Leben selbst in die Hand nehmen und ihren Alltag (weitgehend) ohne Unterstützung gestalten. Umso mehr bedeutet es manchen Befragten, dass auch Jahre nach der Fremdunterbringung noch (enger) Kontakt zu den Betreuenden besteht. Zukünftig bräuchte es hier daher noch eine weit aus intensivere, flächendeckende, professionelle Übergangsbegleitung der Jugendlichen. Auch die intensive Arbeit mit Eltern während der Zeit der Fremdunterbringung ist unabdingbar und wird auch im modifizierten Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz von den Jugendhilfeträgern gefordert.

Dieses Projekt/diese Studie wurde umgesetzt unter Mitarbeit von Christian Otte BA, Julia Wurzenberger MA, Vanessa Blaha BA und Dorian Spitzer BA.

Dr. phil. Tobias Hayer

Diplom-Psychologe

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Psychologie
und Kognitionsforschung der Universität Bremen

Glücksspiele im Jugendalter:

Aktuelle Forschungsbefunde zu Konsummustern und ihre Bedeutung für präventive Handlungsansätze

Einleitung

Grundsätzlich kann die Entwicklungsphase der Adoleszenz als Übergang von der späten Kindheit zum frühen Erwachsenenalter angesehen werden. Sie ist durch zahlreiche markante Veränderungen geprägt, die sowohl die physiologische als auch die psychosoziale Ebene betreffen. Zugleich sehen sich Jugendliche mit einer Vielzahl von Entwicklungsaufgaben konfrontiert, die es zu bewältigen gilt. Hierzu zählen auszugsweise Anforderungen im Zusammenhang mit veränderten Körpererfahrungen, der Aufbau eines eigenen Werte- und Normsystems, der Umbau von Sozialbeziehungen einschließlich der zunehmenden Ablösung vom Elternhaus bzw. der Hinwendung zur Peer-Gruppe und die Stabilisierung von Selbstsicherheit bzw. Selbstkontrolle (vgl. ausführlich hierzu Scheithauer, Hayer & Niebank, 2008). Vor diesem Hintergrund verwundert es kaum, dass junge Menschen besonders empfänglich für nahezu alle Formen von Risikoverhaltensweisen (wie etwa der Konsum legaler Drogen) bzw. risikokonnotative Aktivitäten (wie etwa »Mutproben«) sind (vgl. Raithel, 2004). Zum Beispiel lässt sich die Ausführung von Risikoverhalten mitunter als ein normativer Versuch interpretieren, diesen altersspezifischen Herausforderungen zu begegnen: So kann der übermäßige Konsum von Alkohol dem situationsbezogenen Zwecken dienen, den Zugang zur Peer-Gruppe zu erschließen, romantische Beziehungen anzubahnen, den Erwachsenenstatus in demonstrativer Weise zur Schau zu stellen oder unangenehme Gefühle auszublenken. Außerdem tendieren Jugendliche dazu, substanzbezogene Risiken zu unterschätzen und sich selbst als weniger gefährdet einzustufen als die Referenzgruppe (vgl. Petermann & Roth, 2006). Während die Nachfrage nach Zigaretten, Alkohol sowie anderen Suchtmitteln im Jugendalter schon seit geraumer Zeit das Interesse von Öffentlichkeit und Forschung auf sich gezogen hat, ist das Thema »adoleszentes Glücksspielverhalten« im deutschsprachigen Raum in der Vergangenheit selten mehr als eine Randnotiz wert gewesen (vgl. Busch-Hettwer & Hayer, 2013). Gerade in Kontexten wie der Schule, Jugendarbeit, Jugendhilfe oder Jugendpsychiatrie findet bislang ein nachhaltiger Austausch zu

den mit Glücksspielen verbundenen Risiken, Gefahren und Problemlagen kaum statt. Dieser Umstand überrascht, da kommerzielle Glücksspielangebote und selbstorganisierte Spiele um Geldgewinne zur Lebenswirklichkeit vieler Heranwachsender gehören und zumindest teilweise mit einem durchaus hohen Suchtpotenzial einhergehen (Hayer, 2011, 2012). Entsprechend zielt der vorliegende Beitrag im Kern darauf ab, auf das Phänomen »Glücksspiele im Jugendalter« aufmerksam zu machen. Hierfür werden aktuelle empirische Daten einer Schülerbefragung aus Deutschland zu typischen Konsummustern vorgestellt und Implikationen für Erfolg versprechende Präventionen bzw. Interventionen abgeleitet.

Glücksspiele: Produktpalette und Spielanreize im Überblick

Im Allgemeinen müssen Spielangebote die folgenden drei Definitionsmerkmale erfüllen, um im formalen Sinne als Glücksspiel eingestuft zu werden (vgl. Meyer & Bachmann, 2017). Erstens setzt die Glücksspielteilnahme einen Geldeinsatz voraus. Zweitens weisen die in Aussicht gestellten Gewinnmöglichkeiten einen Vermögenswert auf. Drittens fußt die Entscheidung über den Spielausgang ausschließlich oder überwiegend auf dem Faktor Zufall. Üblicherweise zeichnen sich die nationalen Glücksspielmärkte durch eine breite Produktpalette aus, die unter anderem Lotterien, Sportwetten, Kasinospiele (z.B. Roulette, Black Jack, Glücksspielautomaten), das Automatenspiel außerhalb von Spielbanken (in Österreich auch »Kleines Glücksspiel« genannt), internetbasierte Spielformen sowie illegale Glücksspiele (z.B. in Hinterzimmern von Kneipen) umfasst. Hiervon abzugrenzen sind diverse Spielvarianten wie etwa Gesellschaftsspiele, die andere Anreizkomponenten und Funktionalitäten mit sich bringen. Besonders prägnant ist dieser Sachverhalt im angelsächsischen Sprachraum, wo zwischen dem entwicklungspsychologisch erwünschten Spielen (»Playing«) und der für Minderjährige weitgehend verbotenen Teilnahme an einem Glücksspiel (»Gambling«) semantisch unmissverständlich unterschieden wird. In diesem Kontext sei mit simulierten Internet-Glücksspielen auf ein weiteres, noch relativ neuartiges Phänomen

verwiesen, das sich an der Schnittstelle von »Gambling« und »Gaming« bewegt. In Abgrenzung zum echten Glücksspiel definieren Meyer et al. (2015) diese Produktgattung als digitale interaktive Glücksspielaktivität, »die keinen direkten Einsatz von Geld erfordert, aber ansonsten aufgrund des Einsatzes virtueller Währung und des als zufallsbedingt wahrgenommenen Spielausgangs strukturell identisch ist mit klassischen Glücksspielformaten« (S. 155). Es besteht der begründete Verdacht, dass Glücksspiel-Simulationen den Reiz des Glücksspiels auf eine vordergründig harmlose Art und Weise vermitteln, einfache wie schnelle Erfolgserlebnisse garantieren und damit Neugier auf Glücksspielteilnahmen um echtes Geld entfachen (vgl. Hayer & Brosowski, 2016). Aufgrund fehlender Altersbeschränkungen dürfte diese »verkappte« Form des Glücksspiels tatsächlich vor allem Minderjährige ansprechen.

Unabhängig davon lässt sich die Teilnahme an echten Glücksspielen auch als Kauf von Hoffnungen und Emotionen verstehen. Während die in Aussicht gestellten Gewinne in erster Linie Reichtumsphantasien hervorrufen, steht die Ungewissheit des Spielausgangs in direkter Verbindung mit dem Erleben von Spannung, Stimulation und Nervenkitzel (= positive Verstärkung) oder aber mit der Ablenkung von Alltagsbelastungen unterschiedlicher Art (= negative Verstärkung). Derartige psychotrope Wirkungen stellen sich im Übrigen unabhängig vom Spielausgang ein. Gewinnt eine SpielteilnehmerIn, bringt diese Situation einen psychologischen Mehrwert mit sich, der das ohnehin schon positiv gefärbte Emotionsgefüge weiter verstärkt. Verliert eine SpielteilnehmerIn hingegen, können die daran gebundenen Enttäuschungen und Frustrationen durch ein sofortiges Weiterspielen problemlos wieder »weggedrückt« werden. Für Jugendliche dürften dabei bereits kleinere Gewinne im zweistelligen Eurobereich markante Schlüsselereignisse repräsentieren, die sie auf jeden Fall wiedererleben möchten, was ein Weiterspielen in naher Zukunft wahrscheinlicher macht. Interessanterweise berichten glücksspielsüchtige Erwachsene nicht selten von einem größeren Gewinn und seiner Triggerfunktion zu Beginn der Spielerkarriere. Ungeachtet nicht auszuschließender verzerrender Gedächtniseffekte scheint es in der Tat plausibel

zu sein, dass Erfahrungen dieser Art die Gefahr für nachfolgende Glücksspielexzesse bei entsprechend vulnerablen Personengruppen deutlich erhöhen. Ohnehin gilt im Glücksspielbereich, ähnlich wie im stoffgebundenen Suchtbereich, folgende Faustregel: Je früher der erste ernsthafte Kontakt mit Glücksspielen erfolgt, desto größer ist das Risiko für anschließende Fehlanpassungen (vgl. Hayer, 2012). Demzufolge erweist sich die Forderung nach einem Teilnahmeverbot für Minderjährige aus der Perspektive des Jugendschutzes nur als folgerichtig und konsequent. Auch der Gesetzgeber in Österreich hat die besondere Schutzbedürftigkeit der Heranwachsenden erkannt, indem er die Nachfrage nach kommerziellen Glücksspielangeboten mit wenigen Ausnahmen (z.B. beim Verkauf von Lotteriepunkten) erst ab einem Alter von 18 Jahren erlaubt.

Eine aktuelle Schülerbefragung aus Deutschland – Zum Hintergrund

Wissenschaftliche Analysen zu typischen Konsummustern tragen nicht nur dazu bei, Risikoprodukte und Risikogruppen zu identifizieren, sondern bringen darüber hinaus auch wichtige Impulse für eine evidenzgestützte Präventionspraxis mit sich. Da es in Österreich an fundierten Studien zum Glücksspielverhalten Jugendlicher weitgehend mangelt¹, sollen im Folgenden aktuelle Befunde aus Deutschland vorgestellt werden. Dabei handelt es sich um ein größeres angelegtes Forschungsprojekt im Längsschnitt zu simulierten Internet-Glücksspielen und ihrer Relevanz für Jugendliche (weiterführende Informationen zum Vorgehen finden sich bei Meduna et al., 2018). Im Fokus der anschließenden deskriptiven Befunddarstellung steht jedoch primär die Nachfrage nach echten Glücksspielen, die ebenfalls in differenzierter Weise erfolgte. Unter methodischen Gesichtspunkten ist darauf hinzuweisen, dass die Daten im Zuge

¹ Einen lobenswerten Sonderfall stellt die Erhebung von Ikrath und Rohrer (2013) dar, die das Glücksspielverhalten österreichischer Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter von 12 bis 24 Jahren mit dem Schwerpunkt »Online-Glücksspiel« in den Fokus gerückt haben. Aufgrund der relativ breiten Altersspanne und der inhaltlichen Ausrichtung bleiben die einzelnen Ergebnisse hier allerdings unerwähnt.

einer standardisierten schriftlichen Befragung von SchülerInnen aus drei Großstädten Norddeutschlands (Bremen, Hamburg und Lübeck) im Sommer 2015 jeweils im Klassenverband erhoben wurden. Zum ersten Messzeitpunkt setzte sich die Zielgruppe aus Heranwachsenden der Klassenstufe 6 bis 10 zusammen, wobei die Auswahl der teilnehmenden Schulen auf einem Zufallsprozess unter Berücksichtigung der Schulform sowie von sozioökonomischen Parametern basierte. Die finale, um fehlende oder verzerrende Antwortmuster bereinigte Stichprobe umfasste $N = 1.905$ Jugendliche im Alter von $M = 13,8$ Jahren (Range: 11-19 Jahre; 4 Befragte waren bereits volljährig). Insgesamt gehörten dem Sample fast genauso viele Jungen (49,1%) wie Mädchen (50,9%) an. Knapp 11% der untersuchten SchülerInnen wiesen zudem einen Migrationshintergrund auf (d.h. einen Geburtsort außerhalb Deutschlands; hier vornehmlich die Türkei).

Ausgewählte Befunde zum Glücksspielverhalten Jugendlicher und ihre Einordnung

Teilnahme-Prävalenzen. Ein erster Eindruck im Hinblick auf die Bedeutung von Glücksspielen im Jugendalter ergibt sich aus den Teilnahme-Prävalenzen (vgl. Tab. 1). Über alle Spielformen hinweg

berichteten 56,8% der SchülerInnen bezogen auf die gesamte Lebensspanne, bereits Erfahrungen mit Offline-Glücksspielen aufzuweisen. Daneben hatten 15,8% der Befragten schon mindestens einmal in ihrem Leben an Online-Glücksspielen teilgenommen. Bei Betrachtung der 12-Monats-Prävalenz ließen sich 38,5% der Stichprobe als glücksspielerfahren einstufen (alle Offline- und Online-Glücksspiele zusammen). Derweil fiel die 12-Monats-Prävalenz nur für Internet-Glücksspiele mit 7,4% deutlich niedriger aus. Unabhängig vom Vertriebsweg und dem Zeitfenster führten Rubbellose die Rangreihe der nachgefragten Spielformen an. In der Gesamtbetrachtung bestätigen diese Befunde trotz des relativ jungen Durchschnittsalters des Samples die bisherigen Erkenntnisse aus Deutschland (vgl. für einen kompakten Überblick mit Hayer, 2017). So gehören zumindest punktuelle Spielbeteiligungen für die Mehrheit aller Heranwachsenden zur Lebenswirklichkeit. Über alle Jugendstudien hinweg kann zudem ein erstaunlich konsistenter Anteil von aktuellen GlücksspielerInnen, über die 12-Monats-Prävalenz erhoben, von etwa 40% konstatiert werden. Prinzipiell erweisen sich für Minderjährige offensichtlich vor allem diejenigen Spielformen als attraktiv, die leicht verfügbar sind, nur geringe Geldeinsätze verlangen, vom Nahumfeld akzeptiert

Tabelle 1: Teilnahme-Prävalenzen für verschiedene Glücksspielformen ($N = 1.905$).

	Lebenszeit-Prävalenz (%)		12-Monats-Prävalenz (%)
	offline	online	offline oder online
Lotto	10,3	1,4	5,3
Rubbellose	35,8	5,6	18,7
Sportwetten	17,3	5,5	14,8
Automatenspiel	14,3	4,0	8,2
Poker	10,6	3,8	8,6
Andere Karten- und Würfelspiele	16,0	3,3	11,6
Gesamt	56,8	15,8	38,5

oder wenigstens toleriert werden und die in der Peer-Gruppe auf Anklang stoßen (vgl. Hayer, 2012). Schließlich legt die Untersuchung nahe, dass Online-Glücksspiele in dieser Altersgruppe bislang auf ein eher mäßiges Interesse stoßen. Die voranschreitende Digitalisierung des Glücksspiels im Allgemeinen (Hayer, 2013) und die aktuell zu beobachtende rasanten Marktdynamik im Segment »Sportwetten« im Speziellen (Fiedler & Hayer, 2016) dürften jedoch in naher Zukunft erhebliche Umverteilungen in Richtung internetbasiertes Glücksspiel zur Folge haben.

Teilnahmehäufigkeit und Geschlechtseffekte. Augenscheinlich nimmt die Teilnahme am Glücksspiel für den Großteil der Jugendlichen eine ähnliche Funktion ein wie der Konsum psychotrop wirkender Substanzen. Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, geht es dabei in erster Linie um das einmalige oder sporadische Ausprobieren oder Herumexperimentieren mit den einzelnen Spielvarianten. Eine regelmäßige Nachfrage im Sinne von mindestens mehrmaligen Spielteilnahmen pro Monat ist demnach eher selten

zu beobachten.² Die höchste Bindungskraft lässt sich in diesem Kontext am ehesten noch den Sportwetten zuschreiben (vgl. für ähnliche empirische Befunde mit den in Fiedler & Hayer, 2016, zitierten Jugendstudien aus Deutschland). Erwartungsgemäß sind es mehr Jungen als Mädchen, die von einer Glücksspielbeteiligung berichten. Diese Geschlechterdiskrepanz kommt besonders deutlich bei Sportwetten, Poker, anderen Karten- und Würfelspielen sowie dem Automatenspiel zum Vorschein. Ferner deckt sich dieser Befund weitgehend mit den Aussagen von Jacobs (2004), der bereits vor mehr als einer Dekade zusammengefasst hat, dass männliche Jugendliche Glücksspiele mit Geschicklichkeitsanteilen oder Wettbewerbscharakter bevorzugen (z.B. Poker, Sportwetten), generell mehr Geld für Glücksspiele ausgeben, eher mit dem Glücksspiel beginnen und häufiger spielen als weibliche Jugendliche.

² Diese Aussage wird auch durch die Antworten der Schüler auf die Frage, wie viel des eigenen Geldes in einem typischen Monat für Glücksspiele ausgegeben werden, bestätigt. Nur 62 aller Befragten (3,3%) nannten hier einen Betrag von mindestens 5 Euro.

Tabelle 2: Teilnahmehäufigkeit in Abhängigkeit von Glücksspielart (12-Monats-Prävalenz) und Geschlecht (N = 1.905).

	Teilnahmehäufigkeit (%)					Geschlecht (%)	
	gar nicht	< 1 mal/ Monat	1-4 mal/ Monat	5-8 mal/ Monat	> 8 mal/ Monat	männlich	weiblich
Lotto	94,7	4,3	0,7	0	0,3	5,9	4,7
Rubbellose	81,3	15,6	2,4	0,3	0,5	20,1	17,4
Sportwetten	85,2	9,2	4,0	0,9	0,7	22,6*	7,2
Automatenspiel	91,8	5,9	1,3	0,5	0,4	9,6*	6,8
Poker	91,4	5,7	2,2	0,4	0,3	14,2*	3,3
Andere Karten- und Würfelspiele	88,4	8,2	2,6	0,5	0,3	14,9*	8,4

*Signifikanter Unterschied bezogen auf den Vergleich »Teilnahme vs. Nicht-Teilnahme« (Chi-Quadrat-Test bei einem Testniveau von 5%).

Die Rolle von simulierten Internet-Glücksspielen. Im Zentrum der Untersuchung standen – neben dem echten Glücksspiel – insbesondere simulierte Internet-Glücksspiele und damit weitere »glücksspiel-nahe« Produkte. In Anlehnung an die oben eingeführte Definition von Meyer et al. (2015) wurden die SchülerInnen gebeten, Fragen zur Häufigkeit der Teilnahme an insgesamt vier Spielangeboten bezogen auf die letzten 12 Monate zu beantworten. Das Spektrum der abgefragten Spielformen umfasste simulierte Internet-Glücksspiele (1) innerhalb von Videospielen, (2) über Apps, (3) in sozialen Netzwerken und (4) in Form von Demospielen. Zudem erfolgte die Abfrage für jede Spielform getrennt für die Zugangswege »von zu Hause« bzw. »von unterwegs«. Über alle Spielformen hinweg zeigen die Analysen, dass bereits die Hälfte aller SchülerInnen (50,3%) aktiv mit simulierten Internet-Glücksspielen in Kontakt gekommen ist. Dabei dominieren Spielerfahrungen innerhalb von Videospielen, gefolgt mit deutlichem Abstand von Spielbeteiligungen via

Apps (s. Tab. 3). Dieses Ergebnis kommt wenig überraschend, da Videospiele mittlerweile den Lebensalltag vieler Jugendlicher prägen (z.B. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2017).

In Ergänzung dazu fasst Tabelle 4 den Anteil der maximalen Beteiligungen über alle Formen des simulierten Internet-Glücksspiels hinweg und in Abhängigkeit ausgewählter soziodemographischer Variablen (Geschlecht, Migrationshintergrund, Alter) zusammen. Dabei fällt in erster Linie auf, dass Glücksspiel-Simulationen – ähnlich wie echtes Glücksspiel – eher eine Jungen-Domäne darstellen: So hatten sich immerhin 18,9% der männlichen Jugendlichen mehr als achtmal im Monat an mindestens einer Form des simulierten Internet-Glücksspiels beteiligt, wohingegen dieser Wert bei den Mädchen lediglich bei 6,0% lag (für umfassendere Analysen zur Nutzungsintensität sowie zu spezifischen Risikofaktoren einschließlich möglicher Erklärungsansätze s. Hayer et al., 2019).

Tabelle 3: Teilnahme-Prävalenzen für verschiedene Formen des simulierten Glücksspiels, differenziert nach Zugangsweg (N = 1.905).

Form des simulierten Internet-Glücksspiels	12-Monats-Prävalenz (%)
<i>von zu Hause aus gespielt:</i>	
innerhalb von Videospielen	27,9
über Apps	18,2
in sozialen Netzwerken	13,6
in Form von Demospielen	9,0
<i>von unterwegs gespielt:</i>	
innerhalb von Videospielen	29,2
über Apps	11,1
in sozialen Netzwerken	5,6
in Form von Demospielen	4,1
Gesamt	50,3

Tabelle 4: Maximale Beteiligung über alle Formen des simulierten Internet-Glücksspiels hinweg für verschiedene Personengruppen (12-Monats-Prävalenz) (N = 1.905).

	Teilnahmehäufigkeit (%)				
	gar nicht	< 1 mal/ Monat	1-4 mal/ Monat	5-8mal/ Monat	> 8 mal/ Monat
Jungen	36,6	19,9	18,4	6,2	18,9
Mädchen	62,3	15,9	12,2	3,6	6,0
Migrationshintergrund	52,5	16,2	13,7	4,4	13,2
kein Migrationshintergrund	49,3	18,1	15,4	5,0	12,2
Klasse 6	59,7	16,3	11,3	3,3	9,5
Klasse 7	51,6	17,8	14,8	3,4	12,3
Klasse 8	48,1	16,1	15,9	6,1	13,8
Klasse 9	47,6	18,3	15,6	5,9	12,7
Klasse 10	36,7	22,4	20,5	6,6	13,9
Gesamt	49,7	17,9	15,2	4,9	12,3

Tabelle 5: Überschneidungen der Teilnahme an echten und simulierten Glücksspielen (12-Monats-Prävalenz) (N = 1.905).

Echtes Glücksspiel	Simuliertes Internet-Glücksspiel			
	innerhalb von Videospielen	über Apps	in sozialen Netzwerken	in Form von Demospielen
Lotto	57,0	34,3	25,0	19,4
Rubbellose	53,2	33,5	24,9	18,4
Sportwetten	62,6	35,1	26,3	23,5
Automatenspiel	59,4	41,9	29,7	25,3
Poker	77,3	46,1	38,3	38,3
Andere Karten- und Würfelspiele	66,7	42,3	32,0	27,9

Anmerkungen: Angaben in Prozent. Die Werte sind jeweils zeilenweise zu interpretieren (für entsprechende Lesebeispiele s. den Fließtext).

Schließlich stellt sich aus empirischer Sicht die Frage nach Überlappungen der beiden Bereiche. Oder anders ausgedrückt: Geht die Teilnahme an echten Glücksspielen in der Adoleszenz mit der Teilnahme an simulierten Internet-Glücksspielen einher? Tabelle 5 gibt in Form einer Korrespondenzanalyse diesbezüglich erste Antworten. Zum Beispiel nutzten 34,3% aller LottospielerInnen zugleich simulierte Glücksspielangebote über Apps oder 38,3% aller PokerspielerInnen sogenannte Demospiele im Internet. In der Gesamtbetrachtung verweisen die Prozentangaben ohne Ausnahme auf relativ hohe Schnittmengen und bestätigen damit die vielfach belegte Nähe von Glücksspiel und Computerspiel (vgl. exemplarisch mit den Befunden von McBride & Derevensky, 2016).

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle noch auf eine weitere Publikation verwiesen, die auf dem vorliegenden Datensatz basiert (Hayer et al., 2018) und die funktionale Beziehung zwischen simulierten und echten Glücksspielen im Längsschnitt präzisiert (1-Jahres-Zeitraum). Innerhalb dieses Zeitfensters setzten knapp 12% der SchülerInnen ($n = 140$ von $N = 1.178$) erstmals Geld für Glücksspiele ein. Eine logistische Regressionsanalyse dokumentiert, dass (1) die Teilnahme an simulierten Glücksspielen in sozialen Netzwerken von zu Hause und (2) eine ausgeprägte Werbeexposition sowohl simuliertes als auch echtes Glücksspiel betreffend diesen Einstieg begünstigen. Die Bedeutung der ersten Prädiktorvariable ist als Beleg für die »Türöffner-Hypothese« zu werten, da die Teilnahme an simulierten Internet-Glücksspielen nachfolgende »echte« Glücksspielaktivitäten wahrscheinlicher werden lässt (vgl. für ähnliche Schlussfolgerungen mit Dussault et al., 2017).

Das Ausmaß glücksspielbezogener Probleme. Zur Bestimmung eines potenziell problematischen Glücksspielverhaltens kam der neu konzipierte »Fragebogen zu glücksspielbezogenen Problemen im Jugendalter« (FGP-J; Hayer, Meyer & Petermann, 2016) zum Einsatz. Zu beachten ist hierbei zum einen, dass SchülerInnen ohne aktive Glücksspielbeteiligung während der letzten sechs Monate diese Items nicht beantworten mussten. Ihr Skalenwert

wurde somit per Definition auf »0« gesetzt. Zum anderen fehlt es aufgrund der Neuartigkeit dieses Screening-Instrumentes noch an weiteren Referenzwerten, um die Ergebnisse angemessen einordnen zu können (vgl. für grundsätzliche messtheoretische Herausforderungen in diesem Bereich Hayer, Meyer & Petermann, 2014). Deskriptiven Analysen zufolge gelten 4,5% der befragten Jugendlichen ($n = 85$) in Bezug auf ihr Glücksspielverhalten als auffällig. Dieser Wert liegt zwar etwas höher als die entsprechenden Größenordnungen der bisherigen Untersuchungen aus Deutschland (vgl. Hayer, 2017), reiht sich dennoch aber nahtlos in die Prävalenzraten problematischen Glücksspielverhaltens verschiedener internationaler Studien ein, die zwischen 0,2% (Norwegen, Australien) und 12,3% (Kroatien) schwanken (vgl. Calado, Alexandre & Griffiths, 2017). Theoriekonform befinden sich in dieser Subgruppe weit aus mehr Jungen (7,7%) als Mädchen (1,3%) sowie eher Jugendliche mit Migrationshintergrund (7,3%) als Jugendliche ohne Migrationshintergrund (4,1%). Außerdem waren die potenziellen ProblemspielerInnen im Vergleich zu der unbelasteten Subgruppe im Durchschnitt ein wenig älter ($M = 14,3$ Jahre vs. $M = 13,8$ Jahre). Zusammenfassend findet damit das bekannte soziodemographische Risikoprofil einer adoleszenten ProblemspielerIn (vgl. Hayer, 2012) erneut Bestätigung.

Implikationen für die Praxis

In der Gesamtbetrachtung bestätigen und ergänzen die vorgelegten empirischen Befunde zum adoleszenten Glücksspielverhalten aus Deutschland den bisherigen Wissensstand. So kommen die meisten Jugendlichen mit bestimmten kommerziellen aber auch selbstorganisierten Formen des Glücksspiels irgendwann einmal in ihrem Entwicklungsverlauf in Berührung. Zugleich weist eine signifikante Minderheit in dieser Altersgruppe eine hohe »Glücksspiel-Bindung« mit zum Teil übermäßigen bis hin zu exzessiven Konsummustern auf. Vor dem Hintergrund der relativ jungen Stichprobe mit einem Durchschnittsalter von knapp 14 Jahren muss es aus verschiedenen Gründen bedenklich stimmen, dass immerhin knapp 40% der befragten SchülerInnen aktuelle Glücksspielerfahrungen mitbringen und

4,5% sogar ein potenziell problematisches Glücksspielverhalten zeigen. Erstens untermauert dieses Ergebnis die besondere Vulnerabilität der Heranwachsenden für die Entwicklung glücksspielbedingter Fehlanpassungen (vgl. Hayer, 2012). Zweitens erstaunt das frühe Einstiegsalter in die echte Welt des Glücksspiels, welches je nach Spielangebot im Mittel zwischen 10,4 Jahren (Kauf von Rubbellosen offline) und 13,0 Jahren (Teilnahme an Online-Sportwetten) lag (vgl. ausführlich hierzu von Meduna et al., 2018, S. 50). Drittens ist die sukzessive Verlagerung der Glücksspielaktivitäten ins Internet in Kombination mit der immer weiter fortschreitenden Etablierung von Glücksspiel-Simulationen und ihren multiplen Facetten (vgl. Hayer, 2013) mit zahlreichen neuen Spielanreizen (und somit auch neuen Risiken) verknüpft. In diesem Kontext muss auch die expansive Vermarktung von Sportwetten in Deutschland Erwähnung finden, die das Denken und Handeln gerade junger Menschen in nachhaltiger Weise beeinflusst. Wie Hayer (2018) in einer aktuellen Expertise herausgearbeitet hat, fördert Glücksspiel-Werbung bei einem Teil der Heranwachsenden positiv gefärbte Glücksspiel-Assoziationen und entsprechende Verhaltensintentionen bzw. Verhaltensweisen. Viertens verdeutlichen die Befunde nicht zuletzt den Bedarf an passgenauen Präventionsansätzen mit universeller, selektiver sowie indizierter Ausrichtung, die sich vornehmlich an Jungen und Jugendliche mit Migrationshintergrund richten sollten (vgl. Hayer, 2017). Inwieweit diese Erkenntnisse aus Deutschland eins zu eins auf die Verhältnisse in Österreich übertragen werden können, muss aufgrund von partiellen Unterschieden in den Jugendschutzbestimmungen sowie den Spielangeboten an dieser Stelle letztlich unbeantwortet bleiben. Daher wird auf jeden Fall empfohlen, die gravierenden Kenntnislücken in Sachen Glücksspielverhalten österreichischer Jugendlicher schnellstmöglich zu schließen und repräsentativ angelegte epidemiologische Studien ähnlich wie für das Erwachsenenalter (vgl. Kalke et al., 2018) auch mit Minderjährigen durchzuführen. Im Hinblick auf die Abwehr der mit Glücksspielen verbundenen Risiken lässt sich generell schlussfolgern, dass sich ein Erfolg versprechender Präventionsansatz immer als multidimensionale und

multifunktionale Aufgabe versteht, die im Sinne eines aufeinander abgestimmten Policy-Mix sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen umfasst. Während im internationalen Kontext inzwischen einige schulbasierte Programme zur Glücksspielsuchtprävention positiv evaluiert wurden (vgl. u. a. mit den Reviews von Keen, Blaszczyński & Anjou, 2017; Kalke & Hayer, 2018; Ladouceur, Goulet & Vitaro, 2013; Oh, Ong & Loo, 2017) und in Deutschland diesbezüglich – ungeachtet der insgesamt mangelhaften Evidenzbasierung – wenigstens ein breites Spektrum an ernsthaften verhaltenspräventiven Aktivitäten existiert (vgl. Hayer, 2017), scheint Österreich auch hier nicht Schritt halten zu können. Nach Einschätzung des Autors fand bislang weder eine Adaptation bereits evaluierter Projekte an die österreichischen Rahmenbedingungen noch eine systematische Entwicklung und Erprobung eigener Präventionstools einschließlich einer fundierten wissenschaftlichen Begleitforschung statt. Einzelne Ansätze zur Förderung von Risikokompetenz bei glücksspielbegeisterten Jugendlichen³ sind zwar prinzipiell lobenswert, können aber über das Fehlen eines flächendeckend praktizierten »Good-Practice-Modells« nicht hinweg täuschen. In Bezug auf die Verhältnisprävention sei hier – neben Werberestriktionen – auszugsweise auf die Bedeutung des Jugendschutzes und seine tatsächliche Umsetzung in der Praxis und damit an die Verantwortung von GlücksspielanbieterInnen erinnert. Testkäufe mit minderjährigen Personen (sog. »Mystery Shopping«) haben sich in diesem Zusammenhang in den letzten Jahren als wichtiges Prüfinstrument etabliert. Erfreulicherweise ergab eine aktuelle Analyse auf der Grundlage von Testkäufen, dass sich die VertriebspartnerInnen der Österreichischen Lotterien weitgehend an die Auflagen halten und in »nur« 12,2% aller Fälle Lotterieprodukte an Jugendliche unter 16 Jahren verkaufen (Malischnig, 2017). Ob diese relativ hohe Compliance-Rate auch in anderen Segmenten erreicht wird, darf jedoch angezweifelt werden. Schließlich bedarf die weitgehend brachliegende Regulierung von simulierten Internet-

³ Exemplarisch: https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/09_Infobox/Tagungsunterlagen/bigwin.pdf.

Glücksspielen der verstärkten Aufmerksamkeit. Aufgrund der aufgezeigten Gefahrenpotenziale sind Mindeststandards einzufordern, die vornehmlich Informationsverpflichtungen zu den Spielabläufen bzw. Gewinnwahrscheinlichkeiten sowie ein Verbot von Werbung, die sich direkt an Minderjährige richtet, betreffen (vgl. Hayer et al., 2019). Im Sinne der jüngeren Generationen und des Gemeinwohls bleibt letztlich zu hoffen, dass dem Jugendschutz auch im Bereich »Glücksspiel« der Stellenwert zugemessen wird, den er verdient.

