

Österreichische  
**Liga**

für Kinder- und  
Jugendgesundheit



---

## Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2016



# **Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2016**

[www.kinderjugendgesundheit.at](http://www.kinderjugendgesundheit.at)

Wien, April 2016

# Impressum

## **Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller**

Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

## **Hersteller- und Verlagsort** Wien

**Sitz** Hermannsgasse 29/1, A-1070 Wien  
office@kinderjugendgesundheit.at  
www.kinderjugendgesundheit.at

**Zustelladresse** Graumannsgasse 7/C-2, A-1150 Wien

**ZVR-Zahl** 822 894 006

## **Endredaktion**

Mag.a Andrea Fried, fried@kinderjugendgesundheit.at  
Mag.a Sarah Koller, sarah.koller@kinderjugendgesundheit.at

**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**

© Christian Schwier, fotolia.com

## **Druck**

druck.at – Druck- und HandelsgmbH.  
Aredstraße 7, A-2544 Leobersdorf  
office@digitaldruck.at

## **Logo**

Dorothee Schwab  
illustration und grafik design  
doro.s@gmx.at

## Vorwort



Liebe Leserin, lieber Leser,  
Liebe Mitglieder,

es ist nun der siebente »Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich«, den ich Ihnen hiermit vorlegen darf.

Die regelmäßige Veröffentlichung dieser Berichte und die vielfältigen Aktivitäten der Kinderliga haben in den letzten Jahren eine enorme Dynamik in das Thema der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich gebracht. Sie haben Wissen und Bewusstheit in der Öffentlichkeit und Politik über Mängel, bisherige Versäumnisse und zukünftige Notwendigkeiten geschaffen. Politische Bekenntnisse, wie die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie oder das Rahmengesundheitsziel 6 »Gesundes Aufwachsen«, aber auch reale Produkte, wie die mittlerweile österreichweite Ausrollung der Frühen Hilfen oder die Standorteausschreibung zur Kinderrehabilitation zeugen davon.

Leider lässt sich aber auch nicht verhehlen, dass das Thema Kinder- und Jugendgesundheit auf der aktuellen politischen Agenda scheinbar keine hohe Priorität mehr besitzt. Der Schwung und die guten Vorsätze aus den ersten Jahren und aus der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie sind in den Mühlen der Bürokratie untergegangen. Es ist aktuell kein politischer Wille erkennbar, diese weiter umzusetzen. Fehlende Ressourcen und blockierende Formalfragen haben unter anderem auch dazu geführt, dass sich ExpertInnen immer weniger engagieren wollen. Andererseits ist vieles noch ungelöst – Armut und gesundheitliche Chancengerechtigkeit sind nur ein Aspekt davon – und es kommen neue Aufgaben auf uns zu, wie etwa die Herausforderung der medizinisch-therapeutisch-pädagogischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Fluchtbiographie.

So werden wir weiter machen auf unserem Weg der interdisziplinären Bündelung und Vernetzung, der Bewusstseinsbildung und der Verbesserung der gesundheitlichen Bedingungen für Kinder und Jugendliche in unserem Land. Alle, die diese Aktivitäten für wichtig und für notwendig befinden, bitte ich um ihre Unterstützung!

Mit besten Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'K. Vavrik'.

*Klaus Vavrik*  
(Präsident der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit)



# Inhalt

<b>Zur aktuellen Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich</b>	<b>9</b>
<b>Die Liga und das Jahr 2015</b>	<b>23</b>
<b>Gastbeiträge</b>	<b>33</b>
● »Arme Kinder stark machen« – Erkenntnisse aus der Resilienzforschung	35
● Die Rechtssituation von Kindern und Jugendlichen auf der Flucht	51
<b>Erfahrungsberichte zum Thema Kinder mit Fluchtbiografie und Gesundheit</b>	<b>57</b>
● Überlegungen zur medizinischen Betreuung von Flüchtlingskindern	59
● Medizinische Versorgung von Flüchtlingskindern in Wien - Eine Problembeschreibung	60
● Die Situation von Flüchtlingsfamilien rund um die Geburt aus der Sicht der Hebammen	63
● Darstellung der Flüchtlingssituation in Wien aus der Sicht einer Gynäkologin	65
● Flucht und Trauma im pädagogischen und therapeutischen Kontext	65
● Krisenintervention zur Stabilisierung nach traumatischen Erfahrungen	69
● UMF - Lebensrealität zwischen Unterstützung und Unsicherheiten	71
<b>Beiträge institutioneller Mitglieder</b>	<b>77</b>
● beratungsgruppe.at - Verein für Informationsvermittlung, Bildung und Beratung	79
● Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich	80
● Berufsverband Österreichischer PsychologInnen	81
● Bundesverband Österreichischer Kinderschutzzentren	82
● Caritas der Erzdiözese Wien	83
● Die Boje - Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen	84
● Elternwerkstatt - Verein im Dienst von Kindern, Eltern und PädagogInnen	85
● FICE Austria	86
● Ganztagsvolksschule Novaragasse	87
● Gesellschaft für Ganzheitliche Förderung und Therapie GmbH	88
● Gesellschaft für Sensorische Integration in Österreich	89
● IFGK - Institut für Gewaltprävention und Konfliktmanagement	90
● KiB children care - Verein rund ums erkrankte Kind	91
● Kinderhospiz Netz - Wiens erstes mobiles Kinderhospiz und KinderTagesHospiz	92
● Lobby4Kids - Kinderlobby	93
● MOKI NÖ - Mobile Kinderkrankenpflege	94
● MOKI-Wien Mobile Kinderkrankenpflege	95
● nomaden - ambulante Unterstützung für Menschen mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung	96
● Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen	97
● Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie	98
● Österreichische Kinderfreunde (Beratungsstellen)	99
● Österreichische Gesellschaft für Familienplanung	100
● Österreichische Jugendinfo und bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit	101
● Physio Austria - Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs	102
● Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft	103
● RAINBOWS	104
● Rudolf Ekstein Zentrum - Zentrum für Inklusiv- und Sonderpädagogik	105
● SHG Rheumalis	106
● SOS Kinderdorf	107
● SPORTUNION Österreich	108
● Verband der Diätologen Österreichs	109
● Verein Contrast	110
● Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	111
● Verband der international zertifizierten Still- und LaktationsberaterInnen in Österreich	112
● Wiener Hilfswerk	113
● Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH	114
● Wiens mobiles Kinderhospiz MOMO	115
<b>Kontaktdaten</b>	<b>116</b>





**Prim. Dr. Klaus Vavrik**Präsident der Österreichischen Liga für  
Kinder- und Jugendgesundheit**Mag.a Andrea Fried**Geschäftsführerin der Österreichischen Liga für  
Kinder- und Jugendgesundheit

## Zur aktuellen Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich

Die aktuelle Politik der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich lässt sich knapp umschreiben: Der Schwung, den das Thema mit unserem ersten Bericht im Jahr 2010 in die Ministerien und Amtstuben gebracht hat, ist mittlerweile in einen Stillstand gemündet. Die 20 Ziele der Kinder- und Jugendstrategie, die von vielen beteiligten ExpertInnen mit einem hohen Einsatz erarbeitet wurden, glänzen weitgehend nur mehr auf dem Papier. Kleine Fortschritte da und dort sind zu begrüßen, aber im Großen und Ganzen ist der Status Quo ernüchternd – die Bedingungen für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Österreich haben sich kaum verbessert.

Von den Versprechungen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, wie

- die Stärkung der Gesundheitsförderung und strukturellen Prävention,
- ein durchgängiger »Health in all Policies« Ansatz,
- eine valide Datenlage und ein systematisches Monitoring,
- die Erarbeitung konkreter Lösungen in Bereichen der Versorgung,
- Maßnahmen im Bereich In-Vitro-Fertilisation, Hormontherapie, Kaiserschnitttrate und Frühgeburtlichkeit oder
- der Verbesserungen im Bereich der psychosozialen Gesundheit

sind die meisten bis heute leere Lippenbekenntnisse geblieben. Wir ziehen im vorliegenden Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit Bilanz – orientiert an unseren sieben bewährten Handlungsfeldern.

### 1. Aussagekräftige Datenlage zur Kinder- und Jugendgesundheit

Für sinnvolle gesundheitspolitische Entscheidungen und Planungen braucht es gute Daten. In Österreich weiß man jedoch sehr wenig über den Gesundheitszustand der Kinder- und Jugendlichen sowie ihre Lebensumstände. Seit dem Jahr 2010 macht die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit auf dieses Defizit aufmerksam. Leider ist nach wie vor kein Bemühen der EntscheidungsträgerInnen sichtbar, hier eine fundierte und aussagekräftige

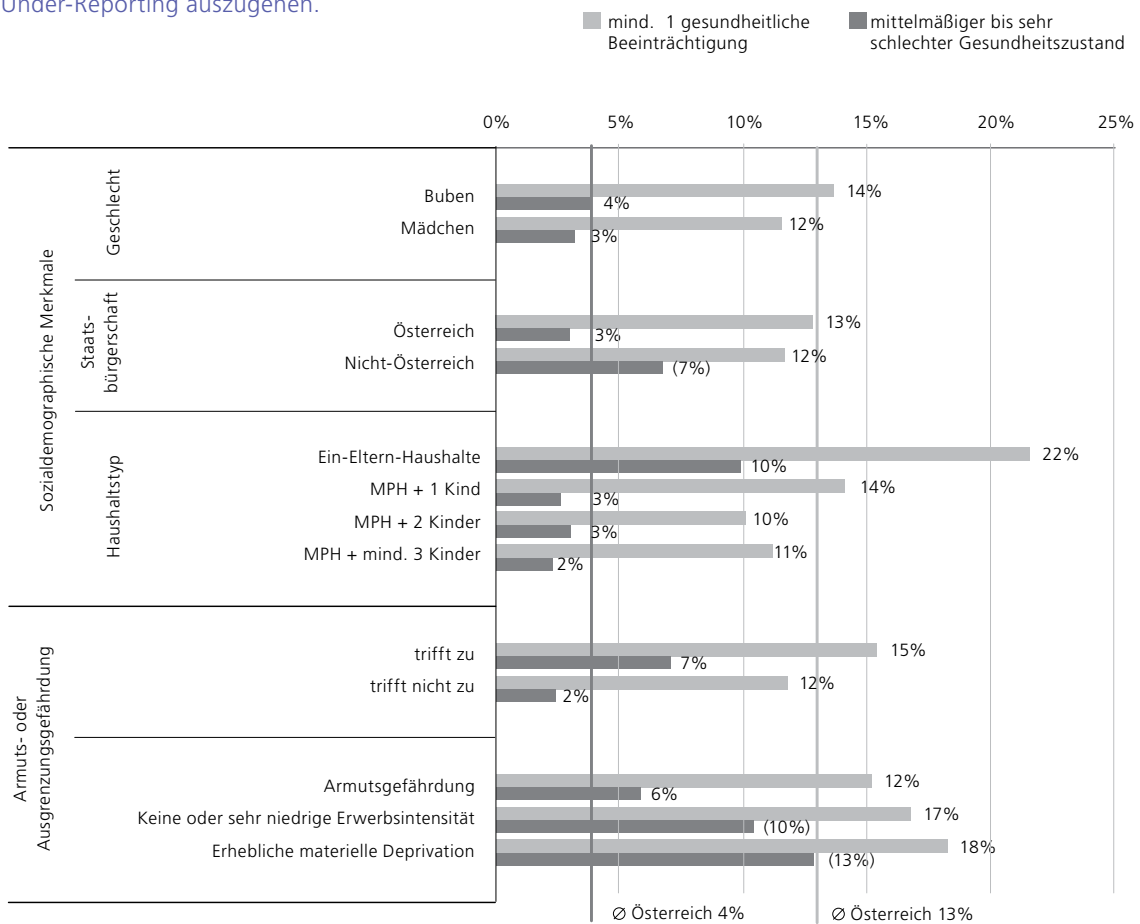
Datenbasis zu schaffen. Einige, wenige Aktivitäten in diesem Bereich sollen hier kurz näher vorgestellt werden, jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es nach wie vor keine umfassende systematische Datenerhebung zur Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich gibt.

Im Februar 2016 wurde vom Gesundheitsministerium der erste **»Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht«** veröffentlicht. Die Gesundheit Österreich GmbH hat auf 289 Seiten die in Österreich verfügbaren Daten zusammengetragen und kommentiert. Dieser erste Schritt hin zu einer – hoffentlich regelmäßigen – Gesundheitsberichterstattung ist grundsätzlich sehr zu begrüßen. Dieser Bericht wurde aber auch zu einem entlarvenden Dokument dafür, wie wenig wir in diesem Bereich wissen. Die Zahlen stammen häufig aus weit zurückliegenden Quellen und diversen Einzelstudien ohne einen guten Gesamtüberblick geben zu können. Sie fußen vielfach auf Abrechnungsdaten der Krankenhäuser, den Medikamentenverschreibungen und Todesursachen. Diese Aspekte beschreiben aber nur vergleichsweise kleine Teile des großen Gebietes der Kinder- und Jugendgesundheit und sind wenig geeignet deren aktuellen Kernthemen der »Moderne Morbiditäten« und die überwiegend extramural notwendige Versorgung abzubilden. Einige spezielle Register – wie etwa das IVF-Register – liefern zwar Anhaltspunkte zu konkreten Fragestellungen, bilden das Geschehen aber nur auszugsweise ab. So werden beispielsweise die rein privatmedizinisch agierenden Institute nicht erfasst. Das Fehlen von Daten zur Prävalenz von Fehlbildungen, chronischen und psychischen Erkrankungen, hat zur Folge, dass der Bedarf an Diagnose- und Versorgungsangeboten – sowohl auf der regionalen als auf der bundesweiten Ebene – nur unzureichend eingeschätzt werden kann. Häufig muss dabei in der Planung auf Daten aus Deutschland zurückgegriffen werden.

Sehr erfreulich zu berichten ist, dass von der Statistik Austria im Rahmen des **»Austrian Health Interview Survey (ATHIS)«** – als Teil des European Health Interview Survey (EHIS) – erstmals auch Informationen zum Gesundheitszustand von Kindern

und Jugendlichen unter 15 Jahren erhoben wurden. Bereits seit einigen Jahren fordert die Kinderliga eine Einbeziehung der Kinder- und Jugendlichen und hat diesbezüglich auch Kompetenzen eingebracht. Die Kinderliga begrüßt diese Initiative, die vom Gesundheitsministerium mitfinanziert wurde, als einen ersten wichtigen Schritt. Eindrucksvoll zeigt sich hier schon ab dem frühen Kindesalter, wie sehr der Gesundheitsstatus vom Einkommen und Sozialstatus abhängig ist. Da in dieser Haushaltsbefragung Kinder und Jugendliche in institutioneller Unterbringung nicht inkludiert sind, ist zusätzlich von einem Under-Reporting auszugehen.

Die Angaben der Eltern zum Versorgungsbedarf (11%) decken sich in etwa mit unserer alltäglichen Arbeitserfahrung. Allerdings ist die Auswertung leider bei Weitem nicht so detailliert, wie es die Fragen zugelassen hätten. So werden etwa somatische Beschwerden nicht von psychischen abgegrenzt und auch die Frage nicht ausgewertet, ob eine adäquate Versorgung möglich gewesen wäre. Insgesamt ist die Einbeziehung der Kinder- und Jugendlichen in die ATHIS sehr zu begrüßen. Sie sollte in Zukunft



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, EU-SILC 2014, Kinder und Jugendliche von 0 bis 15 Jahren. MPH= Mehrpersonenhaushalt.

ausgeweitet und als regelmäßiges Monitoring vorgesehen werden.<sup>1</sup>

In den Jahren 2013-2015 wurde vom Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien die »MHAT-Studie« zur »Psychische Gesundheit der österreichischen Jugend« durchgeführt. Sie wurde durch Mittel der »Gemeinsamen Gesundheitsziele« des Rahmenvertrages zwischen Pharmaindustrie und Sozialversicherung unterstützt. »MHAT« steht für Mental Health in Austrian Teenagers (Psychische Gesundheit bei österreichischen Jugendlichen). Ziel der Studie war es, einen Überblick über die psychische Gesundheit von Jugendlichen zu erhalten und Erkenntnisse zur Förderung von psychischer Gesundheit und zur Behandlung von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu gewinnen. Erste Ergebnisse liegen bereits vor und werden sukzessive publiziert.<sup>2</sup>

#### Resümee:

In Österreich gibt es nach wie vor keine umfassende, standardisierte und kontinuierliche Erhebung des Gesundheitszustandes und der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen (vgl. z.B. »KiGGS-Studie« des Robert Koch-Instituts). Das führt dazu, dass einerseits der Status und die gesundheitlichen Bedürfnisse der Kinder- und Jugendlichen nicht erfasst werden und andererseits auch die Maßnahmen im Bereich Prävention und Versorgung nicht zielgerecht geplant werden können. Selbst auf regionaler Ebene (z.B. regionale Strukturpläne Gesundheit) müssen vielfach Daten aus Deutschland für die Versorgungsplanung herangezogen werden.

Die Verbesserung der Datenlage und ein systematisches Monitoring waren zentrale Forderungen im Kindergesundheitsdialog und wurden in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie hoch priorisiert. Wenn nun im Jahr 2016 im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht des BMG »ein systematisches

Gesundheitsmonitoring mit entsprechender Datenlage« gefordert wird, dann drängt sich die Frage auf, warum das nicht bereits seit Jahren umgesetzt wurde und wer dafür die Verantwortung trägt. Bereits im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie wurde eine Verbesserung der Datenlagen in Aussicht gestellt, die Umsetzung ist man bislang schuldig geblieben.

#### Forderung der Kinderliga:

- Aussagekräftige Daten über den Gesundheitszustand unserer Kinder und Jugendlichen.
- Ein Monitoring im Sinne wiederholter systematisch-epidemiologischer Erhebungen.
- Eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung, die Entwicklungen sichtbar macht.
- Eine substantielle Versorgungsforschung, die einerseits den Bedarf und andererseits die Angebote in der Versorgungslandschaft seriös erfasst.

Die umfassenden und kontinuierlichen Erhebungen des Robert Koch-Institutes zur Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie)<sup>3</sup> könnten hier mit ihren bewährten Untersuchungsinstrumenten als Vorbild dienen.

#### 2. Prävention und Gesundheitsförderung

Die Risikofaktoren für Krankheit und das Spektrum der Beschwerden hat sich in den vergangenen Dekaden fundamental verändert. Zunehmend sehen wir heute so genannte Lebensstilerkrankungen, chronische Entwicklungsstörungen und psychosoziale Integrations- und Regulationsstörungen. Beinahe alle diese »neuezeitlichen« Krankheitsbilder haben die Wurzel ihrer Entstehung in einem sehr frühen Lebensalter. Gerade Kindheit und Jugendzeit könnten daher die wichtigsten Lebensphasen für präventive und gesundheitsfördernde Angebote sein, weil die erzielten Effekte über die gesamte weitere Lebensspanne wirksam sind. Die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention

<sup>1</sup> Austrian Health Interview Survey (ATHIS): <http://bit.ly/1YcZz8W>

<sup>2</sup> MHAT-Studie: [www.mhat.at](http://www.mhat.at)

<sup>3</sup> KiGGS-Studie: [www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de)

liegen in Österreich bei rund 2 Prozent und damit im untersten Drittel der OECD-Länder und weit unter Deutschland (3,7%).

Es gibt in diesem Bereich aber auch die eine oder andere positive Entwicklung zu berichten.

**Frühe Hilfen** sind ein Gesamtkonzept von unterstützenden Maßnahmen in der frühen Kindheit, welches die spezifischen Belastungen und Ressourcen von Familien erfasst, begleitet und mit regionalen Gesundheits-, Sozial-, Jugendhilfe- und Bildungsangeboten vernetzt. Sie leisten einen nachweisbaren Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit und sind international erprobt und evaluiert. Die Kinderliga hat dieses Konzept 2010 erstmals in Österreich öffentlich vorgestellt und im Rahmen des Kindergesundheitsdialoges sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie als zentrale Forderung eingebracht und erfolgreich vorangetrieben. Nach einem Grundlagenprojekt und der Erarbeitung österreichischer Standards durch die Gesundheit Österreich GmbH wurden in fünf Bundesländern (W, NÖ, OÖ, Stmk, K) in Kooperation zwischen den Gebietskrankenkassen und der Kinderliga regionale Modellprojekte durchgeführt, die aus Mitteln der »Gemeinsamen Gesundheitsziele« von der Pharmaindustrie und der Sozialversicherung finanziert und 2015 abgeschlossen wurden. Bund, Länder und Sozialversicherungen haben das Konzept nun österreichweit aufgegriffen und im Rahmen der so genannten »Vorsorgemittel« für zwei Jahre mit finanziellen Mitteln ausgestattet. In der Gesundheit Österreich GmbH wurde gleichzeitig ein »Nationales Zentrum Frühe Hilfen« eingerichtet. Bedauerlich ist, dass sich in einigen Bundesländern die Sozialversicherungen und Länder auf keine strategische Zusammenarbeit einigen konnten und hier nun »Parallel-Projekte« entstehen. Ziel muss es sein, dass Frühe Hilfen zu einem Angebot für JEDE Familie mit Neugeborenen in Österreich wird und nicht nur »belastete« Familien« herausfiltert. Dies könnte – wie in anderen Ländern bereits üblich – im Rahmen eines freundlichen »Willkommensbesuchs« bei jeder/m neuen ErdenbürgerIn erfolgen. Ein solches Basisangebot und die Überführung der Frühen Hilfen aus

dem Projektstatus in eine Regelfinanzierung wären die nun dringend erforderlichen nächsten Schritte.

Im aktuellen Regierungsprogramm 2013-2018 ist die Weiterentwicklung des **Mutter-Kind-Passes** verankert. Deklarierte Ziele sind die qualitative Weiterentwicklung, Attraktivierung und verstärkte Nutzung als Instrument der Frühdiagnostik und Förderung von Kindern. Seit Oktober 2014 ist eine interdisziplinäre Facharbeitsgruppe mit der fachlichen Beurteilung beschäftigt. Nach Abschluss ihrer Arbeit wird eine politische Entscheidungsgruppe über die Aufnahme der Leistungen entscheiden. Ergebnisse sind nicht vor 2018 zu erwarten. Positiv zu erwähnen ist, dass sich die Facharbeitsgruppe an »modernen Gesundheitsbedrohungen« orientiert, die auch Themen wie Gewalt, Alkohol- und Nikotinmissbrauch, etc. umfassen. Die Ergebnisse der multiprofessionellen Arbeitsgruppensitzungen werden auf der Webseite des BMG publiziert.

Im Jahr 2003 hat Österreich das WHO-Rahmenabkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs unterzeichnet und im September 2005 ratifiziert. Österreich hat sich demnach dazu verpflichtet, ressortübergreifend Maßnahmen zu einer umfassenden Tabakprävention zu setzen, Bewusstsein dafür zu schaffen und den Tabakkonsum in allen Bevölkerungsschichten zu verringern. Im Jahr 2015 startete das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit dem Fonds Gesundes Österreich die Tabakpräventionsinitiative für 10- bis 14-Jährige »Leb dein Leben. Ohne Rauch. YOLO!«<sup>4</sup>

Im Jahr 2011 wurde der **Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e)** veröffentlicht. Laut Gesundheitsministerium sollen damit ernährungspolitische Maßnahmen und Strategien bundesweit gebündelt werden, um eine erkennbare Veränderung von Fehl-, Über- und Mangelernährung sowie eine Trendumkehr der steigenden Übergewichts- und Adipositaszahlen bis 2020 zu erreichen. Eine Maßnahme, die umgesetzt wurde, ist die Initiative »Unser Schulbuffet«.

<sup>4</sup> Initiative Yolo [www.yolo.at](http://www.yolo.at)

Unter dem Titel »**Richtig Essen von Anfang an**« (REVAN) haben die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), das Bundesministerium für Gesundheit und der Hauptverband der Sozialversicherungsträger Österreichs das Programm »Richtig essen von Anfang an!« entwickelt. Eltern erhalten wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen (Workshops und Informationsmaterialien) zum Thema Ernährung in der Schwangerschaft, Stillzeit und Ernährung in den ersten drei Lebensjahren.<sup>5</sup>

Im Jahr 2013 wurde vom Gesundheitsministerium ein **Nationale Aktionsplan Bewegung (NAP.b)** veröffentlicht, der jedoch bis dato keine sichtbaren überregionalen Maßnahmen mit sich brachte.

Bildung ist nachweislich ein Faktor, der die Gesundheit maßgeblich beeinflusst. Sie ist die stärkste Gesundheitsdeterminante für die nächste Generation. Die Kinderliga hat in den Jahren 2014 und 2015 ihre Jahrestagung und **Bildungsdialoge** in ganz Österreich diesem Themenschwerpunkt gewidmet. Im aktuellen Regierungsübereinkommen ist eine umfassende **Bildungsreform** vorgesehen, deren Eckpunkte im November 2015 dem Ministerrat vorgelegt wurden. Unter dem Aspekt der Kinder- und Jugendgesundheit sind dabei vor allem drei Pakete relevant:

#### 1. *Elementarpädagogikpaket – Kindergarten als Bildungseinrichtung für alle Kinder stärken*

Ein wichtiger Punkt betrifft Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen, die derzeit – per Gesetz – vom verpflichteten Kindergartenjahr ausgenommen sind. Das führt in vielen Regionen zu der paradoxen Situation, dass gerade jene Kinder, die es am dringendsten bräuchten, keinen Kindergartenplatz erhalten, da die Kindergärten zuerst jene Kinder nehmen (müssen), die gesetzlich dazu verpflichtet sind. Nur wenn dann noch Plätze frei sind, werden Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen oder anderen besonderen Bedürfnissen aufgenommen. Bevor der

verpflichtende Kindergarten nun auf zwei Jahre ausgeweitet wird, sollten dieser Punkt »repariert« und grundsätzlich das Kindergartenangebot mit ausreichend Ressourcen für Integration und Inklusion ausgestattet werden. Die Kinderliga fordert darüber hinaus seit vielen Jahren Verbesserungen beim Betreuungsschlüssel und bei den Qualifikationen der BetreuerInnen in der Elementarpädagogik. Eine intensive pädagogische Qualitätskontrolle erscheint uns in allen privaten und öffentlichen Kindergärten dringend notwendig.

#### 2. *Schuleingangsphase- und Volksschulpaket*

Im Alter von 3,5 Jahren sollen Kinder künftig im Rahmen eines »Eltern-Kind-Pädagogen-Gesprächs« einem Screening unterzogen werden, in dem vorwiegend die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten des Kindes festgestellt und über die Bildungskarriere hinweg dokumentiert werden sollen. Diese Maßnahme wurde unter dem Titel »individueller Bildungskompass« von der Regierung angekündigt. Diese Initiative ist grundsätzlich zu begrüßen, sollte aber inhaltlich noch intensiv diskutiert werden. So ist etwa bezüglich der geplanten »Sprach- und Entwicklungsscreenings« (früher »Sprachstandsfeststellung«) zu bedenken, dass Kinder – locker gesagt – nicht nur aus Sprache bestehen und nicht nur die Sprachbarriere eine Hürde beim Lernen und in der Bildungskarriere darstellt. Es muss berücksichtigt werden, dass es – oft viel folgenschwerere – konkrete Entwicklungsstörungen auf verschiedenen Entwicklungsachsen wie Sprache, Denken, Wahrnehmen, Kommunizieren, psychosoziales Verhalten, etc. gibt, welche derzeit im Vorfeld der Schule nicht ausreichend erhoben werden, um dem Kind einen passenden Einstieg ins Schulsystem zu ermöglichen. Es wäre daher dringend angeraten, ein allgemeines, breites Entwicklungsscreening etwa um das 5. Lebensjahr anzubieten, um dann noch ein Jahr für entsprechende Förderungen vor der Schule zu haben. Ein entsprechendes Konzept wurde dazu von der Kinderliga bereits ausgearbeitet und dem Bildungsministerium übermittelt.

<sup>5</sup> REVAN: [www.richtigessenvonanfangan.at](http://www.richtigessenvonanfangan.at)

### 3. Schulgesundheit

Die Schule als »Ort des Lernens fürs Leben«, an dem Kinder einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen, wäre auch der richtige Ort, um Gesundheitskompetenz zu erwerben. Schule sollte per se ein gesundheitsfördernder Lebensraum sein (Ernährung, Bewegung, Sucht- und Gewaltprävention, Raumkonzept, Möblierung, Outdoor-Angebot, etc.), und sie sollte Gesundheitswissen umfassend und lebenspraktisch vermitteln. Die Kompetenzen und Ressourcen der verschiedenen, im Bildungswesen tätigen Gesundheits-, Sozial- und Heil- bzw. Sonderpädagogischen Berufe sollen zu einem arbeitsteiligen Teamwork gebündelt werden (etwa in der Organisationsform von Schulgesundheits-Kompetenzzentren auf Bezirksebene). Der wesentlichste Faktor zur Lernmotivation ist aber die Qualität der Beziehung aller im schulischen Setting tätigen Personen. Insofern sind vor allem die sozialen Kompetenzen, die Persönlichkeit und die Haltung des Lehrpersonals sowie ein respektvoller und achtsamer Umgang mit den anvertrauten SchülerInnen der Kern jeden Lernerfolges (»Beziehungsbildung«).

Durch das miserable Abschneiden Österreichs bei der internationalen Health Literacy Studie<sup>6</sup> wurde das Thema »**Gesundheitskompetenz**« auf die politische Agenda gedrängt. Im Jahr 2015 wurde die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) gegründet. Vorrangige Ziele der Plattform sind Erfahrungsaustausch, Vernetzung und Monitoring. Kritisch ist anzumerken, dass dafür keine zusätzlichen Fördermittel zur Verfügung gestellt wurden und darum angesichts der allgemeinen schlechten Finanzsituation der öffentlichen Hand keine Anreize für Innovationen gesetzt werden. Auch wurde im Rahmen des Programms den Besonderheiten der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen keine Bedeutung beigemessen. Dies ist umso bedeutsamer, als im aktuellen Kinder- und Jugendgesundheitsbericht des BMG für 58% der SchülerInnen eine problematische bzw. unzureichende Gesundheitskompetenz ausgewiesen wird.

<sup>6</sup> Health Literacy Studie: <http://www.health-literacy.eu>

Da müssten alle Alarmglocken läuten!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entwickelt gerade eine »Strategie 2020 zur Kinder- und Jugendgesundheit«, in welcher Gesundheitsförderung und Prävention einen wichtigen Stellenwert bekommen sollen.

Durch den zwischen Pharmawirtschaft und Sozialversicherung abgeschlossenen **Pharma-Rahmenvertrag** wurden in den Jahren 2012 - 2015 insgesamt 6,75 Millionen Euro für Maßnahmen zu den Themen Kindergesundheit und Prävention zur Verfügung gestellt. Auch in den nächsten Jahren werden in diesem Bereich Projekte und Maßnahmen gefördert werden.

#### Resümee:

Durch das Aufgreifen des Konzepts der Frühen Hilfen in Modellprojekten und die Zweckwidmung der Vorsorgemittel wurde in Österreich ein wichtiger Schritt für die Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit gesetzt. Es bleibt zu hoffen, dass diese in die Regelfinanzierung aufgenommen wird. Dessen ungeachtet sind die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich mit etwa 2 Prozent im internationalen Vergleich sehr gering. Als kleines Rechenbeispiel: Alleine die Zweckwidmung der von jugendlichen RaucherInnen ins Budget gezahlten Tabaksteuer für Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen würde 60,5 Millionen Euro einbringen. Kernelemente sollen Angebote in der (frühen) Kindheit sowie solche zur Verhinderung gesundheitlicher Ungleichheit sein.

#### Forderungen der Kinderliga:

- Erhöhung der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung
- Überführung der Frühen Hilfen aus dem Projektstatus in ein Regelangebot und ein freundlicher »Willkommensbesuch« bei jedem/jeder neuen ErdenbürgerIn in Österreich
- Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken – ausreichende finanzielle Mittel dafür

zur Verfügung stellen

- Als erhebliche neue Herausforderung wird sich in den kommenden Jahren die Integration von Kindern und Jugendlichen mit Fluchtbiografie erweisen. Hierfür gilt es Standards der medizinisch-therapeutisch-pädagogischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Fluchtbiographie in Österreich zu entwickeln. Um eine solche Leitlinie österreichweit bestmöglich umzusetzen, haben wir den befassten Ressorts die Bestellung eines Koordinators/einer Koordinatorin empfohlen.

### 3. Berufsübergreifende, interdisziplinäre Netzwerkarbeit

Kinder- und Jugendgesundheit ist eine Querschnittsmaterie und betrifft sowohl in der Entstehung wie auch in der Bewältigung von Erkrankungen zumeist mehrere Lebensräume. Um dieser Tatsache effizient zu begegnen, bedarf es auch einer interdisziplinären und gut vernetzten Arbeitsform der befassten Gesundheitsberufe untereinander, wie auch mit den Partnerprofessionen aus der Pädagogik und Jugendhilfe.

Die »Etablierung von multiprofessionellen bzw. interdisziplinär organisierten Versorgungsformen im ambulanten Bereich« sowie »einheitliche AnsprechpartnerInnen für PatientInnen zur Koordination von Gesundheitsförderung, Diagnose und Therapie« ist ein Vorhaben im aktuellen Regierungsprogramm. Im Rahmen der Gesundheitsreform wurde die Schaffung von **Primärversorgungszentren** (Primary-Health-Care-Centers) angekündigt. Bis 2016 sollten damit Einrichtungen zur Versorgung von 8 Prozent der Bevölkerung geschaffen werden. Dieses Ziel ist weit davon entfernt, erreicht werden zu können.

Wie schon einleitend vermerkt, stellen Kinder und Jugendliche aber etwa 20% der Bevölkerung dar und sie brauchen in vielen Aspekten inhaltlich völlig andere Angebote, Kompetenzen und Herangehensweisen, Wissen und Umsetzungsstrategien als Erwachsene. Dieses Erfordernis ist nicht einfach »nebenher« durch die eine oder andere punktuell beigezogene Expertin oder Experten herzustellen. Dafür braucht es **im gesamten Team die**

**durchgängige Kinder- und Jugendspezifische Kompetenz** von kinder- und jugendmedizinischen Angeboten über Krankenpflege und psychosoziale Professionen zu den funktionellen Therapien bis hin zu Sonder-, Heil- und Sozialpädagogik.

Zusätzlich könnten enorme Benefits und Synergien gehoben werden, indem spezifische **Child-Heath-Care-Centers** in **Kooperation** etwa mit einem nahen Bildungscampus gedacht und in ein und derselben Zuständigkeit auch psychosoziale und Entwicklungsstörungen mitbetreut werden. Auch Gesundheitsförderung und Prävention sowie diverse Public-Health-Aufgaben (von Stillgruppen über regionale Angebote für Migranten-Familien oder Gesundheitsförderung, One-stop-shop bzw. One-Point-of-Service, Koordinationsstelle für Frühe-Hilfen, bis hin zu hoheitlichen Aufgaben, u.a.m.) wären dort passgenau und vermutlich auch kostengünstig systemimmanent gut angebunden.

Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit besteht für diese Organisationsform und für das Arbeiten im interdisziplinären Team auf Grund der über 30-jährigen Erfahrungen in den Entwicklungs- und Sozialpädiatrischen Ambulatorien schon hohes praktisches Vorwissen und Kompetenz.

Kinder und Jugendliche sollten daher in der Primärversorgung mit spezialisierten Zentren berücksichtigt werden. Ihnen diese Chance wider besseren Wissens der Notwendigkeit nicht zu Verfügung zu stellen, wäre ein fatales Versäumnis und ein Vorenthalten kommunaler Verantwortung.

#### Resümee:

Als zentrales Anliegen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie wurde die »Gewährleistung einer ausreichenden, qualitätsgesicherten, flächendeckenden ambulanten therapeutischen Versorgung durch ein multiprofessionelles Netzwerk von institutionellen und niedergelassenen TherapeutInnen mit kinderspezifischen Aus- und/oder Weiterbildungen« formuliert. Dazu wurden konkrete Maßnahmen vorgeschlagen, wie etwa die Registrierung der

nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, die Erhebung von Bedarf und Angebot an ambulanten Therapien (Ergo-, Psycho- u. Physiotherapie sowie Logopädie), die Entwicklung eines integrierten Gesamtversorgungs- und Behandlungsplans unter Einbeziehung des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens differenziert nach Lebensabschnitten mit altersgerechten Settings und Übergängen inkl. einer genauen Analyse des Ist-Standes und bedarfsgerechtem Ausbau abgestufter Versorgungsangebote. Diese Vorhaben wurden bisher nicht umgesetzt.

#### Forderungen der Kinderliga:

- Interdisziplinäre, berufsübergreifende Netzwerkarbeit darf nicht einzelnen »Privatinitiativen« überlassen bleiben, sondern braucht eine professionelle Gestaltung. Sie muss ein selbstverständlicher und honorierter Teil des Arbeitsalltages werden. Gesundheitsberufe in der niedergelassenen Praxis sind hierorts aber zumeist Einzelkämpfer und Geld fließt nur, wenn der Inpatient auch de facto in der Einrichtung ist. Es braucht in Österreich Konzepte und Rahmenbedingungen für Teamwork von verschiedenen GesundheitsdienstleisterInnen – sowohl im niedergelassenen wie auch im institutionellen Bereich.
- Es braucht interdisziplinäre Zentren (PHC's, CHCC's) nach internationalem Vorbild (Schweden, Kanada, Australien), in denen **im gesamten Team die durchgängige Kinder- und Jugendspezifische Kompetenz** von der Krankenpflege über psychosoziale Professionen, funktionellen Therapien bis hin zu Sonder-, Heil- und Sozialpädagogik angeboten wird.

#### 4. Ausreichendes, kostenfreies diagnostisch-therapeutisches Angebot

Eine wesentliche Forderung im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie im Jahr 2012 (Themenfeld 5) bezog sich auf einzelne Versorgungsbereiche, in denen in Österreich nachweisliche und offensichtliche Lücken bestehen.

Dazu wurden folgende Ziele formuliert:

- Ambulante Erstversorgung optimieren und zu Tagesrandzeiten und am Wochenende verbessern
- Pädiatrische Kompetenz in der Notfallversorgung stärken
- Versorgung in Krankenhäusern kinderfreundlicher machen
- Versorgung in ausgewählten Bereichen verbessern (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie)
- Integrierte Versorgung der »modernen Morbidität« verbessern
- Neonatologische Versorgung an die geänderten demografischen Verhältnisse anpassen
- Angebot für Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen verbessern
- Pädiatrische Pflege sicherstellen sowie Kinderhospizarbeit und Palliative Care ausbauen
- Verfügbarkeit von kindgerechten Arzneimitteln verbessern

Da es in Österreich – wie bereits unter Punkt 1 dieses Berichts ausgeführt – keine verlässlichen Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit gibt, ist auch die Versorgungssituation nur unzureichend bekannt. So gibt es etwa derzeit keine (publizierten) Prävalenzdaten zu chronischen und psychischen Erkrankungen und zu Entwicklungsstörungen.

Bekannt ist, dass es in zahlreichen Bereichen Versorgungslücken gibt. Nach wie vor gibt es ganze Bundesländer bzw. Regionen, in denen junge Menschen keine Chance haben kostenfrei eine Behandlung durch Logopädie, Physio- oder Ergotherapie, Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erhalten. Der allergrößte Teil der niedergelassenen Versorgung ist weiterhin mit einer **Zuzahlung** (ca. 30 - 60 Euro pro Therapiestunde) verknüpft. Zuzahlungen aber gefährden bzw. verhindern notwendige Behandlungen oder belasten Familien finanziell schwer. Der sonst erhoffte Lenkungseffekt von Selbsthalten im Gesundheitswesen ist in diesem Fall völlig kontraproduktiv, weil, je schwerer erkrankt oder behindert ein Kind ist, je mehr Therapie es daher braucht, desto größer wird die finanzielle



Belastung und je schwächer der finanzielle Hintergrund der jeweiligen Familie ist, desto weniger erhalten jene Kinder dann die von ihnen benötigte Therapie. Dies widerspricht der gesundheitlichen Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit sowie dem Recht auf freien Zugang zu Gesundheitsversorgung eklatant. Zuzahlungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollten somit samt und sonders und ohne Einschränkung aufgehoben werden.

Für manche Bereiche der Versorgung entwicklungsbeeinträchtigter Kinder hat sich die öffentliche Hand bis dato als nicht ausreichend zuständig erklärt (z.B. Autismus, Hauskrankenpflege, palliative Betreuung, u.a.m.). Auch bei der Finanzierung von Hilfsmitteln und Heilbehelfen müssen oft erhebliche Zuzahlungen geleistet werden, welche die finanziellen Möglichkeiten von Familien häufig übersteigen. Der Organisationsaufwand für Verordnung, Bewilligung, Umsetzung und Finanzierung jener Heilbehelfe ist zusätzlich enorm.

Insgesamt wird davon ausgegangen, dass österreichweit zumindest **60.000 - 80.000 Therapieplätze** für Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen Entwicklungsstörungen und Erkrankungen fehlen und dies zu Wartezeiten von bis zu einem Jahr und mehr führt. Für eine flächendeckende Versorgung mit allen notwendigen ambulanten Versorgungsleistungen wurde eine Bedarfssumme von ca. 70 Millionen Euro errechnet. Das sollte für Österreich als dritt-reichstes Land der EU leistbar sein.

In einigen Versorgungsbereichen und Regionen wurden in den vergangenen Jahren jedoch auch Fortschritte erzielt. So stellt der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht des BMG etwa fest, dass die **ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie** einen deutlichen Auf- und Ausbau erfahren habe. Sowohl die NÖGKK wie auch die WGKK haben Verträge mit niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen abgeschlossen. Darüber hinaus hat das Land Wien gemeinsam mit der WGKK weitere Standorte von Ambulatorien für Entwicklungsförderung errichtet und die NÖGKK einen großen Schritt

hin zu einer flächendeckenden ergotherapeutischen Versorgung gemacht. Dennoch bestehe laut Bericht des BMG österreichweit noch »großer Ausbaubedarf an medizinischen und therapeutischen Angeboten«. Vor allem für Kinder und Jugendliche mit komplexen Problemlagen sei von einem deutlichen Angebotsdefizit auszugehen (Stichwort »integrierte Versorgung«).

Bei der psychotherapeutischen Versorgung zeigt sich österreichweit ein sehr heterogenes Versorgungsgeschehen. Die Berufsverbände berichten hier regional von Ausweitungen der Kontingente und Kassenleistungen, die sich in anderen Gebieten nicht erkennen lassen. Dies führt zu einer steigenden Ungleichverteilung bei den Chancen auf einen Therapieplatz. Auch die AutorInnen des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes des BMG gehen in Anbetracht der vorliegenden Prävalenzschätzungen »von einem zusätzlichen Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung« aus. Nachsatz: »Eine Verbesserung der Datenlage würde zudem Versorgungslücken aufzeigen und eine bedarfsgerechte Planung ermöglichen«.

Als »unzureichend« wird in Österreich die **Palliativ- und Hospizversorgung** von lebensbedrohlich oder lebenslimitierend erkrankten Kindern und Jugendlichen eingeschätzt.

Seit 1. Juli 2015 werden die Kosten für **Zahnspangen** von Kindern und Jugendlichen bei erheblicher Zahnfehlstellung bis zum 18. Geburtstag von der Krankenkasse übernommen. Etwa 30.000 Kinder und Jugendliche werden jährlich davon betroffen sein. Circa 8.000 fallen in den Bereich der frühkindlichen Behandlung und an die 22.500 in den Versorgungsbereich mit festsitzenden Zahnspannen ab dem 12. Lebensjahr. Die Kosten werden von der Sozialversicherung getragen, der Bund steuert jährlich 80 Millionen Euro bei.

Bei der **ambulanten Erstversorgung** spitzt sich in Österreich die Lage merklich zu. Die Spitalsambulanzen sind (vor allem saisonal) stark überlastet, da sie als einzige Einrichtungen rund um die Uhr

erreichbar sind. Dies führt oft zu stundenlangen, belastenden Wartezeiten für Kinder und Eltern. In einzelnen Krankenhäusern wird versucht, mit Hilfe von ambulanten Erstversorgungseinheiten für Entlastung zu sorgen. Primärversorgungszentren (siehe oben) könnten hier ebenfalls eine Alternative bieten.

Wenig vorangekommen ist auch die Anerkennung der **Spezialisierungen in der Kinder- und Jugendheilkunde**. Kinder und Jugendliche, die etwa an Rheuma, schweren Magen-, Darm- oder Nierenerkrankungen u.a. leiden, sind in der Regel auf die Erwachsenenmedizin angewiesen.

Ein hochpriorisiertes Ziel der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie war der Aufbau eines **Kinderarzneiforschungsnetzwerkes** in Österreich. Damit soll die Verfügbarkeit von **kinderspezifischen Medikamenten** verbessert werden. Das österreichische Studiennetzwerk für Arzneimittel und Therapien »OKIDS« fungiert in dem Projekt als Serviceleister für Universitäten und spezialisierte Zentren. OKIDS wurde mit Hilfe der Österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde (ÖGKJ) gegründet und wird aus den Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit, der »Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag« und von der Pharmig, dem Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs, unterstützt.

#### Resümee:

Das vielzitierte »beste Gesundheitssystem der Welt« und die freie Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen in Österreich sind für Kinder und Jugendliche in vielen Regionen und zu vielen Themen nicht alltägliche Realität. Punktuelle Verbesserungen der Angebotslandschaft da und dort ergeben noch keine durchgängig ausreichend bedarfsorientierte Versorgung. Die Mängelbereiche sind markiert. Jetzt braucht es entsprechende Umsetzung und Maßnahmen.

