



Deutsche Gesellschaft für
Kinderschutz in der Medizin

Präventiver Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern

Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitswesen

Version 1.0 - 12/2020

Leitfaden

Präventiver Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern

Leitfaden für Akteure im Gesundheitswesen

AutorInnen

Stephanie Boßerhoff (Wesel), Daniel Clauß (Halle), Hauke Duckwitz (Düsseldorf), Andrea Eulgem (Köln), Wilhelm Geilen (Berlin), Heide Kluck (Minden), Maren Kraft (Bonn), Wilfried Kratzsch (Düsseldorf), Pia Manjgo (Landshut), Kerstin Porrath (Bremen), Frauke Schwier (Köln), Lotti Simon-Stolz (Neunkirchen), Grazyna Teichert (Troisdorf), Stilla Waltl-Seidl (Landshut), Anette Weißbrodt († Kassel), Bernd Westermann (Berlin)

Veröffentlichung

Der Leitfaden wurde durch den Vorstand der DGKiM e.V. verabschiedet und im Dezember 2020 veröffentlicht. Das Update des Leitfadens ist für das Jahr 2024 geplant.

Zitierweise

DGKiM-Leitfaden für Präventiven Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern,
Version 1.0 – 12/2020

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V.

Kontakt

DGKiM Geschäftsstelle, Oskar-Jäger Straße 160, 50825 Köln

E-Mail: geschaeftsstelle@dgkim.de

WIDMUNG

Dieser Leitfaden ist Dr. phil. Anette Weißbrodt gewidmet, die am 29. Februar 2020 nach schwerer Erkrankung viel zu früh verstorben ist.

Anette Weißbrodt war seit der Gründung des Arbeitskreises Prävention der DGKiM im Jahr 2017 ein sehr engagiertes und aktives Mitglied des Arbeitskreises. Sie hat die Idee zur Erstellung dieses Leitfadens von Anfang an mitgetragen und war an der Umsetzung mit ihrer Erfahrung und Expertise insbesondere im Bereich der Entwicklungsdiagnostik und Betreuung von Frühgeborenen und sehr früh belasteten Kindern und ihrer Eltern in erheblichem Maße beteiligt.

Wir hatten ihr von Herzen gewünscht, dass sie trotz ihrer Erkrankung die Fertigstellung dieses Leitfadens noch miterleben kann.

Der Arbeitskreis Prävention der DGKiM

Inhalt

I Zielgruppen des Handlungsleitfadens.....	8
Gesundheitswesen.....	8
Kooperationspartner	8
II Einführung in die Thematik.....	9
Überlegungen aus Sicht der Suchthilfe.....	9
Geschichte	11
Epidemiologie in Deutschland	12
Ressourcen und Belastungen	16
Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche	21
Altersbezogene Auswirkungen	26
Prävention.....	35
III Empfehlungen	38
Beratung und Unterstützung als präventiver Kinderschutz	38
§ 4 KKG: Vorgehen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung.....	42
Ablaufschema für den Beratungs- und Unterstützungsprozess.....	43
Empfehlungen zur medizinischen Versorgung	44
Vernetzung, Kooperation und Fallverantwortung	69
Dokumentation, Schweigepflicht und Datenschutz	74
Versorgungsstrukturen (<i>good practice- Beispiele</i>)	76
IV Informationen	82
Informationen für Fachkräfte	82
Informationen für Kinder und Jugendliche.....	85
Informationen für Eltern.....	87
Anhänge	88
Abkürzungsverzeichnis.....	110
Literaturverzeichnis.....	111

Im Leitfaden wird die grammatikalisch männliche oder weibliche Form verwendet, gemeint sind jeweils alle Geschlechter (weiblich/männlich/divers).

Wird im Leitfaden von Eltern gesprochen, sind neben den leiblichen Eltern alle relevanten Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen gemeint, die Erziehungsverantwortung für die Kinder/Jugendlichen wahrnehmen und regelmäßigen Kontakt mit ihnen pflegen ohne dabei einen professionellen Auftrag innezuhaben. Das Personensorgerecht für das Kind oder den Jugendlichen kann davon abweichen.

Den Autoren ist bewusst, dass substanz- und verhaltensbezogene Störungen zu den psychischen Erkrankungen gehören. Im Text wird eine Unterscheidung vorgenommen, da Substanzkonsum einen schwerwiegenden pränatalen Einfluss haben kann.

Der Leitfaden unterliegt einem Copyleft der DGKiM. Die Weiterverwendung unter Angabe der Quelle ist erlaubt und erwünscht.

Vorwort

Nach konservativen Schätzungen wachsen in Deutschland etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einem Elternteil auf, der während des Elternseins an einer psychischen und Suchterkrankung leidet. Mit diesen elterlichen Erkrankungen geht ein erhöhtes Risiko der betroffenen Kinder und Jugendlichen für Entwicklungsprobleme, chronische (v.a. psychische) Erkrankungen oder auch Kindeswohlgefährdung einher. Familiensysteme mit einem psychisch und suchtkranken Elternteil stellen somit eine bedeutende Zielgruppe für den präventiven medizinischen Kinderschutz dar.