Literatur

- Busch-Hettwer, H. & Hayer, T. (2013).* Die Behandlung von jüngeren Glücksspielern. In J. Petry (Hg.), *Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen* (S. 62-78). Freiburg: Lambertus.
- Calado, F., Alexandre, J. & Griffiths, M.D. (2017).* Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of Gambling Studies*, 33, 397-424.
- Dussault, F., Brunelle, N., Kairouz, S., Rousseau, M., Leclerc, D., Tremblay, J., Cousineau, M-M., & Dufour, M. (2017).* Transition from playing with simulated gambling games to gambling with real money: A longitudinal study in adolescence. *International Gambling Studies*, 17, 386-400.
- Fiedler, I. & Hayer, T. (2016).* Sportwetten und Jugendliche: Spielangebote und Suchtgefahren. *Pro Jugend: Fachzeitschrift der Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V.*, Heft 3, 4-9.
- Hayer, T. (2011).* Jugendliche und Glücksspiele: Spielanreize, Problemausmaß und präventiver Handlungsbedarf. *Pro Jugend: Fachzeitschrift der Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V.*, Heft 1, 8-13.
- Hayer, T. (2012).* Jugendliche und glücksspielbezogene Probleme: Risikobedingungen, Entwicklungsmodelle und Implikationen für präventive Handlungsstrategien. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Hayer, T. (2013).* Internetbasiertes Glücksspiel: Spielanreize und Suchtgefahren. *Pro Jugend: Fachzeitschrift der Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V.*, Heft 4, 4-8.
- Hayer, T. (2017).* Prävention glücksspielbezogener Probleme im Jugendalter: Maßnahmen und Erfahrungen aus Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 12, 145-153.
- Hayer, T. (2018).* Werbung und Sportwetten - Eine kritische Auseinandersetzung aus suchtfachlicher Sicht. *Wissenschaftliche Expertise im Auftrag des Arbeitskreises gegen Spielsucht Unna e.V.*
- Hayer, T. & Brosowski, T. (2016).* Simuliertes Glücksspiel im Internet: Anmerkungen zu möglichen (Sucht-) Gefahren aus psychologischer Sicht. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 97, 4-12.
- Hayer, T., Kalke, J., Meyer, G. & Brosowski, T. (2018).* Do simulated gambling activities predict gambling with real money during adolescence? Empirical findings from a longitudinal study. *Journal of Gambling Studies*, 34, 929-947.
- Hayer, T., Meyer, G. & Petermann, F. (2014).* Glücksspielbezogene Probleme unter Jugendlichen: Eine kritische Auseinandersetzung mit den gängigen Screening-Instrumenten. *Kindheit und Entwicklung*, 23, 174-183.
- Hayer, T., Meyer, G. & Petermann, F. (2016).* FGP-J: Fragebogen zu glücksspielbezogenen Problemen im Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.
- Hayer, T., Rosenkranz, M., Meyer, G. & Brosowski, T. (2019, in Druck).* Simuliertes Glücksspiel im Internet: Ergebnisse einer quantitativen Befragung von Schülern und Schülerinnen zu Konsummustern und Risikobedingungen. *Kindheit & Entwicklung*.
- Ikraht, P. & Rohrer, M. (2013).* Bericht zur Studie »Nutzung von (Online-)Glücksspielen bei

Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich». Wien: Institut für Jugendkulturforschung.

Jacobs, D.F. (2004). Youth gambling in North America: Longterm trends and future prospects. In J.L. Derevensky & R. Gupta (Eds.), *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives* (pp. 1-24). New York: Kluwer.

Kalke, J., Buth, S., Thon, N. & Wurst, F.M. (2018). Glücksspielverhalten der österreichischen Bevölkerung und ihre Akzeptanz von Spielerschutzmaßnahmen - Ergebnisse der Repräsentativbefragungen 2009 und 2015. *Suchttherapie*, 19, 11-20.

Kalke, J. & Hayer, T. (2018, in Druck). Expertise zur wissenschaftlichen Evidenz der Spieler- und Jugendschutzmaßnahmen im Glücksspieländerungsstaatsvertrag (2012): Ein systematischer Review. Hamburg: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz.

Keen, B., Blaszczyński, A. & Anjoul, F. (2017). Systematic review of empirically evaluated school-based gambling education programs. *Journal of Gambling Studies*, 33, 301-325.

Ladouceur, R., Goulet, A. & Vitaro, F. (2013). Prevention programmes for youth gambling: A review of the empirical evidence. *International Gambling Studies*, 13, 141-159.

Malischnig, D. (2017). Evaluierung von Spieler-schutzschulungen bei Vertriebspartnern der Österreichischen Lotterien unter besonderer Berücksichtigung von Testkäufen. Frankfurt/M.: Peter Lang.

McBride, J. & Derevensky, J. (2016). Gambling and video game playing among youth. *Journal of Gambling Issues*, 34, 156-178.

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2017). JIM-Studie 2017: Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger. Verfügbar unter: <https://www.mpfs.de/studien/jim-studie/2017> [11.01.2018].

Meduna, M. von, Brosowski, T., Hayer, T. & Meyer, G. (in Kooperation mit Kalke, J., Hiller, P. & Rosenkranz, M.) (2018). Social Gambling im Jugendalter: Ergebnisse einer Literaturanalyse, zweier Fokusgruppenmodule sowie einer Schülerbefragung im Quer- und Längsschnitt. Hamburg: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz.

Meyer, G. & Bachmann, M. (2017). Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. Berlin: Springer.

Meyer, G., Brosowski, T., von Meduna, M. & Hayer, T. (2015). Simuliertes Glücksspiel: Analyse und Synthese empirischer Literaturbefunde zu Spielen in internetbasierten sozialen Netzwerken, in Form von Demoversionen sowie Computer- und Videospielen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 153-168.

Oh, B.C., Ong, Y.J. & Loo, J.M.Y. (2017). A review of education-based gambling prevention programs for adolescents. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 7(1): 4.

Petermann, H. & Roth, M. (2006). Suchtprävention im Jugendalter: Interventionstheoretische Grundlagen und entwicklungspsychologische Perspektiven. Weinheim: Juventa.

Raithel, J. (2004). Jugendliches Risikoverhalten: Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag.

Scheithauer, H., Hayer, T. & Niebank, K. (2008). Problemverhaltensweisen und Risikoverhalten im Jugendalter – Ein Überblick. In H. Scheithauer, T. Hayer & K. Niebank (Hrsg.), *Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter: Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention* (S. 11-33). Stuttgart: Kohlhammer.

Prim. Dr. med. Christian Kienbacher

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Ärztlicher Leiter des Ambulatoriums für Kinder- und
 Jugendpsychiatrie Wien-Floridsdorf

Psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Nimmt man die mediale Berichterstattung als Richtwert für das Prosperieren eines Fachgebietes und die Güte der Versorgungslage, so könnte man annehmen, dass es aufgrund der vielen Berichte zur seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, um diese in unserem Land bestens bestellt ist. Leider ist dem nicht so. Anders als in der Behandlung von psychisch kranken Erwachsenen oder körperlich kranken Menschen, zeigt sich in der Betreuung psychisch kranker Minderjähriger in Österreich eine große Versorgungslücke, sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie. Selbstverständlichkeiten, die in der somatischen Medizin in Diagnostik und Therapie zur Verfügung stehen und als Kassenleistung angeboten werden, stehen psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sowie deren Angehörigen entweder gar nicht oder in einem zu geringen Ausmaß zur Verfügung.

Seit ein paar Jahren nehmen die niederschweligen, wohnortnahen und Kassen finanzierten Behandlungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche leicht zu, befinden sich aber gemessen an anderen europäischen Ländern, wie der Schweiz und Deutschland, noch immer auf einem sehr niedrigen Niveau. In Deutschland wird diskutiert, ob der Schlüssel von einer niedergelassenen FachärztIn auf 80.000 EinwohnerInnen eine Verbesserung auf eine FachärztIn auf 40.000 EinwohnerInnen erfahren soll. Österreich mit seinen rund 8,8 Millionen EinwohnerInnen hat derzeit eine FachärztIn für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf rund 328.000 EinwohnerInnen.

Diese Unterversorgung mag zum einen der Tatsache geschuldet sein, dass psychische Erkrankungen per se über lange Zeit stigmatisiert wurden. Betroffene hatten Vorbehalte zu ihren psychischen Problemen zu stehen und in der Gesellschaft gab es sehr unklare Bilder zu psychischen Erkrankungen. Weiters herrschten weit verbreitete Fehleinschätzungen, dass psychische Erkrankungen selbstverschuldet seien oder dass von psychisch erkrankten Personen eine Gefahr ausgehe. In den letzten Jahrzehnten konnte allerdings eine positive Entwicklung festgestellt werden. Es wird in den Medien zunehmend objektiver über die Herausforderungen in der

Behandlung psychischer Problemkonstellationen berichtet. Speziell in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, über kompetente und sensible ZuweiserInnen zu verfügen. Auch unter SchulärztInnen und SchulpsychologInnen entwickelte sich in den letzten Jahren ein zunehmend besseres Verständnis rund um psychische Erkrankungen. Sie gelten mittlerweile als sehr kompetente ZuweiserInnen und die Vernetzung mit Schulen ist ein wesentlicher Bestandteil in der Betreuung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Darüber hinaus gibt es eine wachsende Bereitschaft bei den Ämtern für Jugend und Familien eng mit TherapeutInnen zusammenzuarbeiten. Der sensible Bereich von Kindern und Jugendlichen in einer Fremdunterbringung kann nur mit der Kompetenz der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychotherapie wirkungsvoll gestaltet werden. Die AnbieterInnen von Fremdunterbringungen, seien es das Jugendamt oder private AnbieterInnen, sind wesentliche PartnerInnen in der Betreuung von psychisch kranken Minderjährigen. Da Kinder und Jugendliche in der Fremdunterbringung nachweislich häufiger unter psychiatrischen Erkrankungen leiden, müssten in allen öffentlichen und privaten Einrichtungen Qualitätsstandards umgesetzt werden, die kinder- und jugendpsychiatrische sowie therapeutische Angebote integrieren.

Es ist eine wachsende Qualität in der Zuweisung und, bedingt durch die mediale Berichterstattung, ein größeres Wissen in der Allgemeinbevölkerung um Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche in seelischen Krisensituationen zu beobachten. Eltern und Bezugspersonen sind sensibilisiert, auf psychische Veränderungen zu achten. Sie reagieren schneller und zusätzlich sinkt die große Angst vor einer Stigmatisierung bei der Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischen sowie therapeutischen Leistungen. Immer mehr setzt sich das Wissen durch, dass große Erkrankungsgruppen, wie Depressionen, nicht nur Erwachsenen vorbehalten sind, sondern in jedem Lebensalter zum Ausbruch kommen können. Die wachsende Bereitschaft Behandlungen anzunehmen ist sehr positiv, stellt aber wiederum eine große Herausforderung dar. Durch

die größere Offenheit, kinder- und jugendpsychiatrische und therapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen, zeigt sich gleichzeitig auf der Ebene der Versorgung eine – wie vom ehemaligen Gesundheitsminister Stöger titulierte – »Mangelfachsituation« in Österreich.

Zu spät und zu wenig intensiv wurde an der Entwicklung von entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Angeboten gearbeitet bzw. deren Entwicklung vorangetrieben. Mitverantwortlich für diese mangelhafte Versorgungssituation ist sicher auch die späte Entwicklung des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich. Als in den 60er Jahren in einigen europäischen Ländern spezifische Behandlungsangebote für seelisch kranke Kinder und Jugendliche geschaffen wurden, gab es in Österreich anfänglich nur Behandlungsangebote an neurologisch-psychiatrischen Erwachsenenabteilungen. Damals existierte das Fach »Kinder- und Jugendpsychiatrie« noch nicht, sondern nur das Zusatzfach »Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters¹«. Seit 2007 ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich ein eigenständiges Sonderfach. Erst seit diesem Zeitpunkt entwickeln sich österreichweit Angebote auf den verschiedenen Versorgungsebenen in Richtung eines Standards wie ihn andere medizinische Sonderfächer schon seit Jahrzehnten gewohnt sind. Zusätzlich können seitdem Kassenverträge mit den Gebietskrankenkassen abgeschlossen werden und eine Honorarordnung entstand. An Stelle der vom Österreichischen Strukturplan Gesundheit geforderten 110 Kassenverträgen (ein Kassenvertrag für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf 80.000 EinwohnerInnen) existieren derzeit lediglich 26,5 Planstellen für Kinder- und JugendpsychiaternInnen in Österreich. Folglich ist ein zeitnahe und niederschwelliger Zugang zur KassenärztIn für Kinder- und Jugendpsychiatrie nur bedingt möglich.

¹ Das Zusatzfach »Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters« beschäftigte sich mit neurologischen und psychiatrischen Fragestellungen bei Minderjährigen. Die dort tätigen ÄrztInnen hatten eine Facharztausbildung in Psychiatrie, Neurologie oder Kinderheilkunde, der eine zweijährige Spezialisierung in Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters folgte.

Momentan gibt es in jedem Bundesland, bis auf das Bundesland Burgenland, zumindest eine kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausabteilung. Die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit geforderte Anzahl von einem kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Behandlungsplatz auf 10.000 EinwohnerInnen wird jedoch in keinem Bundesland erreicht. Speziell in der Bundeshauptstadt Wien, mit den typischen großstädtischen Herausforderungen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie, zeigt sich ein massives Manko in der Versorgung. Mit den bestehenden Behandlungsplätzen am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien und am Neurologischen Zentrum Rosenhügel (Krankenhaus Hietzing) kann nicht einmal den Bedürfnissen von akut erkrankten PatientInnen entsprochen werden. Jedes Jahr müssen zwischen 100 und 200 Kinder und Jugendliche behelfsmäßig auf Erwachsenenpsychiatrien untergebracht werden, weil die notwendigen Behandlungsplätze für diese suizidalen und schwer erkrankten PatientInnen an den Kinder- und Jugendpsychiatrien nicht zur Verfügung stehen. Die Großstadt Wien bräuhete ca. 180 Betten, um die vom Österreichischen Strukturplan Gesundheit geforderte Anzahl an Behandlungsplätzen zu erfüllen. Faktisch gibt es in Wien derzeit weniger als 60 stationäre Behandlungsplätze.

Auf der Ebene der Ambulatorien gilt nach dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit, dass für 250.000 EinwohnerInnen ein multiprofessionelles Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung stehen sollte. Nur in den Bundesländern Burgenland, Kärnten, Salzburg, Vorarlberg und Wien sind solche kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulatorien auch tatsächlich vorhanden. Eine Reihe dieser Ambulatorien für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden von gemeinnützigen Vereinen unterhalten. Somit verfügen sie über keine vollständige Finanzierung durch die Krankenkassen oder Gemeinden und müssen zusätzlich durch Spenden getragen werden, damit sie weiterhin ihre Leistungen voll an die PatientInnen weitergeben können.

Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulatorien sind charakterisiert durch ihr multiprofessionelles

Team mit einer ausreichenden Anzahl an FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die für die Diagnostik unabdingbare Kompetenz der klinischen Psychologie. Darüber hinaus braucht es für die multiprofessionelle Behandlung der PatientInnen die Expertise aus den Bereichen Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie, je nach Schwerpunkt der Einrichtung. Da Ambulatorien zu meist mit komplexen Fragestellungen betraut werden, ist es wichtig, dass die MitarbeiterInnen eine hohe Kompetenz in der Arbeit mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen haben und gleichzeitig mit den erwachsenen Bezugspersonen der minderjährigen PatientInnen arbeiten können. Oft ist eine Zusammenarbeit mit der Jugendwohlfahrt und anderen Stellen wie zum Beispiel Schulen oder Wohngemeinschaften notwendig. Daher verbessert der Einsatz von klinischer Sozialarbeit die Qualität eines kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulatoriums massiv. Des Weiteren sollten diese einen niederschweligen Zugang mit zeitnaher Terminvergabe für Diagnostik (psychiatrisch, psychologisch, ergotherapeutisch u.a.) und entsprechende Therapien anbieten.

Gerade eine niederschwellige und rasche Terminvergabe ist ein wesentliches Qualitätskriterium. Sowohl bei den bettenführenden Krankenanstalten, wie den Ambulatorien, als auch bei den niedergelassenen FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, sind Wartelisten unter allen Umständen zu vermeiden. PatientInnen chronifizieren während der Zeit des Wartens, ihre Symptomlage verschlechtert sich und es werden auch oft mehrere, möglicherweise nicht entsprechend qualifizierte, Einrichtungen in Anspruch genommen. Es kommt zu PatientInnenkarrieren, die als irgeleitet bezeichnet werden können und auch das sollte im Sinne der Betroffenen in jedem Fall verhindert werden.

Dadurch, dass sich kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen auf verschiedenen Beschwerdeniveaus manifestieren können, ist ein abgestuftes Versorgungsmodell von der niedergelassenen FachärztIn, über das Ambulatorium bis zum stationären Aufenthalt im Krankenhaus wichtig. Um den Bedürfnissen

der seelisch kranken Kinder und Jugendlichen und ihrem Umfeld gerecht zu werden, bedarf es je nach Symptomlage spezifischer Interventionen. Diese können medizinisch bis zur Psychopharmakotherapie oder in Richtung klinischer Psychologie, Psychotherapie, Elternberatung, Ergotherapie, Physiotherapie bzw. verschränkt ausgerichtet sein. Es gibt in den Fächern Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologie und Psychotherapie ein breites und gesichertes Wissen um die Diagnostik und die Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Minderjährigen. Es ist zu fordern, dass die erwiesenermaßen besten und zielführendsten Therapien den Kindern und Jugendlichen in Österreich zur Verfügung stehen.

Ein Behandlungssetting, das es in Österreich im Vergleich zu Deutschland bis zum jetzigen Zeitpunkt überhaupt nicht gibt, ist die Rehabilitation für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche. PatientInnen mit kinder- und jugendpsychiatrischen Indikationen würden gleichermaßen wie Erwachsene von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren. Allen voran PatientInnen mit Essstörungen, wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, PatientInnen mit schweren Verläufen bei Angst- und Zwangserkrankungen, PatientInnen mit schizophrenen Residualzuständen, PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen, selbstverletzendem Verhalten, Bindungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens oder Suchterkrankungen. Von Seiten der österreichischen Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde immer eingemahnt, dass es auch für psychisch kranke Kinder und Jugendliche Rehabilitationsangebote geben muss. Mittlerweile wurden nach einer internationalen Ausschreibung Rehabilitationszentren in Österreich vergeben, doch leider sind die von der Kinder- und Jugendpsychiatrie geforderten Qualitätskriterien bei diesen geplanten Einrichtungen nicht gegeben.

Eine der Forderungen handelt davon, dass kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitationsmaßnahmen rund um Ballungsräume situiert sind, damit der Kontakt zum Heimatort während der Behandlung gegeben ist. Weiters ist es nicht sinnvoll, kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitationsangebote, wie derzeit geplant, in Einrichtungen mit körperlich

kranken Kindern unterzubringen. Dies wird nicht den gewünschten Erfolg erbringen. Man wird dabei weder den Bedürfnissen der psychisch kranken Kinder, noch den Bedürfnissen der körperlich kranken Kinder gerecht. Genau diese Tatsache war der entscheidende Grund, dass das Additivfach »Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters« sich als nicht mehr zeitgemäß herausstellte und aufgegeben wurde. Neurologisch erkrankte PatientInnen auf derselben Abteilung wie psychisch kranke PatientInnen zu behandeln ist fachlich nicht sinnvoll. Es stellt auch eine Überforderung für das dort tätige Personal dar. Neurologie und Psychiatrie sind zwei für sich so komplexe Fächer, dass es unwahrscheinlich ist, in beiden Fächern das geforderte Ausbildungsniveau und die notwendige Expertise zu haben. Pädiatrische, unfallchirurgische oder orthopädische Rehabilitationsmaßnahmen verlangen vollkommen andere Rahmenbedingungen als die Rehabilitation bei psychiatrischen Fragestellungen. Eine Trennung, wie sie in der Rehabilitation der Erwachsenen üblich ist, wäre auch bei Kindern und Jugendlichen angezeigt.

Schon lange gibt es auf internationaler Ebene gesichertes Wissen über die Häufigkeit von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen. Lehrbücher und Fachliteratur sprechen von 15 bis 20% an psychischen Erkrankungen im Lebensalter Null bis 20 Jahre. 8 bis 14% der Kinder und Jugendlichen zeigen eine deutliche behandlungsbedürftige Einschränkung, sodass unmittelbar mit Diagnostik und Therapie begonnen werden muss. Auf Österreich umgelegt zeigen diese Ergebnisse aus internationalen Studien, dass zumindest 170.000 der ca. 1,7 Millionen österreichischen Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren deutlich psychisch erkrankt sind, sodass sie eine unmittelbare Diagnostik und Behandlung bräuchten. Obwohl die Mehrzahl der Betroffenen eine Behandlung wünscht, erhalten nur 36.000 dieser PatientInnen auch eine medizinische und/oder therapeutische Versorgung.

Bis dato standen keine entsprechenden Daten für Österreich bezüglich der Kinder- und Jugendbevölkerung zur Verfügung, man wusste aber aus internationalen Daten, dass auch hier die Angststörungen mit ca. 13% die häufigsten Erkrankungen

im Kindes- und Jugendalter sein werden. Gefolgt von den somatoformen Störungen mit 9%, den Störungen des Sozialverhaltens mit 8%, den Traumafolgestörungen mit 6%, den Depressionen mit ca. 5%, den Entwicklungsstörungen mit 5%, den Suchterkrankungen mit 3%, ADHS mit 2%, Zwangserkrankungen 2%, Essstörungen mit 1% und Schizophrenie und Autismus mit ca. 0,1 bis 3% Lebenszeitprävalent im Alter von Null bis 20.

In der »Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)« – Studie² (2017) der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien in Kooperation mit dem Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research wurde erstmals die Häufigkeit, Ursachen und Entstehung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich untersucht. In dieser repräsentativen Studie wurden 3.615 Jugendliche im Alter von zehn bis 18 Jahren befragt und die Ergebnisse zeigen, dass 37,95% der Buben und 34,41% der Mädchen angeben, bis dato an einer psychischen Problematik gelitten zu haben. Der größte Prozentsatz betraf bei den Buben die Entwicklungsstörung mit 15,41%, gefolgt von den Angststörungen mit 9,52% und den Störungen des Sozialverhaltens mit 7,44%. Bei den Mädchen waren die Störungen des Sozialverhaltens und die Entwicklungsstörungen deutlich geringer. Jedoch punkteten die Angststörungen mit 19,53% und die depressiven Erkrankungen mit 5,84%. Die MHAT-Studie zeigte erstmalig, dass viele Kinder und Jugendliche nicht nur unter einer Erkrankung litten, sondern aus einer Kombination von mehreren. Dies stellt eine zusätzliche Herausforderung an Therapie und Diagnostik dar.

Darüber hinaus zeigte sich, dass 63,4% der Entwicklungsstörungen, 41,7% der depressiven PatientInnen und 44,4% PatientInnen mit Ausscheidungsstörungen schon einmal in Behandlung standen. Bei den suizidalen PatientInnen hingegen befanden sich nur 16,7% in Behandlung und bei den PatientInnen

² <http://bihpr.lbg.ac.at.w8.netz-werk.com/de/mhat-studie-mental-health-austrian-teenagers>

mit nicht suizidalem selbstverletzenden Verhalten nur 10%. Die Hälfte der PatientInnen in der Studie gab an, sich eine entsprechende Therapie zu wünschen, doch fanden nur wenige von ihnen auch den Weg zur adäquaten Therapie. Oft spielen ökonomische Bedingungen eine Rolle, da z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und Psychotherapie auf Kassenkosten nur sehr selten angeboten werden und Selbstbehaltlösungen für viele Familien keine finanzierbaren sind.

Zu wenig bekannt ist auch die Tatsache, wie viele Jugendliche an psychischen Erkrankungen versterben. Im Jahr 2013 rangiert nach den Transportunfällen mit 31, der Suizid mit 28 Jugendlichen an zweiter Stelle der Todesursachenstatistik. In den Bereichen Unfallhäufigkeit, Suizid und Drogentote gibt es das Wissen, dass sich durch entsprechende Präventionsmaßnahmen und einen niederschweligen Zugang zu Therapien diese Zahlen drastisch verringern ließen. Im Kindes- und Jugendalter sind psychiatrische Krankheiten noch nicht so chronifiziert und zeigen ein sehr gutes Ansprechen sowohl auf medikamentöse als auch auf nicht medikamentöse Therapieverfahren. Leider besteht für Kinder und Jugendliche kaum die Möglichkeit, sich selbstständig Hilfe zu suchen. Sie sind von erwachsenen Bezugspersonen abhängig – ihren Eltern, ihren BetreuerInnen in Wohngemeinschaften, LehrerInnen, SchulpsychologInnen, SchulärztInnen, etc. Deshalb ist es so wichtig, dass diese Personen um die therapeutischen Möglichkeiten Bescheid wissen und ausreichend kassenfinanzierte Behandlungsplätze für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, klinische Psychologie, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie zur Verfügung stehen. Nur diese Therapien können verhindern, dass Erkrankungen langfristig bestehen bleiben und Kinder eine Einschränkung oder Behinderung in ihrer Entwicklung erfahren. Mit den geeigneten Maßnahmen, die im Kindesalter durchaus fokussiert sein können, kann sehr viel Leid hintangehalten werden.

Ein ganz spezieller Bereich in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Erkrankungen polarisiert die Gesellschaft: Der Bereich

der psychopharmakologischen Therapie. Sowohl in der Medienberichterstattung als auch in der Politik ist zu beobachten wie kontroversiell der Einsatz von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter diskutiert wird. Hier helfen Informationen zur Behandlungsmaxime der Kinder- und JugendpsychiaterInnen in Österreich. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie greift man immer auf bewährte Medikamente zurück, bei denen es langjährige Erfahrungen in der Erwachsenenmedizin und gute wissenschaftliche Belege in der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachliteratur gibt. Dies ist umso wichtiger, da viele Hersteller von Psychopharmaka niemals einen Antrag für den Einsatz des Medikamentes in der Altersgruppe der unter 18-Jährigen stellten. Grund dafür sind zumeist fehlende Gewinnerwartungen in dieser Altersgruppe. Daher gibt es in vielen Packungshinweisen den Vermerk: »kein Einsatz bei unter 18-Jährigen«. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass diese Medikamente bei Minderjährigen nicht eingesetzt werden dürfen, sondern lediglich, dass die Hersteller niemals einen entsprechenden Antrag gestellt haben. Für Kinder- und JugendpsychiaterInnen ist es sogar ein ärztlicher Kunstfehler, Kindern und Jugendlichen diese Behandlung vorzuenthalten, wenn sie angezeigt ist. Nach einer sorgfältigen Anamneseerhebung, der Durchführung eines psychopathologischen Status, dem Einholen von Zusatzbefunden – häufig aus dem Bereich der klinischen Psychologie – wird eine fundierte Diagnose gestellt, um danach die beste Form der Therapie für die PatientIn zu finden. Generell muss das Beschwerdebild sehr hoch sein, dass neben Therapien, wie zum Beispiel Psychotherapie und Ergotherapie, auch ein Medikament zum Einsatz kommt. Es braucht die Schwere der Symptomatik und die Begleitbehandlung durch eine nicht-medikamentöse Therapie und/oder Intervention, wie zum Beispiel Psychotherapie oder Erziehungsberatung, wenn mit einer Psychopharmakatherapie begonnen wird. Leider sind diese nicht-medikamentösen Therapien um vieles schwerer als Kassenleistung zu realisieren als Medikamente.

Generell herrscht in Österreich ein sehr reflektierter Umgang mit Psychopharmaka bei den Kinder- und

JugendpsychiaterInnen, die mit diesen Erkrankungsbildern vertraut sind. Nach Frankreich dürfte Österreich europaweit das Land mit dem niedrigsten Psychopharmakaeinsatz bei Minderjährigen sein. Leider fehlen aber in Österreich valide Daten zum Einsatz von Psychopharmaka in dieser Altersgruppe.

Es gab in den Vorjahren mehrere parlamentarische Anfragen an die jeweiligen GesundheitsministerInnen zur Psychopharmakaverordnung bei Minderjährigen. Die vom Hauptverband gelieferten Zahlen wurden von den Medien kolportiert und interpretiert. Auffällig bei diesen Zahlen war, dass in der Altersgruppe der null- bis fünf-Jährigen mehr Psychopharmaka zum Einsatz kamen als bei den fünf bis zehn Jährigen, was aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht erklärbar war. Wir konnten uns zum Beispiel nicht erklären, bei welchen Diagnosen Neuroleptika und Antidepressiva bei unter 5-jährigen eingesetzt werden. Nach langjährigen Bemühungen konnte ein Fehler in dieser Datenerhebung bereinigt werden, da die über 100-Jährigen der Altersgruppe der null- bis fünf-Jährigen zugeordnet wurden. Man kann also davon ausgehen, dass in Österreich sehr wenige Kinder unter fünf Jahren psychopharmakologisch behandelt werden. Von Seiten der Kinder- und JugendpsychiaterInnen wäre es wichtig genau zu erfahren, bei welchen Diagnosen, welche Medikamente zum Einsatz kommen, wie alt die behandelten Kinder sind und von welchen ÄrztInnen (praktische ÄrztInnen, KinderärztInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder andere Fachrichtungen) Psychopharmaka an Minderjährige verordnet werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es in den letzten zehn Jahren einige Verbesserungen in der Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen gegeben hat. Das Bewusstsein über die Schwere dieser Erkrankungen ist gewachsen und Behandlungsoptionen wurden ausgebaut. Beispielsweise durch niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Dennoch haben wir noch ein großes Stück des Weges vor uns. Ein Weg, den es sich zu gehen lohnt, da jeder Cent investiert in die Kinder- und Jugendgesundheit verhindert, dass für chronifizierte Zustandsbilder in der Erwachsenenmedizin ein Zehnfaches ausgegeben werden muss. Wir wünschen uns für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen SpezialistInnen, die sie psychotherapeutisch, ergotherapeutisch, klinisch psychologisch und psychiatrisch behandeln und dass ihnen dafür ein niederschwelliger von den Kassen finanzierter Zugang zu etablierten Behandlungsmethoden in Österreich zur Verfügung steht.

Florian Prommegger, MSc

Wissenschaftlicher Mitarbeiter,
RED NOSES Clowndoctors International

The influence of laughter and humour on mental health and well-being of children and youth

Die Auswirkung von Lachen und Humor auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen

Für die meisten Menschen ist Humor und Lachen ein wesentlicher Bestandteil ihres täglichen Lebens. Humor ist überall zu finden: in einer Zeitungsskizze, Spaß mit den KollegInnen während der Mittagspause, eine Komödie im Abendprogramm – er hat wichtige soziale, kognitive und emotionale Funktionen und stellt eine zentrale menschliche Fähigkeit dar.

Wenn Sie den gesamten Artikel gerne auf Deutsch lesen wollen, haben Sie die Möglichkeit zum Download auf unserer Kinderliga Website »www.kinderjugendgesundheit.at« unter Publikationen. Wir freuen uns auf Ihren Besuch auf unserer Homepage.

For most people humour and laughter is an essential part of their daily lives. Humour can be found everywhere: A caricature in the morning newspaper, a good laugh with a working colleague during lunch break, the comedy we watch before going to sleep – it has important social, cognitive and emotional functions and is a central human condition¹. A good sense of humour is also socially desirable and an important personality trait – it serves us well in our daily interactions and it is usually one of the highest rated traits when it comes to what we look for in romantic partners. Likewise, the universal language of laughter is also a social-cultural phenomenon, overriding cultural boundaries because it sustains social harmony and stability.

After a long history of psychological research on humour and the association between humour and mental health, research in this field gained stronger momentum with the emergence of Positive Psychology in the 1990². The body of research about

humour and the influence of laughter and humour on mental health, development and well-being of children and youth is continually growing since then. The creation of research institutions, like the ISHS (International Society for Humor Studies) and scientific journals, like »HUMOR – International Journal of Humor Research«, are supporting this endeavour. However, it has to be said, that humour studies have received only minor attention in mainstream psychology compared to other fields of research.

Even though Elwyn Brooks White and Katharina White³ warned us that analysing humour is like dissecting a frog - you learn a lot about it, but you end up with a dead frog - this article provides an overview of (a) theoretical conceptualizations of humour, (b) the current state of research regarding the influence of humour on mental health and well-being of children and youth, and (c) the application of humour in different healthcare and educational contexts. It claims that humour and laughter have a beneficial influence on mental health and well-being of children and youth, but it is complex. The complexity is largely due to the multidimensionality of humour, different cognitive, emotional, and interpersonal functions of humour, and various direct and indirect associations to mental health and well-being. This is why it is important to utilize the benefits of humour in a sensitive and context-specific way to empower and encourage children and youth.

Humour and Laughter: A theoretical approach

A major problem of psychological research on the nature of humour is that there is no single accepted definition of humour in the scholarly community. Likewise, there are different general humour theories and no consensus exists about the origins of humour, what it is and which functions it may serve. In a recent review the authors claimed that there are over 100 theories about humour, but based on their shared assumptions they can be grouped in three categories⁴.

¹ Martin, R. A. (2007). The Psychology of Humor: An integrative Approach. Elsevier

² Foot, H., & McCreaddie, M. (2006). The Handbook of Communication Skills. London: Routledge.

³ White, B.E., & White, K.S. (1941). A Subtreasury of American Humor.

⁴ Dionigi, A. (2012). Humour theories. In P. Gremigni, Humor and

The relief (or sometimes also called psychoanalytical) theory of humour is based on the idea that humour, in particular laughter, helps to physiologically release tensions. This theory was initially based on the historical understanding of a mechanical nervous system in the 18th century medical world and it was further developed by the psychoanalytical writings of Sigmund Freud and Jacques Lacan. In their understanding humour and laughing is a relief habit that helps to overcome inhibitions in social situations, reveals suppressed personal desires or subverts societal rules and limitations. The basic assumption of the superiority and disparagement theory is the observation that people laugh about the misfortune, humiliation and suffering of others. Therefore, a lot of classical writers like Plato, Aristotle and Hobbes described humour and laughter as expression of aggression and superiority, because it represents the triumph over an enemy or an object.⁵ The incongruity theory and expanded incongruity-resolution theory ⁶ is focusing on the human enjoyment of surprise and absurdity. People enjoy things that clash with their expectations, for instance when the punchline of a joke is out of structure or alludes to a general mismatch of expectations and relations. Interindividual differences are believed to be more due to humour comprehension differences than differences in humour appreciation.

To summarize, the main difference between the mentioned humour theories is their focus on the structure of humour content versus the importance of social context. Relief and superiority theory are important historical approaches to discern the origins and functions of humour. Because of their focus on the content of humour they are not so important anymore but created an interest in humour in the first half of the 20th century. The central elements of the incongruence-resolution theory are the cognitive elements of surprise, absurdity and

nonsense. In the last decade, the incongruity-resolution theory has become the leading humour theory for many experts in the field.

Associations between humour, (mental) health and well-being

Most of the empirical literature about the influence of humour on health focuses on physical health and the healing process. Paul McGhee summarized that different empirical studies support that humour strengthens the immune system, lowers blood pressure, triggers muscle relaxation, reduces stress-related hormones, helps to manage both asthma and diabetes, and reduces some allergic responses⁷.