#### Forderungen der Kinderliga:

- Bedarfsorientierter Ausbau von kostenfreien

Angeboten für Diagnostik, Therapie, Pflege und Rehabilitation in allen Bereichen der Kinder- und Jugendgesundheit

- insbesondere im Bereich der integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen.

#### 5. Qualitätssicherung

»Kinder sind keine kleinen Erwachsenen« ist ein bekannter Stehsatz, der nicht oft genug wiederholt werden kann, aber von nicht einschlägig befassen Menschen selten in seiner tatsächlichen Tragweite verstanden wird. Um mit Kindern gut und sachgerecht arbeiten zu können, braucht es spezifisches Wissen, altersadäquate Methodik und Rahmenbedingungen, unter denen diese Arbeit möglich ist.

Alle Maßnahmen für diese Zielgruppe müssen daher einer objektivierbaren, ExpertInnen-gestützten und grundsätzlich am Kindeswohl orientierten Qualitätssicherung unterliegen. Dies ist insofern wichtig, da in einer marktwirtschaftlich- und dienstleistungsorientierten Gesellschaft zunehmend auch andere Motive eine große Rolle spielen.

Ein wesentlicher Aspekt ist die Ausbildung und Qualifikation von AnbieterInnen und LeistungserbringerrInnen. Derzeit gibt es definierte Ausbildungen zur Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinderkrankenpflege. Im neuen Psychologiewgesetz ist nunmehr seit Juni 2014 eine spezifische Kinder-, Jugend- und Familien-Psychologie-Weiterbildung vorgesehen. Nach aktueller Information hat auch der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie ein offizielles Curriculum mit Zertifikat für Kinderpsychotherapie verabschiedet.

Neben der fachlichen Qualifikation braucht es aber auch den gesellschaftlichen Rahmen in Bezug auf Qualitätsstandards. Ein Beispiel der jüngeren Vergangenheit betrifft den **Kinderwunsch** und die technischen Möglichkeiten seiner Umsetzung. Österreich weist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine unangemessen hohe Rate an frühgeborenen Kindern auf. Diese erklärt sich vorrangig

aus der Reproduktionsmedizin, da diese – ohne gesetzliche Limitierung – überwiegend mehrere befruchtete Eizellen einsetzt oder bei mehrfacher Follikelreifung inseminiert, was zu übermäßig häufigen Mehrlings-Schwangerschaften und Mehrlingsfrühgeburten führt. Dieses Vorgehen ist hauptsächlich dem Profit der anbietenden Institute geschuldet, weil das Versprechen einer hohen Schwangerschaftsrate natürlich die zahlungskräftige Kundschaft motiviert. Gleichzeitig wissen wir aber, dass (Mehrlings-)Frühgeburten zu einer erheblichen Zahl an entwicklungsbeeinträchtigten und behinderten Kindern führen und neben der Not der Betroffenen auch eine hohe ökonomische Belastung für das allgemeine Gesundheitswesen darstellen.

Medizin-ethisches Ziel muss es daher sein, ein möglichst gesundes Kind am zu erwartenden Geburtstermin zu gebären. Dafür ist eine gesetzliche Regelung in Richtung »**Single-Embryo-Transfer**« die richtige Maßnahme. Schweden hat diesen Schritt schon vor mehreren Jahren gesetzt und weist nun die niedrigste Frühgeborenenrate in Europa auf. Zusätzlich bräuchte es eine externe, von den anbietenden Instituten unabhängige Beratung sowie eine gute psychosoziale Begleitung der, auf eine Schwangerschaft hoffenden Kinderwunsch-Paare, unter der Prämisse des Kindeswohls. Den so entstandenen Kindern ist im Weiteren ein ehrlicher Umgang mit ihrer Biographie, d.h. ihr Recht auf altersadäquate Aufklärung und Wissen um ihre Herkunft zuzugestehen.<sup>7</sup>

Im Jänner 2015 wurde in Österreich nun ein neues Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedRÄG) nach nur zwei Wochen Begutachtungsfrist beschlossen. Die vorhandenen Chancen, dabei auch die hohe Frühgeborenen-Rate mit all den nachteiligen Folgen für die Kinder durch eine Limitierung der eingesetzten befruchteten Eizellen zu senken, das Menschen- und Kinder-Recht um das Wissen um seine Herkunft ausgewogen zu regeln, den Kinderwunsch-Eltern eine optimierte Beratung und Begleitung durch die schwierige und oft sehr belastete Zeit beizustellen

sowie durch eine entsprechende Evaluation über qualitative Aspekte der Geburt und über die weitere Entwicklung dieser Kinder Bescheid zu wissen, u.a.m. wurde leider versäumt, obwohl dies in allen politischen Strategiepapieren zur Kindergesundheit der letzten Jahre als prioritäres Ziel artikuliert wurde.<sup>8</sup>

#### Resümee:

Qualitätssicherung muss das Kindeswohl auch gegen andere Interessen eindeutig in den Vordergrund stellen, damit es nicht gegenüber ökonomischen, berufspolitischen oder anderen scheinbar »wichtigeren« Aspekten unterliegt. Der »Sündenfall« des Fortpflanzungsmedizingesetzes ist ein aktueller Beleg dafür.

#### Forderungen der Kinderliga:

Um Kindern und Jugendlichen ihr Recht auf eine fachgerechte Behandlung zu gewähren, braucht es:

- eine spezifische, verbindliche und zertifizierte **Zusatzqualifikation** für alle Gesundheits- und Sozialberufe, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten (idealerweise durch die jeweilige Fachgesellschaft definiert und organisiert),
- eine verpflichtende **Registratur** aller TherapeutInnen mit Angabe der – für die Versorgung – wesentlichen Eckdaten (dies bräuchte sowohl den KonsumentInnen wie auch den GeldgeberInnen mehr Klarheit über die LeistungserbringerInnen),
- eine **persönliche Eignung** für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien,
- sowie **angemessene Rahmenbedingungen**, d.h. Struktur- und Prozessqualität, um dieser Aufgabe gerecht werden zu können.

#### 6. Stärkung der Elternschaft

Eltern haben eine Schlüsselposition bei der Entwicklung von Gesundheit und Lebensstil ihrer Kinder. Sie sind deren wichtigste Lebensraumgestalter und

<sup>7</sup> Konsenspapier der Kinderliga <http://bit.ly/1nS5HQd>

<sup>8</sup> Stellungnahme der Kinderliga zum Gesetzesentwurf: <http://bit.ly/1RRyufR>

haben den frühesten und lebenslang prägendsten Einfluss auf die nächste Generation. Bei vielen Gesundheitsthemen erreichen wir Kinder und Jugendliche nur über ihre Eltern. Dies gilt präventiv ebenso, wie bei der kurativen oder rehabilitativen Begleitung (chronisch) erkrankter Kinder.

Allein das Faktum »Kinder zu haben« lässt Familien statistisch auf ein niedrigeres Niveau des Lebensstandards fallen. Die höchste Armutsgefährdung haben heute AlleinerzieherInnen und Mehrkinderfamilien. Krankheit verstärkt diesen Prozess nochmals. Das faktische und emotionale »Sorgen« um ein (chronisch) krankes Kind hindert an Berufstätigkeit. Es kostet Lebenskraft, Zeit und Geld und erschwert soziale Kontakte enorm. Die damit verbundene Lebensaufgabe und Schicksalsbewältigung kann die Gesellschaft den betroffenen Familien ohnehin nicht abnehmen. Viele dieser Eltern machen darüber hinaus aber die Erfahrung, dass auch mögliche Hilfen oft hart erkämpft und die Kraft hierfür zusätzlich aufgebracht werden muss. Sie klagen etwa über einen enormen Bürokratie- und Zuständigkeitsdschungel, über eine häufig erlebte »BittstellerInnen Position« und über ihren Kampf um Hilfsmittelfinanzierung, um Pflegegeldvalorisierung, um die Integration von chronisch kranken oder verhaltensauffälligen Kindern in das Kindergarten- und Schulsystem und vieles anderes mehr.

#### Resümee:

Ein weiser Sinnspruch sagt: »Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind großzuziehen.« Eltern brauchen Stärkung und soziale Unterstützung, damit sie ihre Kinder gut versorgen können.

Der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit ist vielfach bewiesen und dokumentiert. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit von Beginn des Lebens an ist eine der wichtigsten Ressourcen, die wir Kindern mit auf ihren Weg geben können. Derzeit gibt es in Österreich kaum Hinweise, dass gezielt und systematisch daran gegangen wird, die Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche zu erhöhen. Dies sollte eine absolut prioritäre Aufgabe der weiter unten beschriebenen, neuen

parlamentarischen Ausschüsse für Kinderrechte sein.

#### Forderungen der Kinderliga:

Für eine effiziente Unterstützung des diagnostisch-therapeutischen Prozesses durch die Eltern braucht es daher:

- Eine **unlimitierte und kostenfreie Mitbetreuung der Eltern** auf Indikation und e-card des Kindes oder Jugendlichen
- Angebote zur Förderung der **Gesundheits- und Erziehungskompetenz** von Eltern oder anderen LebensbegleiterInnen
- Bestmögliche Unterstützung der Eltern durch die öffentliche Hand bei der Erfüllung dieser Aufgabe

#### 7. Health in all Policy – Next Generation Policy

Leider kann man sich derzeit des Eindrucks nicht erwehren, dass das Thema »Kinder- und Jugendgesundheit« auf der aktuellen politischen Agenda keine hohe Priorität mehr besitzt. Jenes »Komitee zur Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie« hat zwischen November 2014 und April 2016 nicht getagt und zuletzt auch keine inhaltlichen Themen mehr aufgegriffen, sondern sich in einer politisch ungelösten Diskussion über seinen eigenen Formalstatus verheddert. Aus diesem Grund und weil es keinerlei ökonomische Unterstützung für eine aktive Komitee-Führung gab, hat die Liga den Vorsitz im Frühjahr 2015 zurückgelegt. Unsere Bereitschaft zu einer weiteren inhaltlichen Mitarbeit als Komitee-Mitglied wurde deponiert.

Darüber hinaus wurde die über ihre Ressortgrenzen hinaus agierende Koordinationsstelle für Kinder und Jugendgesundheit im BMG nach Ausscheiden der Mitarbeiterin nicht nachbesetzt sowie deren Agenden mit März 2016 komplett an die GÖG ausgelagert. Dass dies symbolhaft und real nicht gerade eine politische Stärkung bedeutet, ist für jedermann und -frau leicht nachvollziehbar.

Erfreulichere Neuigkeiten kommen hingegen aus dem Parlament: Im Nationalrat wurde ein »Unterausschuss für Kinderrechte-Monitoring und

Jugendpartizipation« und im Bundesrat ein »Kinderrechteausschuss« gegründet. Seit vielen Jahren fordert die Kinderliga beharrlich eine angemessene parlamentarische Vertretung für Kinder und Jugendliche, allerdings in paritätischer Besetzung durch ParlamentarierInnen und ExpertInnen. Ob diese beiden neuen Gremien zur Erreichung dieses und anderer Ziele für die nächste Generation beitragen werden, bleibt abzuwarten.

#### **Resümee:**

Der Schwung und die guten Vorsätze aus der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie sind in den Mühlen der Bürokratie untergegangen. Fehlende Ressourcen und Formalfragen haben unter anderem dazu geführt, dass sich ExpertInnen nicht mehr engagieren wollen. Es ist aktuell kein politischer Wille erkennbar, die Kinder- und Jugendstrategie umzusetzen. Das Konzept der »Health in all Policies« muss aktuell als gescheitert betrachtet werden, da bis auf wenige Einzelinitiativen keine ressortübergreifende gezielte Zusammenarbeit stattfindet.

#### **Forderungen der Kinderliga:**

- Wiederbesetzung der Koordinationsstelle für Kinder- und Jugendgesundheit im BMG
- Einrichten einer Parlamentarischen Kinderkommission (mit Abgeordneten aller Fraktionen und ExpertInnen gemischt besetzt)
- Ein Ressort für Kinder-, Jugend- und Familienangelegenheiten
- Vollständige Aufnahme der UN-Kinderrechtskonvention in die österreichische Verfassung

*Prim. Dr. Klaus Vavrik, Mag.a Andrea Fried*





## Die Liga und das Jahr 2015





## Die Liga und das Jahr 2015

Für das Jahr 2015 hat die Kinderliga den Themenschwerpunkt »Armut & Gesundheit« gewählt und dabei der »gesundheitlichen Chancengerechtigkeit« für Kinder und Jugendliche einen besonders wichtigen Stellenwert eingeräumt. Durch einen Beschluss unserer Mitgliederkonferenz wird uns diese Themensetzung auch noch im laufenden Jahr 2016 begleiten, um dem inhaltlich breiten Thema gerecht zu werden. Wir freuen uns sehr, dass wir für diese Aufgabe und für den gemeinsamen Weg die **Armutskonferenz** als Kooperationspartnerin gewinnen konnten.

### Vorstand

Im Jahr 2015 wurde der Vorstand der Kinderliga erweitert. Eva Mosar-Mischling, Mag.a Andrea Fried und Dr. Christoph Hackspiel verstärken als kooptierte Mitglieder das Vorstandsteam.

### Neue Mitgliedschaften

Die Kinderliga freut sich über die stetig wachsende Zahl an Mitgliedern, die uns den Rücken stärken und eine gemeinsame starke Stimme für die Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich sind. Im Jahr 2015 sind folgende Institutionen und Initiativen beigetreten:

#### Institutionelle Mitglieder:

- Alpenvereinsjugend Wien
- nomaden - Ambulante Unterstützung für Menschen mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung
- Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH
- Verein Contrast - Frühförderung für blinde, sehbehinderte und mehrfachbehindert sehgeschädigte Kinder
- Wiener Sozialdienste
- Institut für Gewaltprävention und Konfliktmanagement in Familien
- Verein MOKI NÖ - Mobile Kinderkrankenpflege
- Bundesverband Therapeutische Gemeinschaften
- FICE Austria
- Verein »Original Play Österreich - von Herzen spielen«

### MitarbeiterInnen

2015 war intern geprägt von Veränderungen: Martina Wolf, die mehr als fünf Jahre die Liga begleitet hat, hat ihre Funktion beendet und wendet sich neuen Aufgaben zu. Im November hat Mag.a Andrea Fried die Geschäftsführung übernommen. Gemeinsam mit einem erweiterten, starken Vorstandsteam wird sie sich dafür einsetzen, die Anliegen der Kinder und Jugendlichen auch in Zukunft kraftvoll zu vertreten.

Unsere Kolleginnen aus dem Modellprojekt Frühe Hilfen in Wien, Mag.a Hedwig Wölfl und Mag.a Franziska Pruckner, haben das Angestellten-Team der Kinderliga durch das Auslaufen des Projekts mit Jahresende verlassen. Auch Lisbeth Christely, MSc, die mehr als ein Jahr in der Kinderliga für Fundraising zuständig war, ist seit Herbst 2015 wieder selbstständig tätig.

### Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

- Prim. Dr. Klaus Vavrik - Präsident und Geschäftsführer
- Mag.a Andrea Fried - Geschäftsführerin
- Mag.a Sarah Koller - Veranstaltungsorganisation und Assistenz der Geschäftsführung
- Verena Bittner-Czettl - Öffentlichkeitsarbeit, extern

### Verein zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich

- Daniela Koller - Sachbearbeitung Kinderhilfsfonds
- Doris Staudt - Lehrgangsmangement

### Interne Gremienarbeit

- Sitzungen der Fachgesellschaften und Berufsvertretungen der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit
- Jour-Fixe der Wiener Kinder- und Jugendgesundheitsversorgung, wobei hier auch einige Organisationen beteiligt sind, die (noch) nicht Mitglied in der Liga sind
- Jährliche Mitgliederversammlung (Treffen der nominierten Mitglieder)

## ÖSTERREICHISCHE LIGA FÜR KINDER-UND JUGENDGESUNDHEIT

### Projekte

#### *High + Responsible Award*



Ist eine österreichweite Initiative zur Rausch- und Risikobalance von Jugendlichen in Nightlife, Gastronomie, Spiel und Sport.

Es handelt sich dabei um ein Kooperationsprojekt zwischen der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, Pernod Ricard Austria, Boehringer Ingelheim, Rauch Fruchtsäfte, dem Österreichischen Alpenverein und risflecting®.

Es werden jährlich 15 Betriebe ausgezeichnet, die besondere Sensibilität im Umgang mit Rausch und Risiko bei jugendspezifischen Angeboten zeigen. Das Projekt startete 2014, soeben wurden die neuen GewinnerInnen 2015 vorgestellt. Die Kinderliga stellt den inhaltlichen Support für den Award<sup>1</sup>.

#### *Modellprojekt Frühe Hilfen – Gut begleitet von Anfang an*



Frühe Hilfen in Österreich sollen als interdisziplinäre Begleitung von Familien in Belastungssituationen von der Schwangerschaft bis zum sechsten Lebensjahr eines Kindes wirksam werden.

In fünf Modellregionen errichteten die Gebietskrankenkassen in Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, der Steiermark und Kärnten gemeinsam mit der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit Modellprojekte für eine zielgerichtete und

unterstützende Familienbegleitung. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger unterstützte maßgeblich dabei und das Projekt wurde im Rahmen der Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag finanziert<sup>2</sup>.

Das System der Frühen Hilfen dient der Unterstützung von (werdenden) Familien mit Belastungen und leistet damit einen ganz zentralen Beitrag zur Verbesserung der Entwicklungs- und Gesundheitschancen von Kindern. Es ist international schon vielfach etabliert.

Wir freuen uns sehr, dass auf Basis der Erkenntnisse aus diesem Modellprojekt ein österreichweiter Roll-Out geplant ist.

#### *Wibet - Wir begleiten Therapie*

Wibet – ein Kooperationsprojekt mit beratungsgruppe.at – ist Ende 2015 zu einem erfolgreichen Abschluss gekommen. Angeboten wurde eine interkulturelle Entwicklungsbegleitung für zugewanderte Mütter bzw. Eltern von Kindern mit Entwicklungsstörungen und mit niedrigem sozial-ökonomischen Status (SES) durch dafür spezifisch geschulte, zielgruppennahe Tutorinnen.

Diese begleiten Mütter und Kinder bei deren Terminen zu den therapeutischen Einrichtungen, zu externen Untersuchungen oder Beratungsstellen, u.a.m. Die zweisprachigen Tutorinnen leisten mehr als bloße Übersetzungstätigkeit, da sie aufgrund ihrer eigenen Herkunft mit den Lebenswelten der sozial schwachen, zugewanderten Mütter/Familien sehr gut vertraut sind.

Diese muttersprachliche Vermittlungstätigkeit erleichtert die Arbeit der Fachleute, spart Zeit und erhöht die Wirkung der Therapien bzw. bringt diese überhaupt erst zur Umsetzung. Das Projekt wurde mit Unterstützung durch den FGÖ, das BMIA und den HV-SVT durchgeführt.

<sup>1</sup> Webpage zum Projekt: <http://bit.ly/1MdTKj9>

<sup>2</sup> Video zu den Frühen Hilfen: <http://bit.ly/1N5hUI6>



Österreichweite Bildungsdialoge, Foto: M. Guzei



Strategie »Kinderliga 2020« und 1. Zukunftsforum

## Veranstaltungen

### Österreichweite Bildungsdialoge

fanden 2015 unter dem Titel »Beziehungen Bilden« in Kooperation mit dem Forum Lebensqualität statt. Die Wichtigkeit der Beziehungsbildung in formalen und non-formalen Bildungsinstitutionen, sowie die Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Bildung von Kindern und Jugendlichen waren dabei die Hauptthemen.

Der Fokus auf eine zukunftsfähige Bildungskultur stand ebenso im Mittelpunkt und wurde in den Bundesländern intensiv diskutiert.

Am 5. September 2015 fand schließlich im Burgenland die Abschlussveranstaltung statt, wo die österreichweiten Ergebnisse vom Kurator der regionalen Dialoge, Gerald Koller, zusammengetragen wurden. »Ermutigende Bildung jetzt!« ist dabei der gemeinsame Konsens, der in Form eines Abschlussberichts auf der Webseite [www.bildungsdialoge.at](http://www.bildungsdialoge.at) nachgelesen werden kann.

### Seminar für Mitgliederorganisationen

Von 18. bis 19. September 2015 haben wir ein Seminar für unsere Mitgliederorganisationen zum Thema »Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe« auf Einladung der GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) veranstaltet. Ziele waren die Vertiefung des Grundlagenwissens über Gesundheitsförderung, das eigene Gesundheitsverhalten zu reflektieren und neues

Wissen und Ideen zur Gesundheitsförderung im Kontext der Kinder- und Jugendgesundheit in Bezug auf die berufliche Tätigkeit zu sammeln. Das Seminar hat bei den TeilnehmerInnen sehr positiv nachgewirkt.

### Strategie »Kinderliga 2020« und 1. Zukunftsforum

Mitte 2015 wurde in der Kinderliga ein Strategie- und Reorganisationsprozess gestartet. Vom 24. - 25. November 2015 fand in den Ideen-Räumen in Wien das »1. Zukunftsforum« statt.

Unserem Ruf nach einem gemeinsamen intensiven Austausch über Visionen, Wirkungsentfaltung und Positionierung der Kinderliga folgten insgesamt 62 Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und mit verschiedenem Bezug zu uns. Dabei waren sowohl Mitgliederorganisationen, wie Fachgesellschaften und in der Versorgung tätige Organisationen, als auch MitarbeiterInnen und Vorstandsmitglieder vertreten. Der interdisziplinäre fachliche Hintergrund der TeilnehmerInnen ermöglichte einen besonders fruchtbaren Austausch in den Arbeitsgruppen.

Wie die Kinderliga die größtmögliche Wirkung entfaltet, dabei den größtmöglichen Unterschied zu anderen macht und ihr Netzwerk dabei ideal nutzen könnte – das waren die begleitenden Fragen während dieser beiden Tage.

### **Vienna City Marathon**

»Wir geben Kindern eine Stimme – wenn wir wieder schnaufen können!«. Unter diesem Slogan startete ein prominentes Team von GesundheitsexpertInnen und UnterstützerInnen der Österreichischen Kinderliga beim Vienna City Marathon 2015. Dabei waren am 12.04.2015: Dr.in Barbara Maier (Hanusch Krankenhaus); Mag. Peter McDonald (Hauptverband d. österr. Sozialversicherungsträger); Dr. Günther Bernert (Preyersches Kinderspital); Mag. Martin Krakhofer (Sportunion); Mag.a Petra Lehner (BMG); Dr. Peter Scholz (Hauptverband d. österr. Sozialversicherungsträger); Andreas Kronberger (Baxter) und Klaus Vavrik von der Kinderliga.

### **Öffentlichkeitsarbeit**

Neben der Bearbeitung zahlreicher Journalistenanfragen leistete die Kinderliga auch proaktiv Medienarbeit:

- **15.01.2015 Presseinformation »Rauchverbot in geschlossenen Räumen zum Schutz der Kinder«**

Die Kinderliga bezieht Stellung zum Rauchverbot in der Gastronomie und wünscht sich eine Ausweitung auf alle geschlossenen Räume.

- **08.04.2015 – Pressekonferenz: 6. Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich.** Für das Schwerpunktthema der Kinderliga 2015/16 »Armut und Gesundheit – gesundheitliche Chancengerechtigkeit« bittet die Kinderliga den Armutsexperten Martin Schenk und die Leiterin von Amber Med auf das Podium. Das gemeinsame Statement lautet: Armut darf nicht krank machen! Krankheit darf nicht in die Armut führen!

- **24.04.2015 – Presseinformation: »Armut macht Kinder krank«.** Anlässlich der neuen Zahl des Armutsmonitors der Statistik Austria und der gestiegenen Kinder-Armuts-Zahlen appelliert die Kinderliga für gesundheitliche Chancengerechtigkeit.

- **21.08.2015 – Presseinformation: »Kinderliga**

**mahnt kindgerechte Versorgung von minderjährigen Flüchtlingen ein«.** Den erschreckenden Bericht von Amnesty International über die Bundesbetreuungsstelle Traiskirchen nimmt die Kinderliga zum Anlass auf die speziellen Bedürfnisse von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen hinzuweisen und psychotherapeutische Betreuung für Flüchtlinge zu fordern.

- **06.09.2015 – Presseinformation: »Vom ODER zum UND: Präsentation des Abschlussberichts der österreichischen Bildungsdialoge 2015«**

»Ermutigende Bildung jetzt!« so lautet das Resümee einer Reihe von Bildungsdialogen, die die Kinderliga gemeinsam mit dem Forum Lebensqualität landesweit organisiert hat. Daran haben über 500 BildungsexpertInnen teilgenommen und über eine menschenfreundliche Bildung diskutiert.

- **21.09.2015 – Presseinformation: Kinderliga fordert: Kinder und Jugendliche auf der Flucht brauchen psychologische, psychotherapeutische und psychiatrische Betreuung!**

Mehr als die Hälfte der in Traiskirchen untergebrachten Menschen sind Kinder und Jugendliche, eine psychotherapeutische Betreuung wird nach oft traumatisierenden Flucht-Erlebnissen nicht zur Verfügung gestellt. Auf diesen Missstand weist die Kinderliga hin.

- **01.10.2015 – Presseinformation »Kinderliga begrüßt Unterausschuss für Kinder und Jugendliche und bekräftigt Forderung nach einer Parlamentarischen Kinderkommission«**

Die vom Familienausschuss beschlossene Einsetzung eines Unterausschusses für Kinder und Jugendliche begrüßt die Kinderliga, da für sie Partizipation und Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen, wenn es um ihre Rechte und um ihre Gesundheit geht, schon lange ein Anliegen sind.

- **15.10.2015 – Presseinformation »Kinderliga zu neuer OECD-Studie: Armut macht krank. Immer mehr Kinder und Jugendliche in Österreich leben in Armut!«.**

Den Internationalen Tag zur Beseitigung der Armut am 17. Oktober sowie die veröffentlichte OECD-Studie »How's Life? 2015«

nimmt die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (Kinderliga) zum Anlass, erneut auf den unmittelbaren Zusammenhang von Armut und Gesundheit hinzuweisen. Laut der OECD-Studie ist die Kinderarmut in Österreich weiter angestiegen.

• **18.11.2015 – Presseinformation »Kinderliga: Kinder auf der Flucht haben ein Recht auf Schutz und Gesundheit!«** Die Kinderliga appelliert anlässlich des Weltkinderrechtetags an die Bundesregierung und an alle Verantwortlichen, ein besonderes Augenmerk auf den Schutz von Kindern und unbegleiteten minderjährigen Jugendlichen auf der Flucht zu richten und eine/n Gesundheitskoordinator/in einzusetzen.

#### (Fach-) Politische Aktivitäten

- Wiederkehrende Beratungstätigkeit für politische EntscheidungsträgerInnen
- Beteiligung am Nationalen Aktionsplan Menschenrechte der Volksanwaltschaft
- Mitgliedschaft im Fachbeirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen
- Diverse Veranstaltungen und Vorträge zur Verbreitung der Frühen Hilfen in Österreich
- Mitgliedschaft im Plenum und Arbeitsgruppen des Kinderrechte-Boards des BMFJ
- Mitgliedschaft im Komitee zur Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheit des BMG (bis 5/15 Vorsitz), 3. Fachtagung zur Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie »Gesundheitliche Chancengleichheit«
- Teilnahme im Plenum und v.a. AG 6 »Gesundes Aufwachsen« der Rahmengesundheitsziele des BMG
- Stellungnahme zum Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz
- Teilnahme an Treffen des Netzwerks Kinderrechte (NC)
- Projektpräsentation bei den Alpbacher Gesundheitsgesprächen
- Mitgliedschaft im Expertenbeirat JU-QUEST
- Mitgliedschaft im Pflegebeirat der IG-Pflege

- Mitarbeit am Leitfaden zur Früherkennung einer postpartalen Depression
- Beteiligung am Projekt Better-Life-Index Jugend
- Teilnahme am EU-FRESHER Projekt (Foresight and Modelling for European Health Policy and Regulation)
- Teilnahme im Expertengremium Mutter-Kind-Pass des BMG
- Teilnahme am Expertengremium der Tabakpräventions-Initiative des FGÖ/BMG
- Kooperation mit dem Competence Center Integrierte Versorgung der SV
- Kooperation mit dem HV-SVT (u.a. 2. Kinder- und Jugendgesundheits-Symposium)

#### VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER KINDER-UND JUGENDGESUNDHEIT

##### Fortbildungsangebot

• Der **Lehrgang Entwicklungs- und Sozialpädiatrie** ist unser Fortbildungsangebot für ÄrztInnen. Der erste Durchgang wurde mit äußerst positiver Bewertung der TeilnehmerInnen an den zwei Veranstaltungsorten (Wien und Salzburg) abgeschlossen. Der Start eines weiteren Lehrganges ist für März 2017 geplant.

• Der **Interdisziplinäre Lehrgang Kinder- und Jugendgesundheit** – wurde für Gesundheits-, Bildungs- und psychosoziale Berufe konzipiert. Der Lehrgang besteht aus neun Modulen, die nach Verfügbarkeit auch einzeln besucht werden können. Der nächste Lehrgang startet im September 2016.

Weitere Informationen, erste Termine und eine Online-Anmeldung finden Sie unter:  
[www.gesunde-kindheit.at](http://www.gesunde-kindheit.at)

##### Kinderhilfsfonds

Der Kinderhilfsfonds wurde im Jahr 2013 eingerichtet, da die Versorgungslage für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen vor allem bei

leistbaren Therapieangeboten, Hilfs- und Heilmittel, u.a.m. nach wie vor große Lücken aufweist. In den vergangenen drei Jahren konnten über den Kinderhilfsfonds mehr als 240 Kindern und deren Familien durch die Übernahme von Therapie- und Gerätekosten geholfen werden.

Aktuell musste aus Ressourcengründen leider ein Förderstopp ausgesprochen werden. An einer Weiterführung wird gearbeitet.

*Mag.a Sarah Koller*

## Kinderhilfsfonds

Verein zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich



© Julia Otto - Fotolia.com

### Kranke Kinder brauchen unsere Hilfe

#### Spendenkonto

IBAN: AT 88 1813 0808 8932 0001

BIC: BWFBATW1

Die Ärztebank

Ihre Spende ist spendenbegünstigt!  
Registrierungsnummer: FW 2332

**Vielen herzlichen Dank!**  
[www.kinderhilfsfonds.at](http://www.kinderhilfsfonds.at)

## Helfen Sie mit, Kindern eine Stimme zu geben!

Wenn Sie meinen, Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf bestmögliche Gesundheit und Entwicklung, unabhängig von sozialem Status, Geschlecht, Herkunft, Bildung oder Wohnort; wenn Sie denken, dass es sinnvoll ist, in die Zukunft junger Menschen zu investieren; wenn Sie die Ziele und Anliegen der *Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit* teilen und ihre Aktivitäten unterstützen wollen:

**Dann freuen wir uns über Ihre Spende!**

#### Spendenkonto:

Die Ärztebank

IBAN: AT98 1813 0502 9004 0000

BIC: BWFBATW1

**Vielen herzlichen Dank!**

Ohne spezifische Widmung wird Ihre Spende von uns im bestmöglichen Sinn für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen verwendet. Falls Sie für einen besonderen Zweck spenden wollen, schreiben Sie dies bitte auf den Einzahlungsbeleg.

Sie möchten Teil der *Liga* werden und helfen, Kindern eine Stimme zu geben? Wir freuen uns, Sie als »Förderndes Einzelmitglied« oder Organisation begrüßen zu dürfen! (ab EUR 35,- pro Jahr)

[www.kinderjugendgesundheit.at](http://www.kinderjugendgesundheit.at)







## Gastbeiträge



**Dr.in Margherita Zander**

Politikwissenschaftlerin, em. Professorin für Sozialpolitik an der FH Münster. Forschungsschwerpunkte und zahlreiche Publikationen im Bereich Kinderarmut in Deutschland und Resilienzförderung.

## »Arme Kinder stark machen« – Erkenntnisse aus der Resilienzforschung<sup>1</sup>

*»Wenn die Wogen über mir zusammenschlagen,  
tauche ich tiefer, um nach Perlen zu suchen«  
(Mascha Kaleko)*

### Die Entdeckung der Resilienz – ein neuer Weg in Pädagogik und Sozialer Arbeit

#### Bildhafte Vorstellungen von Resilienz

Mit dem Bild vom Perlentauchen findet die deutschsprachige Lyrikerin Mascha Kaleko einen poetischen Ausdruck dafür, wie sich »Resilienz« anfühlen kann. Dafür muss man den Begriff nicht kennen. Die Tochter jüdischer Eltern aus Galizien musste 1938 zu einem Zeitpunkt in die USA emigrieren, als sie in Deutschland gerade die ersten Erfolge als Schriftstellerin erlangt hatte. Im Exil stand sie dann wieder vor dem Nichts.

In der Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Resilienz werden in der populärwissenschaftlichen Publizistik immer wieder bildhafte Umschreibungen verwendet, so etwa die vom »Stehaufmännchen«, vom »Grashalm in der Wüste« oder die des »Löwenzahns«, der sich durch das innerstädtische Pflaster kämpft und dort zu blühen vermag<sup>2</sup>. Nicht selten erfolgt auch ein Rückgriff auf Mythen und Märchen, so auf die Figur des scheinbar unverwundbaren »Siegfried« aus der Nibelungensage oder auf »Ronja«, die unbeugsame Räubertochter. Ich selbst habe einmal mit der Figur des »Borstenkinds« aus einem siebenbürgischen Märchen geliebäugelt, um zum Ausdruck zu bringen, dass sich ein resilientes Kind nicht unbedingt lieb Kind macht. Vielmehr kann es mit seinem Eigensinn unbequem sein und immer wieder anecken.

<sup>1</sup> Dieser Beitrag erscheint - mit freundlicher Genehmigung des Verlages - als Nachdruck eines gleichlautenden Unterkapitels aus: Zander, M. (2015): Laut gegen Armut – leise für Resilienz. Was gegen Kinderarmut hilft. Beltz Juventa: Weinheim und Basel, S. 193 – 212.

<sup>2</sup> Das Bild des Löwenzahns verwendet namentlich Beartrice Kustor-Hüttl mit dem Hinweis, dass dieses Symbol im angloamerikanischen Kulturraum als Metapher für »gefährdete Jugendliche« und deren gelingenden »Überlebenskampf« steht (Kustor-Hüttl 2011, S. 23).

Bei der nahe liegenden Verwendung solcher Bilder besteht allerdings leicht die Gefahr, ein psychisches Phänomen unnötig zu mystifizieren. Weil es im Kern jedoch um ein schwer fassbares Phänomen geht, bei dem wir an die Geheimnisse der menschlichen Seele rühren, neigt man selbst in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung dazu, bildhafte Erklärungsmuster zu benutzen. So gebraucht Emmy Werner, die Pionierin der Resilienzforschung, gerne das Bild von der »Wendeltreppe«, die zwar nicht gradlinig, aber mit jeder Bewältigung einer neuen Herausforderung stets nach oben führe (Werner 1999, S. 31). Im deutschsprachigen Raum ist der bildhafte Buchtitel »Gedeihen trotz widriger Umstände« von Welter-Enderlin und Hildenbrand (2006) zu einem geflügelten Wort geworden und mittlerweile schlicht zur Kurzdefinition von Resilienz mutiert. Das Titelbild des Buches zeigt einen grünen Zweig, der aus vertrockneter Erde sprießt. Den schillernden Charakter von Resilienz verdeutlichen Bilder aus der Alltagserfahrung leichter als spröde Definitionen.

Am ehesten hilft uns der Blick auf reale Kinder oder Erwachsene, die infolge beeindruckender Überlebensstrategien beispielhaft für erstaunliche seelische Widerstandskraft stehen. Man denke an Nelson Mandela oder an KZ-Überlebende, wie den Literaturnobelpreisträger Imre Kertész, den Psychologen Viktor E. Frankl sowie die Schriftsteller Primo Levi und Jorge Semprún. Wie oft versetzen uns gerade auch Kinder und Jugendliche in Erstaunen, weil sie schwierigste Situationen zu meistern wissen, wie man es nie erwartet hätte.

#### Resilienz: Eine pädagogische Ermutigung

Mit Resilienz bezeichnen wir jene seelische Widerstandskraft, mit deren Hilfe Menschen außergewöhnliche Belastungen, Lebenskrisen und Traumata, anders als wir es erwartet hätten, nahezu unbeschadet überwinden. Dank ihrer seelischen Flexibilität erholen sie sich ungewöhnlich rasch von solchen Extremsituationen. Bei Kindern sollte man korrekter von außergewöhnlichen Entwicklungsrisiken sprechen, die sie überraschend gut bewältigen. Hier sind nicht die üblichen Risiken gemeint, die

generell mit altersgemäßen Entwicklungsprozessen verbunden sind. Vielmehr geht es um zusätzliche Gefährdungen, die in der Entwicklungspsychologie als *nichtnormative Risiken* gelten. Dabei kann es sich um biologische, psychosoziale oder emotionale Entwicklungsrisiken handeln, die für das Kind eine außerordentliche Härte darstellen.

Entdeckt wurde das Phänomen der Resilienz in Langzeitstudien, bei denen man die Beobachtung machte, dass manche Menschen solche Härten mehr oder weniger »ungebrochen« meistern, andere dagegen angesichts vergleichbarer Problemkonstellationen psychische Schäden erleiden oder verhalten-sauffällig werden. Was ist nun des Pudels Kern?

Unstrittig ist, dass bestimmte angeborene körperliche Merkmale und Charaktereigenschaften, aber auch manche erworbenen Fähigkeiten als resilienzförderlich eingestuft werden. Zu solchen *personalen Schutzfaktoren* zählen beispielsweise ein heiteres Temperament oder eine gesunde körperliche Konstitution. Sogar das Geschlecht spielt in bestimmten Altersphasen eine Rolle: Mädchen gelten in der frühen, Jungen in der späteren Kindheit als seelisch robuster und damit resilienzfähiger. Daneben hat man auch *soziale Schutzfaktoren* im familiären und weiteren sozialen Umfeld von Kindern entdeckt, die deren Resilienzfähigkeit stärken. Entsprechend unterscheidet man zwischen *personalen* und *sozialen Risikofaktoren*. Unter personalen Risikofaktoren versteht man problematische Dispositionen beim Kind selbst, angefangen von Geburtsschäden bis hin zu auffälligen Verhaltensweisen und schwierigen Charaktermerkmalen. Die sozialen Risikofaktoren umfassen die vielen nicht-normativen Risiken, denen ein Kind durch sein Umfeld ausgesetzt sein kann.

Schutzfaktoren ausfindig und zugänglich zu machen, ist Aufgabe aller Fachkräfte, die in ihrer Berufspraxis mit mehrfach risikobehafteten Kindern befasst sind. Risiken, zu deren Bewältigung ein Kind Resilienz braucht, sind beispielsweise Armut mit ihren materiellen und immateriellen Folgen, konflikthafte Trennungen und Scheidungen, die Erfahrung von Flucht und Traumatisierung, Misshandlung

und Missbrauch, psychische Erkrankung der Eltern und eigene seelische oder physische Behinderungen. Weitgehend einig ist man sich in der Fachdiskussion, dass die Fähigkeit zur Entfaltung von Resilienz erworben und damit gefördert werden kann. In der pädagogischen und sozialen Praxis, die sich an Resilienzförderung orientiert, geht es also in erster Linie darum, das Selbsthilfepotenzial gefährdeter Kinder, ihre seelische Widerstandskraft, zu wecken.

Wer Resilienzförderung betreibt, wird lernen, besonders auf innere Stärken seines Gegenübers zu vertrauen. Damit vollzieht sich ein Paradigmenwechsel im Menschenbild, weil wir – gewissermaßen in einer positiv gewendeten Fallanalyse – zu allererst nach Schutzfaktoren fragen, die hilfreich sein könnten. Man sieht wie mit einer neuen Brille plötzlich nicht mehr nur Probleme und Defizite, sondern vor allem Potenziale und Möglichkeiten der Kinder und ihrer Familien. Die gezielte Fokussierung professionellen Handelns auf die Mobilisierung von Resilienz- und Schutzfaktoren motiviert auch die »Helfer«.

Die Orientierung der praktischen Arbeit an Stärken erscheint auf den ersten Blick nicht wirklich neu: Eine ähnliche Herangehensweise gehört mittlerweile zum Repertoire einer ressourcenorientierten Kinder- und Jugendhilfe. Aber *Ressourcenorientierung ist noch keine Resilienzförderung*, auch wenn sie in eine ähnliche Richtung geht (vgl. Zander/Kruth/Alfter 2011). Resilienzförderung ist zielgerichteter und voraussetzungsvoller. Um diesen Zusammenhang detaillierter nachzuvollziehen, müssen wir uns mit dem Schutzfaktoren-Konzept, dem Herzstück von Resilienzförderung, auseinandersetzen.

### Das Schutzfaktoren-Konzept

Von der Entwicklungspsychologie hat die Resilienzforschung die epochale Erkenntnis übernommen, dass Entwicklungsrisiken *nicht zwangsläufig* zu psychischen Schäden, auffälligem Verhalten und einem Scheitern im späteren Leben führen. Von einer solchen Zwangsläufigkeit ist man in der Tat irrtümlischerweise lange Zeit ausgegangen. Der Schlüssel zu dieser Erkenntnis sind die Schutzfaktoren.

In der Fachliteratur und auch in den ausgearbeiteten Konzepten zur Resilienzförderung gibt es immer wieder neue Auflistungen von Schutzfaktoren, die zwar geringfügig differieren mögen, sich alleamt aber auf empirische Ergebnisse der Resilienzforschung stützen. Cum grano salis lassen sich die personalen und sozialen Schutzfaktoren wie folgt typisieren<sup>3</sup>:

#### **Persönliche Schutzfaktoren**

Hier kann es sich um *angeborene psychische und konstitutionelle Merkmale* des Kindes handeln. Aber auch *erworbene Fähigkeiten* wie prosoziales Verhalten, Problemlösefähigkeit, Zielstrebigkeit, flexible Formen der Stressbewältigung und kommunikative Aufgeschlossenheit zählen dazu.

#### **Familiäre Schutzfaktoren**

Zu ihnen gehören vor allem eine stabile Bindung, ein warmes und unterstützendes Familienklima, emotionale Zuwendung, familiäre Vorbilder für konstruktives Bewältigungsverhalten und ein geregeltes Familienleben mit klaren Alltagsstrukturen.

#### **Schutzfaktoren im weiteren sozialen Umfeld**

Zu diesen Faktoren zählen beispielsweise die Ersatzbeziehung zu einer Person außerhalb der Familie, Freundschaften mit Gleichaltrigen, die gezielte Förderung von Fähigkeiten und Neigungen in Kita oder Schule sowie die Erfahrung von Anerkennung und Selbstwirksamkeit.

Kommen genügend dieser Faktoren auf möglichst mehreren Ebenen zum Tragen, wird auch ein mehrfachen Risiken ausgesetztes Kind ein gesundes Selbstvertrauen ausbilden und eine Chance haben, Resilienz zu entwickeln.

Orte außerhalb der Familie werden für ein Kind umso wichtiger, je mehr die eigene Familie ausfällt. Versagt die Familie in ihrer Schutzfunktion, kann sich dieser »Ort der Sicherheit« in sein Gegenteil verkehren und zum Risikofaktor werden. Man denke

nur an Kindesmisshandlung oder Kindesvernachlässigung, aber auch an andere gravierende familiäre Probleme, die Kinder überfordern, wie zum Beispiel die Suchterkrankung eines Elternteils. Ist das Kind in der Familie sogar gefährdet, dann ist jenseits aller Resilienzförderung in erster Linie die Intervention der Kinder- und Jugendhilfe angezeigt, wie sie das Gesetz verlangt (Maywald 2013; Schone/Tenhaken 2012).

Selbst bei sogenannten »Multiproblemfamilien« würde Resilienzförderung zunächst von einer *positiv gewendeten Fallanalyse* ausgehen, indem sie vorhandene oder zu mobilisierende Potenziale, Stärken und Ressourcen eines risikobelasteten Kindes und seiner Familie zum Ausgangspunkt der Unterstützung macht. So plädiert die Familientherapeutin Marie Luise Conen entschieden dafür, das Konzept der Resilienzförderung in die Sozialpädagogische Familienhilfe zu integrieren: »Die Zuversicht und der Blick auf die Potenziale und Ressourcen einer Familie durch professionelle HelferInnen helfen diesen Familien, wieder an sich selbst zu glauben (Walsh 2002 und 2006; Conen 2002). Angesichts von größten Problemen und Leid zeigen diese Familien enorme Fähigkeiten und Stärken. [...]Es ist letztlich einfacher, Fähigkeiten zu erweitern als negatives Verhalten zu stoppen« (Conen 2002, S. 40).

Was für die Familien, also die Erwachsenen, gilt, nämlich der auf Schutzfaktoren hingewendete Blick, ist umso wichtiger für die Kinder. Für ein Handlungskonzept, das sich an der Idee der Resilienzförderung orientiert, sind folgende Leitfragen zu stellen:

- Über welche Potenziale und Fähigkeiten zur Bewältigung der Situation verfügt das Kind selbst?
- Wie ließen sich diese Potenziale gezielt fördern?
- Welche äußeren Schutzfaktoren sind ihm zugänglich oder könnten ihm zugänglich gemacht werden?
- Was könnte das gefährdete Kind dauerhaft stärken?

Die vorrangige Orientierung an Schutzfaktoren, an Stärken und Selbsthilfepotenzialen, lässt keineswegs außer Acht, dass Gefährdungen und Risiken die kindliche Bewältigungsfähigkeit übersteigen

<sup>3</sup> Zu Hinweisen auf umfänglichere Auflistungen vgl.: Wustmann 2004, S. 115 f.; Werner 2011, S. 35 f..

können. In diesem Fall müssen sie durch Interventionen beseitigt oder zumindest minimiert werden.