Das Erkennen von Belastungen, das aktive Ansprechen und das Anbieten von individuellen Unterstützungsangeboten für Familiensysteme mit psychisch und suchtkranken Mitgliedern durch Akteure im Gesundheitswesen sollte von Anfang an, d.h. schon vor oder ab der Schwangerschaft, die Regel sein. Hausärzte, Gynäkologen, (Sozial-) Pädiater, Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichen-Psychiater sowie -Psychotherapeuten in Praxen, Institutsambulanzen oder Versorgungskliniken und im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stellen oft erste Anlaufstellen für Eltern mit psychischen und Suchterkrankungen und ihre Kinder dar. Die Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen, die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen, in denen Kinder nahezu alle gesehen werden, ebenso wie die fast flächendeckenden Schuleingangsuntersuchungen bieten gute Möglichkeiten, Belastungen bzw. Kinder in chronisch belasteten Familien zu erkennen. Entsprechendes Fachwissen, geeignete Screening-Instrumente und das Wissen über die lokalen Versorgungswege können dabei unterstützen, Ressourcen und Risikofaktoren betroffener Kinder und Eltern zu identifizieren und von Gefährdungen abzugrenzen. In Kooperation mit breit aufgestellten Netzwerkpartnern können bei eindeutig definierter Fallverantwortung passende Hilfen angeboten sowie Interventionen veranlasst werden. Damit kann wesentlich zu einer Verbesserung der kindlichen Entwicklungsbedingungen und ihrer Lebensqualität und einer Reduktion späterer körperlicher und psychischer Störungen beigetragen werden (Albermann et al. 2019).

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) wurde 2008 in Kassel (damals unter dem Namen AG Kinderschutz in der Medizin) mit dem Ziel einer Förderung der praktisch-ärztlichen und wissenschaftlichen Arbeit auf dem Gebiet der Erkennung und Verhinderung von Gewalt und Vernachlässigung an Kinder und Jugendlichen und der Unterstützung der Einrichtung von geeigneten Interventionsverfahren an Kliniken und Praxen gegründet. Die DGKiM bekennt sich als Vertreterin der Kinderschutzmedizin explizit zu einem multiprofessionellen Umgang mit allen Formen von Kindesmisshandlung, sexuellem Kindesmissbrauch und Kindesvernachlässigung unter Einbeziehung medizinischer und nichtmedizinischer Berufsgruppen.

Der Arbeitskreis Prävention der DGKiM

Auf dem Boden des in der Satzung der DGKiM benannten Ziels, Konzepte für Prävention, Früherkennung, frühe Intervention und geeigneten Umgang und erforderliche Kooperationen zusammenzutragen, weiter- oder neu zu entwickeln, wurde 2017 auf der Jahrestagung der DGKiM in Frankfurt auf Antrag von Dr. Ingo Franke und auf Initiative von Dr. Lotti Simon-Stolz der

Arbeitskreis Prävention der DGKiM gegründet. Die konstituierende Sitzung des Arbeitskreises fand am 23.9.2017 in Köln statt. Die Zusammensetzung des Arbeitskreises ist interdisziplinär. Die Leitung des Arbeitskreises hat Dr. Lotti Simon-Stolz.

Als erstes Schwerpunktthema des Arbeitskreises wurde der präventive Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern gewählt. Der vorliegende Leitfaden stellt das Ergebnis dieser interdisziplinären Arbeit dar.

Ziele des Leitfadens

In Ergänzung zu der immer umfangreicher werdenden Literatur zu diesem Themenfeld wendet sich dieser Leitfaden explizit an Fachkräfte im Gesundheitswesen und geht auf deren spezielle Arbeitsfelder und Sichtweisen ein. Handlungsmöglichkeiten werden aus der Perspektive der Gesundheitsberufe betrachtet. Der Leitfaden soll damit auch einen Beitrag zur Entwicklung bundesweiter Standards und Konzepte in der Arbeit mit Kindern von psychisch und suchtkranken Eltern leisten, in die die Erfahrungen der bereits bestehenden regional erfolgreichen Konzepte einfließen sollen. Im Zentrum der Betrachtung stehen dabei die Auswirkungen der elterlichen Erkrankungen auf Kinder in unterschiedlichen Alters- und Entwicklungsphasen. Hierbei sollen zum einen präventive Ansätze die Situation und die Entwicklungschancen der Kinder verbessern, zum anderen aber auch das Kindeswohl gefährdende Entwicklungen frühzeitig erkannt und notwendige Maßnahmen im Rahmen des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) eingeleitet werden.

Ziel des Leitfadens ist es, den aktuellen Wissenstand zu Möglichkeiten eines präventiven Handelns im Kontext psychisch und suchtkranker Eltern im Gesundheitswesen darzustellen und damit den Beschäftigten in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens Ideen und Handwerkszeug an die Hand zu geben, um in ihrem jeweiligen beruflichen Kontext präventiven Kinderschutz praktisch zu leisten. Dieser Leitfaden bietet angesichts der Vielfalt der Professionen, der Arbeitsfelder und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen Unterstützung bei der Entwicklung individueller Konzepte und Vorgehensweisen.

Struktur des Leitfadens

Nach einer historischen Einführung in die Thematik und Darstellung der aktuellen politischen Entwicklungen werden zunächst epidemiologische Zahlen sowie gesellschaftliche und individuelle Folgen von psychischen und Suchterkrankungen von Elternteilen und Aspekte der Prävention in Deutschland betrachtet.

Den Hauptteil des Leitfadens stellen die Handlungsempfehlungen dar. Diese sind nach unterschiedlichen Entwicklungsstufen von der präkonzeptionellen Phase bis zum Jugendalter strukturiert und benennen neben den jeweiligen Berührungspunkten zum Gesundheitswesen die altersspezifischen Problemlagen und Interventionsmöglichkeiten. Hierbei stehen präventive Handlungsmöglichkeiten im Vordergrund. Bezüglich spezifischer medizinischer Behandlungsempfehlungen wird auf entsprechende Leitlinien verwiesen.

Im dritten Teil des Leitfadens werden insbesondere Kooperationsstrukturen mit Schwerpunkt auf das System der Frühen Hilfen beschrieben, da bereits etablierte Netzwerkstrukturen eine Grundvoraussetzung für Kooperationen darstellen.

Beispiele aus der Praxis schließen den Leitfaden ab und können als Anregungen und Vorlagen für eigene regionale Strukturen verwendet werden.