The state of the art in psychological research about the influence of humour on various aspects of mental health and well-being is investigated by a smaller and discrete body of research. One way to study the association of humour and emotional well-being is based on the positive emotion of mirth, which is elicited through humour and laughter. In a series of laboratory studies researchers were able to positively correlate increased positive mood with self-reported cheerfulness and mirth. This means that smiling and laughing, naturally or even artificially introduced, creates amusement and mirth and accordingly benefits mental health.⁸ Likewise, there is strong evidence that humour and laughter reduces negative emotional states, such as depression, anxiety, and emotional distress. Different reviews found further evidence that psychological states of anxiety, aggression, depression and stress are better managed through humour and laughter. Humour is therefore contributing to mental health by improving the ability to regulate and manage emotions. In summary, there is strong evidence that positive mood is boosted and better managed by humour and laughter.⁹

Health Promotion, (pp 15-44) Nova Science Publishers.

⁵ Martin, R. A. (2007). The Psychology of Humor: An integrative Approach. Elsevier

⁶ Gremigni, P. (2012). Humor and Health Promotion. Nova Science Publishers

⁷ McGhee, P. (2010). Humor: The lighter path to resilience and health. Bloomington: Authorhouse.

⁸ Galloway, G. & Cropley, A. (1999). Benefits of humor for mental health: Empirical findings and directions for further research. Humor 12(3). 301-3014.

⁹ Gremigni, P. (2012). Humor and Health Promotion. Nova Science Publishers

A different approach to study the influence of humour is when humour is understood as a general ability to have a positive outlook about yourself, life and the world in general. The reason to study humour as a personality trait or from a temperament perspective is that humour might be conditioned by culture, but it is believed that the underlying foundation is more universal. For instance, in the »Values in Action Inventory«, one of the main psychological assessments that investigates personality profiles, sense of humour is an important individual character strength. However, correlational studies on the other hand found only weak or inconsistent evidence for mental benefits of it. Several authors link these inconsistent findings to the different ways of humour we use and which functions it serves us.¹⁰ Rod Martin and colleagues¹¹ distinguished four distinctive styles of humour, namely self-enhancing humour, aggressive humour, affiliative humour, and self-defeating humour. Affiliative and self-enhancing humour are positively correlated with increased self-esteem and decreased anxiety and depression symptoms. The different ways we use humour might therefore be related to different psychological health and well-being outcomes and can have adaptive as well as maladaptive consequences for mental health.

Theoretically, next to the described direct pathway by the ability to regulate negative emotions and enjoy positive emotions there are two further ways of association. Humour might also be associated with supporting mental health and well-being by increasing capabilities to cope with stress and other adversities or by supporting close and meaningful relationships with others. Based on the stress theory of Lazarus, the appraisal of stress is more important than stressful life events, because we cannot prevent hardship in life, but how we deal with it.

Humour is an effective coping strategy for adverse and stressful life experiences because it enables cognitive reframing and a shift in perspective. In this way the difficult life situation is experienced more manageable and less threatening. This indirect path is depicted in popular movies like »Life is Beautiful« and historical accounts by Viktor Frankl. Studies investigating coping strategies of prisoners of war mentioned that humour was regularly and strongly correlated with better psychological adjustment. The conclusion of the authors is that humour is supporting resilience through mastery of difficult life events and has beneficial influence on group cohesion. Another pathway between humour, mental health and emotional well-being is based on the assumption that humour can be used as a mean to support meaningful relationships. The proposed explanation is that humour is a social skill that secures social support and is initiating and maintaining social relationships that in turn are beneficial for mental health. General support for this assumption can be drawn from evolutionary psychology studies that rank humour very high in the mating preference¹² and epidemiological studies that show that married people are happier, live longer and healthier.

In conclusion, the way humour and mental health are connected is complex¹³. Cognitive, emotional, and interpersonal aspects of humour are all connected to mental health and emotional well-being outcomes. For instance, by joking with friends about a difficult situation at work, the perception of the situation can be altered, the emotional state of the person is lifted, and the relationship with friends is improved. Yet, different humour styles, the direct as well as indirect pathways between humour and mental health limit the research design options and

¹⁰ Dionigi, A., & Gremigni, P. (2012). The psychology of humour. In P. Gremigni, Humour and Health Promotion. (pp. 1- 15) Nova Science Publishers.

¹¹ Rod, M., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). »Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire«. *Journal of Research in Personality* 37 (1): 48–75.

¹² Kaufman, S.B., Kozbelt, M.L., Bromley, M.L., & Miller G.F. (2008). The role of creativity and humor in human mate selection. In G. Geher, & G. Miller (Eds.), *Mating intelligence: Sex, Relationships, and the Minds Reproduction System*. (p. 227 – 262), Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

¹³ Schneider, M., Voracek M., & Tran, U. (2018). »A joke a day keeps the doctor away?« Meta-analytical evidence of differential associations of habitual humor styles with mental health. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2018, 59, 289–300.

results might therefore be ambiguous¹⁴.

Application of humour in different healthcare and educational contexts

The number of experts interested in the use of humour in different healthcare and educational contexts is continually growing. Psychotherapists, psychologists, counsellors, trainers, nurses and teachers made very positive individual experiences by using humour in their respective fields.¹⁵ Lately, Healthcare Clowns became part of treatment plans in many hospitals to support children, families and staff.

Humour and laughter can be used in various ways by healthcare professionals. Most healthcare professionals use humour to improve their interpersonal communication. By increasing empathy and caring the relationship with patients can be improved and in turn the rapport of patients is improved. Additionally, humour can also be used as intervention or therapy itself. Up to now, there is little empirical support for this, nevertheless, initial findings are promising and some see great potential in it.

Studies have shown that a Healthcare Clown intervention in preoperative areas, during medical procedures and during hospitalization reduces children's anxiety, pain and stress which leads to a shortened hospitalization time and is thus cost-effective¹⁶. Furthermore well-being of young patients as well as relatives could be improved and Healthcare Clowns are also well-perceived by healthcare staff because their presence is creating a lighter hospital atmosphere¹⁷. Thus, the presence of Healthcare Clowns

in the healthcare context is highly desirable and recommended as it has positive effects for all parties involved.

Another beneficial application of humour might be in educational institutions. Teachers and trainers increase attention, immediacy and group cohesion of their students through a more relaxed environment. Through improved emotional intelligence and empathy, as well as more positive relationships with others especially shy students benefit. There are strong effects on the classroom environment and credibility of the instructor but mixed results about learning outcome. One conclusion for practitioners and educators is to focus on the positive side of humour and ensure that the use of humour is appropriate for the audience and is adapted to the age, cultural background and aspired aim of the group.

Conclusion

This paper summarized three major aspects that are important in order to assess the influence of laughter and humour on mental health and well-being of children and youth, namely the conceptualization of humour, the pathways between humour and mental health, and the application of humour in different healthcare and educational contexts.

Key functions of humour as well as strong links between humour and a broad range of improved mental health outcomes have been identified in the literature. There is scientific evidence that laughter and humour are benefitting children and youth in various ways. Cognitive, emotional and interpersonal aspects of humour are all connected to mental health and emotional well-being. Likewise, professionals in healthcare and pedagogical institutions made very positive experiences by using humour in their respective fields. Professionally trained artists became part of treatment plans as Healthcare Clowns to support children, families and staff. But the whole picture of the pathways between humour and mental health is becoming more complex the closer you study the details. The complexity is largely due to the multidimensionality and different functions of humour that in turn have influence on

¹⁴ McCreaddie, M., & Wiggins, S., (2007). The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review, *Journal of advanced nursing* 61(6): 584-95.

¹⁵ Banas, J. A., Dunbar, N., Rodriguez, D., & Liu, S. (2011). A Review of Humor in Educational Settings: Four Decades of Research, *Communication Education*, 60:1, 115-144.

¹⁶ Sridharan, K., & Sivaramakrishnan, G. (2016). Therapeutic clowns in paediatrics: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal Paediatrics*, 175, 1353-1560.

¹⁷ Barkmann, C., Siem, A., Wessolowski, N., Schulte-Markwort, M. (2013). Clownin' as a supportive measure in paediatrics – a survey of clowns, parents and nursing staff. *BMC Pediatrics*, 13, 166.

different psychological health and well-being outcomes. More systemic research is needed to summarize the existing studies about the beneficial influence of laughter and humour on mental health and well-being of children and youth. Because of the very demanding situation in the healthcare and educational context it is important to utilize the great potential of humour and laughter in a positive, sensitive and context-specific way to empower and encourage children and youth in need.

Interventionsfelder der Frühen Hilfen - Überlegungen und Erfahrungen aus der Praxis

Frühe Hilfen setzen dort an, wo Menschen rund um die Lebensereignisse »Schwangerschaft«, »Geburt« und in Folge »Leben mit Säugling/Kleinkind« Unterstützung brauchen. Diese Lebensphase erleben und bewältigen Frauen, Paare und Familien sehr unterschiedlich. Doch das Verbindende besteht im immanenten Auftrag des ankommenden Kindes: im Erwarten, Gebären, Versorgen, Pflegen, Fördern und Erziehen eines kleinen und von seinen Eltern bzw. primären Bezugspersonen abhängigen Kindes. Die Umsetzung dieser Aufgaben gelingt aus verschiedenen Gründen mehr oder weniger gut. Die Gründe reichen von der rechtlichen (z.B. Aufenthaltsstatus) und ökonomischen Familiensituation, über die körperliche und psychische Gesundheit bis hin zu Bindungs- und Kommunikationsstilen der beteiligten Personen. An dieser Stelle zeigt sich bereits sehr deutlich, dass hier gesundheitliche, soziale, ökonomische, bildungsbezogene, umweltbezogene sowie rechtliche Aspekte des Lebens stark ineinandergreifen. Infolgedessen sind Individuen als ganze Menschen in ihrer biopsychosozialen Bedingtheit betroffen und in den notwendigen Hilfestellungen können diese Bereiche kaum klar getrennt werden. Jedoch öffnet sich mit dem Erwarten eines Kindes ein Zeitfenster für die Annahme von Unterstützung durch soziale Netzwerke oder Fachleute und ist somit eine sehr chancenreiche Zeit für (Primär-) Prävention und Gesundheitsförderung.

Auch auf politischer Ebene wird dieser Phase zunehmend eine große Bedeutung für einen gesunden Start ins Leben zugesprochen und sie wird als Grundlage für lebenslange Gesundheit angesehen. Dies zeigt sich beispielsweise in den Zielen der Kindergesundheitsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit: »Die salutogenen Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ausschöpfen« ist eines der Hauptziele der Gesundheitsförderung¹. Mittlerweile haben auch die Bundesländer

mit ihren jeweiligen Gesundheitszielen den zentralen und vor allem zukunftsweisenden Stellenwert erkannt. So lautet z.B. das Gesundheitsziel 1 der Wiener Gesundheitsziele »Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen«.²

In der Ausformulierung der Wirkungsziele und Maßnahmenvorschläge sind die »Frühen Hilfen« in Bezug auf die Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit von Schwangeren, insbesondere der integrierten Früherkennung und Unterstützung bei psychosozialen Belastungen von Müttern/Schwangeren, explizit angeführt. Die Umsetzung dieser Maßnahmen konnte bereits in ersten Pilotprojekten in fünf Bundesländern durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger gemeinsam mit der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit realisiert werden. Österreichweit werden diese maßgeblich aus Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur über die Gebietskrankenkassen finanziert und zeigen, dass Frühe Hilfen als eine wichtige präventive sowie gesundheitsfördernde Initiative betrachtet werden. Mancherorts haben auch Sozialabteilungen erkannt, dass Frühe Hilfen spätere Interventionen und damit Kosten minimieren, und beteiligen sich im besten Sinne eines Gesundheit-in-allen-Politikfeldern-Prozesses an der Umsetzung. Als Best-Practice-Modell wäre hier das »Netzwerk Familie«³ in Vorarlberg anzuführen.

Außerdem werden im Bildungsbereich bereits vielfach spezifische und zielgruppenfokussierte, sowie berufsübergreifende und netzwerkorientierte Interventionen in Ausbildungscurricula integriert⁴. Dies lässt erwarten, dass zukünftige Hebammen, SozialarbeiterInnen, FrühförderInnen, PsychologInnen, ElementarpädagogInnen und andere Ge-

¹ Präziser wird mit den Zielen 3 »Bei Schwangerschaft und Geburt die Basis für einen guten Start legen« und 4 »In der frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen« der Kindergesundheitsstrategie (Kindergesundheitsstrategie, Bundesministerium für Gesundheit, 2011) genau diese Phase in den Fokus genommen.

Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§20 und 20a SGB vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010, S. 21

² Gesundheitsziele Wien 2025, Landessanitätsdirektion der Stadt Wien, MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, 2015, S. 55ff

³ www.netzwerk-familie.at

⁴ Zum Beispiel an Fachhochschulen für Sozialarbeit, in der Hebammenausbildung oder im Universitätslehrgang Early Care Counselling

sundheitsberufe bereits mit einer entsprechenden Ausrichtung auf eine rasche und gezielte Weitervermittlung und strukturierte Vernetzung in ihre Berufe einsteigen. Somit kann die Angebotslandschaft für die Zielgruppe werdender Eltern und Familien mit Kleinkindern im Sinne verstärkter Bedarfsorientierung mitverändert werden.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)

Seit 2014 ist das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)⁵ an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) angesiedelt und hat in den letzten Jahren als rahmengebende Orientierungshilfe ein Grundmodell »Frühe Hilfen« erarbeitet.⁶ Darüber hinaus stehen Fact sheets und Leitfäden zur Verfügung und es wurde eine einheitliche, bereits mehrfach angebotene Weiterbildung für Familienbegleiterinnen⁷ und Netzwerkmanagement entwickelt.

Grundsätzlich richten sich die Angebote der Frühen Hilfe an alle Eltern mit Kindern, jedoch kann ein solch universelles Basisangebot derzeit nur mit dem Projekt »Gesunde Nachbarschaft – von klein auf«⁸ in der Marktgemeinde Frastanz in Vorarlberg umgesetzt werden. Ansonsten werden Frühe Hilfen bis jetzt ausschließlich als indiziertes Angebot für Familien in besonders belastenden Situationen realisiert. Konkret sind dies Schwangere und Familien, die mit relevanten, meist unspezifischen Belastungen konfrontiert sind und nicht durch andere helfende Einrichtungen oder Personen besser adressiert werden können. Passgenauigkeit ist hier das Stichwort: Damit ist eine treffsichere Vermittlung gemeint, die auch mit den Unterstützungsbedürfnissen der Familie und den Ressourcen des Teams kongruent ist. Nicht nur in der wechselseitigen Vermittlung, sondern auch als koordiniert kooperierendes multiinstitutionelles und damit multiprofessionelles

Unterstützungssystem kommt den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken tragende Bedeutung zu. Das Ziel ist immer Angebote zu setzen, durch eine speziell geschulte, in einem multiprofessionellen Team verankerte Fachkraft, die bedarfs- sowie bedürfnisorientiert vorgeht oder zumindest im Sinne der Weitervermittlung, die Suche nach der passenden Hilfe verkürzt um Doppelgleisigkeit zu vermeiden.

Frühe Hilfen sind das einzige Interventionsfeld in Österreich, das für die Netzwerktaetigkeit von vornherein einen eigenen, klar definierten Verantwortungsbereich (»Netzwerk-Management«) vorsieht. Vom NZFH wurde auch dafür ein eigener Leitfaden⁹ als Handlungsanleitung für den regionalen Strukturaufbau entwickelt und somit treffen sich alle wesentlichen KooperationspartnerInnen regelmäßig an Runden Tischen, bei gemeinsamen Fortbildungen oder besuchen einander gegenseitig in Teamsitzungen. Dabei wird im persönlichen Austausch das gemeinsame Wissen um die jeweiligen Angebote geschärft und Möglichkeiten herausgearbeitet, um den spezifischen Problematiken in denen sich Familien befinden rascher und effizienter begegnen zu können.

Passend dazu ist das Netzwerk motto des Projekts »Frühe Hilfen Wien« »Kooperation statt Konkurrenz«. Anfänglich stieß dies auf Skepsis und abwehrende »das machen wir eh schon längst« bis hin zu eher neidvollen »das sollen und wollen aber WIR anbieten« Haltungen. Mittlerweile sind das anfängliche Misstrauen und die große Neugier an den Frühen Hilfen einem aktiven gemeinsamen Tun gewichen. So konnten bereits manche Klärungsprozesse durchschritten werden, die genauere Abstimmungen bezüglich der angesprochenen Zielgruppen und konkrete Modalitäten der Weitervermittlung ermöglichten oder besonders herausfordernde Themen, wie dem freiwilligen Zugang oder sprach- und kultursensible Herangehensweisen im Kontext

⁵ www.fruehehilfen.at

⁶ Winkler, Petra; Weigl, Marion; Haas, Sabine. »Frühe Hilfen« in Österreich – Stand der Umsetzung und erste Ergebnisse. In Soziale Sicherheit, Oktober 2016 – siehe auch www.fruehehilfen.at

⁷ Derzeit sind nur Frauen in dieser Rolle tätig.

⁸ beschrieben auf www.netzwerk-familie.at

⁹ Haas, Sabine; Sagerschnig, Sophie; Weigl, Marion (2017). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien

Migration, weitergebracht haben.¹⁰

Antwort der Frühen Hilfen auf Belastungen

Der menschliche Organismus ist in einem ständigen Wechselspiel von Genom und Umwelt und muss sich daher laufend auf seinen Lebensraum einstellen. In diesem Zusammenhang stehen auch die Entstehung von Krankheiten, die Ausprägung von Gesundheit, Bindungsverhalten und selbst Intelligenz.¹¹ Dies hat große Relevanz dafür, dass bereits vorgeburtlich bestmögliche Rahmenbedingungen für ein umfassend gesundes Aufwachsen eines Kleinkindes herzustellen sind. Wie Forschungsergebnisse zeigen, können Trauma und gerade Stress während der Schwangerschaft anhaltende Folgen für das werdende Kind nach sich ziehen, die jahrzehntelang bestehen bleiben.¹² Ergebnisse wie diese weisen auch darauf hin, dass die Herstellung sozialer Sicherheit im Sinne von Verhältnisprävention, speziell für die Zielgruppe der Frühen Hilfen, sinnvollerweise Inhalt der übergeordneten strategischen Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention sein müssen. Nicht zuletzt damit in Zeiten knapper werdender finanzieller Ressourcen, die vorhandenen Mittel so wirksam und nachhaltig wie möglich eingesetzt werden.

Zu den häufigsten Belastungen der begleiteten Familien zählen unter anderem Unsicherheit, eine schlechte Wohnraumsituation sowie finanzielle Lage des Haushalts, das Nichtvorhandensein eines sozialen Netzwerks und eine beeinträchtigte psychosoziale Gesundheit der Bezugsperson. Diese dienen als Türöffner zu Beginn der Familienbegleitung, indem beispielsweise erste sozialarbeiterische Hilfestellungen bei administrativ-rechtlichen bzw.

organisatorischen und Alltagsüberforderungen geleistet werden.¹³ Erst durch die Reduktion von gesundheitlichen, ökonomischen und anderen psychosozialen Belastungen entsteht gleichzeitig die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung – Partizipation – an den verschiedenen fördernden Angeboten. Zusätzlich muss die erfahrene Unterstützung als positiv, verlässlich und vertrauensvoll eingestuft werden. In diesem Fall eröffnen Familien meist weitere tiefergehende Belastungs- und Problemfelder wie psychische Erkrankungen, Gewalterfahrungen oder eigene Gewalthandlungen am Kind. An dieser Stelle ganz besonders hilfreich ist neben der eigenen Kompetenz zur Krisenintervention auch eine gute Kenntnis der Versorgungs- und Unterstützungslandschaft. Kurze und bereits erprobte Kontaktwege zu zuständigen Behörden wie der Kinder- und Jugendhilfe, einer DolmetscherIn oder zu einer niedergelassenen PsychotherapeutIn mit Traumaforschung sind von Vorteil.

Wo beginnt die Freiwilligkeit, wo gleitet sie in die Verbindlichkeit und wo ver/endet sie im Zwangskontext?

Diese Frage beschäftigte die Teams der Familienbegleitung häufig und intensiv. Bereits die Art und Weise wie die Familien von den Fachleuten aus den geburtshilflichen Abteilungen, ärztlichen Praxen oder Beratungseinrichtungen über das Angebot der Familienbegleitung informiert werden, macht hier einen großen Unterschied. Meist sind die Vermittlungen passgenau, aber die Freiwilligkeit ist oft ungeklärt. Es kann per Folder informiert und die Kontaktnahme der Familie selbst überlassen werden, es kann mit oder ohne Nachdruck weiterempfohlen werden, es kann direkt zugewiesen oder über die Familie hinweg Kontakt mit einem mehr oder weniger versteckten Gefährdungsabklärungsauftrag aufgenommen werden. Aus diesem Grund arbeitet

¹⁰ Stoppacher, Peter; Edler, Marina (2017): »Dran bleiben und sich immer wieder in Erinnerung bringen« - Netzwerke für eine erfolgreiche Zielgruppenarbeit. Endbericht der Begleitevaluation »Frühe Hilfen«. IFA Steiermark - Institut für Arbeitsmarktbetreuung und -Forschung, Graz.

¹¹ Bauer, Joachim. Das Gedächtnis des Körpers: wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Piper, München 2004

¹² Radtke, K.M. et al. Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. Translational Psychiatry (2011) Published online 19 July 2011

¹³ Schachner, Anna; Hesse, Nina; Rappauer, Anita; Stadler-Vida, Michael (2017): Umsetzung von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken in Österreich. Endbericht der summativen Evaluation. Berichtszeitraum: November 2015 bis März 2017. queraum. kultur- und sozialforschung, Wien

man mittlerweile mit dem Begriff Vermittlung statt Zuweisung. Dies betont das Einverständnis mehr als die Expertise. Des Weiteren muss jede Familie von Anfang an über den Rahmen der Freiwilligkeit und auch über die Meldepflicht der Familienbegleiterinnen informiert werden.

Freiwilligkeit bedeutet im Bereich der Frühen Hilfen in erster Linie echte Bedürfnisorientierung. Nur die Unterstützung, die Familien selbst als notwendig erachten wird auch angenommen, selbst wenn nach professioneller Einschätzung der Bedarf ein anderer wäre. Die Familienbegleiterin erhält durch die aufsuchende Herangehensweise Einblick in den häuslichen Alltag und kann bereits Gefahren für das Kindeswohl oder die Sicherheit eines Familienmitglieds wahrnehmen. Hier entsteht ein Dilemma zwischen dem für die Annahme und Wirksamkeit der Familienbegleitung essentiellen Vertrauensverhältnis und den möglichen oder notwendigen Konsequenzen aus den Beobachtungen, wie zum Beispiel einer Gefährdungsmeldung an die Kinder- und Jugendhilfe. Dafür gibt ein, gemeinsam mit dem NZFH entwickeltes Positionspapier zur »fallbezogenen Kooperation von Frühen Hilfen und Kinder- und Jugendhilfe in Fällen von Kindeswohlgefährdung« wertvolle Orientierungshilfe.

Frühe Hilfen als Utopie oder Modell der Zukunft – von sich selbst organisierenden Teams und geteilter Verantwortung, die auf Vertrauen basiert

Als in den Alpbacher Gesundheitsgesprächen 2017 das Spannungsfeld von Kompetenzen in Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens¹⁴ diskutiert wurde, haben vor allem die Aussagen von Jos de Blok, dem Gründer von Buurtzorg, aufhorchen lassen. In durchaus radikaler Weise hat er »humanity above bureaucracy« gefordert und somit bewährte hierarchische Arbeitsorganisationsstrukturen, die sich in klarer Aufgabenteilung zwischen Management und Operative bewegen, in Frage stellt. Vieles

in der organisatorischen Neuerfindung¹⁵, die mittlerweile nicht nur bei Buurtzorg Arbeitsalltag geworden ist, lässt oder ließe sich aus meiner Sicht auch in einer wirksamen und adäquaten Organisation der Frühen Hilfen wiederfinden. Einige Ideen seien hier unsystematisch aufgelistet:

- Unterstützungsbedürfnisse der Familie stehen im Mittelpunkt und sind handlungsleitend
- Motivation kann nicht von außen getrieben werden, sondern ergibt sich aus dem humanitären Sinn des Tuns
- Teams arbeiten selbstorganisierend und weitgehend autonom auf Grundlage einiger Ziele und Spielregeln
- Flexibilität in der Organisation dient dem optimalen Erreichen der Familien sowie der eigenen Arbeitszufriedenheit
- Herstellung von KlientInnenzufriedenheit ist ein wichtiges Ziel und wird bei Erreichen wiederum zum Motivator
- Vertrauen und Zuversicht (statt Kontrolle und Problemorientierung) sind grundlegende Haltungen, die sich sowohl in der Begegnung mit den begleiteten Familien, als auch in der Arbeitsstruktur wiederfinden müssen
- Generalismus statt einseitiges Spezialistentum bei hoher Grundqualifikation und gutem Zugang zu Weiterbildung
- Unkomplizierte und rasche Verfügbarkeit von Rücksprache und Unterstützung durch inhaltlich kompetente und entscheidungsbefugte Personen (Leitung, Supervision, Coaching)
- Große Bedeutung und Ressource von (auch informellen) Netzwerken
- Outcome ist wichtiger als das Einhalten von Prozessen
- Dokumentation, Teams und IT dienen der Sache, nicht umgekehrt

Teilweise werden solche organisationalen Neuausrichtungen bereits gelebt. In manchen Teams

¹⁴ Panel »Integrating health care structures in interdisciplinary teams«, 22.08.2017; www.alpbach.org

¹⁵ Laloux, Frederic; Kauschke Mike (Übersetzer). Reinventing Organizations: Ein Leitfaden zur Gestaltung sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit. 2015

können Familienbegleiterinnen Ausmaß, Frequenz und Dauer der Familienbegleitung, je nach Einschätzung der familiären Bedürfnislage, selbst bestimmen und dabei die Rückmeldung aus der Familie mit einbeziehen. Interventionshaltung bleibt dabei grundsätzlich die »Hilfe zur Selbsthilfe«. Das heißt, es wird im Sinne der Ressourcenaktivierung und des Empowerments so viel wie möglich der Familie selbst überlassen, viele Unterstützungen werden nur angebahnt, vorgeschlagen und weitervermittelt. Rückmeldung bekommen Familienbegleiterinnen durch das Team, in der Supervision und durch die Dokumentation, die einerseits den Verlauf der Begleitung inhaltlich festhält, andererseits auch statistische Auswertungen erlaubt.

Aus meiner Sicht liegt hier großes Potential für organisationale Veränderung, vor allem weil Frühe Hilfen ohnehin bereits einen inhaltlichen Paradigmenwechsel von der defizitorientierten Versorgung hin zu einer verschränkten, umfassenden, präventiven Gesundheitsförderung verkörpern und die dement-sprechende Neuorganisation ihrer Umsetzung nur folgerichtig wäre.

Besondere Interventionsfelder der Frühen Hilfen

Interventionen der Frühe Hilfen sind insofern bereits in vielerlei Hinsicht besonders, als sie nicht nur sehr flexibel, niederschwellig und aufsuchend, sondern auch verschränkt, vernetzt und verbindend agieren. Beispielsweise indem sie sowohl vor, als auch nach der Geburt ansetzen, sich an Schwangere, Eltern/teile, andere Bezugspersonen und an die Kinder selbst richten, sowohl den Setting-Ansatz als auch den individuellen Ansatz von Prävention verfolgen und immer in einem größeren Versorgungsnetzwerk eingebettet sind. Dennoch lassen sich einige spezifische Interventionsfelder benennen, die trotz der hohen Weiterentwicklungs- und Anpassungsfreudigkeit der Frühen Hilfen eine Herausforderung sind. Drei werden hier exemplarisch herausgegriffen.

Frühe Hilfen und Migration

In der Präambel des Factsheets »Frühe Hilfen und Migration« (2017)¹⁶ des Nationales Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) wird betont, dass sich Frühe-Hilfe-Netzwerke »grundsätzlich an alle Familien in belastenden Lebenssituationen richten und somit auch an Familien mit Migrationshintergrund, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus«. Bedarfs- und ressourcenorientierte Unterstützung kann hier beispielsweise durch Förderung der Einbindung in soziale Netzwerke, Organisation von Kinderbetreuung oder durch Vermittlung von Aus- oder Weiterbildungsmaßnahmen angeboten werden. Bereits an dieser Stelle können wichtige Impulse für eine weitere Integration gesetzt werden. Dabei darf man nicht vergessen, dass bei Familien mit Migrationshintergrund das Aufsuchen von Beratungseinrichtungen oft mit großer Angst verbunden ist und zusätzlich Sprachbarrieren sowie kulturelle Differenzen wirken. Zudem ist der Bedarf an administrativer und/oder organisatorischer Unterstützung im Vergleich zu österreichischen Familien deutlich höher. Dies mag aufgrund der häufig prekären Lebensumstände wie ein ungeklärter Aufenthaltsstatus oder eine fehlende Arbeitserlaubnis nicht verwundern, doch werden auch das Fehlen eines sozialen Netzwerkes und finanzielle sowie wohnraumbezogene Unsicherheiten als enorme Belastungsfaktoren genannt. Für diese Problemstellungen können auch die Frühen Hilfen oft keine befriedigenden Lösungen finden, aber gerade hier ist die Zusammenarbeit mit spezialisierten Einrichtungen wie den Wohn- oder Asylberatungseinrichtungen essentiell.

Um erstens Frühe Hilfen annehmbar zu machen und zweitens nachhaltige Integration nicht aus den Augen zu verlieren wird es notwendig sein, bestimmte Gruppen mit Migrationshintergrund genau zu definieren, deren jeweilige Migrationsgründe und -umstände sowie ihre aktuelle Lebenssituation fundiert zu analysieren und daraus abgeleitet passende Interventionsstrategien zu entwickeln.

¹⁶ <https://www.fruehehilfen.at/de/Service/Materialien/Artikel-Dokumente-Praesentationen/font-color1E90FFFact-Sheet-fontbrFruehe-Hilfen-und-Migration.htm>

Frühe Hilfen und Kinderschutz

Frühe Hilfen können gleichermaßen als eine Maßnahme zur Prävention von Kindeswohlgefährdung sowie als Maßnahme zur Gesundheitsförderung und Prävention in der (frühen) Kindheit definiert werden.¹⁷ Durch die aufsuchende Arbeit der Familienbegleitung und die interpersonelle Nähe zur Familie erhalten Familienbegleiterinnen immer wieder Einblick in potentielle Gefährdungssituationen. Die Entscheidung zur Gefährdungsmeldung ist keine leichte, gerade in Hinblick auf den erwartbaren Vertrauensverlust seitens der Familie und den wahrscheinlichen Abbruch der Begleitung. In einem solchen Fall darf ein klar dokumentiertes Prozedere, genauso wie eine konstruktive Kommunikation und Vernetzung mit allen relevanten Institutionen (Kinder- und Jugendhilfe, Spital, Kinderkrippe u.a.m.) nicht fehlen. Gemeinsame Fallbesprechungen, viele Telefonate und Besprechungen mit den jeweils Beteiligten sind zur Klärung und Sicherung des Kindeswohls notwendig. Als eine weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche Kinderschutzarbeit sei die Bewusstseinsbildung, insbesondere die Elternbildung im Sinne der Vermittlung gewaltfreier Kommunikations- und Erziehungsformen, zu nennen.

Gerade rund um das Thema Kinderschutz ergeben sich große Synergien mit den Konzepten der Frühen Hilfen. Nicht umsonst sind in Deutschland viele Kinderschutzzentren als umsetzende Einrichtungen aktiv, haben eigene bundesweite Fortbildungstreffen und können im Arbeitsfeld »Frühe Hilfen« große Fachkompetenz in Kinderschutzfragen einbringen¹⁸.

Frühe Hilfen und Förderung der psychischen Gesundheit¹⁹

Gerade psychische Erkrankungen wie die Postpartale

Depression unterliegen einer hohen gesellschaftlichen Stigmatisierung, werden oft von den Betroffenen selbst nicht als solche erkannt und bleiben daher lange undiagnostiziert und unbehandelt. Falsche oder fehlende Informationen, beispielsweise in Bezug auf die psychopharmakologische Behandlung während Schwangerschaft und Stillen, behindern oft zusätzlich die Inanspruchnahme adäquater Behandlung. Zudem braucht es gerade während der Schwangerschaft und der ersten Zeit mit dem Neugeborenen Fachleute mit spezifischer Kenntnis rund um diese Thematik. Die Erfahrungen in der Familienbegleitung zeigen, dass durch die aufsuchende Begleitung und die spezifische Schulung der Durchführenden eine psychische Erkrankung früher erkannt und in Folge leichter eine entsprechende Behandlung gefunden werden kann. Dies ist gerade in Hinblick auf Folgeprobleme für das Kind, wie die Entwicklung von Bindungsstörungen, enorm wichtig. Es braucht meist ein ineinandergreifendes Beratungs- und Behandlungsangebot, das gut koordiniert und transparent zusammenarbeitet. Angebote aus dem Bereich der Perinatal Psychiatrie reichen von fachärztlicher Behandlung, psychologischer Diagnostik und Beratung, Psychotherapie bis hin zu sozialarbeiterischer Beratung. Aber auch das individuelle soziale Netzwerk der Familie (Herkunftsfamilien, Freundeskreis) muss unbedingt mitbedacht werden. So können beispielsweise Personen identifiziert werden, die alltagsunterstützend mitwirken und somit zur Entlastung beitragen. Zusätzlich wird der Austausch mit anderen betroffenen Müttern als entlastend, entstigmatisierend und hilfreich erlebt (»es geht auch anderen so ...«). In Wien hat sich z.B. die Implementierung des Gruppenangebotes für Mütter mit psychischen Erkrankungen und ihre Kleinkinder mit dem Titel »Mutterseelen...gemeinsam« mehr als bewährt.

