

# 5.1 Entwicklungsstörungen – Entwicklungsdiagnostik

Margarete Lässig

Entwicklung ist ein komplexer Prozess, der sich in der Interaktion zwischen dem Kind, seinen engen Bezugssystemen und der Umwelt entfaltet. Entwicklung wird beeinflusst durch die biopsychosozialen Anlagen des Kindes sowie förderliche und hemmende Umweltbedingungen. **Entwicklungsdiagnostik** hat die Aufgabe, ein Kind umfassend in allen Bereichen der Entwicklung einzuschätzen, einschließlich der Beurteilung, ob ein Kind ein hinreichend förderliches Milieu für seine Entwicklung vorfindet.

Die Kompetenzen bzw. Schwächen werden mit den altersgemäßen – vor allem emotionalen und sozialen – Anforderungen, mit denen das Kind konfrontiert ist, verglichen. Wenn eine Diskrepanz zwischen individuellen Fähigkeiten und Anforderungen besteht, werden Maßnahmen zur frühen Förderung eingeleitet. Diese können von einer Beratung der Eltern, wie sie ihr Kind bestmöglich unterstützen können, bis hin zu spezifischen pädagogischen und therapeutischen Fördermaßnahmen reichen. Entwicklungsdiagnostik hat einen besonderen Stellenwert bei der Erfassung entwicklungsgefährdeter Kinder. Diese sind durch ihre Risikofaktoren definiert. Als **Risikofaktoren** werden Einflussgrößen verstanden, die mit großer Wahrscheinlichkeit durch ihre Folgen die Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen können. Diese Einflüsse können bereits intrauterin, peri- oder postnatal zu strukturellen Hirnschädigungen oder funktionellen Beeinträchtigungen der Hirnentwicklung führen. Liegt eine Kombination von Risikofaktoren vor, erhöht sich das Risiko für die kindliche Entwicklung.

Tabelle 5.1: **Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung**

Mütterliche Risikofaktoren	Kindliche Risikofaktoren
Zustand nach längerdauernder Sterilität bzw Sterilitätsbehandlung	Frühgeburt vor der 34. SSW
Frühere Fehlgeburten bzw. Frühgeburten	Geburtsgewicht unter 2000g
Behandlungsbedürftige Frühgeburtsbestrebungen	Übertragung, Geburt nach der 42. SSW
Schwere Erkrankungen, Schock, Trauma und Narkose während der Schwangerschaft	Mehrlingsgeburt
Infektionen in der Schwangerschaft, Gestose, Blutung in der Schwangerschaft	Hinweise für pränatale Sauerstoffmangelzustände z. B. grünes Abnorme CTG-Abnorme, fetale Dopplersonografie
Medikamente, Drogen und Toxine (vor allem Rauchen und Alkohol)	Perinatale Asphyxie, Apgarwert nach mehr als 5 Min < 7
Abnorme Ernährung (z. B. strikte Veganer)	Postnatale Komplikationen z. B. Atemnotsyndrom, maschinelle Beatmung, Pneumothorax, Sepsis, Operation, Austauschtransfusion
unzureichende Wohnung und/oder Ernährung	Zerebrale Krampfanfälle in der Neugeborenenperiode
Schlechte psychosoziale Situation (alleinstehende Mutter, psychische Belastung)	

Quelle: Straßburg, Dacheneder, Krefß 2003

### 5.1.1 Entwicklungsstörungen

Normale Entwicklungsverläufe zeigen eine beträchtliche Variabilität. Als übergeordneter Begriff für Abweichungen von der normalen Entwicklung wird der Begriff **Entwicklungsauffälligkeit** verwendet, der keine Aussage zur späteren Prognose macht.

Als **Entwicklungsverzögerung** wird ein potenziell aufholbarer Entwicklungsrückstand bezeichnet. Jede bleibende Beeinträchtigung der Entwicklung kann als **Entwicklungsstörung** bezeichnet werden, dabei ist der Bereich der Störung genauer festzulegen, z. B. motorisch, sprachlich, kognitiv oder sozial. Sind mehrere Bereiche, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, betroffen, spricht man von einer allgemeinen oder globalen Entwicklungsstörung. Nach der **internationalen Klassifikation psychischer Störungen** der WHO sind **Entwicklungsstörungen** unter F8 Diagnosen zusammengefasst und weisen folgende Merkmale auf:

1. Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder der Kindheit
2. Einschränkungen oder Verzögerungen in der Entwicklung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des ZNS verknüpft sind
3. Einen stetigen Verlauf, ohne Remissionen und Rezidive

### 5.1.2 Datenlage

Die epidemiologische Datenlage über Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ist in Österreich sehr rar. Es fehlen standardisierte epidemiologische Erhebungen und einheitliche, interdisziplinäre Dokumentation zur Datenauswertung aller fachspezifischer Institutionen, die Kinder mit Abweichungen von der normalen Entwicklung betreuen. Nach epidemiologischen Erhebungen in Deutschland gelten bis **20% aller Kinder als „Risikokinder“** (Straßburg, Dacheneder, Kreß 2003). Groben Schätzungen zufolge haben 15% aller Kinder und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren zumindest zeitweilig einen Förderbedarf.

Die Zahlen der Entwicklungsdiagnostikstellen der Stadt Wien bestätigen diese hohe Gefährdung der optimalen Entwicklung. Aus den Ergebnissen des Wiener Risikokinderprogramms ist eine **ärztliche oder therapeutische Intervention bei Risikokindern nach der Erstuntersuchung in 47% erforderlich**. Kinder, die über niedergelassene Kinderfachärztinnen/-ärzte, Kindergärten, Elternberatungen u. a. mit Verdacht auf Entwicklungs- oder Verhaltensstörung zugewiesen werden, bedürfen in 84% einer weiterführenden Diagnostik oder Therapie.

Da es kein strukturiertes Erfassungssystem in Wien gibt, können nur die eigenen Daten der Entwicklungsdiagnostikstellen der MA 15 herangezogen werden. Hier werden Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren betreut. 2010 wurden 1.102 Kinder in den Einrichtungen der MA 15 betreut. 585 entwicklungsdiagnostische Untersuchungen von Kindern aus dem Wiener Risikokinderprogramm und 663 ärztliche Untersuchungen von Kindern, die über Zuweisung durch niedergelassene FachärztInnen, Elternberatungen, Kindergärten oder das Amt für Jugend und Familie vorstellig wurden. Im Jahr 2010 wurden 8.019 diagnostische und therapeutische Leistungen erbracht.

Schätzung: 15% aller Kinder und Jugendlichen haben zumindest zeitweilig einen Förderbedarf.

Tabelle 5.2: Leistungszahlen der Entwicklungsdiagnostiken, Wien 2008–2010

	2008	2009	2010
<b>Gesamtfrequenz</b>	7.574	7.454	8.019
davon:			
Ärztliche Entwicklungsuntersuchungen auf Zuweisung	765	732	663
– davon Erstuntersuchungen	247	336	208
– davon Kontrolluntersuchungen	518	396	455
Ärztliche Untersuchungen nach dem Risikokinderprogramm	513	533	585
– davon Erstuntersuchungen	278	244	310
– davon Kontrolluntersuchungen	235	289	275
Psychologische Untersuchungen	1.619	1.857	1.950
Logopädie	868	752	1.111
Physiotherapie	1.599	1.867	1.955
Heilpädagogische Untersuchungen	0	63	200
Ergotherapie	934	640	659
Gruppentherapie	1.276	1.010	896

Tabelle 5.3: Untersuchungsergebnisse der MA 15 – Entwicklungsdiagnostiken

Sensomotorische und Koordinationsstörungen	18,60%
kombinierte umschriebene Entwicklungsverzögerung/-störung	22,70%
Sprachentwicklungsverzögerung/-störung	13,70%
Psychosoziale Störung/Verhaltensauffälligkeiten	12,80%
Globale Entwicklungsstörung	3,10%
Anpassungsstörung (Schreibababy)	2,20%
Haltungsasymetrie und Muskelhypotonie	26,90%

Obwohl sich Kinder aus dem Risikokinderprogramm und zugewiesene Kinder bezüglich ihres Alters und der zugrunde liegenden Problematik unterscheiden, kann eine problemorientierte Auswertung über beide Gruppen getroffen werden. Dabei sind die Untersuchungsergebnisse aus dem Kollektiv der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien nach Hauptdiagnosen in Gruppen zusammengefasst. Prinzipiell können Mehrfachdiagnosen bei einem Kind gestellt werden. Nicht alle betreuten Kinder zeigen Abweichungen von der normalen Entwicklung oder Auffälligkeiten mit Krankheitswert, die eine Diagnosezuordnung erlauben.

### 5.1.3 Das Wiener Modell

Im Rahmen des **Wiener Risikokinderprogramms** werden seit 1979 die Eltern all jener Neugeborenen, die Risikofaktoren während der Schwangerschaft sowie vor, während und unmittelbar nach der Geburt aufweisen, zu Entwicklungsuntersuchungen an eine der beiden Stellen der MA 15 eingeladen. Die Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung wurden 2005 in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe in Anlehnung an die Fachliteratur neu erarbeitet und in mütterliche Risikofaktoren und **kindliche Risikofaktoren** definiert. Die Auswahl der Risikokinder erfolgt durch die geburtshilflichen Abteilungen und Kinderabteilungen anhand dieses Risikobogens.

Ziel ist es, durch frühzeitige Diagnostik von Auffälligkeiten und Gefährdungen eine geeignete Beratung, Förderung und Therapie im Sinne einer präventiven Pädiatrie einzuleiten. Unverzichtbar ist auch die Elternberatung, Handlunganleitung und Interaktionsberatung, um die elterliche Kompetenz für einen einfühlsamen, förderlichen und angemessenen Umgang mit dem Kind zu stärken.

Vorgesehen sind **Kontrollen der „Risikokinder“ ab dem 3. Lebensmonat**. Neben dem neuro-motorischen Entwicklungsstand wird besonderes Augenmerk auf interaktionelle und psychosoziale Entwicklungsfaktoren gerichtet. Entwicklungskontrollen sind im Zeitfenster von etwa 3, 7–9, 12, 18 und 24 Monaten sowie jährlich bis zum Schuleintritt aussagekräftig, daher sieht das Wiener Risikokinderprogramm standardmäßig Entwicklungskontrollen in diesem Alter vor. Die Frequenz der Entwicklungskontrollen wird nach fachlicher Einschätzung individuell, diagnose- und entwicklungsabhängig variiert.

Hinweise auf mögliche Entwicklungsbeeinträchtigungen werden von einem interdisziplinären, multiprofessionellen Team, bestehend aus 5 Kinderärztinnen (Additivfach Neuropädiatrie), 8 Psychologinnen, 4 Ergotherapeutinnen, 5 Physiotherapeutinnen, 3 Logopädinnen, 1 Heilpädagogin und 1 Sozialarbeiterin, früh dem einzelnen Patienten bzw. der einzelnen Patientin gerecht behandelt.

## Zusammenfassung

Die biologischen Anlagen eines Kindes prädisponieren den Rahmen seiner möglichen Entwicklungsverläufe. Die tatsächliche Entwicklung wird jedoch wesentlich von psychosozialen Wechselwirkungen mit seinen Bezugspersonen und der Gesellschaft beeinflusst. Entwicklungsdiagnostik muss die Entwicklung eines Kindes in ihren unterschiedlichen Phasen beurteilen, diesen Reifungsprozess bestmöglich unterstützen und die kindlichen Ressourcen wecken. Eine maßgeschneiderte Betreuung kann nur interdisziplinär im multiprofessionellen Team mit Vernetzung aller betreuenden Institutionen und in Partnerschaft mit den Eltern oder anderen Bindungspersonen erfolgen.

### Literatur

Straßburg Hans-Michael, Dacheneder Winfried, Kreß Wolfram (2003): Entwicklungsstörungen bei Kindern. 3. Auflage. München: Urban&Fischer.

Petermann Franz, Macha Thorsten (2005): Kindheit und Entwicklung 14 (3). Göttingen: Hogrefe.

Petermann Franz, Niebank Kay, Scheithauer Herbert (2000): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Göttingen: Hogrefe.

Dilling Horst, WHO (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 2. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

## 5.2 „Kinder schützen – Familien stützen“: Angebote der Wiener Jugendwohlfahrt zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?

Belinda Mikosz, Gabriele Ziering, Karin Knapp

Um die physische und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern, ist es wichtig, den Zusammenhang von Ursache und Wirkung im dynamischen Beziehungsverhältnis innerhalb der Familie, aber auch im Hinblick auf die ökologische und soziale Umwelt junger Menschen, herzustellen. Kinderschutz in der Jugendwohlfahrt bedeutet einerseits präventiv zu wirken, um rechtzeitig zu erkennen, wenn Beziehungsformen dysfunktional werden und daher Kindern zu wenig Halt und Orientierung bieten und andererseits aktiv gegen Vernachlässigung und Gewalt einzuschreiten.

Dieser Vorstellung entspricht das vernetzte Handlungskonzept der Wiener Jugendwohlfahrt. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen und anderen Fachkräften vor Ort ermöglicht in vielen Fällen eine **passgenaue Hilfestellung**, die sich an den Bedürfnissen der KlientInnen im Bereich des Sozialen Dienstes, im Rahmen der Unterstützung der Erziehung sowie „Vollen Erziehung“<sup>\*)</sup> orientiert. Der Fokus des fachlichen Handelns wird auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Versorgungs- und Erziehungskompetenz von Eltern gelegt, um Kindern ein gedeihliches Aufwachsen in der Familie oder eine baldige Rückführung aus der Institution zu ermöglichen.

Ziel ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Versorgungs- und Erziehungskompetenz von Eltern.

### Prävention im Vorfeld

Professionelle Beratung mit dem Ziel, die „seelische Gesundheit“ von Kindern zu verbessern, ist ein hoher Anspruch. Demgemäß bedarf es entsprechende kostenlose Angebote, die Familien auf freiwilliger Basis in Anspruch nehmen können, um ihre Erziehungskompetenz zu verbessern. Soziale Dienste sind Leistungen der Jugendwohlfahrt, die Eltern und jungen Menschen in persönlichen, familiären oder sozialen Notlagen kurzfristige, lösungsorientierte Hilfestellung und Vermittlung von Ressourcen anbieten. Art, Dauer und Umfang des Sozialen Dienstes richten sich nach der mit der Familie definierten Problemlage und den methodischen Erfordernissen.

[www.talkbox.at](http://www.talkbox.at) ist eine Internetadresse für Jugendliche, die sich rasch und unbürokratisch einen psychologischen Rat holen möchten. Dieses Angebot wird mehrheitlich von Mädchen (72% Mädchen, 28 % Burschen) genutzt. Die Anfragen werden vorwiegend im Zusammenhang mit Familienproblemen, Angst und Depression sowie Partnerschaftsschwierigkeiten gestellt.

Im Zuge von **Trennung und Scheidung** der Eltern wurden 2010 auch häufig psychologische Beratungen in den Eltern-Kind-Zentren in Anspruch genommen. Kinder und Jugendliche konnten dadurch in dieser oftmals sehr schwierigen Lebenssituation erfolgreich unterstützt werden. Zudem wurden in der Ehe- und Familienberatung 2.211 Beratungen von einem multiprofessionellen Team kostenlos durchgeführt, in der Familienplanung waren es 2.713 Beratungen.

\*) „Volle Erziehung“ betrifft Kinder, die nicht mehr bei ihren Eltern aufwachsen können, sondern in einer Wohngemeinschaft oder bei Pflegeeltern leben.

## Kompetenzzentrum für Integration – Angebote

Das Kompetenzzentrum für Integrationsfragen nahm mit Jänner 2010 seine Arbeit auf und ist zuständig für die Durchführung der Sozialen Dienste für Kinder mit Behinderung(en). Dem Kompetenzzentrum obliegt die Zuteilung der Betreuungsplätze in einem Clearing-Verfahren. Das Kompetenzzentrum berät ratsuchende Familien und erarbeitet mit den Betroffenen ein Unterstützungs- und Entlastungskonzept.

Das Angebot des Kompetenzzentrums umfasst nun „Familienhilfe Kind mit Behinderung“ (FAHI Kib), die von der Caritas zugekauft wird, sowie **Kurzzeitunterbringungen und teilstationäre Unterbringungen** für Kinder mit Behinderung im Rahmen des Sozialen Dienstes als Entlastung für Familien. Insgesamt betreute das Kompetenzzentrum im Jahr 2010 **203 Minderjährige** (86 Mädchen und 117 Burschen). **FAHI Kib** wurde für **72 Familien** bewilligt, **30 Familien** nahmen die Möglichkeit der **Kurzzeitunterbringung** und **8 Familien** die **teilstationäre Unterbringung** in Anspruch.

Wien verfügt über eine Vielzahl von Angeboten und Beratungsstellen, die bereits werdenden Eltern zur Verfügung stehen.

Die Angebote in den Eltern-Kind-Zentren zielen vor allem auf eine **Verbesserung der Kommunikation** in der Familie sowie der Beziehungs- und Bindungsförderung zwischen Eltern und Kindern sowie die Förderung der Freude an der Elternschaft (Spaß, Freude und Kreativität mit Kindern) ab. In erster Linie geht es darum, psychische und physische Gewalt in Familien (Förderung der gewaltfreien Erziehung) zu verhindern und die Verdeutlichung der Bedeutung von Kinderrechten und Möglichkeiten der Partizipation von Kindern und Jugendlichen aufzuzeigen und den Eltern näherzubringen.

In allen Eltern-Kind-Zentren gibt es einen **Babytreff** für Mütter/Väter mit Kindern bis 6 Monaten in Form eines offenen Gruppenangebots. Aufgrund der großen Nachfrage aus der Bevölkerung wird in jedem Eltern-Kind-Zentrum entweder ein **Treffpunkt für Krabbelkinder** (vom 7. bis 14. Lebensmonat) oder ein **Eltern-Kind-Treff** (0 bis 6 Jahre) angeboten.

In der **Elternschule** können sich werdende Mütter/Väter auf die Geburt und auf das künftige Leben mit dem Kind/den Kindern vorbereiten. Vortragende ExpertInnen informieren zu verschiedenen Themenbereichen und stehen den InteressentInnen für Fragen zur Verfügung. Gemeinsam mit dem/der ModeratorIn, der/die den Kurs begleitet und AnsprechpartnerIn für die werdenden Mütter/Väter ist, leitet die FachexpertIn im Anschluss an den eigenen Vortrag die Diskussion zu offenen Fragen aus der Gruppe. Im Jahr 2010 waren es **3.921 BesucherInnen** an **346 Abenden**, das bedeutet, dass **durchschnittlich 11 BesucherInnen** pro Abend anwesend waren.

