

# STANDARDS IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Fachinformationen der entwicklungsdiagnostischen und –therapeutischen Mini-Ambulatorien

Ausgabe Nr. 7 ■ November 2007 ■ ISSN 1991-9883

## ► Editorial

ESTHER BLASSNIG

### Liebe LeserInnen!

In der letzten Ausgabe haben wir das klinische Erscheinungsbild sowie diagnostische Richtlinien bei der Verdachtsdiagnose *Störungen im Sozialverhalten* vorgestellt. Nun informieren wir Sie über Interventionsmöglichkeiten.

Da dies einen äußerst umfangreichen Themenkomplex darstellt, haben wir uns entschlossen, *Therapie von Störungen im Sozialverhalten* auf zwei Ausgaben aufzuteilen. Der aktuelle Artikel *Therapie von Störungen im Sozialverhalten - Teil 1* beschreibt unterschiedliche Therapie-Settings und bietet einen Überblick über mögliche Interventionsformen. Als Beispiel für eine kindzentrierte Gruppenbehandlung wird das Konzept der *Rasselbande*, welches verhaltenstherapeutisch orientiert ist, vorgestellt. Den Abschluss bildet die Darstellung des therapeutischen Verlaufs des 11-jährigen *Martin*, über dessen diagnostischen Prozess in der letzten Ausgabe berichtet wurde.

Anfang nächsten Jahres widmen wir uns nicht wie vorgesehen dem Thema *Diagnostik von Hyperkinetischen Störungen*, sondern erläutern unter dem Titel *Therapie von Störungen im Sozialverhalten - Teil 2* weitere Therapiemöglichkeiten im Detail.



► THEMA DIESER AUSGABE: **Therapie von Störungen des Sozialverhaltens (SSV) Teil 1**

► VORSCHAU AUF DIE NÄCHSTEN AUSGABEN

SID&T Nr. 8 ► **Jänner 2008:** Therapie von Störungen des Sozialverhaltens (SSV) Teil 2

SID&T Nr. 9 ► **April 2008:** Diagnostik von Hyperkinetischen Störungen (HKS)

SID&T Nr. 10 ► **Juli 2008:** Therapie von Hyperkinetischen Störungen (HKS)

## Therapie von Störungen des Sozialverhaltens (SSV) Teil 1

C. WERNISCH-POZEWAUNIG



Die Entstehung von Störungen des Sozialverhaltens, für welche ein durchgängiges Verhaltensmuster der Verletzung von gesellschaftlichen, sozialen Regeln und der Rechte anderer Personen charakteristisch ist, erklärt sich nach aktuellem Stand der Wissenschaft aus einer wechselseitigen Beziehung von einem gewissen Anteil an genetischer Disposition und verschiedenen Umweltfaktoren, wobei unterschiedliche Risikofaktoren ebenso wie Schutzfaktoren eine gewichtige Rolle spielen (Petermann et al., 2001a).

Da die Verhaltensweisen, welche die betroffenen Kinder/Jugendlichen zeigen, individuell verschieden sein können, aggressive und dissoziale Verhaltensweisen auch im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen bzw. als Symptom schulischer Überforderung auftreten können und die Symptomatik sich vor dem Hintergrund unterschiedlicher Umwelt-, Risiko- und Schutzfaktoren entwickelt, ist vor jeder Intervention eine ausführliche kinder- und jugendpsychiatrische/-psychologische Diagnostik, welche die Grundlage der Therapieplanung bildet, unbedingt indiziert. Die differenzierte Diagnostik dient der Auswahl des für die konkrete Problematik geeigneten Interventionssettings sowie der geeigneten Interventionsform(en).

## Stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung?

Die Behandlung von Kindern/Jugendlichen mit SSV sowie deren Angehörigen kann je nach konkreter Indikation ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003; Baving, 2006).