Der Leitfaden beruht auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen in Anlehnung an die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie und in der Praxis bewährten Verfahren zum Zeitpunkt der Erstellung. Er hat zum Ziel, ein höheres Maß an fachlicher Entscheidungssicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdungen zu vermitteln, die in Zusammenhang mit einer psychischen und Suchterkrankung der Eltern stehen. Die Informationen und Handlungsempfehlungen beanspruchen nicht, der einzige und ausschließliche Weg zum Verfahren mit dieser Risikokonstellation zu sein. Eine regelmäßige Anpassung und Aufnahme aktueller Erkenntnisse und Vorgehensweisen der wissenschaftlichen Fachdiskussion sind vorgesehen.

Der Leitfaden entbindet den Arzt nicht von der Überprüfung der individuellen Anwendbarkeit im konkreten Fall, er dient lediglich als Entscheidungshilfe und ist rechtlich nicht verbindlich. Dies unterscheidet ihn von Richtlinien.

I Zielgruppen des Handlungsleitfadens

Gesundheitswesen

Die Zielgruppen des vorliegenden Handlungsleitfadens stellen primär Fachkräfte im Gesundheitswesen dar. Um dem komplexen Unterstützungs- und Therapiebedarf der betroffenen Kinder und ihrer Familien gerecht zu werden, bedarf es jedoch in allen Handlungsfeldern einer multidisziplinären Zusammenarbeit und Kooperation.

Die wesentlichen Zielgruppen des Handlungsleitfadens sind:

- Fachärzte, z.B. Kinder- und Jugendärzte, Gynäkologen, Substitutionsmediziner, (Kinder- und Jugend-) Psychiater, Allgemeinmediziner, Zahnärzte etc.
- medizinisches Personal in Klinik, Praxis, Sozialpädiatrischen Zentren, Frühförderstellen und öffentlichem Gesundheitsdienst (Gesundheits- und Krankenpfleger, Hebammen, Therapeuten, Medizinische Fachangestellte, sozialmedizinische Assistenten etc.)
- Familienhebammen und Familienkinderkrankenschwestern
- Psychologen / Psychotherapeuten
- Fachkräfte der klinischen Sozialarbeit (z.B. Drogen- und Suchthilfe)

Kooperationspartner

Aufgrund der Komplexität der Lebenslagen von Familien mit psychisch und suchtkranken Elternteilen ist eine enge Kooperation der Fachkräfte untereinander, aber auch mit vielen Institutionen außerhalb des Gesundheitswesens notwendig. Zudem vermitteln diese Kooperationspartner die Familien in die Strukturen des Gesundheitswesens und sollten über die zur Verfügung stehenden und notwendigen Angebote im Gesundheitswesen informiert sein.

Kooperationspartner in diesem Kontext sind vor allem:

- Jugendhilfe (Jugendamt, Jugendhelfeträger)
- Beratungsstellen (Suchtberatung, Familienberatung, Schwangerenberatung, Migrationsberatung etc.)
- Kindertagesstätten, Familienzentren und Schulen
- Sozialamt
- Jobcenter
- Polizei
- Selbsthilfegruppen
- Wohngruppen
- u.a.

II Einführung in die Thematik

Überlegungen aus Sicht der Suchthilfe

Psychische Erkrankung: Irritation? Befremden? Entsetzen?

Die Vorstellung, dass Psychopathologien aller Art auch im Zusammenhang von Schwangerschaft und elterlicher Verantwortung Realität sind, führt zu enormen Herausforderungen. Dabei wäre es geradezu fahrlässig, die Tatsache zu übersehen, zu verdrängen oder zu verleugnen, dass psychisch mehr oder weniger schwer Erkrankte Kinder bekommen und mit ihnen zusammenleben. Ohne dass dies wahrgenommen werden muss, sind wir umgeben von Menschen mit Angst- und Zwangserkrankungen, Depressionen und bipolaren Störungen, Psychosen und verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, Traumafolge-, Ess- und Schlafstörungen. Derartige Beeinträchtigungen sind nicht folgenlos im Hinblick auf Selbstfürsorge, Versorgung von Kindern, Bindungsaufbau und Erziehungskompetenzen. Durch psychische Erkrankungen von Eltern besteht ein erheblich erhöhtes Gefährdungspotential für das Kindeswohl (Lenz & Wiegand-Greife 2017a). Psychische Erkrankungen sind charakterisiert durch klinisch bedeutsame, häufig chronische Störungen in der Kognition, in der Emotionsregulation und im Verhalten einer Person (Falkai & Wittichen 2015). Diese Störungen können mit erheblichen Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau der betreffenden Person bei sozialen, familiären und beruflichen Aktivitäten sowie mit massivem Leidensdruck verbunden sein.

Die Zahl diagnostizierter psychischer Störungen ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen (Schneider 2017). Die Lebenszeitprävalenz für eine psychische Erkrankung beträgt laut Bundesgesundheitsurvey 43% (Jacobi 2014). Dies bedeutet, dass fast die Hälfte der Bevölkerung mindestens einmal eine psychische Erkrankung erlebt (s. [Epidemiologie](#)). In der noch gültigen ICD 10 (ICD = International Classification of Diseases) werden folgende psychische und Verhaltensstörungen aufgeführt:

- Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- Affektive Störungen
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Intelligenzstörung
- Entwicklungsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Einen allgemeinen Überblick über die Facetten psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter bietet Abbildung 1.



Abbildung 1: Störungsbilder psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter nach Schaich 2017

Drogen? Psychoaktive Substanzen? Sucht oder was?