Das Projekt „**Frühe Förderung**“, bisher nur ein regionales Angebot für die BewohnerInnen des 15. Bezirks, wurde auf den 12. Bezirk ausgeweitet. Frühe Förderung bietet Familien mit Säuglingen und Kleinstkindern bis zum 2. Geburtstag des Kindes aufsuchende Betreuung und Begleitung im Rahmen des Sozialen Dienstes durch zwei Sozialpädagoginnen und einer Sozialarbeiterin an. Vor allem Familien mit Migrationshintergrund, die in Wien teilweise über wenig soziale Kontakte verfügen, konnten im Rahmen des **Projekts Frühe Hilfen** optimal betreut werden. Insgesamt haben **40 Familien** eine Kompetenzsteigerung in der Lebensbewältigung als Familie mit Kind erfahren. Die vom Projektteam entwickelten Methoden zur Arbeit mit Familien mit geringen Deutschkenntnissen wurden im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung interessierten MitarbeiterInnen aus allen Eltern-Kind-Zentren vermittelt.

Präventive und frühe Hilfsangebote können helfen, **größere Krisen in Familien erst gar nicht entstehen zu lassen**. Die klassischen Angebote wie Erziehungsberatung, Elternberatung, Beratung rund um Scheidung und Trennung, Babytreff, Treffpunkt für Krabbelkinder, Elternschule etc. wurden um Elterntrainings sowie Beratung bei wirtschaftlichen Problemen von Familien erweitert. Bei Bedarf werden Familien **auch zu Hause besucht** und bei der Bewältigung ihren Alltagsaufgaben mit dem Kind vor Ort unterstützt.

Beratungen, die der Entwicklung des Kindes in einer gewaltfreien Umgebung dienen, werden nicht nur in den Regionalstellen Soziale Arbeit mit Familien und den Eltern-Kind-Zentren, sondern auch den **Geburtskliniken** angeboten. Im Vordergrund steht die Stärkung von Verantwortung und Kompetenz der Eltern und erziehenden Personen. Direkte und gezielte Beratungs- und Hilfsangebote sollen alle möglichen Zielgruppen (schwängere Mädchen und Frauen, werdende Väter, AlleinerzieherInnen und Familien) erreichen.

SozialarbeiterInnen und PsychologInnen helfen Ratsuchenden, neue Sichtweisen zu gewinnen, Alternativen zu bisherigen Lösungsversuchen zu entwickeln, vorhandene Möglichkeiten zu nutzen sowie eigenständig Entscheidungen zu treffen. Ziel der Beratung ist die Hilfe zur Selbsthilfe, damit Familien Lebens- und Beziehungsherausforderungen hinkünftig zufriedenstellend bewältigen.

Die SozialarbeiterInnen des **Klinikverbindungsdienstes der MAG ELF zu den Geburtskliniken** arbeiten eng mit den SozialarbeiterInnen der Regionalstellen Soziale Arbeit mit Familien zusammen und unterstützen den/die fallführende/n SozialarbeiterIn der Regionalstelle Soziale Arbeit mit Familien, indem sie klärende, koordinierende, vernetzende sowie vermittelnde Gespräche mit (werdenden) Müttern/Eltern, ÄrztInnen und MitarbeiterInnen der Pflege vor Ort in der Klinik führen. Fallspezifisch arbeiten die SozialarbeiterInnen mit VertreterInnen der Kinderschutzgruppe und/oder mit VertreterInnen der Sucht und Drogenkoordination Wien (z. B. Contact) und mit dem interdisziplinären Team des Spitals zusammen und vermitteln den MitarbeiterInnen der Kliniken die Aufgaben und Ziele der MAG ELF. Mit besonderer Sensibilität beraten sie auch werdende Mütter, die überlegen, anonym zu entbinden oder ihr Kind zur Adoption freizugeben.

Bei der **Anmeldung und bei der Übergabe des Willkommensgeschenks** der Stadt Wien (entweder im Geburtsspital oder im Eltern-Kind-Zentrum) informiert die SozialarbeiterIn alle in Wien wohnenden werdenden Eltern über die Angebote der Eltern-Kind-Zentren. Eltern erhalten Beratung zu ihrer speziellen Lebenssituation und können bei Bedarf weitere Beratungstermine im Rahmen des Sozialen Dienstes in Anspruch nehmen.

Gespräche anlässlich der Anmeldung bzw. Übergabe des Willkommensgeschenks der Stadt Wien dienen der Information von Eltern über das vielfältige Beratungs- und Hilfsangebot in der MAG ELF und verschiedenen anderen Organisationen und dem frühzeitigen Erkennen eines Unterstützungsbedarfs der Mutter/der Eltern. Im Jahr 2010 wurden **15.342 Willkommensgeschenke** an Eltern überreicht. Somit konnten 87,5% der Eltern von Neugeborenen informiert bzw. beraten werden.

2010 konnten 87,5% der Eltern von Neugeborenen informiert bzw. beraten werden.

In den **Elternberatungen** berät ein multiprofessionelles Team (SozialarbeiterIn und/oder SozialpädagogIn sowie ein Arzt/eine Ärztin) die Eltern mit Babys und Kleinkindern bei medizinischen und pflegerischen Belangen sowie bei Ernährungsfragen des Kindes. Mütter und Väter

werden in ihrer Elternkompetenz unterstützt und gefördert. Bei der Erstanmeldung klärt der/die SozialarbeiterIn in einem Anamnesegespräch mit den Eltern, ob außer der medizinischen Fragestellung weitere soziale oder finanzielle Fragen bestehen. **Elternberatung wird an 24 Standorten in Wien angeboten**, diese sind 41-mal in der Woche geöffnet. Im Jahr 2010 wurden 1.565 Neugeborene in den Elternberatungen vorgestellt, das sind 8,9% der neugeborenen Kinder Wiens. Sprachliche Hürden werden in einigen Elternberatungen mit Unterstützung von DolmetscherInnen genommen.

Bei Zuweisungen von Kindern durch die Regionalstellen Soziale Arbeit mit Familien im Rahmen von Gefährdungsabklärung oder Unterstützung der Erziehung beurteilt das multiprofessionelle Team der Elternberatung die medizinische und pflegerische Versorgung, die Mutter/Eltern-Kind-Interaktion sowie den Entwicklungsstand des Kindes. Ziel der Elternberatung ist die Früherkennung von Interaktions-, Gedeih- und Entwicklungsstörungen, die Prophylaxe in Gesundheitsfragen von Babys und Kleinkindern sowie die Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern. Dieses Präventivangebot soll vor allem Familien mit sehr begrenzten sozialen und/oder finanziellen Ressourcen erreichen.

### Schwerpunkt Betreuung minderjähriger Mütter

Sozialpädagoginnen bieten minderjährigen Müttern Unterstützung bei der Erziehung für das Baby/Kleinkind an. Es handelt sich um ein nachgehendes, aufsuchendes, intensives Betreuungsangebot, das den jungen Müttern/den jungen Eltern Anleitung im Umgang mit dem Kind, aber auch Wissen in Bezug auf Ernährung, Pflege, Erziehung und Förderung vermittelt. Die jungen Eltern (Mütter) werden unterstützt, eine feinfühlig Beziehung zum Kind aufzubauen, die Bedürfnisse des Kindes adäquat wahrzunehmen und eine kindgerechte Tagesstruktur zu schaffen. Ebenso soll die Anerkennung der jungen Mutter/der jungen Eltern innerhalb der Herkunftsfamilien, die unter Umständen eine wichtige Ressource für die Jungfamilien darstellen, gefördert werden. Ziel der Betreuung ist es, die minderjährige Mutter/die jungen Eltern zu befähigen, ihr Kind eigenverantwortlich zu versorgen (siehe Kapitel 4.1.3 Teenagerschwangerschaften).

Die Teilnahme an vergünstigten Familienurlaube im Rahmen des **Vereins Wiener Jugendholung (WIJUG)** ermöglicht jungen Menschen und deren Eltern einen kostengünstigen Erholungsurlaub sowie abwechslungsreiche Ferienerlebnisse. 797 Erwachsene und 1.218 Kinder und Jugendliche haben 2010 dieses Angebot genutzt. Weiters konnten **2.150 Kinder auf Kinderurlaub** fahren. 25 Kinder mit speziellen Bedürfnissen wurden in einem Jugendgästehaus gut versorgt. Ebenso haben 60 Pflegeeltern (155 Kinder und 113 Erwachsene) von diesem Ferienangebot profitiert.

### Kernaufgabe Kinderschutz

Die SozialarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt sind in ihrer Kernaufgabe Kinderschutz auf Meldungen über vermutete **Kindeswohlgefährdungen** angewiesen. Erst wenn sie von einer vermuteten Gefährdung eines Kindes erfahren – oder diese selbst wahrnehmen –, können sie zur Sicherung des Kindeswohles aktiv werden. Wichtige KooperationspartnerInnen, die häufig auch als MelderInnen fungieren, sind LehrerInnen, die Polizei, aber auch Familienangehörige, FreundInnen und NachbarInnen von betroffenen Kindern.

MitarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt (SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen) betreiben laufend aktive Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit. Als kompetente ExpertInnen der Jugendwohlfahrt nehmen sie Stellung zu aktuellen Erziehungsfragen in den Medien und halten Vorträge in Schulen, Kindergärten sowie bei anderen KooperationspartnerInnen über die Arbeit im Kinderschutz. Mit diesen Informationsveranstaltungen und der Teilnahme an verschiedenen Arbeitskreisen sowie Projekten, wie z. B. „MEDPOL“ („Bündnis gegen Gewalt“, initiiert vom BMI, um die Prävention gegen Gewalt in den Bereichen Medizin und Polizei zu intensivieren) oder im Netzwerk gegen sexuelle Gewalt, wird wesentlich zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen beigetragen und die Bereitschaft der KooperationspartnerInnen, Hilfe für von Gewalt betroffene Kinder anzufordern, gestärkt.

Die Zahl der **Gefährdungsabklärungen** stieg seit 2004 deutlich an und betrug in den letzten beiden Jahren durchschnittlich 10.000 pro Jahr. Grund für den massiven Anstieg ab 2004 dürfte der Erfolg der ersten Kinderschutzkampagne der Wiener Jugendwohlfahrt gewesen sein. Durch Sensibilisierung der Bevölkerung stieg die „Meldefreudigkeit“ an. Die Folgen von Vernachlässigung und Gewalt an Kindern werden seitens der Bevölkerung ernst genommen, sodass auch die Bereitschaft, wahrgenommene Missstände den Jugendämtern zu melden, gestiegen ist.

Zahl der Gefährdungsabklärung ist seit 2004 deutlich angestiegen.

16% aller neuen Gefährdungsabklärungen im Jahr 2010 bezogen sich auf **physische**, 29% auf **psychische Gewalt** gegen Kinder und in 2% der neuen Fälle bestand der Verdacht auf **sexuelle Gewalt**. Der größte Anteil, 53%, hatte die **Vernachlässigung** von Kindern/Jugendlichen zum Inhalt. 29% der Gefährdungsmeldungen kamen von der **Polizei**, 25% der Meldungen erfolgten **durch andere Institutionen** (wie z. B. KooperationspartnerInnen, Frauenhäuser, Nachbarn, Bekannte etc.) oder Familienmitglieder der betroffenen Kinder, gefolgt von **Kindergärten/Schulen** (17%). Im Gegensatz dazu war die Anzahl der Meldungen, die durch **ÄrztInnen oder Spitäler** erfolgten, relativ gering (5%), dafür **aber umso akuter**. Meldungen der ÄrztInnen, Kinderschutzgruppen und MitarbeiterInnen der Krankenpflegeberufe betrafen meist akut verletzte und schwer vernachlässigte Kinder, die ein rasches Eingreifen der Jugendwohlfahrt erforderten.

Neuesten Erhebungen der **Wiener Universitätsklinik für Unfallchirurgie** zufolge sind ärztliche Untersuchungen für die Risikoeinschätzung bei Kindern unter 3 Jahren im Rahmen der Gefährdungsabklärung obligatorisch. Über 55% aller in der Universitätsklinik für Unfallchirurgie vorgestellten misshandelten Kinder wiesen Frakturen auf, teils auch Mehrfachfrakturen oder alte Rippenbrüche. 80% aller Kinder, die als Folge von Misshandlungen eine Schädigung des Zentralnervensystems aufwiesen, waren Kinder unter 1 Jahr. Die **obligatorische ärztliche Untersuchung** im Rahmen der Gefährdungsabklärung für alle 0- bis 3-jährigen Kinder (bevorzugt in einer Elternberatungsstelle) gehört ebenso wie das **„4-Augen-Prinzip“** zum Standard einer Gefährdungsabklärung in der Wiener Jugendwohlfahrt.

Wenn SozialarbeiterInnen im Rahmen einer Gefährdungsabklärung überprüfen, ob Kinder oder Jugendliche vernachlässigt werden und/oder von körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt bedroht sind, führen sie persönliche Gespräche mit dem Kind (seinen Geschwistern) sowie mit dem/der Obsorgeberechtigten. Ein weiterer wichtiger Standard ist der Hausbesuch bei allen 0- bis 6-jährigen Kindern. 2010 wurden bei 2.077 Fällen von Gefährdungsabklärungen JugendamtspsychologInnen um eine Fachexpertise ersucht.

Ist der sofortige Schutz eines Kindes erforderlich (Gefahr im Verzug) bzw. liegt eine hochgradig unklare oder uneinschätzbare Gefährdungsvermutung vor, wird die Unterbringung des Kindes oder Jugendlichen im **Krisenzentrum** oder bei **Krisenpflegeeltern** veranlasst.

Im Krisenzentrum oder bei Krisenpflegeeltern werden zusätzliche Informationen und fachliche Einschätzungen über das Kind, sein Verhalten, seine Interaktionen mit Bezugspersonen, seine Kontakte und seine Bedürfnisse aus unterschiedlichen professionellen Sichtweisen gewonnen und zur Entscheidungsfindung der Sozialarbeit herangezogen.

## Unterstützung der Erziehung

Im Zuge der Feststellung der Gefährdung eines Kindes oder bei Vorliegen mehrerer Risikofaktoren wird zunächst mit der Familie gemäß §§ 33 und 35 **Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz** 1990 eine Betreuung im Rahmen der **Unterstützung der Erziehung** vereinbart. Diese ambulante Betreuung ist nur möglich, wenn das Kind mit dieser Maßnahme vor allen Formen weiterer Gewalt und Grenzüberschreitungen seitens Erwachsener geschützt wird.

Als Grundlage für die weitere Zusammenarbeit mit den Obsorgeberechtigten dient entweder eine freiwillig getroffene Arbeitsvereinbarung mit den VertreterInnen der Jugendwohlfahrt oder die Beauftragung durch das zuständige Bezirksgericht.

Inhaltlich wird die Maßnahme auf die individuellen Bedürfnisse, das Alter des Kindes und die Ressourcen der Familie abgestimmt. Für die einzelnen Teilziele werden in einem Hilfeplan überprüfbare Umsetzungsschritte festgelegt, die für die Familie verständlich, konkret und überschaubar sind. Ziel der Unterstützung der Erziehung ist eine nachhaltige Veränderung des Erziehungsverhaltens, um den Schutz des Kindes in seiner Familie sicherzustellen.

Zum Jahreswechsel **2009/10** waren **2.919 Kinder** im Rahmen der Unterstützung der Erziehung in sozialarbeiterischer Betreuung, und im Laufe des Jahres 2010 wurde bei **2.837** Kindern eine Betreuung im Rahmen der Unterstützung der Erziehung begonnen. Zum **Stichtag 31. Dezember 2010** wurden **3.101 Kinder** im Rahmen der Unterstützung der Erziehung betreut. Die Einleitung der Maßnahme erfolgte 2010 in **98%** aller neu begonnenen Fälle mit Zustimmung der Obsorgeberechtigten, nur bei **2%** aller betroffenen Familien musste ein entsprechender Antrag bei Gericht eingebracht werden.

Eltern, die von der Regionalstelle Soziale Arbeit mit Familien **im Rahmen der Unterstützung der Erziehung** betreut werden, lernen in den **zielgruppenspezifischen Elterntrainings** der Eltern-Kind-Zentren neue Strategien im Umgang mit ihren Kindern. Gerade die Kombination aus Theorievermittlung, Selbstreflexion und praktischen Übungen unterstützt Eltern dabei, positiv veränderte Verhaltensmuster in Alltagssituationen zu festigen.

Unter der Anleitung von SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und PsychologInnen wird für eine „gelingende Erziehung“ trainiert. Eltern erhalten die Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen und auszuprobieren, wie sie in stressigen Situationen besser reagieren können. Ziel des **Elterntrainings** ist die Vermittlung von Kenntnissen über Kindererziehung (Bedürfnisse des Kindes, Entwicklungsförderung, gewaltlose Kommunikation, Grenzen setzen, Geschwister rivalität, Ernährung, Alltagsstruktur, Beschäftigung mit dem Kind etc.) sowie die Förderung der Feinfühligkeit der Eltern (Wahrnehmungsfähigkeit kindlicher Bedürfnisse). Insgesamt nahmen **42 Erwachsene** und **46 Kinder** an den Elterntrainings in den Eltern-Kind-Zentren teil.

Zum Jahreswechsel  
2009/10 waren 2.919 Kinder  
in sozialarbeiterischer  
Betreuung.

Ebenso waren 8.701 **psychologische Befassungen** im Jahr 2010 im Rahmen der Unterstützung der Erziehung zu verzeichnen, was bedeutet, dass einerseits die fachliche Kooperation zwischen den Berufsgruppen ausgezeichnet funktioniert, andererseits aber auch die psychologische Beratung von den Familien gut angenommen wird. Eltern werden bei der konkreten und praktischen Umsetzung des Erlernten (videounterstützte psychologische Anleitung nach Marte Meo) in ihrem Selbstvertrauen gestärkt und befähigt, die Herausforderungen im Erziehungsalltag besser zu bewältigen. Als Bildungsangebot zum Thema Erziehung wurde für diese Zielgruppe **„Das kleine 1x1 der Erziehung“** entwickelt, das zur Vermittlung von Wissen über kindliche Grundbedürfnisse und Reflexion des elterlichen Erziehungsverhaltens beitragen soll. Zur Förderung einer positiven Elternschaft erscheint konstruktive Kritik, gepaart mit Lösungsvorschlägen, ganz besonders zielführend.