Besteht beim Kind/Jugendlichen eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung und beruht die Gefährdung auf einer psychiatrischen Störung ist ein akut-psychiatrischer Interventionsbedarf gegeben; eine stationäre Aufnahme des/der Betroffenen an einer kinder-/jugendpsychiatrischen Abteilung/Klinik zur Krisenintervention ist häufig angezeigt. Ist die Eigen- oder Fremdgefährdung hingegen als eine unmittelbare Folge der momentanen psychosozialen Situation des betroffenen Kindes/Jugendlichen zu verstehen und beruht nicht auf einer psychiatrischen Störung im engeren Sinn kann durch die Herausnahme des Kindes/Jugendlichen aus dieser Situation Abhilfe geschaffen werden; die Aufnahme in eine extramurale stationäre Einrichtung der Krisenintervention (z.B. Kriseninterventionszentrum) ist indiziert. Liegt zusätzlich zur SSV eine psychiatrische Erkrankung vor, welche einer stationären Behandlung bedarf, ist ebenfalls eine stationäre Aufnahme an einer kinder-/jugendpsychiatrischen Abteilung/Klinik angezeigt. Auch wenn eine Behandlung des Kindes/Jugendlichen im ambulanten oder teilstationären Setting vorgenommen wurde und der Behandlungserfolg unzureichend ist, kann eine stationäre Intervention nötig werden. Nach einer erfolgten stationären Behandlung ist es jedenfalls wichtig, eine stufenweise Weiterbehandlung - gegebenenfalls zunächst teilstationär, anschließend ambulant- einzuleiten um den Behandlungserfolg zu stabilisieren und auf eine eventuell erneute Verstärkung der Symptomatik zeitnah mit geeigneten Behandlungsmaßnahmen reagieren zu können.

Es kann auch sein, dass eine Verminderung der Symptomatik aufgrund des Schweregrades der Störung, der psychosozialen Rahmenbedingungen bzw. der akuten Überforderung der Angehörigen bei Verbleib des Kindes/Jugendlichen in der Familie nicht erreicht werden kann; in diesem Fall sollte eine außerfamiliäre Betreuung des Kindes/Jugendlichen in einer geeigneten Einrichtung der Jugendwohlfahrt (z.B. Wohngemeinschaft) in Betracht gezogen werden. In jedem Fall ist eine außerfamiliäre Betreuung indiziert, wenn durch Vernachlässigung, Gewaltanwendung und/oder sexuelle Übergriffe innerhalb der Familie das Wohl des Kindes/Jugendlichen gefährdet ist.

Eine teilstationäre Behandlung ist für Kinder/Jugendliche geeignet, welche ambulant nicht ausreichend betreut werden können, für die aber eine vollstationäre Behandlung nicht bzw. nicht mehr erforderlich ist.

Eine ambulante Intervention ist bei geringerem Schweregrad der SSV indiziert. Lässt sich die Symptomatik nicht allein durch eine ambulante Behandlung des Kindes/Jugendlichen sowie der Angehörigen reduzieren, da z.B. erarbeitete Inhalte aufgrund des Vorliegens von psychosozialen Belastungsfaktoren im Alltag unzureichend umgesetzt werden können, kann eine zusätzliche Familien-Intensiv-Betreuung als aufsuchendes Betreuungsangebot im häuslichen Rahmen hilfreich sein.

## Welche psychologischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Interventionsformen werden in der Behandlung von SSV angewandt?

Nach Wahl des geeigneten Interventionssettings ist auf Grundlage der erfolgten Diagnostik abzuschätzen, welche Interventionsform(en) im Hinblick auf die konkrete Problemlage zur Anwendung gelangen soll(en). Dabei gilt es u.a zu berücksichtigen, ob das Problemverhalten ausschließlich im familiären Rahmen oder auch außerhalb, etwa in der Schule, auftritt. Liegen weitere Probleme bzw. komorbide Erkrankungen zusätzlich zur SSV vor (z.B. hyperkinetische Störungen, internalisierende Störungen wie z.B. Depressionen, Drogenmissbrauch, Straffälligkeit,...), muss dies in der Behandlungsplanung berücksichtigt werden. Es muss entschieden werden, welches Problem zuerst behandelt werden soll bzw. welche Probleme parallel behandelt werden können und welche Interventionen dazu nötig sind. Hinsichtlich der Behandlung der SSV-Symptomatik werden je nach vorliegender Problematik kind/jugendlichen-, eltern/angehörigen-, familien- und umweltzentrierte Behandlungsmaßnahmen kombiniert eingesetzt um eine Verminderung der Symptomatik zu erzielen (Herpertz-Dahlmann, 1997; Scheithauer et al., 2000; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003; Baving, 2006). Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über psychologische, psychotherapeutische und psychiatrische Interventionsformen in der Behandlung von SSV.