Seit *suchtbelastete Familien* zum Thema gemacht wurden, gibt es größere Aufmerksamkeit für die Konsequenzen psychischer Erkrankungen von Eltern für deren Kinder sowie Überlegungen und Aktivitäten, offensichtliche Gesundheits- und Entwicklungsrisiken für diese Gruppe zu reduzieren. Psychische Erkrankungen von Eltern betreffen sehr viele Menschen, zuerst ungeborene und geborene Kinder, zugleich auch Partner, den Verwandten- und Freundeskreis, das Arbeitsumfeld... Massive Irritationen und existenzielle Herausforderungen entstehen auch durch den elterlichen Konsum psychoaktiver Substanzen.

Das Konsumieren psychoaktiver Substanzen kann vieles bewirken und mit sich ziehen, auch schwere gesundheitliche oder soziale Folgen. Akut kann die *Wachheit* des zentralen Nervensystems (*arousal*) mehr oder weniger stark gesteigert oder gedämpft werden (*upper* versus *downer*). Andererseits oder zugleich kann es zu starken Veränderungen der Wahrnehmung (*perception*) kommen. Hier reicht die Spannweite von psychedelischen/halluzinogenen Substanzen bis zu antipsychotischen Medikamenten. Einige Substanzen haben ein äußerst vielfältiges Wirkungsspektrum, z. B. auch Alkohol. In Abhängigkeit von Qualität und Dosis der Substanz sowie von *set* und *setting* sind neben den angestrebten Wirkungen wie Schmerz- und Angstvermeidung oder -reduktion, Beruhigung, Schlaf, Leistungssteigerung und Kontakterleichterung auch äußerst unangenehme Nebenwirkungen möglich.

Jede psychoaktive Substanz kann auf kurz- oder langfristig höchst riskante Weise genutzt werden. Erhebliche Sprach-Turbulenzen haben sich ereignet und sind weiterhin im Gange: *Sucht* wurde durch *Abhängigkeit* ersetzt, *Missbrauch* und *schädlicher Gebrauch* kamen in diesem Kontext als Abstufungen dazu. Das in die Alltagskommunikation von Professionellen und Bevölkerung aufgenommene Vokabular findet weiterhin Verwendung, obwohl es in der ICD 11 durch andere Begrifflichkeiten ersetzt wurde. Parallel zur Weiterentwicklung der (noch gültigen) ICD 10 wurde an einer grundlegenden 11. Revision gearbeitet, die 2019 verabschiedet wurde und 2022 in Kraft treten soll. Dort ist die Rede von „substanzgebrauchs- und verhaltensbezogenen Störungen“ statt von stofflichen und nicht-stofflichen Süchten. Während die Auffächerung nach Substanzen/Substanzklassen entfällt, kommt eine Schweregrad-Dimension hinzu, die eine Differenzierung von leichten, moderaten oder massiven Störungen zulässt. Das ist bedeutsam für die Eingangs- wie auch für die Verlaufsdagnostik bei psychischen Störungen verschiedenster Art. Auf der Kriterien-Ebene liegt eine substanzgebrauchs- oder verhaltensbezogene Störung vor, wenn innerhalb des vergangenen Jahres mehrere dieser Kriterien zugleich zutreffen:

- starker (unwiderstehlicher) Drang, eine Substanz zu konsumieren/ein spezielles Verhalten zu praktizieren (*Craving*)
- verminderte Kontrollfähigkeit im Hinblick auf Beginn, Beendigung und Menge des Konsums oder Verhaltens/erfolglose Kontroll- oder Reduktionsversuche
- Toleranz-Entwicklung
- Entzugssymptome
- Prioritätenverschiebung/unangemessene Zeitinvestition
- Handeln wider besseres Wissen (ungeachtet von Belastungen und Schädigungen)

- Weitere Kriterien sind Nichterfüllung von Verpflichtungen in verschiedenen Lebensbereichen, interpersonelle Probleme, Aufwandserhöhung zur Substanzbeschaffung, Zunahme der Erholungsdauer nach Intoxikation.

Die Anzahl der zutreffenden Kriterien bestimmt den Ausprägungsgrad der Störung. Eine „milde“ Störung liegt demnach (laut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM 5) bei 2 oder 3 zutreffenden Kriterien vor, bei 4 bis 5 wäre eine „moderate“, bei 6 oder mehr wäre eine „schwere“ Störung festzustellen.

Die Behandlung von Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen erfolgt in Deutschland durch professionelle Versorgungsangebote (z.B.: ambulant, (teil)stationär, Rehabilitation, Soziotherapie, häusliche Krankenpflege, Wohngruppen) und nichtprofessionelle Unterstützungsangebote (z.B.: Selbsthilfegruppen). Noch nicht realisiertes, obwohl gesetzlich vorgegebenes Ziel ist eine professions- und sektorenübergreifende *integrierte* Versorgung.

Geschichte

Sowohl in Deutschland als auch international wurden in der ersten Hälfte der siebziger Jahre Gesundheitsdaten von Kindern mit psychisch kranken Eltern erhoben. Erst in den 2000er Jahren erhielt das Thema Kinder psychisch kranker Eltern vermehrte Aufmerksamkeit. Forschungsaktivitäten verschiedener Disziplinen verbreiteten sich, es gründeten sich erste Selbsthilfeorganisationen, und auch Akteure unterschiedlicher Versorgungsbereiche griffen das Thema auf, publizierten zunehmend auch interdisziplinär und organisierten erste Tagungen (Seckinger 2019). Gleichzeitig fanden auch unter Berücksichtigung jüngerer neurobiologischer und entwicklungspsychologischer Erkenntnisse präventive und gesundheitsfördernde Aspekte eine immer größere Bedeutung.

Als Reaktion auf schwere Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung haben sich in den letzten beiden Jahrzehnten unterschiedliche Präventions-Projekte und Programme zu Frühen Hilfen entwickelt und zu einer verstärkten Etablierung von präventiven Angeboten für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern geführt (Renner, Scharmanski & Paul 2018).