Wenn in einer Familie aufgrund einer sehr komplexen Problemsituation eine besonders intensive Betreuung erforderlich ist, kann die/der fallführende SozialarbeiterIn, im Rahmen der Unterstützung der Erziehung, zusätzlich die MitarbeiterInnen der **mobilen Arbeit mit Familien (MAF)** einschalten oder der Familie ein **Familien Intensiv Training (FIT)** bzw. **Familiencoaching** vorschlagen.

Das Angebot von MAF orientiert sich an der individuellen Problemlage und Vereinbarung mit der gesamten Familie. Die Betreuung ist flexibel und auf die Probleme, Bedürfnisse und Ressourcen der Familie ausgerichtet und findet je nach Möglichkeit und Mobilität der Familie entweder in der Wohnung, dem sozialen Umfeld der Familie oder in der Regionalstelle statt. Mit Ende 2010 befanden sich **1.229 Minderjährige aus 668 Familien in Betreuung** der MAF.

Im **Familien Intensiv Training (FIT)** arbeiten speziell geschulte SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen an 10 hintereinander folgenden Tagen mindestens 4 Stunden täglich mit der Familie. Die zeitliche Intensität, Co-Arbeit, direktive handlungsorientierte, praktische Anleitung und der **Einsatz von Videoaufnahmen zur Reflexion** kennzeichnen FIT. Ziel ist, in kurzer Zeit Einsicht in das familiäre Geschehen zu bekommen und starke Impulse für eine von außen angeregte, selbst gesteuerte Veränderung der Familiensituation zu setzen.

Nach einer Beobachtungsphase, in der die TrainerInnen in der Familie zwar Szenen auf Video aufnehmen, aber noch nicht intervenierend in das Geschehen eingreifen, schließt das Coaching der Familie an. Dabei wird die Familie mittels **erlebnisorientierter Übungen** und direkter Anweisungen tatkräftig bei der Bewältigung ihrer Probleme unterstützt. Ziel der Arbeit ist, die eigenen Ressourcen und gut funktionierenden Strategien in der Familie zu stärken. Anhand von Filmausschnitten, die einen Teil des Familienlebens repräsentieren, reflektieren die TrainerInnen gemeinsam mit der Familie Kooperationsbereitschaft und gegenseitigen Umgang. Die Familienmitglieder erhalten unmittelbares Feedback. Die Methode wird nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Familie angewandt und hat sich über die Jahre hinweg sehr bewährt.

FIT wurde 2006 als Projekt in der MAG ELF eingeführt und von der Stabsstelle Forschung und Entwicklung wissenschaftlich evaluiert. Aufgrund der überzeugend guten Resultate wurde FIT 2010 in den Regionalstellen Soziale Arbeit mit Familien implementiert. Ziel ist es, in jeder Regionalstelle mindestens eine FIT-TrainerIn zu haben und die Einsätze künftig regional zu organisieren. Von Jänner 2007 bis Ende 2010 wurde **45 Familien** (mit 89 Kindern) im Rahmen von FIT betreut. In nur 4 Fällen war im Anschluss von FIT die Übernahme der Kinder in „Volle Erziehung“ erforderlich.

2010 waren 1.523 Kinder institutionell untergebracht.

## Sozialpädagogische Angebote

Für Kinder, die aus den unterschiedlichsten Gründen für eine bestimmte Zeit nicht mehr bei den Eltern wohnen können, stehen sozialpädagogische Einrichtungen zur Verfügung. 1.523 Kinder waren 2010 institutionell untergebracht. Differenzierte professionelle Betreuung und Hilfestellung erfolgt nicht nur in den sozialpädagogischen Einrichtungen der MAG ELF, sondern wird auch in Form von Plätzen in den spezialisierten Vertragseinrichtungen sowie durch Zukauf von psychotherapeutischer Behandlung sichergestellt. Immer mehr Kinder und Jugendliche kommen aufgrund ihrer häufig erlebten Beziehungsabbrüche sowie negativen Erlebnisse im familiären Umfeld mit den Anforderungen des Alltags, insbesondere der schulischen, nicht mehr zurecht und reagieren mit Ruhelosigkeit, Verweigerung und anderen Verhaltensauffälligkeiten. 2010 waren **1.182 Kinder in psychotherapeutischer bzw. klinisch-psychologischer Behandlung**. Zudem werden die fachlichen Standards in der Sozialpädagogik laufend für eine optimale Betreuung der Kinder und Jugendlichen angepasst. Dies erfolgt unter Beteiligung der MitarbeiterInnen in den sozialpädagogischen Einrichtungen, aber auch unter Mitwirkung der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen, wie z. B. SozialarbeiterInnen, PsychologInnen.

Unter dem Motto „Jeden Tag eine neue Chance“ wird auf den individuellen Hilfebedarf von Kindern und Jugendlichen reagiert. In manchen Fällen ist eine durchgängige Kooperation mit KinderpsychiaterInnen im Rahmen des Liaisondienstes oder einer stationären Aufnahme im Krankenhaus unabdingbar.

## Wiener Pflegefamilien

Es ist das erklärte Ziel in der Jugendwohlfahrt, dass sehr junge Kinder Aufnahme bei Pflegefamilien finden. Laufende Verbesserungen in der Vorbereitung und Schulung von Pflegeeltern bzw. Adoptiveltern tragen zur Zielerreichung bei und weisen Pflegeeltern als wichtige KooperationspartnerInnen der Jugendwohlfahrt aus.

Ausgebildete TrainerInnen, die einerseits Feldkompetenz in der Arbeit mit Pflege- und Adoptivfamilien und andererseits auch Erfahrung mit Gruppen haben, bieten ein umfassendes Fortbildungsprogramm an. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass Pflegeeltern gerade in der Eingewöhnungsphase der Kinder eine zusätzliche intensive, professionelle Begleitung benötigen, damit das Zusammenleben gut gelingen kann. Neben der professionellen Betreuung durch SozialarbeiterInnen erfolgt diese auch in Form des psychologischen Pflegeeltern-coachings. Mit 31. Jänner 2011 lebten 1.302 Kinder bei Pflegeeltern und 248 bei Verwandten.

Als **größte Kinderschutzorganisation in Wien** schützt die **MAG ELF** Kinder und deren Rechte und hat die Verpflichtung, bei Gefährdung von Kindern und Jugendlichen einzuschreiten. Gewaltfreie Erziehung und Partizipation sind für eine positive Entwicklung junger Menschen unumgänglich. Im Laufe der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gibt es immer wieder auch Zeiten, die von Eltern als besonders belastend erlebt werden und zu Überforderung führen. Zur Förderung einer positiven Elternschaft gibt es in der MAG ELF zahlreiche Angebote, die Kinder schützen und Eltern unterstützen sollen, ihre Erziehungs- und Fürsorgepflichten ausreichend wahrzunehmen.

## 5.3 Essstörungen

Michaela Langer

Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder) zählen zu den schwersten psychischen Störungen des Jugendalters, die auch gravierende und nachhaltige Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit haben. Die **Ursachen sind multifaktoriell** und liegen u. a. im gestörten Selbstwert(-gefühl), im niedrigen Selbstvertrauen, in Störungen der eigenen Identität und einem negativen Körperbild. Wesentlich sind die Biografie und insbesondere die gesellschaftlichen Körpernormen, die den Nährboden bilden, auf dem die Erkrankung Essstörung gedeihen kann (Levine et al. 1999, Striegel-Moore/Steiner-Adair 1998).

### 5.3.1 Soziokulturelle Einflussfaktoren

90–97% der von Essstörung Betroffenen sind Mädchen und junge Frauen (Lindblad et al. 2006, Krüger et al. 1997). Als ursächlich können dafür folgende Aspekte angesehen werden: Zum einen sind die **körperlichen Veränderungen** bei Mädchen in der Pubertät **viel stärker** und erfordern eine **höhere psychische Anpassungsleistung** als bei Burschen. Gleichzeitig beginnen Schönheits- und Körpernormen unserer Gesellschaft auf die Psyche und Wahrnehmung der Mädchen und jungen Frauen gerade in der Adoleszenz massiv zu wirken. Vergleiche mit gesellschaftlichen und medialen zumeist untergewichtigen Role-models erzeugen eine erhöhte Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, der sich in der Pubertät vom vorherrschenden Schönheitsideal entfernt. Dies wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit für Risikofaktoren wie Überbewertung des Aussehens und Diäten.

---

Anteil der Mädchen und Frauen an Essstörungen: 90–97%.

### 5.3.2 Psychische Dynamik von Essstörungen

Für Menschen, die an Essstörungen erkranken, hat Essen oder Nicht-Essen die missbräuchliche Funktion, **Schwierigkeiten**, die ihnen ansonsten unlösbar erscheinen, auf diese Weise zu **bewältigen**. In diesem Sinne können Essstörungen als misslungene Problemlöseversuche verstanden werden. Essen oder Nicht-Essen bietet in einer für sie instabilen und unkontrollierbaren Um- und Innenwelt eine Möglichkeit der Stabilität und Kontrolle. Das Leben der Betroffenen kreist **zwanghaft um Essen bzw. Nicht-Essen**. Unbeschwertes Genießen, gesunder Appetit und Hunger sind nicht möglich. Essen ist verbunden mit Scham- und Schuldgefühlen, der Angst zuzunehmen und dem Empfinden, bei Entgleisung der Gewichtskontrolle zu versagen. Nicht-Essen dagegen bedeutet Stolz, Unabhängigkeit und Macht. Das psychische Wohlbefinden wird von der Kontrolle des Essverhaltens und Körpergewichts abhängig gemacht.

---

Nicht-Essen bedeutet Stolz, Unabhängigkeit und Macht.

Die Entstehung einer Essstörung ist – wie bei den meisten schweren psychischen Erkrankungen – immer multifaktoriell bedingt. Daher sind neben **soziokulturellen Einflussfaktoren** **familiäre Aspekte** ebenso zu beachten wie **individuelle Persönlichkeitsfaktoren** und **genetische Ausstattungen**. Der Universitätsprofessor und Kinder- und Jugendpsychiater Andreas Karwautz konnte erstmals für die Erkrankung Anorexia nervosa zeigen, dass das Erziehungsverhalten im Rahmen eines interaktionellen Modells bei der Entstehung von Magersucht einen Einfluss hat. Weiters zeigte die Studie eine wichtige Erkenntnis: Hochpotente psychosoziale Stressoren wie **belastende Lebensereignisse, zwischenmenschliche Probleme oder körperbezogene spöttische Kommentare** wurden unabhängig von genetischen Aspekten als ursächlich relevant beschrieben (Karwautz et al. 2010).

### 5.3.3 Definition und Symptomatologie

Die hauptsächlich diagnostizierten Essstörungen sind „Anorexia nervosa“ (Magersucht), „Bulimia nervosa“ (Bulimie) und „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“. Darüber hinaus gibt es weitere Unterteilungen, wie in Tab. 5.4 dargestellt. Anders als in der US-Klassifikation nach DSM VI hat die Essstörung „Binge Eating Disorder“ (Esssucht) nach ICD-10 keine eigene Diagnosekriterien, sondern wird unter den „Nicht näher bezeichneten Essstörungen“ erfasst.

#### **Anorexia nervosa**

Die Anorexia ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen **Gewichtsverlust charakterisiert**. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen. Es liegt meist **Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades** vor, die sekundär zu **endokrinen und metabolischen Veränderungen** und zu **körperlichen Funktionsstörungen** führt. Zu den Symptomen gehören überwertige Angst vor Gewichtszunahme, eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika (WHO 1993).

#### **Bulimia nervosa**

Dieses Krankheitsbild zeichnet sich durch wiederholtes **Auftreten von Heißhungeranfällen** (engl. binge eating) aus. Bei einem Essanfall nimmt die/der Betroffene in kurzer Zeit große Mengen an Nahrungsmitteln auf. Anschließend werden kompensatorische Maßnahmen ergriffen, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken. Diese Art der Essstörung führt nicht notwendigerweise dazu, dass die Betroffenen untergewichtig sind. Sie **kann auch bei normalem Körpergewicht und Übergewicht auftreten** und ist daher – im Gegensatz zur Anorexia nervosa – nicht aufgrund des Körpergewichts erkennbar. Viele psychische Merkmale dieser Störung ähneln denen der Anorexia nervosa, so die übertriebene Sorge um Körperform und Gewicht. Wiederholtes Erbrechen kann zu Elektrolytstörungen und körperlichen Komplikationen führen. Häufig lässt sich in der Anamnese eine frühere Episode einer Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren nachweisen (WHO 1993).

#### **„Nicht näher bezeichnete Essstörungen“**

„Epidemiologische Untersuchungen unter Zugrundelegung von ICD-10 oder DSM-IV (= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association) ergeben regelmäßig, dass die deutliche Mehrzahl der PatientInnen, die um eine Behandlung nachsuchen, bei konsequenter Anwendung der diagnostischen Kriterien als atypische oder als nicht näher bezeichnete Essstörung klassifiziert werden müssen“, so Fairburn und Kollegen (Fairburn et al. 2007). Derzeit werden unter dieser Kategorie jene Essstörungen erfasst, die nicht alle Diagnosekriterien der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa aufweisen, ebenso subklinische Essstörungen, die aber trotzdem behandlungsbedürftig sind. Weiters wird hier auch die Binge Eating Disorder erfasst.

#### **Binge Eating Disorder (nach DSM IV)**

Binge Eating wurde in den USA 1994 offiziell in die Klassifikation aufgenommen. Binge Eating ist im DSM-IV unter dem Diagnoseschlüssel 307.50 als vorläufige Subgruppe unter „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ („Eating Disorders Not Otherwise Specified“, EDNOS) definiert. Im ICD-10 ist sie nicht enthalten.

Eine deutliche Mehrzahl der PatientInnen haben eine atypische bzw. nicht näher bezeichnete Essstörung.

Diese Essstörung hat große Ähnlichkeit mit der Bulimia nervosa: Ihr Hauptmerkmal sind ebenfalls **wiederkehrende Heißhungerattacken** (engl. binge eating) mit **Kontrollverlust**, aber bei den Betroffenen fehlt das charakteristische Kompensationsverhalten, wie selbstinduziertes Erbrechen oder der Missbrauch von Abführ- und Entwässerungsmitteln. Es kommt daher **häufig zu einem rapiden Gewichtsanstieg**. Gleichzeitig sind mit den Fressanfällen quälende Gefühle der Verzweiflung verbunden.

#### 5.3.4 Komorbiditäten bei Essstörungen

Häufig findet man bei Essstörungen auch Symptomerweiterungen und Komorbiditäten, wie Alkohol-, Drogen- und Substanzmissbrauch, Rauchen, selbstverletzendes Verhalten („Ritzen“), Suizidversuche, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, sexuellen Missbrauch, körperdysmorphe Störungen. Auch auf psychosozialer Ebene finden sich vielfältige Auswirkungen wie Störungen der Partnerschaft, Störungen der Sexualität und sozialer Rückzug bis zur Vereinsamung und Isolation.

#### 5.3.5 Gesundheitliche Konsequenzen von Essstörungen

Essstörungen sind durch eine lange Reihe von körperlichen Folgeerkrankungen gekennzeichnet. In Folge der Mangelernährung kommt es zum Ausbleiben der Menstruation oder unregelmäßigen Menstruationszyklen und dadurch im späteren Leben möglicherweise zu verminderter Fortpflanzungsmöglichkeit (Infertilität, Fehl- und Frühgeburten). Auch endokrinologische Veränderungen, Elektrolytstörungen und Mangelerscheinungen im Blutbild, Osteoporose in jungen Jahren, Herzrhythmusstörungen, Herz-Kreislauf-Probleme, Benommenheit, Schwindel oder Ohnmacht, ungeklärte Schwellungen (Ödeme), chronische Verstopfung und andere Magen-Darm-Probleme sowie der Verlust des sexuellen Interesses sind körperliche Folgen der Essstörungen.

#### 5.3.6 Verbreitung in Österreich und Wien

Essstörungen zählen im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen (Golden NH et al. 2003, Fairburn/Harrison 2003). Die Zahlen zur Prävalenz<sup>1</sup> von Essstörungen unterliegen erheblichen Schwankungen.

In Deutschland zeigten beim Kindergesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts insgesamt 21,9% – also mehr als ein Fünftel – der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren Symptome einer Essstörung (Holling/Schlack 2007). Gestörtes Essverhalten wurde in einer kanadischen Studie bei mehr als 27% der Mädchen im Alter von 12 bis 18 Jahren erfasst und stieg während der Adoleszenz kontinuierlich an (Jones et al. 2001).

Auch bei Risikofaktoren wie Körperbild und Gewichtszufriedenheit zeigt sich ein alarmierendes Bild: Im Rahmen des 2012 veröffentlichten WHO-Berichts „**Health Behaviour in School-aged Children**“ wurde u. a. auf die gewichtsbezogene Selbstwahrnehmung 11-, 13- und 15-jähriger Jugendlicher in 43 zentraleuropäischen Ländern sowie Nordamerika eingegangen. Im Zuge dessen gaben **50%** der befragten österreichischen 15-jährigen Mädchen an, dass sie **glauben, zu dick zu sein**, obwohl nur 11% aufgrund der Berechnung des Body-Mass-Index über Gewicht und Körpergröße tatsächlich übergewichtig oder adipös waren. Weiters hielten **24%** der 15-jährigen Mädchen aktuell eine Diät (Currie et al. 2012). Der **Wiener Anteil** bei den 15-jährigen Mädchen unterscheidet sich nicht gravierend von den gesamtösterreichischen: **Rund 52% der 15-jährigen Wiener Mädchen fühlen sich zu dick**, **rund 14% sind dies laut BMI wirklich**, und **25% halten momentan gerade eine Diät** oder versuchen auf andere Weise, ihr Gewicht zu reduzieren.

Wien: 52% der Wiener Mädchen fühlen sich zu dick, 14% sind es laut BMI wirklich. 25% halten Diät.

1. Prävalenz = Anzahl der Individuen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt ein bestimmtes Merkmal aufweisen, bezogen auf die gesamte Population. Punktprävalenz oder 12-Monats-Prävalenz oder Lifetime-Prevalence / Inzidenz: Rate der neu Erkrankten innerhalb eines definierten Zeitraums.

Leider gibt es für Österreich keine aktuellen epidemiologischen Zahlen. Als einziger Anhaltspunkt mit verlässlichen Zahlen ist die **Spitalsentlassungsstatistik** der Statistik Austria zu nennen. Grundsätzlich muss aber dezidiert festgehalten werden, dass die nachfolgend angeführten Zahlen keine Personendaten, sondern Behandlungsfälle darstellen. Man kann daher aufgrund der Zahlen nicht auf die Anzahl der Betroffenen rückschließen, da eine Person in einem Jahr auch öfter wegen Essstörungen in Spitalsbehandlung sein konnte.

