

## Tut sich was?

### Aktuelle Entwicklungen in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Tirol

#### Es tut sich was

Vieles deutet darauf hin, dass im Bereich der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen einiges in Bewegung geraten ist. Am augenscheinlichsten sind wohl die „Umbenennungen“ und die dazugehörigen neuen Namen: Kaum hatte man sich daran gewohnt, statt „Jugendwohlfahrt“ nunmehr „Kinder- und Jugendhilfe“ zu sagen, gab die Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH bekannt, in Zukunft nicht mehr TILAK heißen zu wollen, sondern „Tirol Kliniken“.

Schon einige Zeit zuvor wurde die Klinische Abteilung für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Pädiatrische Psychosomatik (die ehemalige „Mangoldstation“) aus der Universitätskinderklinik ausgegliedert und mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einer eigenständigen „Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ fusioniert. Die dazugehörige Professur wurde vor kurzem besetzt, die Planungen für ein neu zu errichtendes 43-Betten-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Gelände des Landeskrankenhauses Hall sind bereits weit fortgeschritten.

Aber es gibt nicht nur neue Namen und Bezeichnungen, die es zu merken gilt. In letzter Zeit hat sich auch ein Interesse an der Geschichte der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Tirol entwickelt. Nach Veröffentlichung der umfassenden Studie „Im Namen der Ordnung. Heimerziehung in Tirol“ von Horst Schreiber 2010 setzte eine mediale und – in deren Gefolge – politische und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Themen der jüngeren Vergangenheit und Gegenwart ein.

Das Interesse der Politik an Themen der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen scheint groß. 2010 kam es wegen der ausufernden Gewalt an ehemaligen Heimkindern zu einer öffentlichen und formellen Entschuldigung des Landes Tirol durch Landeshauptmann Günther Platter. Im November 2013 wurde der Bericht „Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl“ der Medizinisch-Historischen ExpertInnenkommission der Medizinischen Universität Innsbruck der Öffentlichkeit präsentiert. Das Land Tirol organisierte im Jänner 2013 eine Enquete zum neuen Gesetz für Kinder- und Jugendhilfe, eine weitere zur psychosozialen Versorgung in Tirol im Juni 2014. Die Situation von Kindern und Jugendlichen bildete in beiden Veranstaltungen einen Schwerpunkt.<sup>1</sup>

In der einschlägigen Fachöffentlichkeit fanden im Frühjahr 2014 zwei Tagungen in Innsbruck zur gegenwärtigen psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen eine außergewöhnlich hohe Resonanz: Das Symposium „Raum für Kinder und

Jugendliche mit psychischen Problemen. Entwicklung – Wachstum – Unterstützung“ von pro mente und die Fachtagung von SOS Kinderdorf „Familie. Macht. Kinder. stark“. Beide Veranstaltungen waren innerhalb weniger Tage ausgebucht.

Sind diese Vorgänge zufällig oder handelt es sich um Anzeichen von Veränderungen, vielleicht sogar Verbesserungen im Versorgungssystem? Es lohnt sich, näher hinzusehen.

Eines fällt gleich auf. Die Umwandlung des Fürsorgesystems der Nachkriegsjahre in das Jugendwohlfahrtssystem wurde durch vielfältige Initiativen engagierter HelferInnen, von Betroffenen und Interessenvertretungen angeregt, erkämpft und umgesetzt.<sup>2</sup> Die Debatte um die historische Aufarbeitung scheint auch diesmal von dieser Gruppe getragen zu sein. Die gegenwärtigen Akteure für die Gestaltung der zukünftigen psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind aber die Landesverwaltung, die Landespolitik und das Klinikmanagement. Betroffene und beteiligte HelferInnen sind kaum involviert.