ambulant/teilstationär/stationär	
kindzentriert	<u>Einzeltherapie</u> • Verhaltenstherapie • Psychodynamische Therapien
	<u>Gruppentherapie</u> (v.a. verhaltenstherapeutisch orientiert)
eltern-/ angehörigengzentriert	Eltern-/Angehörigenberatung im Einzelsetting
	Eltern-/Angehörigenberatung im Gruppensetting
familienzentriert	Familientherapie
umweltzentriert	Beratung/Helferkonferenzen

Hinsichtlich der Behandlung des Kindes-/Jugendlichen ist einzuschätzen, ob der/die Betroffene von einer psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung im Einzel- oder Gruppensetting besser profitieren kann. Oft kann es günstig sein, Interventionen im Einzelsetting mit einer Gruppenbehandlung zu kombinieren. Hinsichtlich der kind-/jugendlichenzentrierten Behandlung im Einzelsetting dominieren zwei Therapieansätze, die Verhaltenstherapie und die psychodynamischen Therapien. In der Verhaltenstherapie stehen der Aufbau alternativer, prosozialer Verhaltensweisen, der Erwerb von Kommunikations-, sozialen und adäquaten Problemlösefertigkeiten sowie das Erkennen von und der adäquate Umgang mit Emotionen im Vordergrund. Kernpunkt der psychodynamischen Therapie bildet die Aufarbeitung intrapsychischer Ursachen aggressiven und antisozialen Verhaltens, insbesondere von Konflikten im Entwicklungsverlauf. Bestehende evaluierte Konzepte für Gruppeninterventionen in der Behandlung

von SSV sind vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert, wobei im Unterschied zur Einzeltherapie spezifische Wirkfaktoren der Gruppe zur Erreichung der Therapieziele genutzt werden können. Durch das Festlegen gemeinsamer Ziele und die Entstehung einer Gruppenkohäsion steigt die Motivation der GruppenteilnehmerInnen sich auf Veränderungsprozesse einzulassen bzw. aktiv an diesen mit zu wirken. Dies ist besonders wichtig, da viele Kinder/Jugendliche mit SSV wenig Problemeinsicht und somit wenig Veränderungsmotivation zeigen (Scheithauer et al., 2000). Das Gruppensetting bietet die Möglichkeit, die Erfahrungen anderer Kinder/Jugendlicher kennen zu lernen sowie eigene Ansichten und Verhaltensweisen zu überprüfen, wobei die Gruppe eine Feedback- und soziale Kontrollfunktion einnimmt. Ein Lernen am Modell hinsichtlich alternativer Problemlösungen findet in der Gruppe nicht nur zwischen den Kindern/Jugendlichen und den Therapeuten statt, sondern auch zwischen den Gruppenteilnehmern/innen. Somit werden vorhandene Klientenressourcen für andere TeilnehmerInnen nutzbar gemacht (vgl. dazu Eckert, 2000). Eine Behandlung in der Gruppe ist unter anderem besonders dann angezeigt, wenn Probleme in der Einhaltung von Regeln dominieren und/oder Schwierigkeiten in der Interaktion mit anderen Kindern/Jugendlichen sowie defizitäre social skills (=soziale Fertigkeiten) bestehen, das Kind/der Jugendliche kaum Freunde hat und eine Außenseiterposition in der Gleichaltrigengruppe einnimmt. Eine zusätzliche pharmakotherapeutische Behandlung kann vor allem bei Vorliegen eines besonders ausgeprägten impulsiv-aggressiven Verhaltens oder von psychiatrischen Begleitstörungen indiziert sein.