Mit dem im Januar 2016 in Kraft getretenen neuen Präventionsgesetz und den angepassten G-BA-Richtlinien sind Präventionsempfehlungen inzwischen obligater Bestandteil der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen.

Im Jahr 2012 fand in Berlin ein interdisziplinärer Fachtag der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm und des Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH Berlin zu *Kinder psychisch kranker Eltern* statt, dessen Ergebnis in der [Neuköllner Erklärung](#) verschriftet wurde. Es wurde deutlich, dass das Bewusstsein für die vielfältigen Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern zwar gestiegen ist, die Ausgestaltung der Versorgung und die interprofessionelle Zusammenarbeit aber notwendige Änderungen in den zugrundeliegenden sozialrechtlichen Rahmenbedingungen erforderlich machen. An unterschiedlichen Stellen wurden vor allem über lokale Initiativen und ehrenamtliches Engagement Patenschafts-Modelle und Gruppenangebote etabliert, es fehlt bisher aber eine flächendeckende Versorgung, eine dauerhafte Finanzierung im

Regelsystem und häufig ein niedrigschwelliger Zugang. Kinder und Jugendliche bekommen häufig erst dann Hilfe und Unterstützung, wenn sie selbst Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten zeigen (Kölch et al. 2014).

Im Jahr 2017 widmete die Bundesdrogenbeauftragte den Belangen von Kindern aus suchtblasteten Familien in ihrem Drogen- und Suchtbericht ein Sonderkapitel mit dem Titel [Die Kinder aus dem Schatten holen!](#). Im gleichen Jahr erfolgte die Aufnahme des Themas in den Koalitionsvertrag. Eine eingesetzte befristete interministerielle Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Fachverbänden und Experten aus Forschung und Praxis hat zwischenzeitlich ihren Abschlussbericht basierend auf drei interdisziplinären Fachexpertisen zu *Forschung, Recht und Gute Praxis* vorgelegt und im Dezember 2019 dem Parlament übergeben. Er enthält Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern und zur Beseitigung von Schnittstellenproblematiken zwischen den beteiligten Institutionen und unterschiedlichen Leistungssystemen. Von entscheidender Bedeutung in den Empfehlungen ist die Schaffung von leichteren Zugängen zu Hilfen und die Stärkung präventiver Angebote. Nicht aufgegriffen in den Empfehlungen ist das Thema der pränatalen Belastung der ungeborenen Kinder bei psychisch und suchtkranken Schwangeren, da dieses kein direkter Auftrag an die Arbeitsgruppe war (Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern 2020).

Epidemiologie in Deutschland

Allgemeine Daten

In Deutschland weisen ca. 28% aller Erwachsenen Symptome einer psychischen oder Suchterkrankung (ohne Nikotinabhängigkeit), bezogen auf die Zwölfmonatsprävalenz, auf. Dies entspricht etwa 17,8 Millionen Menschen (Jacobi et al. 2014). Das Robert Koch-Institut gibt in Abbildung 2 die häufigsten psychischen Störungen an.

Jedes Jahr weisen
33,3 Prozent der
Bevölkerung eine
oder mehrere
psychische
Störungen auf.

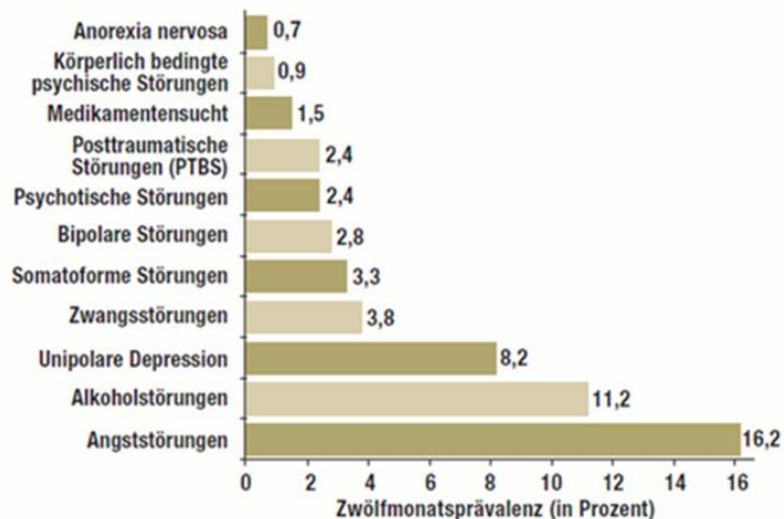


Abbildung 2: Was sind die häufigsten psychischen Störungen? Quelle: RKI, entnommen aus Jachertz 2013

Daten zu Familien mit psychisch und suchtkranken Elternteilen

Die Datenlage bezüglich der Anzahl von Kindern, die in Familien mit mindestens einem psychisch und suchtkranken Elternteil aufwachsen, ist deutlich weniger gut. Die publizierten Zahlen basieren in den meisten Fällen nur auf Schätzungen oder Hochrechnungen. Vorliegende epidemiologische Studien sind aufgrund sehr unterschiedlicher Erhebungsmethoden und verschiedener Definitionen von psychischer Erkrankung und Sucht nur sehr eingeschränkt vergleichbar, insbesondere auch wegen der häufigen Komorbidität von psychischen und Suchterkrankungen.

In Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung eines Elternteils zeigen sich folgende Häufigkeiten: Etwa 30% der mit psychischen Erkrankungen stationär behandelten Patienten sind Eltern von minderjährigen Kindern (Mattejat 2014). 60% der erkrankten Väter und 77% der erkrankten Mütter leben mit ihren minderjährigen Kindern im selben Haushalt (Lenz 2014). 60-70% der Patienten in Fachkliniken für Psychotherapie und Psychosomatik haben Kinder (20-30% drei Kinder und mehr).