## Von der Jugendwohlfahrt zur Kinder- und Jugendhilfe: Versachlichung der Betreuungsverhältnisse?

Das Gesetz für Kinder- und Jugendhilfe löste im Mai 2013 das bisher geltende Jugendwohlfahrtsgesetz ab und soll neben sprachlichen Modernisierungen vor allem eine Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt und anderen Gefährdungen bewirken. Der Gesetzgeber reagierte offensichtlich auf schwerwiegende Ereignisse im Bereich der psychosozialen Versorgung: Kinder und Jugendliche waren trotz Betreuung von Einrichtungen der Jugendwohlfahrt weiter misshandelt und vernachlässigt worden. In einzelnen Fällen waren Kinder sogar zu Tode gekommen.

Maßnahmen wie die Einführung des „Vier-Augen-Prinzips“ und eine erweiterte Meldepflicht sollen es in Zukunft leichter machen, eine mögliche Gefährdung des Kindeswohls zu erkennen. „Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind nach fachlich anerkannten Standards sowie dem aktuellen Stand der Wissenschaften zu erbringen“, heißt es dazu im neuen Landesgesetz.<sup>3</sup> So sind Fachkräfte verpflichtet, regelmäßig berufsbegleitende Fort- und Weiterbildungen in Anspruch zu nehmen und die Betreuungseinrichtungen sind angehalten, Supervision und Intervision zu ermöglichen. Zudem unterliegen diese Einrichtungen genauen Vorgaben hinsichtlich Personalschlüssel, Qualifizierung und räumlichen Gegebenheiten.

Die Einführung von verbindlichen Standards im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen war längst überfällig. Ihre Umsetzung verstärkt die in den letzten Jahren ohnehin gängig gewordene Praxis, fachliche Einschätzungen an externe Fachinstanzen zu delegieren. Was mit „auffälligen“ Kindern los sei, soll in medizinischen, psychiatrischen und neuropsychologischen „Abklärungen“ diagnostiziert werden. So können Behandlungsentscheidungen „nach dem Stand der Wissenschaften“ getroffen werden und ersetzen das eigene – womöglich subjektive – Urteil.

Diese Standardisierungsbestrebungen treffen auf spezielle Entwicklungen innerhalb von Psychiatrie und Psychotherapie. Die Psychotherapie und die Kinder- und

Jugendpsychiatrie bemühen sich als relative „junge“ Disziplinen um Etablierung am dicht besetzten Markt des Gesundheitssystems.<sup>4</sup> Dazu müssen Bedarf und Wirkungsweise nachgewiesen werden. Vor allem aber braucht es eine breite Anerkennung in der Öffentlichkeit. Die Psychiatrie einer Nowak-Vogl, aber auch ein weit verbreiteter Scharlatanerie- und Hokuspokus-Verdacht gegenüber der Psychotherapie sind gravierende Wettbewerbsnachteile. Um sich von den Praktiken der Vergangenheit zu lösen und um die Seriosität zu betonen, findet in beiden Professionen eine starke Hinwendung zu einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin statt. In den letzten Jahren versuchen zahlreiche epidemiologische Studien nachzuweisen, dass ein hoher Prozentsatz von Kindern und Jugendlichen unter psychischen Erkrankungen leidet. Andere Untersuchungen werfen die Frage auf, ob PatientInnen mit ähnlichen oder vergleichbaren Symptomen als relativ homogene PatientInnengruppe angesehen und mit einheitlichen Diagnosen versehen werden können. Außerdem soll die Effizienz spezifischer Behandlungsverfahren für spezielle Diagnosegruppen nachgewiesen werden. An die Stelle der unspezifischen „Wald- und Wiesen-Behandlungen“ sollen durch Wirksamkeitsstudien abgesicherte störungsspezifische Behandlungsstrategien treten. „Wir brauchen keine Künstler“, meint etwa der Psychotherapieforscher Mathias Berger und wendet sich scharf gegen PsychotherapeutInnen, die in der Anwendung ihrer Verfahren auf „die Besonderheiten ihrer Patienten eingehen“.<sup>5</sup> Er plädiert für eine evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie. Dieses Projekt sieht vor, dass für jedes Störungsbild, für jede psychische Erkrankung, für jede PatientInnengruppe ein spezielles, wissenschaftlich untermauertes Therapie- und Behandlungsprogramm zur Verfügung steht. Es geht um eine Versachlichung der Behandlung, Psychotherapie soll wirken wie ein Medikament.<sup>6</sup>