Tabelle 5.4: **Essstörungen nach ausgewählten Hauptdiagnosen der Spitalsentlassungsstatistik bei Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht im Alter von 0 bis 15 Jahren, Wien und Österreich 2001–2010**

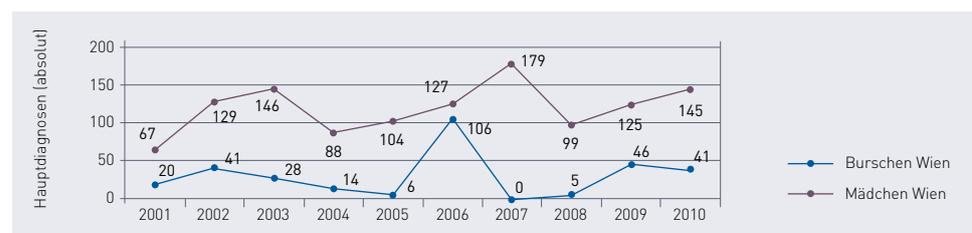
ICD 10		2001		2004		2007		2010	
		w	m	w	m	w	m	w	m
Anorexia nervosa F50.0	Wien	39	12	66	2	141	0	108	1
	Österreich	276	19	274	25	439	68	346	33
Atypische Anorexia nervosa F50.1	Wien	2	0	7	0	4	0	3	1
	Österreich	22	1	18	5	37	0	22	3
Bulimia nervosa F50.2	Wien	10	2	4	0	27	0	24	0
	Österreich	66	2	64	0	150	0	53	4
Atypische Bulimia nervosa F50.3	Wien	0	0	0	0	0	0	0	0
	Österreich	4	0	5	0	3	0	0	0
Essattacken bei anderen psychischen Störungen F50.4	Wien	0	0	0	0	0	0	0	0
	Österreich	0	7	16	0	1	0	1	0
Erbrechen bei anderen psychi- schen Störungen F50.5	Wien	8	3	1	3	1	0	0	1
	Österreich	16	11	9	4	9	8	9	4
Sonstige Essstörungen F50.8	Wien	3	1	2	3	0	0	0	0
	Österreich	9	11	19	13	20	14	16	1

Quelle: Statistik Austria

Grundsätzlich zeigt sich vor allem bei der Anorexia nervosa (F50.0) bei Mädchen ein kontinuierlicher Anstieg über die Jahre sowohl in Wien als auch bundesweit. In Wien zeigen die Zahlen zur Bulimie ebenfalls starke Schwankungen, blieben aber mehr als doppelt so hoch über dem Niveau von 2001.

Grundsätzlich ist hier anzumerken, dass die Bulimia nervosa eine spätere Erstmanifestation hat als die Magersucht und daher in der vorliegenden Statistik noch nicht so häufig auftritt.

Abbildung 5.1: **Essstörungen als Hauptdiagnose der Spitalsentlassungsstatistik bei Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht im Alter von 0 bis 15 Jahren, Wien 2001–2010**



Quelle: Statistik Austria

### 5.3.7 Therapie

Die Behandlung und Therapie einer Essstörung bedarf einer umfassenden psychotherapeutischen und medizinischen Behandlung. Im Idealfall findet die Behandlung in einem eng vernetzten Team statt. Für die psychotherapeutische Behandlung von Essstörungen bei Kindern empfiehlt sich dringend die Einbeziehung der Familie.

Für die Behandlung gibt es 3 **Behandlungssettings: ambulant, stationär und teilstationär/tagesklinisch**. Die Schwere der Erkrankung bestimmt die Dauer des Heilungsprozesses und die Art des Settings und kann es nötig machen, dass alle drei Settings in der Therapie chronologisch angewandt werden müssen.

Bei PatientInnen mit Anorexia nervosa fehlt die Krankheitseinsicht, da dieses Krankheitsbild durch Verleugnung gekennzeichnet ist. Bei PatientInnen mit Bulimia nervosa hingegen ist die Scham über das außer Kontrolle geratene Essverhalten das vorherrschende Motiv, die Krankheit zu verschweigen. Bis zur Inanspruchnahme vergeht daher meist ein längerer Zeitraum. Dies erschwert die Heilung.

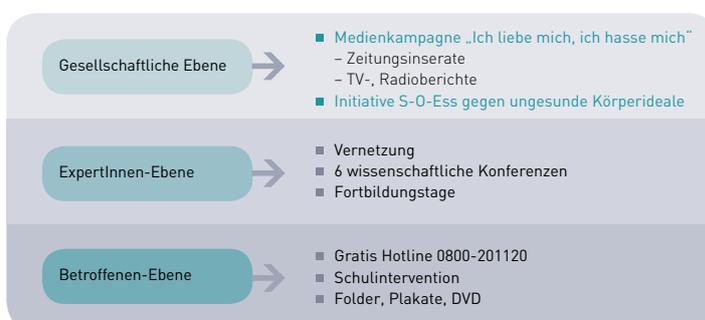
Umfragen haben gezeigt, dass nur rund 2% der AllgemeinmedizinerInnen anhand der präsentierten Symptome eine zugrundeliegende Essstörung erkannten, während die Rate bei den KinderärztInnen mit ein Drittel zwar bedeutend höher, aber immer noch unbefriedigend war (Bryant-Waugh et al. 1992). Ein Drittel der AllgemeinmedizinerInnen gaben in einer Umfrage an, noch nie eine bulimische Patientin in ihrer Praxis gesehen zu haben (Walsh 2000). Eine Untersuchung der Medizinischen Universität Wien im Jahr 1997 zeigte, dass nur 4% der AllgemeinmedizinerInnen an einem Fallbeispiel eine Anorexie erkannten, weitere 11% eine psychosomatische oder psychiatrische Störung vermuteten (Karwautz et al. 1997). In Anbetracht der Häufigkeit des Auftretens von klinischen und subklinischen Essstörungen ist es wahrscheinlich, dass viele Fälle unerkant bleiben.

Laut Umfragen erkennen nur 2% der AllgemeinmedizinerInnen eine Essstörung. Ein Drittel gibt an, noch nie eine bulimische Patientin untersucht zu haben. Fazit: Viele Fälle bleiben unerkant.

### 5.3.8 Früherkennung und niederschwellige Behandlungsangebote

In Wien wurde die Prävention von Essstörungen als wesentlicher Schwerpunkt im Wiener Programm für Frauengesundheit verankert. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht die gesetzten Maßnahmen auf den unterschiedlichen Ebenen.

Abbildung 5.2: **Maßnahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit gegen Essstörungen und Körpernormen**



Quelle: Stadt Wien

Zur Umsetzung der Präventionsmaßnahmen wurden im Jahr 1998 Basisangebote konzipiert, die bis 2011 laufend erweitert wurden:

- Installierung der gebührenfreien und anonymen „Hotline für Essstörungen 0800/20 11 20“ als niederschwellige Anlaufstelle für Betroffene
- Workshops für SchülerInnen zu Selbstwertsteigerung, positivem Körperbild und kritischer Hinterfragung gesellschaftlicher Körpernormen
- Kostenlose Vorträge bei Elternabenden über die Elternvereine an den Schulen
- Veranstaltung von sechs wissenschaftlichen Essstörungs- und Körperbild-Konferenzen für ExpertInnen
- Abhaltung von Fort- und Weiterbildungstagen für GesundheitsexpertInnen zu Essstörungen
- Vernetzung aller wesentlicher Wiener EssstörungsexpertInnen und spezialisierten Essstörungsberatungs- und Therapiestellen in der „Plattform gegen Essstörungen“
- Erstellung mehrerer kostenloser Informationsbroschüren
- Installierung der Website [www.essstoerungshotline.at](http://www.essstoerungshotline.at) mit umfangreichen Informationen
- Gründung der „Initiative als Präventionsmaßnahme auf gesellschaftlicher Ebene“
- Initiierung des Schulwettbewerbs „We like everyBODY! Unsere Schule ohne Schlankeitswahn“ an allen Wiener Schulen mit einer 8. und 9. Schulstufe gestartet, um die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit von gesunden und positiven Körperbildern zur Prävention von Essstörungen zu lenken. Ziel des Wettbewerbs war es, dass SchülerInnen eine Werbekampagne für die eigene Schule konzipieren sollten, die die Vielfalt des menschlichen Aussehens ins Zentrum rückte und nicht ungesunde gesellschaftliche Körpernormen. Mehr als 340 Jugendliche aus 12 Schulen beteiligten sich mit 17 Werbekonzepten. Die Siegerkampagne „Genau richtig“ punktete mit einem sehr breiten salutogen ausgerichteten Werbekonzept und überzeugte die ExpertInnenjury.

In Wien gibt es neben den präventiven und niederschweligen Angeboten des Wiener Programms für Frauengesundheit mehrere **spezialisierte Essstörungsberatungs- und Therapiestellen**, die Therapie für Kinder und/oder Jugendliche bei Essstörungen anbieten: das „Frauengesundheitszentrum FEM“, das „Frauengesundheitszentrum FEM Süd“, „intakt – Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen“, „sowhat – Therapie für Menschen mit Essstörungen“, das „Zentrum für Essstörungen“, die Psychosomatikambulanz für Kinder und Jugendliche des Wilhelminenspitals und die Ambulanz für Essstörungen des Kindes- und Jugendalters der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Essstörungsambulanz der Klinischen Abteilung für Biologische Psychiatrie an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, beide im AKH Wien.

Unter den **stationären Behandlungsangeboten** ist die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des AKH Wien sowie die Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik im Wilhelminenspital zu nennen.

## Literatur

- Bryant-Waugh Rachel. J., Lask Bryan D., Shafran Rosamund L., Fosson Abe R. (1992): Do doctors recognise eating disorders in children? *Arch Dis Child* 1992;67:103–105 doi:10.1136/adc.67.1.103
- Walsh Judith, Wheat Mary, Freund Karen (2000): Detection, Evaluation, and Treatment of Eating Disorders – The Role of the Primary Care Physician, *J GEN INTERN MED* 2000;15:577–590
- Currie Candace et al. (eds.): Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6)
- Fairburn Christopher G.; Cooper Zafra; Bohn Kristin; O'Connor Marianne E.; Doll Helen A., Palmer Robert L. (2007): The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1705–1715.
- Fairburn Christopher G., Harrison Paul J. (2003): Eating disorders. *Lancet* 361:407–416
- Golden Neville H., Katzman Debrah K., Kreipe Richard E., et al. Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine (2003). *J Adolesc Health* 33:496–505
- Karwautz Andreas F. K., Wagner Gudrun, Waldherr Karin, Nader I. W., Fernandez-Aranda Fernando, Estivill Xavier, Holliday Johanna, Collier David A. and Treasure Janet L.: Gene-environment interaction in anorexia nervosa: relevance of non-shared environment and the serotonin transporter gene; *Molecular Psychiatry*, doi:10.1038/mp.2010.12
- Hölling Heike, Schlack Robert (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert-Koch-Institut, Berlin / Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007, 50: 794–799
- Jones Jennifer M., Bennett Susan, Olmsted Marion P., Lawson Margaret L., & Rodin Gary (2001): Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 547–552
- Karwautz Andreas, de Zwaan Martina, Wöber-Bingöl Çiçek., Wöber Christian, Friedrich Max H.. (1997): Awareness of early-onset anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 1997 Sep;2(3):138–43
- Krüger Claus, Reich Günter, Buchheim Peter, Cierpka Manfred (1997): Essstörungen: Diagnostik, Epidemiologie, Verläufe. In: Reich G., Cierpka M.: *Psychotherapie der Essstörungen*. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York
- Levine Michael, Piran Niva, Stoddard Charlie (1999): Mission more probable: Media Literacy, Activism and Advocacy as Primary Prevention. In *Handbook of Eating Disorders*. Brunner/Mazel. Philadelphia
- Lindblad Frank., Lindberg Lene, Hjern Anders (2006): Anorexia Nervosa in Young Men. *International Journal of Eating Disorders* 39:8
- Striegel-Moore Ruth, Steiner-Adair Catherine (1998): Primary prevention of eating disorders: further considerations from a feminist perspective. In: Vandere., Noordenbos G.: *The prevention of Eating disorders*. New York University Press. New York
- World Health Organization (1993): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Geneva: WHO. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F50-F59>

## 5.4 Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen

Brigitte Hackenberg

Das Kindes- und Jugendalter ist gekennzeichnet durch die Frage, ob es einem Kind gelingt, psychisch vorwiegend gesund zu bleiben oder ob die Entwicklung durch eine oder mehrere Krankheitsperioden beeinträchtigt wird. Die Bewältigung der verschiedenen Entwicklungsaufgaben wird von vielen Faktoren und niemals nur von einer einzigen Ursache beeinflusst. Diese entwicklungsorientierte Sichtweise setzt voraus, dass wir in der Beurteilung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Störung sowohl die aktuelle Psychopathologie als auch den Entwicklungsverlauf mit allen seinen bestimmenden Faktoren berücksichtigen. Das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie befasst sich mit der Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Begutachtung von psychischen, psychosozialen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie mit psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.

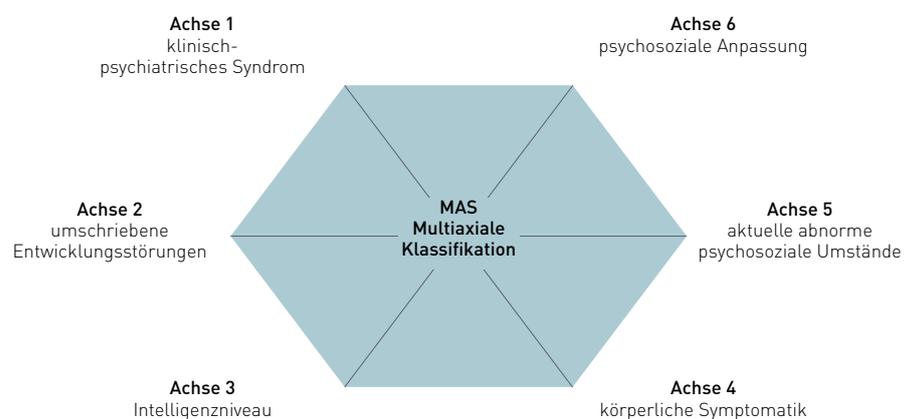
Leitbegriffe kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik sind:

- die ganzheitliche Sicht des Kindes, seiner Familie und seines Umfeldes
- die Entwicklungs-, Familien- und Beziehungsorientierung
- die gleichgewichtige Beachtung von patho- und salutogenetischen Aspekten

Dieser ganzheitliche Aspekt findet im „multiaxialen Klassifikationsschema“ (MAS) der WHO nach der ICD-10-Klassifikation ihren Niederschlag.

Im Folgenden soll das „MAS“ näher ausgeführt werden und in einer grafischen Darstellung veranschaulicht werden (Abb. 5.3).

Abbildung 5.3: Das multiaxiale Klassifikationsschema nach ICD-10 als Würfel



Quelle: Hackenberg 2009

In der multiaxialen Diagnostik wird auf 6 Ebenen („Achsen“) festgehalten, ob eine Einschränkung gegeben ist oder nicht. Die kinder- und jugendpsychiatrische Klassifikation ist vorwiegend beschreibend und wenig theoriegebunden, sie geht von einem multimodalen, biopsychosozialen Entstehungs- und Verlaufsmodell psychischer Erkrankungen aus. Interaktionen zwischen den einzelnen Achsen sind als zusätzliche Faktoren stets zu berücksichtigen.

#### **Achse 1: Klinisch-psychiatrisches Syndrom**

Es wird unterschieden zwischen altersbezogenen Störungen, welche nur im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert werden können und unter Umständen in das Erwachsenenalter persistieren, sowie Störungen ohne eigenen Altersbezug, welche in jedem Lebensalter auftreten können.

#### **Achse 2: Umschriebene Entwicklungsstörungen**

Unterschieden werden

- umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen
- kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen

#### **Achse 3: Intelligenzniveau**

Das Intelligenzniveau wird entweder psychometrisch erfasst oder klinisch eingeschätzt, wobei im Kindes- und Jugendalter nicht nur die Intelligenzminderung, sondern ebenso die hohe und sehr hohe Intelligenz von Bedeutung ist.

#### **Achse 4: Körperliche Symptomatik**

Hier werden alle aktuell bedeutsamen körperliche Erkrankungen, Unfälle und sonstige somatische Störungen erhoben, die mit einer psychischen Belastung in direktem oder indirektem Zusammenhang stehen.

#### **Achse 5: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände**

In einem grobem Zeitrahmen von einem halben Jahr vor der Beurteilung wird das Spektrum psychosozialer Risikofaktoren erfasst, wobei sowohl gesellschaftliche und chronische zwischenmenschliche Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit als auch akute Belastungsereignisse, abnorme intrafamiliäre Beziehungen und Erziehungsbedingungen sowie psychische Störungen oder Behinderungen in der Familie erfasst werden.

#### **Achse 6: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus**

Auf dieser Achse wird auf die Fähigkeit zur Adaptation, d. h. zur Anpassungsfähigkeit eines Kindes oder Jugendlichen auf seine aktuellen Umweltbedingungen, Bezug genommen.

### **5.4.1 Epidemiologie kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen**

Aus aktuellen, breit angelegten Untersuchungen aus Deutschland (KiGGS-Studie, Bella-Studie) ist davon auszugehen, dass etwa 20% aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Störungen (Depressionen, Ängste, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens etc.) zeigen und zumindest einer Diagnostik oder Beratung bedürfen. Etwa die Hälfte dieser Kinder und Jugendlichen sind behandlungsbedürftig. In Österreich gibt es bislang keine vergleichbare Untersuchung.

20% aller Kinder und Jugendlichen zeigen Hinweise auf psychische Störungen, 10% bräuchten eine Behandlung.

Für Österreich bedeutet das Ergebnis der deutschen Studien, dass von einer PatientInnenzahl von etwa 180.000 auszugehen ist, die einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bedürfen. Für die Stadt Wien mit etwa 250.000 Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren würde das bedeuten, dass 50.000 Kinder unter 15 Jahren fachspezifisch untersucht und beraten werden müssen und ca. 25.000 Kinder einer kontinuierlichen Behandlung und Beratung bedürfen.