Trotz allen Wissens um die potenzielle Resilienzfähigkeit von Kindern reicht oft das Potenzial für sich allein nicht aus, sondern bedarf zu seiner Entfaltung *äußerer Schutzfaktoren*. Da Schutzfaktoren ebenso wie Risikofaktoren auf den schon genannten drei Ebenen – beim Kind, in der Familie und im weiteren sozialen Umfeld – wirksam werden, setzt Resilienzförderung auch genau dort an. Bei Kindern, deren Familie zum Risiko für sie wird, fällt eine wesentliche Ebene aus. Daher brauchen solche Mädchen und Jungen mehr Schutzfaktoren von außerhalb. Ohnehin benötigen Kinder umso mehr Schutzfaktoren, je gefährdeter sie sind. Niemals freilich darf sich ein Kind unter zu großen Erwartungsdruck gesetzt fühlen, unbedingt Resilienz zu zeigen, denn ob und wie jemand Resilienz entwickelt, bleibt eine individuelle Reaktion und ist letztlich nicht planbar.

Auch bei intensiver Förderung werden nicht alle Kinder gleichermaßen die Fähigkeit zur Resilienz entwickeln. Man muss damit rechnen, dass bei manchen Kindern und Jugendlichen dieses Potenzial stark verschüttet sein kann oder möglicherweise nicht vorhanden ist. Ob in diesen Fällen die Resilienzfähigkeit nur völlig überlagert oder tatsächlich nicht gegeben ist, bleibt vorerst noch ungeklärt. Kommt Resilienz nicht zum Zuge, dann geht es also nicht immer um ein Versagen. Man sollte sich vor einer starren Umkehr des Defizitblicks in eine allzu optimistische Sichtweise hüten, sondern besser realitätstüchtig in beide Richtungen schauen. Operiert man mit der Möglichkeit des »Sowohl als auch« (Weiß 2011), ist man gegen überzogene Erwartungen gefeit. Das würde auch eine Dichotomie von Resilienzgewinnern und »Spielverderbern«, die hier scheitern, vermeiden. Resilienz kann bei einem Menschen auch partiell auftreten. Daher spricht man beispielsweise von Bildungsresilienz, wenn es einem ansonsten schwer belasteten Kind gelingt, durch außergewöhnliche Leistungen in der Schule auf sich aufmerksam zu machen.

Kein abschließendes Bild haben wir bis heute von

der *Wechselwirkung zwischen Risiko- und Schutzfaktoren*. Eine gewisse Orientierung bieten uns diverse Modellannahmen, die sich keineswegs gegenseitig ausschließen müssen (Wustmann 2004). So geht das Kompensationsmodell davon aus, dass Risikofaktoren durch Schutzfaktoren in ihrer Wirkung geschwächt oder neutralisiert werden können. Das Herausforderungsmodell betont, dass durch jede erfolgreiche Bewältigung eines Risikos die Resilienzfähigkeit gestärkt wird, wie es das Bild der Wendeltreppe nach oben widerspiegelt. Ähnlich eingängig erscheint das Kumulationsmodell, demzufolge die Zahl der erforderlichen Schutzfaktoren mit Zunahme der Risiken steigt. Ein weiteres – das Schutzfaktorenmodell – sieht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren komplexe Wechselwirkungen, die sich allerdings nicht eindeutig bestimmen lassen.

Die Resilienzforschung tappt hier teilweise noch im Dunkeln oder ist zumindest unentschieden. Es bedarf offensichtlich weiterer Studien, um den eigentlichen Mechanismus der Entstehung von Resilienz offenzulegen. Dazu müssen unbedingt auch Langzeitstudien gehören, weil Resilienz sich in jeder neuen Risikosituation aufs Neue erweisen muss. Erst aus einer späteren Rückschau kann man wirklich beurteilen, ob ein Mensch trotz widriger Umstände in der Kindheit als Erwachsener ein »geglücktes Leben«<sup>4</sup> führt. Zeigt sich ein Kind in einer konkreten Risikosituation als resilient, bezieht sich das zunächst nur auf die aktuell zu bewältigende Herausforderung. Allerdings kann man hoffen, dass jedes positive Erlebnis für das Kind eine Erfahrung ist, auf die es später bei erneuter Gefährdung bauen kann. Kinder sind also nicht ein für alle Mal »resilient«, sondern höchstens tendenziell resilient. Bei Resilienz geht es immer um Wahrscheinlichkeiten und nie um Determiniertheit. Ein gewisses Quantum von Risiko und Unsicherheit ist und bleibt die Quintessenz pädagogischen Handelns.

Sicher ist, dass wir nicht von direkten Entsprechungen

---

<sup>4</sup>»Geglückt« bezieht sich hier weniger auf unsere normativen Vorstellungen aus der Außenperspektive, sondern mehr auf das Empfinden der Betroffenen selbst.

ausgehen können: Es wäre zu simpel, anzunehmen, dass es für jedes Risiko gewissermaßen als Gegenmittel einen spezifischen Schutzfaktor gäbe. Was sich in einer bestimmten Konstellation als Schutzfaktor erweist, kann in einer anderen zusätzliche Gefährdung bedeuten. So gelten generell soziale Netze als Schutzfaktor. Enge Kontakte zu einer delinquenten Gang können hingegen zum Risikofaktor werden. Ein gefestigtes Selbstvertrauen kann ein wesentlicher Schutzfaktor sein, ein übersteigertes Selbstbild aber leicht zur Selbstüberschätzung führen. Schutz- wie Risikofaktoren sollten also nur jeweils fallbezogen betrachtet und ins Hilfefkonzept einbezogen werden.

Eine zentrale Erkenntnis hat sich in der Resilienzforschung jedoch immer wieder bestätigt: Schutzfaktoren entfalten bei so genannten »Hoch-Risiko-kindern« – also bei Kindern, die mehrfache Risiken gleichzeitig zu bewältigen haben – eine besonders starke Wirksamkeit und Durchschlagskraft. Unerlässlich ist in jedem Fall die »sichere Bindung« an eine Bezugsperson. Gemeint ist damit nicht unbedingt nur die »Bindung« an primäre Bezugspersonen wie die Eltern, sondern die verlässliche Beziehung zu einem geliebten Menschen überhaupt, an den sich das Kind in seinem Schutzbedürfnis vertrauensvoll wenden kann, und der ihm als Vorbild bei der Bewältigung seiner schwierigen Lebenssituation dient. Als »sichere Bindung« können sich also auch Ersatzpersonen aus dem familiären Umfeld oder eine pädagogische Fachkraft anbieten. Wichtig ist, dass diese Person für das jeweilige Kind eine Mentorenfunktion übernimmt und ihm einen sicheren Halt bietet.

### Leitideen der Resilienzförderung

Wie kann nun »Resilienz« bei Kindern konkret gefördert werden? Ein hilfreiches Schema, wie man im Einzelfall herausfinden kann, ob ein risikobelastetes Kind Zugang zu resilienzförderlichen Bedingungen hat oder ob solche Konditionen erst hergestellt werden müssen, hat die amerikanische Resilienzforscherin Edith Grotberg (1999) in ihrem »Manual zur Resilienzförderung« geliefert. Darin benennt sie Merkmale der »inneren Stärke«, Formen der

»äußeren Unterstützung« sowie »zu erwerben- de und fördernde Fähigkeiten« der Kinder, an denen sich Resilienzförderung jeweils zu orientieren hat. Ein resilientes Kind sollte laut Grotberg sagen können:<sup>5</sup>

*Ich habe Menschen um mich, (äußere Unterstützung)*

- die mir vertrauen und die mich lieben,
- die mir Grenzen setzen, Orientierung geben und Schutz vor Gefahren bieten,
- die mir Vorbilder sind und von denen ich lernen kann,
- die mich dabei unterstützen und bestärken, selbstbestimmt zu handeln,
- die mir helfen, wenn ich krank oder in Gefahr bin,
- die mich unterstützen, Neues zu lernen.

*Ich bin (innere Stärke)*

- ein Kind, das von anderen wertgeschätzt und geliebt wird,
- froh, anderen helfen zu können, und bereit, Anteil zu nehmen,
- respektvoll mir selbst und anderen gegenüber,
- bei allem, was ich tue, verantwortungsbewusst,
- zuversichtlich, dass alles gut wird.

*Ich kann (interpersonale und Problemlösefähigkeiten)*

- mit anderen sprechen, wenn mich etwas ängstigt oder mir Sorgen bereitet,
- Lösungen für Probleme finden, mit denen ich konfrontiert werde,
- mein Verhalten in schwierigen Situationen kontrollieren,
- gut einschätzen, wann es richtig ist, eigenständig zu handeln, oder wann es besser ist, mir Rat zu holen,
- jemanden finden, der mir hilft, wenn ich Unterstützung brauche.

Diese oder ähnliche konzeptionelle Grundgedanken tauchen in allen Programmen zur Resilienzförderung

<sup>5</sup> Hier wird das Schema von Grotberg in einer Übersetzung übernommen, die sich an diejenige von Corina Wustmann (2004, S.118) anlehnt. Das Schema ist dort allerdings etwas verkürzt wiedergegeben. Vgl. daher auch Grotberg, in: Zander 2011, S. 51 – 101.

auf. Die Analyse, wie stark oder schwach diese Merkmale im Einzelfall ausgeprägt sind und ob sich dabei deutliche Defizite zeigen, liefert pädagogischen Fachkräften Hinweise für resilienzorientiertes Handeln. Hier darf aber nicht nur danach gefragt werden, über welche Schutzfaktoren ein Mädchen oder ein Junge selbst verfügt. Ebenso wichtig ist es, ob in der gegebenen Risikosituation ausreichend Schutzfaktoren von außen vorhanden sind, und ob sie tatsächlich vom Kind auch genutzt werden können.

Eine ergänzende Konkretisierung haben die britischen Autorinnen Brigid Daniel und Sally Wassell (2002) in ihren Leitfäden zur Resilienzförderung für unterschiedliche Altersstufen, wie frühe Kindheit, Grundschul- und Jugendalter, vorgenommen. Für die Förderung im Einzelfall oder auch in Gruppen schlagen sie beispielsweise bei Kindern im Grundschulalter eine Einteilung in folgende *Resilienzbereiche* vor:

- eine sichere Bindung herstellen,
- die schulische Leistungsfähigkeit stärken,
- Kontakte zu Gleichaltrigen und Freundschaften ermöglichen,
- besondere Fähigkeiten und Neigungen ausbauen,
- soziale Kompetenzen und Problemlösefähigkeit fördern,
- positive Werte und Selbstvertrauen festigen.

Die beiden Autorinnen zeigen – wie auch Edith Grotberg – anhand einer Reihe von Beispielen, wie sich derartige Prinzipien in der pädagogischen Alltagspraxis umsetzen lassen. In der Bundesrepublik gibt es mittlerweile ebenfalls, vor allem für den Kita-Bereich, eine Anzahl von praktischen Konzepten (Wustmann 2004; Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2010; Wyrobnik 2012).

### Arme Kinder als spezifische Zielgruppe<sup>6</sup>

Da mir aus meiner langjährigen Forschung die

<sup>6</sup> Wie wichtig es ist, »arme Kinder« als spezifische Zielgruppe von Resilienzförderung ins Auge zu fassen, habe ich ausführlich in der Publikation »Armes Kind – starkes Kind. Die Chance der Resilienz« (Zander 2008) erörtert.

Problematik von Mädchen und Jungen, die in Armut aufwachsen, besonders vertraut ist, soll hier anhand dieser Zielgruppe die Wirkungsweise von Resilienzförderung exemplarisch demonstriert werden.

Auffällig ist, dass arme Kinder Einschränkungen genau in jenen Bereichen erfahren, an denen Resilienzförderung ansetzt. So sind bei diesen Kindern die Bildungs- und Erfahrungsspielräume oft empfindlich eingeengt. Das gilt ebenso für den Freiraum zur Entfaltung individueller Fähigkeiten und Neigungen, den ein Kind für seine Persönlichkeitsentwicklung unbedingt braucht. In der Regel mangelt es solchen Kindern an Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten. Auch ihre sozialen Teilhabe- und Mitwirkungschancen sind deutlich beschnitten. Die Armutslage behindert sogar sehr häufig die Kontakte zu Gleichaltrigen und Freundschaften.

Die Lebenssituation sozial benachteiligter Kinder ist häufig durch mehrfache Entwicklungsrisiken belastet, so dass viele von ihnen als Hoch-Risiko-Kinder gelten müssen. Drei Fallbeispiele im Telegrammstil sollen das kurz veranschaulichen:

*Theo, 7 Jahre:* Seine Mutter ist langzeitarbeitslos und hat so gut wie keine Chance auf Reintegration in den Arbeitsmarkt. Aufgrund dieser Lebenssituation ist sie psychisch erkrankt. Der Junge hat eine problematische Beziehung zum Stiefvater; zu seinem leiblichen Vater besteht kein Kontakt. Es gibt gravierende Konflikte zwischen Mutter und Stiefvater und deutliche Anzeichen, dass das Kind pädagogisch vernachlässigt wird.

*Rebecca, 7 Jahre:* Beide Eltern sind arbeitslos. Rebeccas Vater ist zum Zeitpunkt des Interviews untergetaucht, weil er von der Polizei gesucht wird. Es ist offenkundig familiäre Gewalt im Spiel. Die Mutter zieht eine Scheidung in Erwägung.

*Torsten, 7 Jahre:* Der Junge hat keinen Kontakt zum leiblichen Vater. Die Familie ist sozial isoliert. Es fällt Torsten schwer, Freundschaften zu schließen. Durch wiederholte Umzüge hat er immer wieder Freunde verloren. Der Junge ist zu dick und wird deshalb



gehänselt. Er leidet stark unter der Ablehnung durch Gleichaltrige (Chassé/Zander/Rasch 2003).

So zusammengefasst, hört sich das nach klassischem Defizitblick an. In der Tat ist Armut eine Lebenslage, die durch Mangel geprägt ist. Da schleicht sich leicht eine auf Defizite fixierte Sichtweise ein, wenn man die Lage der Kinder analysiert und dabei feststellen muss, was sie alles bräuchten. Wenn man nun den Blick auf ihre Potenziale und Ressourcen, ihre möglichen Schutzfaktoren, richtet, dann wird man nicht selten feststellen, dass gerade arme Kinder auch starke Kinder sein können.

Bei *Theo* würde ein solcher Blick daran haften bleiben, dass er ein ausgesprochen hübscher Junge ist und daher vor allem bei größeren Mädchen »gut ankommt«. Dass er weiß, was er will, und Mittel und Wege kennt, um selbst mit Tricks und Listen zum Ziel zu kommen, zeichnet ihn aus und ist sein Potenzial.

*Rebecca* erweist sich als munteres und aufgewecktes Mädchen, das selbstbewusst ist und kein Blatt vor den Mund nimmt. Sie kann zudem auf ihre sehr umtriebige Mutter bauen, die ausgeprägte Alltagskompetenz beweist und vieles nebenbei zu organisieren weiß, beispielsweise über einen von ihr gegründeten Selbsthilfverein. Rebecca hilft ihre Kontaktfreudigkeit, denn sie ist bei Gleichaltrigen sehr beliebt und kann sich ihre Freundinnen aussuchen. Sie zeigt auch Zielstrebigkeit, weil sie trotz der materiell schwierigen Situation der Familie, die sie mit ihren sieben Jahren realistisch einschätzt, nicht bereit ist, ihre Wünsche – Reiten und Geige spielen – aufzugeben. Sie vertraut wie ihre Mutter darauf, dass sich schon ein Weg finden wird.

Bei *Torsten* dagegen fällt es auf den ersten Blick schwer, Schutzfaktoren auszumachen. Er wirkt noch sehr klein und verspielt, leidet unter seinem äußeren Erscheinungsbild als »pummeliges« Kind und wird deshalb ausgegrenzt. Er tut sich in der Schule schwer und hat keinen »besten Freund«. Die materielle Not der Familie nimmt er sich so zu Herzen, dass er lieber zurücksteckt und seine Wünsche für sich

behält. Allenfalls findet er – wie auch seine Mutter – Rückhalt in der erweiterten Familie, bei Tanten, Cousinen und Großeltern (Chassé/Zander/Rasch 2003). Bei *Torsten* müsste Resilienzförderung wohl besonders viele Schutzfaktoren von außen mobilisieren.

Wer mit solchen Mädchen und Jungen arbeitet, braucht ein waches Auge für alle Gegebenheiten, die sich zum Wohl des Kindes nutzen ließen. Wenn wir einen Bezug zwischen den Defiziten in den Spielräumen armer Kinder und den *Resilienz-bereichen* nach Daniel/Wassell herstellen, fällt eine ebenso logische wie verblüffende Entsprechung auf. Resilienzförderung würde genau dort Lücken schließen, wo arme Kinder deutlichen Mangel zu kompensieren haben. Lassen wir die sichere Bindung einmal außen vor, die immer einer gesonderten Betrachtung bedarf: In allen anderen Bereichen kann Resilienzförderung passgenau ansetzen und gezielt jene Potenziale und Fähigkeiten fördern, die – wie die Kinderarmutsforschung mehrfach belegt hat – durch die Lebenslage der Kinder beschnitten sind und unbeachtet bleiben.

Angesichts der Probleme und Entwicklungsrisiken in Armut lebender Kinder würde allerdings ein Vorgehen, das ausschließlich beim Kind selbst und an der Förderung seiner eigenen Resilienzfähigkeit ansetzt, zu kurz greifen. Da Armut *ein multidimensionales Entwicklungsrisiko* darstellt, brauchen wir auch ein Konzept, das auf mehrere Ebenen zielt. Dazu regen Resilienzförderprogramme, wie das von Daniel und Wassell, an, denn bei jedem Schritt gilt es – es sei wie ein Mantra wiederholt – jeweils das Kind selbst, sein familiäres und sein weiteres soziales Umfeld zu prüfen.

Resilienzförderung ist also *eine spezifische Form von Armutsprävention*. Als Bestandteil von Sekundärprävention kann sie mit dazu beitragen, risikobehafteten Folgen von Armut entgegenzuwirken. Zunächst sollte sie bemüht sein, durch Aktivierung seiner Möglichkeiten das aktuelle Lebensgefühl des Kindes zu verbessern. So wird beispielsweise ein sonst eher zurückhaltender Junge zum Star seiner Gruppe, indem man seine tänzerische Begabung fördert.

Dieses Talent bringt ihm Anerkennung bei den Gleichaltrigen ein und verändert den Blick der anderen auf ihn ebenso wie seine Selbstwahrnehmung. Im Erfolgsfall mag konsequente Resilienzförderung sogar helfen, eine Perpetuierung der Armutslage bis ins Erwachsenenalter hinein zu vermeiden.

### **Armutsprävention und Resilienzförderung in der kommunalen Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und an der Schule<sup>7</sup>**

Mit der Resilienzförderung wird eine neue Blickrichtung in die Sozial- und Heilpädagogik sowie in die Entwicklungs- und klinische Psychologie eingeführt. Konzeptionell kann dabei – wie wir gesehen haben – durchaus an Vertrautes und Bewährtes angeknüpft werden. Deshalb wäre der Gedanke, dass es neue, spezifische Orte geben sollte, an denen man sich auf Resilienzförderung spezialisiert, abwegig, wenn nicht gar kontraproduktiv. Vielmehr sollte der Ansatz in bereits bestehende Einrichtungen und Angebote für Kinder und Jugendliche integriert werden.

Zunächst sind hier die Kommunen gefragt, insbesondere die auf kommunaler Ebene für Kinder-, Jugend- und Familienhilfe in Politik und Verwaltung zuständigen Fachkräfte und Entscheidungsträger. Sieht man Resilienzförderung als eine Form von effektiver »Kinderarmutsprävention«, liegt es nahe, eine daran ausgerichtete Arbeitsweise in allen Angeboten für Kleinst-, Vorschul- und Schulkinder bis hin zur Jugendhilfe und Jugendarbeit zu etablieren, um allen Altersgruppen gerecht zu werden. Im Einzelfall wird immer eine möglichst frühe Förderung am wirksamsten greifen. Aber besser spät als nie!

Wie kann man möglichst viele entwicklungsgefährdete arme Kinder am besten erreichen?

### **Frühe Hilfen: Kinderschutz und Frühförderung**

Beginnen wir mit dem Bereich der frühen Hilfen. Das

<sup>7</sup> Zum Folgenden vgl. auch: Zander, M.: Resilienzförderung als Neuorientierung in der kommunalen Kinderarmutsprävention, in: Lutz/Hammer 2010, S. 142 – 157

Gesamtsystem »früher Hilfen« umfasst den Bereich der Kindertagesstätten, familienbezogene Dienste im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe und die Frühförderung (Weiß 2005, S.183). Zunächst soll hier auf den Kinderschutz und die Frühförderung eingegangen werden, da es in beiden Bereichen um Kinder geht, die jeweils spezifischen Risiken ausgesetzt sind.

Die Hilfen des »Frühwarnsystems« umfassen präventive Maßnahmen des Kinderschutzes. Die Frühförderung ist ein Hilfesystem für Kinder mit manifester oder drohender Behinderung. Beide Hilfesysteme haben nicht in erster Linie Kinder in Armutslagen als Zielgruppe im Blick. Physische und psychische Behinderung kommen ebenso wie Misshandlungen und Kindeswohlgefährdungen in allen sozialen Schichten vor. Dennoch besteht bei Kindesvernachlässigung oft ein enger Zusammenhang zu familiärer Armut, weil meist familiäre Not und elterliche Überlastung zu einer solchen Fehlentwicklung führen. Auch bei der steigenden Zahl von entwicklungsgefährdeten Kindern in der Frühförderung lässt sich ein deutlicher Zusammenhang zur Armutsproblematik erkennen. Der Sonderpädagoge Hans Weiß sieht durch die zunehmende Zahl von Kindern mit armutsbedingten psychosozialen Entwicklungsgefährdungen das System der Frühförderung unter wachsendem Handlungsdruck, der sich in einer hohen Nachfrage des Frühförder-Fachpersonals nach tragfähigen Handlungskonzepten niederschlägt (Weiß 2005).

Die *Frühwarnsysteme* bauen auf einer ganzen Palette von »frühen Hilfen« auf, wie sie in den letzten Jahren durch die Vernetzung von Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe entwickelt worden sind. In den sogenannten *Präventionsketten*<sup>8</sup>, die sich vorwiegend an sozial benachteiligte Familien wenden,

<sup>8</sup> Der Begriff der »Präventionsketten« stammt aus der Gesundheitsförderung und wurde von Projekten der »Armutsprävention« übernommen. Gemeint sind hiermit insbesondere präventive Angebote im Bildungs- und Erziehungsbereich, von der Geburt bis zum Berufseinstieg. Bekannt geworden sind die »Präventionsketten« zuerst durch das Projekt »Mo.Ki – Monheim für Kinder«, das beispielhaft für Armutsprävention vor Ort steht (Holz u.a. 2005).

könnte sich die Unterstützung von Eltern und Kindern am Konzept der Resilienzförderung orientieren (Meier-Gräwe 2007). Entsprechende Ideen könnten Anwendung finden

- bei Hausbesuchsprogrammen für erstgebärende Schwangere (nach dem Beispiel des Nurse-Family-Partnership-Programms),
- bei alltagspraktischen Hilfen für junge Eltern vor und nach der Geburt (Familienhebammen),
- bei der »aufsuchenden Arbeit« in Familien mit Kindern im Vorschulalter (Familienbesuche),
- bei Eltern-Schulungsprogrammen mit niedrigschwelligem Einstieg.

Konzeptionell besteht bei solchen Hilfen ohnehin eine große Nähe zum Resilienzgedanken, da der Schwerpunkt darauf liegt, Selbsthilfepotenziale zu stärken und sämtliche Ressourcen der Familien zu mobilisieren, um spätere Fehlentwicklungen bei Kindern zu vermeiden.

Der Resilienzförderung durchaus verwandte Gedanken sind auch in die Modellprojekte des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder – soziale Frühwarnsysteme«<sup>9</sup> eingeflossen. Die bundesweit an verschiedenen Standorten durch das BMFSFJ geförderten Projekte sollen familiäre Probleme in einem möglichst frühen Stadium aufspüren und passende präventive Hilfsangebote bereitstellen (Wagenblaus 2006). Das entspricht dem Standpunkt der Resilienzförderung, so früh wie möglich tätig zu werden.

*Frühförderung* für Mädchen und Jungen mit einer Behinderung wird in interdisziplinären Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren, von niedergelassenen Fachärzten sowie pädagogischen und therapeutischen Fachkräften geleistet. Wie generell in der Heilpädagogik, wird in der Frühförderung schon seit Jahren ernsthaft über die Integration der Resilienzidee diskutiert (Kühl 2003), zumal

<sup>9</sup> Zu den Frühwarnsystemen ist zunächst ein Modellprojekt in NRW (2001-2009) ins Leben gerufen worden; danach sind ab 2007 in Deutschland auf Bundes- und Landesebene mehrere vergleichbare Projekte gestartet.

Frühförderung und Resilienzförderung seit geraumer Zeit fast deckungsgleiche Ziele verfolgen, so dass man auf den Begriff Resilienzförderung nicht zwingend rekurren müsste (Weiß 2011). Dennoch unterstreicht Weiß bei einem Abgleich beider Konzepte immerhin den Nutzen, den die Frühförderung aus dem Förderoptimismus des Resilienzgedankens bei aller Vorsicht ziehen könne. Lernen ließe sich von der Resilienzförderung, eine pädagogisch-therapeutische Haltung auf Augenhöhe zu praktizieren und als Fachkraft die eigene Resilienzfähigkeit zu reflektieren.

### Sozialpädagogische Familienhilfe

Mit der sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) wurde Ende der 1960er Jahre eine Form der aufsuchenden »Hilfe zur Erziehung« eingeführt, deren Zielgruppe vor allem sozial benachteiligte Familien sind. Häufig leben die Familien hier in chronischer Armut, so dass mit vielen Hochrisiko-Kindern zu rechnen ist. Da die SPFH eine dem »Wohl des Kindes« entsprechende Erziehung im familiären Umfeld gewährleisten soll, stärkt sie die Erziehungs- und Beziehungsfähigkeit der Eltern. Marieluise Conen (2005) zufolge, die selbst als aufsuchende Therapeutin in solchen Familien tätig ist, liegt nichts näher, als sich bei dieser Arbeit an der Leitidee der »resilienten Familie« zu orientieren: Wenn man gleichzeitig die Resilienzfähigkeit von Eltern wie Kindern stärke, werde die Gesamtfamilie zum Schutzfaktor für die Kinder.

Ausgehend von der sozialen Realität von Multiproblem-Familien stellt auch der Sozialpädagoge Klaus Wolf in seinen empirischen Studien zum Hilfesystem der SPFH eine deutliche Verbindung zum Resilienzkonzept her (Wolf 2006). Wolf sieht in der Orientierung an diesem Konzept eine Chance, das weitere soziale Umfeld der Kinder gezielter als mögliche Ressource zu nutzen. Das sei vor allem dann notwendig, wenn die Familie selbst nicht ausreichend Schutzfaktoren für die Kinder mobilisieren könne. Da sich Wolf schwerpunktmäßig mit Hilfen bei »Kindeswohlgefährdung« befasst, hat er einen entsprechend besorgten Blick auf jene Kinder gerichtet, für

die Familie eher Gefährdung als Schutzraum ist.

Folgerichtig solle die SPFH sich nicht darauf beschränken, Einfluss auf innerfamiliäre Prozesse zu nehmen. Vielmehr müsse in solchen Fällen der Aktionsradius erweitert werden, damit den Kindern auch außerfamiliäre Ressourcen zugänglich würden (Wolf 2006).<sup>10</sup>

Nicht übersehen darf man dabei, dass eine solche Form von externer professioneller Unterstützung, wie sie die SPFH leistet, von den Familien nicht immer freiwillig angenommen wird. In solchen Fällen dürfte es schwer fallen, die zur Resilienzförderung nötige Vertrauensbasis aufzubauen.

### Kindertagesbetreuung

Die Kindertagesbetreuung ist die öffentliche Institution, mit der im Vorschulalter – zurzeit ab 2 Jahren – die allermeisten Kinder erreicht werden könnten. Sie übernimmt nach neuem Verständnis neben der Betreuungsfunktion auch elementare Bildungs- und Erziehungsaufgaben und ist so zu einem zentralen Ort außerfamiliärer kindlicher Sozialisation geworden. Damit stellen sich hohe pädagogische Anforderungen an die dort tätigen Fachkräfte, die neben der individuellen Förderung von Kindern und deren Entwicklungspotenzialen auch Hilfen zur Lebensbewältigung beinhalten.<sup>11</sup> Daher bietet sich hier ebenfalls die Orientierung an der Resilienzförderung an, wie sie in der »Arbeitshilfe zum Umgang mit Kinderarmut und Kindesvernachlässigung in evangelischen Tageseinrichtungen für Kinder« empfohlen wird (BETA/Diakonie 2006).

Zur *Resilienzförderung im Kita-Bereich* wurde an der EFH-Freiburg von Klaus Fröhlich-Gildhoff und seinem Team ein Modellprojekt mit dem Motto

»Kindergartenkinder stark machen« durchgeführt.<sup>12</sup> Ausgehend von den in diesem Projekt gewonnenen Erkenntnissen liegt seit 2007 ein »Trainingsprogramm für Erzieherinnen« vor, das konkrete Anleitungen zur Durchführung konkreter »Übungen« zur Resilienzförderung enthält und für die pädagogische Arbeit in Kindertagesstätten übernommen werden könnte (Fröhlich-Gildhoff/Dörner/Rönnau 2007). Zur Projektidee gehört auch begleitende Elternarbeit, um die elterliche Erziehungskompetenz zu stärken und die Eltern zu Partnern im Resilienzförderprozess zu machen. Gedacht ist ebenso an die Vernetzung von Kitas mit Erziehungsberatungsstellen, Grundschulen, Ämtern und Vereinen (Fröhlich-Gildhoff/Dörner/Rönnau 2007).

Auf einem ähnlichen Konzept basieren die bundesweit modellhaft geförderten und vom BMFSFJ evaluierten Familien- oder Eltern-Kind-Zentren. Mit diesen Einrichtungen verfolgt man ebenfalls das Ziel, Kinder möglichst individuell und früh zu fördern und die Eltern umfassend zu beraten. Diese Zentren sollen an die kleinräumlichen Lebenszusammenhänge anknüpfen und die Selbsthilfepotenziale der Eltern nutzen (Diller 2005). Auch hier könnte Resilienzförderung der individuellen Arbeit mit Kindern und Eltern dienlich sein.

### Sozialräumliche Angebote – stadtteilorientierte Soziale Arbeit

Zuletzt noch ein Blick auf die räumliche Verteilung der in die nähere Betrachtung einbezogenen Angebote der Kinder- und Jugendhilfe. Die fachpolitische Diskussion ist generell noch stark auf städtische Verhältnisse fokussiert, so dass der ländliche Raum vernachlässigt wird. Längst sind aber auch Kommunen fernab der Städte mit der Problematik von Kinderarmut konfrontiert (Chassé/Zander/Rasch 2003 und Butterwege/Holm/Zander 2003). Dort gestaltet

<sup>10</sup> Obwohl hier nicht speziell Thema, bewegen wir uns in einem Aufgabenbereich, in dem nicht selten die Herausnahme der Kinder aus der Familie ansteht.

<sup>11</sup> Vgl. beispielsweise die »Vereinbarung zu den Grundsätzen über die Bildungsarbeit der Tageseinrichtungen« für NRW von 2003.

<sup>12</sup> Dem ersten Projekt mit der Bezeichnung »Prävention und Resilienzförderung in Kindertagesstätten« (kurz: PRIK) in Freiburg folgten inzwischen weitere. Neuerdings gibt es auch Projekte in benachteiligten Stadtteilen, finanziert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): Fröhlich-Gildhoff u.a. 2011.

sich der Zugang zu entsprechenden Angeboten allerdings schwieriger, da »Armutsprävention« bei ländlichen Strukturen auf eine weniger gut ausgebaute Infrastruktur zurückgreifen kann.

Sozialpädagogische Angebote für Familien – wie z.B. kommunale Sozialdienste und Hilfen zur Erziehung – konzentrierten sich bisher auf sozial benachteiligte Stadtteile. Solche Stadtviertel bilden traditionell die Schwerpunkte für sozialarbeiterische Interventionen unterschiedlichster Art. Auch die in den letzten Jahren in verschiedenen Kommunen gestarteten »Armutspräventionsprojekte« gelten vorwiegend solchen Problemstadtteilen oder – wie es in den offiziellen Programmen heißt – den »Stadtteilen mit besonderem Erneuerungsbedarf«.<sup>13</sup>

Derartige räumliche Schwerpunkte zu setzen, ist richtig und wichtig und sollte weiterhin Priorität behalten, weil in solchen Vierteln gerade jene Kinder wohnen, die in längerfristiger und verfestigter Armut aufwachsen. Resilienzförderung wäre hier genau richtig platziert, weil viele Hoch-Risiko-Kinder erreicht würden. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass ein größerer Teil von Kindern, die nach sozialwissenschaftlichen Kriterien als arm einzustufen sind, leer ausgingen, wenn man sich ausschließlich auf diese benachteiligten Quartiere konzentriert. Ausgeschlossen blieben vor allem jene Kinder, die von »neuer Armut« betroffen sind, in der Regel über das ganze Stadtgebiet verteilt leben, und zumindest zeitweise auch externer Unterstützung bedürften. Solche Kinder wird man vorwiegend in der Schule, in Kindertageseinrichtungen und in der stadtteilorientierten offenen Kinder- und Jugendarbeit erreichen. Dazu sind neue, nicht stigmatisierende Förderkonzepte im Elementarbereich und anschließend in der Schule erforderlich.

<sup>13</sup> So hat es das Bund-Länderprogramm-Deutschland »Soziale Stadt« formuliert. Mit dem Städtebauförderungsprogramm unterstützt der Bund insbesondere städtebaulich, wirtschaftlich und sozial benachteiligte Stadt- und Ortsteile. Seit 2013 nennt sich das Programm: »Soziale Stadt – Investitionen im Quartier«. Allerdings wurde ab 2011 die Beteiligung des Bundes stark gekürzt.

Wo Resilienzförderung aktuell am besten greifen könnte, ließe sich aus einer differenzierten stadtteilbezogenen Sozial- und Armutsberichterstattung entnehmen, einem wesentlichen Hilfsinstrument für sozialraumorientierte Dienste und quartiersbezogene Gemeinwesenarbeit.

### **Grundschule, Ganztagschule und Schulsozialarbeit**

Hier stoßen wir auf einen Bereich, in dem Resilienzförderung zwar nahezu alle Kinder erreichen könnte, aber an die Grenzen ihrer Möglichkeiten gerät, weil Schule keine sozialpädagogische Einrichtung ist. Das deutsche Schulsystem hat nach wie vor eine stark selektive Funktion und wirkt sich daher zu Ungunsten sozial benachteiligter Kinder aus. Der Anteil alternativer Konzepte, wie das der Gesamtschule und anderer Modellprojekte, reicht nach wie vor nicht aus, um diesen Missstand entscheidend zu korrigieren. Die durch internationale Vergleiche und nationale Curricula eher verstärkten Leistungsanforderungen und der zunehmende Konkurrenzdruck schaffen an Schulen ein Klima, das für Resilienzförderung eher kontraproduktiv ist, da letztere eine entspannte Atmosphäre voraussetzt.

Dennoch könnte sich die Schule zumindest in Teilen der Idee der Resilienzförderung öffnen. Solche Versuche existieren beispielsweise schon an Förderschulen und wurden in einer wissenschaftlichen Auswertung als durchaus erfolgreich eingestuft (Grünke 2003). Auf der Basis dieser Auswertung hat der Sonderpädagoge Matthias Grünke ein Konzept für eine »resiliente Schule« entwickelt, das zunächst allerdings auf den Typus Förderschule zugeschnitten ist (Roos/Grünke 2011). Diese Schulform bot in der Tat aufgrund ihrer Rahmenbedingungen auch die entsprechenden Freiräume, zumal Resilienzförderung beim Thema »Inklusion« sicher gefragt ist. Auch Margit Theiss-Scholz vom Studienseminar für das Lehramt an Förderschulen plädiert seit Jahren für eine Integration des Resilienzfördergedankens in das pädagogische Konzept dieses Schultypus (Theiss-Scholz 2007).

Interessante Hinweise zum Thema »Resilienzförderung an der Schule« bietet die Studie von Anne Seifert (Seifert 2011). Seifert hat eine umfangreiche Befragung von Lehrkräften durchgeführt, die sich am Modell des »Service-Learning« beteiligen. Dieses pädagogische Konzept fußt auf der Idee, fachbezogenes Lernen im Unterricht mit gesellschaftlichem Engagement zu verbinden, und richtet sich insbesondere an Schülerinnen und Schüler in besonders riskanten Lebenslagen. Der Autorin zufolge wäre die pädagogische Methode des Service-Learning ein vielversprechender Weg, die Vermittlung von Wissen mit der umfassenden Unterstützung und Förderung von Schulkindern in ausgeprägten Risikolagen zu verbinden. Die Kinder gestalten Projekte in ihrem Stadtteil mit, die sie selbst anregen und die der Verbesserung ihrer Lebenssituation dienen. Schule unterstützt hier eine Form von praktischem Lernen, bei der sich Kinder ihre eigenen Schutzfaktoren schaffen. Allerdings handelt es sich um eine pädagogische Methode, die bislang vor allem in den USA verbreitet ist, so dass die Übertragbarkeit auf deutsche Schulverhältnisse erst geprüft werden müsste.

Grundsätzlich bedürfte es veränderter Rahmenbedingungen, damit Resilienzförderung in deutschen Grundschulen sinnvoll praktiziert werden könnte. Ohne ein prinzipielles Einverständnis von Schulbehörde und Schulleitung ließen sich solche Programme ohnehin nicht durchführen. Auch die Lehrkräfte – und besonders die Eltern – müssten von dieser Idee überzeugt werden. Nun gibt es auch in Deutschland schon Konzepte, die »strukturierte Angebote zur Resilienzförderung« in Grundschulen vorschlagen, so beispielsweise das »Kurskonzept Prävention und Resilienzförderung in Grundschulen« (PRiGS), und ein entsprechendes Manual dazu (Fröhlich-Gildhoff/Becker/Fischer 2012). Solche Konzepte verfolgen sicherlich sinnvolle Ziele, bleiben aber isoliert und auf Modellversuche beschränkt (Fröhlich-Gildhoff/Fischer 2012).

Die Schule hat sich bisher damit schwer getan, auf die wachsende Armutsproblematik von Kindern zu reagieren. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen, die in familiärer Armut aufwachsen, ist auch

heute noch in den verschiedenen Schulformen unterschiedlich hoch. Nach wie vor sind es vor allem die Haupt- und Förderschulen, die es mit einem wesentlich höheren Anteil von armen Kindern zu tun haben. Nicht zuletzt ist dieser Umstand auch einer Praxis von Schullaufbahneempfehlungen geschuldet, die kritisch unter die Lupe zu nehmen wäre. Kinderarmutsstudien, so beispielsweise die AWO-ISS-Studie (Holz/Puhlmann 2005), machen darauf aufmerksam, dass Kinder aus armen Familien unverhältnismäßig häufig keine Empfehlung für den Besuch einer Realschule oder eines Gymnasiums erhalten.

Seitdem sich die »neue Armut« nicht mehr auf die traditionell sozial benachteiligten Stadtviertel beschränkt, ist Armut als existenzielle Lebenslage von Kindern zur dauerhaften Herausforderung für sämtliche Schulen und Schulformen geworden. Um deswegen Resilienzförderung an Schulen zu etablieren, müsste man vor allem auf die soziale Integrationsfähigkeit des Klassenverbandes setzen, das soziale Lernen in den Vordergrund stellen und mehr Freiraum zur individuellen Förderung schaffen. Die entscheidende Botschaft müsste lauten: Schule darf sich für ohnehin risikobelastete Schülerinnen und Schüler nicht als zusätzlicher Risikofaktor erweisen. Sie sollte es vielmehr als ihre Aufgabe verstehen, Schutzfaktor für entwicklungsgefährdete Mädchen und Jungen zu sein. Zugegeben, das ist ein hehres Ziel, für das noch grundlegende strukturelle und personelle Voraussetzungen geschaffen werden müssten. Die besten Bedingungen bietet in dieser Hinsicht die Ganztagschule. Hier fände auch womöglich die Schulsozialarbeit genügend Spielraum, um sich parallel zur Wissensvermittlung der Stärkung gefährdeter Kinder zu widmen.

Wo immer man Resilienzförderung betreibt, und wie auch die Konzepte im Einzelnen aussehen – entscheidend bleibt, dass sie zu einer internalisierten pädagogischen Grundhaltung wird, die jederzeit zum Abruf bereitsteht. Alle Fachkräfte sollten über einen geübten Blick verfügen, damit kein förderbedürftiges Kind dem Fokus ihrer Aufmerksamkeit entgeht. Sie müssen sich ungeachtet aller erzielbaren

Erfolge immer bewusst bleiben, dass sich Resilienzförderung auf der Ebene von Sekundärprävention bewegt. Zugleich sollten sie sich davor schützen, mit ihrer Tätigkeit als Alibi missbraucht zu werden, weil es andernorts am Willen fehlt, gesellschaftlichen Fehlentwicklungen, wie beispielsweise Armut, durch Primärprävention entgegenzutreten. Resilienzförderung ist kein pädagogisches Allheilmittel. Im Einzelfall aber kann sie bisweilen durchaus Wunder bewirken. Das macht ihren Zauber aus.

#### Literatur

*BETA/Diakonie (2006):* Kinderarmut erkennen, wirksam handeln. Bundesvereinigung Evangelischer Tageseinrichtungen für Kinder e.V.: Berlin.

*Butterwegge, Ch./Holm, K./Zander, M. (2003):* Armut und Kindheit. Ein regionaler, nationaler und internationaler Vergleich. Leske & Budrich: Opladen und 2. Auflage VS Verlag: Wiesbaden 2005.

*Chassé, K.A./Zander, M./Rasch, K. (2003):* Meine Familie ist arm. Wie Kinder im Grundschulalter Armut erleben und bewältigen. Leske & Budrich: Opladen und 4. Auflage VS Verlag: Wiesbaden 2010.

*Conen, M.-L. (2002):* Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. Carl Auer Verlag: Heidelberg.

*Daniel, B./Wassell, S. (2002):* The School Years: Assessing and promoting resilience in vulnerable children. Jessica Kingsley Publishers: London/Philadelphia.

*Fröhlich-Gildhoff, K./Dörner, T./Rönnau, M. (2007):* Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen – PRiK, Trainingsmanual für ErzieherInnen. Reinhardt: München.

*Fröhlich-Gildhoff, K./Becker, J./Fischer, S. (Hrsg.) (2012):* Gestärkt von Anfang an – Resilienzförderung in der Kita, Beltz Juventa: Weinheim und Basel.

*Grotberg, E. H. (2011 und 1995):* Anleitung zur Förderung der Resilienz von Kindern – Stärkung des Charakters. In: Zander, M. (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung, a.a.O., S. 51 – 101, deutsche Übersetzung des Manuals: A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. Practice and Reflections 8, The Hague 1995.

*Grünke, M. (2003):* Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen in Schulen für Lernbehinderte. Eine Evaluation dreier Programme zur Steigerung der psychischen Widerstandsfähigkeit. Pabst Science Publ.: Lengerich u.a.

*Hammer, v./Lutz, R. (Hrsg.):* Neue Wege aus der Kinder- und Jugendarmut. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und sozialpädagogische Handlungsansätze. Beltz Juventa: Weinheim und Basel.

*Holz, G./Puhmann, A. (2005):* »Alles entschieden? Wege und Lebenssituationen armer und nicht-armer Kinder zwischen Kindergarten und weiterführender Schule.« Zwischenergebnisse der 3. AWO-ISS-Studie mit aktuellen Analysen der Zehnjährigen. ISS Eigenverlag: Frankfurt a. M. (kurz: ISS-Studie 2005).

*Holz, Gerda/Richter-Kornweitz, Antje/Wüstendörfer, Werner/Giering, Dietrich (2006):* »Zukunftschancen für Kinder!? – Wirkung von Armut am Ende der Grundschulzeit«. Endbericht der 3. Studie zur Situation 10-Jähriger (Querschnitt) und der Entwicklung der Kinder 1999 – 2003/2004, Längsschnitt. ISS Eigenverlag: Frankfurt a. M. (kurz: ISS-Studie 2006).

*Holz, G./Schlevogt, V./Kunz, Th./Klein, E. (2005):* Armutsprävention vor Ort – »MO.KI – Mohnheim für Kinder«. Evaluationsergebnisse zum Modellprojekt von Arbeiterwohlfahrt Niederrhein und Stadt Monheim. ISS Eigenverlag: Frankfurt a. M.

*iSPO (Institut für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung) (Hrsg.) (2006):* Abschlussbericht der beiden Modellprojekte zur Bekämpfung der Auswirkungen von Kinderarmut. iSPO: Saarbrücken.