In der Vertiefungsstudie KiD 0-3 (*Kinder in Deutschland*) des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen (NZFH 2016) zeigten 4,4% der Eltern mit Kindern bis zu drei Jahren starke Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Störung durch ängstliche/depressive Symptome, bei 15,7% fanden sich schwächere Hinweise.

6-12% aller Frauen erkranken an einer postpartalen Depression, 1,9% an einer postpartalen Erstmanifestation einer schizophrenen Erkrankung (Lenz A 2017b). Etwa 10 Prozent aller Mütter leiden an einer postpartalen Angst-/Zwangsstörung (ca. 4% an einer signifikanten Zwangsstörung), bei 1-3% aller Mütter in der Normalbevölkerung besteht eine posttraumatische Belastungsstörung (Besier 2016).

Nach einer Schätzung von Mattejat (Lenz 2017a) ergibt sich - unter der konservativen Annahme, dass 15% der Bevölkerung im Verlauf eines Jahres an einer psychischen Störung leiden - in dem Wissen, dass psychisch kranke Menschen im Durchschnitt etwa genauso häufig Kinder wie psychisch gesunde Menschen haben, für Deutschland eine Zahl von ca. 3 Mio. Kindern, die im Laufe eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Störung erleben. Ca. 175.000 Kinder machen im Laufe eines Jahres die Erfahrung, dass ein Elternteil stationär psychiatrisch behandelt wird. Laut Drogenbericht der Bundesregierung vom Juli 2017 leben in Deutschland ca. 2,65 Mio. Kinder, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung aufweist. Diese Daten beruhen auf Quellen (Klein 2005), die sich auf eine Schätzung aus dem Jahr 2003 beziehen, die auf einer prozentualen Datenbasis aus dem Jahr 1997 generiert wurde. Nach aktuelleren Daten des Robert Koch-Instituts (RKI 2016; Lange 2017) weisen 22% der Elternteile, die mit mindestens einem eigenen minderjährigen Kind im Haushalt leben, einen riskanten Alkoholkonsum auf und 14% ein regelmäßiges Rauschtrinken (*binge drinking*). Bei der Mehrheit der betroffenen Eltern handelt es sich um Väter. Die Eltern sind vor allem den mittleren und hohen sozialen Schichten zuzuordnen. Auch sind ein riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken häufiger bei älteren Eltern (ab 40 Jahren) verbreitet. So weisen Eltern, die ausschließlich mit älteren Kindern im Haushalt leben, tendenziell einen höheren Anteil an Risikokonsumenten auf als Eltern, die mit jüngeren Kindern zusammenleben (RKI 2014).

Nach dem Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung von 2017 leben 40.000 bis 60.000 Kinder mit einem drogenabhängigen Elternteil. Der Bericht gibt zudem die Zahl von 37.500 -150.000 Kindern von glücksspielsüchtigen Eltern an und führt darüber hinaus aus: „Mit großer Wahrscheinlichkeit ist aber von einer erheblichen Dunkelziffer und somit von einer noch höheren Gesamtzahl betroffener Kinder auszugehen. Es ist kritisch zu bewerten, dass die bisherigen Statistiken zu Kindern aus suchtblasteten Familien häufig auf Schätzungen oder Hochrechnungen beruhen, sofern Informationen dazu vorhanden sind.“

Unter der Berücksichtigung der publizierten Häufigkeit von Doppeldiagnosen in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (33% mit Substanzstörungen weisen auch eine psychische Störung auf) und klinischen Stichproben (50% mit Substanzstörungen weisen auch eine psychische Störung auf) (Lieb & Isensee 2007), ergibt sich in Deutschland somit bei konservativer Schätzung eine Gesamtzahl von 5 Mio. Kindern, die mit mindestens einem Elternteil aufwachsen, der psychisch und suchtkrank ist. Dies entspräche einer prozentualen Häufigkeit von 37%.

Auch unter kritischer Betrachtung der aktuellen Datenlage zeigt sich, dass Familiensysteme mit einem psychisch und suchtkranken Elternteil eine quantitativ bedeutende und wichtige Zielgruppe sind, für die früh ansetzende Maßnahmen im Sinne eines präventiven Kinderschutzes notwendig sind.

Gesellschaftliche Folgekosten

Die Folgekosten psychischer Erkrankungen einzuschätzen ist schwierig, da schon die Erfassung epidemiologischer Daten nur grobe Schätzungen zulassen (s. [Epidemiologie](#)). Daher kann auch eine Abschätzung der Folgekosten als die Summe direkter und indirekter Kosten nur einen Orientierungsrahmen benennen, zumal es kaum Untersuchungen gibt, die sich mit dieser Thematik beschäftigen.

Direkte Kosten sind Kosten, die durch (medizinische) Diagnostik und Therapie sowie alle ergänzenden nicht-medizinischen und rehabilitativen Versorgungsmaßnahmen entstehen. Als indirekte Kosten werden die Kosten bezeichnet, die außerhalb des Gesundheitssystems z.B. in Form von Produktivitätsausfällen durch Frühsterblichkeit oder Kosten durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung entstehen.

Der Ökonomie-Nobelpreisträger James Heckman berechnete aus der High-School/Scope Perry Preschool-Studie, dass ein Dollar, eingesetzt im Rahmen eines Vorschulprogramms zur Förderung von Kindern aus prekären sozialen Verhältnissen, einen gesellschaftlichen Nutzen von 16 Dollar generiert (DJI 2013).

Der von der WHO entwickelte Maßstab der „Disability-Adjusted-Life Years“ beschreibt die durch eine Erkrankung verlorenen krankheitsfreien Lebensjahre. Diese bewegen sich bezogen auf psychische Erkrankungen europaweit zwischen insgesamt 9,5 Mio. (Angststörungen) bis zu 0,6 Mio. (Essstörungen) Jahren. Die daraus resultierenden (direkten und indirekten) Gesamtkosten beliefen sich für das Jahr 2012 europaweit auf 113 Mrd. Euro für Affektive Störungen, 94 Mrd. Euro für Psychotische Störungen, 74 Mrd. Euro für Angststörungen und 66 Mrd. Euro für Abhängigkeitsstörungen.