Aus den Ergebnissen der KiGGS-/Bella-Studie ist von folgender Häufigkeitsverteilung der kinder- und jugendpsychiatrischen Auffälligkeiten auszugehen:

Emotionale Probleme 7%  
 Verhaltensauffälligkeiten 16%  
 Hyperaktivität 6%  
 Probleme mit Gleichaltrigen 10%

(Prozentzahlen gerundet, erhoben mit dem SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire, Fragebogen zu Stärken und Schwächen)

#### 5.4.2 Grundsätze kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung

Entsprechend dem entwicklungsorientierten, multimodalen Diagnose- und Therapieansatz gilt als bestes Instrument kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsplanung das interdisziplinäre Netzwerk. Die Kooperation unterschiedlicher ärztlicher und nichtärztlicher Fachdisziplinen ist das unverzichtbare Grundelement jeder kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsmaßnahme. Ebenso wichtig sind die Aspekte der „Rechtzeitigkeit“ und der „Angemessenheit“ entsprechender Maßnahmen, also das jeweils gelindeste Mittel zur möglichst frühzeitigen Erfassung von psychosozialen Risikokonstellationen und individuellen Belastungsfaktoren.

Die unverzichtbare Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachgebieten der Medizin, der klinischen Psychologie, der Psychotherapie sowie dem psychosozialen Netzwerk (pädagogische Institutionen, Jugendwohlfahrt, Jugendgerichtsbarkeit etc.) führt dabei unweigerlich auch zu Schwierigkeiten in der Kommunikation und dem manchmal zeitintensiven Informationsaustausch, andererseits können gut koordinierte Interventionen chronifizierte Krankheitsverläufe nachhaltig verhindern helfen.

#### 5.4.3 Zu den einzelnen Störungsbildern

##### Emotionale Störungen

Zu den häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalters zählen Angststörungen und depressive Störungen, welche auch als „emotionale Störung mit Trennungsangst“ oder auch als „Schulphobie“ in Erscheinung treten können. Viele Kinder im schulpflichtigen Alter werden dadurch am Schulbesuch gehindert, was dann zu relevanten Defiziten in der Schulausbildung führen kann. Nicht selten werden diese Kinder mit psychosomatischen Beschwerden in

Angststörungen und depressive Störungen zählen zu häufigen Störungen im Kindesalter.

kinderärztlichen Praxen oder bei AllgemeinmedizinerInnen gewissenhaft durchuntersucht, ohne dass der psychische Faktor richtig gedeutet und behandelt wird. Häufig sind diese Störungen mit depressiven Symptomen kombiniert. Die früher häufig vertretene Ansicht, dass Kinder vor der Pubertät nur selten an depressiven Störungen erkranken, muss heute revidiert werden. Die enge Zusammenarbeit zwischen PädiaterIn, Kinder- und JugendpsychiaterIn, PsychotherapeutInnen, schulischen Instanzen und der Jugendwohlfahrt ist hier unverzichtbar, die Verordnung von Psychopharmaka mit angstlösender bzw. antidepressiver Wirkung kann unterstützend wirken. Gerade bei jüngeren Kindern, welche noch nicht schlüssige Auskünfte über ihre Stimmungslage geben können, ist auf körperliche Symptome und Leistungseinbußen besonders zu achten, wir sprechen auch von sogenannten introversiven, d. h. nach innen gerichteten Störungen. Die aktive Einbeziehung der Eltern und Erziehungsberechtigten ist selbstverständlich und darf niemals außer Acht gelassen werden, manchmal bedarf es mehrerer TherapeutInnen oder BeraterInnen.

### Verhaltensauffälligkeiten

Der besonders häufig gebrauchte Begriff der Verhaltensauffälligkeit oder „Verhaltensstörung“ als Sammeltopf für sozial störendes, oppositionelles, widersetzliches oder aggressives Verhalten unterschiedlicher Ursache erfordert eine sorgfältige Erhebung der psychosozialen Umstände und Belastungen, eine Abschätzung der weiteren Lebensprognose in Richtung Dissozialität und Delinquenz, vor allem aber unterstützender Maßnahmen im engen Bezugssystem des Kindes. Langzeitverläufe haben gezeigt, dass eine gute institutionelle Anbindung im Sinne einer „Holding function“ unter Einbeziehung einer niederschweligen Elternarbeit und sogenannten aufsuchenden Unterstützungsmodellen die besten Ergebnisse erzielt haben. In der Behandlung dissozialer bzw. expansiver, nach außen gerichteter Verhaltensmuster sollten Psychopharmaka mit äußerster Zurückhaltung angewendet werden, sie stellen häufig eine ultima Ratio zur Verhinderung von selbst- und fremdgefährdeten Verhaltensmustern dar.

### Hyperaktivität und ADHS

Weltweit werden in den letzten Jahren immer häufiger Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose ADHS verschrieben. Die häufig als „Modediagnose“ gestellte Vermutung eines ADHS trifft in vielen Fällen nicht zu und bedarf auch keiner medikamentösen Behandlung. Die sprunghaft steigenden Behandlungszahlen lassen sich nicht ausreichend auf neurobiologische Veränderungsprozesse oder bessere Diagnosekriterien für eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zurückführen, viel mehr stehen sie mit vielfältigen gesellschaftlichen Belastungsfaktoren im Zusammenhang. Nicht übersehen werden darf die Tatsache, dass für viele Familien eine kindgerechte Freizeitgestaltung aufgrund beengter sozioökonomischer Einschränkungen nicht gelingt und in einen Teufelskreis von familiären Interaktionsstörungen und schulischen Problemen führt. Die Kernsymptome des ADHS (hohe Ablenkbarkeit, Impulsivität und motorische Unruhe, manchmal auch Verträumtheit) werden nur dann als Störung klassifiziert, wenn die alters- und intelligenzentsprechende Entwicklung beeinträchtigt ist. Die Diagnose eines ADHS rechtfertigt nicht zwangsläufig eine Medikation, viel mehr steht an erster Stelle die Information und Anleitung (Psychoedukation) der Eltern und Lehrer, ebenso ist auf die Erfassung der häufigen komorbiden Störungen Bedacht zu nehmen. Die medikamentöse Behandlungsbedürftigkeit liegt nach den strengen Kriterien der europäischen Behandlungsrichtlinien unter 2%. An der MUW werden seit 2006 Daten an Wiener Schulen zur Häufigkeit behandlungsbedürftiger Aufmerksamkeitsdefizite erhoben mit dem Ziel, relevante Risikofaktoren und assoziierte Störungen zu erfassen.

Auf körperliche Symptome und Leistungseinbußen ist besonders zu achten.

Die Diagnose ADHS rechtfertigt nicht notgedrungen eine Medikation.

Der Diagnose ADHS liegt oft eine permanente Überforderung von Eltern oder/und PädagogInnen zugrunde.

Zur Diagnose und Behandlung des ADHS wird demnächst die österreichische Konsensus-erklärung zur Diagnose und Behandlung des ADHS erscheinen, an der sich die relevanten Fachgesellschaften in Österreich beteiligt haben. Dieser Versuch, einen gemeinsamen Nenner für den österreichischen Weg der Methodenvielfalt und der Einhaltung qualitätssichernder Grundsätze zu finden, hat Modellcharakter auf europäischer Ebene.

Die Diagnose ADHS wird immer häufiger bei immer jüngeren Kindern gestellt. Diese Entwicklung wird von ExpertInnen als besorgniserregend erachtet bzw. wird eine Überdiagnostizierung vermutet. Das heißt, die Diagnose wird gestellt, ohne dass die zugrundeliegenden Kriterien den beiden Klassifikationssystemen nach ICD-10 oder DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) erfüllt werden. Vielfach ist die Diagnose eine Reaktion auf Überforderung von Eltern oder/und PädagogInnen.

Die folgende Tabelle zeigt sehr anschaulich den rapiden Anstieg von Rezeptverordnungen und PatientInnenzahlen. Wurden im Jahr 2006 noch 4.673 Rezepte an 809 Kinder verschrieben, so wurden 2010 bereits 7.730 Rezepte an 1.557 Kinder ausgestellt. Das bedeutet eine Steigerung der Verordnungszahl von 65%, Tendenz steigend. Die Anzahl der Kinder hat sich hingegen fast verdoppelt. Bemerkenswert ist auch der Gender-Aspekt. Buben bekommen 6 Mal so häufig ein Medikament verordnet, was auch im Sinne der klassischen Rollenbilder zu interpretieren ist.

Tabelle 5.5: Anzahl der PatientInnen, die medikamentös gegen ADHS mit dem Wirkstoff Methylphenidat (Ritalin, Ritalin LA, Concerta, Medikinet) und Atomoxetin (Strattera) behandelt werden, nach Alter und Geschlecht, Wien 2006–2010

Anzahl der PatientInnen	Mädchen				Buben			
	0–2 Jahre	3–5 Jahre	6–9 Jahre	10–15 Jahre	0–2 Jahre	3–5 Jahre	6–9 Jahre	10–15 Jahre
2006	0	2	27	60	0	12	194	514
2007	0	2	48	96	0	18	292	662
2008	1	2	51	119	0	16	314	714
2009	0	1	61	119	2	21	377	854
2010	0	11	74	177	0	16	411	868

Quelle: WGKK (abgerufen am 10.10.2012)

### Probleme mit Gleichaltrigen

Unter dieser heterogenen Gruppe von Jugendlichen finden sich zahlreiche Fälle mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen aus dem Autismusspektrum, einer häufig unerkannten Störung der sozialen Interaktion und Kommunikation mit gravierenden, zum Teil lebenslangen Beeinträchtigungen der sozialen Integration. Speziell ausgebildete DiagnostikerInnen und TherapeutInnen können hier entscheidende Hilfestellungen geben und auf sekundärpräventiver Ebene Fehlentwicklungen verhindern. Viele Probleme der sozialen Integration sind neben psychosozialen Auslösern auf andere Beeinträchtigungen, vor allem der sprachlichen und motorischen Entwicklung, zurückzuführen. Es zeigt sich aber auch sehr deutlich, dass soziales Lernen eines der zentralen Themen einer gesundheitsfördernden gesellschaftlichen Orientierung darstellt.

### **Zum Begriff der Komorbidität**

Über 50% aller Kinder und Jugendlichen mit behandlungsbedürftigen Achse-1-Störungen zeigen zwei oder mehrere Störungsbilder gleichzeitig. Für die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik bedeutet dies eine sorgfältige Abwägung, welche Diagnose vordergründige Bedeutung hat und welche Interaktionen zwischen unterschiedlichen Störungsbildern zu berücksichtigen sind.

### **Welche Konsequenzen ergeben sich aus einer sorgfältigen kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik?**

Die Befürchtung, je mehr diagnostiziert wird, desto mehr Behandlung braucht es, verleitet zu dem Fehlschluss, dass daraus ein ausufernder Therapiebedarf resultieren würde. Das Gegenteil ist der Fall. Je mehr aus einem ganzheitlichen, entwicklungs- beziehungsorientierten Denkmodell gehandelt wird, desto mehr können bereits vorhandene psychosoziale Ressourcen genützt werden. Je besser ein Lehrer bzw. eine Lehrerin über ein Störungsbild Bescheid weiß, desto eher kann er/sie adäquat mit dem Kind umgehen und vorhandene Beratungsangebote nützen. Je besser die einzelnen Gesundheitsberufe vernetzt sind, desto leichter gelingt eine koordinierte Zusammenarbeit und ein individualisiertes Casemanagement. Niederschwelligkeit und Rechtzeitigkeit in der Beratung von Eltern und Kindern können vieles auffangen, was später in hochspezialisierten institutionellen Strukturen einen wesentlich höheren therapeutischen und finanziellen Aufwand verursachen würde.

Und so soll abschließend auf die wichtigste Ressource des Kindes- und Jugendalters hingewiesen werden: die dem Menschen vom ersten Lebenstag an innewohnende Fähigkeit, sich an die Umwelt anzupassen und sie gleichzeitig zu gestalten.

### **Literatur**

Thun-Hohenstein L. (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich von „gestern“ „morgen“ Verlag Krammer, 2007.

KiGGS-/Bella-Studie Hötting 2005.

Frank R., Mangold B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer 2001.

Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, herausgegeben von der deutschen Gesellschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Bundesgemeinschaft leitender Klinik.

## 5.5 Körperliche, seelische und sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen

Beate Wimmer-Puchinger, Daniela Thurner

Opfer von Gewaltübergriffen zu sein bedeutet nicht nur eine massive Traumatisierung, sondern vor allem langfristige gesundheitliche Folgen. Dies trifft insbesondere für Kinder und Jugendliche zu. Die WHO definiert Gewalt wie folgt:

**Gewalt ist der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt (WHO 2003).**

Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Mädchen und Frauen sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 5.6: Folgen von Gewalt gegen Mädchen und Frauen

Körperliche Folgen	Verletzungen, funktionelle Beeinträchtigungen, dauerhafte Behinderungen
Psychosomatische Folgen	chronische Schmerzsyndrome; Reizdarmsyndrom, Magen-Darm-Störungen
Psychische Folgen	Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Schlafstörungen, Panikattacken, Essstörungen, Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl
Reproduktive Gesundheit	ungewollte Schwangerschaft, Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburten, niedriges Geburtsgewicht, sexuell übertragbare Krankheiten, Eileiter- und Eierstockentzündungen
„Gesundheitsgefährdende Strategien“	Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, risikoreiches Sexualverhalten
Tödliche Folgen	Mord, Selbstmord

Quelle: Hellbernd et al., (Projekt S.I.G.N.A.L., Berlin)  
zit. Nach 2. Österreichischer Frauengesundheitsbericht (2005) S. 238

### Folgen körperlicher Gewalt im Detail:

- Hämatome, Frakturen, Fissuren, stumpfe Bauchtraumen
- Kopfverletzungen (Quetschungen, Hirntraumen, Gehirnblutungen)
- Striemen an den Oberarmen – „battered childsyndrom“ → gewaltsames Schütteln
- STD-Verletzungen im Genital- und Analbereich
- Schädigungen der Haut, Brand- und Bisswunden
- Würgemale, Striemen an Gelenken, Brustbereich, Rücken und Oberarmen
- Verletzungen im Mundbereich (Riss, Brandblasen)
- Innere Verletzungen
- Gedeih- und Wachstumsstörungen, Vergiftungserscheinungen
- Differenzialdiagnose notwendig (Verletzung, Krankheit)

### Immer sind diese verbunden mit einem Symptombündel psychischer Folgen wie:

- Depression, Passivität, Freudlosigkeit, Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle
- Angststörungen, Schlafstörungen, Panikattacken
- Verhaltensstörungen: Wutanfälle, Ticks, Enuresis, Enkopresis, erstarrte Gesichtszüge („frozen watchfulness“)
- Negatives Selbstwertgefühl, psychosomatische Beschwerden, Zwangsstörungen

- Soziale Kontaktstörung (Misstrauen, Aggressivität, Hemmungen), überangepasst im Beisein der Erwachsenen
- Schulstörungen (Aufmerksamkeitsstörungen, Leistungsverweigerung, Fehlen)
- Autoaggressionen → Selbstverstümmelung, Selbstmordversuche (BMWFI 2011: Gewalt in der Familie und im nahen Umfeld. Wien)

Sexuelle Gewalt erlebt haben zu müssen bedeutet für die/den Betroffene/n einschneidende, langfristig wirkende massive Bedrohung und gesundheitliche Beeinträchtigung auf mehreren Ebenen. Unmittelbar psychische Folgen sind:

- Plötzliche Verhaltensänderungen des betroffenen Kindes
- Angst, Schlafstörungen, Alpträume
- Schuld- und Schamgefühle
- Depressive Verstimmungen
- Aggressives und „sexualisiertes“ Verhalten
- Verschlechterungen der Schulleistungen
- Weglaufen von zu Hause

An Langzeitfolgen sind evident:

- Depression, Panikattacken, Angststörungen, Schlafstörungen
- Dissoziative Symptome (Absenzen, Verlust des Realitätssinns, Depersonalisation)
- Suizidalität, Selbstverletzungen, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
- Essstörungen, Sucht

Es ist daher auf der individuellen Ebene wesentlich, dem Opfer möglichst früh niederschwellige Hilfe anzubieten, da Gewaltopfer zu sein immer mit Schamgefühlen verbunden ist. In den überwiegenden Fällen ist der Täter in der engeren familiären Umwelt.

Dies bedeutet für Kinder massive Loyalitätskonflikte, die dazu führen, dass sie diese Erlebnisse niemandem anvertrauen. Es besteht daher für das Personal im Gesundheits- und Sozialbereich hohe empathische Anforderung und Aus- und Fortbildung, mit dieser schwierigen Thematik umgehen zu können. Die gesellschaftliche Bedeutung dieses Bereichs lässt sich nicht zuletzt auch aus den hohen Folgekosten ablesen.

So ermittelte das Institut für Konfliktforschung 2006 die Kosten häuslicher Gewalt mit rund 78 Millionen Euro.

### 5.5.1 Zahlen und Fakten

Das österreichische Institut für Familienforschung an der Universität Wien hat im Jahr 2011 eine Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern herausgegeben. Die StudienteilnehmerInnen wurden erstmals auch zu den Übergriffserfahrungen bis zum 16. Lebensjahr, also den Kindheitsgewalterfahrungen, befragt. Dabei zeigt sich, dass rund 75% der Befragten psychische oder physische Gewalterfahrungen erlebt haben, das heißt Frauen und Männer waren hier gleichermaßen häufig betroffen. Hinsichtlich der sexuellen Übergriffe schildern Frauen mehr als doppelt so häufig, Opfer dieser Gewaltform gewesen zu sein – 28% der Frauen vs. 12% der Männer. Die Ergebnisse der Studie zeigen darüber hinaus, dass die verschiedenen Gewaltformen in der Regel nicht einzeln, sondern gemeinsam mit anderen Gewaltformen angewendet werden. So waren rund 40% der Frauen und 50% der Männer psychischer und physischer Gewalt bzw. 23% der Frauen und 11% der Männer von einer Kombination aus allen drei Gewaltformen ausgesetzt (ÖIF 2011).

40% der Frauen bzw. 50% der Männer waren in ihrer Kindheit Opfer psychischer und physischer Gewalt.

Zur Veranschaulichung der **Datenlage von Gewalt** gegen Kinder und Jugendliche in Wien werden die Daten der **MAG ELF** sowie jene der **polizeilichen Kriminalstatistik** des Bundesministeriums für Inneres herangezogen. Letztere beinhalten die zur Anzeige gebrachten Delikte an Kindern und Jugendlichen. Die abgebildeten Daten erheben somit keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sollen lediglich einen Einblick in diese Thematik vermitteln.