Resümee

Innerhalb der letzten zehn Jahre haben viele wichtige Personen aus verschiedenen Politikfeldern, angetrieben durch Forderungen der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, erkannt, dass Frühe Hilfen nicht nur wirken, sondern auch

¹⁷ www.fruehehilfen.at/de/Service/Materialien/Artikel-Dokumente-Prasentationen/446713db2d7cbac104696fcf2d1bcfeb.htm

¹⁸ www.kinderschutz-zentren.org/fruehe-hilfen

¹⁹ www.fruehehilfen.at/de/Service/Materialien/Publikationen/Fruehe-HilfenbrZahlen-Daten-und-Fakten-zu-den-begleiteten-Familien-brspan-stylefont-size-16pxFRUE-DOK-Jahresbericht-2017.htm

praxisrelevante, zukunftsorientierte und beim Menschen ankommende Interventionen bietet.²⁰ Somit hat Österreich begonnen diesen präventiven Versorgungsbereich auszubauen. Wie kaum ein anderes Interventionsfeld schaffen es »Frühe Hilfen« eine umfassende, flexible, wohnortnahe, vernetzte, präventive, berufsgruppen- und ressortübergreifende Gesundheitsförderung umzusetzen und folglich Chancengleichheit für alle herzustellen. Damit provozieren Frühe Hilfen auch herkömmliche Interventionsstrukturen und verlangen Haltung im Sinne eines Ernstnehmens der WHO-Gesundheitsdefinition²¹. Frühe Hilfen können am überzeugendsten umgesetzt werden, wenn sie in ihrer organisationalen Form dieselbe Haltung leben wie in der Begleitung der Familien selbst. Das heißt auf Vertrauen, klare und verlässliche Abmachungen und Zuversicht aufbauen. Darüber hinaus verlangen Frühe Hilfen bei aller Komplexität des Angebots einen niederschweligen Zugang zu Hilfen, die ankommen und wirken sowie ein tatkräftiges politisches Bekenntnis zur praktischen Umsetzung des Gesundheit-in-allen-Politikfeldern-Prozesses.

Herausforderungen und Ausblick für die nächsten Jahre:

- Das elementare Bildungssystem, namentlich Kinderkrippeneinrichtungen, wird derzeit mit den Frühen Hilfen noch wenig systematisch erreicht, auch wenn in manchen Frühe-Hilfen-Teams, sowie bei »gutbegleitet Wien-West«, auch Kindergartenpädagoginnen arbeiten sowie Vertreterinnen dieser Einrichtungen zu Netzwerktreffen kommen.

²⁰ siehe Factsheet: Kosten-Nutzen von Frühe Hilfen, Gesundheit Österreich GmbH, und Juraszovich, Brigitte (2017): Zur Wirkung und Wirksamkeit von Frühen Hilfen – Darstellung von Kosten und Nutzen anhand exemplarischer Fallvignetten. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

²¹ Auch wenn Sie es sicher auswendig können: »Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.« WHO 1948

- Die Weiterentwicklung eines kundenInnenbezogenen Dokumentationssystems, das sowohl die gelebte Praxis »Früher Hilfen« aufwandsschonend abbildet, als auch datenschutzrechtlichen, arbeitsrechtlichen und statistischen Anforderungen gerecht wird und die erbrachten Unterstützungsleistungen der verschiedenen Projekte und Regionen vergleichbar macht.

- Klare Kooperationsstrukturen und -vereinbarungen sollen in den regionalen Netzwerken zwischen allen relevanten teilnehmenden Organisationen entwickelt, vereinbart und verbindlich beschlossen werden, damit die Nachhaltigkeit der Kooperationen gesichert wird.

- Trägerorganisationen sollten den Mut entwickeln ihre Strukturen auf Vertrauen statt Kontrolle, Selbstorganisation statt Ablaufprozessen und administrative Unterstützung statt hierarchischem Management aufzubauen.

- Verbindliche Qualitätssicherung sind trotz regionaler und trägerspezifischer Besonderheiten und Vielfalt in der Umsetzung weiterzuentwickeln. Eine wirkungsorientierte Umsetzung verlangt vom jeweiligen Träger die Gewährleistung von Arbeitsstrukturen, die den Familienbegleiterinnen größtmögliche professionelle Qualifikation im Einschätzen des Interventionsbedarfs und dann auch größtmöglichen Freiraum in der bedarfsgerechten Umsetzung ermöglichen. Die Entwicklungs- und Umsetzungs-Leitlinien des NZFH sollten regional angepasst, jedoch in vergleichbarer Qualität und Ernsthaftigkeit verwirklicht werden.

- Eine nachhaltige Finanzierung des bestehenden Angebots und die entsprechende Überführung in ein bedarfsorientiertes Regelangebot, sowie der Ausbau von Frühe Hilfen gemäß der nationalen Strategie in derzeit nicht versorgten Regionen, ist zu gewährleisten.



Beiträge institutioneller Mitglieder



Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

»Entwicklung - Fortschritt und Visionen - 20 Jahre BKKÖ«. Im Rahmen der Herbsttagung wurden Ehrenmitgliedschaften an zwei langjährige, engagierte Vorstandsmitglieder vergeben.

»Miteinander in der Pflege - im Zentrum steht die Familie«. Die Expertinnentage in Form einer bundesweiten Roadshow, waren der mobilen Kinderkrankenpflege gewidmet. Wir gratulieren auch dem Standort MOKI Salzburg, der neu gegründet wurde. Der BKKÖ hat in Zusammenarbeit mit dem GÖG/ÖBIG Qualifikationsprofile erstellt, die es am Ende der Ausbildung zu erreichen gilt. Stets mit dem Blickwinkel, Interesse der Kinder und Jugendlichen, als speziell zu versorgende Zielgruppe, zu argumentieren.

Spezialisierungen, nach dem generalistisch ausgerichteten FH Studium, sollen im Umfang von 30 und 60 ECTS angeboten werden.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Das liebevolle Erwarten und erste Begrüßen des Neugeborenen durch die Möglichkeit des Bondings und des Rooming-in trägt zum gesunden Lebensstart bei. Wir begegnen Eltern, die mit der Versorgung Ihres Kindes nicht zurechtkommen. Schreibabys können das Familienglück trüben und belasten, die Überforderung der Eltern kann bis zur Misshandlung gehen. Bindungsstörungen von Säuglingen und Kleinkindern zeigen oft erst Jahre später die Auswirkungen. Ängstliche Kinder, die nicht lernen sich in einer Gruppe zu behaupten, sich auszudrücken und zu sich selbst zu stehen laufen Gefahr, ausgegrenzt zu werden und emotional zu verarmen.

Hoher Leistungsdruck in der Schule, wenig gemeinsame Zeit in der Familie und Überforderung der Eltern führen häufig zum Rückzug in die virtuelle Welt. Berufsangehörige berichten über eine beobachtbare Zunahme an aggressiv-dissozialen Verhaltensweisen und Gewaltbereitschaft bei

Jugendlichen. Anhaltende Traumatisierungen und Belastungssituationen, derzeit besonders bei jungen Menschen mit Fluchterfahrung, sind besonders für Kinder und Jugendliche ein hoher gesundheitlicher Risikofaktor.

Jugendarbeitslosigkeit und fehlende Perspektiven im Bereich der Selbsterhaltungsfähigkeit können zu Depression, Alkoholkonsum oder Flucht in eine Abhängigkeitserkrankung führen.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

- Die Sicherstellung der Qualität der Pflege und Betreuung von Kindern und Jugendlichen durch Einsatz von entsprechend ausgebildetem Personal im gehobenen Dienst und bei den Pflegeassistentenberufen.
- Wir werden unermüdlich in Arbeitsgruppen zur Ausbildung vertreten sein, um unsere Expertise einzubringen.
- Eine Stellungnahme zur erwarteten Personalknappheit in der Kinder- und Jugendpflege soll durch Daten und Fakten Klarheit bringen und auf den befürchteten Versorgungsengpass hinweisen.
- In den Gruppen und Gremien werden wir präsent sein, unsere fachliche Kompetenz einbringen und bei Entscheidungen mitwirken.

Eva Mosar-Mischling · Deligierte

Der **Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich (BKKÖ)** setzt sich dafür ein, die pflegerische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien zu sichern, zu verbessern und auszubauen. Wir tragen zur Bewusstseinsbildung zur Förderung der Gesundheit bei und fordern die Wahrung der Rechte von Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus und in der extramuralen Gesundheitsversorgung.
www.kinderkrankenpflege.at



Berufsverband Österreichischer PsychologInnen

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Ein Schwerpunkt war die Erarbeitung einer Informationsbroschüre für Jugendliche. »Wenn die verWIR-Rung perfekt ist...« soll Jugendlichen verdeutlichen, dass jeder Mensch verschiedene Lebenssituationen durchlebt und dass dies völlig normal ist. Was Jugendliche selbst in solchen Situationen tun können und welche Hilfestellungen die Psychologie anbietet, wird in der Broschüre beschrieben.

Außerdem hat die AG Kinderwunsch einen Informationsflyer herausgegeben, der einen Überblick zum Thema und den damit in Zusammenhang stehenden Fragen bietet.

Des Weiteren setzte der BÖP mit Fortbildungen wichtige Impulse im Bereich der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. So fand eine Fachtagung zu Bindung und Trauma in den ersten Lebensjahren statt. Außerdem wurden Fachsektionsabende für Mitglieder zu verschiedensten Themen im Bereich der klinisch-psychologischen Diagnostik und Behandlung organisiert.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Ein elterliches Erziehungsverhalten mit einer geringen Ausprägung an emotionaler Wärme bzw. Feinfühligkeit oder einer hohen Ausprägung von überbehütendem bzw. kontrollierendem Verhalten stellt einen Risikofaktor für den Aufbau einer sicheren Bindung und für die seelische Gesundheit von Kindern dar. Überforderung von Eltern kann zu körperlichen und/oder seelischen Misshandlungen und in der Folge zu Traumatisierungen führen. Damit Familien einen Weg aus diesem Teufelskreis herausfinden, brauchen sie möglichst rasch geeignete Unterstützungsangebote. Präventiv ist die Vermittlung von entwicklungspsychologischem Wissen in Schulungen für Eltern wünschenswert. Darüber hinaus ist das Thema Armut in den letzten Jahren zu einem massiven Risiko für die seelische Gesundheit von Kindern geworden.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

In Österreich gibt es eine eklatante Unterversorgung psychisch erkrankter Kinder. Benötigte Anschlussbehandlungen an die klinisch-psychologische Diagnostik finden oft aufgrund der notwendigen Eigenfinanzierung nicht statt. Auch gibt es keine zeitnahen, kostenfreien Behandlungsangebote bei Entwicklungsproblemen von (Klein)Kindern und zu wenig kostenfreies Unterstützungsangebot für belastete Eltern. Deshalb fordert der BÖP die Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung in das kassenfinanzierte Versorgungssystem.

Mag.a Dr.in Petra Reutemann · Fachsektion KiJuFam

Mag.a Marion Ogris-Linder · Fachsektion KiJuFam

Der **Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP)** ist mit 5.400 Mitgliedern die größte Interessensvertretung für PsychologInnen in Österreich. Davon sind 1.975 ExpertInnen Mitglieder in der Fachsektion Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie, die damit die drittgrößte Fachgruppe innerhalb des PsychologInnenverbandes repräsentiert.
www.boep.or.at



Big Brothers Big Sisters Österreich - Mentoring für Kinder und Jugendliche

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

- Die Ausweitung und Vertiefung unseres Qualitäts-Programms auf neue Regionen: Klagenfurt und St. Pölten.
- Unser erstes Schulmentoring in Österreich
- »Big Tree« Lebenskompetenztraining für Kinder
- Die Begleitung von mehr als 200 Kindern und Jugendlichen

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

- Zu wenig Zeit und Aufmerksamkeit
- Geringe Achtsamkeit in der alltäglichen Beziehung
- Wenig emotionaler Austausch
- Fehlende Nähe und Sicherheit
- Wenige freudvolle und spielerische Erfahrungen
- Geringe Autonomie und Selbstwirksamkeitserfahrungen
- Abwertung der Person, fehlende Rückmeldung zur Leistungsfähigkeit eines Kindes
- Wenig Möglichkeit der Erfahrungen zu den eigenen Potentialen und Stärken
- Geringe Akzeptanz und Mitgefühl mit sich selbst und dem sozialen Umfeld
- Armut und zu geringer Wohnraum
- Chronische Disharmonie, »Streitfamilien«
- Beziehungspathologien in der Familie
- Trennung der Eltern vor oder kurz nach der Geburt
- Alleinerziehendes Elternteil
- Häufig wechselnde frühe Beziehungen
- Schlechter Kontakt zu Gleichaltrigen
- Sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
- Genetische Dispositionen zu Erkrankungen

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Neben dem Angebot des 1:1-Mentorings in der Oststeiermark, liegt der Fokus auf Mentoring für Volksschulkinder in Wien, welche unsere Präventionsausrichtung von Kindern in herausfordernden Lebenssituationen unterstützt. Zusätzlich bieten wir Kindern und Jugendlichen (6-17 Jahre) ein Lebenskompetenztraining (Big Tree) an, um ihnen einen erweiterten Handlungs- und Identitätsspielraum zu gewähren. Damit zielen wir auf unsere drei Wirkungsebenen: Gesundheit, Bildung und Integration, die unmittelbar zusammenfließen.

Mag. Oliver-David Wenninger · Geschäftsführender Vorstand

Big Brothers Big Sisters Österreich ist Teil des weltweit größten 1:1 Mentoring-Programms zur individuellen Förderung von Kindern/Jugendlichen im Alter von 6-17 Jahren. Ausgewählte, ehrenamtliche MentorInnen schenken jungen Menschen Zeit und helfen ihnen, ihre eigenen Stärken zu entdecken. Mädchen bekommen eine »Große Schwester«, Buben einen »Großen Bruder«. Die Teilnahme ist für Kinder und Jugendliche kostenfrei.
www.BigBrothers-BigSisters.at



Bundesverband Österreichischer Kinderschutzzentren

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

2017 war ein besonders erfolgreiches Jahr für uns. Wir haben unsere 1. Kinderschutztagung veranstaltet und uns dem Thema »Kontakt nach Gewalt« gewidmet. Dabei war unser Anliegen einerseits den KollegInnen in den Kinderschutzzentren aktuelles Wissen zur Verfügung zu stellen, aber auch, andere Berufsgruppen für dieses wichtige Thema zu sensibilisieren.

2017 fand auch unsere erste Kampagne statt. Wir waren mit Spots im Kino und auf den Infoscreens und mit Plakaten in den ÖBB-Zügen präsent. Ergänzt wurde die Kampagne in den sozialen Medien. Unser Arbeitsjahr haben wir mit einer Publikation abgeschlossen: »Auf hoher See« – ein Kinderbüchlein zum Thema häusliche Gewalt, das wir im Auftrag des Familienministeriums realisiert haben.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Ein Risiko für die seelische Gesundheit besteht u.a. dann, wenn

- Eltern schon früh die Signale ihres Kindes nicht richtig deuten oder nicht angemessen auf diese reagieren können und sie keine sichere Bindung zu ihren Bezugspersonen entwickeln können,
- Kinder zu früh »erwachsen« werden müssen, weil sie zu viel Verantwortung zB für ihre Bezugspersonen übernehmen (müssen),
- sie Zeugen von zum Teil heftigen Auseinandersetzungen ihrer Eltern sind,
- sie im Zuge einer strittigen Trennung der Eltern in einen massiven Loyalitätskonflikt geraten bzw. durch einen Elternteil manipuliert werden,
- das Verhalten der Eltern nicht einschätzbar ist und sie in ständiger Anspannung leben, was als nächstes passiert,
- sie durch ihre Bezugspersonen als Erziehungsmaßnahme oder durch Überforderung körperliche Gewalt erfahren,
- sie von Bezugspersonen oder anderen geängstigt, eingeschüchtert, ausgegrenzt, isoliert oder

- beschimpft und verspottet werden,
- sie physisch und psychisch vernachlässigt werden,
- sie sexuelle Übergriffe oder Missbrauch erfahren.

Wo geht die Reise 2018 hin?

Wir werden 2018 die Entwicklung unserer Kinderschutzleitlinie abschließen.

Wir bauen unser Fortbildungsangebot im Kinderschutz deutlich aus und kooperieren dabei mit unseren KollegInnen in Deutschland. Die Angebote selbst werden dann ab 2019 gesetzt.

Inhaltlich beschäftigen wir uns 2018 besonders mit sexuell übergriffigen und gewalttätigen Kindern und Jugendlichen.

Wir möchten mindestens eine Publikation realisieren und starten mit der Planung unserer 2. Kinderschutztagung, die wir von 14.-15. Mai 2020 veranstalten werden.

Martina Wolf · Geschäftsführerin

DIE ÖSTERREICHISCHEN KINDERSCHUTZZENTREN

stehen für nichtbehördliche Kinderschutzarbeit in Österreich. Wir engagieren uns für die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und Themen des Kinderschutzes. Wir entwickeln und sichern Qualitätsstandards in der Kinderschutzarbeit und wirken als Interessensvertretung in fachpolitischen Gremien bei kinderschutzrelevanten Themen.

www.oe-kinderschutzzentren.at



CONCORDIA Sozialprojekte Gemeinnützige Privatstiftung (Projekt LenZ Lern- und Familienzentrum)

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Nach dem erfolgreichen Aufbau unserer Angebote im Lern- und Familienzentrum LenZ im Jahr 2016 lag der Fokus im Jahr 2017 vor allem auf der Weiterentwicklung und Etablierung unserer Angebote für Kinder, Jugendliche und deren Familien. Neben den laufenden Tätigkeiten der kostenlosen Lernbetreuung, Elternberatung und -bildung, sowie Basisbildung für junge Geflüchtete, finden im LenZ nun auch regelmäßig »Community Actions« statt. Dazu zählen mittlerweile das Sprachencafé, der LenZ Chor und themenspezifische Workshops. Mit Hilfe der »Community Actions« soll Integration über Dialog und Austausch ermöglicht werden: in einer entspannten Atmosphäre begegnen sich Menschen unterschiedlichen Alters und Herkunft auf Augenhöhe. Zudem waren wir im letzten Jahr bemüht, den Jugendlichen der Basisbildung Praktika und Volontariate zu vermitteln, damit sie ihre Zeit während des Asylverfahrens bestmöglich und sinnvoll nutzen können.

Weitere Highlights und Ereignisse im Jahr 2017: »Energy for life« ball, Kinotag, Sommerprogramm/English School, Ausflüge nach Schönbrunn, Malworkshop-Ausstellung, Fotoworkshop Perspektivenwechsel.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

- Traumatisierende Fluchterfahrungen: viele unserer betreuten Kinder und Jugendlichen haben negative Erlebnisse und Erfahrungen in der Heimat und/oder auf der Flucht, sowie Verlust und Trennung von Familie zu verarbeiten. Für die Verarbeitung dieser Erfahrungen benötigen sie Zeit und vor allem Sicherheit, die sie aufgrund der oft jahrelangen Ungewissheit im Asylverfahren nicht haben,
- Gewalt in der Familie: In einigen Familien spielt Gewalt u.a. aufgrund kultureller und sozialer Faktoren eine große Rolle. Dies spiegelt sich sowohl in der Alltagskommunikation als auch in

handgreiflichen Handlungen wider,

- Exklusion in der Schule oder im Alltag aufgrund von Herkunft, religiöser und kultureller Zugehörigkeit,
- Armut und unzureichende Versorgung durch die Familie.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Im nächsten Jahr will das CONCORDIA LenZ die Angebote für Jugendliche im Bereich Jobvermittlung (in Form von Volontariaten & Praktika, wenn aufgrund des Asylstatus nicht anders möglich) weiter ausbauen. Im Jahr 2018 werden neue Angebote für die Mütter der Familien ins Leben gerufen, um einerseits ihre Deutschkenntnisse zu verbessern und sie andererseits in ihren individuellen Fähigkeiten zu stärken. Gemeinschaftsfördernde Aktivitäten wie der LenZ Chor werden auch im nächsten Jahr einen wichtigen Platz im LenZ einnehmen.

DSAin Sonja Hamburger · Leitung Lern- und Familienzentrum LenZ

CONCORDIA Sozialprojekte Gemeinnützige Privatstiftung möchte Kindern ein glückliches Aufwachsen und ein selbstständiges Leben ermöglichen. Wir geben ein sicheres Zuhause und eröffnen Zukunftschancen durch Ausbildung. Wir unterstützen Familien; in akuten Krisen bieten wir Kindern ein sicheres Zuhause in unseren Einrichtungen.
www.concordia.or.at



Contrast - Frühförderung für blinde, sehbehinderte und mehrfachbehindert-sehgeschädigte Kinder

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Im Jahr 2017 war es uns ein besonderes Anliegen, unser Angebot weiter zu professionalisieren. In mehreren Bereichen konnte eine Zusammenarbeit mit erfahrenen Fachleuten begonnen oder vertieft werden: Es wurde die Ausbildung »Low Vision in der Frühförderung« ins Leben gerufen. In Zusammenarbeit mit der TU Wien entstand ein Forschungsprojekt zum Thema »Möglichkeiten visueller, sensorischer und kognitiver Förderung mittels neuer Materialien« und es fand ein Erfahrungsaustausch mit österreichischen, deutschen und niederländischen NeuropsychologInnen statt.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

»Die Kindheit« wird seit Generationen rückblickend als »schwer« und gleichzeitig als die »schönste Zeit des Lebens« beschrieben – nicht selten von der gleichen Person. Mit dem Wissen, dass Kinder ihre Lebensumstände ihrer Entwicklung entsprechend interpretieren, müssen wir diese Phase sehr sensibel begleiten.

Neben psychosozialen und emotionalen Entwicklungsrisiken verstärkt sich der Druck schon auf die Jüngsten, in jedem Bereich leistungsfähig zu sein. Es scheint als ob es schwieriger wird, seinen Platz in der Gesellschaft zu finden, was für die seelische Gesundheit und Zufriedenheit des Einzelnen grundlegend ist. Schon kleine Abweichungen in der Leistungsfähigkeit durch Schwierigkeiten in der Wahrnehmungsverarbeitung, durch eine Körper- oder Sinnesbehinderung, können zu Problemen führen. Ein Risiko für die seelische Gesundheit tritt auf, wenn das Kind seine eigenen Fähigkeiten nicht als stimmig erlebt. Wenn es das Gefühl hat, in einzelnen Bereichen nicht zu leisten, was erwartet wird oder was es selbst gerne können möchte. Während der Begleitung der Familie durch die Frühförderung versuchen wir dem Kind mögliche Probleme und Schwierigkeiten, die durch die

Sehbehinderung oder Blindheit bedingt sind, zu erklären. Es soll wissen, dass ihm manche Dinge schwerer fallen als anderen und dass es nicht an mangelndem Bemühen liegt. Wir vermitteln, dass viele Menschen einige Dinge nicht so gut können und dass es in Ordnung ist, um Hilfe zu bitten. Es ist ein Balanceakt, auftretende Schwierigkeiten ernst zu nehmen, aber ihnen nicht zu viel Gewicht zu geben, zu helfen und die eigene Kompetenz zu fördern.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Nicht nur für sehbehinderte Kinder und deren Familien verändern sich die Lebensbedingungen. Durch Anpassung der Konzepte an neue Erfordernisse und gesellschaftliche Rahmenbedingungen wollen wir weiterhin bestmögliche Hilfe leisten und blinden und sehbehinderten Kindern den Start ins Leben erleichtern.

Mag.a Michaela Ennöckl · Pädagogische Leitung

Contrast bietet Frühförderung für Familien an, deren Kinder blind, sehbehindert oder mehrfachbehindert-sehgeschädigt sind. Unser Ziel ist es, durch spezielle Angebote die Sehentwicklung zu fördern, das vorhandene Sehen zu nutzen, sehbehindertenspezifische Hilfen und Hilfsmittel zu erproben und so einer sekundären Entwicklungsverzögerung entgegenzuwirken. Gleichzeitig werden die Familien in der für sie neuen Situation begleitet.

www.contrast.or.at



Dachverband Österreichischer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Schwerpunkt der Aktivitäten des DÖJ lag 2017 wieder im Bereich des Übergangs von der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) in die Selbständigkeit. Das Gesundheitsförderungsprojekt »Welcome to Life« wurde weitergeführt. In Kooperation mit dem FGÖ wurde das Soft-Cover Buch »Kuckucksnest - Werden die Flügel reichen, um in eine gesunde Zukunft zu fliegen« herausgegeben. Es beinhaltet berührende Interviews mit 13 Careleavern aus Österreich. »Kuckucksnest« kann kostenlos beim FGÖ als print-Version (T 01/895 04 00, E-Mail: fgoe@goeg.at.) bestellt werden oder online heruntergeladen werden (www.doej.at/index.php/aktuelles/nuetzliches).

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Der abrupte Abbruch der Unterstützung durch die KJH mit der Volljährigkeit vergrößert das auf Grund ihrer Biographie ohnehin schon vorhandene Risiko für seelische Gesundheit von jungen Menschen, die in der KJH aufwachsen mussten. Die gesellschaftlich bedingte Verlängerung der Phase des Selbständig Werdens weit in das 3. Lebensjahrzehnt hinein bringt zusätzliche Belastungen für junge Menschen, die nicht auf ein familiäres Netz zurückgreifen können. Die Kontakte mit den Betroffenen im Rahmen unserer Projekte zeigen deutlich, dass die gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei den sog. Careleavern stark verringert ist.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

In allen Bundesländern werden 2018 direkte Gespräche zwischen Care Leavern und den PolitikerInnen für die KJH im Rahmen des EU-Projektes »Care Leaving Dialog« organisiert. Die bereits durchgeführten Dialoge zeigen hohes Sensibilisierungspotential für PolitikerInnen.

Die Plattform Jugendhilfe 18+, an der auch die Kinderliga beteiligt ist, forderte die BM Bogner-Strauß und die Landeshauptleute auf, eine Verbesserung

des B-KJHG 2013 mit dem Rechtsanspruch auf eine Übergangsbegleitung zu erwirken.

Die überraschenden Bestrebungen des Bundes, die Kompetenzen der KJH ganz an die Länder abzugeben, wird die Aktivitäten des DÖJ im Jahre 2018 bestimmen. Wenn sich der Bund der Verantwortung für eine österreichweite qualifizierte Sicherstellung des Kinderschutzes entledigt, werden die Qualitätsstandards des Kinderschutzes innerhalb Österreichs auseinandertriften und manche Maßnahmen dem Sparstift zum Opfer fallen. Die schon jetzt gegebenen Unterschiede (z.B. Anzahl von Fremdunterbringungen oder Hilfen für junge Erwachsene) werden sich vergrößern.

In Bezug auf die Schnittstelle der Jugendhilfe mit der Arbeitsintegration (Ausbildungspflicht bis 18) wird die Kooperation in Form der Präsenz des DÖJ in den entsprechenden Steuerungsgremien der Länder fortgeführt.

Dr. Hubert Löffler · Geschäftsführer

Der **Dachverband Österreichischer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen (DÖJ)** formuliert die Anliegen von benachteiligten Kindern und Jugendlichen und setzt sich für die Erhaltung und Weiterentwicklung der Qualität in der österreichischen Jugendhilfe ein. Er behandelt Grundsatzfragen und erarbeitet fachpolitische Stellungnahmen, bietet den Jugendhilfeeinrichtungen eine Plattform zum Dialog, führt Fachveranstaltungen durch und vernetzt sich mit anderen europäischen Fachverbänden.
www.doej.at



Diakonie Zentrum Spattstraße gemeinnützige GmbH

(KAYA: Sozialtherapeutische Wohngruppen für junge Menschen mit Essstörungen)

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

2017 hat das Diakonie Zentrum Spattstraße eine zweite sozialtherapeutische Wohngruppe für Betroffene von Essstörungen eröffnet. Insgesamt stehen nun 16 Therapieplätze für junge Menschen zur Verfügung. Außerdem wurde das Angebot erweitert. Bisher war das sozialtherapeutische Angebot nur jungen Mädchen und Frauen zugänglich. Seit 2017 können auch Burschen und junge Männer begleitet werden. Neu ist auch, dass das Angebot nun Betroffenen aus ganz Österreich zur Verfügung steht.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Die Entstehung von Essstörungen ist multifaktoriell bedingt. Modetrends rund um Schlankheit, Diäten und Fitness, der steigende Leistungsdruck und die Beschleunigung vieler Lebensbereiche spielen neben dem familiären Umfeld, der Persönlichkeit, der Peer-Gruppe, Role-Models und sozialen Medien eine Rolle.

Besonders riskant wirkt der Hype um Körperkult, Fitness und Ernährungsverhalten, wie sie von Print- und TV-Medien propagiert werden und wie junge Menschen sie vor allem über Soziale Medien teilen.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Im Jahr 2018 wollen wir das Angebot in den Bundesländern noch bekannter machen.

Mag.a (FH) Andrea Boxhofer · Geschäftsführerin

Das **Diakonie Zentrum Spattstraße** bietet zwei einzigartige Wohngruppen in Österreich speziell für Jugendliche ab 12 J und für junge Erwachsene bis ca. 30 mit Essstörungen. Betroffene können mit medizinischer, therapeutischer und sozialpädagogischer Unterstützung einen Weg aus der Essstörung finden. Während die jungen Menschen in der Wohngruppe leben, können sie eine Schule besuchen, einer Ausbildung nachgehen oder einen Beruf ausüben.
www.spattstrasse.at/unser-angebot/wg-fuer-junge-menschen-mit-essstoerungen



Die Boje - Ambulatorium für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre in Krisensituationen

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Im Jahr 2017 feierte die Boje ihr fünfzehnjähriges Bestehen.

Wie in den Vorjahren wurden ungefähr 1600 Kinder und Jugendliche in unterschiedlichen Krisensituationen betreut. Bemerkenswert ist, dass der Anteil von Kindern, die traumatische Scheidungen miterleben müssen, deutlich gestiegen ist.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Schwierige Lebensumstände können psychosoziale Krisen oder eine fortdauernde Belastung auslösen. Dadurch werden Kinder einerseits direkt emotional betroffen, andererseits destabilisieren diese Belastungen die Bezugspersonen, sodass diese nicht genügend Halt und Unterstützung für die Kinder und Jugendlichen geben können. Daher ist für eine weitere gesunde psychische Entwicklung wichtig, nicht nur den Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen geeignete Unterstützung zu bieten, sondern auch das Umfeld miteinzubeziehen und bei Bedarf zu behandeln.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Wegen der großen Nachfrage sind wir bestrebt unser Angebot auszuweiten, das Gruppenangebot soll ausgebaut werden.

In unserem Traumazentrum bieten wir Weiterbildung durch international anerkannte ReferentInnen an.

Dr.in Regina Rüsch · Geschäftsführerin

Dr.in Christine Koska · Ärztliche Leiterin

Die Boje bietet Akuthilfe für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen. Schwerpunkt unseres Ambulatoriums ist die Betreuung von Kindern und Jugendlichen und ggf. deren Familien, die von schweren emotionalen Belastungen und einschneidenden traumatisierenden Lebensereignissen, wie etwa Krankheit, Unfall, Tod, physischer und psychischer Gewalt, traumatische Scheidungen, Mobbing, aber auch von Flucht betroffen sind.

www.die-boje.at



Die Möwe - Kinderschutzzentren für physisch, psychisch oder sexuell misshandelte Kinder

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Wir konnten im Jahr 2017 insgesamt rund 8.500 Menschen mit unseren Angeboten erreichen: 5000 in den fünf Kinderschutzzentren, 2800 mit unseren Präventionsangeboten und 2.800 mit dem Familienbegleitungsprogramm »gutbegleitet - Frühe Hilfen Wien«.

Zusätzlich haben wir uns intensiv mit der Qualitätssicherung unserer Arbeit beschäftigt. Einerseits wurde eine Wirkungsmessung (Social Impact Measurement) für die klientInnenzentrierte Kinderschutzarbeit entwickelt und andererseits Leitlinien und vorgegebene Handlungsschritte für Beratung, Krisenintervention und Unterstützung in belastenden Situationen erarbeitet.

Wir eröffneten in Neunkirchen unsere neu renovierte Villa möwe, beschäftigten uns bei der Wiener Fachtagung mit den Auswirkungen früher Gewalterfahrungen und trugen das Thema »Schutz von Kindern vor Gewalt« mit einer bewusstseinsbildenden Informations- und Medienkampagne in die Öffentlichkeit.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für die seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Ein Leben ohne Belastungen durch körperliche, psychische und sexuelle Gewalt ist die Basis für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In den CDC Adverse-Childhood-Experience Studies werden die langfristigen und schwerwiegenden Folgen von Gewalterfahrungen in der Kindheit eindrucksvoll beschrieben. Frühe Traumatisierung hat Auswirkungen auf die gesamte Lebensspanne: Gewalt führt zu unterbrochener/verzögerter Entwicklung, sozialen, kognitiven und emotionalen Einschränkungen, risikoreichen Verhaltensweisen, Krankheit und sozialen Problemen, und früherem Tod. Traumatischer Stress wird auf individueller Ebene nicht nur mit eingeschränkter psychischer Gesundheit, sondern auch mit körperlichen Verletzungen und vermindertem seelischen Wohlbefinden in Verbindung gebracht.

Gewalt und Vernachlässigung sind wesentliche Risikofaktoren, die möglichst von vornherein verhindert (Frühe Hilfen!) oder zumindest möglichst rasch minimiert werden sollten. Dafür steht unsere umfassende Arbeit für den Kinderschutz.

Wo geht die Reise 2018 hin?

Mit der Eröffnung einer neuen Zweigstelle am Standort Gänserndorf schaffen wir in einem stark wachsenden Gebiet eine weitere Möglichkeit für Betroffene, professionelle Hilfe zu bekommen. Weiters arbeiten wir mit Schulungen und Tagungen daran, unser Wissen um den präventiven Schutz von Kindern verstärkt an alle Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen in Berührung kommen, weiterzugeben. Die Implementierung eines neuen Dokumentationssystems sowie der Wirkungsmessung stehen ebenfalls am Plan für das Jahr 2018.

Mag.a Hedwig Wölfl · Geschäftsführung und fachliche Leitung

Die Möwe bietet Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen Beratung, Krisenintervention, Prozessbegleitung und Psychotherapie nach körperlichen, seelischen und sexuellen Gewalterfahrungen. Unsere Präventionsarbeit hat das Ziel, durch Information und Ausbildung Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen jedes Kind gesund und in Sicherheit aufwachsen kann.

www.die-moewe.at
www.fruehehilfen.wien



Elternwerkstatt - Verein im Dienst von Kindern, Eltern und PädagogInnen

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Wir hatten zwei Schwerpunkte. Einer war unser Motto: »Geht's uns Eltern gut – geht's unseren Kindern gut!« Hier legen wir besonderes Augenmerk auf die psychische Stabilität von Eltern und in Folge ihrer Kinder. Der zweite Schwerpunkt lag in einem wichtigen Anliegen: Elternbildung als Prävention! Bevor etwas passiert, handeln – ist unserer Devise. Erste AbsolventInnen des Lehrganges FamilientrainerInnen!