Bezogen auf den Kinder- und Jugendbereich wurden jährliche Kosten für Traumafolgen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland im Jahr 2012 von einer deutschen Arbeitsgruppe auf ca. 11 Mrd. Euro beziffert, wobei die Autoren betonen, diese Kosten im Zweifel abgerundet zu haben. Für alle kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen wurden im Jahr 2012 ca. 20 Mrd. Euro ausgegeben (Habetha et al. 2012).

Die Kosten des schädlichen Alkoholkonsums für die Gesellschaft werden laut Alkoholatlas Deutschland 2017 (Deutsches Krebsforschungszentrum 2017) auf jährlich 39,3 Mrd. Euro beziffert. Bei dieser Berechnung sind jedoch die Kosten, die gesellschaftlich durch Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) entstehen, nicht berücksichtigt. Dies führt zu einer Unterschätzung der gesundheitsökonomischen Belastungen durch Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch in Deutschland. Nordamerikanische Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die gesellschaftlichen Kosten für alle FASD-Fälle in Kanada von der Geburt bis zum Lebensalter von 53 Jahren bei 53 Mrd. Dollar liegen (Becker et al. 2015).

In Deutschland liegen keine Zahlen zu den Folgekosten von illegalem Drogenkonsum vor. Hierbei bereitet unter anderem der häufige Mischkonsum methodische Probleme.

Dass gerade auch die intrauterine Drogenexposition, die neben der potentiellen Schädigung für die Schwangere häufig auch mit tiefgreifenden kurz- und langfristigen Konsequenzen für das Neugeborene verbunden ist, ein volkswirtschaftliches Problem darstellt, zeigen Zahlen aus den USA. Die direkten Behandlungskosten pro Patienten und Aufenthalt lagen 2009 bei 9600 US\$ (Gortner et al. 2017). Aus Europa liegen keine Zahlen vor, die eine valide Einschätzung erlauben.

Die enormen volkswirtschaftlichen Folgekosten psychischer und Suchterkrankungen verdeutlichen die dringende Notwendigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung.

Ressourcen und Belastungen

Trotz multipler Belastungen entwickeln bei Weitem nicht alle Kinder psychisch erkrankter Eltern eine psychische Störung. Studien zeigen bei ca. einem Drittel der Kinder persistierende psychische Störungen, bei einem weiteren Drittel vorübergehende relevante Auffälligkeiten und bei dem restlichen Drittel keine gravierenden Beeinträchtigungen der Entwicklung. Längsschnittstudien zeigen bei Kindern aus suchtblasteten Familien ähnliche Ergebnisse. Es ist davon auszugehen, dass etwa ein Drittel der Kinder aus alkoholbelasteten Familien selbst alkohol- und drogenabhängig wird, ein weiteres Drittel andere psychische Störungen entwickelt und ein letztes Drittel mehr oder weniger psychisch stabil bleibt (Lenz 2009).

Salutogenese

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky prägte als Gegenbegriff zur *Pathogenese* den Begriff der *Salutogenese*. Im salutogenetischen Modell werden Krankheit und Gesundheit als zwei Pole eines Kontinuums konzipiert. Ob jemand stärker in Richtung des Gesundheitspols oder in Richtung des Krankheitspols geht, hängt einerseits von der Anzahl und Art von Risiken, andererseits von den personalen und sozialen Schutzfaktoren und Ressourcen ab, über die ein Mensch verfügt und die in der Lage sind, die Wirkung von Risiken abzumildern (Hurrelmann et al. 2014). Das Konzept der Gesundheitsförderung basiert auf dem Kohärenz-Salutogenese-Modell. Gesundheitsförderung wird oft synonym mit Prävention benutzt.

Nach dem Kohärenz-Salutogenese-Modell werden die Einflussfaktoren wie Verständnis, Machbarkeit und Sinnhaftigkeit in den Wechselwirkungsprozess von Belastungen und Ressourcen eingebracht (s. Abbildung 3).

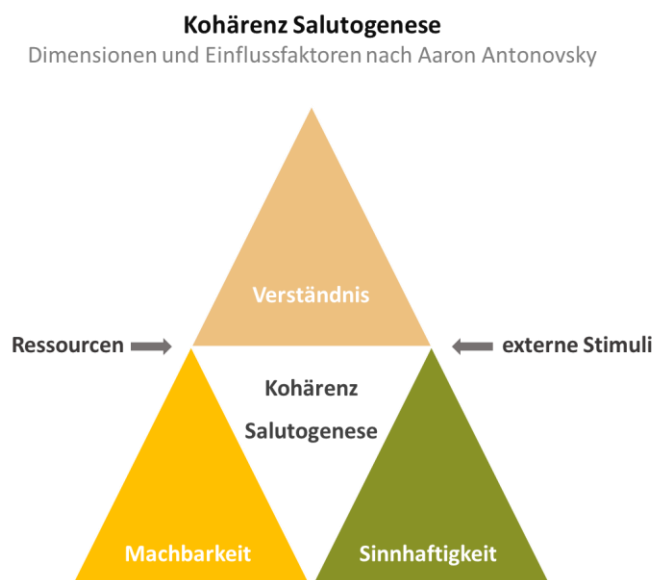


Abbildung 3: Kohärenz-Salutogenese-Modell nach Antonovsky

Resilienz

Dass Risikokonstellationen nicht unmittelbar zu Entwicklungsstörungen oder psychischen Störungen führen müssen, zeigen auch Erkenntnisse der Resilienzforschung. Dabei bedeutet Resilienz die Widerstandsfähigkeit gegenüber extremen Belastungen, d.h. die Fähigkeit eines Kindes mit Druck und Belastungen fertig zu werden, die täglichen Herausforderungen zur

bewältigen, klare, realistische Zielvorstellungen zu entwickeln, Probleme zu lösen und trotz widriger, oft traumatischer Umgebungsbedingungen zurechtzukommen. Sie ermöglicht langfristig ein gesundes psychisches Funktionsniveau (Noeker & Petermann 2008).