- Kühl, J. (2003):* Kann das Konzept der »Resilienz« die Handlungsperspektiven der Frühförderung erweitern? In: Frühförderung interdisziplinär, H. 2/2003, S. 51 – 60.
- Kustor-Hüttl, B. (2011):* Weibliche Strategien der Resilienz. Bildungserfolg in der Migration. Brandel & Aspel: Frankfurt a. M.
- Lutz, R./Hammer, V. (Hrsg.)(2010):* Wege aus der Kinderarmut. Beltz Juventa: Weinheim und Basel.
- Maywald, J. (2013):* Kinderschutz in der Kita: Ein praktischer Leitfaden für Erzieherinnen und Erzieher. Herder: Freiburg, Basel und Wien.
- Meier-Gräwe, U. (2007):* Gedeihen trotz widriger Umstände?! – Förderung von Resilienz bei armen Kindern und Jugendlichen, in: Kindesmisshandlung und –vernachlässigung, H. 1/2007, S.70 – 89.
- Rönnau-Böse, M./Fröhlich-Gildhoff, K. (2010):* Resilienzförderung im Kita-Alltag. Was Kinder stark und widerstandsfähig macht. Herder: Freiburg.
- Ross, S./Grünke, M. (2011):* Auf dem Weg zur »resilienten« Schule – Resilienz in Förderschulen. In: Zander, M. (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung, a.a.O., S. 407 – 433.
- Schone, R./Tenhaken, W. (2012):* Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe: Ein Lehr- und Praxisbuch. Beltz Juventa: Weinheim und Basel.
- Seifert, A. (2011):* Resilienzförderung an der Schule. Eine Studie zu Service-Learning mit Schülern aus Risikolagen. VS Verlag: Wiesbaden.
- Theiss-Scholz, M. (2007):* Das Konzept der Resilienz und der Salutogenese und seine Implikationen für den Unterricht, in: Zeitschrift für Heilpädagogik, H. 7/2007, S. 265 – 275.
- Wagenblass, S. (2006):* Aufgaben, Funktionsweisen und Modelle eines sozialen Warnsystems, in: Forum Erziehungshilfen, H. 1/2006, S. 20 – 24.
- Walsh, F. (2002):* A family resilience framework: Innovative practice applications. In: Family Process, 51, 2, S. 130 – 137.
- Walsh, F. (2006):* Ein Modell familialer Resilienz und seine klinische Bedeutung. In: Welter-Enderlin, R./Hildenbrand, B. (Hrsg.) (2006): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl Auer: Heidelberg, S. 43 -79.
- Weiß, H. (2005):* ‚Frühe Hilfen‘ für entwicklungsgefährdete Kinder in Armutslagen. In: Zander, M. (Hrsg.): Kinderarmut. Einführendes Handbuch. VS Verlag: Wiesbaden, S. 182 – 197.
- Weiß, Hans (2011):* So früh wie möglich – Resilienz in der interdisziplinären Frühförderung, in: Zander, Margherita (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung, a.a.O., S. 330 – 349.
- Werner, E. E. (1999):* Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, G./Fingerle, M./Freytag, A. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. Reinhardt Verlag: München und Basel, S. 25 – 36.
- Werner, E.E. (2011):* Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethischen Familien. Ein Forschungsbericht. In: Zander, M. (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung, a.a.O., S. 31 – 46.
- Wolf, K. (2006):* Sozialpädagogische Familienhilfe aus der Sicht der Klientinnen und Klienten – Forschungsergebnisse und offene Fragen. In: Fröhlich-Gildhoff, K./Engel, E. M./Rönnau, M./Kraus, G. (Hrsg.): Forschung und Praxis in den ambulanten Hilfen zur Erziehung, Herder: Freiburg, S. 83 – 100.
- Wustmann, C. (2004):* Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz-Juventa: Weinheim und Basel.
- Wyrobnik, I. (2012):* Wie man ein Kind stärken kann. Ein Handbuch für Kita und Familie. Vandenhoeck &



Ruprecht: Göttingen.

Zander, M. (Hrsg.)(2005): Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis, 2. Auflage 2010, VS Verlag: Wiesbaden.

Zander, M. (2008): Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz. 3. Auflage 2010, VS Verlag: Wiesbaden.

Zander, M. (Hrsg.) (2011): Handbuch Resilienzförderung, mit herausgegeben von Martin Roemer. VS Verlag: Wiesbaden.

Zander, M./Kruth, B./Alfert, N.: (Hrsg.)(2011): »Lichtpunkte – für benachteiligte Kinder und Jugendliche. In: Zander, M. (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung, a.a.O., S. 513 – 531.

Zander, M. (2015): Laut gegen Armut – leise für Resilienz. Was gegen Kinderarmut hilft. Beltz Juventa: 2015.

Dieser Artikel erscheint mit freundlicher Genehmigung des Beltz-Juventa-Verlags.





**Mag.a Birgit Einzenberger**Leiterin der Rechtsabteilung von UNHCR Österreich,  
UN-Flüchtlingshochkommissariat UNHCR

## Die Rechtssituation von Kindern und Jugendlichen auf der Flucht <sup>1</sup>

Kinder auf der Flucht sind kein neues Phänomen. So sind zwischen 1938 und 1939 rund 2.900 jüdische Kinder im Rahmen der so genannten »Kindertransporte« aus Österreich nach Großbritannien geflohen. Weltweit hat die Zahl der Flüchtlinge in den letzten Jahren aufgrund neuer bewaffneter Konflikte und anhaltender Bürgerkriege sowie schwerer Menschenrechtsverletzungen aber stark zugenommen. Mitte 2015 gab es weltweit 15,1 Millionen Flüchtlinge – ein Höchststand seit 20 Jahren. Mit etwa Verzögerung hat diese Entwicklung nun Europa erreicht.

2015 wurden in Österreich 88.912 Anträge auf internationalen Schutz registriert – um mehr als 200 Prozent mehr als in der Vergleichsperiode 2014.

International sind die Hälfte aller Flüchtlinge unter 18 Jahre alt und somit Kinder im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention. In Europa ist dieser Anteil geringer. Gründe dafür sind kaum bestehende reguläre Einreisemöglichkeiten für Flüchtlinge, hohe Kosten und Gefahren, die mit einer durch Schlepper organisierten Flucht verbunden sind, und die bereits jetzt engen Beschränkungen des Familiennachzugs auf Ehepartner, minderjährige Kinder und Eltern minderjähriger Kinder. Seit Jahren ist in Österreich rund ein Drittel aller Asylsuchenden minderjährig – ihre absolute Zahl stieg 2015 somit ebenfalls signifikant. Von Jänner bis Ende November 2015 wurden rund 29.115 Asyl suchende Kinder registriert, die großteils unter 14 Jahre alt waren und mit ihren Eltern nach Österreich gekommen sind. 8.500 der Kinder sind ohne einen für sie verantwortlichen Erwachsenen in Österreich und somit so genannte »unbegleitete Minderjährige«. Diese waren mehrheitlich über 14 Jahre alt.

### Who is who? – Ein Wegweiser durch das Definitionsdickicht

Im öffentlichen Diskurs werden die Begrifflichkeiten

oft vermischt. Da diese aber Menschen mit unterschiedlicher Rechtsstellung bezeichnen, ist es wichtig, die Definitionen zu kennen.

**AsylwerberInnen oder Asylsuchende** sind Personen, die außerhalb ihres Heimatlandes sind und um Schutz ansuchen und deren Asylverfahren noch nicht abgeschlossen sind. Es kann sich dabei um Flüchtlinge handeln, dies steht aber noch nicht fest. Für die Dauer ihres Asylverfahrens erhalten Asylsuchende eine Aufenthaltsberechtigung.

**Flüchtlinge** sind gemäß der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) Personen, die sich aus wohlbegründeter Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Religion, Rasse, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung außerhalb ihres Landes befinden und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen können oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen wollen. Zum Flüchtling wird eine Person, die diese Voraussetzungen erfüllt, mit jenem Zeitpunkt, in dem sie ihr Herkunftsland verlässt, außer sie hat schwere Straftaten begangen (dann besteht kein Anspruch auf Schutz). Die meisten Rechte nach der GFK sind aber von einer Asylgewährung in Österreich abhängig.

Als **Asylberechtigte** oder **anerkannte Flüchtlinge** werden Personen bezeichnet, deren Asylantrag positiv entschieden wurde. Sie sind rechtlich als Flüchtlinge anerkannt und ÖsterreicherInnen weitgehend gleichgestellt.

**Subsidiär Schutzberechtigter** ist ein Mensch, der aus seinem Heimatland geflüchtet ist, und in dessen Fall anerkannt wurde, dass sein Leben oder seine Sicherheit in seinem Heimatland gefährdet sind – etwa durch Krieg, Unruhen oder Folter. Die Person erfüllt aber nicht die Voraussetzungen der GFK. Subsidiär Schutzberechtigte haben weniger Rechte als Asylberechtigte, etwa in Bezug auf die Familienzusammenführung.

Während und nach Abschluss des Asylverfahrens werden AsylwerberInnen und international

<sup>1</sup> Der Beitrag gibt ausschließlich die persönliche Meinung der Autorin wieder, die nicht unbedingt von den Vereinten Nationen oder von UNHCR geteilt wird.

Schutzberechtigten je nach Verfahrensstand beziehungsweise Status unterschiedliche Dokumente ausgestellt.<sup>2</sup>

### Flüchtlingsrechte, Menschenrechte und Kinderrechte schützen Kinder auf der Flucht

Genauso wie Erwachsene schützen das internationale Flüchtlingsrecht (insbesondere die GFK), das Asylrecht der Europäischen Union sowie internationale und regionale Menschenrechte – etwa die beiden UN-Menschenrechtspakte und die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) – auch Kinder.

Kinder haben aufgrund ihrer speziellen Bedürfnisse aber noch zusätzliche Rechte, welche international in der UN-Kinderrechtskonvention (KRK) festgelegt sind. Diese Konvention ist – im Gegensatz zu GFK und EMRK – in Österreich aber nicht unmittelbar anwendbar. Einige in der KRK verankerte Rechte wurden aber in das österreichische Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern<sup>3</sup> (BVG Kinderrechte) übernommen. Dazu zählen insbesondere der Vorrang des Wohls des Kindes (Artikel 3 KRK)<sup>4</sup>, die Berücksichtigung des Kindeswillens (Artikel 12 KRK) und die bestmögliche Gewährleistung des Rechts auf Entwicklung (Artikel 5 und 6 KRK). Nach dem BVG Kinderrechte ist aber eine Beschränkung dieser Rechte zulässig, insoweit sie gesetzlich vorgesehen ist und eine Maßnahme darstellt, die in einer demokratischen Gesellschaft etwa aus Gründen der öffentlichen Ruhe und Ordnung oder des wirtschaftlichen Wohls des Landes notwendig ist. Dies soll fremdenrechtliche Maßnahmen erlauben, die Rechte eines Kindes beschränken. Bei einem Eingriff muss aber stets nachvollziehbar begründet werden, dass dieser aus den zuvor genannten Gründen notwendig und auch verhältnismäßig ist. Schließlich normiert die KRK das Recht auf Gleichbehandlung

(Artikel 2). Das heißt, dass die Kinderrechte – sofern nicht ausdrücklich anderweitig verfügt – für alle Kinder unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus gelten – also auch für Asyl suchende Kinder sowie Flüchtlingskinder.

### Die Rechtsstellung von Kindern im Asylverfahren

Beantragen Kinder in Österreich internationalen Schutz – also die Gewährung von Asyl oder subsidiärem Schutz – erhalten sie ein Asylverfahren, das im Wesentlichen wie bei Erwachsenen abläuft.<sup>5</sup> Auch die Rechtsstellung von Kindern im Asylverfahren ist in weiten Bereichen die gleiche wie jene von Erwachsenen.<sup>6</sup>

Der wesentliche Unterschied im Verfahrensrecht ist, dass Kindern in fast allen Stadien des Asylverfahrens und im fremdenpolizeilichen Verfahren ein **gesetzlicher Vertreter** zur Seite steht. Begleitete Kinder werden durch ihre Obsorgeberechtigten, in der Regel die Eltern, vertreten. Die Vertretung unbegleiteter Minderjähriger ist gesetzlich geregelt: Zu Beginn des Asylverfahrens fällt diese zwei Organisationen zu – der ARGE Rechtsberatung (Diakonie Flüchtlingsdienst und Volkshilfe Oberösterreich) und dem Verein Menschenrechte Österreich – denen jeweils die Hälfte der AntragstellerInnen zugeteilt wird. Stellen unbegleitete Minderjährige unter 14 Jahren einen Antrag, ist dieser durch einen Rechtsberater zu bestätigen, der auch an der folgenden Erstbefragung durch die Polizei teilnimmt. Bei älteren unbegleiteten Kindern ist diese Teilnahme hingegen nur für Erstbefragungen in einer Erstaufnahmestelle vorgesehen. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass nur bei Kindern über 14 Jahren die Fingerabdrücke abgenommen werden dürfen. Wird ein unbegleiteter Minderjähriger zum Asylverfahren zugelassen und auch in eine

<sup>2</sup>Für einen Überblick siehe: <http://bit.ly/1SlfyYE>

<sup>3</sup>Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern, BGBl. I Nr. 4/2011

<sup>4</sup>UNHCR/UNICEF (2014), Safe and Sound: what States can do to ensure respect for the best interests of unaccompanied and separated children in Europe, URL: <http://bit.ly/1Lr8NWl>.

<sup>5</sup>Siehe Informationsgrafik des Bundesamtes für Fremdenwesen und Asyl (BFA): [http://bfa.gv.at/bmi\\_docs/1738.pdf](http://bfa.gv.at/bmi_docs/1738.pdf)

<sup>6</sup>Siehe insbesondere »Erstinformation über das Asylverfahren« und »Merkblatt über Rechte und Pflichten von Asylwerbern« des BFA: <http://bfa.gv.at/publikationen/formulare/start.aspx>

Betreuungsstelle eines Bundeslandes zugewiesen, geht die gesetzliche Vertretung auf den örtlich zuständigen Jugendwohlfahrtsträger über. Da Kinder nicht handlungsfähig sind, kann nur ihr gesetzlicher Vertreter eine Beschwerde gegen eine negative Entscheidung einlegen.

Damit Kinder ihr Recht adäquat wahrnehmen können, müssen sie Vertrauen zu ihrem gesetzlichen Vertreter haben und ihre Rechte kennen.<sup>7</sup> Da das Asylverfahren höchst komplex ist, ist es wichtig, dass nur im Asylrecht versierte Personen mit den Minderjährigen ihr Asylverfahren besprechen. Anderen Personen kann eine wichtige Rolle bei der Kontaktaufnahme mit dem gesetzlichen Vertreter und dem Herstellen einer Vertrauensbasis zukommen.

Minderjährige unterliegen in Verfahren vor dem Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl und dem Bundesverwaltungsgericht zusätzlichen Mitwirkungspflichten, die bei Erwachsene keine Rolle spielen: Zum einen kann eine **medizinische Altersdiagnose** angeordnet werden, wenn Zweifel an einer angegebenen Minderjährigkeit bestehen und der oder die Asylsuchende diese nicht (z.B. durch Urkunden) nachweisen kann. Dabei wird zuerst ein Handwurzelröntgen in Auftrag gegeben. Falls die Minderjährigkeit weiterhin bezweifelt wird, werden eine körperliche Untersuchung, ein Zahnpanoramaröntgen und gegebenenfalls auch eine Computertomografie des Schlüsselbeins veranlasst. Ergibt sich aus dem Gesamtgutachten nicht eindeutig die Volljährigkeit, ist von der Minderjährigkeit auszugehen. Zur Durchführung einer Altersdiagnose ist die Zustimmung des Minderjährigen notwendig. Eine Ablehnung ist allerdings gut zu begründen, damit sie keine negativen Auswirkungen auf das Asylverfahren hat. Weiters sind unbegleitete Kinder über 14 Jahren verpflichtet, an sämtlichen Maßnahmen

zur **Suche ihrer Angehörigen** mitzuwirken, es sei denn die Familiensuche liegt nicht im Kindeswohl. Kinder unter 14 Jahren sind auf ihren Wunsch hin bei der Familiensuche zu unterstützen.

Da es oft im Asylverfahren keine weiteren individuellen Beweismittel gibt, kommt den Aussagen des Kindes im Rahmen seiner **Einvernahme** vor dem Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl (und einer allfälligen Beschwerdeverhandlung vor dem Bundesverwaltungsgericht) eine zentrale Bedeutung für die Entscheidung zu. An Einvernahmen und Verhandlungen kann neben dem verpflichtend anwesenden gesetzlichen Vertreter auch eine Vertrauensperson des Kindes teilnehmen. Verhandlungen sind grundsätzlich öffentlich zugänglich.

Die Beurteilung, ob das Vorbringen eines Kindes als **glaubhaft** eingestuft wird, verlangt eine Berücksichtigung des individuellen Profils – insbesondere im Hinblick auf Bildungshintergrund, Alter, Geschlecht, Gewalterfahrungen, Entwicklungsstand und Reife des Kindes.<sup>8</sup> Soweit deren Weitergabe datenschutzrechtlich möglich ist, könnten Informationen etwa von BetreuerInnen, LehrerInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen, MitarbeiterInnen von Gesundheitsdiensten oder Obsorgeberechtigten den Entscheidungsträgern helfen, die Situation eines Kindes besser zu verstehen. Auch Befunde und Sachverständigengutachten, die (möglicherweise) Umstände betreffen, die die Erinnerungs- und Aussagefähigkeit eines Kindes einschränken, können eine entscheidende Rolle im Verfahren spielen.

**Die Entscheidung im Asylverfahren** wird jeweils auf Basis der individuellen Umstände des Einzelfalls getroffen. Um Flüchtling zu sein, müssen Kinder – wie auch Erwachsene – die oben dargestellten Voraussetzungen der GFK erfüllen. Diese wurden traditionell im Hinblick auf die Erfahrungen von Erwachsenen ausgelegt, die Kinderrechtskonvention verlangt aber eine kindgerechte Anwendung der

<sup>7</sup> UNHCR: Informationsbroschüre für unbegleitete Minderjährige Asylsuchende, »Dein Asylverfahren in Österreich«. PDF (derzeit in den Versionen Deutsch/Englisch und Deutsch/Arabisch): <http://www.unhcr.at/unhcr/in-oesterreich/beratung-fuer-fluechtlinge.html> bzw. mobile Website: <http://deinasylverfahren.at/> (derzeit nur Deutsch/Englisch), Versionen in Dari/Farsi und Paschtu folgen

<sup>8</sup> UNHCR: »The Heart of the Matter - Assessing Credibility when Children Apply for Asylum in the European Union«, 2014: <http://www.refworld.org/docid/55014f434.html>

GFK durch Beachtung der speziellen Bedürfnisse und Rechte von Kindern.<sup>9</sup> Dies wird international und auch in Österreich erst allmählich anerkannt. Auch im Rahmen der Entscheidung über die Gewährung von subsidiärem Schutz ist die besondere Vulnerabilität von Kindern zu beachten. Schließlich ist im ganzen Asylverfahren und insbesondere bei einer allfälligen Entscheidung, dass ein Kind in seinen Herkunftsstaat zurückkehren muss, das Wohl des Kindes vorrangig zu berücksichtigen. Dazu gibt es in Österreich aber noch wenig Judikatur.

### Die soziale Rechtsstellung von Kindern auf der Flucht

Die Pflege, Erziehung, Vermögensverwaltung und gesetzliche Vertretung von Kindern (auch in anderen Bereichen als dem Asylverfahren) kommt in Familien beiden Elternteilen zu. Für unbegleitete Minderjährige sollte zur Wahrung des Kindeswohles in all diesen Bereichen ehest möglich ein *Obsorgeberechtigter* bestellt werden. Das zuständige Obsorgegericht ist nicht an eine festgestellte Volljährigkeit im Asylverfahren gebunden. Obwohl die gesetzlichen Vertreter im asyl- und fremdenpolizeilichen Verfahren einen klar begrenzten Verantwortungsbereich haben (und etwa keine Verfügungen betreffend medizinische Behandlungen treffen können), erfolgt eine gerichtliche Obsorgeregelung derzeit aber oft erst nach mehreren Monaten.

Die Sicherung der Grundbedürfnisse von Asylsuchenden erfolgt im Rahmen des Systems der Grundversorgung:<sup>10</sup> Für **Familien** in organisierten Unterkünften erhalten die Quartiergeber maximal 21 Euro Tagsatz pro Familienmitglied. Wenn Familien

selbst Wohnraum anmieten, erhalten sie höchstens 300 Euro Mietzuschuss sowie für Verpflegung 215 Euro pro Erwachsenem und 100 Euro pro Kind und Monat. Darüber hinaus erhalten erwachsene wie minderjährige Asylsuchende in Grundversorgung 40 Euro pro Monat für sonstige Ausgaben sowie einen Zuschuss für Kleidung (höchstens 150 Euro pro Jahr, zumeist in Gutscheinen). Für Schulbedarf gibt es pro Kind und Jahr maximal 200 Euro (zumeist auch in Gutscheinen). Während unbegleitete unter 14-Jährige in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe untergebracht werden sollten, werden ältere **unbegleitete Minderjährige** zuerst in einer Grundversorgungseinrichtung des Bundes untergebracht. Wenn das Asylverfahren in Österreich geführt wird, sollten sie einem Bundesland zugewiesen werden. Da es aber zu wenige entsprechende Landesgrundversorgungsquartiere gibt, leben viele über längere Zeiträume hinweg in Grundversorgungseinrichtungen des Bundes. Die Grundversorgung sieht je nach Alter und Reife eine Unterbringung in Wohngruppen, Wohnheimen bzw. in betreuten Wohneinrichtungen vor. Der Kostenbeitrag aus der Grundversorgung liegt dafür bei höchstens 95 Euro, 63,50 Euro bzw. 40,50 Euro pro Tag und somit deutlich unter dem Tagsatz von durch die Kinder- und Jugendhilfe finanzierten Einrichtungen. Nur in wenigen Bundesländern zahlt die Kinder- und Jugendhilfe (zumindest teilweise) auf den Grundversorgungstagsatz auf, um bei Bedarf eine intensivere Betreuung und Förderung der Kinder zu ermöglichen. Obwohl minderjährige Asylsuchende als Kinder vom Schutzbereich der diversen Kinder- und Jugendhilfegesetze sowie der einschlägigen Bestimmungen des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches erfasst sind, werden über 14-Jährige selbst bei erhöhtem Betreuungsbedarf kaum in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe untergebracht.

Asylsuchende Kinder im schulpflichtigen Alter können in aller Regel relativ bald die **Schule** besuchen. Für Kinder, die bereits älter als 15 Jahre sind, wenn sie nach Österreich kommen, erweist sich dies hingegen meist als sehr schwer. Ihnen ist es oft auch nicht möglich, einen Deutschkurs oder eine Bildungsmaßnahme zu besuchen. Nur unbegleitete

<sup>9</sup> UNHCR: »Richtlinien zum Internationalen Schutz: Asylanträge von Kindern im Zusammenhang mit Artikel 1 (A) 2 und 1 (F) des Abkommens von 1951 bzw. des Protokolls von 1967 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge«, 2009: <http://bit.ly/1RP6aul>

<sup>10</sup> Nach einer Statusgewährung haben Asylberechtigte und in den allermeisten Bundesländern auch subsidiär Schutzberechtigte zu Redaktionsschluss Anspruch auf bedarfsorientierte Mindestsicherung. Die im Folgenden bereits berücksichtigte Grundversorgungstagsatzerhöhung wurde noch nicht im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und war somit zum Redaktionsschluss noch nicht in Kraft.

Minderjährige haben nach der Grundversorgungsvereinbarung einen Anspruch auf einen Deutschkurs von maximal 200 Stunden. Darüber hinaus fällt ein Lehrberuf unter die Beschränkungen betreffend den Zugang zum Arbeitsmarkt für Asylsuchende. Diese können nur in wenigen Mangelberufen die notwendige Beschäftigungsbewilligung erhalten. Asylsuchenden Kindern zwischen 15 und 18 fehlt somit oft eine sinnvolle Betätigung. Flüchtlingshilfsorganisationen und vor allem engagierte Freiwillige leisten hier oft wichtige Unterstützung und wertvolle Integrationsarbeit.

Gemäß der in Kraft getretenen Neufassung der EU-Aufnahmerichtlinie müsste Österreich sicherstellen, dass Minderjährige, die Opfer von Gewalt gewesen sind oder unter bewaffneten Konflikten gelitten haben, Rehabilitationsmaßnahmen sowie bei Bedarf psychologische Betreuung und qualifizierte Beratung erhalten. Während Minderjährige im Rahmen der Grundversorgung über eine Krankenversicherung verfügen, gibt es keine zusätzlichen Regelungen betreffend ihren Zugang zu psychologischer Betreuung und Psychotherapie. Die Übernahme von Kosten für DolmetscherInnen, die für die Inanspruchnahme von medizinischer und psychosozialer Versorgung notwendig ist, ist in der Grundversorgungsvereinbarung nicht vorgesehen. Es werden zwar interkulturelle (Trauma-)Therapieangebote aus Mitteln des Bundesministeriums für Inneres und des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der Europäischen Union gefördert, der Bedarf übersteigt aber dieses Angebot.







## Erfahrungsberichte zum Thema Kinder mit Fluchtbiografie und Gesundheit



# Erfahrungsberichte zum Thema Kinder mit Fluchtbiografie und Gesundheit

## DDr. Ferdinand Sator

Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde; Mitinitiator Plattform Medical Aid for Refugees.

### Überlegungen zur medizinischen Betreuung von Flüchtlingskindern

In der ärztlichen Praxis wird man bei der Betreuung von Flüchtlingen oft mit Fragen konfrontiert, die nicht mit dem »medizinischen Problemlösungsmodell« zu lösen sind.

#### Soziokulturelle Situation

Etwa die Hälfte aller Flüchtlinge sind Kinder im Familienverband oder sie sind allein auf der Flucht vor Krieg, Verfolgung und Elend. Die Situation aller Flüchtlinge, somit auch der Familien und Kinder, ist charakterisiert durch abrupten soziokulturellen Wandel mit massiven Anforderungen an den Organismus. Nach den dramatischen Ereignissen um Verfolgung, Folter, Krieg und Flucht sind sie im Aufnahmeland oft überfordert. Hinzu kommt noch mangelnde Sprachkenntnis. Die Sprachbarriere macht viele Flüchtlingsfamilien zu »Sprachlosen« und erschwert ihnen zusätzlich den Umgang mit medizinischen Institutionen. »Stumme Ärzte heilen schlecht, aber auch: stumme Patienten werden schlecht geheilt – Medizin ist in ihrer Anwendung ohne Gespräch nicht sinnvoll durchführbar« (Lüth 1977). Aber die Sprachschwierigkeiten spielen nicht nur in der Arzt – Patient – Beziehung eine Rolle, sondern mangelnde Sprachkenntnis ist ein Querschnittproblem, das sämtliche Lebensbereiche wie Wohnen, Arbeit, Schule, Sozialkontakte u.v.m. betrifft und trägt wesentlich zur Isolation bei.

#### Krankheitsverhalten der Flüchtlinge

Das Krankheitsverhalten wird gesellschaftlich, soziokulturell und schichtspezifisch geprägt. Besondere Aufmerksamkeit verdient in diesem Zusammenhang der »cultural lag«. Das Medizinsystem der Herkunftsländer unterscheidet sich meist grundlegend von unserem in der Industriegesellschaft. Es soll hier nicht so sehr von gesellschaftlichen Einflüssen auf die Entstehung von Krankheit die Rede sein (Soziogenese), sondern es soll gezeigt werden,

wie das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in kulturelle Wert- und Interpretationsmuster eingebettet ist und welche Folgen sich für Erkrankungen daraus ergeben. Es interessiert uns besonders die Symptomaufmerksamkeit, das Krankheitsverhalten und der Umgang mit medizinischen Institutionen. Trotz versicherungstechnischer Einbettung der Flüchtlinge besteht eine Diskrepanz zwischen medizinischem Angebot und Nachfrage. Diese Diskrepanz führt zu Verzögerung des Arztbesuches, Fernbleiben von Untersuchungen, mangelnde Information in gesundheitlichen Belangen, Verleugern von Krankheitssymptomen, ausschließliches Hilfesuchen im Laienbereich u.s.w. und erhält im Umgang mit Gesundheitsfragen bei Flüchtlingen besonders Gewicht.

Entscheidender Ausgangspunkt des Krankheitsverhaltens ist das Stadium vom Verspüren erster Krankheitszeichen bis zum Arztbesuch. Die Schnelligkeit und Qualität der Reaktion und das Wissen um Krankheitsanzeichen sind kulturell überformt. Vom Zeitpunkt der tatsächlichen Krankheitsentstehung bis zur ärztlichen Diagnose gibt es zahlreiche Zwischenglieder: Selbstwahrnehmung – Symptomaufmerksamkeit – Hilfesuche im Laiensystem. Erst, wenn dieses überfordert ist, wird professionelle Hilfe in Anspruch genommen.

Diese Situation wird noch durch das Faktum erschwert, dass zwischen Befinden und Befund kein zwingender Zusammenhang besteht, wodurch die Inanspruchnahme ärztlicher Leistung erschwert wird. Flüchtlinge zögern Arztbesuche eher hinaus oder vermeiden sie ganz. Die sprachliche und soziale Distanz zwischen Arzt und Flüchtling ist derzeit schier unüberwindlich. Die Überwindung dieser Kluft braucht eine Neuorientierung auf (berufs-) politischer Ebene. Das ärztliche Gespräch ist das wichtigste Werkzeug für eine positive medizinische Intervention. Speziell für die großen Herausforderungen in Gesprächen mit Flüchtlingen müssen neue Gesprächsformen erlernt und gelehrt werden. Es braucht Fortbildungen für ÄrztInnen. Doch Motivation und Können der ÄrztInnen reichen nicht aus, wenn nicht auch die organisatorischen und

finanziellen Rahmenbedingungen der neuen Situation angepasst werden. Eine neue Zeit bricht an, kreative Lösungen auf allen Ebenen sind gefragt.

### Fallbeispiele – Herbst 2015

**Fall 1: Westbahnhof:** Eine syrische Mutter kommt mit ihrem 2 Monate alten Säugling in die Notambulanz der Wiener Rettung. Der Säugling ist matt, schlapp und kaum erweckbar. Die anwesenden Erwachsenen – Notfallmediziner – sind im Begriff, den Säugling ohne Anamnese sofort an eine Kinderabteilung zu überweisen. Da ich im Nachbarraum war, wurde ich zugezogen. Nach der Anamnese war klar, dass die Mutter vor etwa 12 Stunden das Kind gestillt hat. Sie musste stundenlang in einer Warteschlange stehen; im Zug war sie eingepfercht in einen total überfüllten Waggon. Sie schaffte es nicht das Kind zu stillen, dazu kommt noch, dass sie kulturell bedingt ihr Kind nicht öffentlich stillt. Wir haben einen Paravent aufgestellt in einer ruhigen Ecke der Ambulanz. Sie konnte ihr Kind in Ruhe stillen und es war wieder alles in bester Ordnung.

**Fall 2: Traiskirchen:** Beim Rundgang durch die Wohnräume stießen wir auf ein 10-jähriges Mädchen mit Narbenbildung die gesamte linke Körperhälfte betreffend, beginnend am Oberarm über den Rumpf bis zum Oberschenkel. Die Verletzung hatte sie sich zu Hause im Kriegsgebiet zugezogen. Im Wohnraum brach Feuer aus, nach einem Bombardement der Stadt. Durch die Narbenbildung hatte das Mädchen Beugekontakturen am linken Arm und geringfügig auch am linken Bein. Wir führten das Kind einer plastisch chirurgischen Korrektur im AKH zu. Wäre das auch ohne unser Zutun geschehen? Wir wissen es nicht.

**Fall 3: Nickelsdorf:** Schmetterlingskind (Epidermolysis bullosa): ein 8-jähriges Mädchen wird von uns von einem stinkenden, total verschmutzten Ganzkörperverband befreit. Während der letzten Woche auf der Flucht war ein Verbandwechsel nicht möglich. Eine Bettenzusage einer Spezialabteilung aus München lag vor. Die bürokratische Abwicklung des Transportes von Nickelsdorf nach München gestaltete sich äußerst mühsam.

### Literatur

\*Lüth, P.: »Stumme Ärzte heilen schlecht...«  
Steirische Berichte, Heft 6, 8, 1977

### Dr.in Nicole Grois

Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde. Arbeitsgruppe der Politischen Kindermedizin und des Referates für Transkulturelle Pädiatrie der ÖGKJ.

### Medizinische Versorgung von Flüchtlingskindern in Wien – Eine Problembeschreibung

Aktuell gibt es drei Ebenen der medizinischen Betreuung, die uns Kinderärztinnen und -ärzte vor besondere Herausforderungen stellen. Es sind dies die Akutversorgung an den Grenzübergängen und in Notquartieren, die Erstaufnahmeuntersuchungen und die Nachfolgeuntersuchungen bei längeren Aufhalten in Betreuungsinstitutionen.

#### 1. Akutversorgung:

An den Grenzübergängen und in den diversen Notquartieren werden die Flüchtlingskinder von verschiedenen Rettungsdiensten betreut. Die Ausstattung der Quartiere ist aber oft ungenügend. Es mangelt an Medikamenten und Impfstoffen. Die hygienischen Zustände in vielen Unterkünften sind absolut katastrophal, was die Verbreitung von Infektionen, Viren, Bakterien bis hin zu Würmern und Parasiten sehr begünstigt. Im Winter bestand große Sorge vor Influenzaepidemien, aber auch Meningitis-, Masern- und Varzellenausbrüche sind zu fürchten. Scabies, Oxyuren und Lamblien sind ebenfalls unangenehm und gesundheitsgefährdend.

In den verschiedenen Notquartieren sind viele freiwillige KollegInnen selbstorganisiert im Einsatz. Nach einer Welle der Hilfsbereitschaft in den ersten Wochen nach Beginn des Flüchtlingsstromes kam es mittlerweile zur Erschöpfung der freiwilligen ÄrztInnen, die diese unbezahlten Notdienste in ihrer Freizeit neben ihren sonstigen Verpflichtungen

übernehmen. Die Mobile Einheit von Medical Aid vor Refugees wurde im Jänner eingestellt, eine Weiterführung durch den Ärztenotdienst und die Gebietskrankenkasse in Wien ist in Planung.

Von Seiten der Gesundheitsbehörden ist die medizinische Versorgung der Kinder nicht ausreichend geregelt. KinderärztInnen sind nicht eingebunden. Problematisch ist auch, dass sich in den Notunterkünften die Transitflüchtlinge, die keinen Versicherungs- und Versorgungsanspruch haben und auf humanitäre Hilfe angewiesen sind, mit den AsylwerberInnen, die Anspruch auf die Leistungen der Grundversorgung haben, vermischen. Die Ausstellung der entsprechenden Versicherungskarten verläuft sehr verzögert, die Ärzteschaft ist nicht ausreichend über die Abrechnungsmodalitäten und die Behandlungsansprüche informiert.

Die medizinische Versorgung der Flüchtlingskinder darf dauerhaft nicht auf freiwilligen KinderärztInnen basieren, sondern stellt eine Verantwortung der Gesundheitsbehörden und Versicherungsträger dar.

#### Bedarf:

- a.)** Etablierung einer längerfristig administrierbaren Organisation der bedarfsorientierten kinderfachärztlichen Akutversorgung in den Notambulanzen oder Notquartieren durch die Behörden.
- b.)** Klare Einsatzpläne und Klärung der Zuständigkeiten, wer für die Versorgung welcher PatientInnen zuständig ist und wo diese zu erfolgen hat.
- c.)** Bezahlung der ärztlichen Dienste, Einbeziehung von KinderfachärztInnen.
- d.)** Fortbildungen und Informationen für die Akutversorger durch die Behörden über klare Vorgaben für das Vorgehen im »Seuchenfall« (z.B. bei Masern, Varizellenausbrüchen, Meningitiserkrankungen, Scabies, etc.).
- e.)** Eine prägnante Kurzdokumentation von wichtigen Diagnosen und Therapien, die im Rahmen der Akutversorgung erhoben werden, sollte den PatientInnen übergeben werden, damit die Information an weiter betreuende KollegInnen transportiert wird.
- f.)** Verbesserung der hygienischen Zustände in den

Notunterkünften. Diese dürfen in dieser mangelnden Qualität keine Dauerunterkünfte werden.

## 2. Erstaufnahmeuntersuchungen

Alle AsylwerberInnen müssen gemäß den Vorgaben des Bundesministeriums für Gesundheit und Inneres bei Aufnahme in die Grundversorgung einer Erstuntersuchung unterzogen werden. Diese sollte in den Erstaufnahmezentren und Verteilerquartieren durch ÄrztInnen durchgeführt werden, die von der Firma ORS angestellt und dem Bundesministerium für Inneres zugeordnet sind, und umfasst eine Anamnese, klinische Untersuchung, den Tuberkuloseausschluss und das Angebot von Impfungen. Tatsächlich sind die ÄrztInnen aufgrund der großen Anzahl an Flüchtlingen weit überlastet. Außerdem sind die Flüchtlinge in vielen unterschiedlichen Notquartieren, teilweise auch in Privatquartieren untergebracht. Das führt dazu, dass viele Flüchtlinge oft sehr verspätet oder auch sogar gar keiner medizinischen Erstuntersuchung unterzogen wurden. Die Abläufe der Erstuntersuchungen sind nicht ausreichend organisiert.

Spitalambulanzen und Ordinationen für Kinder sind nicht zuständig und nicht informiert und an sich schon völlig ausgelastet, wenn nicht überlastet. Sie sind auch kaum mit den notwendigen Dolmetschern (in welcher Form auch immer) ausgestattet. Im Routinealltag einer Spitalsambulanz sind spezifische Probleme nur sehr bedingt lösbar (die PatientInnen kommen mit Erkrankungen aller Art - von leichten banalen Infekten bis zu schweren akuten oder chronischen Erkrankungen). Auch Impfungen werden in den Spitalsambulanzen nicht durchgeführt.

In den Ordinationen werden die geforderten Erstuntersuchungen kaum durchgeführt, da diese vielfach schon voll sind, der Versicherungsstatus oft nicht klar ist und vor allem die Verrechnbarkeit der aufwendigen Betreuung nicht gegeben ist. Die Verständigung ohne DolmetscherIn ist sehr mühsam, und die ÄrztInnen sind generell nicht genügend informiert. Außerdem ist es für Flüchtlinge schwierig zu den Ordinationen oder Spitälern zu gelangen, da Mobilität kostspielig ist, und es vielen nicht möglich

ist sich in der Stadt zu orientieren.

Das heißt, viele Flüchtlinge, die schon monatelang in Wien und bereits in der Grundversorgung sind, wurden keiner Untersuchung (nicht einmal TB-Ausschluss) unterzogen und haben keine Impfungen erhalten.

Das erschwert die Integration der Kinder in Schule und Kindergärten und impliziert auch eine potentielle Gefährdung der Umgebung durch eventuell importierte Infektionskrankheiten sowie die Gefahr von Krankheitsausbrüchen in Massenquartieren (Influenza, Varizellen, Masern, Meningokokken, Würmer, Lamblien etc.).

Es gibt keine zentrale Dokumentation und Erfassung des Gesundheitszustandes der AsylwerberInnen. Die bei der Erstuntersuchung erhobenen Befunde werden nicht weitergegeben und stehen für nachbehandelnde ÄrztInnen nicht zur Verfügung!

#### Bedarf:

- Es gehört dringend geklärt welche ÄrztInnen für die Erstuntersuchungen zuständig sind, wo diese durchzuführen sind und wie die Abrechnung geregelt ist. Das ist Bundesverantwortung und gehört realistisch delegiert. Die Etablierung von zusätzlichen speziellen Flüchtlings-Ambulanzen ist sinnvoll und notwendig.
- Kinder- und JugendfachärztInnen (KFÄ) sollen von den Behörden in die Erstaufnahmeuntersuchungen eingebunden werden, um speziell auf die Bedürfnisse und Probleme der Flüchtlingskinder reagieren zu können.
- Es braucht dringend eine Kostenübernahme der Untersuchungen durch KinderärztInnen oder AllgemeinmedizinerInnen, die entsprechend informiert werden müssen.
- Möglichst rasch nach Ankunft in Österreich sollen Impfungen analog den Empfehlungen des Österreichischen Impfplans durchgeführt werden. Aufgrund der Unterbringung in Massenunterkünften sollten auch eine Meningokokkenimpfung (ACWY), Varizellenimpfung (am einfachsten als MMR-V) und in

der Herbst/Wintersaison die Influenzaimpfung verabreicht werden.

Für die empfohlenen Impfungen muss sichergestellt sein, dass genügend Impfstoffe zur Verfügung stehen und die Kostenübernahme durch die Behörden klar geregelt ist. Wichtig ist auch abzuklären, wie bei Lieferengpässen von Impfstoffen vorzugehen ist!

- Dringend muss ein offizieller MigrantInnen-Gesundheitspass mit Laufmappe eingeführt werden, der möglichst rasch nach Ankunft in Österreich an die Flüchtlinge ausgehändigt wird und in dem sämtliche wichtigen Anamnesepunkte, Befunde (z.B. TB-Ausschluss), Diagnosen, Therapien und ein Impfpass beinhaltet sind und somit für alle weiter betreuenden ÄrztInnen und Institutionen ersichtlich sind.

### 3. Längerfristige Betreuung

Die Nachfolgenuntersuchungen und kinderärztliche Versorgung bei längerem Aufenthalt in den Betreuungsinstitutionen (i.e. in diverse Heime von NGOs und Privatunterkünften) ist überhaupt nicht geregelt. Niedergelassene FachärztInnen für Kinderheilkunde oder AllgemeinmedizinerInnen bzw. später SchulärztInnen sollten gemäß der *Richtlinien der ÖGKJ/PKM eine standardisierte Diagnostik zur Erfassung von Infektions- und anderen Krankheiten und psychischen Problemen sowie Impfungen* durchführen. Empfohlen sind Basisblutuntersuchungen, augenärztliche und zahnärztliche Kontrollen.

#### Bedarf:

- Wichtig ist die Verbreitung der Richtlinien der ÖGKJ/PKM an sämtliche FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde sowie AllgemeinmedizinerInnen und SchulärztInnen.
- Bis zur Etablierung eines MigrantInnen-Gesundheitspasses sollte die Kommunikationsmappe der ÖGKJ/PKM (zum Download unter [www.doc4you.at](http://www.doc4you.at)) genutzt werden. Diese soll den Familien »ans Herz gelegt werden«, um wichtige medizinische Informationen zu erfassen, zu dokumentieren, um die Kommunikation zwischen ÄrztInnen, TherapeutInnen und betreuenden Institutionen zu erleichtern und

im Falle eines Ortswechsel die Kinder zu begleiten und so Doppelgleisigkeiten und Informationsverlust zu verhindern.

- *Adäquate Bezahlung dieser aufwendigen Zusatzleistung* durch die GKK als eigene Position »Flüchtlingskinder-Nachfolgeuntersuchung«, da diese sonst aus Kapazitätsgründen nicht in den Ordinationen durchführbar sind. Alternativ dazu sollten Nachfolgeuntersuchungen in den Flüchtlingsambulanzen stattfinden oder als *Hausbesuch* durch niedergelassene Pädiater oder Allgemeinmediziner in den Unterkünften *verrechenbar sein*.

### Johanna Sengschmid

Hebamme, Stellvertretende Leitung des Wiener Hebammengremiums und Vorstand des ÖHG.

#### Die Situation von Flüchtlingsfamilien rund um die Geburt aus der Sicht der Hebammen

Derzeit werden in Wien Schwangere und Frauen nach der Geburt mit ihren Neugeborenen im Wochenbett in den verschiedenen Flüchtlingsreinrichtungen vorwiegend ehrenamtlich von 5-7 Hebammen betreut. Im Folgenden möchten wir den Ist- und Sollzustand beleuchten, sodass möglichst bald alle geflüchteten Frauen und Kinder von einer Hebamme mit Kassenvertrag betreut werden können.

#### IST Zustand:

Hebammen nehmen von sich aus Kontakt zu den Verantwortlichen der Flüchtlingseinrichtungen auf. Diese vermitteln dann an die Flüchtlingsfrauen, die Hebammenhilfe in Anspruch nehmen wollen. Der Vertrauensaufbau ist durch mangelnde Kontinuität erschwert, da in den Notunterkünften auch Transitflüchtlinge untergebracht sind, oder Familien oft sehr überraschend von der Notunterkunft in Quartiere in die Bundesländer gebracht werden. Bestehende Dauerquartiere ermöglichen es erfahrungsgemäß leichter Hebammenangebote anzubieten.

In den bestehenden Notunterkünften sind die hygienischen Bedingungen (Duschcontainer im Freien,

wenige Waschgelegenheiten) für Frauen nach der Geburt absolut unzureichend.

Viele Frauen haben einen Kaiserschnitt (Sectio, Resectio) und bedürfen mit ihren Neugeborenen eines besonderen Schutzes. Wir wissen, dass besonders traumatisierte Frauen, bzw. Frauen mit Gewalterfahrung ebenfalls einen besonderen Schutz und Intimität benötigen. Sie befinden sich durch die Ausnahmesituation der Geburt oft in erhöhter Gefahr einer Retraumatisierung und bedürfen einer entsprechend sensiblen und professionellen Begleitung. Dabei ist zu bedenken, dass sich die schwierige Situation der Mutter, bzw. der Eltern unmittelbar auf das Kind auswirkt. Die Verpflegung mit zwei warmen Mahlzeiten ist für die chronisch erschöpften Frauen in der Schwangerschaft und im Wochenbett von großer Bedeutung. Dies ist meist nicht gegeben.

Die Spendenaufrufe nach Obst und Gemüse sind eine große Hilfe. Es gibt derzeit keine zentrale Dokumentation und Erfassung des Gesundheitszustandes der Asylwerber/innen. Bei der Erstuntersuchung erhobene Befunde stehen nicht zur Verfügung. Die Zusammenarbeit mit den im Routinealltag überlasteten Ambulanzen und Ordinationen ist schwierig. Es gibt häufige Rettungseinsätze in Ambulanzen durch überforderte Betreuer/Innen in den Flüchtlingseinrichtungen.