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Aus unserer Sicht sind Risikofaktoren für die seelische Gesundheit das oft fehlende Bewusstsein der eigenen Gefühle. Wie geht es mir? Wie geht es den anderen?

Durch Sprache, Kommunikation wird Emotion übertragen. Wir beobachten vermehrt, dass genau hier viel an Bedarf nicht gedeckt wird. Nicht nur durch die digitale Welt, sondern auch in den Familien, wird meist sehr knapp und schnell kommuniziert.

Wir hören auch öfters, mein Kind hört nicht, es funktioniert nicht, ich habe keinen Draht zu meinem Kind. Einerseits werden Kindern heute nur zu oft Herausforderungen, altersentsprechend, abgenommen, es wird ihnen immer weniger zugetraut. Andererseits können wir beobachten, dass Kinder meist mit ihren Gefühlen allein gelassen werden. Dadurch fühlen sie sich nicht akzeptiert, nicht geborgen, nicht ernst genommen. Verunsicherung, sich nicht spüren können, Verlustängste sind die Folge.

Wir Eltern sind nur zu oft in der Metaebene, wir hören kaum mehr auf unser Bauchgefühl. Was tut mir gut? Was meinem Kind? Wir sind der Ansicht, dass es wichtig ist, den Eltern wieder ihr Selbstbewusstsein zurück zu geben. Wir sind die ExpertInnen für unsere Kinder, trauen wir es uns zu. Eine Besinnung darauf, dass wir mit unseren Kindern eine innige Beziehung haben und diese auch zeigen dürfen.

Es fehlt, zu meist in den Familien, an einer aufrichtigen, würdigen, respektvollen und ab und zu auch

humorvollen Auseinandersetzung.

Wie hat Ludwig Börne so treffend gemeint: »Humor ist keine Gabe des Geistes, er ist eine Gabe des Herzens.« Wir Erwachsenen sind die Vorbilder – zeigen wir mehr Herzensbildung!

Denn wie bereits am Anfang erwähnt: »Geht es uns Eltern gut – geht es unseren Kindern gut!«

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Verstärkt werden wir Elternbildung als Prävention gesellschaftsfähig machen. Wichtig ist, nicht im Nachhinein zu bestrafen, sondern im Vorfeld aktiv Eltern zu begleiten. Ihnen Werkzeuge bereitstellen, die sie gut nützen können. Eltern die Scheu nehmen, sich Unterstützung zu holen. Wir freuen uns darauf!

Veronika Lippert · Obfrau der Elternwerkstatt

In einer Gesellschaft, in der Schnelligkeit und Leistung meist vor Menschlichkeit und individuelle Bedürfnisse gestellt werden, ist es oft herausfordernd für Kinder geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen. Deshalb ist es der **Elternwerkstatt** wichtig, Eltern die richtigen »Werkzeuge« zu geben und sie in ihrer natürlichen elterlichen Kompetenz zu bestärken. Unser Motto: »Geht's uns Eltern gut – geht's unseren Kindern gut!«

www.elternwerkstatt.at



Ergotherapie Austria - Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Ergotherapie Austria steht laufend in Verhandlungen mit den Krankenkassen und setzt sich für eine flächendeckende sowie kostenlose ergotherapeutische Versorgung ein.

Ein großes Thema bildete die MTD-Gesetzesnovelle ab. Ergotherapie Austria nahm im letzten Jahr mehrere Termine im Ministerium wahr und brachte einen Entwurf des überarbeiteten ergotherapeutischen Berufsbildes ein. Ab sofort gilt für ErgotherapeutInnen eine neue gesetzliche Fortbildungsverpflichtung, die das Stundenausmaß von 60 Stunden innerhalb von 5 Jahren regelt.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Ergotherapie fokussiert die Handlungsfähigkeit von Menschen. Zentraler Bestandteil ist die selbstständige Durchführung von bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit/Erholung. Dies ermöglicht unter anderem eine gesellschaftliche Teilhabe, und die Gestaltung der Lebenswelt und Beziehungen.

Die Handlungsfähigkeit steht in Wechselwirkung mit der seelischen Gesundheit. Kindern und Jugendlichen, die aufgrund von Defiziten in der Wahrnehmung, Motorik oder Kognition ungeschickter, langsamer sind oder eine Tätigkeit gar nicht ausführen können, kämpfen häufig mit einem niedrigeren Selbstwert, trauen sich selbst weniger zu oder ziehen sich stärker aus ihrem sozialen Umfeld zurück. In einem (zusätzlich) belastenden Umfeld (z.B. schwere Erkrankung eines Elternteiles, Umzug) wirken sich diese Faktoren wesentlich nachteiliger auf die Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen aus. Was auch bedeutet, dass sie kaum Schutzmechanismen und Bewältigungsstrategien entwickeln können. Kindern und Jugendlichen, die mit seelischen Problemen konfrontiert sind, fällt es wiederum schwerer, entwicklungsbezogene Aufgaben zu meistern und ihren Rollen nachzukommen.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Neben weiteren Verhandlungen hinsichtlich flächendeckender ergotherapeutischer Versorgung werden auch pädiatrische Schwerpunkte in der Primary Health Care ein Thema. Nächstes Jahr feiert Ergotherapie Austria ihr 50-jähriges Bestehen und die Vorbereitung für die Feierlichkeiten im Rahmen einer 3-tägigen Fachtagung sind bereits im Laufen.

Mag.a Katrin Unterweger, MSc · Ressort Evidenzbasierung

Als berufspolitische Interessensvertretung der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs verfolgt **Ergotherapie Austria** das Ziel einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Ergotherapie. Im Mittelpunkt stehen Verhandlungen mit wichtigen Stakeholdern sowie die Repräsentanz der Ergotherapie in der Öffentlichkeit.
www.ergotherapie.at



Institut für Gewaltprävention und Konfliktmanagement

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Professionelles Handeln im Kontext mit physischer, psychischer und struktureller Gewalt in Familien, gegenüber Kindern und Frauen zu unterstützen sowie die Bewusstseinsbildung über gesellschaftliche Gewalttendenzen zu fördern sind Aufgaben, denen sich das Institut für Gewaltprävention und Konfliktmanagement annimmt. Folglich führt das IFGK u.a. den »Lehrgang für Konfliktmanagement, Gewalt- und Radikalisierungsprävention« durch, der sich an Praktikerinnen und Praktiker richtet, die in ihrem beruflichen Alltag mit familiären Gewalt- und Konfliktsituationen konfrontiert sind.

Nach wiederholten Anfragen aus den westlichen Bundesländern bot das IFGK im Juni 2017 erstmals eine zweitägige Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Behörden, NGOs, Beratungs- und Bildungseinrichtungen zum Thema Gewaltprävention in Innsbruck an. Der interdisziplinäre Erfahrungsaustausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer rundete das Programm ab.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Um die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern, bedarf es der Wahrnehmung der Bedeutung von deren Beziehungen, sowohl im familiären als auch im außerfamiliären Kontext. Demzufolge sind die Aktivitäten unseres Instituts darauf ausgerichtet, Professionistinnen und Professionisten im Hinblick auf ihre verantwortungsvolle Aufgabe zu sensibilisieren und Risikofaktoren für die seelische Gesundheit wie Gewalterfahrungen und ungelöste inner- und außerfamiliäre Konflikte aufzuzeigen. Im Jahr 2017 wurden im Rahmen unseres Fortbildungsangebots u.a. folgende Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und unter Berücksichtigung der Zunahme der digitalen Mediennutzung diskutiert und reflektiert: das Erleben und Erleiden von Mobbing, Cybermobbing, -grooming und -bullying sowie Doxing und Hate Speech.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Für das Jahr 2018 haben wir uns, neben der Erweiterung des Fortbildungsangebots, zum Ziel gesetzt, den Austausch von Stakeholdern und anderen Kompetenzträgern aus Wissenschaft, Praxis, Verwaltung und Politik zu fördern und weiterhin öffentliche Bewusstseinsbildungsprozesse durch Informationsveranstaltungen zu unterstützen. Um Veränderungsprozesse hinsichtlich des Umgangs mit Gewalt und Konflikten anregen zu können und dadurch die seelische und psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu begünstigen, bedarf es der Vernetzung und kontinuierlichen Reflexion von Praktikerinnen und Praktikern, Expertinnen und Experten und jener Menschen, die sich im Bereich der Gewaltprävention engagieren.

Mag.a Natascha Florence Bousa · Wissenschaftliche Lehrgangsleitung IFGK

Das **Institut für Gewaltprävention und Konfliktmanagement (IFGK)** ist als gemeinnütziger Verein konstituiert und versteht sich als Kompetenzzentrum zur Stärkung des sozialen Friedens.

Wir wollen durch unsere Angebote und Aktivitäten die Sensibilität für das Thema »Gewalt und Konflikte in Familien« erhöhen, Aufmerksamkeit schaffen und Lösungskompetenzen vermitteln. Wir sind eine lebendige Dialog- und Weiterbildungsplattform, die allen Interessierten offensteht.

www.ifgk.at



Internationale Gesellschaft für Beziehungskompetenz

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Nach der Übernahme der IGfB durch den Verein für Beziehungskompetenz startete im Herbst 2017 der erste Family-Counseling-Lehrgang, der von der WKO als zertifizierter Lehrgang für Lebens- und Sozialberatung anerkannt ist. Die Teilnehmenden werden in 3 ½ Jahren zu Familien- und PaarberaterInnen basierend auf dem experienciellen Ansatz der Familientherapie nach Walter Kempler/Jesper Juul ausgebildet.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird wesentlich beeinflusst durch das Zusammenspiel von intakten Beziehungen und eigenen, bzw. selbstbestimmten Entwicklungsräumen.

Eine intakte Beziehung bedeutet, dass dem Kind auf gleichwürdige Art und Weise begegnet wird. Das heißt: »Ich interessiere mich dafür, wer du bist, ich nehme dich in all deinen Fragen und Anliegen ernst, bin als Erwachsener an deiner Seite, kenne meine eigenen Grenzen gut und weiß, dass ich die Verantwortung für die Qualität unserer Beziehung trage.« Nicht »dem Kind Grenzen zu setzen« lautet die Devise, sondern »meine eigenen Grenzen gut zu kennen und sie dem Kind mitzuteilen«.

Unsere Vorstellung ist die, dass erwachsene Bezugspersonen einen »sicheren Hafen« für Kinder bilden, von dem aus sie die Welt entdecken können und in dessen sichere Geborgenheit sie zurückkehren können. Vor allem dann, wenn sie schwierige, verstörende oder verunsichernde Erfahrungen »auf offener See« gemacht haben.

Die seelische Gesundheit ist gefährdet, wenn keine verlässlichen Bezugspersonen zur Verfügung stehen, die für eine sichere Umgebung sorgen und wenn Erwachsene die Bedingungen des Zusammenseins vorgeben/oder auch nicht, ohne die Verantwortung für die Qualität des Zusammenlebens zu übernehmen; wenn Kinder zu wenig eigenen Entwicklungsraum haben, oder zu viel Verantwortung (z. B. für

Entscheidungen) tragen müssen.

Gefährdend wird es, wenn Erwachsene ihre Kinder benutzen, um ihre eigenen Schwierigkeiten zu bewältigen, sich zu trösten, zu stabilisieren und die Verantwortung für das eigene Fühlen nicht übernehmen.

Wo geht die Reise 2018 hin?

Die IGfB veranstaltet Seminare und LSB- und Kurzlehrgänge für Fachpersonen aus dem pädagogischen, sozialen, beratenden und psychologischen Bereich zu den Themen Beziehung Familie, Beziehungskompetenz und Gleichwürdigkeit.

Das Team der IGfB

Der Verein für Beziehungskompetenz ist Träger der **IGfB Internationale Gesellschaft für Beziehungskompetenz**. Wir beraten, unterstützen, fördern (sozial-) pädagogische und therapeutische Fachpersonen zum Themenbereich: Beziehung, Familie, professionelle Beziehungen (Beziehungskompetenz), Beratung, u.ä.
www.igfb.org



Kinderhospiz Netz - Wiens erstes mobiles Kinderhospiz und KinderTagesHospiz

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Das Kinderhospiz Netz hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Leben von Kindern und Jugendlichen mit lebensbedrohlichen oder lebensverkürzenden Erkrankungen so angenehm wie möglich zu gestalten. Darum hat der Verein zusätzlich zu seinem mobilen Kinderhospiz, das die Kinder zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung betreut, 2016 Wiens erstes KinderTagesHospiz eröffnet. Hier können die Kinder und ihre Familien Zeit in angenehmer Atmosphäre verbringen. Sie werden professionell betreut und erhalten bei Bedarf Therapien. Es ist ein Ort der Begegnung für Eltern, Angehörige und Geschwister. Aufgrund der großen Nachfrage wurden 2017 die Öffnungszeiten ausgedehnt und das Kinderpalliativteam vergrößert.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Kinder und Jugendliche, die mit lebensverkürzend erkrankten Geschwistern aufwachsen, erleben ihre Kindheit und Jugendzeit unter ganz besonderen Bedingungen. Sie setzen sich schon früh mit dem Thema Krankheit, Verlust, Tod, Trauer und Rücksichtnahme auseinander und sind manchmal damit überfordert. Auch mangelt es ihnen an der Möglichkeit des Austausches.

Diesen Austausch bietet das Kinderhospiz Netz in den Geschwistergruppen. Hier können Geschwister ihre Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse ausdrücken, um so ihr psychisches Wohlergehen zu stärken.

Ermöglicht wird dies im Rahmen gemeinsamer Aktivitäten, geleitet von einer Pädagogin und Diplomlebensberaterin, unterstützt von einem Team geschulter Ehrenamtlicher. Diese begleiten die Kinder nicht nur bei den spannenden Aktivitäten, sondern sind ihnen auch kompetente AnsprechpartnerInnen und Vertrauenspersonen im Alltag.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Das Palliativteam des Kinderhospiz Netz betreut derzeit fast 40 Kinder mobil zu Hause. Zusätzlich können mehrmals die Woche jeweils zwei Kinder gleichzeitig das Tageshospiz besuchen, mehr Kinder auf einmal sind aufgrund der räumlichen Situation nicht möglich. Deswegen fiel im Frühjahr 2018 der Startschuss für einen Umbau, um das Tageshospiz um mehrere Räume zu erweitern.

Mag.a Irene Eberl · Stv. Obfrau

Das **Kinderhospiz Netz - Wiens erstes mobiles Kinderhospiz und KinderTagesHospiz** betreut Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensbedrohlichen oder lebensverkürzenden Erkrankungen zu Hause und im KinderTagesHospiz. Wir unterstützen, begleiten und entlasten die ganze Familie ab Diagnosestellung und ohne zeitliche Befristung.
www.kinderhospiz.at



Lobby4kids - Kinderlobby

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Lobby4kids - Kinderlobby setzte sich v.a. für die Inklusion von Kindern mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen in Kindergarten, Schule und Nachmittagsbetreuungen ein. Dafür wurde wieder viel Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit geleistet, aber auch Betreuung von Einzelfällen und Familienberatungen.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Aus unserem jahrelangen Bemühen, Kinder in alle Gesellschaftssysteme zu inkludieren, wissen wir, dass segregierende Systeme dazu beitragen, dass Kinder mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sich nicht dazugehörig, bisweilen sogar gemobbt fühlen. Dies deckt sich auch mit den Ansichten vieler anderer ExpertInnen auf diesem Gebiet. Überdies beobachten wir die Zunahme sogenannter Lifestyle Erkrankungen und Diagnosen wie AD(H)S, Hyperkinetische und Sensorische Integrationsstörungen etc. Sehr oft ist die Ursache im familiären Umfeld zu finden, viele Ursachen sind aber schlicht ungeklärt. Eine große Rolle scheint die zunehmende Digitalisierung mit all ihren negativen Begleiterscheinungen zu spielen, wie soziale Vereinsamung, Entwicklungsretardierungen, Aufmerksamkeitsdefiziten und Aggressionsförderungen. Ein besonderes Augenmerk gilt den Kindern mit Autismusspektrumstörungen, deren Diagnose vor allem von PädagogInnen oft nicht ernst genommen wird. Auf der Suche nach Lösungsansätzen werden wir sehr oft vom Stadtschulrat unterstützt. Ebenso gab es bis vor kurzem in vielen politischen Büros positive Signale für die Umsetzung von Inklusion, die laut UN-Konvention für Menschen mit Behinderungen auch in Österreich erwartet wird. Seit den letzten Wahlen beobachten wir leider Rückschritte in dieser zaghaft voranschreitenden Entwicklung. Eltern werden wieder vermehrt in die Sonderschulen beraten – sehr oft gegen ihren Willen. Für Familien ist das oft der letzte, nicht freiwillige Ausweg mangels

anderer Angebote und aufgrund von negativen Integrationserfahrungen. Wir halten diese Entwicklung für bedenklich und wollen uns nicht davon abhalten lassen, einen mittlerweile fünfzehn Jahre dauernden Kampf einfach aufzugeben, weil wir der Meinung sind, dass inklusive Systeme nicht nur die Zukunft, sondern schlicht und einfach das Abbild unserer Gesellschaft sind – alle gehören selbstverständlich dazu. Für Kinder gilt im Besonderen, dass gemeinsames Spielen, Lernen und letztendlich Leben förderlich für ein gesundes Aufwachsen ist, und zwar seelisch, körperlich und geistig.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Selbstverständlich werden wir den guten Weg weiterverfolgen, Kindern ein gesundes Aufwachsen im Sinne der Inklusion zu ermöglichen. Ein positives Signal kommt von Seiten des Bildungsministeriums, das uns zur Mitarbeit eingeladen hat. Die Zahlen sprechen eine eindeutige Sprache: Seelische Gesundheit darf nicht zum Nebenschauplatz verkommen.

Dr.in Irene Promussas · Vorsitzende der Lobby4kids, Kinderlobby

Lobby4kids - Kinderlobby vertritt die Anliegen von Kindern und Jugendlichen, besonders derer mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Gesundheit sehen wir wie von der WHO definiert: Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Beschwerden und Krankheit.

www.lobby4kids.at



MOKI NÖ - Mobile Kinderkrankenpflege

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

MOKI NÖ hat 2017 insgesamt 475 Kinder und Jugendliche zu Hause betreut.

Ein Schwerpunkt war unter anderem die Abschlussfeier des Lehrgangs »Palliative Care in der Pädiatrie«. Wir konnten wieder vielen interdisziplinären Absolventen und Absolventinnen zu einer erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung gratulieren. Gerade die Arbeit mit jungen PatientInnen erfordert viel Einfühlungsvermögen und Fingerspitzengefühl. Wir sind immer wieder begeistert und gerührt, wie viele InteressentInnen diese Zusatzausbildung absolvieren.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Junge Menschen sind besonders sensible und empfindsame Wesen. Sie benötigen Vertrauen, Sicherheit und Rückhalt, um gesund heranwachsen zu können. Ihr Selbstvertrauen speist sich aus dem, was ihre Eltern ihnen mitgeben. Doch gerade, wenn die Erziehungspersonen in ihrer Kindheit selbst schlimme Dinge wie Gewalt oder Missbrauch erfahren haben, leben sie meist in einem Zustand der Angst und Unsicherheit. Ihrem Nachwuchs dann Selbstbewusstsein zu vermitteln ist eine unglaublich schwierige Aufgabe.

Unsere zweitgrößte KlientInnengruppe sind die sogenannten »Marienkäfer«. Hierbei handelt es sich um Eltern, die beispielsweise psychisch krank sind oder Drogenprobleme haben. Sie sind versucht erst ihre eigenen Probleme in den Griff zu bekommen, ehe sie sich der Herausforderung stellen können, ein Kind groß zu ziehen. Wir unterstützen diese Familien auf ihrem Weg, einen gangbaren Familienalltag zu strukturieren und gleichzeitig beim Bindungsaufbau. Indem im Rahmen der Betreuung Beziehung zu den Eltern gelebt wird, können diese Bindung zu ihren Kindern aufbauen.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Wir kämpfen in jedem Jahr darum, mehr Menschen auf unsere Arbeit aufmerksam zu machen. Dabei sind wir für jede Unterstützung dankbar, sei es durch Medien, Prominente oder PolitikerInnen. Es ist ungemein wichtig, die Öffentlichkeit darüber zu informieren was wir tun, sodass Betroffene schnelle Hilfe erhalten und wissen, wohin sie sich wenden können.

Gleichzeitig sind wir natürlich darauf angewiesen, finanzielle Unterstützung zu bekommen. Unser Ziel ist es, noch mehr öffentliche Gelder für unsere Arbeit zur Verfügung zu haben, damit Kinder und Jugendliche in schwierigen Phasen ihres Lebens auch jene Unterstützung erhalten, die sie benötigen und verdienen.

Renate Hlauschek, MMSc · Geschäftsführende Vorsitzende

MOKI NÖ besteht seit 1999 als gemeinnütziger Verein. Wir unterstützen, stärken und entlasten Familien in ihrer Verantwortung, ihr Kind zu Hause zu pflegen. Wir helfen den Betroffenen, die Erkrankung anzunehmen und erleichtern es ihnen zu Hause damit zu leben.

www.noemoki.at



MOKI-Wien Mobile Kinderkrankenpflege

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Die Betreuung der Familien mit Kindern, welche eine chronische Erkrankung, Behinderung oder palliative Erkrankung haben, setzt professionelles, pflegerisches und medizinisches Wissen voraus. 80 Prozent der Betreuungen finden im palliativen Setting statt, daher war eines unserer Ziele verbesserte Strukturen in der Betreuung und Versorgung der Familien zu ermöglichen. Dies beinhaltet ein flächenübergreifendes Angebot der Palliativbetreuung, Versorgungsangebote für Kinder mit hochkomplexen Erkrankungen zu schaffen, bzw. einer Lösung für die medizinische/pflegerische Betreuung der Kinder/Jugendlichen in Kindergärten/Schulen/Horten einen Schritt näher zu kommen.

Damit diese Angebote umgesetzt werden können, ist die Aus- und Weiterbildung von entsprechenden Pflegepersonen notwendig. Auch hier haben wir 2017 die Voraussetzungen für zukünftige MitarbeiterInnen in Form einer speziellen Bildungsreihe geschaffen.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

- Ausgrenzung aus unterschiedlichen Gründen (ethnisch, gesundheitlich, familiär, finanziell, gesellschaftlich)
- Wenn ein adäquates Netz an Unterstützungsmöglichkeiten und Entlastungsangeboten nicht vorhanden ist, bzw. dem Kind/Jugendlichen der Zugang zu Angeboten nicht ermöglicht wird
- Das Fehlen von stabilen Beziehungen

Wo geht die Reise 2018 hin?

Die oben angeführten Schwerpunkte und Ziele werden uns auch 2018 beschäftigen. Mit der Möglichkeit der speziellen Schulung von neuen Pflegepersonen kann die Erweiterung unseres Angebotes ermöglicht werden.

MOKI-Wien stellt sich immer der gesundheitspolitischen Verantwortung, und wird sich auch 2018 für eine Veränderung und eine Verbesserung in der Versorgung und Betreuung von Kindern/Jugendlichen einsetzen.

Gabriele Hintermayer MSc · Geschäftsführende Vorsitzende

MOKI Wien unterstützt, stärkt und entlastet die Familien in ihrer Verantwortung, ihr Kind zu Hause – im vertrauten Lebensraum – zu pflegen. Unsere Profession ist es, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, in der sich das Kind, der/die Jugendliche geborgen fühlt und die seiner Gesundheit förderlich ist.

www.wien.moki.at



NANAYA - Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Im Jahr 2017 widmeten wir uns der Rolle der Väter: Welchen Halt können wir den Vätern im NANAYA geben – gerade auch in schwierigen Situationen? Das NANAYA stärkt werdende Väter und erlaubt ihnen, sich auch mit ihren Ängsten und Zweifeln auseinanderzusetzen. Viele Entscheidungen können von beiden Elternteilen gemeinsam getroffen werden. Dazu sollte der Vater gut informiert sein.

Väter haben heutzutage einen wichtigen Part während der Geburt. Sie sind eine große Ressource für einen guten Geburtsverlauf. Daher ist eine gute Geburtsvorbereitung für die Väter auch für die Frau unterstützend.

Auch die Stilldauer steht unter dem Einfluss der Väter. Männer, die informiert sind, können die Partnerin bei Stillschwierigkeiten leichter unterstützen und fördern eher das lange Stillen.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Alle oben genannten Faktoren (und noch viele mehr) spiegeln sich in der Vater-Kind-Bindung. Männer sind nicht immer ausreichend informiert, dies betrifft sowohl Themen vor als auch nach der Geburt (Bedürfnisse der schwangeren Partnerin und des Babys im Bauch, Geburtsvorbereitung, Stillen, Erziehung etc.). Zusätzlich werden auch bei den (werdenden) Vätern alte Kindheitsgeschichten aktiviert und schwierige Geburtsverläufe belasten ebenso die frisch gebackenen Väter. Nicht selten kommt es dazu, dass sich der Vater von Mutter und Kind ausgeschlossen fühlt – und sich in der Folge zurückzieht, z.B. ins Berufsleben.

In unserem ständigen Bestreben, die Väter von Anfang an einzubinden, versuchen wir, diesen Risiken, die sich nachhaltig ungünstig auf die Vater-Kind-Beziehung auswirken, entgegenzuwirken. Väter sind im Nanaya seit jeher aus der Geburtsvorbereitung, aber auch aus Baby- und Spielgruppen nicht mehr wegzudenken. Es ist schön zu beobachten, wie die Auseinandersetzung in unseren Kursen die

Beziehung der Väter zu ihren Kindern intensivieren kann.

In unseren regelmäßigen Väternachmittagen erleben die Männer einander als Väter in Umgang, Pflege und Spiel mit ihren Kindern. Hier wird der Babyalltag in die »ganz normale Männerwelt« integriert und Vorbilder können entwickelt werden. Gerade dieser alltägliche Umgang fördert die Vater-Kind-Beziehung und entlastet zudem die Mütter.

Wo geht die Reise 2018 hin?

Im Herbst 2018 wird das NANAYA 35 Jahre alt. Daher sind für den 15. und 16. November zwei Tage der offenen Tür geplant – SAVE THE DATE! An diesen Tagen bieten wir viele kostenlose Schnupper-Workshops für Groß & Klein und feiern gemeinsam unseren 35. Geburtstag.

Mag.a Angelika Markom · Psychologin
Claudia Versluis · Leiterin

Das **NANAYA - Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern** berät und begleitet seit über 30 Jahren werdende Eltern und Familien zu allen Themen rund um Kinderwunsch, Schwangerschaft, Geburt und das Leben mit Kindern. Das NANAYA ist ein gemeinnütziger Verein und finanziert sich über Förderungen durch das Bundesministerium, Gemeinde, Kursgebühren, Mitgliedsbeiträge und Spenden.

www.nanaya.at



NeMo - Verein zur Bewegungs- und Entwicklungsförderung

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Der Verein NeMo möchte Bewegungs- und Entwicklungsräume für Kinder schaffen, die für ihre Entwicklung mehr Zeit und noch mehr aktives Tun benötigen als andere Kinder.

Dazu:

- bieten wir gezielte Bewegungskurse für Kinder und Jugendliche an
- schulen wir PädagogInnen und TrainerInnen in den Themen »Bewegung, Sinne und Entwicklung«
- vernetzen wir uns mit Einrichtungen aus der Pädagogik, dem Sport, dem Gesundheitssektor und der Bildung
- bieten wir Schulraum/Kindergartenberatung an, um mehr Bewegung in die Einrichtungen zu bringen.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Kinder müssen sich und ihre Umwelt mit allen Sinnen und dem ganzen Körper erfahren dürfen. Wachsen Kinder in einem Umfeld fehlender Bewegungs- und Sinneserfahrungen auf, wirkt sich dies nachteilig auf die ganzheitliche Entwicklung aus. Nur wer sich und seinen Körper kennt, kann ein positives und gesundes Selbstkonzept entwickeln, welches für die körperliche, seelische und kognitive Gesundheit unerlässlich ist. Auf dieser stabilen Basis bauen Lebens- und Sozialkompetenzen auf, welche es den Kindern ermöglichen, zu starken und resilienten Persönlichkeiten heranzuwachsen.

NeMo möchte Kinder darin unterstützen und eben jene Erfahrungs- und Bewegungsräume schaffen, in denen sich Kinder mit ihrem ganzen Körper und allen Sinnen ausprobieren und entwickeln dürfen. Ganz ohne Leistungs- und Termindruck!

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Wir arbeiten weiter am Auf- und Ausbau des Vereins NeMo und sind ständig bemüht neue Kurse und Angebote zu initiieren. Dazu schulen wir weiterhin PädagogInnen und TrainerInnen, um denjenigen Kindern Unterstützung und Verständnis entgegen zu bringen, die in ihrer Entwicklung etwas mehr Zeit und Raum benötigen als andere!

Mag.a Mariella Bodingbauer · Obfrau und Gründerin des Entwicklungskonzeptes NeuroMotorik

Der Verein **NeMo** (gegründet nach den Prinzipien des Entwicklungskonzeptes NeuroMotorik – Bewegung, Sinne & Entwicklung) rückt die Bewegung in den Mittelpunkt der kindlichen Entwicklung. Wir wollen die Lebens- und Lernbedingungen für Kinder optimieren – im Kindergarten, in der Schule und in der Freizeit.
www.neuromotorik.at



nomaden - ambulante Unterstützung für Menschen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

- Die nomaden haben in diesem Jahr rund 70 Betroffene einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (v.a. Autismusspektrumstörung ASS) und ihr Umfeld im Raum Niederösterreich und Wien aufsuchend gefördert und beraten.
- Freizeitassistenz für Menschen mit ASS
- Vorträge und in-house Fortbildungen

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Danke der Kinderliga für die Ergänzung des Jahresberichts um eine Frage, die zur Diskussion einlädt. Die Frage erscheint mir allerdings schwierig da der Begriff der »seelischen Gesundheit« in keiner Weise geklärt ist und es somit unklar bleibt worüber wir reden wollen.

So stelle ich ein paar Fragen an den Anfang meines Antwortversuchs:

- Was ist seelische Gesundheit? Ist seelische Gesundheit das Gleiche wie psychische Gesundheit?
- Was ist eine gesunde Psyche?
- Was ist ein Risiko? Ist es eine mögliche Bedrohung? Was ist das Gegenteil von Risiko?

Ich formuliere die Frage für unser Arbeitsumfeld für Menschen mit einer ASS und ihrem Umfeld um:

Was erschwert das Leben von Menschen mit einer ASS heute in unserer Gesellschaft?

Aus unserer praktischen Erfahrung und der Begleitung von Betroffenen in unterschiedlichen Lebensphasen kann ich in Kürze vier Punkte anführen:

- 1) Ein zu eng gefasster Normalitätsbegriff
- 2) Geringe Freiheit in der Gestaltung individueller Lebensentwürfe durch sehr vorgegebene Entwicklungs-, Bildungs- und Lebenswege
- 3) Zu wenig individuelle Unterstützungsmöglichkeiten
- 4) Zu wenig Zeit und finanzielle Ressourcen für die Betroffenen und ihr Umfeld

Zurück zur Ausgangsfrage, denke ich, dass es ein Risiko ist, die Auseinandersetzung über wissenschaftlich-empirisch erforshtes Wissen und unsere philosophisch-ethischen Gedanken und Wünsche zu vernachlässigen.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

- Ausbau der Freizeitassistenz in Niederösterreich und Wien
- Aktivierung der Angehörigen-Selbsthilfegruppe
- Öffentlichkeitsarbeit um stärker vernetzt zu sein und unseren Ansatz der aufsuchenden Arbeit und der Methodenvielfalt zu betonen.

Mag.a Johanna Kienzl · Leitung

nomaden bieten aufsuchende ambulante Förderung und Beratung für Menschen mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung und ihrem Umfeld an, dazu gehören auch Krisenprävention & Elterntreffs für Betroffene.

www.nomaden.at



Österr. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Für die ÖGKJP stand das Jahr 2017 im Zeichen des zehnjährigen Bestehens der Facharztausbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und des damit neu geschaffenen Sonderfaches.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Eine der zentralen Haltungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es, nicht nur Risikofaktoren für das Entstehen psychischer Problemkonstellationen zu detektieren, sondern auch Protektivfaktoren zu beschreiben, welche verhindern können, dass es zum Ausbruch einer psychischen Erkrankung kommt.

Bei der Entwicklung vieler kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen spielt das Geschlecht (dies kann bei externalisierenden Erkrankungen eher das männliche und bei internalisierenden Erkrankungen eher das weibliche Geschlecht sein), sowie das spezifische Lebensalter, mit den einhergehenden hormonellen Umstellungen, eine Rolle. Soziale Kompetenz, Anpassungsfähigkeit, Selbstwert und Intelligenz gehören zu den wesentlichen Protektivfaktoren. Wenn dies alles getragen wird von einer fürsorglichen Umgebung, die Bildung und Ausbildung fördert und es sich des Weiteren um ein Bezugspersonensystem handelt, das unter stabilen finanziellen Verhältnissen mit ausreichendem Wohnraum lebt, sind dies weitere Protektivfaktoren. Disharmonische Beziehungen der Bezugspersonen, aber auch eine dysfunktionale Erziehung, körperliche und sexuelle Gewalt, Kriminalität in der Familie, Arbeitslosigkeit, Armut und Bildungsmangel gelten als Risikofaktoren. Genetische Faktoren und pränatale Schädigungen können ebenso mitverantwortlich sein bei der Entwicklung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung. Immer aber ist eine multifaktorielle Ätiologie gegeben, wobei sowohl Protektivfaktoren als auch Risikofaktoren zusammenspielen.

Wo geht die Reise 2018 hin?

Neben unserer bekannten Forderung nach einem vermehrten Angebot an niedergelassenen Fachärzt:innen mit Kassenverträgen, Ambulatorien und bettenführenden Krankenanstalten, gilt es auch über Kooperationen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendwohlfahrt, Schule, Psychologie, Psychotherapie, Ergotherapie und anderer Berufsgruppen zu sprechen und diese auszubauen. Es braucht in Zukunft, neben den bekannten Behandlungsangeboten auch Formate, die internetbasiert sind oder telefonische Beratungsstellen, aber auch Home Treatment und andere zu entwickelnde Angebote. Leider ist es nicht gelungen, Rehabilitationszentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie von Seiten der Fachgesellschaft vorgeschlagen, in Österreich zu implementieren.