In Wien gibt es etliche Einrichtungen, die für die Versorgung von Gewaltopfern ab dem Säuglingsalter zuständig sind: Der **Verein Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie**, die alle Opfer familiärer Gewalt nach einem Polizeieinsatz betreuen (2010: 5.914 Fälle). Des Weiteren gibt es **4 Frauenhäuser** (2010: 538 Kinder), den **24-Stunden-Frauennotruf** – der ebenfalls Mädchen ab 14 Jahren betreut, Kinderschutzzentren und viele andere Beratungsstellen (siehe Kapitel 8 – Versorgungsstrukturen in Wien).

Die erhobenen Fälle durch die **MAG ELF – Amt für Jugend und Familie** sind anhand dreier Kategorien ausgewertet: **Gefährdungsabklärung**, **Krisenzentrum** und **Krisenpflegeeltern**. Der Fall einer Gefährdungsabklärung liegt vor, wenn einem/einer SozialarbeiterIn die vermutete Gefährdung eines Kindes durch eigene Erfahrung oder auf andere Weise durch Lehrer, Familienangehörige, Polizei etc. zur Kenntnis gebracht worden ist. Die Zahl der **Gefährdungsabklärungen** ist seit 2004 um **32% angestiegen**. Mögliche Schutzvorkehrungen seitens der **MAG ELF** sind die Unterbringung der gefährdeten Säuglinge, Kleinkinder und Jugendlichen in einem von insgesamt **13 Krisenzentren** (127 systemisierte Plätze) bzw. bei **45 Krisenpflegefamilien**. Während sich die Inanspruchnahme von zumeist Babys und Kleinkindern bei Krisenpflegeeltern beinahe verdoppelt hat (+82,7%), ist die Maßnahme, Kinder und Jugendliche in einem Krisenzentrum zu beherbergen, seit 2004 etwas gesunken (–12,2%).

Das Amt für Jugend und Familie hat 2010 rund 10.000 Gefährdungsabklärungen vorgenommen.

Abbildung 5.4: **Begonnene Befassungen in den Jahren 2004–2011**

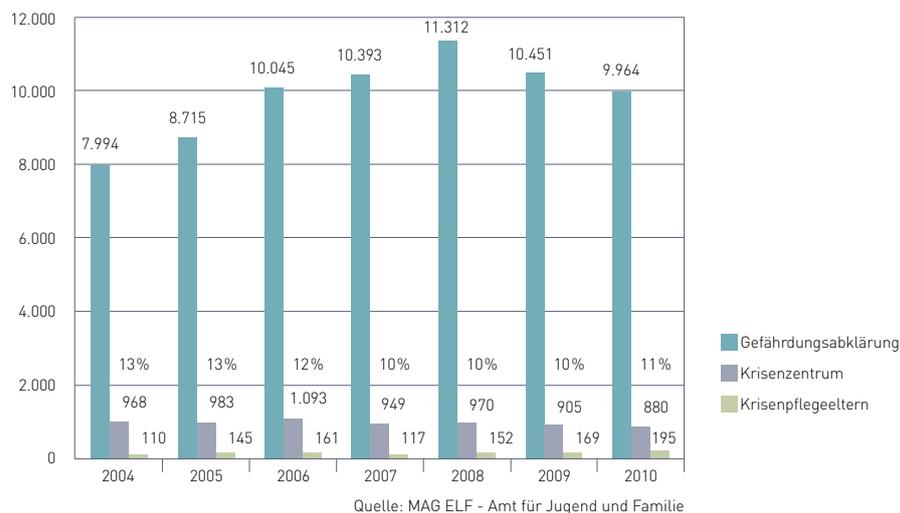


Tabelle 5.7 stellt eine Auswertung dieser Fälle nach **4 Gefährdungsgründen** dar. Eine Berechnung der Mittelwerte dieser Gefährdungsgründe für diesen Zeitraum 2004–2011 zeigt folgende Verteilung: **53,8%** der Abklärungsfälle wurden auf Vernachlässigung, **28,2%** auf psychische Gewalt, **15,7%** auf physische Gewalt und **2,3%** auf sexuelle Gewalt abgeklärt.

Tabelle 5.7: Entwicklung der Gefährdungsabklärungen mit Blick auf die Gefährdungsgründe in den Jahren 2004–2011, absolut und in %

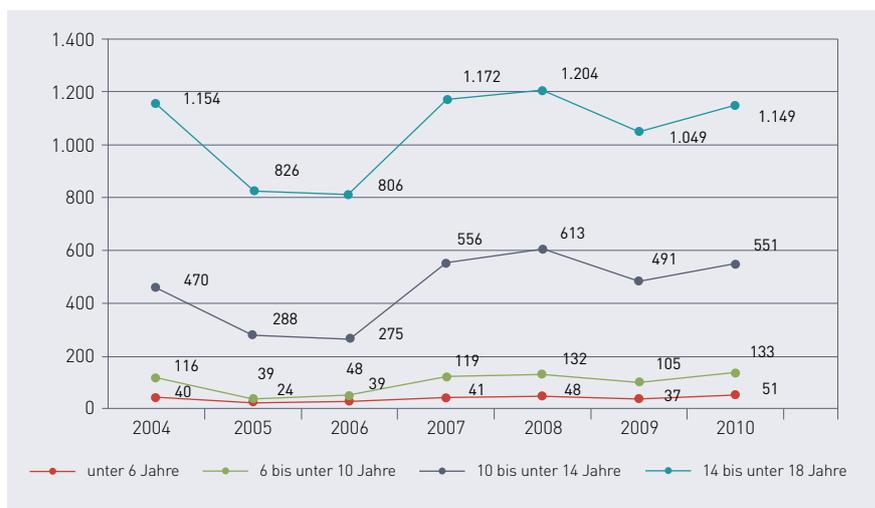
Jahr	physische Gewalt	psychische Gewalt	sexueller Missbrauch	Vernachlässigung	gesamt
2004	1387	2413	248	3946	7994
	17,4	30,2	3,1	49,4	100,0
2005	1413	2439	232	4631	8715
	16,2	28,0	2,7	53,1	100,0
2006	1451	2883	238	5473	10045
	14,4	28,7	2,4	54,5	100
2007	1558	2657	243	5935	10393
	15,0	25,6	2,3	57,1	100
2008	1892	2769	226	6425	11312
	16,7	24,5	2,0	56,8	100
2009	1606	3024	200	5621	10451
	15,4	28,9	1,9	53,8	100
2010	1545	2938	214	5267	9964
	15,5	29,5	2,1	52,9	100
2011	1542	3189	190	5597	10518
	14,7	30,3	1,8	53,2	100

Quelle: MAG ELF – Amt für Jugend und Familie

Die Opferstatistik für Wien gibt ausgewählte Einzeldelikte für Kinder in den Altersgruppen <6 Jahre, 6 bis unter 10, 10 bis unter 14 und 14 bis unter 18 Jahren (Volljährigkeit) wieder. Die zur Anzeige gebrachten Fälle aufgrund von Körperverletzung sind in allen Altersgruppen angestiegen und betragen im Jahr 2010 insgesamt 1.884 Fälle. Gegenüber 2004 bedeutet dies eine Steigerung um 6% (1.780 Fälle).

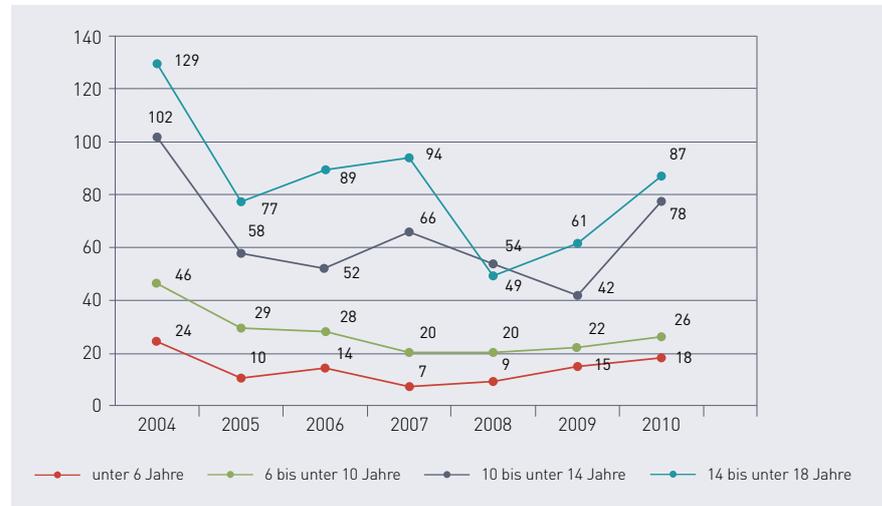
Opferstatistik 2010:  
Rund 1.900 Fälle aufgrund von Körperverletzung wurden zur Anzeige gebracht.

Abbildung 5.5: Gewaltdelikte von Kindern und Jugendlichen aufgrund von Körperverletzungen



Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Österreichs

Abbildung 5.6: Strafbare Handlungen gegen die Sittlichkeit



Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Österreichs

## 5.5.2 Maßnahmen

Wissenschaftliche Studien haben klar erwiesen, dass infolge der Schamgefühle Gewaltopfer lieber die **Anonymität einer Krankenanstalt als erste Anlaufstelle** wählen. Das **Wiener Programm für Frauengesundheit** hat daher für die Thematik Gewalt ein **Maßnahmenbündel der Früherkennung** und besseren Umgang mit Gewaltopfern im Rahmen der Krankenanstalten entwickelt. In allen Häusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes wurden Workshops für die MitarbeiterInnen der gynäkologischen, pädiatrischen, urologischen, psychiatrischen, dermatologischen und HNO-Abteilungen und Notfallsambulanzen durchgeführt, um Früherkennung und Kommunikation zu unterstützen. Infobroschüren für das Personal als auch für die PatientInnen und deren Angehörige wurden entwickelt. Vom 24-Stunden-Frauennotruf der Stadt Wien (MA 57) liegen verschiedene Informationsmaterialien in bis zu 13 Sprachen auf.

Um den **Opferschutz bei Kindern** zu gewährleisten, gibt es seit 2004 die gesetzliche Verpflichtung für alle Kinderkliniken und Krankenhäuser mit Kinderabteilungen/pädiatrischen Abteilungen, Kinderschutzgruppen einzurichten.

### 5.5.2.1 Kinderschutzgruppen in Wien

Maria Kletečka-Pulker, Julia Inthorn, Carina Hauser, Sabine Parrag

Die Kinderschutzarbeit in Krankenhäusern stellt Angehörige der Gesundheitsberufe vor eine besondere Herausforderung. Das Vertrauensverhältnis zwischen PatientIn und BehandlerIn ist eine wesentliche Voraussetzung für ein gutes Behandlungsverhältnis. Im Fall der Kinderschutzarbeit kommt neben dem **Geheimhaltungsinteresse** ein weiteres wichtiges Interesse hinzu, das in bestimmten Fällen dazu führt, dass die Ärztin bzw. der Arzt die **Verschwiegenheitspflicht durchbrechen** muss, um eine Meldung an das Jugendamt oder eine Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten. Der Gesetzgeber trägt diesem Spannungsverhältnis

zwischen dem Schutz der körperlichen Integrität und dem Schutz des Vertrauensverhältnisses Rechnung, indem er mit § 54 Ärztegesetz eine Regelung geschaffen hat, wonach ÄrztInnen bei Verdacht auf Missbrauch einen gewissen Handlungsspielraum haben, ob sie die Schweigepflicht durchbrechen oder nicht.

In der Praxis ist es oftmals nicht eindeutig, ob ein Fall von Missbrauch oder Verletzung durch Fremdverschulden vorliegt, sodass sich in den 1990er-Jahren VertreterInnen verschiedener Gesundheitsberufe in den einzelnen Häusern zusammengeschlossen haben, um gemeinsam das weitere Vorgehen zu beraten.

2004 wurde durch die Änderung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) das bereits gut etablierte Instrument der Kinderschutzgruppen gesetzlich verankert.

Entsprechend der Grundsatzbestimmung gemäß § 8e KAKuG wurde im Wiener Krankenanstaltengesetz (Wr. KAG) die **Bestimmung § 15d** mit der Überschrift „Früherkennung von Gewalt“ aufgenommen, in welcher die **Einrichtung und Zusammensetzung von Kinderschutzgruppen in Wien geregelt** wird. Kinderschutzgruppen sind für die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern sowie für Personen zuständig, die das 18. Lebensjahr zwar bereits vollendet haben, aber aufgrund deren psychischen Reifegrades die Betreuung durch die Kinderschutzgruppe angebracht erscheint.

2004: Das Instrument der Kinderschutzgruppen wurde im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz verankert.

### 5.5.2.1.1 Studie: „Gebündeltes Wissen gegen Gewalt: Die Arbeit von Wiener Kinderschutzgruppen“<sup>1</sup>

Die vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin von Februar 2009 bis Februar 2012 im Auftrag des Wiener Krankenanstaltenverbands durchgeführte Studie zur Arbeit von Kinderschutzgruppen bietet einen guten Einblick in die aktuelle Situation und Arbeit der 6 im Rahmen der Studie untersuchten Kinderschutzgruppen des Wiener Krankenanstaltenverbands.

Bei der Zusammensetzung des Kinderschutzgruppenteams ist nicht nur die **Vertretung aller wichtigen Disziplinen** wie Fachärztinnen und Fachärzten, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege (Ambulanz und Stationspflegepersonal), Psychologinnen und Psychologen und auch SozialarbeiterInnen entscheidend, sondern ebenso die **Verteilung der Mitglieder im Haus** selbst. Grundsätzlich ist jede bzw. jeder interessierte MitarbeiterIn des Krankenhauses in der Kinderschutzgruppe willkommen. So wird versucht, MitarbeiterInnen aus möglichst allen relevanten Abteilungen/Stationen des Hauses im Team zu vereinen, um eine flächendeckende Präsenz des Fachwissens zu garantieren. Zudem verfügt jede Kinderschutzgruppe seit 2 Jahren über eine/n eigens zuständige/n, vom Wiener Krankenanstaltenverbund finanzierte/n und regelmäßig bei den Treffen anwesende/n SozialarbeiterIn. Gerade die pädagogische Sichtweise der SozialarbeiterIn bei Fallbesprechungen rundet die interdisziplinäre Zusammensetzung des Teams ab. Die Anzahl der Kinderschutzgruppenmitglieder variiert zwischen 5 und 15 Personen pro Treffen. Abhängig von den zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen und der Größe der pädiatrischen Abteilungen finden die großen Kinderschutzgruppentreffen in jedem Haus in unterschiedlichen Frequenzen statt (wöchentlich/monatlich). Zusätzlich zu den Treffen des gesamten Kinderschutzteams wird die Möglichkeit zu fallspezifischen Kleinteambesprechungen genutzt, welche anlassabhängig angesetzt und abgehalten werden.

1. Siehe eine ausführliche Publikation zur Studie: Kletečka-Pulker M., Inthorn J. (2012): Kinderschutzgruppen in Österreich. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Band 7; Springer Verlag, Wien

2005–2009 haben die Kinderschutzgruppen 646 Fälle besprochen.

## Ergebnisse

In dem von der Studie festgelegten Beobachtungszeitraum 2005–2009 haben die Kinderschutzgruppen insgesamt 646 Fälle besprochen, von denen zwei Drittel weiblich und ein Drittel männlich war. Das Durchschnittsalter lag etwas über 6 Jahre, und mehr als die Hälfte der Kinder war unter 5 Jahre alt. Die in den Kinderschutzgruppen besprochenen Verdachtsfälle betrafen also überwiegend die besonders vulnerable Gruppe von Kindern vor dem Schulalter. Die Verdachtsfälle der Kinderschutzgruppen lassen sich grob gliedern in: Verdacht auf körperliche Misshandlung, Verdacht auf sexuellen Missbrauch, Verdacht auf seelische Misshandlung, Verdacht auf Verwahrlosung bzw. Vernachlässigung und Verdacht auf Münchhausen by Proxy und sonstige Verdachtsfälle. In der Verteilung der Verdachtsfälle sind der Verdacht auf körperliche Misshandlung mit 33,3% und der Verdacht auf sexuellen Missbrauch mit 34,4% etwa gleich stark und im Vergleich zu den anderen Verdachtsarten am häufigsten vertreten. Die Zuordnung der Verdachtsformen ist nicht immer eindeutig vorzunehmen. Insbesondere die hohe Zahl an sonstigen Verdachtsfällen (9,6%), wie z. B. Drogenentzugsbabys, mangelnde Versorgung von Kindern mit speziellen Bedürfnissen oder Gewalt in der Familie, die sich noch nicht gegen das Kind richtet, zeigt, wie individuell die Kinderschutzgruppen agieren und auf die verschiedenen Fälle reagieren.

Eine zentrale Aufgabe der Kinderschutzgruppen ist die Diskussion, ob eine Anzeige und/oder eine Meldung an das Jugendamt erfolgen sollen. In den dokumentierten Fällen wurde 79-mal (12,2%) eine Anzeige erstattet. Eine Gefährdungsmeldung ist in 28,6% der Fälle dokumentiert. Für weitere 17,0% ergab die Rückfrage bei den Jugendämtern, dass das Kind bzw. die Familie dem Jugendamt bereits bekannt ist. Daran zeigt sich, dass eine Kooperation von Kinderschutzgruppen und Jugendämtern eine positive Funktion hinsichtlich des Schutzes von Kindern hat. Weitere, allerdings selten von den Kinderschutzgruppen genutzte Möglichkeiten sind ein Ausfolgeberbot<sup>2</sup> (11 dokumentierte Fälle) und ein Besuchsverbot.

Im Sinne eines Entlassungsmanagements kooperieren die Kinderschutzgruppen mit verschiedensten Einrichtungen, die Unterstützung für Eltern anbieten können oder in denen Kinder auch temporär untergebracht werden können. Hierunter fallen neben dem Jugendamt auch Angebote von Vereinen, psychologische Unterstützung oder gezielte Hilfe bei Erziehungsfragen. Kinder werden nur dann wieder zu ihren Eltern nach Hause entlassen, sofern diese – gegebenenfalls mit Unterstützung von außen – in der Lage sind, das Kindeswohl zu gewährleisten und das Kind vor etwaigen weiteren Übergriffen zu schützen.