#### Bedarf:

**a.) Klare Einsatzpläne** und professionelle Informationen, Leitlinien - what to do

**b.) 24 Stunden Hotline für medizinische Belange für BetreuerInnen** in den Flüchtlingseinrichtungen

**c.) Offizieller MigrantInnen-Gesundheitspass** mit Daten der Erstuntersuchung, verhindert bei Ortswechsel Doppelgleisigkeit und Informationsverlust. Bestehende Befunde und Daten können so in den Mutter-Kindpass übertragen werden.

**d.) Ort mit Ambulanzcharakter und einem multi-professionellen Team** (SozialarbeiterIn,

GynäkologIn, KinderärztIn, PsychologIn, Hebamme, DolmetscherIn), z.B. Primary Health Center PHC für Flüchtlinge – auch andere vorhandenen Strukturen können genutzt werden (Ambulanz, Kassenpraxis außerhalb des Regelbetriebes); alle notwendigen Untersuchungen sollten an einem Ort stattfinden; günstige Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel erforderlich.

**e.) Haus mit ca. 20 Wohneinheiten** bzw. Zimmern, in dem Familien in der Zeit von 8 Wochen vor der Geburt bis 8 Wochen nach der Geburt entsprechend der besonderen Bedürfnisse untergebracht und betreut werden. Kochgelegenheiten zur Selbstversorgung, Gemeinschaftsküche, ausreichende Duschgelegenheiten, Sozialraum für Geburtsvorbereitung, Beratung, Rückzugsmöglichkeit, günstige Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel.

#### Benefit:

- Reduktion von Kosten durch weniger Rettungseinsätze,
- Entlastung der Spitalsambulanzen,
- Entlastung der BetreuerInnen in den Flüchtlings-einrichtungen durch klare Einsatzpläne und 24 Stunden-Hotline,
- Effizienz durch interdisziplinäre Zusammenarbeit,
- durchgehende Dokumentation in einem offiziellen MigrantInnen-Gesundheitspass.

#### Fakten:

Laut dem gemäß ASVG abgeschlossenen Gesamtvertrag zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Österreichischen Hebammenverband (ÖHG), ist die Bereitstellung und Sicherstellung der Leistung durch freiberuflich tätige Hebammen im Versicherungsfall der Mutterschaft für die Anspruchsberechtigte geregelt. Da die Grundversorgung unter anderem die Krankenversicherung enthält, können Hebammen mit Kassenvertrag die vorgesehenen Kassenleistungen abrechnen. Jede Schwangere soll einen Mutter-Kind-Pass erhalten. Wir empfehlen, dass Flüchtlinge sämtliche Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

machen lassen, auch wenn sie in der Zeit der Grundversorgung keine Kinderbetreuungsgeld erhalten.

Folgende Hebammenleistungen werden von den Krankenkassen bezahlt:

- 18. - 22. SSW Hebammenberatung im Mutter-Kind-Pass,
- bei Ambulanter Geburt (innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt) 12 Besuche
- bei sogenannter Vorzeitiger Entlassung (vor dem 4. Tag nach der Geburt) bis 8 Wochen nach der Geburt bis zu 9 Hausbesuche
- bei Entlassung nach Kaiserschnitt, Frühgeburt und Mehrlingsgeburt (vor dem 6. Tag nach der Geburt) bis 8 Wochen nach der Geburt bis zu 9 Hausbesuche

Da die 16 Kassenhebammen in Wien mehr als ausgelastet sind, ist eine seriöse Einbindung der Kassenhebammen unter den derzeitigen Bedingungen nicht zumutbar. Das Wesen der sogenannten Wahlhebammen ist das Vorstrecken des Honorars durch die Versicherte und Rückerstattung von 80% des Kassentarifes. Dies ist den Flüchtlingen nicht zumutbar und somit können Wahlhebammen unter den derzeitigen Bedingungen nicht in der Flüchtlingsbetreuung eingesetzt werden.

Geburtsvorbereitung wird von der Krankenkasse nicht bezahlt, ist aber vor allem im Hinblick auf die hohe Kaiserschnitttrate dringend notwendig.

#### Bedarf:

1. Sondervertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse für Hebammen in der Flüchtlingshilfe, die keinen Kassenvertrag haben
2. Einbindung der Familienhebammen, die bei der Stadt Wien über die MA15 angestellt sind.
3. Einbindung vorerst in Form eines anerkannten Praktikums von Hebammen im Asylstatus.



**Dr.in Svenja Stengl**

Gynäkologin mit Wahlhebammenpraxis in 1070 Wien.

**Darstellung der Flüchtlingssituation in Wien aus der Sicht einer Gynäkologin**

Asylwerberinnen sind krankenversichert, wobei das Ausstellen der e-card erfahrungsgemäß einige Zeit dauert. Auch mit e-card gibt es Probleme bei der Versorgung der Frauen. Sie könnten zu jedem Facharzt/jeder Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe gehen. Hier gibt es zuerst Probleme mit der Terminvereinbarung. Das ist ohne Hilfe durch BetreuerInnen oder DolmetscherInnen nicht möglich. KassenärztInnen haben sehr viele Patientinnen und nicht immer sehr viel Zeit. Eine Anamnese mit einer Frau dauert auch mit guter/gutem DolmetscherIn länger als gewöhnlich. Es gibt komplexe Krankengeschichten, viele Kaiserschnitte, Fehl- oder Totgeburten, Kinder mit Traumatisierungen, Behinderungen. Viele Frauen wollen nur von einer Frau untersucht werden, bzw. sind sie mit der Art der Untersuchung bei uns nicht vertraut: PAP-Abstrich, Gyn-Stuhl, vaginaler Ultraschall.

Die Betreuung funktioniert gut (aus eigener Erfahrung), wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- anwesende DolmetscherIn (zumindest Arabisch und Farsi),
- ausreichend Zeit,
- flexible Termine,
- möglichst viele Untersuchungen an einem Platz (z.B. Blutabnahme, Bakterienabstriche gleich in der Praxis),
- gute Kooperation mit den Krankenhäusern (Hebammen, Sozialarbeiterinnen als Ansprechpartnerinnen),
- möglichst nur Frauen in der Betreuung zumindest in der Ordination, im KH ist das natürlich nicht möglich.

Derzeit betreuen wir Frauen in der »7sternpraxis« im 7. Bezirk, die in den Flüchtlingsunterkünften des Roten Kreuzes versorgt sind (entstand aus der Kooperation mit Frau Ulli Karpfen). Wir sehen wöchentlich fast 10-20 Frauen, davon etwa 50% Schwangere. Eine Dolmetscherin aus dem Flüchtlingshaus kommt

mit. Eine syrische Hebamme aus Gaweinstal, die selbst Asylwerberin ist, unterstützt die österreichischen Hebammen in der Ordination.

Das alles passiert seit November von allen Seiten ehrenamtlich, obwohl viele Frauen inzwischen eine e-card haben. Es ist aber nicht anders möglich. Würde man auf Wahlarztbasis arbeiten, müssten die Frauen in der Ordination zahlen, die Rechnung einreichen und das Geld zu 80% (vom Kassentarif) zurückbekommen. Asylwerberinnen haben aber kein Geld – auch dann nicht, wenn sie es später zurück-erhalten.

Es wäre wünschenswert eine Stelle zu schaffen, an der Asylwerberinnen von Gynäkologinnen mit angemessener Entlohnung betreuen könnten. Hierzu könnte man vorhandene Strukturen nützen: Kassenordinationen, Ambulanzen der Krankenhäuser, Ambulanzen der Wiener Gebietskrankenkasse. Es könnten bezahlte DolmetscherInnen anwesend sein. Möglichst alle nötigen Untersuchungen (eventuell auch andere FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen) sollten an einem Ort gebündelt sein. Es könnte eine vorübergehende Einrichtung sein, bis die Asylwerberinnen ausreichend Deutsch sprechen, um allein zum Arzt gehen zu können. Damit könnte es zu einer Entlastung der BetreuerInnen in den Flüchtlingseinrichtungen durch klare Einsatzpläne kommen.

**Sonja Brauner**

Psychotherapeutin und Diplomierte Pädagogin, Hemayat – Behandlungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende.

**»Wenn ein Trauma auf die Reise geht«: Flucht und Trauma im pädagogischen und therapeutischen Kontext**

*Nach Angaben des Flüchtlingshilfswerks (UNHCR) sind weltweit aktuell 20 Millionen Kinder auf der Flucht vor Krieg, Gewalt und Folter. In diesem Beitrag möchte ich gerne anhand von Beispielen aus*

*der Praxis den Bedarf aus pädagogischer und therapeutischer Sicht darstellen.*

Als Harun (Name geändert) in einem Keller in Grosny zur Welt kam, explodierte 100 Meter weiter eine Bombe. Die Detonation war so stark, dass seine Mutter ihn ganz fest halten musste, damit er nicht von ihrem Bauch rutschte. Lange Stunden blieb die Familie im Keller, bis sie sich wieder ans Tageslicht traute. Trümmer, zerborstene Scheiben, verletzte und tote Menschen waren die allerersten Eindrücke in Haruns Leben. Die ersten drei Jahre seines Lebens wuchs er im Kriegsgebiet auf. Seine drei älteren Geschwister lebten in dieser Zeit bei ihren Großeltern auf dem Land.

Harun fühlte die Angst seiner Mutter, spürte die Wucht der Granaten und Bomben und erlebte die Panik in seiner Umgebung. Kurz nach seinem dritten Geburtstag gelang der ganzen Familie die Flucht nach Österreich. Die Familie war sehr glücklich, wieder vereint zu sein. Haruns Geschwister hatten von den Kriegswirren wenig miterlebt, litten aber unter der langen Trennung von ihren Eltern und dem kleinen Bruder.

Als Harun 8 Jahre alt war, kam er zu mir in Therapie. Zu diesem Zeitpunkt besuchte er die zweite Klasse einer Volksschule, die dringend einen Therapiebedarf anmeldete. Sein Umfeld war sehr liebevoll und engagiert, die Familie hatte den Asylstatus erhalten und dennoch war Harun nicht in der Lage, zu lernen und sich sozial zu integrieren. Er litt unter schrecklichen Alpträumen und Flashbacks, hatte jede Nacht Angst einzuschlafen und war nur »das Opfer«. So riefen ihn die Kinder morgens schon auf dem Schulweg und quälten ihn, bis er im Klassenzimmer war. Harun war oft starr vor Schreck und konnte sich weder verbal noch körperlich wehren.

An diesem Beispiel aus der Praxis zeigt sich die Notwendigkeit, sofort einen Therapieplatz zur Verfügung stellen zu können. Momentan beträgt die Wartezeit auf einen Therapieplatz aber oft mehr als ein Jahr. Das bedeutet, dass Kinder in einer unerträglichen Situation alleine gelassen werden und

sich dadurch die schon vorhandenen Symptome zusätzlich chronifizieren können.

In der dreijährigen Therapie arbeitete ich intensiv mit Harun an seinem Selbstwertempfinden. Es fiel ihm sehr schwer sich auszudrücken, Gefühle einzuordnen und zu benennen. In seinen Bildern zeigte sich Hilflosigkeit und Angst. Wir arbeiteten sehr viel mit Gefühlskarten, Karten, die Kinder in unterschiedlichen Lebenssituationen und Stimmungen zeigen. Er erkannte lange nicht, ob auf den abgebildeten Karten Freude, Wut oder Trauer zu sehen war. Am besten konnte er sich beim Trommeln ausdrücken. Er trommelte im Laufe der Jahre immer lauter und länger und fand so auch zu mehr Selbstbewusstsein. Nach einigen Monaten gelang es ihm durchzuschlafen und die Alpträume wurden weniger. In seinen Träumen erschienen große Monster, ähnlich feuerspuckenden Drachen, die ihn und seine Familie verschluckten.

Die Schulsituation blieb leider lange unverändert, bis sich die Familie entschloss, die Schule zu wechseln. Das andauernde Mobbing auf dem Schulweg verringerte sich und Harun gewann Spaß beim Lernen und am Leben.

Auf seinen Bildern wurden die Monster kleiner und an ihrer Stelle fanden sich immer öfter Situationen, in denen er mit anderen Kindern Fußball spielte. Am Ende der Volksschule hatte er keine Alpträume mehr, zwei gute Freunde gefunden und ein positives Zeugnis. Ich verblieb mit der Familie so, dass sie sich bei Bedarf gerne wieder melden könnten.

Multiprofessionelle Vernetzung zwischen der Schule und mir waren hilfreich und gut, um Harun in seiner Situation zielführend zu helfen. LehrerInnen, SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen sollten gemeinsame Teambesprechungen haben, um adäquat auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen zu können. Außerdem wäre ein Buddy-System unterstützend, an dem ältere SchülerInnen und Freiwillige teilnehmen, um Kinder auf dem Schulweg zu begleiten und damit schlimme Mobbing-situationen abfangen können.

Nach sechs Jahren kontaktierte mich Haruns Familie im Herbst 2015 wieder. Harun hatte die Mittelschule gut geschafft, sei aber momentan sehr verunsichert, was er weiter machen sollte. Ein Jahr in einer höheren Schule war nicht erfolgreich verlaufen und er dachte aktuell daran eine Lehre zu machen.

Als Harun meinen Therapieraum betrat, erkannte er sofort alle Spielsachen wieder, mit denen er als Kind gerne gespielt hatte. Ich musste mich sehr umstellen, ihn als jungen Mann zu behandeln und mich nicht aus Gewohnheit mit ihm auf den Boden zu setzen. Mittlerweile haben wir eine gute Gesprächsebene entwickelt, in der es um Perspektivenplanung, Selbstwertstärkung und Zielorientierung geht. Er schilderte, dass seine Belastung in den letzten Jahren wie unter einer Wolkendecke gut versteckt gewesen war. Als er die Mittelschule mit einem positiven Hauptschulabschluss verließ, hatte er auf einmal das Gefühl, dass sich die Wolken zurückschieben und ein riesiges Unwetter auf ihn niederprasseln würde. Seine Formulierung »die heißen Blitze trafen mich« ließen mich an die Drachen in seiner Kindheit denken. Das Kriegstrauma, das aufgrund einer stabilen Umgebung einige Jahre gut integriert war, ging wieder auf seine Reise.

Eine Traumatherapie kann unterstützen, stabilisieren und integrieren. Sie ist nicht in der Lage, das Trauma komplett zu löschen. Insofern ist es dringend notwendig, Therapieplätze auch nach abgeschlossener Therapie wieder sofort zur Verfügung zu stellen, wenn sich Symptome zeigen. Die Kooperation mit Ambulatorien und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte im Bedarfsfall schnell und unbürokratisch ablaufen.

Musik, Tanz und Bewegung sind im allgemeinen Elemente und Interventionstechniken, die sehr verbindend sind. So spiele ich gerne auf Wunsch unseren KlientInnen »unsere« Musik vor und lade sie dazu ein »ihre« Musik mitzubringen. Mit einer tschetschenischen Familie konnten wir in einer Familientherapie eine landestypische traditionelle Hochzeit durchspielen. Der sehr patriarchale Vater brachte mir die Tanzschritte bei, und ich konnte mir viel besser

vorstellen, wie sich diese Rituale auf das dörfliche Familienleben auswirken und so einige Sichtweisen nachvollziehen. Umgekehrt wurde er der Familientherapie gegenüber zugänglicher und konnte von mir moderne, demokratisch orientierte Sichtweisen seine Töchter betreffend leichter annehmen. Zu Therapiebeginn gab es für ihn keine andere Sichtweise als jene, seine Töchter traditionell zu verheiraten. Da beide Mädchen zudem große Schulerfolge hatten und studieren wollten, war das Hochzeitsthema nach einiger Zeit für ihn nicht mehr im Vordergrund.

In einer transkulturellen pädagogischen und therapeutischen Arbeit ist die Kenntnis der Kulturunterschiede dringend notwendig. Ein offener, interessierter und gemeinsam reflektierter Umgang miteinander ist für den Erfolg einer Therapie unumgänglich.

DolmetscherInnen sind die Brücke zwischen den Kulturen und der Sprache und für den Beginn einer zielführenden Arbeit unabdingbar.

Muna (4 Jahre/Name geändert) kam als kleines, verängstigtes Mädchen mit der Diagnose Mutismus in Begleitung ihres Vaters zu einem Erstgespräch zu HEMAYAT. Obwohl Muna schon über ein Jahr den Kindergarten besuchte, sprach sie noch kein einziges Wort. Die Kinderärztin hatte Mutismus diagnostiziert - eine Kommunikationsstörung, bei der keine Schädigungen der Sprechorgane oder des Gehörs vorliegen. Oftmals ist diese Diagnose mit Sozialphobie und Depression verbunden. Nicht selten werden Kinder mit dieser Diagnose zu Hemayat überwiesen.

Die Sonderkindergartenpädagogin des öffentlichen Kindergartens, den Muna besuchte, hatte einige Wochen zuvor Kontakt mit mir aufgenommen und mich inständig gebeten, das Mädchen in Therapie zu nehmen. Sie hatte mir geschildert, dass Muna weder spreche, lache noch mit den anderen Kindern spiele. Ihre große Sorge war, dass sie nicht in eine öffentliche Volksschule gehen können, wenn nicht bald eine gezielte Behandlung erfolgen würde. Munas Eltern, beide Akademiker, waren aus politischen Gründen aus einem kleinen osteuropäischen Land geflüchtet. Die Mutter war während der Flucht

hochschwanger gewesen. Muna wurde in Österreich während des Lageraufenthaltes der Familie in Traiskirchen geboren.

Beide Eltern zeigten sich sehr liebevoll, engagiert und unterstützend. Meine Vermutung, dass Muna zuhause in der Sprache ihrer Eltern rede, bewahrheitete sich leider nicht. Auch dort blieb sie stumm, was beide Eltern fast verzweifeln ließ. Mit einer sehr unterstützenden Dolmetscherin und einem immer anwesenden Elternteil begannen wir die Psychotherapie. Muna saß die ersten Stunden ängstlich auf dem Schoß ihrer Eltern und sah mich mit großen Augen an. Ich begann, ihr Gefühlskarten zu zeigen, auf denen Kinder in allen Gefühlsstimmungen zu sehen waren. Zu jeder Karte erzählte ich eine Geschichte, die die Dolmetscherin übersetzte. Danach ließ ich meine Handpuppen Geschichten spielen, was sie immer öfter mit einem Lächeln kommentierte. Jede Stunde kam auch meine Blechtrommel zum Einsatz, die ich in unterschiedlichen Takten und Lautstärken spielte.

Nach der 5. Stunde setzte sich Muna alleine zu mir und begann, die Gefühlskarten ganz leise auf Deutsch und in der Sprache ihrer Eltern zu kommentieren. Immer wieder suchte sie währenddessen den Blickkontakt zu ihren Eltern, blieb aber alleine bei mir sitzen.

Ihr Vater hatte Tränen in den Augen und konnte es kaum fassen, seine Tochter sprechen zu hören. Mit jeder Stunde wurde sie mutiger, sprach verständlicher und lauter. Sie nahm am liebsten meine Handpuppe »Schnecke«, die sich in sich selbst verstecken kann und spielte mit mir und mit den anderen Puppen kleine Geschichten. Beim Trommeln war sie sehr zaghaft und vorsichtig, aber nach einiger Zeit getraute sie sich mit den Sticks ihren eigenen leisen Rhythmus zu spielen.

Nach der 16. Stunde rief mich ihre Kindergartenpädagogin begeistert an und erzählte mir, dass Muna begonnen hatte zu sprechen und mit den anderen Kindern zu spielen. Parallel dazu erhielt die Familie Subsidiärschutz, was für alle eine sehr große

Entlastung war. Der Vater fand sofort Arbeit, was sehr zur Entspannung der finanziellen Situation beitrug. Ihre Mutter begann bei einer HEMAYAT-Kollegin ebenfalls eine Psychotherapie.

Psychotherapie für alle Familienmitglieder kann die Gesamtsituation entlasten und neue Sichtweisen bieten. Vernetzung im TherapeutInnenteam stabilisiert die Familien und die einzelnen Betroffenen. Ein positiver Asylbescheid verändert die Gesamtsituation enorm. Perspektivenarbeit und Zukunftsvisionen können konkretisiert werden.

Muna begann zu tanzen und die Eltern fanden für sie eine Kinderballett-Gruppe, in der sie seitdem einen sehr guten Platz gefunden hat. Danach zeigte sie in der Therapie sehr große Fortschritte: Sie wurde selbstständiger und offener, probierte neues Spielzeug aus und variierte unsere bekannten Spiele. Am Ende einer Stunde sagte sie: »Jetzt muss ich mir Freunde suchen!«

Vor Beginn der 32. Stunde kam mir Muna mit zwei Blumensträußen strahlend entgegen und sagte mit lauter fester Stimme: »Die habe ich für Dich ausgesucht!« Mit dieser Stunde war die Therapie glücklich beendet. Muna kam in eine öffentliche Volksschule und hatte vom ersten Tag an große Freude am Lernen. Sie ist ein kluges, aufmerksames und künstlerisch begabtes Mädchen, das mittlerweile viele Freunde gefunden hat. Beide Eltern arbeiten und leben mit dem kleinen Geschwisterchen und Muna in einer privaten Wohnung. Abschließend kann ich sagen, dass diese Therapie eine der berührendsten war, die ich jemals geführt habe. Es war für mich sehr erschütternd zu erleben, wie Muna die Belastung ihrer Familie als Kleinkind aufgenommen hat und aufgrund der unsicheren Perspektive keine kindliche Lebensfreude entwickeln konnte. Umgekehrt war es für mich ebenso berührend zu sehen, wie schnell wiederum in der Therapie Hoffnung und Mut geweckt werden konnten.

Anhand dieser Fallbeispiele zeigt sich, wie positiv, wirkungsvoll und zielführend sofortige Psychotherapie und systemische Vernetzung für die KlientInnen

sein kann. Selbstwirksamkeit und eine positive Haltung dem Leben gegenüber werden erlangt, wie auch langfristig hohe Folgekosten gespart.

#### Bedarf:

##### 1. Finanzierte Therapieplätze ohne Warteliste

Momentan beträgt die Wartezeit bei HEMAYAT für Therapieplätze oft über ein Jahr. Das bedeutet, dass Kinder in einer unerträglichen Situation alleine gelassen werden und sich dadurch die schon vorhandenen Symptome zusätzlich chronifizieren können.

##### 2. Multiprofessionelle Vernetzung zwischen Schule/Kindergarten und Psychotherapie

LehrerInnen, SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen sollten gemeinsame Teambesprechungen haben, um adäquat auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen zu können. Außerdem wäre ein Buddy-System unterstützend, an dem ältere SchülerInnen und Freiwillige teilnehmen, um Kinder auf dem Schulweg zu begleiten, um so schlimme Mobbing-situationen abzufangen.

##### 3. Therapieplätze sollten auch nach abgeschlossener Therapie wieder sofort zur Verfügung gestellt werden, wenn sich Symptome zeigen

Eine Traumatherapie kann unterstützen, stabilisieren und integrieren. Sie ist jedoch nicht in der Lage, das Trauma komplett zu löschen.

##### 4. Die Kooperation mit Ambulatorien und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte im Bedarfsfall schnell und unbürokratisch ablaufen

##### 5. Traumatherapeutische und kultursensible Weiterbildungen für PsychotherapeutInnen und DolmetscherInnen

In einer transkulturellen pädagogischen und therapeutischen Arbeit ist die Kenntnis der Kulturunterschiede dringend notwendig. Ein offener, interessierter und gemeinsam reflektierter Umgang miteinander ist für den Erfolg einer Therapie unumgänglich. DolmetscherInnen sind die Brücke zwischen den Kulturen und der Sprache und für den Beginn einer zielführenden Arbeit unabdingbar.

##### 6. Vernetzung in der Psychotherapie, Pädagogik und Medizin

Psychotherapie für alle Familienmitglieder kann die Gesamtsituation entlasten und neue Sichtweisen bieten. Vernetzung im TherapeutInnenteam stabilisiert die Familien und die einzelnen Betroffenen. Ein positiver Asylbescheid verändert die Gesamtsituation enorm. Perspektivenarbeit und Zukunftsvisionen können konkretisiert werden.

##### Dr.in Christine Koska

Fachärztin für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeutin, Ambulatorium die Boje.

##### Krisenintervention zur Stabilisierung nach traumatischen Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen

Angesichts des Schicksals und der Zahl von Kindern, die auf der Flucht sind, entsteht einerseits das unmittelbare Bedürfnis diesen Kindern zu helfen, andererseits auch ein Gefühl von Ohnmacht. Dieses Ohnmachtsgefühl, das auch Personen, die ein Trauma erleiden, verspüren, gilt es zu überwinden. Krisenintervention hilft wieder Halt und Orientierung zu bekommen und damit wieder handlungsfähig zu werden.

Der Begriff Traumatisierung ist untrennbar mit dem Thema Flucht verbunden. Traumatisierung bewirkt eine schwerwiegende Desintegration des Selbst- und des Weltbildes, und dies über längere Zeit. Traumatisierte Personen können daher, vereinfacht gesagt, oft nicht entsprechend mit ihrer Lebensrealität umgehen, auch nachdem die sie traumatisierende Situation überwunden ist. Zur Überwindung eines Traumas ist zuallererst das Gewinnen von Sicherheit – und zwar real und gefühlsmäßig – erforderlich. Dazu sind klare, überschaubare Strukturen und hilfreiche, verlässliche Personen erforderlich.

Kinder und Jugendliche sind die schwächsten Glieder der Gesellschaft und bedürfen daher des

besonderen Schutzes. Kinder gelangen oft mit ihren Familien nach Österreich. Daneben kommen aber immer mehr unbegleitete Jugendliche und vermehrt auch Kinder auf ihrer Flucht nach Österreich. Kinder, die mit ihrer Familie flüchten, haben zumeist ein halbwegs vertrautes Umfeld, wenn sie in einem Zufluchtsland ankommen. Oft verändert die Traumatisierung, die die Eltern erfahren, jedoch auch diese so sehr, dass sie keinen Halt für ihre Kinder mehr bieten können.

In den meisten Ländern, aus denen Menschen auf der Flucht zurzeit zu uns kommen, spielen die Familie und der Zusammenhalt, der bestimmten Regeln folgt, eine große Rolle. Den älteren Kindern und Jugendlichen kommt daher auch oft eine Rolle zu, die sie schwer überfordert. Daher ist die therapeutische Unterstützung der Eltern ein integraler Bestandteil jeder gelungenen Therapie für die Kinder. Dabei ist es wichtig, die Eltern psychisch zu stabilisieren und zwischenzeitlich ein unterstützendes Netz anzubieten, das die Familie auch gut annehmen kann, um die Kinder zu entlasten.

Dazu ist es hilfreich, kulturelle Hintergründe zu kennen und zu berücksichtigen und gleichzeitig ein Verständnis von psychischen Vorgängen, die eine Traumatisierung hervorrufen, zu schaffen. Durch rasch zugängliche Krisenintervention ist es oft möglich eine zufriedenstellende Stabilisierung zu erreichen.

Im weiteren Verlauf ist jedoch häufig eine längerfristige Traumatherapie für die Eltern und die Kinder anzuschließen. Dazu ist die Zusammenarbeit von Erwachsenen und KindertherapeutInnen wichtig. Anders verhält es sich bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Sie haben sich zum Teil auf Wunsch ihrer Eltern allein auf den gefährlichen Weg ins Ungewisse gemacht, oder sind sogar wegen Problemen mit der Familie geflohen oder haben die Familie unterwegs verloren. Sie haben alle Bezugspersonen aus der Heimat verloren und sind auf sich selbst gestellt. In ihrem Aufnahmeland müssen sie rasch die Erfahrung machen, dass es hier erwachsene Personen gibt, die sie unterstützen und Verantwortung für sie übernehmen.

Dies ist zwar einerseits eine Entlastung, bedeutet andererseits aber auch wieder eine Einschränkung, nachdem sie gewohnt waren, auf sich selbst gestellt zu sein. Oft haben die Jugendlichen völlig unrealistische Erwartungen von den Möglichkeiten eines minderjährigen Asylwerbers in Österreich. Immer wieder erzählen sie, dass sie dachten, sie kämen nach Europa, würden beginnen zu arbeiten, sich zuerst ein Auto kaufen, dann eine Wohnung .... Das bedeutet, dass immer wieder Vorgaben und Regeln in Frage gestellt werden, andererseits sie auch Ansprüche an Hilfe und Fürsorge stellen, die die Betreuungssysteme überfordern können. Häufig werden auch die Heimat und die Ursprungsfamilie in der Erinnerung verzerrt, verklärt oder ganz negativ gesehen.

Besteht zusätzlich eine posttraumatische Belastungsstörung, kommt es außerdem zu Angstzuständen, Flashbacks, Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Durch verzerrte Wahrnehmung können Handlungen von anderen rasch als Angriff erlebt werden und Angst oder Aggression auslösen. Im Alltag ergibt diese Mischung immer wieder Konfliktpotential in den Wohngemeinschaften.

Es ist wichtig, dass Betreuungspersonen über psychische Mechanismen bei Traumatisierung und zumindest Grundzüge des Umganges mit traumatisierten Personen informiert sind. Eine außenstehende traumatherapeutisch arbeitende Person kann bei der Stabilisierung helfen und mit dem Jugendlichen gegenwärtige Konflikte vor dem Hintergrund der Vergangenheit bearbeiten.

Auch wenn mehrere Jugendliche mit ähnlichen Schicksalen gemeinsam leben, findet unter ihnen keine Kommunikation über ihre Geschichten statt. BetreuerInnen und TherapeutInnen sind die ersten, die sie darauf ansprechen, dass sie schwierige und traumatisierende Situationen durchgemacht haben. Wichtig in der stabilisierenden Krisenintervention und der Therapie ist aber, dass es zwar zu einer Anerkennung des Leides und Psychoedukation über die psychischen Folgen kommt (dies entlastet die Jugendlichen, die oft Angst haben, verrückt zu werden.), dass aber darüber hinaus auch eine positive

Orientierung auf die unmittelbare Zukunft etabliert werden kann.

Durch rasch einsetzende Krisenintervention kann mit einem relativ geringen Aufwand bei vielen Kindern, Jugendlichen und Familien eine Stabilisierung erreicht und eine positive Entwicklung in Gang gesetzt werden.

#### Literatur

*Sonnek, Gernot:* Krisenintervention und Suizidverhütung 2000 Facultas

*Streek Fischer, Anette:* Trauma und Entwicklung Schattauer 2006

*Fischer, Gottfried; Riedesser Peter:* Lehrbuch der Psychotraumatologie 2009 UTB

*Schmid Marc; Fegert, Jörg Michael,* Sonderheft Traumapädagogik, Trauma und Gewalt, Klett Kotta 2009.

#### Katharina Glawischnig

Juristin, Expertin zum Thema unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF), Asylkoordination Österreich.

#### Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge – Lebensrealität zwischen Unterstützung und Unsicherheiten

In der Diskussion um unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) geht es derzeit vorrangig um Zahlen. Fast 10.000 UMF haben im vergangenen Jahr in Österreich einen Asylantrag gestellt. Die Anzahl jener, die nicht ausreichend betreut und versorgt werden, ist schon in die Hunderte bis Tausende gestiegen. Es geht um eine anonyme Masse an Jugendlichen, großteils zwischen 15 und 18 Jahre alt, deren Kinderrechte täglich missachtet werden. Diese Kinder haben in der öffentlichen Debatte kein Gesicht mehr, keine Individualität.

Dieser Bericht soll die Möglichkeit bieten, sich in die Situation des/der einzelnen UMF hinein zu versetzen. Daher folgt der Text entgegen anderen Darstellungen der Chronologie der Ereignisse und damit

verbundener Erlebnisse der Betroffenen.

Die Flucht beginnt mit dem fluchtauslösenden Ereignis. Dieses kann sehr unerwartet eintreten, manchmal ist die Gefahr bereits über einen längeren Zeitraum absehbar, und es tritt irgendwann jener Punkt ein, an dem das Leben in der Heimat nicht mehr möglich ist. Die Fluchtursachen sind sehr verschieden und reichen von Angst vor Zwangsrekrutierung über Probleme mit terroristischen Vereinigungen, Zugehörigkeit zu einer speziellen Ethnie oder Religion bis hin zur Involvierung in Blutfehden und die im Vergleich dazu fast schon banal klingende Perspektivenlosigkeit im Heimatland. Für die vergleichsweise wenigen UMF-Mädchen kommen noch die Aspekte von Zwangsverheiratung sowie Flucht vor Gewalt hinzu.

Nicht selten hat der/die UMF als Kind einen geschützten Rahmen erfahren, war in eine Familienstruktur eingebettet. Naht jedoch der Beginn des Erwachsenseins, bahnen sich Gefahren an. Während das Kind für eine terroristische Vereinigung noch uninteressant ist, wird der Jugendliche bereits als Mann betrachtet. Das Erlangen der offiziellen Volljährigkeit spielt als Kriterium keine Rolle. Es ist Zeit zu gehen, wenn die Lebensgefahr auftaucht.

Häufig handelt es sich bei UMF um junge Burschen, die in ihrer Familie bereits die Stellung eines Familienoberhauptes einnehmen mussten. Der Vater ist verschwunden, verstorben oder anderwärtig nicht präsent. Der Jugendliche ersetzt die Funktion des Familienerhalters, muss eine Vorbildfunktion für seine Geschwister einnehmen, Erziehungsfunktionen ausüben und in jeglicher Art Verantwortung übernehmen.

Die Reise beginnt. Der Jugendliche muss stark sein. Oft fehlt die Zeit Abschied zu nehmen und Familienmitglieder müssen in prekären Verhältnissen zurückgelassen werden. Geweint werden darf nicht. Es beginnt die Zeit der Unsicherheit, einerseits betreffend des eigenen Schicksals, aber auch in Bezug auf die zurückgelassene Familie. Manchmal muss auf dem Weg gearbeitet werden, um die Weiterreise

finanzieren zu können, manchmal ist die Reise bereits durch Verwandte vororganisiert worden. In jedem Fall ist sie mit großen Entbehrungen und Ängsten verbunden. Die innerliche Einsamkeit kann durch das Kennenlernen von Leidensgenossen ein bisschen gelindert werden.

Nach den Strapazen der Flucht ist es Zeit anzukommen. Wie wir die Politik erleben, präsentiert sich Österreich nicht als Land, das Flüchtlinge mit offenen Armen empfängt, so auch nicht UMF. Bis Mitte 2015 mussten noch alle AsylwerberInnen in einer Erstaufnahmestelle ihren Asylantrag stellen. Das Prozedere dabei war immer das gleiche: Gab es in Traiskirchen kein Bett mehr, so musste man auf der Wiese schlafen. Änderungen des Asylgesetzes und ein Aufnahmestopp in Traiskirchen haben dazu geführt, dass das Chaos seinen Lauf genommen hat. Und so bedeutet das Ankommen in Österreich derzeit »Willkommen im Chaos«. Neben schutzbedürftigen UMF gibt es viele wohlmeinende Ehrenamtliche. Diese Menschen leisten sehr viel wertvolle Arbeit, können jedoch selten mit ausreichendem Fachwissen behilflich sein. Der/die UMF wird von einem Ort zum anderen geschickt, hat eventuell bei einem Polizisten eine Erstbefragung, muss irgendwann doch ins Lager nach Traiskirchen, wo er/sie zu 85 Prozent mit einer Altersfeststellung konfrontiert wird.

Diese Altersfeststellung beginnt mit einem Handwurzelröntgen. Ergibt diese Methode kein eindeutiges Ergebnis der Minderjährigkeit, so wird ein Gutachten angeordnet. Der/die Jugendliche muss mit dem Bus und anderen Jugendlichen nach Graz, Linz oder Wien fahren. Es wird ein CT des Schlüsselbeins gemacht, der Zahnstatus erhoben und der/die AsylwerberIn muss sich nackt ausziehen. Bei Mädchen wird die Untersuchung durch eine Ärztin durchgeführt, Burschen haben hier keine Wahl. Dass dieser Teil des Verfahrens nicht selten zu Altersabweichungen führt, ist den Jugendlichen bekannt. Es geht trotzdem jeder hin. Es gibt das Gerücht, dass man aus Traiskirchen nicht mehr rauskommt, wen man an der Altersfeststellung nicht teilnimmt. An diesem Gerücht ist durchaus etwas dran. Wer dieser Ladung nicht Folge leistet, wird erneut geladen und erneut

und erneut. Wer sich weigert, der wird für volljährig erklärt. Keine Mitwirkung am Verfahren bedeutet mangelnde Glaubwürdigkeit.

Doch wie geht es weiter? Der/die UMF weiß es nicht. Benötigt wird eine Unmenge an Informationen, doch diese sind nur sehr limitiert zu erhalten. Im Zulassungsverfahren ist der/die RechtsberaterIn auch gesetzliche/r VertreterIn für die Verfahren vor dem Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl. Als Informationsquelle ist diese Person jedoch nur für wenige Minuten verfügbar. MitarbeiterInnen der Firma ORS in den Bundesbetreuungsstellen sind für Betreuungstätigkeiten zuständig, für rechtliche Informationen verweisen sie an den/die RechtsberaterIn. Im Alltag sind Dolmetscher kaum bis nicht erreichbar, auch zum Referenten/zur Referentin kann man kaum gelangen. Es bleiben somit nur die anderen AsylwerberInnen als Informationsquelle übrig. Die Mischung von Geschichten anderer AsylwerberInnen und Ratschlägen, die von Schleppern mitgegeben wurden, ergibt den Wissensstand des/der UMF. Auf die Frage, was sie eigentlich beantragt haben, bekommt man meist die Antwort: »Dass ich hierbleiben kann.« Was genau hinter einem Asylantrag steckt, weiß selten jemand. Zusätzlich ergeben sich viele andere Fragen: Wie lange dauert das Verfahren? Wann komme ich in ein Quartier? Kann ich dann die Schule besuchen? Wo kann ich in einen Deutschkurs gehen? Warum kümmert sich hier niemand um uns? Wer ist eigentlich zuständig für mich? Wo kann ich Unterstützung bekommen?

Irgendwann kann der/die UMF auf einem ausgehängten Zettel endlich den eigenen Namen lesen, es handelt sich in der Sprache der AsylwerberInnen um einen »Transfer«. Das bedeutet, man wird woanders hin verlegt. Das kann eine spezielle Betreuungsstelle für UMF in der Grundversorgung eines der Bundesländer sein, es kann aber auch eine andere Bundesbetreuungsstelle des Innenministeriums sein. Wer in eine Grundversorgungseinrichtung kommt, hat es gut erwischt. Wer weiter in der Bundesbetreuung bleibt, muss weiter sitzen, schlafen, warten. Wie lange? Das kann niemand beantworten. Unter den Jugendlichen gibt es Vermutungen, dass es besser



wäre nicht brav und angepasst zu sein, dann wird man schneller verlegt. Oder Syrer haben es einfacher. Somalis meinen, Afghanen ginge es besser. Die Afghanen finden, dass die Iraker freundlicher behandelt werden. Die Spirale negativer Gefühle dreht sich immer tiefer.

Warum kümmert sich eigentlich niemand darum, wie es den Jugendlichen in den Bundesbetreuungsstellen geht? Warum langweilen sich so viele UMF, nachdem sie ankommen? Warum verlieren sie die Hoffnung, dass das Leben doch noch gut wird? Die Betreuung spielt hier eine entscheidende Rolle.

Maßgeblich ist die 15a-Vereinbarung zur Grundversorgung zwischen Bund und Ländern. Diese Vereinbarung legt unter anderem fest, wie viele Betreuungspersonen sich um UMF zu kümmern haben. Es gibt hier drei unterschiedliche Betreuungsschlüssel: 1:10, 1:15 und 1:20, wobei 1:10 das häufigste Betreuungsverhältnis mit derzeit rund 2.500 Plätzen in Österreich ist. Was bedeutet das nun? Hier sind sich der Bund und die Länder scheinbar uneinig. Aus der Länderperspektive bedeutet 1:10, dass 24 Stunden 7 Tage die Woche ein/e BetreuerIn für zehn UMF anwesend sein muss, im »Radldienst« (Wechselschicht) versteht sich. Das bedeutet, dass man als Betreiber rund fünf MitarbeiterInnen für 10 Jugendliche beschäftigen muss. Grob umgerechnet ergibt das dann 15-20 Betreuungsstunden pro Kind pro Woche.

In der Bundesbetreuung, in der UMF erstaufgenommen werden, herrscht hier ein anderes Verständnis. Laut dem Vertrag des Innenministeriums mit der Firma ORS dürfe ein/e BetreuerIn maximal 15 Bezugsjugendliche zugeordnet werden, womit klargestellt ist, dass sich das Betreuungsverhältnis bei 1:15 oder besser bewegen muss. Was ist nun der Stein des Anstoßes? Das BMI versteht 1:15 so, dass ein/e BetreuerIn für 15 Jugendliche pro Woche anzustellen ist. Stellt man auch hier eine Berechnung an, so werden 15 Jugendlichen hier 38,5 Stunden pro Woche betreut und die restlichen 129,5 bleiben sie auf sich alleine gestellt. Wieder umgerechnet auf den/die einzelne Jugendliche ergibt sich eine Betreuungszeit von 2,5 Stunden pro Woche. Bedenkt man, dass in

der Arbeitszeit nicht nur individuelle Betreuung für Jugendlichen geleistet werden kann, sondern zusätzlich allgemeiner Dienst versehen wird, wie z.B. Beaufsichtigung der Essensausgabe, Abhalten von Deutschstunden, Organisation und Kontrolle von Remunerationstätigkeiten, Nationengespräche, Ankunftsgespräche, etc. ist augenfällig, dass hier keine Betreuung stattfinden kann, sondern Kinder lediglich verwahrt werden.

Nach monatelangem Warten auf Besserung der Situation und teilweise mehreren Transfers zwischen verschiedenen Bundesbetreuungsstellen ist es endlich so weit, der/die UMF kann in eine UMF Betreuungsstelle der Grundversorgung umziehen. Hier herrscht nun ein fünffaches oder noch mehr an Betreuungszeit. Es beginnt ein neues Ankommen, das in der Praxis meist an die sechs Monate dauert. Alles ist wieder neu. Wie weit kann man vertrauen? Wie geht es mit mir weiter?

Die Wartezeit von bis zu 13 Monaten in der Bundesbetreuung hat den Jugendlichen oft den letzten Funken Vertrauen genommen. Das Vertrauen in das staatliche System ist erschüttert. Geschichten machen die Runde, dank Handy und sozialer Netzwerke sind die Jugendlichen über diverse bessere oder schlechtere Betreuungsstellen informiert. Nach der Zeit des zweiten Ankommens erfährt der/die UMF schließlich Verlässlichkeit und Regelmäßigkeiten. Eine Tagesstruktur entsteht, Bildungsmaßnahmen werden gesetzt. Betreuer sind regelmäßig als Ansprechpersonen da. Aus dem/der anonymen UMF ist ein Individuum geworden, auf dessen Bedürfnisse eingegangen wird. Für viele Jugendliche beginnt ab diesem Zeitpunkt »das Leben« in Österreich. Sie schöpfen wieder Hoffnung und sehen Perspektiven.

Ist die Grundversorgung nun die geeignete Unterbringungsform? Dass die Bundesbetreuung alles andere als eine kinder- und jugendgerechte Unterbringung ist steht außer Zweifel. Im Bereich der Grundversorgung der Länder gibt es immerhin eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung, andernfalls wäre diese Betreuung von Minderjährigen nicht mit den Standards der ebenfalls auf Landesebene angesiedelten

Kinder- und Jugendhilfe vereinbar. Aber auch hier befindet sich die Qualität der Unterbringung fern ab der Standards der Kinder- und Jugendhilfe. Für UMF werden Wohnheime mit bis zu 60 Plätzen bewilligt, die MitarbeiterInnen müssen nicht alle die erforderlichen Ausbildungsstandards, wie Sozialpädagogik, Studium der Psychologie, etc. erfüllen.

Für österreichische Kinder ist man von der Unterbringung in Heimen abgekommen. Fremduntergebrachte Kinder- und Jugendliche werden in Gruppen von maximal acht Kindern betreut. Diese qualitativ hochwertige Unterbringung kostet Geld und hierfür veranschlagt der Staat pro Kind doppelt so viel an finanziellen Ressourcen wie für Flüchtlingskinder. Im Vergleich zu erwachsenen AsylwerberInnen geht es ihnen jedoch gut. Sie können der Langeweile den Kampf ansagen, da Deutschkurse teilweise finanziert werden und BetreuerInnen ihnen bei der Tagesstruktur unter die Arme greifen.

Die Zeit des Wartens ist damit jedoch noch nicht ganz vorbei. Das Asylverfahren hängt noch wie ein Damoklesschwert über dem/der UMF. Das Verfahren dauert Monate bis Jahre, vereinzelt warten Jugendliche bereits seit dem Jahr 2012 auf die Entscheidung ihres Antrags. Auch wenn diese Wartezeit zum Deutsch lernen sinnvoll genutzt werden kann, so handelt es sich trotzdem teilweise um verlorene Zeit. Es kann nicht jede beliebige Ausbildung begonnen werden. Bei der Lehrstellensuche gibt es Hindernisse, nur wenn es in einem Beruf einen Lehrlingsmangel gibt, so ist es für den Dienstgeber möglich, eine Beschäftigungsbewilligung für den/die junge AsylwerberIn zu bekommen.

Finanziell ist es für UMF knapp. Sie bekommen pro Monat 40 Euro Taschengeld. Da muss an allen Ecken und Enden gespart werden. Insbesondere, da für viele die emotionale Verpflichtung besteht, Geld nach Hause zu schicken. Sie wissen, dass die Geschwister nur in die Schule gehen können, wenn sie das Geld dafür bereitstellen können. Meist können sich Familienmitglieder nicht vorstellen, dass die Situation des/der UMF nicht Luxus ist. Es ist für die Familienmitglieder unvorstellbar, dass für den

gleichen Geldbetrag nur ein Bruchteil dessen erworben werden kann, wie im Heimatland. Durch regelmäßigen telefonischen Kontakt wird von der Familie Druck aufgebaut. Das Geld zuhause wird knapp, ein Familienmitglied ist krank. Es besteht dringender Handlungsbedarf für den /die UMF. Alle Hoffnung lastet auf ihm/ihr.