Dr. Christian Kienbacher · Generalsekretär

Die **Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP)** setzt sich für die Entwicklung des multidisziplinären Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich ein. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft fördert sie Forschung, sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung.

www.oegkjp.at



Österreichische Gesellschaft für Kinderphilosophie

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Ein besonderes Anliegen 2017 war der Ausbau der Vernetzung, die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit regionalen, nationalen und internationalen Institutionen und Organisationen über Forschungs- und EU-Projekte.

In Zusammenarbeit mit Schulen, außerschulischen Kinder- und Jugendorganisationen, im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen für Erwachsene sowie von Austauschprogrammen, erweiterten wir unser Angebot, an dem mehr als 5000 Personen teilnahmen. Im Oktober fand unser jährlicher Internationaler Kongress, diesmal unter dem Titel »Aufklärung – Sapere aude! Habe Mut, Dich Deines eigenen Verstandes zu bedienen«, an der Karl-Franzens-Universität Graz statt, an dem mehr als 200 TeilnehmerInnen aus über 22 Ländern teilnahmen.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

- Gewalt an Kindern- und Jugendlichen (körperliche und psychische Gewalt auch in der Familie)
- Kinder- und Jugendliche ohne erwachsene Bezugspersonen
- Trennung/Scheidung/Verlust
- Vertrauensverlust - auch Verlust des Selbstvertrauens
- hohe Ansprüche an sich selbst und Perfektionismus, nicht gefestigtes Selbstwertgefühl
- Sexueller Missbrauch
- Ausgrenzung - Mobbing - Cybermobbing
- Ständiger Druck, Stress und immer höher werdende Erwartungen an Kinder und Jugendliche durch Eltern, Schule, Gruppen
- Über- und Unterforderung
- Psychische oder körperliche Erkrankungen in der Familie oder Alkohol- und Drogenkonsum in der Familie
- Exzessive Internet- und Computernutzung
- Traumatisierungen, wie etwa durch Unfälle, Kriegserlebnisse, Naturkatastrophen, Flucht

Forderungen:

- Aufklärung über Risiken für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen - Aufklärung zum Thema seelische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung vor allem bei Kindern und Jugendlichen
- Interdisziplinäre und berufsübergreifende Zusammenarbeit im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit

Wo geht die Reise 2018 hin?

Unsere Ziele für die Zukunft sind die Förderung und Stärkung von Kindern und Jugendlichen als eigenständige Persönlichkeiten, die Sensibilisierung der Erwachsenen für die Interessen, Anliegen, Problemstellungen und Rechte von Kindern und Jugendlichen, sowie die Vernetzung und Zusammenarbeit mit regionalen, nationalen und internationalen Institutionen und Organisationen. Dies beinhaltet Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen auf allen Ebenen zu verbessern und ihre gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Univ.- Lekt. Mag.a Dr.in phil. Dr.in h.c. Daniela Camhy
· Präsidentin

Das **Institut für Kinder- und Jugendphilosophie** ist in folgenden Bereichen tätig: Forschung, Bildung und Weiterbildung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Offene Kinder- und Jugendarbeit, Entwicklung von Unterrichtsmaterialien, Beratung von pädagogischen Einrichtungen, Koordinierung und Erstellung von EU-Projekten, internationale und interdisziplinäre Vernetzung, sowie Philosophische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche, Eltern, Familien und Lehrende.
www.kinderphilosophie.at



Österreichische Muskelforschung

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Neben der Förderung ausgesuchter Forschungsprojekte hat es sich die Ö. Muskelforschung in den letzten Jahren zur Aufgabe gemacht, betroffene Familien in einer jährlichen Tagung, die für ExpertInnen und Betroffene gemeinsam organisiert wird, über den aktuellen Stand der Forschung und über neue Therapiemöglichkeiten zu informieren. Besonderes Anliegen ist uns dabei, Barrieren zwischen nationalen und internationalen SpezialistInnen auf der einen und den Betroffenen und Angehörigen auf der anderen Seite aufzuheben. Dieses Format wird von beiden Seiten sehr geschätzt.

Seit 2016 hat diese Veranstaltung einen zusätzlichen psychologischen Themenschwerpunkt. 2017 behandelten zwei Psychologinnen den Aspekt »Adoleszenz und Erwachsenwerden mit einer Muskelkrankheit«.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?»

Kinder brauchen neben Sicherheit und der Befriedigung ihrer materiellen Grundbedürfnisse vor allem emotionale Bindungen, Eingebunden sein in ein soziales Umfeld und liebevoll gefördert und gefordert zu werden. Bereits das Wegfallen einer dieser Faktoren kann ein Risiko für die seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen darstellen. Bei Familien mit einem muskelkranken Kind kommen die Faktoren »Fortschreitende Erkrankung, Einschränkung der Mobilität und Bedrohung der Vitalfunktion« hinzu. Diese Familien sind besonders gefordert.

Auch Kinder mit einer Muskelerkrankung brauchen außerhalb der Familie soziale Kontakte und das Gefühl, mit ihren FreudInnen mithalten zu können. Für Eltern von muskelkranken Kindern ist es oft schwierig, ihrem Kind Eigenständigkeit zuzutrauen und ihnen die für ihre persönliche Entwicklung notwendigen Herausforderungen des Alltags zuzumuten. Die vermehrte Aufmerksamkeit der gesamten

Familie gilt dem betroffenen Kind und stellt meist eine Belastung für das Familiensystem dar, die besonders auch die Geschwisterkinder betreffen kann. Es kommt vor, dass sie sich Vorwürfe machen, weil ihre Geschwister so schwer krank sind und sie ihr/ ihm nicht helfen können. Gleichzeitig bekommen sie oftmals nicht die Aufmerksamkeit, die sie bräuchten. Ob und wie sehr Geschwisterkinder durch die Situation seelisch belastet sind, hängt von der individuellen Lebenssituation ab.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

2018 und im Folgejahr werden wir aus psychologischer Sicht ein besonderes Augenmerk auf das Familiensystem legen, im Besonderen auf die Situation der Geschwisterkinder von Kindern und Jugendlichen mit einer Muskelerkrankung.

Ein konkretes Projekt ist die Kostenübernahme für eine Psychologin, die die betroffenen Familien – vorerst in Wien und NÖ – auch zu Hause aufsucht und, wenn notwendig, die ganze Familie psychosozial betreut. Die kommende Tagung »UpDate Muskelforschung« wird dem Thema Geschwisterkinder gewidmet sein.

Prim. Univ. Prof. Dr. Günther Bernert · Präsident

Die **Österreichische Muskelforschung** fördert seit mehr als 20 Jahren Forschungsprojekte zur Verbesserung der medizinisch-therapeutischen Situation der mehr als 10.000 Kinder in Österreich, die an einer unheilbaren Muskelerkrankung leiden. Der gemeinnützige Verein unterstützt auch Projekte zur psychosozialen Betreuung betroffener Familien.
www.muskelforschung.at



Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Die Schwerpunkte im Fort- und Weiterbildungsbe-
reich des ÖBM lagen im Jahr 2017 u. a. in den The-
mengebieten der Psychiatrie, Neurologie und The-
rapie mit Menschen mit Behinderung. Neben dem
10. Treffen des Arbeitskreises Musiktherapie mit
Kindern und Jugendlichen präsentierte der ÖBM im
Rahmen der Veranstaltungsreihe »ÖBM-Jour fixe«
Fortbildungen zur musiktherapeutischen Anwend-
barkeit der OPD-KJ sowie zu den Ergebnissen der
internationalen TIME-A-Studie, die sich mit impro-
visationsbasierter Musiktherapie für Kinder mit ASS
befasste. Erneut konnte der ÖBM auch die Zertifi-
zierungsweiterbildung zum EBQ-Instrument, einem
entwicklungspsychologisch fundierten musikthera-
peutischen Assessment-Tool, anbieten.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Relevant sind gesellschaftliche Umstände, die in
Wechselwirkung mit sozioökonomischen, sozialen,
familiären und individuellen/persönlichen Gegeben-
heiten treten. Auf gesellschaftlicher Ebene sind dies
u.a. hohe Arbeitslosigkeit, Armut, Verknappung von
Freizeit und Erholung zugunsten höherer Arbeits-
leistung, fehlende soziale Bindungen und daraus
resultierende Vereinsamung. Auf familiärer Ebene
kann Arbeitslosigkeit Verschuldung zur Folge haben,
oder ein niedriger Bildungsstand in ein geringeres
Einkommen, oder Vereinzelung in einem löchrigen
sozialen/familiären UnterstützterInnensystem mün-
den. Addieren sich dazu individuelle Faktoren wie
z.B. psychische/physische Erkrankungen der Eltern,
Frühgeburtlichkeit, oder auch psychische/physische
Erkrankungen der Kinder, dann können Familien-
systeme nicht selten überlastet werden und ebenso
kann eine solche Überforderung bei mangelnder Hil-
fe chronifizieren.

Wo geht die Reise 2018 hin?

Auf berufspolitischer Ebene setzen wir uns weiter-
hin für die Finanzierung von ambulanter Musikthera-
pie ein und stehen diesbezüglich in Verbindung mit
VertreterInnen aus Politik und Gesundheitswesen.
Unsere Zielsetzung ist es, PatientInnen den Zugang
zu musiktherapeutischen Leistungen zu erleichtern,
etwa durch geringere Wartezeiten auf Therapieplät-
ze, adäquate Finanzierungsmöglichkeiten (Kosten-
übernahmen bzw. -zuschüsse) seitens der Kranken-
kassen.

Seit Sommer 2017 wird die musiktherapeutische
Forschungslandschaft in Österreich außerdem durch
das neugegründete Wiener Zentrum für Musikthera-
pieforschung (WZMF) bereichert. Eine Zusammenar-
beit mit dem ÖBM ist in Planung und soll ab Herbst
2018 realisiert werden.

Sophie Jäger · Studierendenvertreterin
Mag. Johann Christian Berger, BSc · Vorsitzender

Der **Österreichische Berufsverband der Musik-
therapeutInnen ÖBM** vertritt die Interessen der
in Österreich berufstätigen MusiktherapeutInnen.
Aufgaben des Berufsverbandes sind u.a. Mitglieder-
information, berufspolitische Vertretung der Mitglie-
der, Fortbildung sowie interdisziplinäre Vernetzung im
Gesundheitsbereich.

www.oebm.org



Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Ein Blick durch Österreich zeigt, dass es allorts Bemühungen gibt, die Zahl der Psychotherapieplätze vor allem in der Sachleistung zu erhöhen. Kinder und deren Eltern merken dies in erster Linie an einem leichteren und leistbaren Zugang zur Psychotherapie. Begleitet wurde dieser Ausbau von intensiven Bemühungen der Berufsgruppe zur Qualitätssicherung. Es ist eine Gesamtliste aller PsychotherapeutInnen, die mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen arbeiten und entsprechende Weiterbildungsnachweise haben, entstanden. Damit gibt es eine echte Orientierungshilfe für Eltern und zuweisende Einrichtungen.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Der Ausbau der Versorgung und die deutlich verbesserte Angebotslage trifft auf eine in weiten Teilen auf Erwachsenenpsychotherapie abgestimmte Versorgungslandschaft, in der es mehr Versorgungsvereine und Institutionen mit Kassenverträgen gibt. Diese folgen einer vollkommen unterschiedlich gewachsenen Struktur und Systemlogik, die miteinander nur schwer vergleichbar sind und nur mühsam den Anforderungen der Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entgegenkommen. Es gibt Regionen, in denen die Einbeziehung des Bezugssystems (Elternbegleitung) und die Arbeit mit dem Netzwerk des Kindes selbstverständlich als integraler Bestandteil jeder psychotherapeutischen Behandlung mit Kindern gesehen und bezahlt wird, es gibt aber auch Regionen, in denen genau diese Tätigkeit nicht oder nur völlig unzureichend finanziert wird. Es besteht ein Ost-West Gefälle, das mehr als 20 Euro Honorarunterschiede pro Therapieeinheit mit sich bringt. Nicht wirtschaftliche Preise lassen Einsparungen in der Qualität befürchten. Das beginnt bei der Praxisausstattung und endet in der Zeit für Vernetzung und Fallbesprechungen. Tätigkeiten, die im Stundensatz eingerechnet sein sollten, wie die Arbeit an der Schnittstelle zu anderen

Professionen bei der Übernahme und Weiterleitung, fallen sukzessive heraus. Masse statt Qualität, gegen diesen Druck müssen sich immer mehr PsychotherapeutInnen wehren.

Warum es bisher trotzdem funktioniert hat, liegt an der geringen Anzahl der PatientInnen, die über die Sachleistung versorgt worden sind. Genau das soll und muss sich ändern, das geht aber nur, wenn auch die Vertragsbedingungen eine Psychotherapie ermöglichen, die den Kindern und Jugendlichen gerecht wird.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Eine gute Versorgung soll den Bedarf durch ausreichend Plätze decken, aber eben auch eine gute (!), qualitätsvolle Versorgung sein. Quantität und Qualität sollen sich miteinander weiterentwickeln. Die fachliche und wissenschaftliche Weiterentwicklung der Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie soll im Frühling 2019 in einer österreichweiten Fachtagung aufgezeigt werden.

Mag. Karl-Ernst Heidegger, MSc · Vizepräsident, Vorsitzender des Fachreferates für Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Der **Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)** ist die Berufsvertretung für die PsychotherapeutInnen. Auf der Website des ÖBVP finden Sie die Gesamtliste der PsychotherapeutInnen mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder und Jugendlichenpsychotherapie.
www.psychotherapie.at



Österreichisches Hebammengremium

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Frauen in Österreich können seit Jänner 2017 Hausbesuche einer Hebamme nach der Geburt als Kassenleistung in Anspruch nehmen, unabhängig davon, an welchem Tag nach der Geburt sie das Krankenhaus verlassen. Gesunde Frauen und ihre Neugeborenen sind in den Tagen und Wochen nach der Geburt zu Hause sehr gut aufgehoben. Besonders das frühe Wochenbett ist eine Zeit enormer körperlicher, seelischer und sozialer Veränderungen. Und wo könnte das besser gelingen als zu Hause, mit einer Hebamme an der Seite, die regelmäßig kommt, dadurch Sicherheit gibt und diese Sicherheit an das Neugeborene weitergeben kann? Davon profitiert auch der Rest der Familie. Ein zentrales Thema bei der Hebammen-Betreuung im Wochenbett ist die Ernährung des Babys. Hebammen beraten und unterstützen dabei, besonders beim Stillen. Wir wissen um die lebenslangen Vorteile für Kinder, die gestillt werden. Hebammenarbeit ist auch eine große Chance für Gewaltprävention, Möglichkeiten der Kindesvernachlässigung frühzeitig wahrzunehmen, posttraumatische Belastungsstörungen und postpartale Depressionen rechtzeitig zu erkennen, fachgerecht zu reagieren und sorgsam weiterzuleiten. Teenagemütter, Frauen in schwierigen sozialen Verhältnissen, geflüchtete Frauen, Migrantinnen, Frauen nach Totgeburten, Frauen nach Kaiserschnitt und Frauen mit Mehrlingen benötigen besonders viel Unterstützung.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

In einigen Bundesländern ist die Versorgung der Frauen und Kinder mit Kassenhebammen gut gesichert, in anderen leider nicht. Österreichweit sind knapp 2.300 Hebammen tätig, rund 230 von ihnen haben einen Kassenvertrag. Besonders wenige Kassenhebammen gibt es derzeit im Burgenland, in der Steiermark, in Vorarlberg und in Wien. Bedingt durch die immer früher werdende Entlassung aus dem Krankenhaus werden Frauen oft überrascht,

finden keine Kassenhebamme mehr und sind in der ersten sensiblen Zeit allein gelassen. Die Landesgeschäftsstellen des Hebammengremiums führen mit den Krankenkassen in den betroffenen Bundesländern laufend Gespräche, damit weitere Kassenverträge abgeschlossen werden.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Als Mitglied der Steuerungsgruppe »Mutter-Kind-Pass NEU« werden wir uns dafür einsetzen, dass die Leistungen von Hebammen den Frauen auch in der Schwangerschaft besser zugänglich sind. Zurzeit ist eine Hebammen-Beratung in der 18.-22. SSW im Mutter-Kind-Pass enthalten. Wir setzen uns dafür ein, dass die Schwangere bei einer physiologisch verlaufenden Schwangerschaft mehr Möglichkeiten bekommt, Hebammenleistungen auf Kassenkosten in Anspruch zu nehmen.

Johanna Sengschmid · Hebamme und Vorstandsmitglied

Das **Österreichische Hebammengremium (ÖHG)** ist die gesetzliche Standesvertretung aller rd. 2.300 in Österreich tätigen Hebammen, unabhängig davon, ob sie freiberuflich tätig oder in Krankenhäusern angestellt sind. Darüber hinaus setzen sich die gewählten Vertreterinnen für gesundheitspolitische Anliegen ein. Grundlage der Tätigkeit des ÖHG ist das Hebammengesetz aus dem Jahr 1994, in der geltenden Fassung. wien.hebammen.at



Physio Austria - Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Das Jahr 2017 war für das fachliche Netzwerk »Physiotherapie in der Pädiatrie« von einem Prozess der Reorganisation geprägt. Der Neustrukturierung vorangegangen waren eine Umfrage und Tiefeninterviews unter pädiatrisch tätigen PhysiotherapeutInnen. Die regionale Präsenz von NetzwerkvertreterInnen und zu wenige spezifische Fortbildungen für die vielfältigen Fachgebiete innerhalb der Pädiatrie wurden als Herausforderung identifiziert.

Ein Höhepunkt des Jahres 2017 war die Veröffentlichung der Dezember-Ausgabe der Zeitschrift Inform mit dem Schwerpunktthema »Kinder und Physiotherapie«. www.physioaustria.at/inform

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Um körperlich und seelisch gesund aufwachsen zu können, braucht ein Kind zusätzlich zu einem geborgenen, liebevollen Zuhause auch einen ausreichend stimulierenden und sicheren Bewegungsraum. Vor allem in den ersten Lebensjahren benötigt es Menschen in seinem Umfeld, die es beim spielerischen Entdecken der Welt unterstützen.

In unserer Gesellschaft haben es Kinder aller Altersgruppen schwer, ihren angeborenen Bewegungsdrang auszuleben. Schon früh und viel zu lange werden Kinder zum Beispiel in Wippen oder Laufwägen platziert. Später – in Bildungseinrichtungen – steigt die Zahl der Stunden, die sie im Sitzen verbringen, massiv an.

Familie, Gesellschaft und Politik müssen bemüht sein, die Ressource der frühkindlichen Bewegungsfreude zu erhalten und nicht zu behindern. In Bildungseinrichtungen muss Bewegung in den Alltag integriert und nicht in den leistungsorientierten Sport ausgelagert werden. Denn Bewegung mit Gleichaltrigen ist einer der gesundheitsförderlichsten Faktoren für ein gesundes Aufwachsen.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Auch 2018 wird Physio Austria an diversen gesundheitspolitisch und versorgungstechnisch relevanten Gremien partizipieren.

Mitte 2018 startet die Eintragung aller PhysiotherapeutInnen in das Gesundheitsberuferegister, das erstmals alle berufsberechtigten PhysiotherapeutInnen erfassen wird. Ab Mitte 2019 ist mit absoluten Zahlen zu rechnen. Vorgesehen ist, Daten aus der Registrierung auch für die bessere Planung der Gesundheitsversorgung zu nutzen.

Innerhalb des fachlichen Netzwerks »Physiotherapie in der Pädiatrie« von Physio Austria wird der begonnene Prozess der Neustrukturierung weitergeführt werden.

Christa Timmerer-Nash · Mitglied fachliches Netzwerk Physiotherapie in der Pädiatrie von Physio Austria

Physio Austria ist der Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs. Wir setzen uns für optimale Gesundheitsversorgung, kompetente Informationsvermittlung und Qualitätssicherung im Bereich der Physiotherapie ein. Mitgliedern stehen wir in rechtlichen und berufspolitischen Fragen beratend zur Seite.
www.physioaustria.at

pikler-hengstenberg-gesellschaft

Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft Österreich

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Die gemeinsame Vorbereitung des von 4.-7. April 2018 in Budapest stattfindenden Internationalen Pikler®-Symposiums mit dem Thema: »Beobachten um zu verstehen: Das kleine Kind kennenlernen – die Bedeutung der Beobachtung in der Pikler®-Pädagogik«. Es wurde von 500 TN aus 50 Nationen besucht.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

1. Mit der Ausbildung für Pikler®-Kleinkindpädagogik ist es uns ein Anliegen, bei KrippenpädagogInnen ein Bewusstsein dafür zu wecken, welche Bedingungen es braucht, damit die frühe Betreuung von kleinen Kindern entsprechend qualifiziert angeboten werden kann. Hierfür sehen wir es als unabdingbar an, beim Eintritt eines Kindes in den ersten Lebensjahren in eine Betreuungseinrichtung den Eingewöhnungsprozess so zu gestalten, dass sowohl Kinder als auch deren Eltern diesen Übergang ohne seelische Verletzungen bewältigen können, sodass Bindungssicherheit und Explorationsfreude bewahrt werden.

Dazu haben wir auch die Pikler®-Konvention für die Rechte der Kinder in der Krippe verfasst.

2. Mit der Pikler®-Ausbildung qualifizieren wir auch angehende Pikler®-Eltern-Kind-Gruppenleiterinnen dahingehend, Eltern und ihre kleinen Kinder nach der Geburt in ihrem Miteinander vertraut werden hilfreich zu unterstützen. Dabei ist es uns ein Anliegen, Eltern für die Entwicklungsbedürfnisse und -aufgaben ihrer Kinder durch gemeinsames Beobachten so zu sensibilisieren, dass sie sowohl deren Selbstständigkeitsbestrebungen wahrnehmen lernen als auch sich ihrer elterlichen Führungsverantwortung bewusst werden können. Auf diese Weise sind wir bestrebt, Kindern schon in den frühen Lebensjahren wichtige Möglichkeiten zu eröffnen, um eine stabile Persönlichkeit entwickeln zu können und Eigenverantwortlichkeit durch

Erfahrungen mit Selbstregulation und Kooperation zu erlangen.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Wir organisieren die 3. Pikler-Krippentagung, die von 23.-25.5.2019 in Salzburg stattfinden wird, mit dem Thema »Was braucht das kleine Kind, um sich in der Krippe wohlfühlen?«.

Wir arbeiten gemeinsam mit der Pikler-Krippen-Arbeitsgemeinschaft in Budapest an einer Publikation zum Thema Eingewöhnung.

Mag.a Daniela Pichler-Bogner · Obfrau

Die **Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft** beschäftigt sich auf unterschiedlichen Ebenen mit der Verbreitung der Pikler®-Pädagogik: * Die Pikler®-Ausbildung ermöglicht Interessierten, sich für die Arbeit mit kleinen Kindern und Eltern zu spezialisieren, um durch Pikler®-Spielraum-Gruppen Eltern und ihre Kinder von 0-3 Jahren zu unterstützen sowie um als Pikler®-KleinkindpädagogIn in Krippen den frühkindlichen Bedürfnissen gerecht zu werden. * Durch pädagogische Reflexion mit Fachleuten und Familien.
www.pikler-hengstenberg.at



RAINBOWS

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Ein Schwerpunkt war die Umsetzung des neuen Konzepts der RAINBOWS-Gruppe und des überarbeiteten Methodenkompendiums für von der Trennung ihrer Eltern betroffene Kinder. Weiters hat zum ersten Mal die Ausbildung zur RAINBOWS-TrauerbegleiterIn stattgefunden. Diese ist auf äußerst positive Resonanz bei den TeilnehmerInnen gestoßen. Ein Meilenstein war auch die Implementierung eines Zeiterfassungstools für alle MitarbeiterInnen.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Zu den größten Risikofaktoren für seelische Gesundheit zählen Armut, Vernachlässigung, psychisch kranke, drogen- und/oder alkoholabhängige Eltern sowie Erfahrungen mit Misshandlungen aller Art. Weitere Risikofaktoren sind anhaltende extreme Stressbedingungen wie chronische Krankheiten, Behinderungen, die Trennung/Scheidung der Eltern oder der Tod einer Bezugsperson. Aber auch traumatische Erfahrungen wie Naturkatastrophen, Kriegserlebnisse und Erleben von (sexueller) Gewalt sind Risikofaktoren.

RAINBOWS begleitet und unterstützt Kinder, die die Trennung ihrer Eltern oder den Tod eines nahestehenden Menschen bewältigen müssen. Beides – sowohl die elterliche Trennung, als auch ein Todesfall – stellt für jedes Kind ein kritisches Lebensereignis dar, welches ein Risiko für die seelische Gesundheit sein kann. Die erfolgreiche Bewältigung bzw. Anpassung an die neue Lebenssituation ist abhängig vom Zusammenwirken der vorhandenen Schutz- bzw. Risikofaktoren. Die Angebote von RAINBOWS sind resilienzfördernd und tragen dazu bei, dass ein adäquater Umgang mit Trennungs- und Verlusterlebnissen sowie die Artikulation aller Gefühle, wie z.B. von Trauer, Wut, Angst, Zorn, Schuld und Verzweiflung möglich wird. Dadurch wird die Voraussetzung für die Be- und Verarbeitung der neuen Lebenssituation möglich, und das Risiko für die seelische Gesundheit reduziert.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Im Jahr 2018 liegt der Fokus auf der Überarbeitung des Konzepts der Begleitungen bei Tod sowie in der Erstellung eines umfassenden Methodenwerkzeugs für die Trauerbegleitung. Wir bieten auch erstmals eine Trauergruppe für Eltern an, um so indirekt die Kinder zu unterstützen. Einen wichtigen Stellenwert nimmt auch die Medienarbeit ein – es ist RAINBOWS ein Anliegen in der Öffentlichkeit stärker präsent zu sein, um auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen nach Trennungs- und Verlusterlebnissen aufmerksam zu machen.

Mag.a Dagmar Bojdunyk-Rack · Geschäftsführerin

RAINBOWS begleitet Kinder und Jugendliche nach der Trennung oder Scheidung der Eltern oder dem Tod eines nahestehenden Menschen. Wir stärken die Kinder und unterstützen sie bei der Annahme der veränderten Familiensituation.

www.rainbows.at



Rudolf Ekstein Zentrum - Sonderpädagogisches Zentrum für integrative Betreuung

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Das Schulautonomiegesetz und die damit angekündigte allgemeine Auflösung aller Zentren für Inklusiv- und Sonderpädagogik forderten unsere Stellungnahmen und das Aufmerksam-Machen auf langjährige, erprobte Strukturen theoriegeleiteter Begleitung von Kindern mit erheblichen emotionalen und sozialen Problemen im Wiener Schulsystem.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Externale Risikofaktoren:

- Unversorgtheit des Kindes (z.B.: Ausfall der Bezugspersonen wegen Krankheit/stationärer Unterbringung/Inhaftierung/Tod, unbegleitet eingereiste Minderjährige)
- Gefährdung des Kindes (z.B.: Vernachlässigung, Verwahrlosung, psychische/psychische/sexuelle Gewalt in der Familie)
- Erziehungsschwierigkeiten der Eltern (z.B.: Erziehungsunsicherheit, Erziehungsdivergenz der Eltern, unangemessene Verwöhnung)
- Belastungen des Kindes durch Problemlagen der Eltern (z.B.: psychische/psychische Erkrankung/Behinderung, Suchtverhalten, Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)
- Belastungen des Kindes durch familiäre Konflikte (z.B.: Partnerkonflikte, Trennung/Scheidung, Patchworkfamilie, kulturelle Anpassungsschwierigkeiten, Geschwisterrivalität)
- Lebensstil (z.B.: unstrukturierte Freizeit, Konsum von Mediengewalt/Medienverwahrlosung, deviante Peergruppen)

Internale Risikofaktoren:

- Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes (z.B.: sprachliche/motorische Entwicklungsverzögerung, Teilleistungsschwäche, Sprachstörung)
- Körperliche Symptomatik des Kindes (z.B.: Diabetes, Epilepsie, Schlafstörungen, Somatisierungen, Tics, einnässen/einkoten, Essstörung, Drogenmissbrauch)

- Schulische Probleme des Kindes (z.B.: Konzentrationsprobleme, ADS/Hyperaktivität, schulvermeidendes Verhalten/Schwänzen, Über- oder Unterforderung, Lern- und Leistungsverweigerung, Legasthenie, Dyskalkulie)
- Diagnosen/Befunde; Festgestellte Auffälligkeiten, bereits vorhandene klinische Diagnosen bzw. Befunde (z.B.: Autismus, ADHS, reaktive Bindungsstörung, emotionale Störung)

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Die Qualitätssicherung unserer Arbeit im Wiener Pflichtschulsystem muss im Zuge zu erwartender und noch nicht konkretisierter Umsetzungsschritte des Schulautonomiepakets sowie der Grundschulreform sichergestellt bleiben; daher beschäftigen wir uns damit, einen Überblick über entsprechende Möglichkeiten zu behalten.

Im Oktober 2018 gibt es Anlass zu feiern: »20-Jahre Namensgebung Rudolf Ekstein Zentrum«.

Mag.a Waltraud Perkonig · Mitglied der Steuerungsgruppe des REZ

Das **Rudolf Ekstein Zentrum** unterstützt Kinder und Jugendliche mit erheblichen emotionalen und sozialen Problemen im schulischen Umfeld bei der Bewältigung ihrer emotionalen und sozialen Probleme mit dem Ziel, ihr Vertrauen in sich selbst zu stärken, ihre Persönlichkeit zu entfalten und ihre kognitiven Fähigkeiten zu nützen.

www.rez.at



SPORTUNION Österreich

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

In der Zielgruppe 6-10-Jährige lag der Schwerpunkt auf dem Gesundheitsprogramm »UGOTCHI - Punkten mit Klasse« für Volksschulen, das 2018 in Kooperation mit dem Bewegungsprogramm Vital4Brain durchgeführt wurde. Dabei ermutigten wir 55.000 Kinder zu mehr Bewegung und einem gesunden Lebensstil.

Für die Altersgruppe 11-19-Jährige wurde das Projekt U-Tour weiter verbessert. Hier liegt der Fokus auf der Entwicklung von Schul- und Vereinsk Kooperationen. Die Jugendlichen lernen neue Handlungsmöglichkeiten für ihre Freizeitgestaltung kennen und bekommen Möglichkeiten, soziale Kontakte zu knüpfen.

Im Schuljahr 2016/17 wurde erstmals die »Tägliche Bewegungs- und Sporteinheit« in Form eines Pilotprojekts im Burgenland in Angriff genommen und im Schuljahr 2017/18 mit unterschiedlichen Umfängen auf die anderen Bundesländer ausgerollt. Dabei wurden mit maßgeblichen Anteilen der SPORTUNION viele 6-14-Jährige in der Schule mit spannenden Inputs bewegt.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Bewegung und körperliche Aktivität sind wichtige Einflussfaktoren für ein gesundes Aufwachsen. Bewegungsmangel bzw. das Nicht-Erreichen der Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche zeichnet sich über die letzten Jahre auch immer stärker in Österreich ab, vor allem auch durch den verstärkten sitzenden Lebensstil.

Insgesamt gesehen werden die Vorteile von körperlicher Aktivität unterschätzt.

Bei der SPORTUNION, mit ihren rund 4.370 Vereinen, wird ein großer Beitrag zum Wohlbefinden der österreichischen Bevölkerung geleistet. Insgesamt werden 320.000 Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren bewegt. Soziale Beziehungen haben eine entscheidende Wirkung auf die Gesundheit und genau diese werden im aktiven Vereinsleben

gepflegt. Die aktive Mitgliedschaft im Sportverein in der Jugend trägt unter anderem zur Eingliederung in die Gesellschaft bei (und schützt Jugendliche davor auf die schiefe Bahn zu geraten) und stärkt des Weiteren das Selbstvertrauen von Jugendlichen, insbesondere von Mädchen. Sportvereinsmitglieder sind mit ihrem Leben zufrieden(er).

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Auch 2018 wird die SPORTUNION durch gute Basisarbeit in den Vereinen Kinder und Jugendliche durch Bewegung, Spiel und Sport gesund halten und durch ihre bundesweiten Projekte (UGOTCHI, Kinder gesund bewegen, U-Tour, Tägliche Bewegungs- und Sporteinheit) versuchen, maximal vielen Kindern und Jugendlichen einen positiven und ganzheitlichen Ansatz zu Gesundheit zu vermitteln.

Mag. Thomas Mlinek, MBA · Leitung Sportabteilung

SPORTUNION Österreich Wir sind eine der drei Sportdachverbände in Österreich. Mit über 924.000 Mitgliedern in rund 4.370 Vereinen übernehmen wir eine tragende Säule des Sports in Österreich. Als Breitensportorganisation bekennen wir uns zur Förderung von Sport und Bewegung in der österreichischen Gesellschaft.

www.sportunion.at/de



Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Wie jedes Jahr war die Weltstillwoche Anfang Oktober die Aktionswoche für den VSLÖ. Diesmal hatten wir unsere Plakataktion gemeinsam mit der ÖGKJ. Unser beliebter Entwicklungskalender, das Begleitheft für das 1. Lebensjahr, das neben Stillwissen auch Tipps für den Beikostbeginn und die WHO-Gewichtskurven enthält, ging in die 2. Auflage. Unsere »Visitenkarte« – die VSLÖ-Umhängetasche – wurde erstmals verteilt. Unser Augenmerk lag auch auf verstärkter Öffentlichkeitsarbeit und Presseaussendungen. Im November hielten wir den VSLÖ-Stillkongress ab, bei strahlendem Herbstwetter am Ossiachersee in Kärnten und mit dem Fokus auf schwierige Stillsituationen mit dem Titel »Besondere Bedürfnisse Stillen«.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Kinder haben ein Recht auf gesunde Ernährung, Förderung und eine gesunde Bindung zu ihren Bezugspersonen. Dies wird durch Stillen und die Einhaltung des Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten gefördert. Aggressives Marketing der Lebensmittelindustrie, das dem WHO Kodex nicht entspricht, ist hier kontraproduktiv. Mangelnde Stillunterstützung bereits in der Schwangerschaft und fehlende Honorierung der Stillberatung von IBCLCs durch die gesetzliche Krankenversicherung verhindern, dass die vielen positiven Effekte der Muttermilch für das Kind, die Mutter, die Familie und die Gesellschaft wirklich allen Gesellschaftsschichten zugutekommen.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Wir arbeiten weiter an der Verbreitung der Information, dass Muttermilch DIE natürliche Ernährung für den Säugling ist. Die Fortbildungsorganisation reicht schon weit ins Jahr 2019 hinein, aber der derzeitige Arbeitsschwerpunkt ist die Organisation des Europäischen Stillkongresses in Wien im Herbst 2018 gemeinsam mit dem Europäischen Institut für Stillen. Die neuen Plakate für die Weltstillwoche 2018 sind gerade in Verteilung bzw. können unter info@stillen.at bestellt werden. Für Fachpersonal wird als Überraschung eine praktische Hilfe für die tägliche Arbeit mit Stillenden verteilt werden!