## Von der Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK) zu „Tirol Kliniken“: Gesundheit als Ware?

„Die Medizin werde immer globaler und Patienten mobiler (...) daher brauche es einen international verständlichen Namen. ‚Tirol Kliniken‘ werde auch im Ausland verstanden und ermögliche die Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen“.<sup>7</sup>

Diese Presseaussendung macht deutlich, dass die Umbenennung als konsequente Weiterentwicklung des Konzepts „Unternehmen Gesundheit“ zu verstehen ist und aus betriebswirtschaftlichen und marktstrategischen Überlegungen erfolgt. In dieser Sichtweise stehen Krankenhäuser, Sanatorien und andere Leistungsanbieter des Gesundheitsbereichs in einem Wettbewerb um ihre KundInnen. Gemeint sind die PatientInnen, die zwischen den verschiedenen Behandlungsangeboten – zunehmend international – auswählen können. Preis-Leistungs-Verhältnisse, aber auch die „Marke“, können für eine Kaufentscheidung ausschlaggebend sein. Deshalb ist die Pflege der Marke von großer Bedeutung. Kleinere Anbieter – wie Sanatorien und niedergelassene Fachärzte – werben mit einer Art „Wohlfühlmedizin“, in der „der Mensch“ im Mittelpunkt stehen soll.

Auswählen setzt voraus, dass die KundInnen die verschiedenen Angebote miteinander vergleichen können. Die Behandlungen müssen daher standardisiert und

ihre Effekte messbar gemacht werden. Die Effizienz einer Behandlung kann so an der Anzahl der nötigen stationären Aufenthaltstage und an der Auswirkung auf den Gesundheitszustand gemessen werden.

Die Standardisierungen der Behandlungen und die Erforschung ihrer Wirkfaktoren setzen – aus methodischen Gründen – hohe Fallzahlen voraus. Die Quantifizierung braucht Zentralisierung – nur in Zentren stehen genügend PatientInnen, genügend Wissenschaftspersonal und genügend finanzielle Mittel zur Verfügung. Die Verwirtschlichung verlangt daher, nicht nur aus Kostengründen, eine Zentralisierung des Gesundheitswesens.

## Versachlichung und Verwirtschlichung von Sozialem und Seelischem

Zur Verdeutlichung der Analogie von Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssystem wird von GesundheitsökonomInnen, PolitikerInnen und Verwaltungsbeamten immer wieder das „Werkstattmodell“ ins Treffen geführt: In einer Werkstatt wenden sich die Besitzer defekter Gegenstände – sei es ein Auto oder ein Körper – an MechanikerInnen ihres Vertrauens. Nach Begutachtung der Störung wird ein Angebot gelegt, passt das Preis-Leistungs-Verhältnis, „kommt man ins Geschäft“ und der Schaden wird behoben.

Im Gesundheitssystem sind KundInnen und zu reparierender Gegenstand ident: Der Mensch selbst „ist“ defekt oder „hat“ eine Störung. Art und Ausmaß der Störung können sehr unterschiedlich sein. Es kann sich um eine ästhetische Störung handeln (eine zu lange Nase, ein Bauchansatz) oder auch um eine Störung des gesamten Organismus. Mitunter sind die KundInnen gar nicht mehr bei Bewusstsein, oder es fehlen ihnen kognitive Fähigkeiten. Sie sind häufig in Notlagen und können manchmal nicht mehr selbst entscheiden. In diesen Fällen ist es wohl besser, von PatientInnen zu sprechen. Sie sind deshalb keine KundInnen, weil ihnen die Möglichkeiten für freie Entscheidungen fehlen. Sie sind darauf angewiesen, dass ihnen geholfen wird.