## Fazit

Von der Arbeit der Kinderschutzgruppen und der erhöhten Aufmerksamkeit für Fragen des Kindeswohls profitieren grundsätzlich alle Kinder – vulnerable Gruppen von Kindern profitieren davon besonders. Das Kindeswohl wird von den KinderschutzexpertInnen umfassend betrachtet und nicht auf die Frage von Missbrauch oder Misshandlung oder gar auf die reine Frage, ob Anzeige erstattet werden soll oder nicht, reduziert. Die gewachsenen und beständig verbesserten Kooperationsstrukturen mit anderen Institutionen, insbesondere den Jugendämtern, ermöglichen für Kinder, die Opfer von Gewalt geworden sind, einen Ausstieg aus der Situation der Gewalterfahrung oder Vernachlässigung. Ihnen wird eine sichere Umgebung

2. Ausfolgeberbot ist kein gesetzlich verankerter Begriff. In der Praxis wird von einem Ausfolgeberbot gesprochen, wenn der bzw. dem gesetzlichen VertreterIn die Obsorge (ganz oder teilweise) entzogen wurde, was zur Folge hat, dass dieser auch nicht mehr über den Aufenthaltsort des Kindes entscheiden kann und dieses dann gegebenenfalls gegen den Willen des gesetzlichen Vertreters bzw. der gesetzlichen Vertreterin in der Krankenanstalt verbleibt.

geboten, die dank der Zusammenarbeit in die Betreuung in andere Einrichtungen übergeht. Die ausführlichen Ergebnisse der vom Wiener Krankenanstaltenverbund in Auftrag gegebene Studie „Gebündeltes Wissen gegen Gewalt: Die Arbeit von Kinderschutzgruppen“ finden Sie unter: <http://ierm.univie.ac.at/>

## Transkulturelle Gewaltprävention und Gesundheitsförderung

Projektdauer: 1. Juli 2011 bis 30. Juni 2015

Laut neuer wissenschaftlicher Untersuchungen (Beelmann 2009) entwickeln Kinder im Alter von 5 bis 7 Jahren verstärkt ethnische Vorurteile. Das Pilotprojekt zur Gewaltprävention im Setting Schule versucht dem vorzugreifen und hat zum Ziel, Risikofaktoren, welche Kinder sowohl in die Opfer- wie auch in die Täterrolle von Gewalt bringen können, zu reduzieren. Ebenso sollen Schutzfaktoren erhöht werden, die darin bestehen können, dass sich Kinder ihren LehrerInnen in kritischen Situationen anvertrauen. Von den insgesamt 23 am Projekt interessierten Volksschulen wurde unter Rücksichtnahme einer repräsentativen Auswahl der Schulen für Wien 6 Schulen aus den Bezirken 2, 5, 6, 11, 19 und 22 ausgesucht. Insgesamt sind 6 Projektpartnern aus den Fachbereichen der Klinischen- und Gesundheitspsychologie, Sozialarbeit und Sozialpädagogik tätig, wobei die KollegInnen muttersprachliche Kenntnisse der Sprachen Albanisch, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Englisch und Türkisch aufweisen. Basierend auf dem **Konzept der Transkulturalität** soll das gegenseitige Verstehen und die kulturelle sowie soziale Interaktion der am Projekt beteiligten Kinder, LehrerInnen und Eltern verbessert werden. Jede Projektklasse – davon haben 50 bis 100% der Eltern einen anderen kulturellen Hintergrund – hat im Rahmen des Projekts 6 Elternabende, in denen mit Simultandolmetscherinnen gearbeitet wird. Die LehrerInnen und Schulleitungen der Projektschulen nehmen an 6 Fortbildungen teil mit dem Ziel, auch auf der strukturellen Ebene die Schule zu einer „Child Safe Organisation“ zu machen. Die Kinder der Projektclassen nehmen vom Februar 2012 bis Jänner 2015 an 36 Workshops teil, das sind 12 Workshops pro Schuljahr. Zusätzlich gibt es Beratungsgespräche für alle Beteiligten.

Erste Zwischenergebnisse nach einer Projektlaufzeit von einem Jahr zeigen, dass Kinder von der **Gewalt von Vater und/oder Mutter, fallweise auch von Brüdern betroffen** sind. Ferner konnte beobachtet werden, dass an Schulen mit einer positiven Einstellung zu Kindern und Eltern aus anderen Kulturkreisen weniger Grenzverletzungen unter und an den Kindern passieren.

Nähere Informationen zum Projekt: [www.transkulturell-samara.at](http://www.transkulturell-samara.at)

### Literatur

Beelmann, Andreas & Jonas, Kai (2009): Diskriminierung und Toleranz: Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. Wiesbaden.VS Verlag für Sozialwissenschaften

WHO (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit

Kinder entwickeln im Alter von 5 bis 7 Jahren verstärkt ethnische Vorurteile.

## 5.6 Die gesunde<sup>1</sup> Entwicklung von Kindern und deren Eltern in suchtblasteten Familiensystemen sowie Maßnahmen der Prävention und Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

Sonja Kuster-Harl

Bereits vor mehr als 15 Jahren wurde in Wien damit begonnen, substanzabhängigen schwangeren Frauen und Müttern mit Neugeborenen besonderes Augenmerk zu schenken. Die Intention war, diese Frauen so rasch wie möglich in das Betreuungs- und Behandlungsschema einzubinden.

Waren es 1994 noch etwa 30 Geburten von Kindern substanzabhängiger Mütter in Wien, stieg die Zahl im Laufe der Jahre kontinuierlich an, 2009: 85, 2010: 87 (CONTACT, siehe S. 230). Dieser Anstieg resultiert einerseits daher, dass die Frauen aufgrund der Substitution stabiler und gesünder sind als noch vor einigen Jahren, andererseits achten auch die ProfessionistInnen in diesem Bereich – insbesondere das Krankenhauspersonal – heute intensiver auf einen möglichen Konsum in der Schwangerschaft bzw. allfällige Entzugerscheinungen bei den Neugeborenen, wodurch mehr Fälle als früher in die Statistik und dementsprechend auch in die zur Verfügung stehende Betreuungsangebote aufgenommen werden.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine gute Betreuung substanzabhängiger Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt wesentlich zur medizinischen und psychosozialen Stabilität der Mütter beitragen kann. Dadurch ist es möglich, eine positive Mutter-Kind-Beziehung aufzubauen, die deutlich zur Verbesserung des Gesundheitszustands und der Entwicklung der Kinder beiträgt. Eine vernetzte Zusammenarbeit der ProfessionistInnen und der Einrichtungen bilden dabei die Basis für eine gute Betreuung.

Eine gute Betreuung rund um die Geburt ist Voraussetzung für medizinische und psychosoziale Stabilität der substanzabhängigen Mutter.

### 5.6.1 Probleme der Kinder suchtkranker Eltern

Der Konsum von Drogen während der Schwangerschaft bedeutet je nach Substanz eine unterschiedliche Gefährdung des ungeborenen Kindes, dazu zählen unter anderem organische oder somatische Schäden vor allem durch Beikonsum von Benzodiazepinen und Alkohol – mögliche Langzeitfolgen inbegriffen – sowie das neonatale Abstinenzsyndrom beim Neugeborenen, welches je nach Substanz unterschiedlich stark und lange ausfallen kann.

Abgesehen von den medizinischen Problemen hat die Sucht der Eltern in der Regel auch massive psychosoziale Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder bis hin zur Gefährdung des Kindeswohls im Sinne des Jugendwohlfahrtsgesetzes. Neben Entwicklungsverzögerungen und (schweren) Verhaltensstörungen treten öfter als im Durchschnitt auch starke Beeinträchtigungen durch Vernachlässigung auf. Mangelhafte Reize für eine altersgerechte Reifung des kindlichen Gehirns oder auch z. B. Störungen der Bindungsfähigkeit können die Folgen sein. Weiters kann es in Suchtfamilien zu gehäuft auftretenden psychosozialen Belastungsfaktoren kommen, dazu zählen unter anderem inkonstante Fürsorge, Mangel an altersgemäßer Versorgung, ein nicht an das Kind angepasster Tagesrhythmus, mangelnde Interaktion und emotionale Zuwendung, schlechte Vorbildwirkung der Eltern bezüglich des Konsum- und des Essverhaltens, Überforderung durch Übernahme nicht altersgerechter Verantwortung und Rollen.

1. biopsychosoziales Gesundheitsmodell, basierend auf der Gesundheitsdefinition der WHO: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“

Je nach Ausprägung der Suchterkrankung und/oder psychiatrischen Erkrankung der Eltern ist die Unterstützung durch soziale und medizinische Einrichtungen und die Betreuung durch die **Drogenhilfe** daher im unterschiedlichen Ausmaß nötig. Um diese Betreuung qualitativ hochwertig zu gewährleisten, ist eine gute Vernetzung des Hilfesystems Voraussetzung.

Für die Stadt Wien arbeiten die **MAG ELF**, die **Sucht- und Drogenkoordination (SDW)**, der **Krankenanstaltenverbund (KAV)** und die **MA 15** in enger Kooperation mit dem Drogenbeauftragten Dr. Alexander David in verschiedenen Gremien zusammen. Zudem haben sich im Laufe der Jahre verschiedene Arbeitskreise gebildet, die sich an unterschiedlichen Schwerpunkten, Zielsetzungen und Zielgruppen orientieren.

## Kooperationen und Arbeitskreise

**KISAM** (Kinder substanzabhängiger Mütter) ist das Koordinationstreffen der **MAG ELF** unter Beteiligung des **Drogenbeauftragten der Stadt Wien**, der **Sucht- und Drogenkoordination Wien**, der **Entwicklungsambulanz am NZ Rosenhügel**, des **Preyer'schen Kinderspitals** und der **MA 15**. Ziel ist es, die Betreuung aller substanzabhängigen schwangeren Frauen und Mütter mit Kleinkindern sicherzustellen. Konkret geht es um die genaue Erfassung der Zielgruppe, um die Planung adäquater Betreuungsangebote sowie die verstärkte Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Einrichtungen, damit im Anlassfall schnell auf akute Problemstellungen reagiert werden kann.

Das Ziel der Arbeitsgruppe der Wiener Drogenhilfeeinrichtungen **„Kinder aus suchtblasteten Familien“** ist die gesunde Entwicklung von Kindern und deren Eltern in suchtblasteten Familiensystemen. Zielgruppe sind Familien mit Kindern von 0 bis 14 Jahren.

Ein Ergebnis dieser Arbeitsgruppe ist die **Broschüre „Schwangerschaft und Drogen“** für Betroffene. An einer Broschüre für ProfessionistInnen zu diesem Thema wird aktuell gerade gearbeitet.

Gemeinsam mit der **MAG ELF** und der **Entwicklungsambulanz am NZ Rosenhügel** wird eine **wienweit geltende Kooperationsvereinbarung** ausgearbeitet. Auch andere Einrichtungen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich sollen miteingebunden werden.

Im Herbst 2007 initiierte das **Preyer'sche Kinderspital** das Projekt **„Optimierung der stationären Betreuung Neugeborener substanzabhängiger Mütter“**.

Im Rahmen des Projekts arbeiteten die **MAG ELF**, die **Sucht- und Drogenkoordination Wien**, die **Entwicklungsambulanz am NZ Rosenhügel** und das **Wilhelminenspital** gemeinsam an der Optimierung der Behandlung des neonatalen Abstinenzsyndroms (NAS) sowohl für die Babys und ihre Mütter als auch für das behandelnde Betreuungspersonal. Das Projekt wurde im Dezember 2010 mit einem Festakt im **Kaiser-Franz-Josef-Spital** abgeschlossen und erreichte bei der Vergabe des **Gesundheitspreises der Stadt Wien** den 3. Platz. Aufgrund des Erfolges wird die betreffende Arbeitsgruppe ihre Tätigkeit in halbjährlichen Intervallen fortsetzen.

Die **intensive Zusammenarbeit mit dem Preyer'schen Kinderspital**, dem **Wilhelminenspital**, der verstärkten Teilnahme an den Arbeitskreisen und der Anstellung einer Sozialarbeiterin führte dazu, dass die Anzahl der Mütter mit ihren Kindern in der **Entwicklungsambulanz am NZ Rosenhügel** signifikant gestiegen ist. Auch die **weiterführende Betreuung konnte intensiviert werden**, sodass ein wichtiger Beitrag für die Entwicklungschancen der Kinder und der Eltern-Kind-Beziehung sichergestellt ist.

## 5.6.2 Konkrete Maßnahmen der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW)

Auch SDW-intern wurde eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um die Thematik besser bearbeiten zu können. So kam es zur Gründung von MOBIES, das Team Mothers & Babies, bestehend aus MitarbeiterInnen der Liaisondienste und MitarbeiterInnen des Ambulatoriums für Suchtkranke.

Generell wurde innerhalb der SDW der Informationsaustausch intensiviert, mit der Erarbeitung von abteilungsübergreifenden Standards begonnen und die Sensibilisierung der MitarbeiterInnen für die Problematik weiter vorangetrieben, unter anderem durch mehrere interne Vorträge in unterschiedlichen Abteilungen. Im Bereich Beratung, Behandlung, Betreuung wurden Verantwortliche aus den Spezialbereichen Sozialarbeit und Medizin ernannt, die die Arbeit zu dieser Thematik koordinieren. Diese stehen allen Abteilungen des Bereichs als AnsprechpartnerInnen für Einzelfallfragen und – falls erforderlich – auch als Bindeglied zu anderen Einrichtungen (insbesondere der MAG ELF) jederzeit zur Verfügung.

Ebenfalls weiter verstärkt wurde die Zusammenarbeit mit den Risikoambulanzen, den geburtshilflichen Stationen und den Kinderstationen der Wiener Krankenhäuser. Hier ist besonders das AKH Wien zu erwähnen, mit dem es eine vertragliche Zusammenarbeit seitens der SDW und der Drogenambulanz gibt.

Im Laufe des Jahres 2010 wurde auch das Projekt KONNEX<sup>2</sup> eingebunden, um speziell dessen Angebote den Wohngemeinschaften und Regionalstellen der MAG ELF und den Mutter-Kind-Heimen der verschiedenen TrägerInnen zur Verfügung zu stellen. Dadurch konnte dort das Thema Sucht für die Arbeit mit Kindern aufbereitet sowie ein Coaching in Bezug auf den Umgang mit betroffenen Müttern für die MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

Die in der Folge dargestellten Zahlen aus der Basisdokumentation (BADO) 2010 illustrieren, warum die Arbeit an der hier dargestellten Problematik weiter forciert werden muss:

- Ca. 30% der Klientinnen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN) haben Kinder
- 28% der vom SDHN betreuten Männer haben Kinder

Abbildung 5.7: **Betreute Personen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN), nach Anzahl der eigenen Kinder 2010**

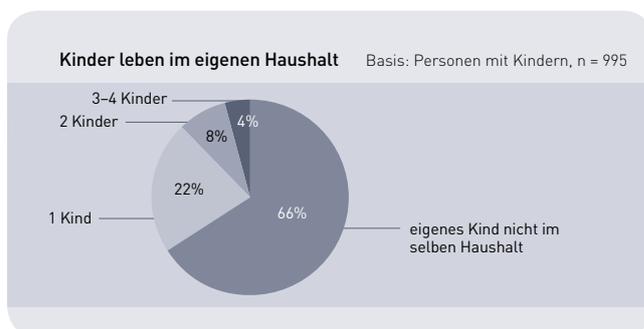


Quelle: IFES, BADO 2010

2. KONNEX ist eine Einrichtung der SDW. KONNEX bietet Gesundheits- und Sozialeinrichtungen kostenfrei Fachberatung für MitarbeiterInnen unter dem Motto „Aus der Praxis für die Praxis“ zum Thema Sucht und Drogen an. U. a. zählen zu den Angeboten: suchtspezifische Beratung, Teilnahme an Teams, Workshops und Vorträge, Unterstützung in der Fallarbeit, Unterstützung bei konzeptionellen Überlegungen in der Einrichtung, suchtspezifische Begutachtungen, Telefon und E-Mail-Beratung etc.

34% der KlientInnen (n = 955) haben Kinder im eigenen Haushalt. Bei 66% der KlientInnen leben die Kinder nicht im selben Haushalt: davon sind bei 18% die Kinder behördlich untergebracht und bei 48% leben die Kinder z. B. beim anderen Elternteil oder in Abstimmung mit dem Jugendamt in einem freiwilligen Verwandtschaftspflegeverhältnis bei anderen Familienmitgliedern (z. B. Großeltern/Verwandte), bzw. sind darin auch schon die erwachsenen Kinder enthalten, die den gemeinsamen Haushalt bereits verlassen haben. Die Größe dieser Gruppe lässt sich nicht eindeutig feststellen.

Abbildung 5.8: **Unterbringungssituation der Kinder von betreuten Personen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN), 2010**



Quelle: IFES, BADO 2010

## Maßnahmen der Prävention und Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

Die unter 16-Jährigen stellen einen kleinen Teil der von dem SDHN betreuten KlientInnen dar. Die meisten dieser Jugendlichen werden im Rahmen von Zuweisungen durch andere Institutionen bzw. Schulen (§ 13 SMG) begutachtet und abgeklärt und benötigen keine weitere suchtspezifische Betreuung.

Ein kleiner Teil dieser Jugendlichen weist jedoch eine **manifeste Suchtmittelproblematik** auf. Wesentlich in der Betreuung dieser Jugendlichen ist eine **multidisziplinäre Betreuung bzw. Behandlung**, insbesondere kinder- und jugendpsychiatrisch. Darüber hinaus sind eine **engmaschige Kooperation** mit anderen Einrichtungen (MAG ELF, Schule, Neustart, Kriseneinrichtungen etc.) und die Einbindung der Angehörigen bzw. Erziehungsberechtigten in die Betreuung essenziell.

Da die Basisdokumentation (BADO) diese Zielgruppe nicht explizit ausweist, kann über die exakte Anzahl der behandelten Jugendlichen wienweit keine Aussage getroffen werden. In den beiden Schwerpunkteinrichtungen „Kolping Drogenberatung für Jugendliche“ waren im Zeitraum 2010: 11 unter 16-Jährige (2008: 6, 2009: 9) und in den Einrichtungen des „Vereins Dialog – Integrative Suchtberatung“ im Jahr 2010: 74 (2008: 48, 2009: 59) in Behandlung.

In den beiden Schwerpunkteinrichtungen Kolping und Verein Dialog waren zusammen 85 Jugendliche unter 16 Jahren in Behandlung.

## Kooperationen und Arbeitsgruppen

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien widmet sich in eigenen Arbeitsgruppen schwerpunktmäßig dieser KlientInnengruppe:

An der **Arbeitsgruppe „Kinder und Jugendliche mit Drogenproblemen“** nehmen Einrichtungen des SDHN, der MAG ELF sowie des PSD teil. Das Ziel dieser AG ist, das Angebot aller Einrichtungen für die Zielgruppe aufeinander abzustimmen und auf neue Herausforderungen wie z. B. die Veränderungen der konsumierten Substanzen zu reagieren.