Elisabeth Schlögl · Vorstandsmitglied

Der **Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs (VSLÖ)** ist der Berufsverband der Still- und LaktationsberaterInnen IBCLC (International Board Certified Lactation Consultants), setzt Akzente zur Stillförderung, wie z.B. Bildungsangebote und Öffentlichkeitsarbeit und setzt sich für die Anerkennung und Honorierung von Stillberatung im Gesundheitswesen ein.

www.stillen.at



Wiener Hilfswerk (Spielothek & Kinderbetreuung)

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

- Spielothek - Freizeiteinrichtung für Kinder mit und ohne Behinderung von 0-12 Jahren und deren Familien.
- Das Angebot der Eltern-/Vernetzungs- und Schwerpunktgruppen wurde erweitert und ebenso gab es einen Ausbau der »Offenen Spieletage«.
- Kinderbetreuung (Tagesmütter/-väter, Kindergruppe)
- Die Bildungsschwerpunkte 2017 lagen bei gesundheitlichen Themen sowie bei pädagogischen Spiel- und Lernangeboten für unter dreijährige Kinder.
- Neu umgesetzt wurde auch ein Fortbildungsformat in kleinerem Rahmen.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Spielothek: Mögliche spezielle Belastungsfaktoren im Alltag mit Kindern mit Behinderung können Gefühle von Enttäuschung und Trauer, Schuldgefühle, Unzufriedenheit mit vorhandenen Angeboten, Bewältigung von Pflegeaufgaben und finanzielle Belastungen sein.

Die mangelnden Ressourcen können sich auch negativ auf die Eltern- Kind Beziehung und entwicklungsfördernde Interaktionen auswirken. Umso wichtiger erscheinen Angebote, die die familiären Ressourcen stärken, wie jene der Spielothek.

Kinderbetreuung: Ein Risiko für unsere Zielgruppe in der Kinderbetreuung (Kinder 0 - ca. 3,5) sind Vorkommnisse häuslicher Gewalt, Trennungen der Eltern und familiäre Situationen, wo aus unterschiedlichsten Gründen kindliche Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Damit die Tagesmütter/-väter in solchen Fällen bestmöglich unterstützt sind, die Kinder kompetent zu begleiten, gibt es eine enge Zusammenarbeit mit der Fachberaterin. Bei Bedarf wird auch die Vernetzung zu fach einschlägigen Einrichtungen genutzt.

Wichtige Instrumente auch auf präventiver Ebene sind entsprechende Fortbildungen, das laufende Supervisionsangebot und gute strukturelle Rahmenbedingungen.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Spielothek: Geplant ist weiterhin ein Aufbau der Vernetzungsmöglichkeiten, ebenso ist in Kooperation mit der Integration Wien ein Nachmittag zum Erfahrungsaustausch für Familien geplant.

Kinderbetreuung: Ein Schwerpunkt liegt bei den Fortbildungen der Tagesmütter/-väter und Kindergruppenbetreuerinnen in der Beobachtung kindlicher Entwicklungsschritte sowie der Dokumentation.

*Kollerics Doris, BA · Einrichtungsleitung Spielothek
Mag.a Lisa Haasbauer · Fachberatung Abteilung Kinderbetreuung*

Das **Wiener Hilfswerk** ist eine gemeinnützige Organisation, die mit ihren sozialen Dienstleistungen Menschen unterstützt. Diese reichen von Pflege und Betreuung zu Hause über Tageszentren und SeniorInnenwohngemeinschaften bis hin zu Kinderbetreuung, Nachbarschaftszentren, Freizeiteinrichtungen für Menschen mit Behinderung, Arbeitslosenintegration, Sozialmärkten und sozial betreuten Wohnhäusern.
www.hilfswerk.at/wien



Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH (Die Zentren für Entwicklungsförderung)

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Die Stabilisierung der Teams der vier Zentren für Entwicklungsförderung (ZEFs) stellte einen großen Schwerpunkt dar. Trotz der hohen Personalfluktu- ation konnte die Zahl der betreuten Kinder und der verschiedenen Therapieangebote gesteigert werden.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Die Entwicklung eines gesunden Selbstbewusst- seins und eines Verantwortungsbewusstseins sich selbst und der Umwelt gegenüber sollte zu den wes- entlichsten Zielen in der Erziehung eines Kindes gehören. Alle Kinder wollen die Freude über ihre Selbstwirksamkeit sowie über ihren Anteil an einem gelungenen Miteinander spüren. Dafür brauchen sie Zeit, Raum, Empathie und geduldige Begleitung.

Es benötigt in sich ruhende Erwachsene, die ge- duldig diesen Weg begleiten. Es benötigt Zeit für Kontaktangebote, Kommunikation und gemeinsa- me Sprache. Es benötigt Zeit für gemeinsames Spiel und Bewegung. Es benötigt den Glauben an die Fähigkeiten eines Kindes. Es benötigt Vorbilder. Es braucht frohe und neugierige Erwachsene, die Lust am Erkunden ihrer Umwelt und an Gemeinschaft zeigen und diese Lust an ihre Kinder weitergeben. Es benötigt Erwachsene, die nicht selbst an Orientie- rungslosigkeit und Erschöpfung leiden. Es benötigt Erwachsene, die gestärkt in ihrer Persönlichkeit sind, die selbstverantwortlich sind und in Krisensituatio- nen des Lebens ein Netz an Unterstützung finden können.

Das größte Risiko für eine nicht gelingende Ent- wicklung einer gesunden Persönlichkeit bei unseren Kindern liegt meines Erachtens in der Rat- und Ori- entierungslosigkeit einer Elterngeneration, der die Sprache mit ihren Kindern fehlt, die keine Zeit, Kraft oder Ideen mehr hat, sich den Herausforderungen der Entwicklung eines Kindes zu stellen. Die selbst oft keine Freude und Lust mehr am Miteinander mit ihren Kindern empfinden kann, weil sie müde und überfordert ist. Die die Bedürfnisse ihres Kindes

nicht mehr erkennen und differenzieren kann und sie statt mit Kommunikationsangeboten mit Ange- boten aus Industrie und Technik ruhigstellt. Die oft isoliert lebt und selbst kein Regulativ oder erfüllendes Beziehungsangebot in ihrer Kindheit erlebt hat. Die kulturell entwurzelt und durch das Überangebot im Gastland verunsichert ist oder einfach nur nicht auffallen will. Wir sollten bei den Eltern beginnen.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Durch das Setzen von Schwerpunkten ist es unser Ziel, unsere Kapazitäten effizient den Bedürfnissen unserer KlientInnen anzupassen.

Einen Höhepunkt stellt am 14.12.2018 unsere Jubilä- umsfeier dar, der wir eine Tagung zum Thema Kom- munikation und Sprache widmen.

Dr.in Konstanze Sinko-Sanz · Ärztliche Leiterin ZEF11

Die **Zentren für Entwicklungsförderung der Wie- ner Sozialdienste** an 4 Standorten betreuen kosten- frei von Entwicklungsauffälligkeiten betroffene Kinder im Alter von 0-10 Jahren und ihre Eltern durch ein multiprofessionelles Team aus funktionellen Therapie- tInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, Psychotherapeu- tInnen und SozialarbeiterInnen.

www.wiso.or.at



Wiens mobiles Kinderhospiz und Kinderpalliativteam MOMO

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Wiens mobiles Kinderhospiz und Kinderpalliativteam MOMO begleitet lebensverkürzend und lebensbedrohlich erkrankte Kinder und ihre Familien zu Hause – medizinisch, pflegerisch und psychosozial. Seit Dezember 2017 koordiniert eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (Kinder- und Jugendlichenpflege) das multiprofessionelle Kinderpalliativteam und bietet professionelle Pflege an. Für MOMO ist eine Klinische und Gesundheitspsychologin, und seit Mai 2018 zudem eine Psychotherapeutin (in Ausbildung unter Supervision) im Einsatz. Neu ist auch unser Standort: Das MOMO-Team ist nun in der Schulgasse 43, 1180 Wien erreichbar.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Die Diagnose einer lebensverkürzenden Erkrankung eines Kindes ist ein traumatisierendes Ereignis, das sich auf das gesamte familiäre System auswirkt. Betroffene Familien erleiden einen doppelten Verlust. Sie verlieren ein Kind und müssen sich von Träumen und bestimmten Vorstellungen verabschieden. Dadurch kommt es oft zu einer Veränderung des Alltags und zu Änderungen in der Geschwisterkonstellation und Verhaltensänderungen der Eltern. Mama und Papa haben plötzlich keine Zeit mehr für Geschwister und sind traurig; ein Kind nässt wieder ein, ist aggressiv oder hat Schulprobleme oder innerhalb der Familie ist keine offene Kommunikation möglich. Es gibt eine Vielzahl an offenen Fragen und Herausforderungen, mit denen betroffene Familien konfrontiert sind. MOMO unterstützt unter anderem mit Entlastungsgesprächen, Kriseninterventionen, offener Kommunikation über Krankheit, Gefühle, Leben und Sterben sowie Trauerbegleitung nach dem Tod des Kindes.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Seit dem Start im März 2013 betreute MOMO bereits über 220 Familien und laufend erreichen das Team neue Betreuungsanfragen. Um jedem schwerstkranken Kind und jeder Familie bestmöglich helfen zu können, wird das MOMO-Team auch weiterhin bedarfsorientiert wachsen. Die umfassende Hilfe durch das MOMO-Team ist kostenlos. MOMO erhält nach wie vor keine öffentlichen Förderungen und braucht dringend Unterstützung, um diese wichtige Hilfe anbieten zu können.

Mag.a Nina Hollinger · Öffentlichkeit und Fundraising

Wiens mobiles Kinderhospiz und Kinderpalliativteam MOMO hilft, wenn Familien ihre schwerkranken Kinder und Jugendlichen zu Hause betreuen. MOMO bietet die notwendige Unterstützung: medizinische Versorgung, professionelle Pflege, physiotherapeutische Behandlung, psychologische Betreuung, sozialarbeiterische Begleitung sowie ehrenamtliche Hospizbegleitung. MOMO kooperiert mit mobilen Kinderkrankenpflege-Diensten sowie mit niedergelassenen ÄrztInnen und Spitälern. Die Begleitung ist für betroffene Familien kostenlos.
www.kinderhospizmomo.at



ZOI Tirol - Gemeinnütziger Verein für Begleitung und Ausbildung

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Gut besuchte Weiterbildungsangebote (Emotionelle Erste Hilfe-EEH), ein erfolgreicher Fachtag »Körperwissen und Bindung« und der Beginn eines neuen Frühe Hilfen Projektes (Nachbetreuung nach belasteter Geburt in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Kufstein).

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

- Armut
- zu wenig Wertschätzung für das Kind und seine Eltern in der Gesellschaft (z.B. einseitig an wirtschaftlichen Interessen orientierte Zeitstruktur; keine angemessene Bezahlung in Berufen, die mit der frühen Kindheit zu tun haben; große Nachteile für Mütter, die in den ersten Jahren ihre Kinder selbst versorgen)
- Stress in der Schwangerschaft (z.B. teilweise unnötige Verunsicherung durch Vorsorge-Untersuchungen)
- unzureichende Fürsorge für Mutter und Baby im Wochenbett (z.B. zu wenig Hebammen, um Mütter nach der Geburt adäquat betreuen zu können)
- zu spät erkannte oder unversorgte postpartale Depression der Mutter
- Trennung von Mutter und Kind (z.B. Bindungsabbrüche, Hospitalisierung, Fremdunterbringung ohne bindungsorientierte Eingewöhnung)
- zu wenig selbstregulierte Autonomie für Baby und Kleinkind (z. B. Schaffung von Gelegenheiten, in einer vertrauten Atmosphäre in eine Tätigkeit »einzutauchen«, sich frei zu bewegen, spontan mit anderen Kindern zu spielen und selbständig Konflikte zu lösen)

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

- Der Fachtag »Kaiserschnitt: Gebärfähigkeit adé? Wie die Emotionelle Erste Hilfe dabei wirken kann« liegt inzwischen hinter uns und fand sehr großes Interesse.
- Unser Frühe Hilfen Projekt wird fortgesetzt und begleitend evaluiert und auf dem Gynäkologie-Kongress in Salzburg vorgestellt.
- Viele Seminare der beiden Ausbildungsphasen für EEH sind bereits ausgebucht. In Wien werden – von uns organisiert – erste Seminare für EEH angeboten.

Dipl. Päd. Ursula Henzinger · Obfrau und Organisationsleiterin

ZOI Tirol wendet sich mit berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildungsangeboten für Bindungsförderung und körper- und bindungsorientierte Krisenintervention an Fachpersonen, die rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit tätig sind.

www.zoi-tirol.at



Beiträge fördernder Mitglieder



Caritas der Erzdiözese Wien

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Familienhilfe

Die Familienhilfe hat zusätzlich zu ihrem herkömmlichen Angebot, Familien in akuten und außergewöhnlichen Krisensituationen zu unterstützen, nun auch ein Angebot, das wiederkehrende krisenhafte Entwicklung abfängt. Familienhilfe Langzeitbetreuung wird derzeit im Magistrat Wiener Neustadt angeboten.

Sozialberatung Wien

Die Sozialberatung Wien bietet Hilfe in Form von Beratung und Unterstützung bei der Suche nach Lösungen für finanzielle und existenzgefährdende Notlagen:

- Beratung und Information zu sozialrechtlichen Ansprüchen
 - Beratung zu staatlichen Ansprüchen und Leistungen
- Je nach Verfügbarkeit können Sachspenden und finanzielle Aushilfen gewährt werden.

Calimero - wir unterstützen wachsende Familien

Bei diesem Angebot der Frühen Hilfen unterstützen und begleiten geschulte Freiwillige junge Familien in der sensiblen Phase nach der Geburt eines Kindes. Die Freiwilligen unterstützen, um Überlastung und Erschöpfung zu verhindern. Seit 2017 wird das Projekt auch von der Caritas Salzburg angeboten.

Interkulturelle Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

Seit 2016 wird psychotherapeutische und psychologische Unterstützung für Flüchtlinge in den Familienzentren Wien, Wr. Neustadt und Baden angeboten, seit 2017 auch in Mistelbach.

Zielgruppe sind AsylwerberInnen, subsidiär Schutzberechtigte und anerkannte Flüchtlinge, die auf Grund traumatischer Erfahrungen in ihren Herkunftsländern oder auf der Flucht psychotherapeutische Unterstützung benötigen. Die Psychotherapie wird dolmetschgestützt durchgeführt. Die WGKK und die NÖGKK konnten als Vertragspartner gewonnen werden.

Muki (Mutter-Kind) Flex

Die flexible Kurzzeitunterbringung Muki Flex hat zum Ziel, Müttern mit Kindern in prekären Situationen rasch in der Wiener Wohnungslosenhilfe ein Auffangnetz zu bieten. Kinder können so vor Wohnungslosigkeit bewahrt werden.

MoKiT - Mobiles Kriseninterventionsteam

MoKiT ist ein Angebot für Kurzintervention und Clearing für AsylwerberInnen, die in Grundversorgungseinrichtungen betreut werden. Vor allem für die Zielgruppe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (umF) schließt MoKiT eine Angebotslücke. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sind besonders vulnerabel in Bezug auf ihre psychische Gesundheit. MoKiT fördert die Stabilisierung von Individuen und Wohngemeinschaften, beugt Krisen vor und unterstützt bei der Entwicklung von Zukunftsperspektiven.

Das Jugendcollege

Zielgruppe des Jugendcolleges sind beeinträchtigte und behinderte Jugendliche, die neu nach Wien zugewandert sind, nicht der Schulpflicht unterliegen und sich weder in Ausbildung noch in Beschäftigung befinden. Durch das modulare und individualisierte Angebot können Vorbildung, Vorerfahrung und Kompetenzen der Jugendlichen bedarfsorientiert gefördert und ein rascher Übertritt in das Regelausbildungssystem bzw. den Arbeitsmarkt gewährleistet werden.

Kleinkind-Wohngemeinschaft Laaerbergstraße

Diese WG ist auf Kleinkinder mit besonderen Bedürfnissen spezialisiert und bietet damit ein Versorgungskonzept für eine Zielgruppe, für die es keine ausreichenden Plätze bei Pflegeeltern gibt.

Inklusive Ganztagschule

Ein bestehender Hort für SchülerInnen mit Behinderungen und eine inklusive Schule wurden zu einer Ganztagschule umgewandelt, die auch in der Nachmittagsbetreuung inklusiv geführt wird.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Neben den notwendigen guten Bedingungen in der frühen Kindheit, sicherer Bindung und Bezugspersonen, welche die kindlichen Bedürfnisse erkennen und beantworten, ist die Integration in soziale Gruppen die wichtigste Herausforderung für die menschliche Entwicklung. Dies ist die Grundvoraussetzung, um sich gemäß Sigmund Freud, zu einem liebes-, glücks- und arbeitsfähigen Menschen zu entwickeln. Fehlende und nicht ausreichend finanzierte Angebote für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Psychotherapie, Ergo-, Logo- und Physiotherapie für Kinder mit chronischen oder psychischen Erkrankungen und besonderen Bedürfnissen, sowie Unterstützungsmaßnahmen für Jugendliche, die Schwierigkeiten beim Eintritt in das Regelbeschäftigungs- und Ausbildungssystem haben, stellen ein Entwicklungsrisiko dar.

Wo wird die Reise 2018 hingehen?

Das Mutter Kind-Haus Frieda ist durch die Förderung des FSW bis Juni 2019 gesichert und bietet jetzt auch ein Überbrückungswohnen für Mütter mit Kindern und sichert damit das Wohnen bis Anspruch auf eine Gemeindewohnung besteht.

Mit preWork konnte ein Angebot für sogenannten NEETs-(Not in Employment, Education or Training) geschaffen werden. Es besteht die Möglichkeit einer 6-monatigen Anstellung in Form einer Teilzeitbeschäftigung in einer Upcycling- und Designerwerkstatt. Ziel ist neben der Vermittlung zu Ausbildungs- oder Beschäftigungsangeboten, die Stabilisierung der Jugendlichen, durch Stärkung des Selbstvertrauens und Förderung der psychosozialen Gesundheit. Die Caritas der ED Wien beobachtet eine beunruhigende Entwicklung bei den unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Erlebte Traumatisierungen und drohende Abschiebungen bedeuten für unsere KlientInnen eine massive existentielle Bedrohung und psychische Destabilisierung. Suizide und Suizidversuche nehmen zu. Es ist mit einer weiteren Verschärfung zu rechnen, da einerseits die

Personalressourcen durch die rückläufige Auslastung in den Einrichtungen abnehmen und andererseits gleichzeitig die stabilisierenden Angebote wie MoKit nicht weitergeführt werden können. Das Bundesministerium Europa, Integration und Äußeres konnte nicht mehr von einer weiteren Förderung des Projektes überzeugt werden.

Doris Golliasch · Leiterin Familienzentrum Mistelbach

Der Kernauftrag der **Caritas** ist es, Not zu sehen und für jene Menschen einzutreten, die keine Stimme haben. Die Caritas hilft Menschen in Not in den Bereichen Pflege, Menschen mit Behinderungen, im Hospiz, in den Sozialberatungsstellen, im Einsatz für Flüchtlinge, für Familien in Not und Menschen, die von Obdachlosigkeit bedroht sind.
www.caritas-wien.at



OJAD - Offene Jugendarbeit Dornbirn

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Neben unserem breit gefächerten Programm der OJAD waren im Jahr 2017 Projekte zu den Themen Gesundheit, Mobbing- u. Gewaltprävention, Digitalisierung und Qualifizierung im Vordergrund. In diesem Zusammenhang sind folgende Projekte herauszuheben:

Gesundheitsprojekt rund um xund:

Es geht darum, Jugendliche zu unterstützen, dass sie ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit erlangen. Sie sollen motiviert werden, sich für eine gesunde Lebensführung zu entscheiden. Dazu hat die OJAD mit Jugendlichen eine Vielzahl an jugendgerechten Angeboten und Methoden entwickelt.

Mobbing- u. Gewaltprävention:

Seit geraumer Zeit arbeitet die OJAD eng mit den Pflichtschulen und der AHS im Raum Dornbirn zusammen. Zu den Angeboten zählen Workshops zu Themen wie Gewalt, Mobbing, Sexualität und Identität.

Digitalisierung:

Digitalisierung sowie die gegenwärtigen technologischen Entwicklungen haben die Informations- und Kommunikationsweisen sowie das soziale Miteinander, allen voran der Jugendlichen, grundlegend verändert. Um darauf zu reagieren, finden diese Veränderungen vor allem auch in der Jugendarbeit Berücksichtigung und neue Methoden und Ansätze werden in die Arbeit mit Jugendlichen integriert.

Qualifizierung:

Zu diesem Thema betreibt die OJAD die beiden Projekte JobAhoi und Albatros. Der Grundgedanke von Job Ahoi ist Jugendlichen zu vermitteln, dass Arbeit Spaß machen und dem Leben Sinn und Erfüllung geben kann. Sie sollen nach Phasen der Arbeitslosigkeit zu neuen Perspektiven ermutigt werden und das Gefühl bekommen, gebraucht zu werden. Zu den vorhandenen Beschäftigungsmöglichkeiten in der Boots- u. Designwerkstatt wurden zwei neue

Themengebiete adaptiert, nämlich eine niederschwellige Fahrradwerkstatt und die »OJAD-Farm«, wo Tiere den Kontakt zu anderen Menschen erleichtern.

Das Pflichtschulabschlussprojekt Albatros wurde um das sogenannte Präventionsprojekt *Denkbar* ergänzt. Hier stellt die OJAD Räume und Zeit zum Lernen unter professioneller Anleitung zur Verfügung und bietet Abwechslung zum Schulalltag für SchülerInnen aus unterschiedlichen Milieus.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Hauptsächliche Risikofaktoren für die seelische Gesundheit der Jugendlichen sind oft zu suchen bei Benachteiligungen im Bildungszugang und drohender Armut. Dabei geht es hauptsächlich um Perspektivenentwicklung in den Bereichen Qualifizierung, Beschäftigung und Bildung, dadurch werden auch Radikalisierungstendenzen entschärft bzw. abgewendet.

Bildung:

Die Zahl von »Frühen BildungsabbrecherInnen« und Jugendlichen ohne Pflichtschulabschluss nimmt aus den unterschiedlichsten Gründen (Verhaltensauffälligkeiten, mangelnde Integration, brüchige Familienstrukturen, etc.) zu. Jugendliche BildungsabbrecherInnen bzw. Jugendliche mit mangelhafter Basisbildung haben kaum Chancen auf einem immer differenzierter und ausbildungsorientierter werdenden Arbeitsmarkt. Der Weg in ein selbständiges, erwerbstätiges Leben ist damit gleich zu Beginn erschwert. Diese Problemlage verschärft sich durch die gegenwärtige Flüchtlingskrise. In den meisten Fällen müssen junge Geflüchtete Traumata überwinden, Sprachbarrieren bekämpfen und die Bildungs- und Berufsqualifikationen neu erwerben.

Qualifizierung:

Der erste Arbeitsmarkt war in den vergangenen Jahrzehnten einem weitreichenden Wandel unterzogen, der unter Stichworten wie Entstandardisierung, Flexibilisierung, Prekarisierung und Entsicherung diskutiert wird. Parallel dazu wächst der Pool aus

niedrig qualifizierten und schlecht bezahlten Jobs. Teilzeitbeschäftigung sowie prekäre Arbeitsverhältnisse (z.B. Leiharbeit) haben enorm zugenommen. Diese Veränderungen von Wirtschaftsstruktur und Arbeitsmarkt haben sich unmittelbar auch auf die Beschäftigungschancen von Frauen und jungen Menschen ausgewirkt.

Fast 19 Prozent betrug im Juni 2016 die EU-Arbeitslosenquote unter jungen Menschen bis 25 Jahre.

Perspektiven- und Identitätsentwicklung:

Die lebensweltlichen Rahmenbedingungen für Kindheit und Jugend haben sich im Zuge der Modernisierung unserer Gesellschaft in wesentlichen Belangen geändert. Unter den Vorzeichen einer weitgehenden Veränderung des Systems Familie, unter anderem in Hinblick auf neue Familienformen, und einer Neuorganisation der sozialräumlichen Bezüge stehen Jugendliche vor der Aufgabe von Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung, ohne dabei von mehr/minder fest gefügten Eckpfeilern (Ligaturen) angeleitet zu werden. Neue Arbeiten der Entwicklungspsychologie verweisen darauf, dass die Identitätsentwicklung zunehmend im Einflussbereich jugendlicher Gesellschaftsformen, z.B.: Peer Groups, Cliques oder Szenen, stattfindet. Demgegenüber nimmt der Einfluss von Eltern oder professionellen Erziehungsagenturen tendenziell ab.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Um den genannten Risikofaktoren entgegen zu wirken, entwickelt die Offene Jugendarbeit Dornbirn ständig innovative Projekte. Die im Jahr 2017 genannten Projekte werden ständig evaluiert und partizipativ mit Jugendlichen weiterentwickelt.

Kurt Nachbaur MSc · Stv. Geschäftsführer

Die **OJAD** steht für nachhaltige Verbesserung der persönlichen Lebenssituation Jugendlicher in Dornbirn. Sie operiert auf den Grundlagen des Empowerments (Stärkung der subjektiven Persönlichkeit) und versucht, die vorhandenen Potenziale und Ressourcen der jungen Menschen zu entdecken und zu fördern. Sie ist politisch, konfessionell und weltanschaulich unabhängig und arbeitet auf der Basis soziokultureller Animation, Freiwilligkeit und Partizipation.
www.ojad.at



Vorarlberger Kinderdorf gem. GmbH

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

- Herausgabe des Buches »Kindheit(en) in Vorarlberg« zur Aufarbeitung von Kindheitsgeschichten der letzten 70 Jahre
- Aktualisierung der Kinderschutzstandards, Neuentwicklung der Kinderschutzrichtlinie für die Einrichtung
- Familienimpulse (präventiver Fachbereich für Freiwilligenarbeit): Projektstart niederschwelliges Entlastungsangebot, bei dem sich Freiwillige für Familien mit Babys engagieren
- Netzwerk Familie (Frühe Hilfen): Bindungsfördernde Angebote (Baby ABC: SAFE und EPB), kommunales Präventionsprojekt (Gesunde Nachbarschaft – FamilienlotsInnen)
- Ambulanter Familiendienst: Angebot von Neurofeedback zur Unterstützung von Kindern mit der Diagnose ADHS, Fortbildung mit Dr. Hipp »Psychisch kranke Eltern und Elternschaft«, Therapeutische Kindergruppe für Kinder, die Gewalt erlebt haben
- Auffanggruppe (Stationäre Krisenbegleitung und Krisenpflegefamilien): Überdurchschnittlich viele Babys und Kleinkinder benötigten einen Platz in einer Krisenpflegefamilie
- Paedakoop (Wohngruppen, Lebensweltorientierte Betreuung und Schule): neues Angebot der Grundversorgung für Jugendliche, die kurzfristig eine »Bleibe« (Wohn-, Schlaf-, Waschmöglichkeit + Verpflegung) benötigen
- Pflegekinderdienst: Im Österreichvergleich große Anzahl an Pflegekindern, die in privaten Pflegefamilien untergebracht und fachlich begleitet werden.
- Dorf (Kinderdorffamilien, familiäre Wohngruppen, Ehemaligenbetreuung): Weitere Schulung aller MitarbeiterInnen in Traumapädagogik und Sexualpädagogik. Projekte mit den Kindern und Jugendlichen zur Gewaltprävention und Beziehungsintensivierung.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Kinder/Jugendliche und Familien erhalten immer wieder zu wenig präventive oder frühzeitige Hilfen, die im Sinne einer Entwicklungsförderung notwendig wären und ihnen auch ethisch-moralisch zustehen würden.

- Viele der von uns begleiteten Kinder/Jugendlichen und Familien erleben das Gefühl der Gleichgültigkeit und sogar Missachtung und Ablehnung. Sowohl privat in ihren engsten Beziehungen, aber auch gesellschaftlich-politisch durch »eine Politik der steigenden Kälte«.
- Einsparungen (wie die Herabsetzung der Mindestsicherung) gehen zu Lasten von sozial benachteiligten Kindern/Jugendlichen und speziell kinderreichen Familien. Diese Sparmaßnahmen gehen auch auf Kosten der Gesundheit, Bildung und gesellschaftlichen Teilhabe und reduzieren ganz konkret die Zukunftschancen dieser Kinder.
- Sehr viele der von uns betreuten Familien sind mehrfach belastet. Aufgrund mangelhafter Ausbildung und geringer Chancen auf dem Arbeitsmarkt leben viele von ihnen in Armut und schlechten Wohnverhältnissen. In einer hohen Zahl von Familien ist eine oder sind mehrere Personen körperlich und/oder psychisch krank.
- Nicht nur materielle Armut wird an Kinder weitervererbt, sondern ebenso das Risiko psychischer Erkrankungen. Mangelnde Teilhabe führt zu Einsamkeit und Scham für die genannten Lebensumstände. Beides lässt Familien an den Rand der Gesellschaft abgleiten.
- Wettbewerbsdenken und Leistungsorientierung in unserem Ausbildungssystem ab frühester Kindheit geben Kindern aus benachteiligten Familien kaum Chancen, mithalten zu können.
- Fehlende Werthaltungen und mangelhafte Vermittlung von Sozial- und Handlungskompetenzen lassen Kinder und Jugendliche alleine mit ihren Emotionen und Gefühlen und schlecht ausgerüstet für herausfordernde Lebenssituationen.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

- Fachliche Weiterentwicklung:
 - »Warum sich Frühe Hilfen lohnen – Armut und ihre Auswirkungen«, Mag. Schenk
 - »Psychisch kranke Eltern und Elternschaft + Einbezug der Familiengerichte – und Gerichtshilfen«, Dr. Hipp
- Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment (AMBIT) für die Zusammenarbeit mit schwer erreichbaren KlientInnen, Anna Freud Centre London (Bevington, D. & Fuggle, P.)
- Ausbau der universellen Frühe Hilfen im kommunalen Bereich: Projekt »Auf gesunde Nachbarschaft von klein auf«
- Dritte Erhebung von Belastungsfaktoren für Kinder/Jugendliche und Familien in Vorarlberg
- Wir setzen uns weiterhin auf allen Ebenen und mit aller Kraft für benachteiligte Familien und deren Kinder und Jugendliche in Vorarlberg ein.

Dr. Christoph Hackspiel · Geschäftsführer

Das **Vorarlberger Kinderdorf gem. GmbH** unterstützt Familien, in denen das Kindeswohl gefährdet oder beeinträchtigt ist. Für über 2900 Kinder, Jugendliche und deren Familien werden vielfältige, möglichst frühe Hilfestellungen geboten. In sieben präventiven, ambulanten und stationären Fachbereichen setzt sich das Vorarlberger Kinderdorf mit ganzer Kraft für Kinderschutz und Kinderrechte, die Stärkung von belasteten Familien und kindgerechte Lebensräume ein.
www.vorarlberger-kinderdorf.at



Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2017?

Die Vinzenz Gruppe betreibt derzeit in ihren Spitälern zwei Abteilungen für Allgemeine Kinderheilkunde (Barmherzige Schwestern Linz und Ried), eine hochspezialisierte Abteilung für Kinderurologie am Standort BHS Linz und eine Abteilung für Kinderorthopädie am Standort des Orthopädischen Spital Speising (Wien). Ergänzend dazu bereiteten wir 2017 den Aufbau einer neuen Kinderabteilung inklusive Neonatologie am Standort des St. Josef Krankenhauses (Wien) vor. Diese Abteilung wird Mitte 2018 in Betrieb gehen und die dann sehr große Geburtsabteilung unterstützen. Anfang 2019 werden am Standort St. Josef KH die beiden derzeitigen Geburtsabteilungen dieses Hauses und des Göttlichen Heiland Krankenhauses zusammengelegt und die Geburtsabteilung wird dann mit einer Anzahl von rd. 3.500 Geburten p.a. und der ergänzenden Neonatologie eines der größten Eltern-Kind-Zentren in Österreich darstellen.

Welche Faktoren bedeuten aus Ihrer Sicht ein Risiko für seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen?

Ein Thema, dass wir in den Spitälern der Vinzenz Gruppe in den letzten Jahren stärker in den Vordergrund gerückt haben, ist die Begleitung und Betreuung von Kindern und jugendlichen Angehörigen von SpitalspatientInnen, insbesondere bei schweren Erkrankungen der Eltern wie bspw. einer Tumorerkrankung. Eine schwere Erkrankung eines Elternteils mit all seiner Unsicherheit erzeugt eine enorme Belastungssituation für die betroffenen Kinder. Daher arbeiten in unseren Spitälern der Psychologische Dienst und die Krankenhausseelsorge, die in Ordenskrankenanstalten natürlich sehr stark vertreten ist, intensiv zusammen und bieten sowohl Einzelfallbetreuung als auch zum Teil die Möglichkeit zur Betreuung von Gruppen von betroffenen Kindern an.

Wo geht die Reise im Jahr 2018 hin?

Das Angebot zur Begleitung von Kindern und jugendlichen Angehörigen soll in unseren Häusern stärker ausgebaut werden. Im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien wurden dazu bspw. Sponsoringaktivitäten aufgesetzt, damit künftig mehr Mittel, v.a. in personeller Hinsicht, dafür zur Verfügung stehen werden.