Ein weiterer emotional schwieriger Aspekt entsteht nach Abschluss des Asylverfahrens. Bei rund 10 Prozent der UMF-AntragstellerInnen besteht die Möglichkeit eines Familiennachzugs. Das ist eine verhältnismäßig kleine Gruppe, die die Gelegenheit hat, wieder mit ihrer Familie vereint zu werden. Eine Problem können lange Verfahrensdauern sein, ab der Volljährigkeit wird ein Antrag auf Familienzusammenführung nicht mehr gestattet. Immer wieder scheitert die Antragstellung der Eltern daran, dass sie keine Dokumente besitzen oder den beschwerlichen Weg bis zur nächsten österreichischen Botschaft nicht auf sich nehmen können. Sollte der/die UMF noch minderjährig sein, wenn das Asylverfahren entschieden wurde und sich die Familienzusammenführung innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Fristen ausgehen, so bleibt der wichtige Aspekt des Geldes. Neben Flugtickets wird in 50 Prozent der Fälle ein DNA-Test angeordnet, um das tatsächliche Bestehen eines Familienverhältnisses zu überprüfen.

Neben all der Hoffnungslosigkeit gibt es zum Glück auch Erfreuliches. Seit dem letzten Quartal 2015 beginnen sich Pflegeelternsysteme in fast allen Bundesländern zu etablieren und bis zum Jahreswechsel 2015/16 konnten bereits 100 UMF in österreichischen Familien betreut werden. Nichts ist naheliegender als Kinder in Familien unterzubringen. Die Idee ist nicht neu: Während der Jugoslawienkriege wurden viele Kinder in österreichische Familien aufgenommen. Als sich immer mehr Menschen als Pflegeeltern für Flüchtlingskinder anboten, stieß dies bei den zuständigen Behörden auf wenig Gegenliebe. Pflegeelternsysteme sind auf die Vermittlung von Kleinkindern ausgelegt, bei UMF handelt es sich abgesehen davon noch um Kinder unsicheren Aufenthalts, mit fehlenden Sprachkenntnissen

und anderem kulturellen Hintergrund. Dass das Pflegeelternsystem mit weniger Geld bessere Erfolge erzielen könnte, überzeugte schließlich die Verantwortlichen in den meisten Ländern, so dass Pflegeelternsysteme momentan intensiv adaptiert werden. Wehmutstropfen ist momentan noch die Vermittlung von UMF. In der Bundesbetreuung gibt es keine Betreuungsbedarfserhebung, nicht jedes Kind oder jede/r Jugendliche passt in eine Familie oder möchte in einer Familie betreut werden, etc. Somit werden engagierte Menschen zurzeit noch meist damit alleine gelassen, einen Schützling zu finden.





## Beiträge institutioneller Mitglieder





## beratungsgruppe.at - Verein für Informationsvermittlung, Bildung und Beratung

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Ein Highlight war: Der VKKJ (Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche) hat unser Angebot »Interkulturelle Entwicklungsbegleitung« mit dafür von der Kinderliga und beratungsgruppe.at geschulten Sprach- und Kulturmittlerinnen für zugewanderte Mütter/Eltern mit mangelnden Deutschkenntnissen, deren Kinder Therapiebedarf haben, angenommen und somit das gemeinsame, sehr erfolgreiche Modellprojekt aus dem Jahr 2014 »wibet – Wir begleiten Therapie« nach dem Ausfall der Fördergeber auf eigene Kosten im Jahr 2015 fortgesetzt. Die Zufriedenheit aller Beteiligten war sehr hoch.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Die interkulturellen Sprach- und Kulturmittlerinnen – die Tutorinnen von beratungsgruppe.at – wurden im Jahr 2015 von den vier Wiener Ambulatorien des VKKJ angefordert für:

- 584 Einsätze, insgesamt 660 Stunden in den Ambulatorien sowie begleitend zu externen Einrichtungen
- 18 verschiedene Sprachen (Albanisch, Arabisch, Bosnisch, Bulgarisch, Dari, Farsi, Kroatisch, Mazedonisch, Polnisch, Romanes, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Slowakisch, Spanisch, Tschetschenisch, Türkisch, Urdu)
- 161 Kinder mit Therapiebedarf bzw. deren Mütter/Eltern mit mangelnden Deutschkenntnissen

Durch das verbesserte Verständnis zwischen den behandelnden Fachleuten und den KlientInnen wurde ein wesentlicher Beitrag zur Förderung der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen und der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit geleistet.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Seitens beratungsgruppe.at wird daran gearbeitet, aufgrund der guten Erfahrungen mit der interkulturellen Entwicklungsbegleitung in den Ambulatorien des VKKJ auch andere Einrichtungen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen vom großen Nutzen für alle Beteiligten und der positiven Kosten-Nutzen-Relation des Einsatzes von Sprach- und Kulturmittlerinnen zu überzeugen.

Ernsthaftes Interesse zeigten: die Leiterin der WISO/ Frühförderung, MitarbeiterInnen der ZEFs, die Leiterin des WGKK/Brustkrebsfrüherkennungsprogramms, die Leiterin des Kinderhospiz-Netz sowie einzelne Fachleute unterschiedlicher Organisationen. Das Kleinprojekt »Interkulturelle Assistenz – INA« wurde von beratungsgruppe.at bei der Stadt Wien, MA57/Frauen für das Jahr 2016 eingereicht. Finanzierungszusagen der genannten Stellen für das Jahr 2016 gibt es Ende 2015 noch nicht.

Ein anderes Gesundheitsförderprojekt für sozialbenachteiligte MigrantInnenfamilien, und zwar »Wir begleiten Gesundheit – wibeg«, bestehend aus drei erfolgreichen beratungsgruppe.at-Projekten ([www.gekona.at](http://www.gekona.at), [www.agese.at](http://www.agese.at), [www.fitzu.at](http://www.fitzu.at)) wurde vom FGÖ zum Transfer ausgewählt und wird im Jahr 2016 von der Caritas in NÖ und vom Verein Multikulturell in Tirol in Kofinanzierung von Ländern, Krankenkassen und FGÖ durchgeführt.

*Liesl Frankl & Wolfgang Kratky · Geschäftsführung*

**beratungsgruppe.at** ist ein Verein, der auf Förder- und Bildungsprojekte für bildungsunerfahrene Zielgruppen, im Besonderen für die schwer erreichbare Zielgruppe der MigrantInnen mit sehr niedrigem sozioökonomischem Status spezialisiert ist. Oberste Zielsetzung der Projekte ist das Empowerment der Frauen und Mütter.

[www.beratungsgruppe.at](http://www.beratungsgruppe.at)



## Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Die Mitarbeit beim neuen Gesundheits- und Krankenpflugesetz (GuKG), und speziell der Einsatz für eine qualitativ hochwertige Ausbildung für die Pflege von Kindern und Jugendlichen, war und ist der Fokus des BKKÖ.

Die angestrebte generalistische Ausbildung im zu erwartenden GuKG berechtigt in allen Bereichen der Pflege zu arbeiten. Die verpflichtende Sonderausbildung wird aufgehoben und noch gibt es keinen definierten Mindestanteil an spezialisierten Angehörigen der Berufsgruppe an einer Abteilung. Da die speziellen Grundausbildungen sechs Jahre früher auslaufen als die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, ist ein Versorgungsengpass zu befürchten. Dazu waren wir in Arbeitsgruppen vertreten, haben Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen abgegeben und regelmäßig darüber berichtet.

Unsere Tagungen, Fortbildungen und Workshops sind auf großes Interesse gestoßen und wir wurden mit hohen Teilnehmerzahlen und positivem Feedback belohnt. Internationaler Austausch fand durch die Teilnahme an der PNAE (Paediatric Nursing Associations of Europe) Konferenz statt.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Wir setzen uns dafür ein, dass allen Kindern und Jugendlichen die gleiche professionelle Pflege unabhängig von Herkunft, sozialem Status oder wirtschaftlicher Lage zu Teil wird. Es muss dafür ausreichend Fachpersonal zur Verfügung stehen, das im Stande ist, Kinder und Jugendliche unter entwicklungsgerechten Bedingungen zu pflegen und zu betreuen.

Für die Hauskrankenpflege setzen wir uns verstärkt ein und bieten die Möglichkeit, erfolgreiche, engagierte Projekte auf unserer Homepage vorzustellen. Mit unserer hoch qualifizierten Themenansprechpartnerin kann direkter Kontakt hergestellt werden.

Ein besonderes Anliegen ist uns die Familiengesundheitspflege. Für die Entwicklung entsprechender Projekte z.B. Schulgesundheitspflege werden wir unsere Expertise einbringen.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Im Falle der Umsetzung der Gesetzesnovelle werden wir darauf achten, dass die Pflege- und Betreuungsqualität unter den neuen Rahmenbedingungen so hoch wie möglich gehalten wird. Wir wollen dazu unsere fachliche Kompetenz einbringen, bei Entscheidungen präsent sein und mitwirken. Unser österreichweites Netzwerk an SpezialistInnen und Fachkräften hilft uns dabei.

Wir werden neben unseren zwei großen Tagungen Expertentage z.B. für Neonatologie und spezielle Fortbildungen für PflegehelferInnen anbieten.

*Eva Mosar-Mischling · Delegierte BKKÖ*

Der **Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich (BKKÖ)** vertritt die berufspolitischen Interessen der Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger und sieht seine Aufgabe in der Verbesserung der Pflegeleistungen für Kinder und Jugendliche. Weitere Aufgaben sind die Information über Kinderkrankenpflege, sowie die Organisation von Veranstaltungen.  
[www.kinderkrankenpflege.at](http://www.kinderkrankenpflege.at)





## Berufsverband Österreichischer PsychologInnen

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

*Fachenuquete »Social Media: Licht und Schatten aus psychologischer Sicht« gemeinsam mit dem Bundesministerium für Familien und Jugend*

Mit den Chancen und Risiken im Alltagsleben und den Konsequenzen vor allem für Kinder und Jugendliche befassten sich am 21.9.2015 ExpertInnen bei der Fachenuquete »Social Media: Licht und Schatten aus psychologischer Sicht«, bei der mehr 180 ExpertInnen anwesend waren. Eröffnet wurde die Enquete von Bundesministerin Sophie Karmasin und Sandra M. Lettner, Präsidentin des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen.

*»Tag der Psychologie« zum Schwerpunkt »Internet und Soziale Netze – Fluch oder Segen«*

Auch in Vorträgen und Diskussionen am »Tag der Psychologie« am 28.11.2015 befassten sich ExpertInnen mit der Social Media-Nutzung von Kindern und Jugendlichen und den möglichen Gefahren des Internets, denen sie ausgesetzt sind. In Beiträgen und persönlichen Gesprächen zeigten PsychologInnen auf, wie Eltern ihren Kindern beim Erreichen einer guten Medienkompetenz hilfreich zur Seite stehen können.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Der Berufsverband Österreichischer PsychologInnen fordert die klinisch-psychologische Behandlung als Kassenleistung bereits seit vielen Jahren. Diese erachten wir v.a. im Kinder- und Jugendlichenbereich als unverzichtbar, denn mit rechtzeitiger Diagnostik und Behandlung kann vielen Problemen begegnet werden. Es ist daher dringend notwendig, die klinisch-psychologische Behandlung im ASVG zu verankern.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

*Laufende Fort- und Weiterbildung für Kinder- Jugend- und FamilienpsychologInnen*

Mit dem Curriculum Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie der Österreichischen Akademie für Psychologie | ÖAP können sich Klinische PsychologInnen und/oder GesundheitspsychologInnen auf diesem Fachgebiet weiterbilden. Dabei wird v.a. auf die Bereiche Diagnostik, spezifische Störungsbilder und Interventionsmöglichkeiten sowie Allgemeine Behandlungs- und Beratungsangebote, Wert gelegt.

Bereits 200 PsychologInnen haben das Curriculum absolviert und das Diplom der Österreichischen Akademie für Psychologie erhalten.

*Mag.a Dr.in Sandra M. Lettner · Präsidentin*

Der **Berufsverband Österreichischer PsychologInnen** ist mit 5.300 Mitgliedern die größte Interessensvertretung für PsychologInnen in Österreich. Davon sind 1.950 ExpertInnen Mitglied in der Fachsektion Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie, die damit die drittgrößte Fachgruppe innerhalb des PsychologInnenverbandes repräsentiert.  
[www.boep.or.at](http://www.boep.or.at)



## Bundesverband Österreichischer Kinderschutzzentren

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Der Bundesverband Österreichischer Kinderschutzzentren hat das Jahr 2015 vorrangig dazu genutzt, sich intern zu konsolidieren und die Weichen für eine gelingende Zukunft zu stellen. Vor diesem Hintergrund hat sich im Frühjahr unser Vorstand neu konstituiert, es erfolgte die Anstellung einer neuen Geschäftsführerin und der Umzug in eine neue Bürogemeinschaft.

Inhaltlich waren wir mit den Auswirkungen des neuen Kinder- und Jugendhilfegesetzes auf die Beratungspraxis der Kinderschutzzentren beschäftigt. Die Neuerungen und ihre Folgen für die Praxis betreffen insbesondere die Verschwiegenheitspflicht. Dazu haben wir viel an Kommunikation nach innen und außen geführt und hilfreichen fachlichen Rückenwind aus dem Gesundheits- sowie Familienministerium erhalten.

Eine zweite wichtige Gesetzesänderung hat kurz vor Weihnachten unsere Aufmerksamkeit erfordert: Der neue Entwurf zum Strafprozessrechtsänderungsgesetz 2015, der einige Verbesserungen für minderjährige Opfer von Straftaten vorsieht, aber in einigen, unserer Meinung nach wichtigen, Aspekten nicht den EU-Opferschutzrichtlinien entspricht.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Kernaufgabe eines Kinderschutzzentrums ist die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, die von physischer, psychischer, sexueller Gewalt oder Vernachlässigung betroffen sind. Diese Kinder und ihre Familien finden in den Zentren Hilfe und Unterstützung durch Beratung und Behandlung. Elterliche Kompetenzen werden feinfühlig gefördert und gestärkt, Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung gesetzt.

Der Bundesverband selbst ist hauptsächlich in der Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit,

Qualitätssicherung und als Interessensvertretung bei kinderschutzrelevanten Themen in politischen Gremien tätig. Eine der Hauptaufgaben ist die langfristige Sicherung der Finanzierung der Zentren, die derzeit großteils nicht gegeben ist. Etwa 40 Planstellen fehlen österreichweit.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Für das Jahr 2016 haben wir inhaltlich und strukturell einiges geplant. So werden wir mit Jahresbeginn unseren Außenauftritt (Neue Website, neuer Folder, ua) auf neue Beine stellen.

Inhaltlich werden wir die Qualitätsstandards der Kinderschutzzentren aktualisieren und öffentlich kommunizieren. Wir haben verschiedene Aktivitäten in Richtung Verbesserung der Datenlage der Kinderschutzzentren geplant und werden unsere Bemühungen zur finanziellen Absicherung der Kinderschutzarbeit in Österreich fortsetzen und intensivieren sowie unsere erste Fachtagung planen, die im Frühjahr 2017 in Salzburg stattfinden wird.

*Martina Wolf · Geschäftsführerin*

Die **Österreichischen Kinderschutzzentren** sind seit 2011 über den Bundesverband auf einer fachlich qualifizierten Basis vertreten. Ziele des Bundesverbandes sind die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und Themen des Kinderschutzes; Weiterentwicklung der fachlichen Standards und Interessensvertretung in politischen Gremien.

[www.oe-kinderschutzzentren.at](http://www.oe-kinderschutzzentren.at)

# Caritas

## Caritas der Erzdiözese Wien

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

#### *Psychotherapie für Kinder und Jugendliche*

Neben den Familienzentren Baden, Wr. Neustadt und Mistelbach ist seit 1.1.2015 auch das Familienzentrum Wien ein Vertragspartner der GKK und bietet kostenfreie Psychotherapie für Kinder und Jugendliche an.

#### *Eröffnung von wellcome – Praktische Hilfe nach der Geburt*

Am 7.5.2015 wurden die beiden ersten wellcome Standorte in Wien Favoriten und Donaustadt im Beisein von Caritas Präsident Michael Landau, Familienministerin Sophie Karmasin, dem Präsidenten der österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit Klaus Vavrik sowie von Bezirksvorsteherin Hermine Mospointner und Rose Volz-Schmidt, Gründerin von wellcome, eröffnet. »Ein genialer Gedanke, der in Deutschland in den vergangenen Jahren erwachsen geworden ist, lautet: Freiwillige begleiten und unterstützen Eltern im ersten Jahr ihres Elternseins für einige Wochen oder Monate«, betonte Caritas Präsident Michael Landau bei der Eröffnung.

Das mediale Echo anlässlich der Eröffnung war enorm, sodass von Beginn an zahlreiche Anfragen von interessierten Familien und auch sehr viele Bewerbungen von freiwilligen MitarbeiterInnen eintrafen.

In beiden Projektbezirken Wien Ost und Wien Süd engagieren sich bereits über 30 freiwillige MitarbeiterInnen. Aktuell werden mehr als 18 Familien betreut, erste Familieneinsätze konnten auch schon erfolgreich abgeschlossen werden. Die Rückmeldungen sind äußerst positiv.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

#### *Eröffnung der Schule »Am Himmel«*

Die Schule »Am Himmel« steht für alle Lernenden

offen – seit Anfang September gehen sowohl Kinder mit als auch Kinder ohne Behinderung »Am Himmel« zur Schule.

Die Caritas sieht die Erweiterung der Schule »Am Himmel« als wichtiges Zeichen der Gleichstellung von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft insgesamt. Daher haben wir uns entschlossen, die Sonderschule zu einer inklusiven Schule zu erweitern.

Dabei geht es uns darum, einerseits die Kernkompetenz der Schule – individuelle bedürfnisorientierte Betreuung der SchülerInnen – zu erhalten und ihr andererseits eine weitere Kompetenz hinzuzufügen, nämlich zu zeigen, dass ein *gemeinsamer Unterricht aller Kinder möglich ist*. Der Unterricht findet in den ersten beiden Stunden des Tages in getrennten Stammgruppen (Mathematik, Deutsch,...) und anschließend in gemeinsamen Ateliers (Sport, Kreativ, Werken, Chor, Waldspaziergänge...) statt.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Eröffnung von wellcome-Standorten in Mödling und Baden.

Für die bundesweite Verbreitung des Konzeptes werden trägerübergreifende Kooperationen angestrebt. Bei Interesse freuen wir uns auf Ihre Kontaktaufnahme.

*Cornelia Heinrich · Geschäftsleitung wellcome*

Der Kernauftrag der **Caritas** ist es, Not zu sehen und zu handeln. 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](http://www.caritas-wien.at)



## Die Boje - Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Wir freuen uns, dass unser engagiertes Team auch heuer wieder mehr als 1600 PatientInnen in etwa 13000 Stunden betreuen konnte.

Als Highlight erlebten wir die Unterstützung unserer Arbeit durch Sponsoren und SpenderInnen.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Die Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen wird durch die Inanspruchnahme unseres Angebots mittels E-card ermöglicht. Wir bieten Krisenintervention, Diagnostik, kinderneuropsychiatrische Behandlung, Kurzzeittherapie, gelegentlich Langzeittherapie, Gruppentherapie und Arbeit mit Eltern bzw. Bezugspersonen.

Unsere rasche Hilfeleistung ist zugleich Prävention von psychischen Folgezuständen. Wir beraten auch KollegInnen in pädagogischen Berufen.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Im Jahr 2016 würden wir gerne vermehrt Gruppen anbieten. Weiters möchten wir als Traumaeinrichtung Aus- und Weiterbildungsangebote etablieren.

*Dr.in Gertrude Bogyi & Dr.in Regina Rüscher · Geschäftsführung*

**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](http://www.die-boje.at)



## Elternwerkstatt - Verein im Dienst von Kindern, Eltern und PädagogInnen

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Die Elternwerkstatt hat ein sehr aufregendes und ereignisreiches Jahr hinter sich. Unser großer Dank gilt Frau Mag. Maria Neuberger-Schmidt, die ab nun das operative Alltagsgeschäft in unsere Hände legt. Durch sie konnten wir viel lernen und werden ihr Baby zum Laufen bringen.

Besonders stolz sind wir, von schönen Kooperationen berichten zu dürfen. So bieten wir mit Weltethos eine wunderbare Ausbildung als EthiktrainerIn im Kindergartenbereich an. Mit der TLI Diplombildung für PädagogInnen setzen wir gemeinsam mit unseren PartnerInnen einen Meilenstein in der Kleinkindpädagogik. Eine weitere Kooperation betrifft die Ausbildung zur/zum ErnährungsexpertIn nach TEM (Traditionelle europäische Medizin), bei der uns besonders die ganzheitliche Ernährung von Kindern am Herzen liegt. Des Weiteren dürfen wir berichten, dass wir eine Vorteilspartnerschaft mit dem ÖAMTC eingegangen und somit viele Eltern erreichten. Die »Sozialmedias« haben ebenfalls in der Elternwerkstatt Einzug gehalten. Auf Facebook und in unserem Blog erfreuen sich Eltern an Alltagstipps, welche großen Zuspruch finden.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen haben wir für unsere Klienten – also die Familien – durch gezielte Elternbildung, einerseits in unseren Kursen andererseits durch Einzelcoaching, schöne Erfolge erzielen können. Geht es den Eltern gut, geht es den Kindern gut. Immer stärker können wir beobachten, dass die psychische Gesundheit die Voraussetzung für eine physische Gesundheit beinhaltet.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Die Reise im Jahr 2016 geht für uns ab März in eine neue Weiterbildung/Fortbildung unter dem Titel: »Familiencoach für Familien mit besonderen Bedürfnissen«. Zum Schluss möchte ich mich als Obfrau bei allen herzlich bedanken, die so tatkräftig und mit Freude die Elternwerkstatt bereichern. Mit Zuversicht erwarte ich die Herausforderungen 2016 und sehe diesen für die Elternwerkstatt optimistisch entgegen.

*Veronika Lippert · Obfrau*

Die **Elternwerkstatt** ist ein gemeinnütziger Verein im Dienst von Kindern, Eltern und PädagogInnen. Bei uns sind Sie an der richtigen Adresse, wenn Sie Unterstützung, Information, Beratung oder einfach nur ein offenes Ohr für Ihre Fragen oder Nöte suchen. Wir widmen uns im Besonderen der Elternbildung durch ein reichhaltiges Seminarangebot und der Begleitung durch Trennung und Scheidung.  
[www.elternwerkstatt.at](http://www.elternwerkstatt.at)



## FICE Austria

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Der Schwerpunkt der Tätigkeit von FICE Österreich im Jahr 2015 lag in der nachhaltigen Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen in Österreich, die nicht die Möglichkeit haben, bei ihren Eltern aufzuwachsen.

Eines der Highlights war der Europäische Jugendaustausch im Rahmen des EU Programms Erasmus+: Land in sight! von 8. bis 15. August in Neu-Nagelberg. Die niederländische Stiftung »Kinderperspektive« (Kinderperspectief) organisierte den Austausch gemeinsam mit FICE Austria mit mehr als 20 jungen Erwachsenen aus den Niederlanden, Österreich, Bosnien und Kroatien. Ziel des Austausches war es, die jungen Erwachsenen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe bzw. in Pflegefamilien gelebt haben oder leben, auf dem Weg in ihr unabhängiges Leben zu unterstützen.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

In Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Organisationen beteiligten wir uns an verschiedenen Projekten. Eines davon ist »Moving Forward«. Dabei geht es um die Umsetzung der »Leitlinien für alternative Formen der Betreuung von Kindern«, die im Jahr 2009 von der UN-Generalversammlung verabschiedet wurden. Das Handbuch »Moving Forward« bietet Einsichten und Inspiration und stellt Ressourcen zur Verfügung, wie diese UN-Leitlinien im internationalen, regionalen und nationalen Kontext umgesetzt werden können. Um das Handbuch auch in Österreich bzw. im deutschsprachigen Raum einer breiteren Leserschaft zugänglich zu machen und die Verbreitung und Umsetzung der UN-Leitlinien zu unterstützen, stellte FICE Austria nun die deutsche Übersetzung des Handbuchs zur Verfügung.

Ein weiterer Schwerpunkt war das Aufzeigen der enormen Gefahr der Verarmung von Kindern und Jugendlichen, die nicht bei ihren leiblichen Eltern

aufwachsen. Mit unserem Schwerpunkt, konkrete Aktionen und Angebote für »Care Leaver« zu setzen, haben wir versucht einen praktischen Beitrag zu einer Verbesserung ihrer Situation zu leisten. Auch haben wir uns intensiv am EU – Agency for Fundamental Rights (FRA) – Report über »Violence against children with disabilities« beteiligt, um nachhaltig die Situation dieser besonders wichtigen Gruppe von Kindern zu verbessern.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

FICE Österreich wird im August 2016 die 33. Weltkonferenz von FICE International ausrichten. Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt für 2016 ist die Teilnahme an der Opening Doors II Kampagne von Eurochild, deren Inhalt die Stärkung des Pflegeelternsystems in Österreich ist. Damit wollen wir mehr Kindern und Jugendlichen einen Betreuungsplatz in familiären Strukturen ermöglichen, wenn es ihnen nicht möglich ist, in ihrer Herkunftsfamilie zu leben.

*Hermann Radler · Präsident*

**FICE Austria** gehört zu einem weltweiten Netzwerk für Menschen, die im Bereich der alternativen Kinder- und Jugendbetreuung arbeiten. Unsere Vision ist es, Projekte und die Arbeit mit gefährdeten Kindern, Kindern mit speziellen Bedürfnissen und jene, die außerhalb ihrer Familie betreut werden, zu unterstützen.  
[www.fice.at](http://www.fice.at)



## Ganztagsschule Novaragasse

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Einige Klassen holten sich Bewegungs- und Ernährungsspezialisten in die Klassen, die Kindern, Eltern und LehrerInnen mit Rat und Tat zur Seite stehen. Aber auch alle anderen Klassen sind, was gesundheitsfördernde Grundsätze betrifft, niemals untätig. So gibt es bereits seit einigen Jahren zweimal wöchentlich frisches Obst für jede Klasse.

Unser Gartenprojekt: Aus unserem Freiplatz haben wir durch die Errichtung von Beeten einen Schulgarten gemacht. Auch dort lernen die Kinder aus erster Hand, was es heißt, gesundheitsförderlich anzupflanzen, zu ernten und Frisches, Jahreszeitgemäßes zu essen.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Seit 2014 gehört die GTVS Nova zum Wiener Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (WieNGS). Damit haben wir uns verpflichtet in unserer Bildungs- und Erziehungsarbeit die Förderung der Gesundheit wichtig zu nehmen und diesbezügliche Aktivitäten und Projekte durchzuführen.

Dabei ist es uns ein besonderes Anliegen, uns um die Gesundheit aller Menschen, die mit unserer Schule zu tun haben, zu kümmern.

In unserem musisch-kreativen Schwerpunkt erkennen wir ebenfalls einen gesundheitsfördernden Aspekt. Durch schauspielerische und kreative Betätigung können die Kinder ein gesundes Maß an Selbstwahrnehmung und Selbstbewusstsein bzw. sozialen Kompetenzen entwickeln.

Mein Ziel als Schulleiterin ist es ein gesundes Schulklima zu schaffen.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Im Jahr 2016 werden alle an einem Klassen-Ernährungsworkshop der Wiener Gebietskrankenkasse teilnehmen.

Bewegung, die zusätzlich zum fixen Turnunterricht absolviert wird, steht ganz oben auf der Prioritätenliste; Ziel ist ein großes Angebot an kostenfreien Sportveranstaltungen zu haben.

*Elisabeth Kugler · Direktorin*

Die **Ganztagsschule Novaragasse** bietet den Kindern die Möglichkeit und die Zeit, schöpferisch tätig zu sein. Die Kinder erleben Musik, Bewegung und Sprache als Form des Ausdrucks. Über das Theater wird die Begegnung mit Gefühlen und Gedanken erprobt. Seit 2014 gehört die GTVS Nova zum Wiener Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen und setzt hier Zeichen.

[www.nova.schule.wien.at](http://www.nova.schule.wien.at)



## Gesellschaft für Ganzheitliche Förderung und Therapie GmbH

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Die Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie NÖ GmbH unterstützt asylsuchende Menschen mit unterschiedlichen Angeboten, welche derzeit im Aufbau sind. Wir stellen für zwei Familien Wohnraum in 3040 Neulengbach zur Verfügung und beraten und begleiten die Familien fachlich (angeschlossen an die Familienberatungsstelle in Neulengbach).

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Im Rahmen von Vernetzungstreffen und interdisziplinärem Austausch mit Leistungs- und Kostenträgern konnte die GFGF das Konzept des Kinder- und Jugendkompetenzzentrums Innviertel vorstellen und weiter etablieren. In diesem fachlich kompetenten Rahmen erfolgt eine interdisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Auffälligkeiten im emotionalen, kognitiven bzw. sozialen Verhaltensbereich auch durch intensive Unterstützung der Eltern.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Wir planen für etwa 10 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge ein neues Zuhause, das ihnen helfen soll, wieder Boden unter den Füßen zu bekommen und den Schritt ins Erwachsenenleben so gut wie möglich zu schaffen. Dieses Haus soll in 3040 Neulengbach entstehen. Ebenso soll angebunden an die unterschiedlichen Förderzentren in Niederösterreich und Oberösterreich Wohnraum für Familien zur Verfügung gestellt werden.

Das Förderzentrum in Waldhausen im Strudengau ist viel zu klein geworden und plant einen Zubau. Hier werden auch durch die enge Zusammenarbeit mit der Caritas-Einrichtung in Waldhausen Flüchtlingsfamilien mit Kindern mit geistiger oder körperlicher Beeinträchtigung im Rahmen der Grundversorgung rasch im Förderzentrum betreut.

Seit vielen Jahren ist das Förderzentrum in Linz viel zu klein. Endlich konnte nun ein zentraler Ort gefunden werden, wo das Förderzentrum ein neues Zuhause bekommt: im ehemaligen Kapuzinerkloster im Linzer Stadtzentrum. Zusätzlich zum Angebot des Förderzentrums sollen hier auch Räumlichkeiten für ein ambulantes therapeutisches Angebot für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigung entstehen.

Im Rahmen der Neuerrichtung einer Tageseinrichtung (für schwerst mehrfach behinderte Erwachsene) in Horn wird an einem Gemeinschaftsprojekt für Jugendliche mit Beeinträchtigung zur beruflichen Inklusion gearbeitet.

*Mag.a Katharina Schermann · Pädagogische Assistenz*

Die **Gesellschaft für Ganzheitliche Förderung und Therapie** GmbH ist in folgenden Bereichen aktiv: Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigung, Förderung der selbstständigen Lebensbewältigung durch therapeutische Maßnahmen, umfassende Beratung und Unterstützung von Eltern und Angehörigen, Netzwerkarbeit und Förderung sowie Integration von Menschen mit Behinderung.

[www.gfgf.at](http://www.gfgf.at)





## Gesellschaft für Sensorische Integration in Österreich

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

- Heuer wurde erstmals unser neues Curriculum für die SI-Zertifikatsausbildung umgesetzt.
- Wir waren bei Veranstaltungen wie der Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie in Salzburg und dem European Sensory Integration Congress ESIC in Birmingham präsent und nutzten Gelegenheiten zur Vernetzung.
- Wir arbeiteten aktiv in der International Collaboration for Education in Ayres SI mit, um internationale Ausbildungsstandards zu entwickeln.
- Wir haben die ersten Schritte in der Organisation des nächsten Europäischen SI Kongresses, ESIC 2107 in Wien, unternommen.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Unser Anliegen per se ist es, Kindern mit versteckten Behinderungen wie Wahrnehmungsstörungen zu gleichen Chancen der Alltagsbewältigung und Partizipation zu verhelfen.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Die Vorbereitungen für ESIC 2017, zu dem wir ca. 400 Teilnehmer/innen erwarten, werden unsere Ressourcen voll in Anspruch nehmen!

*Mag.a Elisabeth Söchting · Präsidentin*

Die **GSIÖ – Gesellschaft für Sensorische Integration in Österreich** tritt für die Wahrnehmung aller Anliegen rund um sensorische Integration ein. Dazu zählen vor allem: Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätssicherung, Vernetzung und Verbesserung der Versorgung für alle betroffenen Kinder, Jugendliche und Erwachsene. [www.sensorische-integration.org](http://www.sensorische-integration.org)



## IFGK - Institut für Gewaltprävention und Konfliktmanagement

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

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 seit dem Frühjahr 2014 annimmt. Folglich haben wir den »Lehrgang für Konfliktmanagement und Gewaltprävention« entwickelt, der sich an Praktikerinnen und Praktiker richtet, die in ihrem beruflichen Alltag mit familiären Gewalt- und Konfliktsituationen konfrontiert sind.

Anlassbezogen bzw. aufgrund des Bedarfs unserer Lehrgangsteilnehmerinnen und Lehrgangsteilnehmer, sich Wissen über Radikalisierungstendenzen Jugendlicher und junger Erwachsener anzueignen, um diese frühzeitig erkennen und handeln zu können, haben wir im Jahr 2015 den Lehrgang um das Modul der »Radikalisierungsprävention« erweitert.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit, insbesondere die psychische 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 ihnen durch das Angebot eines interdisziplinären Austauschs weitere Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Für das Jahr 2016 haben wir uns zum Ziel gesetzt,

- den Austausch von Stakeholdern und anderen Kompetenzträgern aus Wissenschaft, Praxis, Verwaltung und Politik zu fördern,
- praxisrelevante Bildungs- und Weiterbildungsangebote durchzuführen,
- anwendungsorientierte Publikationen zu erstellen sowie
- öffentliche Bewusstseinsbildungsprozesse durch Informationsveranstaltungen zu unterstützen,

denn um Veränderungsprozesse hinsichtlich des Umgangs mit Gewalt und Konflikten anregen zu können, bedarf es der Vernetzung von Praktikerinnen und Praktikern, Expertinnen und Experten und jener Menschen, die sich im Bereich der Gewaltprävention engagieren, weil ihnen die psychische Gesundheit und der soziale Friede ein gesellschaftliches Anliegen ist.

*Mag.a Natascha Florence Bousa · Wissenschaftliche Lehrgangsleitung*

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 offen steht.  
[www.ifgk.at](http://www.ifgk.at)



## KiB children care - Verein rund ums erkrankte Kind

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Im ersten Halbjahr lag der KiB-Schwerpunkt bei der Abschaffung des Selbstbehaltes für Kinder und Jugendliche bei einem Krankenhausaufenthalt. Aufgrund einer KiB-Presseaussendung wurden Anträge zur Abschaffung im Nationalrat eingebracht und ein Beitrag in der Sendung »Im Hohen Haus« resultierte daraus. Weiters folgten mehr als 100 Gespräche mit Krankenhauspersonal in ganz Österreich, um verstärkt für die Umsetzung der EACH Charta – Rechte der Kinder im Krankenhaus, zu sensibilisieren.

Ein weiterer Schwerpunkt lag bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, wenn Kinder erkranken. In jedem Bundesland fanden Austauschtreffen zwischen Eltern und Betreuungspersonen statt, welche sehr gut angenommen wurden. Unter dem Motto »Kinder haben ein Recht auf Krankenstand« hat KiB die »Initiative Notfallmama« ins Leben gerufen. Notfallmamas unterstützen berufstätige Eltern bei der Betreuung ihrer erkrankten Kinder zu Hause und ermöglichen dem Kind, in Ruhe und Geborgenheit gesund werden zu können. Diese Initiative soll insbesondere auch jenen Kindern zugutekommen, deren Eltern finanziell schwächer gestellt sind.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

KiB tritt bei öffentlichen Stellen, politischen EntscheidungsträgerInnen und in der Öffentlichkeit vehement für die Rechte der kranken Kinder ein. Grundlage dafür ist die Europäische Charta für die Rechte der Kinder im Krankenhaus. Darin ist unter anderem festgehalten, dass Kinder im Krankheitsfall kindgerecht informiert und am Genesungsprozess beteiligt werden sollen, Kinder nur dann in ein Krankenhaus aufgenommen werden sollen, wenn die medizinische Betreuung nicht auch zu Hause erfolgen kann und Eltern keine Mehrkosten im Krankheitsfall eines Kindes entstehen dürfen. Basierend auf gesetzlichen Rahmenbedingungen und Erfahrungsberichten von Mitgliedsfamilien werden Ziele formuliert und zu setzende Aktivitäten geplant.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

KiB ist kommunikativ, arbeitet professionell und versucht, immer am Puls der Zeit zu sein. Dies gilt auch für zu setzende Aktivitäten im Vereinsjahr 2016. Wesentlich für Familien ist, dass KiB rund um die Uhr in Not-situationen für Familien mit kranken Kindern erreichbar ist. Sowohl organisatorisch, ideell als auch finanziell werden Familien unterstützt.

Der Schwerpunkt wird 2016 weiterhin auf der Abschaffung des Selbstbehaltes für Kinder und Jugendliche bei einem Krankenhausaufenthalt liegen. Diese zusätzlichen Kosten für Familien sind vehement abzulehnen. Weiters steht der österreichweite Auf- und Ausbau der Initiative Notfallmama im Zentrum des Handelns, um Familien die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erleichtern.

*Manuela Schalek · Bundeskoordinatorin*

Jedes Kind hat ein Recht auf die bestmögliche medizinische, pflegerische und soziale Betreuung. Dies ist die grundlegende Motivation für alle Tätigkeiten von **KiB children care**, dem Verein rund ums erkrankte Kind. Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkarbeit, sowie Beratung und Unterstützung für betroffene Familien und Interessierte sind unsere Haupttätigkeitsfelder.  
[www.kib.or.at](http://www.kib.or.at)



## Kinderhospiz Netz - Wiens erstes mobiles Kinderhospiz und KinderTagesHospiz

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Wiens erstes Kinderhospiz feierte 2015 sein 10-jähriges Bestehen. Durch unermüdliche Pionierarbeit hat das Kinderhospiz Netz etwas für Österreich völlig Neues geschaffen: Ein breitgefächertes Angebot, das es Kindern und Jugendlichen mit einer lebensverkürzenden Erkrankung ermöglicht, zu Hause im vertrauten Umfeld bleiben zu können.

Unser Team begleitet Familien, in denen ein Kind mit einer lebensverkürzenden Erkrankung lebt. Die Begleitung beginnt ab Diagnosestellung und geht weit über den Tod des Kindes hinaus. Durch uns können unheilbar kranke Kinder so lang wie möglich in ihrem familiären Umfeld bleiben. Dort, wo sie sich am wohlsten fühlen. Kein Krankenhaus kann so viel Vertrautheit und Nähe bieten wie die eigene Familie. Unser Angebot richtet sich an die gesamte Familie und beinhaltet Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Lebensberatung, Seelsorge und ein breites Angebot an Geschwisterbetreuung und Trauerbegleitung. Ein Team geschulter Ehrenamtlicher unterstützt die Familie im Alltag.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Nach oft jahrelanger Pflege ihres Kindes kommen die Familien an den Punkt an dem sie, auch mit mobiler Palliativbetreuung, ihr Kind nicht mehr ausschließlich in ihrem eigenen Heim pflegen und betreuen können. Überforderung, Hintanstellung der gesunden Geschwister, Burnout und soziale Isolation können die Folge sein.

Da zumindest ein Elternteil nur schwer einer geregelten Arbeit nachgehen kann, sind die Familien oft armutsgefährdet und können nur sehr eingeschränkt am kulturellen Leben teilhaben. Fast immer sind damit auch schlechtere Bildungsaussichten für die Geschwisterkinder verbunden. Unser Ziel ist es, durch den Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiter die Lebensbedingungen dieser Kinder und Jugendlichen

nachhaltig zu verbessern, z.B. durch gemeinsames Lernen, Spielen oder Unternehmungen.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Das Kinderhospiz Netz bietet zusätzlich zu seinem Angebot des mobilen Hospizes nun auch ein Tageshospiz an, das 2016 seinen regelmäßigen Betrieb aufnimmt. Das KinderTagesHospiz Netz ist eine Einrichtung, in der Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensverkürzender Erkrankung regelmäßig einen Tag verbringen können, auf Wunsch Therapien erhalten und betreut werden, um den Familien den Alltag zu erleichtern. Zusätzlich ist es ein Ort der Begegnung für die Angehörigen, wo Geschwistergruppen stattfinden, betroffene Eltern sich austauschen, oder Sozialberatung stattfinden kann.

Dieses Angebot kann bei Bedarf über Jahre regelmäßig in Anspruch genommen werden. Auch nach dem Tod des Kindes steht es den Angehörigen zur Trauerbegleitung offen. Wann und wie oft ein Kind das Tageshospiz besucht, erfolgt individuell nach einer in einem Erstgespräch getroffenen Vereinbarung. Die Betreuung kann, wie bei unserem mobilen Kinderhospiz, ab Diagnosestellung beginnen und ist für die Familie mit keinerlei Kosten verbunden.

*Mag.a Irene Eberl · Stellvertretende Obfrau*

Das **Kinderhospiz Netz** hat es sich zur Aufgabe gemacht, Familien mit einem lebensverkürzend erkrankten Kind zu begleiten, und sie dabei zu unterstützen, trotz der Krankheit einen möglichst normalen Alltag, vor allem zusammen mit den gesunden Geschwisterkindern zu führen und ihnen ein Familienleben zu ermöglichen.

[www.kinderhospiz.at](http://www.kinderhospiz.at)



## Lobby4Kids - Kinderlobby

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Lobby4Kids feierte im vergangenen Jahr sein 10-Jahresjubiläum mit einem großen Fest. Erfreulicherweise konnten wir feststellen, dass viele einstige politische Gegenspieler unserer Einladung gefolgt sind und uns damit die Ehre gaben. Auch wenn noch vieles zu tun ist und unsere Aktivitäten damit keineswegs unnötig werden, ist es doch ein wohltuendes Zeichen, wenn man auch in der Öffentlichkeit anerkannt und als Partner bei wichtigen Entscheidungen wahrgenommen wird. Es erleichtert außerdem die Arbeit auf Augenhöhe, wenn in verschiedenen Ministerien und Gremien gute AnsprechpartnerInnen zu finden sind.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Wir setzen uns ganz stark für Inklusion ein, weil wir wissen, dass Bildung und Gesundheit eng zusammenhängen und jedes Kind natürlicherweise das Recht auf beides hat. Wir bekämpfen ein Zweiklassensystem im Gesundheitswesen, weil Gesundheit nicht vom Einkommen abhängen darf. So unterstützen wir auch jahrelange Forderungen nach mehr und geeigneten Therapieplätzen, genügend Betreuungsplätzen in Kindergarten, Schul- und Nachmittagsbetreuung. Außerdem tragen wir intensiv die Forderung nach kindgerechter Betreuung und Versorgung von Flüchtlingskindern mit.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Durch die Wahlen im vergangenen Jahr kam es wieder zu Verschiebungen von Positionen in für uns wichtigen Ministerien. Wir hoffen, dass wir mit neuen AnsprechpartnerInnen das Rad nicht wieder komplett neu erfinden müssen und an inzwischen Erreichtes und noch zu Erreichendes anknüpfen können. So ist uns der Ausbau von inklusiven Schulen und Klassenräumen ganz wichtig, ebenso aber die Bereitstellung von Ressourcen und Personal, das entsprechend geschult sein muss. Wir arbeiten außerdem aktiv mit am Ausbau der Kinderrehabilitation, weil dies eine echte Investition in die Gesundheit unserer Kinder darstellt.

*Dr.in Irene Promussas · Elternselbsthilfegruppe der Kinderliga und Vorsitzende von Lobby4Kids*

**Lobby4Kids** ist eine Selbsthilfegruppe, die in erster Linie aus betroffenen Familien besteht. Darüber hinaus sind wir ein österreichweites Netzwerk, das es sich zum Ziel gemacht hat, immer dichter zu werden, damit kein Kind, besonders jene mit Behinderung oder/mit chronischer Erkrankung, durch irgendeine Lücke fallen kann.  
[www.lobby4kids.at](http://www.lobby4kids.at)



## MOKI NÖ - Mobile Kinderkrankenpflege

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

MOKI Niederösterreich lebt das Motto »Was morgen mit der Welt passiert, hängt davon ab, was wir heute für unsere Kinder tun«. Seit 1999 betreuen und unterstützen wir schwer kranke und sterbende Kinder und Jugendliche sowie deren Angehörige mit Hilfe verschiedener Projekte.

Dabei ist unser KI-JU-PALL Team (Kinder- und Jugendpalliativteam), das seit 2007 183 KlientInnen in Niederösterreich Hilfe leistet, ein unverzichtbares Element.