Wer aber sind die KundInnen im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen? Es sind ja nicht die Kinder und Jugendlichen selbst, die als zahlende KundInnen die Leistungen des „Unternehmens Gesundheit“ in Anspruch nehmen wollen. Die Kunden sind meist Behörden, Schulen und andere Einrichtungen des psychosozialen Versorgungssystems. Sie wollen Leistungen des öffentlichen oder privaten Gesundheitssystems in Auftrag geben (Abklärungs-, Therapie- oder Beratungsauftrag) und „konsumieren“. Kinder und Jugendliche sind hier eher Objekte von Versorgung und Behandlung.

Anders als im „Modell Reparaturwerkstatt“ sind Störungen im Psychosozialen keine Schäden, die es zu beheben gilt. Verhaltensauffälligkeiten und körperliche Beschwerden sind Symptome und können nicht so einfach als Defekte wegrepariert werden. Symptome sind Hinweise auf psychische und soziale Zusammenhänge. Sie können Anzeichen für Störungen in der sozialen Umwelt sein, können körperlicher Ausdruck von traumatischen Erfahrungen, von chronischen familiären Problemen oder unlösbar erscheinenden Konflikten sein. Symptome sind als Zeichen nicht Teil

einer Objektwelt, sondern gehören zur Sinnwelt, zu den psychischen und sozialen Sinnsystemen. In den sozialen Prozessen werden Bedeutungen ausgehandelt, festgelegt und verändert. Im Sozialen entsteht Sinn durch das Hin und Her der Kommunikation. Im Psychischen werden vor allem körperliche Prozesse wie Wahrnehmungen und Empfindungen mit Bedeutungen versehen. Psychische und soziale Sinnprozesse zeichnen sich insgesamt durch eine Vagheit, Unabgeschlossenheit und durch permanente Interpretationsbedürftigkeit aus.<sup>8</sup> Aus methodischen und erkenntnistheoretischen Gründen erschließt sich Psychisches und Soziales ausschließlich aus sinnverstehenden Zugängen. Aus guten Gründen gibt es neben den Naturwissenschaften auch Geistes- und Sozialwissenschaften mit eigenen fachlichen Standards.

Es ist daher nicht weiter erstaunlich, dass die in die naturwissenschaftliche Psychiatrie- und Psychotherapieforschung gesetzten Hoffnungen noch nicht erfüllt wurden: Bislang lassen sich weder einheitliche Gruppen von PatientInnen definieren, noch können aus den Diagnosen Behandlungsverfahren für den Einzelfall abgeleitet werden.<sup>9</sup> Die klinische Erfahrung zeigt, dass die Entstehungsgeschichten und Entstehungsbedingungen trotz ähnlicher Symptome gänzlich unterschiedlich sein können. Alle Versuche, einheitliche Bedingungen oder Konstellationen zu finden, müssen bis jetzt als gescheitert angesehen werden.

Aus all diesen Gründen ist die „Werkstatt-Metapher“ zur Beschreibung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ungeeignet. Um Psychosoziales trotzdem in Wirtschaftsprozesse einschleusen zu können, müssen die sozialen und psychischen Sinnprozesse in Sachverhalte verwandelt werden. Formalisierte Diagnosen und störungsspezifische Behandlungsverfahren machen aus Sinnprozessen Sachen: Aus Psychischem wird ein „psychischer Status“, aus Behandlungsmöglichkeiten ein „state of the art“. In einer formalisierten Diagnose und in einem standardisierten Gutachten ist nicht mehr sichtbar, dass Diagnosen immer Deutungs- und Interpretationsversuche sind, die sich stets auf andere kulturell und historisch variable Deutungen beziehen. Formalisierte Diagnosen und Gutachten geben sich jedoch den Anschein objektiver Sachdarstellungen. Gerade in der aktuellen Debatte, ob die Infragestellung der Geschlechtszugehörigkeit eine Krankheit darstellt – „Geschlechtsidentitätsstörung“ – oder ob es sich um ein fundamentales Menschenrecht handelt, die Geschlechtszugehörigkeit selbst zu wählen,<sup>10</sup> wird deutlich, dass die Kriterien für Gesundheit und Krankheit immer wieder neu ausverhandelt werden müssen. Deshalb sind die Ansichten darüber, was als krank oder als gesund zu gelten hat, kulturell und historisch wandelbar.<sup>11</sup>