Die Mitarbeit der Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen an der Behandlung nimmt einen zentralen Stellenwert ein und ist unbedingt erforderlich. Psychologische bzw. psychotherapeutische Interventionen auf Eltern-/Angehörigenebene im Einzel- oder Gruppensetting zielen darauf ab, mit den Familienmitgliedern ein Entstehungsmodell der SSV-Symptomatik zu erarbeiten und ihnen zu vermitteln, wie sie das problematische Verhalten ihres Kindes verändern und alternative, prosoziale Verhaltensweisen fördern können. Es wird versucht, die aufgrund der bisherigen Schwierigkeiten häufig sehr belastete Interaktion und Kommunikation zwischen Bezugspersonen und Kind/Jugendlichem sowie das Erziehungsverhalten zu modifizieren. Falls bei den Eltern-/Angehörigen psychiatrische Erkrankungen oder bedeutsame Paarkonflikte vorliegen, muss versucht werden die betroffenen Bezugspersonen zu einer Behandlung zu motivieren. Den Mittelpunkt familientherapeutischer Interventionen bildet das familiäre Funktionssystem; innerfamiliäre Beziehungen, Rollenfunktionen, Kommunikationsmuster, Autonomieprozesse, Problemlösungs- und Verhandlungsstrategien werden reflektiert.

Wenn das Kind/der Jugendliche auch außerhalb des familiären Rahmens Verhaltensauffälligkeiten zeigt, ist der Einbezug von weiteren Personen bzw. Einrichtungen (z.B. Schule oder Kindergarten), welche das Kind/den Jugendlichen ebenfalls betreuen, in Form von Helferkonferenzen gemeinsam mit den Angehörigen empfehlenswert. Voraussetzung für die Kontaktaufnahme ist das Einverständnis des Kindes/Jugendlichen und des Obsorgeberechtigten. Informationen über das Störungsbild, Interventionsmöglichkeiten im außerhäuslichen Rahmen und das Vereinbaren eines gemeinsamen pädagogisch-therapeutischen Pro-

cedere bilden die Grundlage und den Rahmen für Verhaltensänderungen des Kindes/Jugendlichen. Manchmal kann die Beschulung des betroffenen Kindes/Jugendlichen ob der Schwere der Problematik nicht von einer Lehrperson vorgenommen werden oder eine Beschulung in einer Regelklasse mit regulärer Klassenschülerzahl ist nicht möglich. In diesem Fall muss gemeinsam mit den Betroffenen, den Eltern/Angehörigen und den involvierten pädagogischen, psychologischen und therapeutischen Betreuungspersonen ein weiteres gemeinsames Vorgehen im Sinne des Kindes/Jugendlichen diskutiert und festgelegt werden (z.B. Klassenwechsel, zweite Lehrperson im Unterricht, Beantragung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs im Verhalten,...).

Im Anschluss wird als Beispiel für eine kind-/jugendlichenzentrierte Gruppenintervention das Konzept der in den Mini-Ambulatorien im ambulanten Setting angebotenen „*Rasselbande*“ näher erläutert; über weitere Interventionsformen bei SSV wird in der nächsten Ausgabe der „*Standards in Diagnostik und Therapie*“ ausführlicher berichtet werden.

## Die „*Rasselbande*“

Die „*Rasselbande*“ ist eine verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenintervention für Kinder/Jugendliche mit SSV mit begleitenden Eltern-/Angehörigenabenden, welche wir in Anlehnung an bestehende evaluierte SSV-Gruppeninterventionsprogramme (Petermann et al., 2001b; van de Weil et al., 2003) entwickelt haben. Es handelt sich um eine Gruppe, an welcher jeweils 4 bis maximal 5 Kinder/Jugendliche ab dem Alter von 8 Jahren und zwei Klinische und Gesundheitspsychologen bzw. Verhaltenstherapeuten teilnehmen. Es wird darauf geachtet, dass die Kinder/Jugendlichen, welche an der Gruppenintervention teilnehmen, hinsichtlich der vorliegenden Problematik, des Alters und der kognitiven Leistungsfähigkeit homogen sind. Die Therapieeinheiten umfassen eine Dauer von je 90 Minuten; die Gruppe ist eine geschlossene, d.h. über den gesamten Therapiezeitraum von 15 Einheiten nehmen dieselben Kinder/Jugendlichen und Therapeuten teil.

Als Ziele der Gruppenbehandlung auf Kind/Jugendlichebene gelten der Aufbau alternativer, prosozialer Verhaltensweisen, der Erwerb von Kommunikations-, sozialen und adäquaten Problemlösefertigkeiten sowie das Erkennen von und der adäquate Umgang mit Emotionen, insbesondere mit Ärger- und Wutgefühlen.