MMag.a Katrin Gebhart · Leitung Strategische Projekte Region Ost

Die **Vinzenz Gruppe** ist ein Verbund von acht Krankenanstalten in Wien und OÖ, von Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen und ambulanten Angeboten mit aktuell rd. 8000 MitarbeiterInnen. Der EigentümerInnen der Vinzenz Gruppe ist die St. Vinzenz Gemeinnützige Privatstiftung der Barmherzigen Schwestern. Unsere Einrichtungen und Angebote stehen allen Personen offen!
www.vinzenzgruppe.at

Kontakt

Berufsverbände und Fachgesellschaften:

Berufsverband Erziehungs- und BildungswissenschaftlerInnen

Mag.a Christiane Leimer (Schriftführerin)
Mag.a Katrin Schindlbauer (Obfrau)
Volksfeststraße 34, A-4020 Linz
T: +43 (0)664 / 56 76 869
kontakt@beb.or.at
beb.or.at

Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich

Martha Böhm (Präsidentin) und
Eva Mosar-Mischling (Delegierte)
Postfach 35, A-1097 Wien
T: +43 (0)1 / 470 22 33
office@kinderkrankenpflege.at
www.kinderkrankenpflege.at

Berufsverband Logopädie Austria

Karin Pfaller, MSc (Präsidentin)
Sperrgasse 8-10, A-1150 Wien
T: +43 (0)1 / 892 93 80
F: +43 (0)1 / 897 48 95
office@logopaediaustria.at
www.logopaediaustria.at

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen

Mag.a Dr.in Petra Reutemann (Delegierte),
Mag.a Claudia Rupp (Delegierte)
Dietrichgasse 25, A-1030 Wien
T: +43 (0)1 / 407 26 71-15
F: +43 (0)1 / 407 26 71-30
boep@boep.or.at
www.boep.or.at

Bundesverband Österreichischer Kinderschutzzentren

Dr.in Adele Lassenberger (Vorsitzende)
Martina Wolf (Geschäftsführerin)
Stutterheimstraße 16-18/2/3/20b, A-1150 Wien
T: +43 (0)664 / 887 364 62
info@oe-kinderschutzzentren.at
www.oe-kinderschutzzentren.at

Dachverband österreichischer Jugendhilfeeinrichtungen

Dr. Hubert Löffler (Geschäftsführer)
Ambrosius Salzer Platz 9, A-7221 Marz
T: +43 (0)664 / 393 22 12
office@doej.at
www.doej.at

Deutsche Liga für das Kind

Dr. Jörg Maywald (Geschäftsführer)
Charlottenstraße 65, D-10117 Berlin

T: +49 (0)30 / 28 59 99 70
F: +49 (0)30 / 28 59 971
post@liga-kind.de
www.liga-kind.de

Ergotherapie Austria - Bundesverband der Ergo- therapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs

Marion Hackl (Präsidentin)
Mag.a Katrin Unterweger, MSc (Ressort Evidenzbasierung)
Holzmeistergasse 7-9/2/1, A-1210 Wien
T: +43 (0)1 / 895 54 76
F: +43 (0)1 / 897 43 58
office@ergotherapie.at
www.ergotherapie.at

FICE Austria

Hermann Radler (Präsident)
Darnautgasse 10/Top 33, A-1120 Wien
T: +43 (0)676 / 898 776 650
office@fice.at
www.fice.at

Gesellschaft der Schulärztinnen und Schulärzte Österreichs

Dr.in Judith Glazer (Präsidentin)
Beethovengasse 10/6, A-2500 Baden
F: +43 (0)2252 / 45133
office@schulaerzte.at
www.schulaerzte.at

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)

Dr. Christoph Dachs (Präsident)
c/o Wiener Medizinische Akademie
Alser Straße 4/UniCampus 1.17, A-1090 Wien
T: +43 (0)1 / 405 13 83-17
F: +43 (0)1 / 407 82 74
office@oegam.at
www.oegam.at

Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Prim. Dr. Rainer Fliedl (Präsident),
Dr. Christian Kienbacher (Generalsekretär)
c/o OA Dr. Christian Kienbacher
p.A. Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Medizinische Universität Wien,
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien
T: +43 (0)1 / 40400-30120
F: +43 (0)1 / 40400-27930
office@oegkjp.at
www.oegkjp.at

**Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik
in Gynäkologie und Geburtshilfe**

*Prim.a Univ.-Prof.in DDv.in MMag.a Barbara Maier
(Präsidentin)*
Wilhelminenspital des KAV
Abt. für Gynäkologie und Geburtshilfe
Montlearstraße 37, A-1160 Wien
T: +43 (0)1 / 49150 - 4706
barbara.maier.mab@wienkav.at
www.psygyn.at

**Österreichischer Berufsverband der
MusiktherapeutInnen**

*Mag. Johann Christian Berger, BSc (Vorsitzender)
Elvira Puchner, MSc (Geschäftsführung)*
Cumberlandstraße 48, A-1140 Wien
T: +43 (0)699 / 10 65 47 41
info@oebm.org
www.oebm.org

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

*Dr. Peter Stippel (Präsident)
Mag. Karl-Ernst Heidegger (Vizepräsident)*
Löwengasse 3/5/Top 6, A-1030 Wien
T: +43 (0)1 / 512 70 90
F: +43 (0)1 / 512 70 90-44
oebvp@psychotherapie.at
www.psychotherapie.at

Österreichisches Hebammengremium

*Petra Welskop (Präsidentin)
Gerlinde Feichtlbauer (Vizepräsidentin)*
Landstraßer Hauptstraße 71/2, A-1030 Wien
T: +43 (0)1 / 71728 163
F: +43 (0)1 / 71728 110
oehg@hebammen.at
www.hebammen.at

**Physio Austria - Bundesverband der Physio-
therapeutInnen Österreichs**

*Constance Schlegl, MPH (Präsidentin),
Mag. Stefan Moritz, MSc (Geschäftsführer)
Christa Timmerer-Nash (Delegierte)*
Lange Gasse 30/1, A-1080 Wien
T: +43 (0)1 / 587 99 51
F: +43 (0)1 / 587 99 51-30
office@physioaustria.at
www.physioaustria.at

Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft-Österreich

*Mag.a Daniela M. I. Pichler-Bogner (Obfrau)
Mag.a Silvia Gerger (Delegierte)
c/o Mag.a Daniela M. I. Pichler-Bogner*

Thugutstraße 3/16, A-1020 Wien
T: +43 (0)1 / 942 36 11
M: +43 (0)6991 / 942 36 11
pichler-bogner@chello.at
www.pikler-hengstenberg.at

Plattform EduCare

Mag.a Bettina Wachter (Sprecherin)
Habichergasse 46/9, A-1160 Wien
T: +43 (0)699 / 1077 9999
office@plattform-educare.org
www.plattform-educare.org

ROTE NASEN Clowndoctors

Mag.a Edith Heller (Geschäftsführerin)
Wattgasse 48, A-1170 Wien
T: +43 (0)1 / 318 03 13 12
F: +43 (0)1 / 318 03 13-20
office@rotenasen.at
www.rotenasen.at

ROTE NASEN International

Monica Culen (CEO)
Wattgasse 48, A-1170 Wien
T: +43 (0)1 / 318 03 13
F: +43 (0)1 / 318 03 13-20
monica.culen@rednoses.eu
www.rednoses.eu

Verband der Diätologen Österreichs

*Prof.in Andrea Hofbauer MSc, MBA (Präsidentin)
Mag.a Petra Wohlfahrtstätter (Delegierte)*
Grüngasse 9/Top 20, A-1050 Wien
T: +43 (0)1 / 6027960
office@diatologen.at
www.diatologen.at

**Verband der Still- und LaktationsberaterInnen
Österreichs**

DSA Anita Schoberlechner (Präsidentin)
Lindenstraße 20, A-2362 Biedermannsdorf
T: +43 (0)680 / 3209238
info@stillen.at
www.stillen.at

**Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen
und Psychotherapeuten (VÖPP)**

*Dr.in Jutta Fiegl (Präsidentin)
Elisabeth Töpel (Delegierte)*
Lustkandlgasse 3-5/TOP 2-4, A-1090 Wien
T: +43 (0)664 / 922 32 22
office@voepp.at
www.oepp.at

In der Versorgung tätige Organisationen:

aks - Arbeitskreis für Vorsorge und Sozialmedizin BetriebsGmbH

Dr. Hans Concin (Präsident)
Rheinstraße 61, A-6900 Bregenz
T: +43 (0)55 74 / 202-0
F: +43 (0)55 74 / 202-9
gesundheit@aks.or.at
www.aks.or.at

Aktion Leben Österreich

Mag.a Martina Kronthaler (Generalsekretärin)
Diefenbachgasse 5/5, A-1150 Wien
T: +43 (0)1 / 512 52 21
F: +43 (0)1 / 512 52 21-25
info@aktionleben.at
www.aktionleben.at

Caritas der Erzdiözese Wien

Mag. Klaus Schwertner (Geschäftsführer)
Albrechtskreithgasse 19-21, A-1160 Wien
T: +43 (0)1 / 878 12-0
F: +43 (0)1 / 878 12-9100
generalsekretariat@caritas-wien.at
www.caritas-wien.at

**CONCORDIA Sozialprojekte
Gemeinnützige Privatstiftung**

Mag.a Ulla Konrad (Geschäftsführende, Vorstand)
Hochstettergasse 6, A-1020 Wien
T: +43 (0)676 / 320220
ulla.konrad@concordia.or.at
www.concordia.or.at

**Contrast - Frühförderung für blinde, sehbehinderte
und mehrfachbehindert-sehgeschädigte Kinder**

Mag.a Michaela Ennöckl (Pädagogische Leitung)
Wittelsbachstraße 5, A-1020 Wien
T: +43 (0)1 / 729 45 65
office@contrast.or.at
www.contrast.or.at

Dachverband Österreichische Autistenhilfe

Jutta Steidl (Präsidentin)
Eblinggasse 17, A-1010 Wien
T: +43 (0)1 / 533 96 66
F: +43 (0)1 / 533 78 47
office@autistenhilfe.at
www.autistenhilfe.at

Diakonie Zentrum Spattstraße, gem. GmbH

*Mag.a (FH) Andrea Boxhofer (Geschäftsführerin, Leiterin
der Abteilung Frühe Interventionen und der Abteilung*

Beratung, Diagnostik, Therapie)
Mag.(FH) Heinz Wieser (Geschäftsführer)
Willingerstraße 21, A-4030 Linz
T: +43 (0)732 / 34 92 71
F: +43 (0)732 / 34 92 71-48
office@spattstrasse.at
www.spattstrasse.at

**Die Boje - Ambulatorium für Kinder und Jugendliche
in Krisensituationen**

*Dr.in Gertrude Bogyi & Dr.in Regina Rüscher
(Geschäftsführung)*
Hernalser Hauptstraße 15, A-1170 Wien
T: +43 (0)1 / 406 66 02
F: +43 (0)1 / 406 66 02 22
ambulatorium@die-boje.at
www.die-boje.at

Die Eule, Therapie- und Förderzentrum

Mag.a Dagmar Fischnaller (Geschäftsführerin)
Amraserstraße 1, A-6020 Innsbruck
T: +43 (0)512 / 394 420
F: +43 (0)512 / 394 420-30
info@eule.org
www.eule.org

**Die Möwe - Kinderschutzzentren für physisch,
psychisch oder sexuell misshandelte Kinder**

*Mag.a Hedwig Wölfl (Geschäftsführerin, Fachliche
Leitung)*
Börsegasse 9/1, A-1010 Wien
T: +43 (0)1 / 532 14 14
F: +43 (0)1 / 532 1414 140
kinderschutz@die-moewe.at
www.die-moewe.at

**Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und
Therapie GmbH**

Hedwig Zsivkovits (Geschäftsführung)
Hamerlingstraße 20, A-3910 Zwettl
T: +43 (0)664 / 643 53 72
office@gfgf.at
www.gfgf.at

Institut für Erziehungshilfe

Dr. Georg Sojka (Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer)
Heiligenstädter Straße 82 / 14, A-1190 Wien
T: +43 (0)1 / 368 31 12
F: +43 (0)1 / 368 12 35
sojka@erziehungshilfe.org
www.erziehungshilfe.org

**Kinderhospiz Netz - Wiens erstes mobiles
Kinderhospiz und KinderTagesHospiz**

Sabine Reisinger (Geschäftsführende Obfrau)
Meidlinger Hauptstraße 57-59, A-1120 Wien
T: +43 (0)1 / 786 34 12
M: +43 (0)664 / 73 40 26 41
sabine.reisinger@kinderhospiz.at
www.kinderhospiz.at

Kinderhospiz Sterntalerhof

Mag. Harald Jankovits (geschäftsführender Vorstand)
Dorfstraße 35, A-7410 Loipersdorf-Kitzladen
T: +43 (0) 664 / 214 03 98
begegnung@sterntalerhof.at
www.sterntalerhof.at

**Kinderkompetenzzentrum
Therapie Institut Keil GmbH**

Mag.a Irene Vogel (Geschäftsführung)
Bergsteiggasse 36-38, A-1170 Wien
T: +43 (0)1/ 408 81 22 11
F: +43 (0)1 / 408 81 22 16
office@institutkeil.at
www.institutkeil.at

**Konventhospital Barmherzige Brüder, Institut für
Sinnes- und Sprachneurologie**

Prim. Priv. - Doz. Dr. Johannes Fellingner (Institutsvorstand)
Bischofstraße 11, A-4021 Linz
T: +43 (0)7327 / 897 24 900
F: +43 (0)7327 / 897 24 979
johannes.fellingner@bblinz.at
www.bblinz.at

MOKI NÖ - Mobile Kinderkrankenpflege

Renate Hlauschek, MSc (Geschäftsführende Vorsitzende)
Hanuschgasse 1/2/4, A-2540 Bad Vöslau
T: +43 (0)669 / 10 24 01 65
r.hlauschek@noe.moki.at
www.noe.moki.at

MOKI - Wien Mobile Kinderkrankenpflege

Gabriele Hintermayer, MSc (Geschäftsführende Vorsitzende)
Puchsbaumplatz 2/5-6, A-1100 Wien
T: +43 (0)699 / 166 777 00
office@wien.moki.at
wien.moki.at

**nomaden - Ambulante Unterstützung für Menschen
mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung**

Mag.a Johanna Kienzl (Obfrau)
Fuhrmannsgasse 2a/10, A-1080 Wien
T: +43 (0)676 / 631 29 71
office@nomaden.at
www.nomaden.at

Österreichische Gesellschaft für Familienplanung

Mag.a Angela Tunkel (Koordinatorin)
Bastiengasse 36-38, A-1180 Wien
T: +43 (0)1 / 478 52 42
Fax: +43 (0)1 / 470 89 70
buero@oegf.at
www.oegf.at
www.firstlove.at

**Österreichische Kinderfreunde - Landesorganisation
Wien (Beratungsstellen)**

Mag.a Ursula Dietersdorfer (Leitung)
Albertgasse 23, A-1080 Wien
T: +43 (0)1 / 401 25-33
F: +43 (0)1 / 408 86 00
beratung@wien.kinderfreunde.at
wien.kinderfreunde.at

Pastoralamt der Diözese Linz - Krisenseelsorge

Mag.a Barbara Lanzerstorfer-Holzner (Projektleiterin)
Elterntelefon)
Schulstraße 4, A-4040 Linz
T: +43 (0)732 / 731 313 3529
M: +43 (0)676 / 87 76 35 29
barbara.lanzerstorfer@dioezese-linz.at
www.elternnotruf.at

ProMami Niederösterreich - Hebammenberatung

Beatrix Cmolik (Präsidentin)
Unterzellerstraße 19, A-3340 Waidhofen/Ybbs
T: +43 (0)7442 / 523 50
F: +43 (0)7442 / 523 50
hebamme.cmolik@promami.at
www.promami.at

Rainbows

Mag.a Dagmar Bojdunyk-Rack (Geschäftsführerin)
Grabenstraße 88, A-8010 Graz
T: +43 (0)316 / 68 86 70
F: +43 (0)316 / 68 86 70-21
office@rainbows.at
www.rainbows.at

Rudolf Ekstein Zentrum - Sonderpädagogisches Zentrum für integrative Betreuung

Madeleine Castka (Leiterin)
Jägerstraße 11-13, A-1200 Wien
T: +43 (0)1 / 334 67 34
F: +43 (0)1 / 334 28 51
so20jaeg011k@m56ssr.wien.at
www.rez.at

SAFERSURFING

Philip Pöschl (Executive Director)
Eisgrubengasse 2-6/Top B1, A-2334 Vösendorf
T: +43 (0)1 / 609 15 28
safer@safersurfing.org
www.safersurfing.org

SOS-Kinderdorf

Mag.a Elisabeth Hauser (Leitung Fachbereich Pädagogik)
Stafflerstraße 10a, A-6020 Innsbruck
T: +43 (0)512 / 5918-201
M: +43 (0)676 / 88 1 44 221
F: +43 (0)512 / 5918-218
elisabeth.hauser@sos-kinderdorf.at
www.sos-kinderdorf.at

Unabhängiges Kinderschutzzentrum Wien

Mag. Holger Eich (Leiter)
Mohsgasse 1 / Top 3.1, A-1030 Wien
T: +43 (0)1 / 526 18 20
F: +43 (0)1 / 526 18 20 9
office@kinderschutzzentrum.wien
kinderschutz-wien.at

Verein Kind-Familie-Umwelt

Katharina Hofbauer-Thiery
Seilerstätte 5/14, A-1010 Wien
T: +43 (0)699 / 13 17 33 07
F: +43 (0)1 / 94 12 508
info@kind-familie-umwelt.at
www.kind-familie-umwelt.at

Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH

MMag.a Katrin Gebhart (Leitung Strategische Projekte Region Ostösterreich)
Gumpendorferstraße 108, A-1060 Wien
T: +43 (0)1 / 599 88-3092
office@vinzenzgruppe.at
www.vinzenzgruppe.at

Vorarlberger Kinderdorf gem. GmbH

Dr. Christoph Hackspiel (Geschäftsführer)
Kronhaldenweg 2, A-6900 Bregenz
T: +43 (0)5574 / 4992 0
c.hackspiel@voki.at
www.vorarlberger-kinderdorf.at

Wiener Kinderhospiz gGmbH

Dr.in Martina Kronberger-Vollnhofer, MSc (Leiterin)
Schulgasse 43, A-1180 Wien
T: +43 (0)1 / 403 10 18-10
F: +43 (0)1 / 403 10 18 99
office@kinderhospizmomo.at
www.kinderhospizmomo.at

Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH

Gisela Kersting-Kristof, MBA (Geschäftsführerin)
Camillo-Sitte-Gasse 6, A-1150 Wien
T: +43 (0)1 / 981 21 1020
F: +43 (0)1 / 981 21 9 1020
foebe@wiso.or.at
www.wienersozialdienste.at

Wiener Hilfswerk

Dir. Sabine Geringer, MSc (Geschäftsführerin)
DI.in Evi Pohl-Iser (Stellv. Geschäftsführerin)
Schottenfeldgasse 29, A-1072 Wien
T: +43 (0)1 / 512 36 61
F: +43 (0)1 / 512 36 61-33
info@wiener.hilfswerk.at
www.wiener.hilfswerk.at

Wissenschaftlich und lehrend tätige Organisationen:

Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytische Pädagogik

Mag.a Tanja Kraushofer, MA (Vorstandsvorsitzende)
Univ.DoZ.Dr. Helmuth Figdor (Ehrenpräsident)
Mariahilferstr. 53/15, A-1060 Wien (Vorstand)
Grundsteing. 13/2-4, A-1160 Wien (Sekretariat)
T: +43 (0)1 / 403 01 60
info@app-wien.at
www.app-wien.at

BIFEF - Bildungsinstitut des interdisziplinären Forums für Entwicklungsförderung und Familienbegleitung

Doris Staudt (Organisation)
Hernalser Hauptstraße 15, Top 3, A-1170 Wien
T: +43 (0)660 / 277 13 73
office@bifef.at
www.bifef.at

Ganztagsvolksschule Novaragasse

Elisabeth Kugler (Direktorin)
Novaragasse 30, A-1020 Wien
T: +43 (0)1 / 214 72 73
F: +43 (0)1 / 214 72 73
vs02nova030k@m56ssr.wien.at
nova.schule.wien.at

Institut für Gewaltprävention und Konfliktmanagement

Mag.a Natascha Florence Bousa (Wissenschaftliche Lehr-
gangsleitung)
Sieveringer Straße 36/9, A-1190 Wien
T: +43 (0)1 / 328 10 68
bousa@ifgk.at
www.ifgk.at

ökids - Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Mag.a Nora Schuster (Geschäftsführerin)
Wilhelm-Exner-Gasse 30/10, A-1090 Wien
T: +43 (0)1 / 958 12 40
F: +43 (0)1 / 925 08 32
office@oekids.at
www.oekids.at

Österreichische Gesellschaft für Kinderphilosophie

Mag.a Dr.in Dr.in h.c. Daniela G. Camhy (Präsidentin)
Schmiedgasse 12, A-8010 Graz
T: +43 (0)316 / 903 70 201
F: +43 (0)316 / 903 70 202
kinderphilosophie@aon.at
www.kinderphilosophie.at

Österreichische Muskelforschung

Prim.Do. Dr. Günther Bernert (Präsident)
c/o Sozialmedizinisches Zentrum Süd,
Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Kaiser
Franz-Josef Spital mit G. v. Pryer'schem Kinderspital
Kundratstraße 3, A-1100 Wien
T: +43 (0)650 / 710 13 73
office@muskelforschung.at
www.muskelforschung.at

St. Virgil Salzburg

Mag. Jakob Reichenberger (Direktor)
Ernst-Grein-Straße 14, A-5026 Salzburg
T: +43 (0)662 / 65901-512
jakob.reichenberger@virgil.at
www.virgil.at

Verein für Beziehungskompetenz

Katrin Stauder und Veronika Prantl (Geschäftsführung)
Gänsbacherstraße 6, A-6020 Innsbruck
T: +43 (0)699 / 11 06 85 09
info@igfb.org
www.igfb.org

VÖPP Akademie

Elisabeth Töpel (Akademieleitung)
Lustkandlgasse 3-5/ Top 2-4, A-1090 Wien
T: +43 (0)664 / 922 32 22
akademie@voepp.at
akademie.voepp.at

Zentrum für angewandte Epidemiologie und Gesundheitspolitik

MPH (Harvard) Dr. Franz Piribauer (Schriftführer)
Wimberggasse 14-16/2-21, A-1070 Wien
T: +43 (0)1 / 524 60 20
fp@pico.at
www.zaeg.at

ZOI Tirol - Gemeinnütziger Verein für Begleitung und Ausbildung

Ursula Henzinger (Obfrau)
Morsbach 41, A-6330 Kufstein
T: +43 (0)699 / 811 98 983
office@zoi-tirol.at
www.zoi-tirol.at

Gesundheitsfördernd und präventiv tätige Organisationen:

Aktionskreis Motopädagogik Österreich

Mag.a Veronika Pinter-Theiss (Obfrau)
Veronika Schwab (Vereinsmanagerin)
Döblinger Hauptstr. 7a/43, A-1190 Wien
T: +43 (0)196 / 10 169
M: +43 (0)699 / 121 609 81
F: +43 (0)196 / 10 169
akmoe@motopaedagogik.at
www.motopaedagogik.at

Big Brothers Big Sisters - Mentoring für Kinder und Jugendliche

Mag. Oliver Wenninger (geschäftsführender Vorstand)
Praterstraße 60/2/17, A-1020 Wien
T: +43 (0)699 / 194 45 311
F: +43 (0)1 / 962 03 10
mentoring@BigBrothers-BigSisters.at
www.bigbrothers-bigsisters.at

bOJA - Bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit

Mag.a Daniela Kern-Stoiber (Geschäftsführerin)
Lilienbrunnengasse 18/2/47, A-1020 Wien
T: +43 (0)660 / 28 28 038
boja@boja.at
www.boja.at

Bundes Jugend Vertretung

Mag.a Magdalena Schwarz (Geschäftsführerin)
Liechtensteinstr.57/2, A-1090 Wien
T: +43 (0)1 / 214 44 99
office@bjv.at
www.bjv.at

Bundesverband der Elternvereine an den mittleren und höheren Schulen Österreichs

Gernot Schreyer, Akad. FDL (Präsident)
Strozzigasse 2/4 / 422, A-1080 Wien
T: +43 (0)1 / 531 20-3110
F: +43 (0)1 / 531 20-813110
office@bundeselternverband.at
www.bundeselternverband.at

Dachverband der unabhängigen Eltern-Kind-Zentren Österreichs

Traude Heylik (Obfrau)
Praterstraße 14/8, A-1020 Wien
T: +43 (0)1 / 503 71 88
info@ekiz-dachverband.at
www.ekiz-dachverband.at

Elternwerkstatt - Verein im Dienst von Kindern, Eltern und PädagogInnen

Veronika Lippert (Obfrau)
Wolfganggasse 30/1A, A-1120 Wien
T: +43 (0)699 / 142 908 31
office@elternwerkstatt.at
www.elternwerkstatt.at

Forum Katholische Erwachsenenbildung in Österreich - MARKE Elternbildung

Brigitte Lackner, MAS (österreichweite Koordination Elternbildung)
Erdbergstraße 72/8, A-1030 Wien
T: +43 (0)1 / 317 05 10-16
F: +43 (0)1 / 317 05 10-10
elternbildung@forumkeb.at
office@forumkeb.at
www.elternbildung.or.at

Hauptverband Katholischer Elternvereine Österreichs

DI.in Anne Mautner Markhof (Präsidentin)
Strozzigasse 2 / 419, A-1080 Wien
T: +43 (0)1 / 531 20-3113
office@hvkev.at
www.hvkev.at

Institut für Frauen- und Männergesundheit FEM

Mag.a Maria Bernhart (Leiterin)
Bastiengasse 36-38, A-1180 Wien
T: +43 (0)1 / 476 15-5771
F: +43 (0)1 / 476 155-5779
fem@fem.at
www.fem.at

Katholischer Familienverband Österreichs

Mag.a Rosina Baumgartner (Generalsekretärin)
Spiegelgasse 3/9, A-1010 Wien
T: +43 (0)1 / 515 52-3291
F: +43 (0)1 / 515 52-3699
baumgartner@familie.at
www.familie.at

Landesverband Katholischer Elternvereine Wien

Mag. Christian Hafner (Obmann)
Stephansplatz 3/IV, A-1010 Wien
T: +43 (0)664 / 323 53 64
vorstand@lv-wien.at
www.lv-wien.at

NANAYA - Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern

Claudia Versluis (Leiterin)
Zollergasse 37, A-1070 Wien
T: +43 (0)1 / 523 17 11
F: +43 (0)1 / 523 17 64
claudia.versluis@nanaya.at
www.nanaya.at

NeMo - Verein zur Bewegungs- und Entwicklungsförderung

Mag.a Mariella Bodingbauer (Obfrau)
Schloßstraße 41, A-5020 Salzburg
T: +43 (0)660 / 141 85 41
info@neuromotorik.at
www.neuromotorik.at

„Original Play Österreich - von Herzen spielen“

Sonja Mille (Vorstandsmitglied)
Schallergasse 13/7, A-1120 Wien
T: +43 (0)699 / 11 07 77 76
kontakt@originalplay.at
www.originalplay.at

Österreichische Jugendinfos

Mag. Aleksandar Prvulović (Geschäftsführer)
Lilienbrunnngasse 18/2/41, A-1020 Wien
T: +43 (0)1 / 934 66 91
F: +43 (0)1 / 934 66 91
info@jugendinfo.at
www.jugendinfo.at

Österreichischer Verband der Elternvereine an den öffentlichen Pflichtschulen

Karl Dwulit (Vorsitzender)
Strozzigasse 2/4 / 421, A-1080 Wien
T: +43 (0)1 / 531 20 00
F: +43 (0)1 / 531 20-3112
office@elternverein.at
www.elternverein.at

Plattform Elterngesundheit

Eveline Brem (Vorsitzende)
Strozzig.2, A-1080 Wien
T: +43 (0)676 / 522 64 24
office@elterngesundheit.at
www.elterngesundheit.at

PRAEV CIRCLE - Internationales Forum für präventive Jugendarbeit

Agnes Koller (Infothek)
Postfach 1, A-7222 Rohrbach b.M.
T: +43 (0)664 / 197 28 42
agnes.koller@qualitaetleben.at
www.forum20.eu

SPORTUNION Österreich

Mag. Thomas Mlinek, MBA (Abteilungsleiter)
Falkestraße 1, A-1010 Wien
T: +43 (0)1 / 513 77 14 16
F: +43 (0)1 / 513 40 36
M: +43 (0)664 / 6061 3341
t.mlinek@sportunion.at
www.sportunion.at

St. Nikolausstiftung, Erzdiözese Wien/Mobile Dienste

Mag.a Elisabeth Rosenberger (Vorsitzende)
Stephansplatz 6/2/3, A-1010 Wien
T: +43 (0)1 / 515 52 31 66
office@nikolausstiftung.at
www.nikolausstiftung.at

Verband der Elternvereine an den Höheren und Mittleren Schulen Wiens

Mag.a Elisabeth Rosenberger (Vorsitzende)
Strozzigasse 2, A-1080 Wien

T: +43 (0)676 / 522 71 01
office@elternverband.at
www.elternverband.at

Verein NaturGanzNah

David Ubuk Kislinger
Janischhofweg 91, A-8043 Graz
T: +43 (0)680 / 44 00 609
info@naturkinder-graz.at
www.naturkinder-graz.at

Welt der Kinder

Dr. Gerhard König (Obmann)
Willimargasse 2/2, A-6900 Bregenz
T: +43 (0)664 / 390-3373
F: +43 (0)664 / 390-3373
weltderkinder@vol.at
www.weltderkinder.at

Fördernde Mitgliedschaft:

aks gesundheit GmbH

Mag. Georg Posch (Geschäftsführer)
Rheinstraße 61, A-6900 Bregenz
T: +43 (0)55 74 / 202-0
F: +43 (0)55 74 / 202-9
georg.posch@aks.or.at
www.aks.or.at

Caritas Voralberg

Dr. Walter Schmolly (Caritasdirektor)
Wichnergasse 22, A-6800 Feldkirch
T: +43 (0)55 22 / 200 10 33
F: +43 (0)55 22 / 200 10 33
direktion@caritas.at
www.caritas-voralberg.at

ifs - Institut für Sozialdienste Voralberg

Dr. Stefan Allgäuer (Geschäftsführer)
Interpark Focus 40, A-6832 Röthis
T: +43 (0)5 / 175 55 00
F: +43 (0)5 / 175 59 500
ifs@ifs.at
www.ifs.at

Offene Jugendarbeit Dornbirn

Dr. Martin Hagen (Geschäftsführer)
Schlachthausstr. 11, A-6850 Dornbirn
T: +43 (0)55 72 / 36 508
office@ojad.at
www.ojad.at

RETTET DAS KIND NÖ

Monika Franta, MAS (Geschäftsführerin)
Schlossplatz 1, A-3441 Judenau
T: +43 (0)22 74 / 78 44
F: +43 (0)22 74 / 78 44-45
monika.franta@rdk.at
www.rettet-das-kind-noe.at

SOS Kinderdorf

Mag. Christian Moser (Geschäftsführer)
Stafflerstraße 10a, A-6020 Innsbruck
T: +43 (0)512 / 59 18-201
F: +43 (0)512 / 59 18-218
willkommen@sos-kinderdorf.at
www.sos-kinderdorf.at

Stiftung Jupident

Manfred Ganahl MSc (Geschäftsführer)
Jupident 2-22, A-6824 Schlins
T: +43 (0)5524 / 82 71
M: +43 (0)676 / 333 50 60
F: +43 (0)5524 / 82 71-50
m.ganahl@jupident.at
www.jupident.at

Vorarlberger Kinderdorf gem.GmbH

Dr. Christoph Hackspiel (Geschäftsführer)
Kronhaldenweg 2, A-6900 Bregenz
T: +43 (0)5574 / 4992 0
c.hackspiel@voki.at
www.vorarlberger-kinderdorf.at

Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH

MMag.a Katrin Gebhart (Leitung Strategische Projekte Region Ostösterreich)
Gumpendorferstraße 108, A-1060 Wien
T: +43 (0)1 / 599 88-3092
office@vinzenzgruppe.at
www.vinzenzgruppe.at

Mitglieder des Eltern-Selbsthilfe-Beirates:

KiB children care - Verein rund ums erkrankte Kind

Renate Harringer (Geschäftsführerin)
Ungenach 51, A-4841 Ungenach
T: + 43 (0)7672 / 84 84
F: +43 (0)7672 / 84 84-25
verein@kib.or.at
www.kib.or.at

Kinder-Lobby

Mag.a Eveline Doll (Gründerin)
Waldstraße 32, A-4710 Grieskirchen
eveline-doll@aon.at
www.kinder-lobby.at

Lobby4kids - Kinderlobby

Mag.a pharm Dr.in Irene Promussas (Vorsitzende)
Hardtgasse 29 / 8, A-1190 Wien
T: +43 (0)650 / 841 98 20
ireneprom@yahoo.com
www.lobby4kids.at

Patienten- und Selbsthilfeorganisation für Kinder und Erwachsene mit kranker Speiseröhre (KEKS) Österreich

Dr. Thomas Kroneis (Vorsitzender)
St.-Peter-Hauptstraße 35d/3, A-8042 Graz
T: +43 (0)650 / 509 55 00
thomas.kroneis@keks.org
www.keks.at

Selbsthilfegruppe »ELTERN ANDERS«

Ing.in Mag.a Martina Hess (Leitung)
Franz Koci-Str. 5/9/15, A-1100 Wien
T: +43 (0)664 / 283 17 16
Martina.Hess@horizont.co.at
www.cooldown.co.at

SHG Rheumalis

Karin Formanek (Leitung)
Pilzgasse 14/2/7, A-1210 Wien
T: +43 (0)699 / 19 74 88 11
office@rheumalis.org
www.rheumalis.org

Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche (VKKJ)

Stefan Stadler (Obmann)
Graumannsgasse 7, A-1150 Wien
T: +43 (0)1 / 985 25 72
F: +43 (0)1 / 985 25 72-20
office@vkkj.at
www.vkkj.at

Kooperationspartner:

Netzwerk Kinderrechte Österreich

Mag.a Elisabeth Schaffelhofer-Garcia Marquez
(Geschäftsführerin)

Vivenotgasse 3, A-1120 Wien
info@kinderhabenrechte.at
www.kinderhabenrechte.at

Politische Kindermedizin

Dr. Rudolf Püspök (Schriftführer)
Reitschulgasse 7, A-7131 Halbtorn
T: +43 (0)664 / 410 50 66
office@polkm.org
www.polkm.org