## Was braucht es?

Der Ausschluss der Beteiligten – Familien, Kinder, Jugendliche und HelferInnen – aus den derzeitigen Veränderungs- und Planungsprozessen ist augenscheinlich: Die gegenwärtigen Veränderungen in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen werden nahezu ausschließlich von GesundheitsökonomInnen, PolitikerInnen und Verwaltungsbeamten vorangetrieben. Aber es fehlt noch viel mehr: Durch die Verwissenschaftlichung des Sozialen und des Psychischen gibt es einen allgemeinen Mangel an Sinn.

Es sind daher weniger die Reparaturwerkstätten und ein marktformiger Austausch von Waren gefragt, sondern Orte, die Begegnungen zwischen PatientInnen und ihrem Gegenüber ermöglichen. An solchen Orten können über das wechselseitige Erzählen und Nachfragen, über den Dialog mit einem verständigen Anderen Zusammenhänge und Sinnbezüge entstehen. Es lassen sich vielleicht nach und nach Worte und Bilder für Ereignisse und Erlebnisse finden, die bisher nicht zu begreifen waren. Die Krankengeschichte wäre dann nicht mehr eine Aufzählung von Fakten und Ereignissen, sie bestünde aus Erzählungen über das eigene Leben. Es reicht nicht aus, nur den zahlungswilligen und zahlungsfähigen PatientInnen ein Wohlfühlambiente zu bieten. Diese Orte der Begegnung müssen einladend und gastlich sein, sie müssen so gestaltet sein, dass alle Beteiligten sich wohl fühlen, vielleicht sogar ein wenig wie zu Hause.

Diese Art der psychosozialen Versorgung braucht keine großen Zentren, sie müsste wohnortnahe, regional, überschaubar und leicht erreichbar sein.<sup>12</sup> Sie müsste sich „evidenzbasiert“ auf die sinnverstehenden Traditionen der Sozial- und Geisteswissenschaften beziehen. Diese Forschung muss zwar ausreichend mit finanziellen Mitteln ausgestattet werden, benötigt aber, weil sie keine hohen Fallzahlen braucht, keine Konzentration von PatientInnen an einem Ort.

Die Planung derartiger Versorgungsstrukturen muss bereits ein sozialer Prozess unter Einbeziehung aller sein. Selbst Modelle wie „Familienkompetenzzentren“,<sup>13</sup> die diesen Ansprüchen genügen, können nicht per Verordnung „von oben“ eingeführt werden.

Unter den derzeit zunehmend versachlichten Verhältnissen geht es darum, „Inseln des Sozialen“ als „Inseln der Verständigung“ zu entwickeln und zu verteidigen – in einer Welt des „Standardisierungswahns“.<sup>14</sup>