Neben spezifischen verhaltenstherapeutischen Techniken, wie z.B. Therapieverträgen, Selbstbeobachtung, Selbstinstruktion, Rollenspielen, sozialem Kompetenztraining, Problemlöse- und Kommunikationstraining, Entspannung, kognitiven Therapietechniken, positiver Verstärkung etc. finden therapeutische Geschichten und Spiele Anwendung. Auch kreative Elemente (z.B. malen) werden in die Behandlung eingebunden. Um die TeilnehmerInnen zu motivieren, wird ein Belohnungssystem (Token Economy) verwendet, d.h. die Kinder/Jugendlichen erhalten für festgelegte erwünschte Verhaltensweisen (Einhalten der gemeinsam vereinbarten Gruppenregeln, Mitarbeit in der Gruppe) Punkte, welche sie gegen reale Belohnungen eintauschen können. Mittels Übungsaufträgen zwischen den Sitzungen wird versucht, eine Generalisierung der neu



erlernten Verhaltens-, Denk- und Erlebnisweisen auf Alltagssituationen zu begünstigen. Innerhalb des Problemlösetrainings nehmen die Analyse von Problemsituationen und das Trainieren einer adäquaten Problemwahrnehmung einen wichtigen Stellenwert ein, da Kinder/Jugendliche mit SSV häufig Defizite in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung aufweisen (Scheithauer et al., 2000). Dies bedeutet, dass sie oft Auffälligkeiten im Erkennen und in der Interpretation sozialer Hinweisreize zeigen und dazu tendieren, bedrohliche oder feindselige Reize bevorzugt wahrzunehmen bzw. anderen Personen in mehrdeutigen Situationen negative Absichten zu unterstellen. Da viele Kinder/Jugendliche mit SSV durch die negativen Interaktionen mit der Umwelt unter Selbstwertproblemen leiden, werden in der Gruppe auch eigene Stärken erarbeitet.

Die Eltern-/Angehörigen werden zu begleitenden Eltern-/Angehörigenabenden eingeladen, welche der Aufklärung sowie der Stärkung der Erziehungs Kompetenzen und der Problemlösefertigkeiten dienen. Besteht mehr Interventionsbedarf auf Eltern-/Angehörigenebene werden weitere Interventionen empfohlen.

Nach erfolgter ausführlicher psychologischer Diagnostik findet vor Gruppenbeginn ein Termin der Familie mit dem Gruppenleiter im Einzelsetting statt. In diesem Kontext ist es wichtig die Betroffenen über die geplante Behandlung aufzuklären und realistische Erwartungen zu wecken. Häufig wird von den Bezugspersonen erwartet, dass durch die Gruppenteilnahme die Symptomatik rasch und vollständig remittiert. Diese Erwartung ist insofern unrealistisch, als dass sich aggressive und dissoziale Problemverhaltensweisen über einen längeren Zeitraum hinweg entwickeln, dem Kind/Jugendlichen viele Vorteile im Sinne einer positiven bzw. negativen Verstärkung bieten und daher relativ stabil sind (Scheithauer et al, 2000). Ziel der Gruppenbehandlung ist es, den Teilnehmern/innen alternative Möglichkeiten zu vermitteln auf Konflikte und Problemsituationen zu reagieren und die Kinder/Jugendlichen anzuregen, diese auch im Alltag auszuprobieren. Die Behandlungsstrategie besteht also darin Problemverhaltensweisen nicht direkt, sondern indirekt zu minimieren, indem die Betroffenen in die Lage versetzt werden mehr Handlungsmöglichkeiten in schwierigen Situationen zur Verfügung zu haben. Nach Ende der Gruppenintervention findet ein Verlaufsgespräch statt, in welchem erhoben wird, ob und welche Veränderungen sich seit Beginn der Gruppe eingestellt haben und welche Schwierigkeiten noch vorhanden sind. Gemeinsam mit der Familie wird entschieden, ob und welche weiteren Interventionsmaßnahmen eingeleitet werden.