Das Kinder- und Jugend-Palliativ-Team soll die Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in NÖ flächendeckend gewährleisten, um die Lebensqualität Pflegebedürftiger mit unheilbaren oder lebensbedrohlichen Krankheiten zu verbessern. Dafür wurde MOKI NÖ unlängst mit dem Bank Austria Sozialpreis ausgezeichnet, durch den weiteren Kindern geholfen werden kann. Das Preisgeld ermöglicht die 24-Stunden-Bereitschaft der diplomierten Pflegefachkräfte, die sowohl den Erkrankten als auch den Eltern unermüdlich zur Seite stehen. Dieser Bereitschaftsdienst wurde seit 2007 unentgeltlich geleistet.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Nachdem es in puncto gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen in erster Linie um präventive Maßnahmen geht, um Heranwachsenden Beeinträchtigungen zu ersparen bzw. diesen entgegenzuwirken, setzt MOKI NÖ nicht direkt Aktivitäten in diesem Bereich. Wohl aber bei Erkrankten, um ihnen das Leben bestmöglich zu erleichtern. Wir sind bedauerlicherweise mit jungen Menschen konfrontiert, die aufgrund verschiedenster Umstände erkrankt sind, bei denen Chancengerechtigkeit also leider eine Beeinträchtigung ihrer Gesundheit nicht verhindern konnte. Als ExpertInnen können wir aber dazu beitragen, dass sich der Zustand unserer KlientInnen verbessert, stabil bleibt

oder – wenn keine Chance auf Gesundheit besteht – so angenehm wie möglich gestaltet wird. Des Weiteren können wir Eltern umfassend aufklären und ihnen bei der Pflege und Versorgung ihrer Schützlinge mit Rat und Tat zur Seite stehen.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Leider wird die lückenlose Versorgung schwer herzkranker Babys noch immer nicht öffentlich finanziert. Die Betreuung geht weit über einen Eingriff hinaus, erfordert viel Zeit und aufwändige Unterstützung. Wir möchten 2016 unser Projekt »Little Heartbreakers« vorantreiben, das die lückenlose Betreuung Betroffener und Angehöriger in Niederösterreich ermöglichen soll. Es gilt, diesbezüglich Aufklärung zu leisten und die entsprechenden Verantwortlichen davon zu überzeugen, wie wichtig die Finanzierung dieses Projektes ist.

*Renate Hlauschek, MSc · Geschäftsführende Vorsitzende*

**MOKI Niederösterreich** 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.noe.moki.at](http://www.noe.moki.at).



## MOKI-Wien Mobile Kinderkrankenpflege

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

3 große Schwerpunktthemen waren bei MOKI-Wien vorherrschend:

*Die Palliativbetreuung und Umsetzung der Konzepte für Kinder und Jugendliche:*

Hier fordern wir mit anderen Organisationen schon seit Jahren ein finanziertes, flächenübergreifendes Angebot. Trotz vieler Gespräche und Arbeitsgruppen – auch im politischen Bereich – war 2015 wieder keine Veränderung möglich.

*Medizinische und pflegerische Betreuung der Kinder/Jugendlichen in Kindergärten/Schulen und Horten*  
Die parlamentarische Enquete im Mai 2015 war sicher ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen. Damit eine Veränderung möglich ist, müssen sehr viele Entscheidungen auf bundes- und landespolitischer Ebene und Ministerien-übergreifend getroffen werden. Da dies ein sehr langer und schwieriger Prozess ist, betreuen die DKKS von MOKI-Wien die betroffenen Kinder in den Einrichtungen und es wird auf allen Ebenen viel Überzeugungsarbeit geleistet.

*Ausbildungsreform für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. zur diplomierten Kinderkrankenschwester/-pfleger.*

Die Ausbildung soll auf Hochschulniveau umgesetzt werden und zukünftige Pflegepersonen in allen Bereichen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene und psychiatrische PatientInnen) tätig werden. Dabei befürchten wir eine Verschlechterung bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, da die Inhalte bezüglich der speziellen Bedürfnisse, Erkrankungen und Tätigkeiten für diese Zielgruppe in der Grundausbildung stark reduziert werden. Diese können im Rahmen einer noch nicht genau definierten Sonderausbildung (Spezialisierung) erworben werden.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

MOKI-Wien setzt sich in verschiedenen Arbeitsgruppen sehr für die Chancengleichheit ein und es wird viel Aufklärungsarbeit geleistet. Wir begleiten, betreuen und unterstützen Kinder und Jugendliche, welche gesundheitliche Probleme haben, und geben ihnen somit die Möglichkeit, in ihrem Umfeld bestmöglich aufzuwachsen und sich weiterzuentwickeln.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Das Ziel von MOKI-Wien ist, die in Frage 1 beschriebenen Schwerpunkte weiterhin zu verfolgen und endlich Lösungen zu finden!

*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](http://www.wien.moki.at)



Ambulante Unterstützung für Menschen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen

## nomaden - Ambulante Unterstützung für Menschen mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

- Die nomaden haben in diesem Jahr 60 Betroffene einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (v.a. Autismusspektrumstörung) im Raum Niederösterreich und Wien gefördert und das Umfeld beraten.
- Wir haben unser Team vergrößert und freuen uns zwei sehr erfahrene Sonder- und Heilpädagoginnen willkommen zu heißen.
- Wir haben den von uns als so wichtig angesehenen Bereich der Freizeitgestaltung aktiv in Angriff genommen und können mit Moritz Ketter einen Freizeitassistenten im Raum St.Pölten anbieten, der mit Jugendlichen und jungen erwachsenen Menschen mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung ihre freie Zeit verbringt und gestaltet.
- Wir hatten eine sehr schöne, intensive und erfolgreiche Zusammenarbeit, um die Integration zweier junger erwachsener Menschen mit einer Autismusspektrumstörung in eine neue Einrichtung zu unterstützen und zu ermöglichen.
- Sowie mehrere gelungene Integrationen in Schulen und Kindergärten.
- Vorträge und Fortbildungen an einer Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie, in Kindergärten und Schulen um das Verständnis für die Schwierigkeiten dieser Menschen zu verbessern.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

- Die nomaden bemühen sich immer um die bestmögliche Inklusion. Da wir vor Ort arbeiten, können wir für unsere KlientInnen oft Vieles durch Vernetzungsarbeit und Beratung des Umfelds erreichen.
- Der begonnene Aufbau des Freizeitassistenten-Angebots freut uns sehr und trägt für die Betroffenen zu mehr Lebensqualität, Unabhängigkeit und Anschlussmöglichkeiten bei und somit auch zur Chancengleichheit. Ohne soziales Umfeld ist im Leben vieles schwerer und manche Lebensaufgaben kaum zu meistern.
- Leider gibt es für unsere Leistung keine Kostenübernahme und daher müssen die Betroffenen

unsere Angebote weiterhin privat finanzieren.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

- Ausbau der Freizeitassistenten in Niederösterreich und Wien
- Erweiterung des Teams für Frühjahr 2016 geplant!
- Aktivierung der Eltern-Selbsthilfegruppe von Menschen mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (Autismusspektrumstörung) mit neuen Terminen, Beginn 8.2.2016
- Immer wieder Öffentlichkeitsarbeit um noch stärker vernetzt zu sein und unseren Ansatz der aufsuchenden Arbeit und der Methodenvielfalt (verhaltenstherapeutische Interventionen i.S. der Involvierungs-therapie, systemische Interventionen, klinisch-psychologische Behandlung, autismusspezifische-sonderpädagogische Förderansätze, etc.) zu betonen.

*Mag.a Johanna Kienzl · Leitung*

Die **nomaden** – Ambulante Unterstützung für Menschen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen – bieten Förderung, Beratung und Diagnostik in diesem Bereich an. Krisenprävention, sowie Jugend- und Elterntreffs für Betroffene sind weitere Angebote der nomaden.

[www.nomaden.at](http://www.nomaden.at)





## Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Die Schwerpunkte der Aktivitäten des Österreichischen Berufsverbandes der MusiktherapeutInnen (ÖBM) im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit lagen 2015 erneut im Bereich der Fortbildung sowie der Vernetzung: ReferentInnen wie Cornelia Daxbacher (»Einsatzfeld Entwicklungsneurologie – musiktherapeutische Zugänge bei Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachbehinderung«) und Prof. Dr. Karin Schumacher (»Musiktherapeutische Interventionstechniken bei tiefgreifender Entwicklungsstörung und anderen schweren Kontaktstörungen«) boten in ihren Seminaren den TeilnehmerInnen wertvolle Impulse und Reflexionsmöglichkeiten für die musiktherapeutische Arbeit in speziellen Themengebieten. Weiter ausgebildet wurden die 12 TeilnehmerInnen des 14-monatigen Zertifikatskurses MusikSpielTherapie (Katrin Stumptner, Cornelia Thomsen), in dem eine spezielle Methode zur Behandlung früh auftretender Beziehungs- und Entwicklungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern unter direkter Einbeziehung der Eltern in Theorie und Praxis vermittelt wird.

Bei den regelmäßigen Treffen des Arbeitskreises »Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen« ging es im Jahr 2015 neben allgemeinem Erfahrungsaustausch unter anderem um aktuelle Forschungsarbeiten und um Praxis-Themen von Setting-Formen bis Dokumentation. Die Planung des nächsten Fachtages im Herbst 2016 ist bereits angelaufen.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Um die gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen zu fördern, setzen wir uns in Verhandlungen mit VertreterInnen aus Politik und Gesundheitswesen weiterhin für die Finanzierung von Musiktherapie im ambulanten Bereich ein. Unser Ziel ist es, dass allen Familien, die dies benötigen, der Zugang zu den spezifischen Behandlungsmöglichkeiten der Musiktherapie ermöglicht

und erleichtert wird – durch Kostenübernahmen oder zumindest -zuschüsse seitens der Krankenkassen sowie durch eine flächendeckend ausreichende Versorgung ohne unzumutbar lange Wartezeiten auf Therapieplätze.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Mit der Organisation des 10. Europäischen Musiktherapie-Kongresses in Wien ([www.emtc2016.at](http://www.emtc2016.at)) steht im Juli 2016 ein besonderes Highlight auf dem Programm des ÖBM: Es werden etwa 500 MusiktherapeutInnen aus aller Welt erwartet, die sich in den dreieinhalb Tagen des Kongresses zu vielfältigen Themen aus Praxis und Forschung austauschen und fortbilden werden; in Bezug auf Kinder und Jugendliche wird es dabei unter anderem Vorträge, Workshops und Roundtable-Diskussionen aus den Bereichen Adoption, Autismus, Armut, Eltern-Kind-Beziehung, Flucht und Migration, Kinderonkologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neonatologie, Sprachstörungen und Trauma geben.

*MMM* Mag.a Monika Geretsegger, PhD · Vorsitzende

Der **Österreichische Berufsverband der MusiktherapeutInnen ÖBM** vertritt die Interessen der in Österreich berufstätigen MusiktherapeutInnen. Aufgaben des Berufsverbandes sind unter anderem: Mitgliederinformation, berufspolitische Vertretung der Mitglieder, Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Musiktherapie, sowie interdisziplinäre Vernetzung im Gesundheitsbereich.  
[www.oebm.org](http://www.oebm.org)



## Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Nachdem viele Jahre die psychische Gesundheit der Kinder im Vergleich zur allgemeinen Gesundheitsversorgung in Österreich vernachlässigt wurde, freuen wir uns über Zuwächse an vollfinanzierten Psychotherapieplätzen für Kinder in vielen Bundesländern. Die Erleichterungen spüren die Kinder und deren Eltern vor allem durch einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie kritisiert, dass es keine Gleichbehandlung für alle Kinder und Jugendlichen gibt. Im Bedarfsfall brauchen Österreichs Kinder Glück, im richtigen Bundesland zu leben, bei der richtigen Sozialversicherung zu sein oder vermögende Eltern zu haben. Die Frage nach der (richtigen) Versicherung entscheidet, ob Eltern sich die notwendige Psychotherapie ihres Kindes leisten können. Sachleistungsplätze sind oft knapp und Wartezeiten lang. Der Zuschuss zur Psychotherapie ist mit Ausnahme der BVA und VAEB seit 25 Jahren nicht mehr angehoben worden. Der ÖBVP bemüht sich daher um eine bedarfsgerechte und leistbare Versorgung für alle.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Umgesetzt wird 2016 eine **einheitliche Schwerpunktliste für Säuglings-, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie**. Damit entsteht eine wichtige und lange geforderte Orientierungshilfe für Familien und für alle zuweisenden Stellen. Es ist zu gewährleisten, dass alle, die Psychotherapie suchen, möglichst ohne Irrwege eine adäquate Behandlung finden. Gleichzeitig bringt die Ausweisung des Schwerpunktes eine zusätzliche Qualitätssicherung mit sich.

Die psychische Gesundheit von Kindern berührt viele Themen, welche PsychotherapeutInnen in Österreich

aufgreifen und in Zusammenarbeit mit verschiedenen Professionen gemeinsam bewältigen möchten. Die großen Themen des letzten Jahres werden uns auch in Zukunft fordern. Terror und die Ängste der Erwachsenen belasten die Kinder zunehmend. Wir brauchen zudem Möglichkeiten, junge MigrantInnen und Flüchtlinge verstärkt in die psychotherapeutische Versorgung aufzunehmen. Gute Rahmenbedingungen und Strategien sind auch dort gefordert, wo Minderjährige gesellschaftlichen und familiären Konflikten sowie Armut ausgesetzt sind.

*Mag. Karl-Ernst Heidegger · Vizepräsident*

Der **Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)** ist die unabhängige Interessenvertretung aller PsychotherapeutInnen sowie der PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision. Wesentliche Aufgaben der Berufsvertretung sind auch: Information über Psychotherapie, Verbreitung psychotherapeutischer Erkenntnisse, Befassung mit Fragen der Berufsethik und des KonsumentInnen-schutzes.

[www.psychotherapie.at](http://www.psychotherapie.at)



## Österreichische Kinderfreunde (Beratungsstellen)

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Im Jahr 2015 wurde unser Augenmerk verstärkt auf die psychische Gesundheit bei sehr jungen Kindern gerichtet. In unseren Kinderstuben (Krippen) werden im Vergleich zu früher vermehrt ein- bis dreijährige Kinder betreut.

Viele (alleinerziehende) Eltern sind wenig auf die sensiblen Prozesse, die der Übergang von der familiären Atmosphäre in die institutionelle Betreuung mit sich bringt, vorbereitet. Hilflosigkeitsgefühle, Verunsicherung oder auch scheinbare emotionale Unbeteiligung bei diesem bedeutenden Schritt der Trennungsphase treten auf. Diese Gefühle auszuhalten und den anvertrauten Kindern die Trennung möglichst stressfrei zu ermöglichen, ist eine emotionale Herausforderung für die PädagogInnen. Dazu kommen auch zum Teil schwierige Rahmenbedingungen.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Wenn für Eltern Druck vom Arbeitsplatz dazu kommt, und dem Kind die notwendige Eingewöhnungszeit nicht ermöglicht wird, wird die psychische Belastung für Kinder und Erwachsene rasch zur Überforderung. Dies zeigt sich bei den Kindern in erhöhter Krankheitsanfälligkeit, auch die KollegInnen berichten von psychischem Stress.

Unser Beitrag zur Unterstützung in dieser herausfordernden Situation findet auf mehreren Ebenen statt:

- Beratungen zur Bewusstmachung der sensiblen emotionalen Entwicklungsphasen bei sehr jungen Kindern (Bindung/Trennung).
- Unterstützung der PädagogInnen und/oder der Eltern durch das Benennen und Begleiten schwieriger Gefühle bei Trennungserfahrungen.
- Aufzeigen von Möglichkeiten zur Stressreduktion in der Eingewöhnungs-Phase (vgl. Untersuchung zum Erleben von Stress in der Wiener Kinderkrippenstudie).
- Vorbereitung der Zusammenarbeit mit anderen

Systemen aus der Gesundheitsversorgung bei Verdacht auf Auffälligkeiten (ZEF'S, Ambulatorien für Entwicklungsdiagnostik, etc.).

- Beratungen, die Achtsamkeit auf das soziale Umfeld lenken, um mögliche Gefährdungen ( Vernachlässigung; Verwahrlosung) möglichst früh zu erkennen und entsprechend Maßnahmen und Kooperationen zu setzen.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

2016 werden wir über Inklusionsbedingungen in einem durch ökonomischen Druck geprägten pädagogischen Umfeld nachdenken.

*Mag.a Ursula Dietersdorfer · Abteilungsleiterin  
Beratung Wiener Kinderfreunde.*

Die **Wiener Kinderfreunde** setzen sich dafür ein, dass Kinder glücklich »Größerwerden« können und unterstützen sie dabei in Freizeitangeboten, Ferienbetreuung, Beratung, Elternbildung uvm. Das Team der Erziehungsberatung arbeitet im Bereich primärer und sekundärer Prävention von psychischer Gesundheit.  
[www.wien.kinderfreunde.at](http://www.wien.kinderfreunde.at)



## Österreichische Gesellschaft für Familienplanung

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Erstellung eines MultiplikatorInnen Folders zu den ÖGF Jugend-Angeboten (First Love Beratungsstellen, Online-Beratung, Workshops zur sexuellen Bildung, Aufklärungsmaterialien).

Fachtagung »Wie viel Verhütung braucht die Liebe?« u.a. mit den Themen Jugendliche betreffend:

- Kontrolle über das eigene Intimleben im digitalen Zeitalter
- Positives Körperbewusstsein von Anfang an
- Internet getriggerte Mythen
- Sexualität, Verhütung, Abbruch – Ist-Zustand in Österreich
- Kostenübernahme für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch

Migrantinnen / Frauen und Mädchen auf der Flucht: Beratungsangebote, gratis Verhütungsmittel, Aufklärungsarbeit, Workshops zur sexuellen Bildung, Informationsmaterialien.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Workshops / Beratungsangebot (Online, face to face): Präventions- und Bildungsarbeit um Bildungsungerechtigkeiten auszugleichen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Bildung / Entwicklung eines positiven Körperbewusstseins.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Publikation eines Lehr-, Lern- und Methodenhandbuchs zur sexuellen Bildung für Personen, die mit Jugendlichen (12-18 J.) arbeiten, 50 Jahre ÖGF Feier, Schwerpunkt Mädchen und Frauen auf der Flucht / Asylwerberinnen, Ausbildungskurs zur/m FamilienplanungsberaterIn mit Schwerpunkt Jugendarbeit.

*Mag.a Angela Tunkel · Geschäftsstellenleiterin*

Die **Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF)** tritt dafür ein allen in Österreich lebenden Menschen einen gleichen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit zukommen zu lassen. Dieses Ziel verfolgt sie insbesondere durch Bewusstseinsbildung, Angebot von qualitativ hochwertigen Informationen, Fortbildungen und Verbesserung der gesetzlichen Regelungen zu reproduktiver Gesundheit.  
[www.oegf.at](http://www.oegf.at); [www.firstlove.at](http://www.firstlove.at)



## Österreichische Jugendinfo und bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

In dem Projekt »Gesundheitskompetenz im Setting professioneller außerschulischer Jugendarbeit haben sich das bundesweite Netzwerk Offene Jugendarbeit (boJA) und das Bundesnetzwerk Österreichische Jugendinfos (BÖJI) zum Ziel gesetzt, die Vermittlung von Gesundheitskompetenz an Kinder und Jugendliche durch Fachkräfte der offenen Jugendarbeit und der Jugendinformation zu verbessern. In weiterer Folge soll so die Gesundheitskompetenz von Mädchen und Burschen verbessert und damit auch die gesundheitliche Chancengerechtigkeit von jungen Menschen in Österreich gestärkt werden. Die FördergeberInnen des Projekts sind der Fonds Gesundes Österreich, das Bundesministerium für Familien und Jugend und das Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport. Die Projektumsetzung und die Erreichung der Projektziele wird durch das Ludwig Boltzmann-Institut für Health Promotion Research begleitet und kontinuierlich überprüft.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

In drei ausgewählten Bundesländern – Salzburg, Steiermark und Tirol, setzen sich seit Anfang 2015 Organisationen der Offenen Jugendarbeit (Jugendzentren, Jugendtreffs, mobile Jugendarbeit) und die Jugendinformationsstellen mit dem Thema Gesundheitskompetenz auf mehreren Ebenen auseinander. Nach erfolgreichen Kick-off-Veranstaltungen sowie Analyseworkshops und thematischen Workshops im Frühjahr und Sommer, wurden Anfang Oktober Leitfäden für die Umsetzung der Gesundheitskompetenz im jeweiligen Handlungsfeld entwickelt.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Ab Anfang 2016 werden konkrete Praxisprojekte mit und für die jugendliche Zielgruppe in Angriff genommen sowie die ersten Schritte bezüglich der Implementierung eines Netzwerks zur Gesundheitskompetenzförderung in der außerschulischen Jugendarbeit gesetzt. Zudem wird in Workshops das erworbene Wissen an zahlreiche weitere Jugendinformationsstellen und Einrichtungen der Offenen Jugendarbeit (aus anderen Bundesländern) vermittelt.

*Mag. Aleksandar Prvulović · Geschäftsführung Bundesnetzwerk Österreichische Jugendinfos (BÖJI)*  
*Mag.a Daniela Kern-Stoiber, MSc · Geschäftsführung Bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit (boJA)*

Der Verein **Bundesnetzwerk Österreichische Jugendinfos (BÖJI)** ist ein nationaler Zusammenschluss der Jugendinformationsstellen in Österreich. Hauptaufgaben des Vereins sind: Koordination von nationalen Projekten der Jugendinformation, nationale und internationale Vertretung & Vernetzung, Fortbildung & Qualitätssicherung sowie Ansprechpartner und Sprachrohr für Jugendinformation und die Themen der Jugendlichen.  
[www.jugendinfo.at](http://www.jugendinfo.at)

Das **bundesweite Netzwerk Offene Jugendarbeit (boJA)** ist Service, Koordinations- und Vernetzungsstelle für die Offene Jugendarbeit in Österreich sowie auch Fachstelle für die Qualitätsentwicklung im Bereich Offene Jugendarbeit. boJA ist zudem das Sprachrohr für das Handlungsfeld der Offenen Jugendarbeit – Ziel ist die Positionierung der Themen, Blickwinkel und Bedürfnisse der Offenen Jugendarbeit bzw. der Jugendlichen, die das Angebot der Offenen Jugendarbeit nutzen.  
[www.boja.at](http://www.boja.at)



## Physio Austria - Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Das fachliche Netzwerk Physiotherapie in der Pädiatrie von Physio Austria hat u.a. an der Arbeitsgruppe Versorgungsauftrag Pädiatrie teilgenommen und Physiotherapie-relevante Inputs geliefert. Wie die Endfassung ausschauen wird, ist noch nicht bekannt.

Das Jahr war auch geprägt durch die Mitarbeit bei der Internationalen Arbeitsgruppe zur Adaptation der UEMF – Leitlinien. Trotz der relativen Häufigkeit des Krankheitsbildes der Umschriebenen Entwicklungsstörung Motorischer Funktionen (UEMF; F82) hat sich die Fachwelt in Österreich noch wenig mit dieser Thematik auseinandergesetzt. Motorische Entwicklungsstörungen werden häufig fehlinterpretiert oder verharmlost. Die 2011 erschienene deutsch-schweizerische Versorgungsleitlinie zum Krankheitsbild wurde von RepräsentantInnen verschiedener medizinischer und therapeutischer Gesellschaften und Verbände einer Revision unterzogen. Erstmals waren auch VertreterInnen von Physio Austria dabei. Ein interdisziplinär besetztes Gremium überarbeitete die Leitlinie zu Definition, Diagnose und Untersuchung bei UEMF basierend auf internationalen Empfehlungen (EACD-Consensus).

Hinsichtlich der Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes sind Physio Austria und das fachliche Netzwerk Pädiatrie im Sinne der »Gesundheitsförderung von Anfang an – Prävention – Früherkennung – Frühtherapie – Kostendämmung« weiterhin dahinter, dass die Kompetenzen der PhysiotherapeutInnen hierin Berücksichtigung finden. Im zuständigen Gremium, der Facharbeitsgruppe für die Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes (FAG) des BMG sind weder PhysiotherapeutInnen noch andere Angehörige der medizinisch-technischen Dienste vertreten. Es wird jedoch versucht, die Überlegungen hinsichtlich der Feststellung von motorischen Entwicklungsauffälligkeiten mittels standardisierten Tests durch PhysiotherapeutInnen einzubringen. Ein Positionspapier zum Thema Screening steht hier zur Verfügung: [www.physioaustria.at/system/files/general/positionspapier\\_physiotherapeutische\\_paddiagnostik\\_022015.pdf](http://www.physioaustria.at/system/files/general/positionspapier_physiotherapeutische_paddiagnostik_022015.pdf)

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Kostenträger, Öffentlichkeit, Betroffene sowie PhysiotherapeutInnen selbst sollen sensibilisiert werden, wie wichtig die zeitgerechte und qualitätsvolle Versorgung mit Physiotherapie (auch zur Gesundheitsförderung) insbesondere im Kindes- und Jugendalter ist. Durch die Arbeit des fachlichen Netzwerkes wird hier auf fachlicher Ebene Grundlagenarbeit geleistet.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Zur Versorgungslage ist zu sagen, dass die Behauptung, dass die physiotherapeutische Versorgung flächendeckend gegeben ist, nicht nachvollziehbar ist. Wartelisten sind an der Tagesordnung, was auch im Zwischenbericht der ÖAR hinsichtlich des NAP Behinderung für den Bereich Kinder festgehalten wird. Wir werden weiter an einer Verbesserung der Situation arbeiten.

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

**Physio Austria** steht für Qualität in der Physiotherapie und verfolgt das Ziel der optimalen PatientInnenbehandlung durch gut aus- und weitergebildete PhysiotherapeutInnen, die sich ihrer Rechte und Pflichten und ihrer Verantwortungs- und Tätigkeitsbereiche bewusst sind. Als Interessensvertretung vertritt der Verband alle PhysiotherapeutInnen, bietet Weiterbildungen an und berät Studierende.

[www.physioaustria.at](http://www.physioaustria.at)

**pikler-hengstenberg-gesellschaft**

## Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Im April 2015 fand ein Seminar zur Pikler-SpielRaum-Arbeit mit Referentinnen aus dem Pikler-Institut in Budapest statt, sowie ein Reflexionstag zur Pikler-SpielRaum-Arbeit, an dem bereits erfahrene SpielRaum-Leiterinnen sich mit den ungarischen Kolleginnen über die Möglichkeiten und Herausforderungen dieses Eltern-Kind-Gruppen-Konzepts austauschten.

Weiters erstellten wir die Piker-Konvention für die Rechte der Kinder in Krippen, um darauf aufmerksam zu machen, was außerhäusliche Betreuung für Kinder in diesem Alter bedeutet und worauf es zu achten gilt, um ein Leben in der Krippe so zu organisieren, dass die Entwicklungsbedürfnisse kleiner Kinder erfüllt werden und sie keinen Schaden nehmen.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Inspiriert von den allgemeinen UN-Kinderrechten haben wir versucht, mit der Pikler-Konvention auf zwei Fragen zu antworten:

Was entspricht den Grundbedürfnissen von Kindern in diesem Alter?

Was bedeutet es für die Verantwortung der Erwachsenen, diese Bedürfnisse zu erfüllen?

Wir glauben, dass die so entstandenen »Rechte für Kinder in der Krippe« ebenso für andere außerfamiliäre Betreuungssituationen im frühkindlichen Alter gültig sind und dabei helfen können, förderliche Bedingungen für die Betreuung von kleinen Kindern zu schaffen.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Wir organisieren für das Jahr 2016 die 2. Pikler-Krippentagung. Sie wird von 5.-7.5.2016 wieder im Bildungszentrum St. Virgil stattfinden mit dem Thema: »Die Bedeutung der Pflegesituationen für Sicherheit und Wohlbefinden des Kindes in der Krippe«. Ziel dieser Tagung ist es, Einblicke in die Erfahrungen der Pikler®-Krippe in Budapest und in bereits in diesem Sinne arbeitende Kleinkindgruppen in Österreich, Deutschland und der Schweiz zu geben.

*Mag.a Daniela M. I. Pichler-Bogner · Obfrau*

Die **Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft** beschäftigt sich auf unterschiedlichen Ebenen mit der Verbreitung der Pikler®-Pädagogik: \* durch die Pikler-SpielRaum-Gruppen, in denen Eltern ihre Kinder aufmerksam beim freien Spiel beobachten und in ihren Selbstständigkeitsbestrebungen kennen lernen können; \* durch das Pikler-Ausbildungscurriculum für Krippenpädagoginnen; \* durch pädagogische Reflexion mit Familien und Fachleuten.

[www.pikler-hengstenberg.at](http://www.pikler-hengstenberg.at)



## RAINBOWS

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Zusätzlich zu unseren Kernangeboten – den RAINBOWS-Gruppen nach Trennung/Scheidung und der Trauerbegleitung nach dem Tod eines nahestehenden Menschen – haben wir uns im Jahr 2015 verstärkt mit der Altersgruppe der Jugendlichen auseinandergesetzt, die eine Trennung/Scheidung ihrer Eltern erlebt haben.

Die RAINBOWS YOUTH-Gruppen setzen bei der Lebenswelt der Jugendlichen an, ermöglichen ein hohes Maß an Partizipation, die Themen, Methoden und die Struktur sind abgestimmt auf die Bedürfnisse und Interessen der 13- bis 17-Jährigen. So treffen sie sich an 5-6 Nachmittagen, die flexibel vereinbart werden. Die ersten YOUTH-Gruppen, die stattgefunden haben, wurden sehr gut angenommen!

Ein weiterer Schwerpunkt war die Entwicklung eines Konzepts für die Einzelbegleitung von Kindern nach Trennung/Scheidung, die aufgrund dieser Familiensituation besonders belastet sind, um die Zeit bis zum Start der nächsten RAINBOWS Gruppe zu überbrücken. Ziel ist die Entlastung und Stärkung der betroffenen Kinder und Jugendlichen in dieser krisenhaften Zeit.

Ein besonderes Highlight war das erste Tagescamp für Volksschulkinder nach einer Trennung/Scheidung in Wien, welches für die Kinder/Eltern und auch für das RAINBOWS-Team als sehr bereichernd und stärkend erlebt wurde.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Eine Trennung/Scheidung der Eltern oder der Tod eines nahestehenden Menschen stellt für jedes Kind ein einschneidendes Erlebnis dar und kann langfristige negative gesundheitliche Auswirkungen haben. Haltung von RAINBOWS ist, dass jedes Kind – unabhängig von der finanziellen Situation der Eltern – im Anfall eine professionelle Begleitung erhalten soll.

Wir sind daher bemüht, SpenderInnen und SponsorInnen zu finden, die dies möglich machen.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Wir werden im nächsten Jahr unsere Angebote regional ausbauen, um möglichst wohnortnah die betroffenen Kinder/Jugendlichen und ihre Familien unterstützen zu können. Auch die RAINBOWS-Tagescamps für Volksschulkinder sollen in einigen Landeshauptstädten im nächsten Sommer angeboten werden.

So wie in den letzten 20 Jahren ist es uns auch weiterhin ein großes Anliegen, die breite Öffentlichkeit für die Situation, die Bedürfnisse und die Anliegen von Kindern und Jugendlichen mit Trennungs- und Verlusterlebnissen zu sensibilisieren. Ein weiterer Schwerpunkt wird darin liegen, die finanzielle Situation zu verbessern, um der steigenden Nachfrage auch in Zukunft in hoher Qualität und Professionalität nachkommen zu können.

*Mag.a Dagmar Bojdunyk-Rack · Geschäftsführerin*

**RAINBOWS** hilft Kindern und Jugendlichen in stürmischen Zeiten – bei Trennung, Scheidung oder Tod naher Bezugspersonen. Die Kinder lernen, Trauer aufgrund von Trennungs- und Verlusterlebnissen mitzuteilen und zu verarbeiten, damit das Leben in der veränderten Familiensituation positiv gestaltet werden kann.

[www.rainbows.at](http://www.rainbows.at)





## Rudolf Ekstein Zentrum - Zentrum für Inklusiv- und Sonderpädagogik

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

- Wir arbeiteten im letzten Jahr u.a. intensiv an der inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung unserer Mosaikklassen, um unseren SchülerInnen die Anbindung an ihre Stammschule ehe baldigst zu ermöglichen.
- Im Herbst unterstützten unsere PsychagogInnen die Integration von Flüchtlingskindern an ihren Schulen.
- Ein weiterer Schwerpunkt war Präventionsarbeit, um die Radikalisierung von Jugendlichen zu verhindern.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

- Psychagoginnen und Psychagogen sowie mobile Mosaiklehrerinnen unterstützen Schulen/ Klassen/ LehrerInnen dabei zu verstehen, wie durch die Gestaltung einer entwicklungsfördernden Lernumgebung und aktive Beziehungsangebote Inklusion gelebt werden kann. Begleitung, Beratung, Interventionen sowie Vernetzung aller am Entwicklungsprozess beteiligten Beziehungspersonen sowie die Einbeziehung unterstützender Institutionen bilden dabei Arbeitsschwerpunkte.
- 1x wöchentlich verbringen seit diesem Schuljahr unsere SchülerInnen der Mosaikklassen einen Vormittag auf einem Bauernhof, wo sie direkten Bezug zur Natur und zu gesunden Nahrungsmitteln bekommen.
- Ganz allgemein gibt es seit einem Jahr an Wiener Schulen das »EU-Schulobstprogramm«. Unsere SchülerInnen bekommen wöchentlich Bio-Obst und Gemüse. Durch das gemeinsame Kochen lernen die Kinder wie wohlschmeckend Gesundes ist.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

- Wir werden 40 Jahre »Unterstützungssysteme im sozial-emotionalen Bereich« feiern. (Psychagogik)
- Der Fokus auf die Weiterentwicklung der Mosaiklassenarbeit bleibt auch dieses Jahr.

- Unsere SchülerInnen werden in einem »Schulgartl« Beete bestellen können und der Bezug zur Natur wird dadurch weiter gefördert – bisher hatten wir nicht einmal einen Pausenhof!
- Es soll an manchen Wiener Schulen mit der »neuen Autorität« (nach Haim Ohmer) gearbeitet werden. PsychagogInnen und mobile MosaiklehrerInnen arbeiten seit jeher nach den Grundsätzen, die Haim Ohmer nun propagiert und sind daher gut in der Lage, den jeweiligen Lehrkörper an ihren Einsatzschulen zu überzeugen, dass Schule große Verantwortung für die seelische Gesundheit und Gesundung der Schüler und Schülerinnen trägt.
- In unserer speziellen Schule wäre die Zusammenarbeit mit einem/einer konsiliarischen Kinder- und Jugendpsychiater/in sehr förderlich und würde oft die Arbeitsprozesse für uns und mit unseren Kindern erleichtern.
- Wir würden uns wünschen, dass PsychagogInnen (aber auch BeratungslehrerInnen) jeweils nur für eine Schule zuständig wären – also eine Ressourcenfrage.

HDn. Madeleine Castka · Schulleiterin

Das **Rudolf Ekstein Zentrum** bietet Unterstützung für Schülerinnen und Schüler an Wiener Pflichtschulen, die durch ihr Verhalten darauf hinweisen, dass belastende Themen und besondere Bedürfnisse in der sozialen und emotionalen Entwicklung dem Lernen im Wege stehen. Hauptschwerpunkt ist die Inklusion von Kindern im Regelschulsystem mithilfe von PsychagogInnen und MosaiklehrerInnen.  
[www.rez.at](http://www.rez.at)



## SHG Rheumalis

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Der Schwerpunkt der SHG Rheumalis lag auch heuer wieder in der intensiven Betreuung der Eltern, ihrer Kinder und unser jungen Erwachsenen, alle Anliegen, Fragen und Hilfestellungen betreffend. Ein besonderes Highlight war das 10-jährige Jubiläum unser jährlich im Sommer stattfindenden Therapiewoche, die eine Rundumversorgung von Patienten und Angehörigen beinhaltet. Doch heuer war es sehr wichtig den Ausbau der Aufklärung in Schulen und Kindergärten zu forcieren.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Auf der diesjährigen Therapiewoche begleitete uns ein Filmteam, das einen Einblick in das tägliche Leben eines Rheumakindes und dessen Angehörigen vermittelt und uns mit diesem Beitrag die Möglichkeit gibt, Kinder, Schüler, vor allem aber Pädagogen besser zu erreichen. Denn leider ist die Wahrnehmung der betreuenden Personen eine andere, als die von der Krankheit Betroffenen.

Weiters soll dieser zeigen, dass besonders in der Chancengleichheit, die leider bei weitem noch lange nicht erreicht ist, ein besonders wichtiges Thema in der Aufklärung liegt. Diese Chancengleichheit, die oft nur als Kleinigkeit gesehen wird, ist aber für den Betroffenen sehr essentiell (Bsp.: schreiben auf dem Laptop statt mit der Hand, Ausflüge, Abschlussveranstaltungen und vieles mehr mit den Betroffenen abstimmen).

Außerdem muss die Ausrichtung weiter in die Transition gehen. Die Betreuung und Behandlung der Kinder und Jugendlichen wird von einem Kinderrheumatologen durchgeführt, die jedoch nur ca. bis zum 19. Lebensjahr läuft, danach übernimmt der Erwachsenenrheumatologe. Doch dieser Übergang ist sehr schwierig. Aus diesem Grund ist das eigenerforderliche Management über die Krankheit ein wichtiger Bestandteil.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Patientenschulungen, beginnend schon bei dem kleinsten, spielerischem Erlernen mit dem Puppentheater sowie auch Stofftiersprechstunden, bis hin zur qualifizierten Schulung durch Ärzte und persönlich erlernten Arztgesprächen, sind hier ein wesentlicher Teil der Arbeit des bevorstehenden Jahres.

*Karin Formanek · Leitung*

Die **SHG Rheumalis** ist die Selbsthilfegruppe für Eltern rheumakrankter Kinder und Jugendlicher. Die Tätigkeit der SHG konzentriert sich auf die Unterstützung von Betroffenen in Form von Beratung, Veranstaltungen von Treffen und Informationsmessen, sowie Therapiewochen für Kinder und deren Angehörige.  
[www.rheumalis.org](http://www.rheumalis.org)



## SOS Kinderdorf

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Im Fokus standen die Herausforderungen, die die große Zahl an Kindern und Jugendlichen auf der Flucht mit sich brachte. So gelang es bis zum Ende des Jahres, über 100 zusätzliche Plätze für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge bzw. für Mütter mit Kleinkindern zu schaffen. Entsprechend der engen Verknüpfung von förderlichen Beziehungsangeboten mit einer positiven Entwicklung der psychosozialen Gesundheit legen wir unabdingbaren Wert auf kleine Betreuungsgruppen. Dies im besonderen Kontrast zu Großquartieren.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

SOS-Kinderdorf betreut unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in kleinen Wohngruppen (max. 15) oder in familienähnlichen Settings gemeinsam mit österreichischen Kindern und Jugendlichen mit spezifisch ausgebildetem Betreuungspersonal. Dadurch werden

- gesundheitliche Bedürfnisse rechtzeitig erkannt und adäquat behandelt,
- Traumatisierungen erkannt und einer passenden Behandlung zugeführt,
- sequentielle (Re-)Traumatisierungen verhindert, die – wenn unbehandelt – zu massiven Folgekosten und vor allem Leiden der Betroffenen über Jahre hinaus führen können,
- sozio-kulturelle Unterschiede hinreichend berücksichtigt. Einer Verschiebung von Symptomen oder Radikalisierung – in welche Richtung auch immer – durch Nicht-Eingehen auf eben kulturell bedingte Besonderheiten soll dadurch entgegengewirkt werden.

Zudem nimmt SOS-Kinderdorf als NGO aktiv am Integrationsjahr Asyl teil.

Interessant zu erwähnen ist eine interne Erhebung, die wir in unseren stationären Angeboten durchgeführt haben: Thema »Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen« mit dem

Ziel, den Unterstützungsbedarf dieser Zielgruppe besser abzuschätzen.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

- Weiterführung dieser Betreuungslinie und weitere Aufnahme von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen
- Aufnahme von minderjährigen Flüchtlingen gemeinsam mit ihren erwachsenen Verwandten. Damit ist der Erhalt einer familiären Bindung gewährleistet und ermöglicht die Aufrechterhaltung von kulturellen Identitäten.
- 2016 soll eindeutig geklärt werden, dass UMFs ausschließlich durch die Kinder und Jugendhilfe betreut werden und österreichischen Kindern und Jugendlichen völlig gleich gestellt sind. Zudem: Forderung nach einer praktischen, nicht nur theoretischen Möglichkeit für UMFs in Österreich zu Psychotherapie zu kommen, Stichwort Wartezeiten und Sprachbarriere.
- Weiterhin Engagement in der Frage 18+: Die Unsicherheit, ob Betreuung und Beratung über das 18. Lj. hinaus weiter geht, kann zu psychischen Belastungen und Lebenskrisen führen. Die Gruppe von Jugendlichen in der Kinder- und Jugendhilfe wird auf alle Fälle psychisch mehr gefordert. Ausbildungsplatzwechsel wird faktisch unmöglich – arbeiten in einem ungeliebten Beruf macht krank.

*Mag.a Elisabeth Hauser · Leitung Fachbereich Pädagogik*

Die zentrale Vision von **SOS-Kinderdorf** ist es, Kindern ein liebevolles Zuhause in Würde und Wärme zu ermöglichen, sie und ihre Familien in schwierigen Lebenslagen zu unterstützen, gemeinsam mit ihnen Wege aus der Krise zu suchen. Wir stehen dafür ein, Kindern und Jugendlichen eine Basis zu geben, auf der sie aufbauen können. Und wir stehen dafür ein, in der Gesellschaft deutliche Akzente für Kinder und Jugendliche zu setzen.

[www.sos-kinderdorf.at](http://www.sos-kinderdorf.at)



## SPORTUNION Österreich

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Bezogen auf die Aktivitäten für Kinder und Jugendliche lagen die Schwerpunkte der SPORTUNION 2015 auf den drei großen bundesweiten Kinderbewegungsprojekten UGOTCHI, Kinder gesund bewegen und School Challenge.

**UGOTCHI – Punkten mit Klasse** hat im Jahr 2015 knapp 50.000 Volksschulkinder zu mehr Bewegung in der Schule, in der Familie, im Sportverein und allgemein in der Freizeit animiert und darüber hinaus für gesunde Ernährung und »das Miteinander« sensibilisiert.

Im Rahmen der vom Sportminister geförderten Initiative Kinder gesund bewegen hat alleine die SPORTUNION knapp 40.000 Bewegungseinheiten in Kindergärten und Volksschulen durchgeführt. Kinder sollen durch spaßorientierte und polysportive Bewegungseinheiten vermehrt Freude an Sport und Bewegung erfahren. PädagogInnen erhalten neue Impulse und Ideen für die Gestaltung ihres eigenen Sport- und Bewegungsunterrichts.

Mit der School Challenge bringt die SPORTUNION 10- bis 14-jährige SchülerInnen gleich klassenweise zum Trendsport. Rund 10.000 SchülerInnen wurden mit Freerunning, Hip Hop, Slackline und Dodgeball neue Zugänge zu Sport und Bewegung näher gebracht.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Die SPORTUNION setzt in ihren bundesweiten Bewegungsprojekten bewusst auf die Kooperation von Schule und Verein, um allen Kindern und Jugendlichen der Schule die Möglichkeit zu geben, die Angebote der Sportvereine in Anspruch nehmen zu können. Gleichzeitig werden Zugangsbarrieren zu Sportvereinen für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche abgebaut. Der Großteil der geförderten Bewegungseinheiten wird kostenlos während der

Schulbetreuungszeiten durchgeführt, was die Möglichkeit zur Teilnahme für alle SchülerInnen sicherstellt.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Wir setzen unseren Weg mit den drei großen Bewegungsprojekten mit mindestens dem gleichen Umfang und der gleichen Intensität fort. Die School Challenge wird zur U-Tour und setzt verstärkt auf die Förderung von lokalen Schulen und Vereinsk Kooperationen.

*Mag. Thomas Mlinek, MBA · Leiter der Sportabteilung Sportunion Österreich*

Die **Sportunion Österreich** ist ein Sportdachverband, der über 4000 Vereine vertritt. Wir tragen durch unsere professionellen Unterstützungs- und Beratungsleistungen, Sportpartizipationsprogramme und Projektinitiativen maßgeblich zu einer dynamischen Sportentwicklung in Österreich bei. Bewegungsinitiativen für Kinder und Jugendliche sind dabei ein besonderer Fokus.  
[www.sportunion.at](http://www.sportunion.at)



## Verband der Diaetologen Österreichs

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Von Oktober 2014 bis Sommer 2015 absolvierten 12 Kolleginnen und ein Kollege den ersten österreichischen Zertifikatskurs für pädiatrische Diaetologie in Theorie und Praxis.

Ein Spektrum an anerkannten ReferentInnen sowie die Synthese aus klassischen ernährungsmedizinischen Themen einerseits und Psychologie und Pädagogik andererseits wurde als signifikante Bereicherung wahrgenommen. Den Bogen zwischen intra- und extramural, zwischen Prävention und Kuration zu spannen, war die Herausforderung, welche von den Organisatorinnen und den TeilnehmerInnen gleichermaßen angenommen und bewältigt wurde. Der österreichweite Arbeitskreis der klinisch pädiatrischen DiaetologInnen besteht als virtuelles Forum zum laufenden Austausch.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Die Notwendigkeit evidenzbasierter Ernährungstherapie im Kindesalter ist unbestritten, nur wird sie in Österreich außerhalb von Krankenhäusern nicht finanziert. Das bedeutet, dass Eltern jegliche extramurale Therapie selbst bezahlen müssen. Die Situation ist ähnlich wie in der Psychotherapie, nur dass es bei uns auch keine Modellplätze gibt. Daraus ergibt sich eine klare Benachteiligung von Kindern weniger wohlhabender Eltern. Wir setzen uns seit Jahren für die Kostenübernahme ernährungsmedizinischer Therapie durch den Hauptverband ein.

Themenbezogene Gesundheitsförderung: Wir beschäftigen uns als eine der ganz wenigen mit der bedarfsgerechten Ernährung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen und veranstalten Fortbildungen für ein multiprofessionelles Publikum.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Wir wollen uns als Berufsgruppe vermehrt in Prozesse der Entwicklung von pädagogischen Einrichtungen wie Kindergärten, Schulen und Tagesstätten bezüglich Verpflegung einbringen. Während alle Welt von der Wichtigkeit der gesunden Ernährung im Kindesalter spricht, erleben wir ratlose KindergartenleiterInnen in Sachen Allergenkennzeichnungsverordnung. Kinder mit Zöliakie, Diabetes und anderen ernährungstherapeutisch zu behandelnden Erkrankungen werden immer öfter nicht in Kindergärten und Schulen aufgenommen, weil man die Verantwortung für die Umsetzung der erforderlichen Diätformen nicht übernehmen will. Hier müssen DiaetologInnen vor Ort beratend und unterstützend zur Verfügung stehen, um die Inklusion dieser Kinder zu gewährleisten.