## Anmerkungen

- 1 Horst Schreiber: Im Namen der Ordnung. Heimerziehung in Tirol, Innsbruck/Wien/München/Bozen 2010; Michaela Ralser/Anneliese Bechter/Flavia Guerini: Geschichte der Tiroler und Vorarlberger Erziehungsheime und Fürsorgeerziehungsregime der 2. Republik – Eine Vorstudie 2012. <http://www.uibk.ac.at/iez/aktuelles/vortraege/forschungsbericht.pdf> (Zugriff 30.6.2014); Dietmar Schennach/Daniela Laichner/Gertrud Gugg/Johann Stolz/Wilfried Beimrohr: Arbeit in Heimen – Jugendliche in der Fürsorgeerziehung. Kurzbericht der Arbeitsgruppe 2013. [https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/kinder-und-jugendliche/jugendwohlfahrt/downloads/Abschlussbericht-Arbeit\\_in\\_Heimen10-2013.pdf](https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/kinder-und-jugendliche/jugendwohlfahrt/downloads/Abschlussbericht-Arbeit_in_Heimen10-2013.pdf) (Zugriff 30.6.2014); Dietmar Schennach/Daniela Laichner/Gertrud Gugg/Johann Stolz/Wilfried Beimrohr: Arbeit in Heimen. Jugendliche in der Fürsorgeerziehung (im Heim St. Martin in Schwaz). Abschlussbericht der Arbeitsgruppe 2013. [https://www.static.tirol.gv.at/t3tirol/uploads/media/arbeit\\_in\\_heimen.pdf](https://www.static.tirol.gv.at/t3tirol/uploads/media/arbeit_in_heimen.pdf) (Zugriff 30.6.2014); Arthur Drexler/Hermann Mitterhofer: Die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen in Tiroler Einrichtungen, Grundlagenstudie 2012. <https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/kinder-und-jugendliche/jugendwohlfahrt/downloads/Grundlagenstudie.pdf> (Zugriff 30.6.2014).
- 2 Kurt Langbein: Problemkinder. Teleobjektiv, ORF-Erstaussstrahlung 16.9.1980.
- 3 [https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/kinder-und-jugendliche/jugendwohlfahrt/downloads/LGBl\\_45-\\_Tiroler\\_Kinder-\\_und\\_Jugendhilfegesetz.pdf](https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/kinder-und-jugendliche/jugendwohlfahrt/downloads/LGBl_45-_Tiroler_Kinder-_und_Jugendhilfegesetz.pdf) (Zugriff 2.7.2014).
- 4 Vgl. die Diskussion um die Kassenverträge für Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Finanzierungsmodelle für Kinder – und Jugendpsychotherapie.

- 5 Wir brauchen keine Künstler. Mathias Berger erläutert die Zukunft der Psychotherapie. In: SZZ 59 (12./13. März 2011), S. 24.
- 6 Ebd.: „Genau das machen wir. Wir entwickeln Psychotherapie in randomisierten, kontrollierten Studien, indem wir das Verfahren etwa mit unspezifischer Zuwendung oder Medikamenten vergleichen. Dabei durchläuft es mehrere Phasen von der ersten Machbarkeitsstudie mit zehn Leuten bis zur großen klinischen Studie mit 400 Probanden und nachfolgender Anwendungsbeobachtung“.
- 7 Tilak heißt künftig „Tirol-Kliniken“, 16.6.2014. <http://tirol.orf.at/news/stories/2652866/> (Zugriff 1.7.2014).
- 8 Siehe Peter Fuchs: Die Verwaltung der vagen Dinge. Gespräche zur Zukunft der Psychotherapie, Heidelberg 2011.
- 9 Sami Timimi: No more psychiatric labels: Kampagne zur Abschaffung formaler psychiatrischer Diagnosesysteme wie ICD und DSM. <http://www.systemmagazin.de/bibliothek/texte/Timimi-No-More-Psychiatric-Labels.pdf> (Zugriff 2.7.2014).
- 10 Vgl. die Diskussion um Conchita Wurst und den Eurovision Song Contest.
- 11 Einige erinnern sich vielleicht noch, dass bis vor einigen Jahren Homosexualität in formalisierten Diagnoseregistern als Krankheit geführt wurde.
- 12 Siehe Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit. [http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/Onlineversion\\_Ligabericht\\_2014\\_print\\_\(5\).pdf](http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/Onlineversion_Ligabericht_2014_print_(5).pdf) (Zugriff 1.7.2014).
- 13 Margy Whalley und das Pen Green Centre Team: Eltern als Experten ihrer Kinder. Das „Early Excellence“ – Modell in Kinder – und Familienzentren, Berlin 2008.
- 14 Siehe Beate Großegger über das „Hotel Mama“, Verlierer der Wirtschaftskrise, den Standardisierungswahn und warum „Smartphone-Fasten“ selbst Erwachsenen schwer fällt. <http://mobil.derstandard.at/2000002549512/Jugend-in-der-Krise-Trend-zu-leidenschaftsloser-Ueberanpassung> (Zugriff 2.7.2014).