### Fallvignette Martin:

In einer Befundbesprechung mit der Familie wurde gemeinsam das weitere Vorgehen festgelegt:

#### *Säule Kind:*

Martin nahm an der Gruppenintervention „Rasselbande“ teil. Zunächst gelang es ihm sehr schwer sich bei Übungen zu beteiligen und sich an vereinbarte Regeln zu halten. Mit zunehmender Dauer der Behandlung zeigte sich Martin zusehends motivierter und versuchte auch, erarbeitete neue Denk-, Erlebnis- und Verhaltensweisen im Alltag umzusetzen. Teilweise gelang ihm dies laut Selbstbeschreibung und auch Rückmeldung der Eltern in den Elternabenden recht gut, teilweise verfiel er in schwierigen Situa-

tionen wieder in alte Verhaltensmuster. Im schulischen Rahmen gelang es ihm z.B. aufgrund der neu erlernten sozialen Fertigkeiten besser, Kontakte zu Gleichaltrigen aufzubauen; er fühlte sich zunehmend mehr in den Klassenverband integriert. Sowohl zu Hause als auch in der Schule versuchte Martin bei in schwierigen Situationen auftretenden Wutgefühlen Selbstinstruktionen anzuwenden; an Vereinbarungen mit den Bezugspersonen konnte er sich zusehends besser halten. Auch eine Stärkung seines Selbstwertgefühls war zu beobachten, welches die Eltern durch gezieltes Hervorheben von Stärken und positive Zuwendung auch zu Hause förderten.

#### *Säule Familie:*

Martins Eltern nahmen neben den begleitenden Elternabenden eine psychologische Erziehungs-/Betreuungsberatung in Anspruch, im Rahmen derer Konflikte zwischen den Eltern, welche aus gegenseitigen Schuldzuweisungen resultierten, aufgearbeitet werden konnten. Die Eltern holten sich Anregungen um die belastete Beziehung zu Martin zu verbessern. Weiters wurden Strategien erarbeitet, mittels derer die Eltern prosoziales Verhalten fördern und unerwünschtes, aggressives Verhalten deutlich vermindern konnten. Hierbei wurde besonders auf die Vermeidung von häufiger negativer Zuwendung (schimpfen, nörgeln) und ein gemeinsames, konsequentes Vorgehen der Eltern in der Erziehung Wert gelegt. Die Eltern gaben im Betreuungsverlauf an, sich zusehends kompetenter in der Kindererziehung zu fühlen. Die Erziehungsberatung wurde aufgrund des positiven Verlaufes nach 10 Einheiten vorerst beendet.

#### *Säule Umwelt:*

Es fand eine gemeinsame Helferkonferenz, an welcher die Eltern, die Lehrpersonen und die betreuende Psychologin teilnahmen, an Martins Schule statt. Im Rahmen der Helferkonferenz erfolgte eine Aufklärung der Lehrer über erfolgte diagnostische Maßnahmen, das Störungsbild und geplante Interventions Schritte. Weiters wurden konkrete Interventionsmöglichkeiten im Unterricht diskutiert. Um die durch die langwierigen, problematischen HÜ-Situationen belastete Eltern-Kind-Interaktion zu entlasten wurde eine Teilnahme Martins an einer schulischen Nachmittagsbetreuung, im Rahmen derer er die Hausübung erledigt, vereinbart. Eine Verlaufshelferkonferenz wurde terminisiert, um den weiteren schulischen Verlauf verfolgen und im Bedarfsfall rechtzeitig weitere Maßnahmen setzen zu können. Es zeigte sich jedoch, dass die vereinbarten Interventionen ausreichten, um eine deutliche Problemreduktion herbei zu führen.

Zu Abschluss der Betreuung wurde ein Verlaufsgespräch mit Martin und den Eltern geführt, im Rahmen dessen weitmaschige Kontrolltermine vereinbart wurden; es wurde weiters die Vereinbarung getroffen, dass die Familie sich bei auftretenden Problemen jederzeit früher an die betreuende Psychologin wenden möge.

Detaillierte Literaturempfehlungen bei der Autorin erhältlich:  
MAILTO: [christine.wernisch@promente-kijufa.at](mailto:christine.wernisch@promente-kijufa.at)