*Mag.a Petra Wohlfahrtstätter · Arbeitskreis Pädiatrie*

Der **Verband der Diaetologen Österreichs** vertritt als Berufsverband die Berufsgruppe und betreibt aktiv Berufspolitik. In diesem Zusammenhang hat er sich zu einem wichtigen Partner im Gesundheitswesen entwickelt und ist in vielen bedeutenden Gremien und Organisationen vertreten. Weitere wichtige Aufgaben sind Qualitätssicherung; Öffentlichkeitsarbeit und Mitgliederservice.  
[www.diaetologen.at](http://www.diaetologen.at)



## Verein Contrast

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Im Jahr 2015 durften wir unser 30-jähriges Bestehen feiern. 1985 wurde der gemeinnützige Verein »ARGE Frühförderung für sehgeschädigte Kinder« gegründet und war somit österreichweit einer der ersten Anbieter einer frühen Förderung im Bereich der Blinden- und Sehbehindertenpädagogik. 1999 wurde ein neuer Vereinsname gewählt: »Contrast« – Frühförderung für blinde, sehbehinderte und mehrfachbehindert-sehgeschädigte Kinder. Im Moment werden ca. 230 Familien aus Wien, Niederösterreich und dem Burgenland betreut.

Ein weiterer Schwerpunkt in diesem Jahr war, dass wir durch Gespräche mit den Kostenträgern und dem großen Engagement der Mitarbeiterinnen das Weiterexistieren des Vereins für die nächsten Jahre sichern konnten. Wir wollen sicherstellen, dass Frühförderung in hoher Qualität und im notwendigen Ausmaß angeboten werden kann.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Frühförderung von CONTRAST setzt sich zum Ziel, sehbehinderten und blinden Kindern die bestmöglichen Entwicklungschancen und einen optimalen Start ins Schulleben zu bieten. Die zeitlichen und finanziellen Ressourcen unserer Organisation sind begrenzt. Dennoch sollen alle von Sehbehinderung oder Blindheit betroffenen Kinder unabhängig von deren sozioökonomischen Status, der Nationalität oder der Wohnregion sowie anderer Faktoren, die zu sozialer Ungleichbehandlung führen können, abhängig von deren individuellen Bedarf an Beratung und Begleitung rasche Unterstützung erhalten!

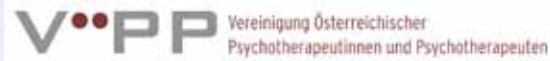
### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Im Jahr 2016 wollen wir die Erfassung der von Sehbehinderung oder Blindheit betroffenen Kinder durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit und einer intensiven Zusammenarbeit mit anderen Institutionen verbessern.

Einer der Grundgedanken von Frühförderung ist die ganzheitliche Förderung unter Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse von sehgeschädigten Kindern. Wir werden die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachleuten weiter ausbauen und unser Angebot durch LPF (Lebenspraktische Fertigkeiten), OM (Mobilitätstraining), Echolokalisation (Klicksonartechnik – »Sehen durch Hören«) und Low Vision Abklärung (differenzierte Abklärung des Förder- und Hilfsmittelbedarfs) erweitern.

*Mag.a Michaela Ennöckl · Pädagogische Leitung*

**Verein Contrast** bietet Frühförderung für Familien an, deren Kinder blind oder sehbehindert sind. Unser Ziel ist, durch spezielle Reize und Angebote die Sehentwicklung optimal in Gang zu bringen, das vorhandene Sehen gut zu nutzen und einer sekundären Entwicklungsverzögerung durch die Auswirkungen der Sehschädigung entgegenzuwirken. Gleichzeitig werden die Familien in der für sie neuen Situation begleitet. [www.contrast.or.at](http://www.contrast.or.at)



## Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Eine wichtige Aufgabe sieht die VÖPP darin, Fort- und Weiterbildung zur Kompetenzerweiterung für Berufsgruppen anzubieten, die mit Kindern arbeiten, um spezialisiertes Wissen zu vermitteln. Es wurden über die VÖPP Akademie mehrere Weiterbildungslehrgänge für Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Wien, Linz und Salzburg gestartet, sowie Spezialseminare für Arbeit mit Kindern mit Migrationshintergrund, Diagnostikseminare und Fortbildungen zu verschiedenen Störungsbildern des Kindesalters.

Das Thema Fertilität war in diesem Jahr sehr präsent. Die VÖPP ist Mitglied im ExpertInnenbeirat zur Neuerungstellung einer Broschüre zur In vitro Fertilisation und engagiert sich zur Frage »Grenzen der Fertilität«.

Zum aktuellen und dringenden Thema Flüchtlinge sponsert die VÖPP Akademie Informationsseminare, die Auskunft über Leben, Kultur und Religion der aktuellen Flüchtlingspopulation geben. Diese kostenfreien Seminare erfreuen sich besonderen Zuspruchs, werden in Wien und Salzburg angeboten und sollen professionellen und Laienhelfern ermöglichen, wichtiges Hintergrundwissen zu erwerben.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

**Scheidungsberatung:** Die VÖPP bietet gerichtlich anerkannte Einzel-/Paar- und Gruppenberatungen (nach § 95 Abs 1a) an. Wichtig ist, dass sich Eltern in dieser Phase mit den Bedürfnissen ihrer Kinder auseinandersetzen, darauf vorbereiten, wie Kinder eine Trennung erleben, was ein Kind in dieser Zeit am meisten braucht. Dabei werden sowohl entwicklungspsychologische als auch familiendynamische und systemische Aspekte beleuchtet. Es stehen die kindlichen Perspektiven und das Bedürfnis der Kinder nach Stabilität und Sicherheit im Mittelpunkt, die Erhaltung oder das wieder Herstellen der seelischen Gesundheit.

**Kostenfreie Erstberatung** und Informationsstelle bei psychischen Problemen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

2016 ist in der VÖPP Akademie dem Schwerpunktthema Kinder und Jugendliche gewidmet. Spezialseminare, ein Weiterbildungslehrgang und Vorträge werden sich mit Trauma, speziellen Störungsbildern und dem Umgang mit Flüchtlingskindern beschäftigen.

Die VÖPP wird sich weiter dafür engagieren, dass mehr kassenfinanzierte Psychotherapieplätze für Kinder zur Verfügung stehen.

*Univ.-Doz. Dr.in Jutta Fiegl · Präsidentin*

Die **VÖPP** ist die Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und vertritt als Verband gemeinsame berufspolitische, wirtschaftliche und soziale Interessen der Mitglieder. Die VÖPP Akademie bietet laufend Fort- und Weiterbildungen im psychotherapeutischen Bereich an.  
[www.voep.at](http://www.voep.at)



## Verband der international zertifizierten Still- und LaktationsberaterInnen in Österreich

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Die Fortbildungsveranstaltung des VSLÖ 2015 zum Thema »Zwischen den Kulturen-Stillberatung verbindet« im Februar in Wien hat, die Flüchtlingssituation vorwegnehmend, interessante Informationen über andere Kulturen von internationalen Vortragenden geboten und wir konnten uns über viele positive Rückmeldungen freuen. Die Thementage »Eigentlich sollte ich glücklich sein« in Innsbruck und der Stillkongress in Linz »Vielfalt-fächerübergreifend« waren gut besucht und haben reges Interesse hervorgerufen.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Stillen fördert die Bindung zwischen Mutter und Kind, schafft die Basis für einen gesunden Start ins Leben, da es die optimale Ernährungsmöglichkeit eines Säuglings ist und es fördert die Frauengesundheit. Gut gebundene, gesunde Kinder schreiten sicher durchs Leben. Das Familienbudget wird wesentlich entlastet, wenn keine Formulanahrung angeschafft werden muss. Die Möglichkeit diese Vorteile zu nützen, muss jeder Familie gegeben werden, egal aus welcher wirtschaftlichen und kulturellen Schicht sie kommt. So gesehen ist Stillförderung immer auch Unterstützung der Chancengleichheit!

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Wir werden auch 2016 den Müttern in ihrem Wunsch zu Stillen einfühlsam begleitend und mit der fachlichen Kompetenz der IBCLC zur Seite stehen. Um auch weiterhin das hohe Niveau unserer Mitglieder zu halten, planen wir für 2016 Fortbildungen zu den Themen »Stillen in der modernen Gesellschaft« in Innsbruck, »Kaiserschnitt und Bonding« in Wien und im Herbst in Leoben zwei weitere Tage voller Themenvielfalt.

Die Zusatzqualifikation Still- und Laktationsberaterin IBCLC braucht einen rechtlich definierten Platz im österreichischen Gesundheitssystem zur Betreuung von Mutter und Kind in allen Fragen rund ums Thema. Das wird auch 2016 unsere Zielsetzung sein.

*Elisabeth Schlögl · Sponsoring*

Der **Verband der international zertifizierten Still- und LaktationsberaterInnen in Österreich (VSLÖ)** bietet Aus- und Fortbildung, Fachwissen und fundierte Beratung zum Thema Stillen. Der Verband setzt sich für die Anerkennung und Honorierung von Stillberatung im Gesundheitswesen, sowie für die öffentliche Bewusstseinsbildung über die Wichtigkeit des Stillens ein.  
[www.stillen.at](http://www.stillen.at)





## Wiener Hilfswerk

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

#### *Sensorische Integrations-Spielgruppe*

Die Sinnesförderung steht im Mittelpunkt dieser Spielgruppe. Die Kinder können wertvolle Erfahrungen im Bereich der Basissinne sammeln und gleichzeitig wird die Entwicklung gefördert.

#### *Eltern-/Vernetzungs-/Schwerpunktgruppen*

Der Austausch und die Vernetzung von Familien in ähnlichen Lebenssituationen stehen hierbei im Vordergrund. Das Team unterstützt die Eltern, die die Gruppen initiieren, in der Programmgestaltung, Umsetzung und Durchführung der Gruppen. Ebenso fungiert das Betreuungspersonal als Ansprechpartner bei Fragen und Unterstützung in der Kinderbetreuung.

Im Jahr 2015 gab es folgende Gruppenangebote: Down-Syndrom Spielgruppe, Pflegeeltern-Netzwerk Treffen, Frühchen-Gruppe für Eltern frühgeborener Kinder.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Die Spielothek des Wiener Hilfswerks ist ein Treffpunkt für Kinder von 0-12 Jahren mit und ohne Entwicklungsverzögerung oder Behinderung und deren Familien und Freunde.

Die Kernkompetenz der Einrichtung liegt in der Förderung der Freizeitaktivitäten von Kindern mit Entwicklungsverzögerung oder Behinderung und hat somit ihren Schwerpunkt auf der präventiven Ebene, da durch die frühe Förderung die Entwicklung verbessert werden kann, durch Austausch und Vernetzung die Situation der Familien entlastet und gestärkt werden kann, sowie durch die Betreuungsmöglichkeit auch wichtige Zeitressourcen für Eltern geschaffen werden können. Die Spielothek ist eine niederschwellige Freizeiteinrichtung, dies bedeutet, dass sich die Angebote grundlegend von Therapieangeboten unterscheiden.

Hauptanliegen ist es, die Freizeitaktivitäten von Kindern mit Entwicklungsverzögerung oder Behinderung, je nach individuellen Fähigkeiten, zu erweitern und zu fördern. Dies geschieht durch vielfältige und speziell auf die Zielgruppe abgestimmte Angebote und einer laufenden Adaption des Programms. Eltern werden frühzeitig und professionell unterstützt, und somit kann die Lebensqualität und die Gesundheit der ganzen Familie verbessert werden.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Die Spielothek wird sich 2016 vermehrt Kindern und deren Eltern mit Migrationshintergrund widmen. Wir freuen uns, als Wiener Hilfswerk in der Flüchtlingshilfe tätig zu sein, wo wir mit unserer Erfahrung den Familien auch Unterstützung in der Grundversorgung anbieten. Gesundheitsberatungen und Integrationstreffen ermöglichen einen positiven Austausch mit anderen Familien.

*DI Evi Pohl-Iser · stv. Geschäftsführung*

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 Seniorengemeinschaften bis hin zu Kinderbetreuung durch Tagesmütter, Nachbarschaftszentren, Freizeiteinrichtungen für Menschen mit Behinderung, Arbeitslosenintegration, Sozialmärkte und sozial betreuten Wohnhäusern.

[www.hilfswerk.at/wien](http://www.hilfswerk.at/wien)



## Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Die Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH hat im heurigen Jahr offiziell ihr viertes Ambulatorium für Entwicklungsförderung von Kindern bis 10 Jahre in Wien eröffnet. Damit wurde ein weiterer, wesentlicher Schritt in der Gesundheitsreform umgesetzt. Um der Öffentlichkeit und der Politik einen Eindruck der Arbeit zu vermitteln, kamen die Kinder und Eltern bei der Eröffnungsveranstaltung direkt zu Wort und zeichneten ein sensibles Bild aus ihrem Alltag und von den Entwicklungsschritten, die im Zentrum für Entwicklungsförderung (ZEF) gemacht wurden. Therapieerfolge werden sichtbar, wenn sich Kinder und ihre Familien wohl fühlen und angenommen werden.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Die Angebote der Wiener Sozialdienste kommen allen Kindern und Jugendlichen der jeweiligen Zielgruppe zugute, sie sind niederschwellig zugänglich und für anspruchsberechtigte Familien kostenfrei. Gleichzeitig wird sowohl in der Mobilen Frühförderung als auch in den ZEF begleitend Unterstützung durch SozialarbeiterInnen angeboten.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Von den Wiener Sozialdiensten wird das Präventionsprogramm, das »Wiener Netzwerk Entwicklungsbegleitung«, das als Risikokinderprogramm von den Entwicklungsdiagnostiken der MA15 begründet und inzwischen weiterentwickelt wurde, in einem nächsten Schritt ab Herbst 2016 auch vom VKKJ angeboten werden. Für Kinder mit einem schwierigen Start ins Leben wird dabei zu festgelegten Terminen vom Säuglings- bis zum Schulalter eine entwicklungsdiagnostische Untersuchung und Beratung angeboten. Damit wurde ein weiterer, wichtiger Schritt zur niederschweligen Gesundheitsversorgung für Kinder in Wien gelegt.

*Gisela Kersting-Kristof, MBA · Geschäftsführerin*

Das Leistungsspektrum der **Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH** reicht von teil- und vollbetreuten Wohnformen und der Tagesstruktur HandWerk für Erwachsene über Basale Förderklassen für mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche, die Mobile Frühförderung und Familienbegleitung bis hin zu den vier Zentren für Entwicklungsförderung, in denen Diagnostik, begleitende Beratung und Therapien für Kinder (bis 10 Jahre) und deren Familien stattfinden.  
[www.wienersozialdienste.at](http://www.wienersozialdienste.at)



Wiens *mobiles* Kinderhospiz

## Wiens mobiles Kinderhospiz MOMO

### Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Ein Schwerpunkt im letzten Jahr war der Ausbau der psychosozialen Begleitung schwerstkranker Kinder und ihrer Familien. Denn, wenn ein Kind schwer krank ist, gerät oft das gesamte Familiensystem ins Wanken. Neben der medizinischen Versorgung, haben die psychologische, sozialarbeiterische und seelsorgerische Betreuung sowie die Hospizbegleitung einen hohen Stellenwert. Im Jahr 2015 besuchten bereits 16 ausgebildete ehrenamtliche HospizbegleiterInnen Familien regelmäßig. Dank der großzügigen Unterstützung von «Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmenpharmavertrag, eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung» ist seit dem Frühjahr eine Klinische und Gesundheitspsychologin im Einsatz und auch die Stelle der Sozialarbeiterin konnte ausgebaut werden.

### Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Sorgen und Ängste, die aufwändige Pflege des schwerstkranken Kindes sowie die finanzielle Belastung, lassen Eltern häufig an ihre Grenzen stoßen. Geschwister suchen nach Aufmerksamkeit und stehen häufig in der zweiten Reihe. Das MOMO-Team nimmt sich ihrer Probleme an, hört zu, hilft und stützt. Durch die medizinische und psychosoziale Versorgung in vertrauter Umgebung, können die PatientInnen und ihre Familie Vertrauen aufbauen, Sicherheit gewinnen und ihr Wohlbefinden steigern.

Wiens mobiles Kinderhospiz MOMO setzt sich auch für das Recht eines jeden schwerstkranken Kindes, auf eine professionelle, erreichbare und leistbare Hospiz- und Palliativversorgung, ein. MOMO-Leiterin und Kinderärztin Dr. Martina Kronberger-Vollnhofer kam in den Sitzungen der parlamentarischen Enquete-Kommission »Würde am Ende des Lebens« zu Wort und thematisierte den notwendigen Ausbau und die Finanzierung von Kinderpalliativ- und Hospizangeboten in Österreich. Der Abschlussbericht an den Nationalrat ist ein gelungener Fahrplan. Jetzt

muss eine rasche Umsetzung folgen, forderte Wiens mobiles Kinderhospiz MOMO in einer Pressekonferenz im März, denn der Weg zu einer flächendeckenden Versorgung ist noch weit.

### Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Seit dem Start im März 2013 haben sich bereits über 100 Familien bei Wiens mobilem Kinderhospiz MOMO gemeldet und laufend erreichen das Team neue Betreuungsanfragen. Nur die großartige Unterstützung von SpenderInnen macht möglich, dass diese Begleitung für betroffene Familien kostenlos sein kann. Auch im Jahr 2016 braucht MOMO dringend Hilfe, da die Finanzierung nach wie vor noch nicht gesichert ist. Um jedem schwerstkranken Kind und jeder Familie individuell und bestmöglich helfen zu können, muss das MOMO-Team noch wachsen. Im Jahr 2016 soll das Team um eine Kinderärztin erweitert werden.

*Mag.a Nina Hollinger · Öffentlichkeitsarbeit & Fundraising*

**Wiens mobiles Kinderhospiz MOMO** hilft, wenn Familien ihre schwerkranken Kinder und Jugendlichen zu Hause betreuen. MOMO organisiert die notwendige Unterstützung für die gesamte Familie: medizinische Versorgung, pflegerische Betreuung durch die mobile Kinderkrankenpflege MOKI-Wien, ehrenamtliche und seelsorgerische Begleitung sowie psychosoziale Beratung. Die Begleitung ist für betroffene Familien kostenlos und nach wie vor rein spendenfinanziert.

[www.kinderhospizmomo.at](http://www.kinderhospizmomo.at)

## Kontaktdaten

### **Berufsverbände und Fachgesellschaften:**

#### **Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich**

*Martha Böhm (Präsidentin) und  
Eva Mosar-Mischling (Delegierte)*  
Postfach 35, 1097 Wien,  
T: +43 (0)1 / 470 22 33  
F: +43 (0)1 / 479 64 00  
office@kinderkrankenpflege.at  
www.kinderkrankenpflege.at

#### **Berufsverband logopaediaustria**

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

#### **Berufsverband Österreichische PsychologInnen**

*Mag.a Dr.in Sandra M. Lettner (Präsidentin),  
Mag.a Dr.in Petra Reutemann (Delegierte),  
Dr.in Karin Kalteis (Delegierte)*  
Dietrichgasse 25, 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)*  
Graumanngasse 7/C-2, 1150 Wien  
T: +43 (0)664 / 887 364 62  
info@oe-kinderschutzzentren.at  
www.oe-kinderschutzzentren.at

#### **Deutsche Liga für das Kind**

*Prof. Dr. Jörg Maywald (Geschäftsführer)*  
Charlottenstrasse 65, 10117 Berlin  
T: +49 (0)30-28 59 99 70  
F: +49 (0) 302 859 971  
post@liga-kind.de  
www.liga-kind.de

#### **Ergotherapie Austria - Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs**

*Marion Hackl (Präsidentin)*  
Sobieskigasse 42/5, 1090 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)*  
Grinzinger Straße 30, 1190 Wien  
T: +43 (0)676 / 898 77 66 50  
office@fice.at  
www.fice.at

#### **Gesellschaft der Schulärztinnen und Schulärzte Österreichs**

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

#### **Gesellschaft für sensorische Integration in Österreich (GSIÖ)**

*Mag.a Elisabeth Söchting (Präsidentin)*  
Oberzellergasse 1/Stg. 19, 1030 Wien  
T: +43 (0)1 / 715 11 89  
F: +43 (0)1 / 869 65 89  
office@sensorische-integration.org  
www.sensorische-integration.org

#### **Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)**

*Dr. Christop Dachs (Präsident)*  
c/o Wiener Medizinische Akademie  
Alser Strasse 4/UniCampus 1.17, 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**

*Univ.-Prof.Dr. Andreas Karwautz (Präsident),  
OA Dr. Christian Kienbacher (Generalsekretär)*  
c/o OA Dr. Christian Kienbacher  
p.A. Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Medizinische Universität Wien,  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien  
T: +43 (0)1 / 40400-3012  
F: +43 (0)1 / 40400-2793  
christian.kienbacher@meduniwien.ac.at  
www.oegkjp.at

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

*Prim. Univ.-Prof.DDr.in MMag.a Barbara Maier (Präsidentin)*  
Wilheminspital des KAV,  
Abt für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Montlearstraße 37, 1160 Wien

T: +43 (0)1 / 49150 - 4706  
barbara.maier.mab@wienkav.at  
www.psygyn.at

#### **Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen**

*MMMag.a Monika Geretsegger, PhD (Vorsitzende)*  
Cumberlandstraße 48, 1140 Wien  
T: +42 (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 3/3/4, 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, 1030 Wien  
T: +43 (0)1 / 71728 - 163  
F: +43 (0)1 / 71728 - 807  
oehg@hebammen.at  
www.hebammen.at

#### **Physio Austria - Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs**

*Silvia Mériaux-Kratochvila, M.Ed. (Präsidentin)*  
*Mag. Stefan Moritz, MSc (Geschäftsführer)*  
Linke Wienzeile 8/28, 1060 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, 1020 Wien  
T/F: +43 (0)1 / 942 36 11  
M: +43 (0)6991 / 942 36 11  
pichler-bogner@chello.at  
www.pikler-hengstenberg.at

#### **Plattform EduCare**

*Dr.in Brigitte Zielina und Mag.a Dr.in Heidemarie Lex-Nalis*  
(Steuerteam-Mitglieder)  
Krausegasse 7a / 10, 1110 Wien

T: +43 (0)664 / 735 922 65  
F: +43 (0)1 / 748 54 69  
office@plattform-educare.org  
www.plattform-educare.org

#### **Verband der Diätologen Österreichs**

*Prof.in Andrea Hofbauer MSc, MBA (Präsidentin)*  
*Mag.a Petra Wohlfahrtstätter (Delegierte)*  
Grüngasse 9/Top 20, 1050 Wien  
office@diaetologen.at  
www.diaetologen.at

#### **Verband der Still- und LaktationsberaterInnen IBCLC Österreichs**

*DSA Anita Schoberlechner (Präsidentin)*  
Lindenstrasse 20, 2362 Biedermannsdorf  
M: +43 (0)680 / 320 92 38  
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, 1090 Wien  
T: +43 (0)664 / 922 32 22  
office@voepp.at  
www.voepp.at

#### **In der Versorgung tätige Organisationen: aks gesundheit GmbH**

*Dr. Hans Concini (Präsident)*  
Rheinstraße 61, 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, 1150 Wien  
T: +43 (0)1 / 512 52 21  
F: +43 (0)1 / 512 52 21-25  
info@aktionleben.at  
www.aktionleben.at

**Bundesverband Therapeutische Gemeinschaften**

*Hermann Radler (Obmann)*  
Grinzinger Straße 30, 1190 Wien  
T: +43 (0)676 / 898 77 66 50  
h.radler@t-gemeinschaften.org  
www.t-gemeinschaften.org

**Caritas der Erzdiözese Wien**

*Mag. Klaus Schwertner (Geschäftsführer)*  
Albrechtskreithgasse 19-21, 1160 Wien  
T: +43 (0)1 / 878 12 - 0  
F: +43 (0)1 / 878 12 - 9100  
klaus.schwertner@caritas-wien.at  
www.caritas-wien.at

**Dachverband österreichische Autistenhilfe**

*Jutta Steidl (Präsidentin)*  
EBlinggasse 17, 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, gemeinnützige GmbH**

*Mag.a (FH) Andrea Boxhofer (Geschäftsführerin, Leiterin der Abteilung Angebote nach dem Chancengleichheitsgesetz und der Abteilung Beratung, Diagnostik, Therapie)*  
*Mag.(FH) Heinz Wieser (Geschäftsführer)*  
Willingerstraße 21, 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 Rüsçh (Geschäftsführung)*  
Hernalser Hauptstraße 15, 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, 6020 Innsbruck  
T: +43 (0)512 / 39 44 20  
F: +43 (0)512 / 39 44 20 - 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, 1010 Wien  
T: +43 (0)1 / 532 1414  
F: +43 (0)1 / 532 1414 - 140  
kinderschutz@die-moewe.at  
www.die-moewe.at

**Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie GmbH**

*Hedwig Zsivkovits*  
Hamerlingstraße 20, 3910 Zwettl  
T: +43 (0)664 / 643 53 72  
office@gfgf.at  
www.gfgf.at

**Institut für Erziehungshilfe**

*Dr. Georg Sojka*  
Heiligenstädter Straße 82 / 14, 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, 1120 Wien  
T: +42 (0)1 / 786 34 12  
F: +43 (0)1 / 786 34 12  
M: +43 (0)664 / 73 40 26 41  
sabine.reisinger@kinderhospiz.at  
www.kinderhospiz.at

**Kinderkompetenzzentrum Therapie Institut Keil GmbH**

*Monika Weismann (Geschäftsführerin)*  
Bergsteiggasse 36-38, 1170 Wien  
T: +43 (0)1 408 81 22 11  
F: +43 (0)1 408 81 22 16  
weissmann@institutkeil.at  
www.institutkeil.at

**Konventhospital Barmherzige Brüder, Institut für Sinnes- und Sprachneurologie**

*Prim. Priv. - Doz. Dr. Johannes Fellingner (Institutsvorstand)*  
Bischofstraße 11, 4021 Linz  
T: +43 (0)732 / 7897 - 24900  
F: +43 (0)732 / 7897 - 24979  
johannes.fellinger@bblinz.at  
www.bblinz.at

#### **MOKI NÖ - Mobile Kinderkrankenpflege**

*Renate Hlauschek, MSc (Geschäftsführende Vorsitzende)*  
Hanuschgasse 1/2/4, 2540 Bad Vöslau  
M: +43 (0)699 / 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, 1100 Wien  
M: +43 (0)699 / 166 777 00  
office@wien.moki.at  
www.wien.moki.at

#### **nomaden - Ambulante Unterstützung für Menschen mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung**

*Mag.a Johanna Kienzl (Obfrau)*  
Fuhrmannsgasse 2a/10, 1080 Wien  
M: +43 (0)676 / 631 29 71  
office@nomaden.at  
www.nomaden.at

#### **Österreichische Gesellschaft für Familienplanung**

*Mag.a Angela Tunkel (Koordinatorin)*  
Bastiengasse 36-38, 1180 Wien  
T: +43 (0)1 / 4785242  
Fax: +43 (0)1 / 4708970  
buero@oegf.at  
www.oegf.at, www.firstlove.at

#### **Österreichische Kinderfreunde - Landesorganisation Wien (Beratungsstellen)**

*Mag.a Ursula Dietersdorfer (Leitung)*  
Albertgasse 23, 1080 Wien  
T: +43 (0)1 / 401 25 - 599  
F: +43 (0)1 / 408 86 00  
beratung@wien.kinderfreunde.at  
www.wien.kinderfreunde.at

#### **ProMami Niederösterreich - Hebammenberatung**

*Beatrix Cmolik (Präsidentin)*  
Unterzellerstraße 19, 3340 Waidhofen/Ybbs  
T: +43 (0)7442 / 52350  
hebamme.cmolik@promami.at  
www.promami.at

#### **Rainbows**

*Mag.a Dagmar Bojduňyk-Rack (Geschäftsführerin)*  
Theodor-Körner-Straße 182/1, 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 - Zentrum für Inklusiv- und Sonderpädagogik**

*Dipl.Päd.in Madeleine Castka (Leiterin)*  
Jägerstraße 11-13, 1200 Wien  
T: +43 (0)1/ 334 67 34  
F: +43 (0)1/ 334 28 51  
so20jaeg011k@m56ssr.wien.at  
www.rez.at

#### **SOS-Kinderdorf**

*Mag.a Elisabeth Hauser*  
(Leitung Fachbereich Pädagogik)  
Stafflerstr. 10a, 6020 Innsbruck  
T: +43 (0)512 / 5918 – 201  
M: +43 (0)676 / 88 14 42 21  
F: +43 (0) 512 / 5918 – 218  
elisabeth.hauser@sos-kd.org  
www.sos-kinderdorf.at

#### **TelefonSeelsorge OÖ - Notruf 142**

*Mag.a Barbara Lanzerstorfer-Holzner*  
Schulstraße 4, 4040 Linz  
T: +43 (0)732 / 731 313 3529  
M: +43 (0)676 / 87 76 35 29  
F: +43 (0)732 / 731 313 33  
barbara.lanzerstorfer@dioezese-linz.at  
www.ooe.telefonseelsorge.at

#### **Unabhängiges Kinderschutzzentrum Wien**

*Mag. Philipp Schwärzler (Leiter)*  
Mohsgasse 1 / Top 3.1, 1030 Wien  
T: +43 (0)1 / 526 18 20  
F: +43 (0)1 / 526 18 20 9  
office@kinderschutzzentrum.wien  
www.kinderschutzzentrum.wien

#### **Verein Contrast - Frühförderung für blinde, sehbehinderte und mehrfachbehindert-sehgeschädigte Kinder**

*Mag.a Michaela Ennöckl (Pädagogische Leitung)*  
Wittelsbachstraße 5, 1020 Wien  
T: +43 (0)1 / 729 45 65  
office@contrast.or.at  
www.contrast.or.at

#### **Verein Kind-Familie-Umwelt**

*Katharina Hofbauer-Thiery*  
Seilerstätte 5/14, 1010 Wien  
T: +43 (0)699 / 13 17 33 07  
F: +43 (0)1 / 941 25 08  
info@kind-familie-umwelt.at  
www.kind-familie-umwelt.at

**Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche (VKKJ)**

*Stefan Stadler (Obmann)*  
Graumanngasse 7, 1150 Wien  
T: +43 (0)1 / 985 25 72  
F: +43 (0)1 / 985 25 72 - 20  
office@vkkj.at  
www.vkkj.at

**Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH**

*MMag.a Katrin Gebhart (Leitung Strategische Projekte Region Ostösterreich)*  
Gumpendorferstraße 108, 1060 Wien  
T: +43 (0)1 / 599 88 - 3092  
office@vinzenzgruppe.at  
www.vinzenzgruppe.at

**Vorarlberger Kinderdorf**

*Dr. Christoph Hackspiel (Geschäftsführer)*  
Kronhaldenweg 2, 6900 Bregenz  
T: +43 (0)5574 / 4992 0  
c.hackspiel@voki.at  
www.vorarlberger-kinderdorf.at

**Wiener Hilfswerk**

*Sabine Geringer, MSc (Geschäftsführerin)*  
*DI.in Evi Pohl-Iser (Stellv. Geschäftsführerin)*  
Schottenfeldgasse 29, 1072 Wien  
T: +43 (0)1 / 512 36 61 -0  
F: +43 (0)1 / 512 36 61 -33  
info@wiener.hilfswerk.at  
www.wiener.hilfswerk.at

**Wiens mobiles Kinderhospiz MOMO**

*Dr.in Martina Kronberger-Vollnhofer, MSc (Leiterin)*  
Alser Straße 34/34, 1090 Wien  
T: +43 (0)1 / 403 10 18  
F: +43 (0)1 / 403 10 18 - 99  
info@kinderhospizmomo.at  
www.kinderhospizmomo.at

**Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH**

*Gisela Kersting-Kristof, MBA (Geschäftsführerin)*  
Camillo-Sitte-Gasse 6, 1150 Wien  
T: +43 (0)1 / 981 21 1020  
F: +43 (0)1 / 981 21 9 1020  
foebe@wiso.or.at  
www.wienersozialdienste.at

**Wissenschaftlich und lehrend tätige Organisationen:**

**Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytische Pädagogik**

*Mag.a Tanja Kraushofer, MA (Vorstandsvorsitzende)*  
Grundsteing. 13/2-4, 1160 Wien  
T: +43 (0)1 / 403 01 60  
app-wien.sekretariat@gmx.at  
www.app-wien.at

**BIFEf - Bildungsinstitut des interdisziplinären Forums für Entwicklungsförderung und Familienbegleitung**

*Doris Staudt*  
Hernalser Hauptstraße 15, Top 3, 1170 Wien  
T: +43 (0) 660 / 277 13 73  
office@bifef.at  
www.bifef.at

**Ganztagsvolksschule Novaragasse**

*Elisabeth Kugler (Direktorin)*  
Novaragasse 30, 1020 Wien  
T: +43 (0)1 / 214 72 73  
F: +43 (0)1 / 214 72 73  
vs02nova030k@m56ssr.wien.at  
www.nova.schule.wien.at

**IGfB - Internationale Gesellschaft für Beziehungskompetenz**

*Mag.a Robin Menges (Geschäftsführerin)*  
Gänsbacherstraße 6, 6020 Innsbruck  
T: +43 (0)699 / 11 06 85 09  
info@igfb.org  
www.igfb.org

**Institut für Gewaltprävention und Konfliktmanagement in Familien**

*Mag.a Natascha Florence Bousa (Wissenschaftliche Lehrgangleitung)*  
Sieveringer Straße 36/9, 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, 1090 Wien  
T: +43 (0)1 / 958 12 40  
F: +43 (0)1 925 08 32  
office@oekids.at  
www.oekids.at



#### **St. Virgil Salzburg**

*Prof. Mag. Peter Braun (Direktor)*  
Ernst-Grein-Straße 14, 5026 Salzburg  
T: +43 (0)662 / 659 01-512  
peter.braun@virgil.at  
www.virgil.at

#### **Zentrum für angewandte Epidemiologie und Gesundheitspolitik**

*MPH (Harvard) Dr. Franz Piribauer*  
Wimberggasse 14-16/2-21, 1070 Wien  
T: +43 (0)1 / 524 60 20  
fp@pico.at  
www.zaeg.at

#### **Gesundheitsfördernd und präventiv tätige Organisationen:**

##### **Alpenvereinsjugend Wien**

*Stefan Haselberger*  
Rahlgasse 6/14, 1060 Wien  
T: +43 (0)664 / 580 54 80  
office@alpenvereinsjugendwien.at  
www.alpenverein.at/jugend/ueber-uns/landesteam/wien/

##### **beratungsgruppe.at - Verein für Informationsvermittlung, Bildung und Beratung**

*Liesl Frankl und Wolfgang Kratky (Projektleitung)*  
Erlgasse 25/36, 1120 Wien  
T: +43 (0)1 / 943 83 32  
liesl.frankl@beratungsgruppe.at  
wolfgang.kratky@beratungsgruppe.at  
www.beratungsgruppe.at

##### **boJA - Bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit**

*Mag.a Daniela Kern-Stoiber (Geschäftsführerin)*  
Lilienbrunnengasse 18/2/47, 1020 Wien  
T: +43 (0)1 / 216 484 455  
F: +43 (0)1 / 216 484 455  
boja@boja.at  
www.boja.at

##### **Bundes Jugend Vertretung**

*Mag.a Magdalena Schwarz (Geschäftsführerin)*  
Lichtensteinstr.57/2, 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**

*Ing. Theodor Saverschel MBA (Präsident)*  
Strozzigasse 2/4 / 422, 1080 Wien  
T: +43 (0)1 / 531 20-3110  
F: +43 (0)1 531 20-81 3110  
office@bundeselternverband.at  
www.bundeselternverband.at

#### **Dachverband der unabhängigen Eltern-Kind-Zentren Österreichs**

*Traude Heylik (Obfrau)*  
Praterstraße 14/8, 1020 Wien  
info@ekiz-dachverband.at  
www.ekiz-dachverband.at

#### **Elternwerkstatt - Verein im Dienst von Kindern, Eltern und PädagogInnen**

*Veronika Lippert (Obfrau)*  
Fockygasse 33/1, 1120 Wien  
T: +43 (0)1 / 662 20 06  
office@elternwerkstatt.at  
www.elternwerkstatt.at

#### **Familylab**

*Katharina Weiner (Leitung Familylab Österreich)*  
Exelbergstraße 45/L, 1170 Wien  
T: +43 (0)1 480 7806  
info@familylab.at  
www.family-lab.com

#### **Forum Katholische Erwachsenenbildung - Elternbildung**

*Brigitte Lackner, MAS (Koordination Katholische Erwachsenenbildung)*  
Erdbergstraße 72/8, 1030 Wien  
T:+43 (0)1 / 317 05 10-16  
F:+43 (0)1 / 317 05 10-10  
office@forumkeb.at  
www.forumkeb.at

#### **Institut für Frauen- und Männergesundheit**

*Mag.a Maria Bernhart (Leitung F.E.M.)*  
Bastiengasse 36-38, 1180 Wien  
T: +43 (0)1 / 476 15-5771  
F: +43 (0)1 / 476 155-5779  
fem@fem.at  
www.fem.at

**Katholischer Familienverband Österreich**

Mag.a Rosina Baumgartner (Generalsekretärin)  
Spiegelgasse 3/9, 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)  
Donaufelderstraße 57/1/5, A-1210 Wien  
T: +43 (0)664 / 89 03 953  
vorstand@lv-wien.at  
www.lv-wien.at

**NANAYA - Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern**

Claudia Versluis  
Zollergasse 37, 1070 Wien  
T: +43 (0)523 / 17 11  
F: +43 (0)523 / 17 64  
claudia.versluis@nanaya.at  
www.nanaya.at

**»Original Play Österreich - von Herzen spielen«**

Rainer Deutner  
Neilreichgasse 94/3/6, 1100 Wien  
T: +43 (0)699 / 110 77 776  
F: +43 (0)1 2533 033 4056  
rainer@originalplay.at  
www.originalplay.at

**Österreichische Jugendinfos**

Mag. Aleksandar Prvulović (Geschäftsführer)  
Lilienbrunnengasse 18/2/41, 1020 Wien  
T: +43 (0)1 / 2934 66 91  
M: +43 (0)699 / 12005 183  
F: +43 (0)1 / 216 48 44-55  
info@jugendinfo.at  
www.jugendinfo.at

**Österreichischer Verband der Elternvereine an öffentlichen Pflichtschulen**

Christian Morawek (Vorsitzender)  
Strozzigasse 2/4 / 421, 1080 Wien  
T: +43 (0)1 / 531 20-3112  
M: +43 (0) 699 / 15 31 20 00  
office@elternverein.at  
www.elternverein.at

**Plattform Elterngesundheit**

Eveline Brem (Vorsitzende)  
Strozzig.2, 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, 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, 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 Irene Hirsch (Bereichsleitung Mobile Dienste)  
Stephansplatz 6/2/3, 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, 1080 Wien,  
T: +43 (0)676 / 522 71 01  
office@elternverband.at  
www.elternverband.at

**Welt der Kinder**

Dr. Gerhard König (Obmann)  
Altreuteweg 1, 6900 Bregenz  
T: +43 (0)5574 / 48606  
F: +43 (0)5574 / 48606  
weltderkinder@vol.at  
www.weltderkinder.at

**Mitglieder des Eltern-Selbsthilfe-Beirates:**

**KiB children care - Verein rund ums erkrankte Kind**

*Manuela Schalek (Bundeskoordinatorin)*

Ungenach 51, 4841 Ungenach

T: + 43 (0)664 / 620 30 21

F: +43 (0)7672 / 84 84-25

[schalek.m@kib.or.at](mailto:schalek.m@kib.or.at)

[www.kib.or.at](http://www.kib.or.at)

**Lobby4Kids - Kinderlobby**

*Mag.a pharm Dr.in Irene Promussas (Vorsitzende)*

Hardtgasse 29 / 8, 1190 Wien

T: +43 (0)650 / 841 98 20

[ireneprom@yahoo.com](mailto:ireneprom@yahoo.com)

[www.lobby4kids.at](http://www.lobby4kids.at)

**Kinder-Lobby**

*Mag.a Eveline Doll (Gründerin)*

Waldstraße 32, 4710 Grieskirchen

[eveline-doll@aon.at](mailto:eveline-doll@aon.at)

[www.kinder-lobby.at](http://www.kinder-lobby.at)

**Patienten- und Selbsthilfeorganisation für  
Kinder und Erwachsene mit kranker  
Speiseröhre (KEKS) Österreich**

*Dr. Thomas Kroneis (Vorsitzender)*

St.Peter-Hauptstraße 35d/3, 8042 Graz

T: +43 (0)650 / 509 55 00

[thomas.kroneis@keks.org](mailto:thomas.kroneis@keks.org)

[www.keks.at](http://www.keks.at)

**Selbsthilfegruppe »ELTERN ANDERS«**

*Ing.in Mag.a Martina Kohlbacher-Hess (Leitung)*

Franz Koci-Str. 5/9/15, 1100 Wien

T: +43 (0)664 / 283 17 16

[mag.m.kohlbacher-hess@aon.at](mailto:mag.m.kohlbacher-hess@aon.at)

[www.elternanders.at](http://www.elternanders.at)

**SHG Rheumalis**

*Karin Formanek (Leitung)*

Pilzgasse 14/2/7, 1210 Wien

T: +43 (0)6991 / 974 88 11

[shg\\_rheumalis@yahoo.com](mailto:shg_rheumalis@yahoo.com)

[www.rheumalis.org](http://www.rheumalis.org)

**Verantwortung und Kompetenz für  
besondere Kinder und Jugendliche (VKKJ)**

*Stefan Stadler (Obmann)*

Graumanngasse 7, 1150 Wien

T: +43 (0)1 / 985 25 72

F: +43 (0)1 / 985 25 72-20

[office@vkkj.at](mailto:office@vkkj.at)

[www.vkkj.at](http://www.vkkj.at)

**Kooperationspartner:**

**Netzwerk Kinderrechte Österreich**

*Mag.a Elisabeth Schaffelhofer-Garcia Marquez*

EBlinggasse 6, 1010 Wien

[info@kinderhabenrechte.at](mailto:info@kinderhabenrechte.at)

[www.kinderhabenrechte.at](http://www.kinderhabenrechte.at)

**Politische Kindermedizin**

*Prim.a Dr.in Sonja Gobara (Obfrau)*

Eichendorffstraße 48, 3100 St. Pölten

T: +43 (0)2742 / 75 305

[office@polkm.org](mailto:office@polkm.org)

[www.polkm.org](http://www.polkm.org)

# Von Flüchtlingen zu Nachbarn – Zusammenleben gesundheitsfördernd gestalten

## 18. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz des Fonds Gesundes Österreich



**Wann:** 23. und 24. Juni 2016

**Wo:** Design Center Linz

**Info:** [www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen](http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen)

**Welchen Beitrag kann Gesundheitsförderung zum Thema Flüchtlinge, Asyl und Migration, vor allem im kommunalen Bereich, leisten.**

**Wichtige Fragen, die im Rahmen der Plenarvorträge und Workshops erörtert werden:**

- Welche Themen und Zielgruppen sind relevant und welchen Herausforderungen ist zu begegnen?
- Wo sind die Anknüpfungspunkte und Grenzen für die Gesundheitsförderung?
- Welche Erfahrungen und erfolgreiche Methoden gibt es schon?
- Wie können Projekte, die sensible Themen bearbeiten, unterstützt werden und wie werden die Vorhaben „auf den Boden“ gebracht?



Die Ausgabe 2/2015 des Magazins „Gesundes Österreich“ widmete sich dem Thema „Die Familie als Setting der Gesundheitsförderung“ und beleuchtet, wie es gelingen kann, die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern zu schaffen. Sie können dieses Heft kostenlos bestellen unter [fgoe@goeg.at](mailto:fgoe@goeg.at).



Ziel der Tabakpräventionsinitiative ist es, den frühen Einstieg ins Rauchen zu verhindern. Zielpublikum sind 10-14-Jährige. Die Initiative greift die Sprache und Medien der Jugendlichen auf, um sie in ihrer Entscheidungsfindung beim Thema Rauchen zu stärken. Mehr Infos auf [www.yolo.at](http://www.yolo.at).

Detaillierte Informationen zu den Arbeitsgrundsätzen, Schwerpunkten und Aktivitäten des FGÖ finden Sie im aktuellen Jahresbericht, wo auch die vom FGÖ geförderten Gesundheitsförderungs-Projekte samt Ergebnissen und Fazit beschrieben werden. Unter [www.fgoe.org](http://www.fgoe.org) können Sie auch den Newsletter abonnieren, der Sie alle 3 Monate bzw. zu wichtigen Anlässen auf dem Laufenden hält, sowie unter [www.fgoe.org/presse-publikationen](http://www.fgoe.org/presse-publikationen) alle Publikationen herunterladen.

Das öffentliche Gesundheitsportal Österreichs bietet Ihnen unter [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at) unabhängige, qualitätsgesicherte und serviceorientierte Informationen rund um die Themen Gesundheit und Krankheit. In den Rubriken „Gesunde Lebenswelten“ und „Gesund leben“ finden Sie Informationen über gesundheitsfördernde Strukturen und Verhaltensweisen.



SPIELE MIT  österreichische  
Verantwortung LOTTERIEN

**milupa**

**Baxter**