Weiters gibt es eine AG der KAV Kinder und Jugendpsychiatrien, der Kinderabteilungen, der SDW und der MAG ELF. Hier geht es um die bessere Vernetzung der einzelnen Beteiligten und im Speziellen um die Schnittstelle der Aufnahme bzw. Entlassung aus den Krankenhäusern. Hierbei spielt vor allem der Spitalsverbindungsdienst CONTACT eine wesentliche Rolle. CONTACT, eine Einrichtung der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW), ist ein Spitalverbindungsdienst und bietet Drogenabhängigen und Substituierten in allen Wiener Krankenhäusern eine schnelle und unkomplizierte Betreuung. CONTACT vermittelt nach einer Bedarfserhebung zu weiterführender Beratung und Betreuung in andere Einrichtungen des SDHN und andere Hilfssysteme.

## Zusammenfassung

Bereits vor mehr als 15 Jahren wurde in Wien damit begonnen, substanzabhängigen schwangeren Frauen und Müttern mit Neugeborenen besonderes Augenmerk zu schenken. Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine gute Betreuung substanzabhängiger Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt wesentlich zur medizinischen und psychosozialen Stabilität der Mütter beitragen kann. Dadurch ist es möglich, eine positive Mutter-Kind-Beziehung aufzubauen, die den Gesundheitszustand und die Entwicklung der Kinder deutlich verbessert und unterstützt.

Wesentlich in der Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr – sofern diese eine manifeste Suchtmittelproblematik aufweisen – ist eine multidisziplinäre Betreuung bzw. Behandlung, insbesondere kinder- und jugendpsychiatrisch.

Um all diese Betreuungen qualitativ hochwertig zu gewährleisten, ist eine gut vernetzte Zusammenarbeit der ProfessionistInnen und Einrichtungen Voraussetzung, mit dem Ziel, die Angebote der Einrichtungen für die jeweiligen Zielgruppen aufeinander abzustimmen und rasch auf neue Herausforderungen bzw. akute Problemstellungen reagieren zu können.

## 5.7 Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen

Martina Böhsner

Der Weg ins Erwachsenenalter stellt Kinder und Jugendliche vor viele anspruchsvolle Aufgaben. Im Kindes- und Jugendalter laufen **körperliche, psychische und soziale Veränderungen rasch ab und sind prägend für die weitere Persönlichkeitsentwicklung**. Die Phase der Identitätsfindung beginnt, und die Weichen für die berufliche Zukunft und ein selbstständiges Leben werden gestellt. Die Bewältigung dieser grundlegenden Entwicklungsaufgaben ist umso schwieriger, wenn Kinder und Jugendliche zusätzlich psychisch erkranken oder mit psychischen Problemen zu kämpfen haben. Daher ist es wesentlich, **Anzeichen für psychische Erkrankungen ernst zu nehmen** und diese möglichst frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. In Wien stehen dafür vielfältige Angebote zur Verfügung. Das Versorgungsspektrum erstreckt sich von niedergelassenen FachärztInnen, PsychologInnen und TherapeutInnen über spezielle Ambulatorien und Beratungsstellen bis hin zu Abteilungen und Ambulanzen in den Spitälern Wiens.

Derzeit gibt es im **stationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt 57 Betten**.<sup>1</sup> Die Abteilungen sind an den Standorten Krankenhaus Hietzing mit NZ Rosenhügel und am AKH Wien – Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie angesiedelt.

Die Aufgabenschwerpunkte der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie reichen von medizinischer Behandlung, Beratung, Abklärung und Empfehlungen bis hin zu umfassenden therapeutischen Programmen in Form von Einzel- und Gruppentherapien. Ein **vernetztes Arbeiten mit den unterschiedlichsten Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens** ist unabdingbar und gerade bei PatientInnen des Kindes- und Jugendalters ein besonderer Arbeitsschwerpunkt.

**Zusätzlich** zu den Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen **stationäre Angebote auf Abteilungen für Psychosomatik** zur Verfügung. Psychosomatische Behandlungsbedürftigkeit besteht dann, wenn psychische und psychosoziale Faktoren eine wesentliche Rolle für die Entstehung, das Fortbestehen, den Verlauf und die Bewältigung einer Erkrankung spielen. Die Psychosomatik in der Kinder- und Jugendheilkunde befasst sich mit der psychischen Situation von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen und deren Familien im Zusammenhang mit ihrer körperlichen und sozialen Situation.

Angebote im Bereich der Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters werden vorwiegend im Wilhelminenspital an der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde – Kinderklinik Glanzing vorgehalten. Hier besteht eine **Station für Säuglingspsychosomatik mit integrierter Schreiambulanz**, eine Station für Kinderpsychosomatik und Psychotherapie sowie eine Station für Jugendpsychosomatik und Psychotherapie. Weiters steht eine tagesklinische Station für Psychosomatik am AKH Wien in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde zur Verfügung.

<sup>1</sup>. Stand nach KA-Kostenstellenstatistik 2010

Im Vergleich der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter zeigen sich folgende Unterschiede:

- PatientInnen der Kinder- und Jugendpsychosomatik sind im Durchschnitt deutlich jünger als PatientInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es ist zudem zu beobachten, dass PatientInnen mit psychischen Erkrankungen im Kindesalter häufiger auf psychosomatischen Abteilungen behandelt werden als erwachsene PatientInnen mit psychischen Erkrankungen.
- Erkrankungen, die häufig sowohl an kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen als auch in der Kinder- und Jugendpsychosomatik behandelt werden, sind Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (z. B. posttraumatische Belastungsstörungen) sowie Essstörungen und hyperkinetische Störungen (z. B. Aufmerksamkeitsstörungen).
- In den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen werden akut erkrankte Kinder behandelt. In psychosomatischen Abteilungen liegt der Fokus auf der Behandlung und Betreuung von chronisch somatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen.

### Entwicklungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zur Verbesserung der fachärztlichen Versorgung wurde in der Ärzteausbildungsordnung von 2006 (BGBI. II 286/2006) die Ausbildung für FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie neu verankert. Bis dahin war diese Ausbildung nur als Zusatzausbildung absolvierbar. Die neue Regelung und die Deklaration des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie als Mangel-fach (derzeit gibt es zu wenig praktizierende FachärztInnen) sind wichtige Maßnahmen, um mehr FachärztInnen für eine bedarfsgerechte Versorgung ausbilden zu können.

Im AKH Wien wird die Anzahl der Betten von 29 auf 40 ausgebaut.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Krankenhauses Hietzing mit NZ Rosenhügel wird in das Wilhelminenspital verlagert, dabei wird die Abteilung von 28 auf 36 Betten erweitert. Zusätzlich ist im Krankenhaus Nord eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 30 Betten vorgesehen.

Insgesamt wird der stationäre Bereich um 49 Betten ausgeweitet, was einer Kapazitätssteigerung von 86% entspricht.

Durch eine Kooperation der Stadt Wien mit der Wiener Gebietskrankenkasse ist zudem ein Ausbau der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gelungen.

### Auswahl an Angeboten für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche im intra- und extramuralen Bereich

#### Kinder- und Jugendpsychiatrie und Behindertenpsychiatrie für Erwachsene mit Ambulanz des NZ Rosenhügel

Im Krankenhaus Hietzing mit NZ Rosenhügel werden in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Behindertenpsychiatrie für erwachsene Menschen sämtliche psychische Erkrankungen nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) behandelt. Darüber hinaus führt die Abteilung Aufnahmen im Rahmen des Unterbringungsgesetzes sowie stationäre Drogenentzugsbehandlungen bei Jugendlichen durch. Nach einer diagnostischen Phase wird ein komplexes Therapiekonzept erstellt und umgesetzt.

Die Behandlungen erfolgen gemäß des biopsychosozialen Konzepts unter Miteinbeziehung des umgebenden Systems der Kinder und Jugendlichen, wie etwa der Obsorgeberechtigten oder der Schule. Die Abteilung arbeitet multiprofessionell und pflegt darüber hinaus eine intensive Zusammenarbeit mit weiteren ambulanten und stationären Einrichtungen wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie im AKH Wien, dem Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik des Psychosozialen Dienstes, dem SOS-Familien-rathaus oder der Drogeneinrichtung Dialog. Weiters wird mit pädiatrischen Abteilungen, dem niedergelassenen fachärztlichen und psychotherapeutischen Bereich, mit Einrichtungen der MAG ELF, dem Arbeitsmarktservice und Schulen kooperiert.

Die **Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt über 28 Betten**. Konkret stehen hier 13 Betten auf der Kinderpsychiatrischen Station und 15 Betten auf der Jugendpsychiatrischen Station zur Verfügung. Des Weiteren verfügt die Abteilung über eine allgemeine und vier Spezialambulanzen.

**Kontakt:**

Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel  
 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Behindertenpsychiatrie für Erwachsene  
 1130 Wien, Riedelgasse 5  
 Telefon: (01) 880 00-321  
 E-Mail: khr.knr@wienkav.at  
 Web: www.wienkav.at/khr

## AKH Wien – Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet nach dem Konzept der ganzheitlichen medizinischen Sichtweise. Dieses berücksichtigt die Entwicklung und die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen. 11 verschiedene Professionen stehen an der Universitätsklinik zur Verfügung. Neben ÄrztInnen und PsychologInnen sind hier u. a. Pflegepersonal, SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, SonderkindergärtnerInnen, LehrerInnen und MusiktherapeutInnen tätig.

Die Angebote umfassen Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Reintegration. Die Universitätsklinik bietet weiters ein breites Spektrum an Therapien an, wie z. B. tiefenpsychologische Therapie, Verhaltenstherapie, Familientherapie, Gruppentherapie sowie Gesprächstherapie.

Insgesamt werden **29 Betten für PatientInnen** mit psychischen Erkrankungen nach ICD-10 vorgehalten sowie für PatientInnen, die nach dem Unterbringungsgesetz selbst- oder fremdgefährdet sind. Eine Tagesklinik steht für PatientInnen zur Verfügung, die der sozialen Wiedereingliederung bzw. Rehabilitation bedürfen. Sämtlichen **schulpflichtigen Kindern** stehen darüber hinaus **Lehrkräfte der Heilstättensonderschule** zur Seite.

Zu Beginn des Aufenthalts wird ein individueller Therapieplan mit der Patientin oder dem Patienten erarbeitet und in Wochenplänen festgeschrieben. Im Rahmen der Rehabilitation wird PatientInnen mit schweren psychischen Erkrankungen eine Tagesstruktur geboten, die es ihnen ermöglicht, neben weiterer psychischer Gesundung auch Selbstvertrauen, Alltagssicherheit und soziale Kompetenz zu erlangen. Die primären Bezugspersonen sind in die Behandlung eingebunden. Neben der allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz werden

in der Universitätsklinik **Spezialambulanzen** geführt. Auch dort werden bei Kindern und Jugendlichen Diagnosen erstellt und Behandlungen durchgeführt.

**Kontakt:**

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Tagesklinik/Rehabilitation  
1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20  
Telefon: (01) 404 00-3014  
E-Mail: [pkj@meduniwien.ac.at](mailto:pkj@meduniwien.ac.at)  
Web: [www.meduniwien.ac.at/kjp](http://www.meduniwien.ac.at/kjp)

### **Weitere Angebote der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Wien:**

**Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Medizinische Universität Wien / AKH Wien – Allgemeinambulanz**  
<http://www.meduniwien.ac.at/kjp/>

**Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Medizinische Universität Wien / AKH Wien – Spezialambulanzen**  
Ambulanz für Essstörungen, Forensikambulanz, Klinisch-Psychologische Ambulanz, Kopfschmerzambulanz, Psychotherapeutische Ambulanz, Sozialpsychiatrische Ambulanz  
Ambulanz für Zwangserkrankungen  
<http://www.meduniwien.ac.at/kjp/krankenversorgung.htm>

**Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Medizinische Universität Wien / AKH Wien – Tagesklinische Station für Psychosomatik und Klinische Psychologie**  
<http://www.meduniwien.ac.at/typo3/?id=3742>

**Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel**  
Ambulanz der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Behindertenpsychiatrie für Erwachsene  
[http://www.wienkav.at/kav/khl/medstellen\\_anzeigen.asp?ID=84](http://www.wienkav.at/kav/khl/medstellen_anzeigen.asp?ID=84)

**Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel – Spezialambulanzen**  
Ambulanz für affektive Störungen, Ambulanz für Kopfschmerz und somatoforme Störungen des Kindes- und Jugendalters, Ambulanz für Psychosefrüherkennung, Entwicklungsambulanz, Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz  
[http://www.wienkav.at/kav/khl/medstellen\\_anzeigen.asp?ID=82](http://www.wienkav.at/kav/khl/medstellen_anzeigen.asp?ID=82)

**Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital mit Pflegezentrum**  
Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie  
[http://www.wienkav.at/kav/ows/medstellen\\_anzeigen.asp?ID=2890](http://www.wienkav.at/kav/ows/medstellen_anzeigen.asp?ID=2890)

**Wilhelminenspital – Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde – Kinderklinik Glanzing**

Säuglingspsychosomatik mit integrierter Schreiambulanz

Station für Kinderpsychosomatik und Psychotherapie

Station für Jugendpsychosomatik und Psychotherapie

[http://www.wienkav.at/kav/wil/Medstellen\\_Anzeigen.asp?id=365](http://www.wienkav.at/kav/wil/Medstellen_Anzeigen.asp?id=365)

**Wilhelminenspital – Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde – Kinderklinik Glanzing**

Psychosomatische Ambulanz für Kinder und Jugendliche

[http://www.wienkav.at/kav/wil/medstellen\\_anzeigen.asp?ID=594](http://www.wienkav.at/kav/wil/medstellen_anzeigen.asp?ID=594)

**Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital**

Psychosomatik-Ambulanz für Kinder und Jugendliche

[http://www.wienkav.at/kav/kfj/medstellen\\_anzeigen.asp?ID=531](http://www.wienkav.at/kav/kfj/medstellen_anzeigen.asp?ID=531)

**Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien**

Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik

Abteilung für Jugend- und Behindertenpsychiatrie (mit Autismuszentrum)

<http://www.psd-wien.at/psd/59.html>

**SOS-Kinderdorf Wien**

Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie

<http://www.sos-kinderdorf.at/Informationen/sos-kinderdorf-oesterreich/familie-staerken/beratungsstellen-ambulatorien/wien/Pages/Kinder-und-jugendpsychiatrisches-Ambulatorium.aspx>

**Individualpsychologisches Zentrum Verein „Die Boje“**

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

Beitrag von

Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung

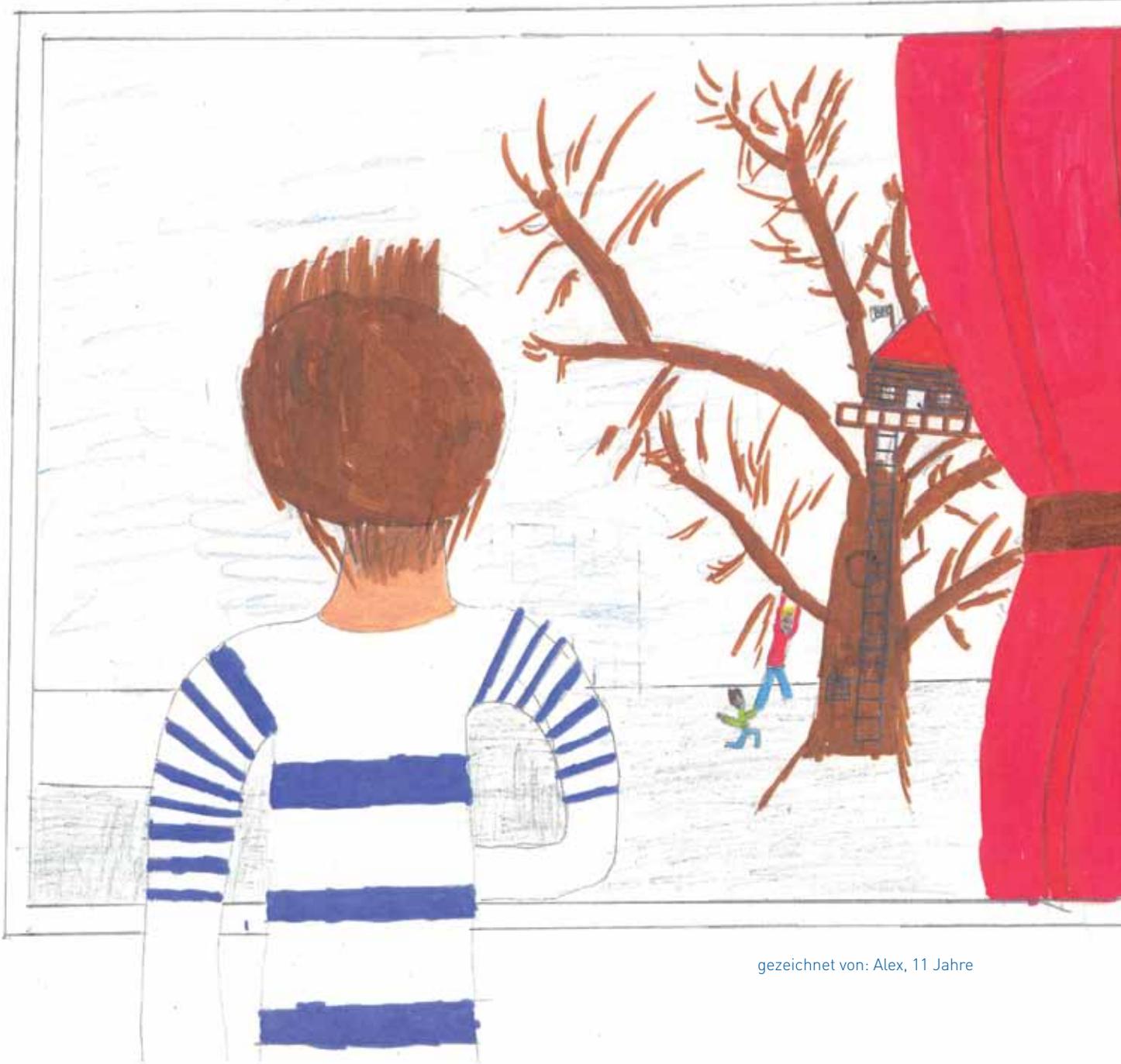
Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit und Grundlagen

**Quellen:**

Broschüre der Magistratsabteilung 24 „Seelische Gesundheit in Wien“ (2010)

Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Wien 2020 (2012)

Websites der genannten Einrichtungen



gezeichnet von: Alex, 11 Jahre

# Psychosoziale Gesundheit