Schutzfaktoren

In Studien, wie z.B. der Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht et al. 1992) konnten zahlreiche Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung von Kindern identifiziert werden (s. Tabelle 1).

Kindzentrierte Schutzfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Temperamentsmerkmale wie Flexibilität, Anpassungsvermögen, überwiegend positive Stimmung • Soziale Empathie und Ausdrucksfähigkeit • Effektive Problemlösefähigkeit • realistische Einschätzung persönlicher Ziele • Gute Intelligenz, positive Schulleistungen • Ansprechendes Äußeres • positive Selbstwertkonzepte, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Kontrollüberzeugungen • Zugehörigkeitsgefühl
Familienzentrierte Schutzfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Emotional sichere und stabile Bindung zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson • Emotional positive, zugewandte und akzeptierende, normorientierte, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung • Gute Paarbeziehung der Eltern, offene und produktive Austragung von Konflikten • Emotionale Bindung an Familienmitglieder • Anpassungsvermögen an Veränderungen bzw. Entwicklungen • Offener und aktiver Umgang mit der Erkrankung ohne Überforderung der Kinder • Krankheitswissen und Krankheitsverstehen
Soziale Schutzfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Unterstützung und Rückhalt durch Personen außerhalb der Familie • Einbindung in ein Peer-Netzwerk • Soziale Integration in Gemeinde, Sozialraum, Vereine, Kirche etc.

Tabelle 1: Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung von Kindern, modifiziert nach Lenz 2009

Schutzfaktoren können die Auswirkungen von Risikofaktoren mindern oder aufheben. Neben der Einschätzung der Belastungen und Risikofaktoren kommt daher der ressourcenorientierten Diagnostik, also der gezielten Erfragung von Ressourcen, Stärken und Kompetenzen eine große Bedeutung für die Einleitung wirksamer präventiver, gesundheitsfördernder und intervenierender Maßnahmen zu (Lenz & Wiegand-Grefe 2017a).

Belastungen und Risikofaktoren

Bestimmte Merkmale der elterlichen Erkrankung sind mit einem besonders hohen Entwicklungsrisiko für die Kinder (s. Tabelle 2) verbunden:

Risikofaktoren des Kindes

Biologische Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Geschlecht • Schwieriges Temperament • Reduzierte kognitive und kommunikative Fähigkeiten • Früh- und Mangelgeborene • Chronische Erkrankungen und Behinderungen
Individuelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Pränatale Schädigung durch intrauterine Substanzexposition • Kindliche Regulations- und Verhaltensstörungen • Negatives Selbstkonzept • Mangel an kindgerechter Information über die elterliche Erkrankung • Peer-Group (z.B. Substanz- und dysfunktionaler Medienkonsum, Gewalt)

Risikofaktoren der Eltern

Einschränkungen der Erziehungskompetenz in Bezug auf	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung und Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse nach körperlicher Versorgung und Schutz • Beziehungsfähigkeit • Kommunikationsfähigkeit • Fähigkeit zur Grenzsetzung, Vermittlung von Werten • Förderfähigkeit • Vorbildfähigkeit • Fähigkeit zum Alltagsmanagement, Planungsfähigkeit
Einschränkung der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Geringeres Interesse und emotionale Beteiligung • geringeres kommunikatives Repertoire • Geringere Einfühlsamkeit • Dysfunktionaler Medienkonsum • feindseliges Interaktionsverhalten • Hohe Impulsivität, herabgesetzte Frustrationstoleranz • Vermehrte Passivität, vermeidender Bewältigungsstil
Eheliche Disharmonie	<ul style="list-style-type: none"> • Partnerschaftskonflikte, Gewalt • Loyalitätskonflikte
Diffusion der Generationengrenze/Parentifizierung	<ul style="list-style-type: none"> • Übernahme der Eltern- und Partnerfunktion durch die Kinder

Risikofaktoren der Familie

Krankheitsverarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> • Rede- und Kommunikationsverbot • Innerfamiliäre Tabuisierung • Bagatellisierung • Rückzug und Passivität
Fehlende soziale Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlen von zuverlässigen und vertrauensvollen Ansprechpartnern • Soziale Isolation
Häusliche Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> • Physische Gewalt • Psychische Gewalt
Transgenerationale Weitergabe psychischer Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • (Epi-)Genetik • Weitergabe dysfunktionaler Beziehungsmuster

Allgemeine psychosoziale Risikofaktoren

Überrepräsentanz bei fast allen psychosozialen Belastungsfaktoren

- Armut, unzureichende Wohnverhältnisse
- soziale Randständigkeit, Diskriminierung
- Straffälligkeit, Inhaftierung
- Niedriger elterlicher Bildungsstand, Berufsstatus und Arbeitslosigkeit
- Chronische Erkrankungen in der Familie
- Verlust von wichtigen Bezugspersonen

Tabelle 2: Bestimmte Merkmale der elterlichen Erkrankung für ein Entwicklungsrisiko bei Kindern modifiziert nach Lenz & Wiegand-Greife 2017a

In Abbildung 4 werden Wechselwirkungen psychischer Erkrankungen mit anderen Risikokonstellationen im Lebensalltag dargestellt.

Wechselwirkung psychischer Erkrankung mit anderen Risikokonstellationen im Lebensalltag

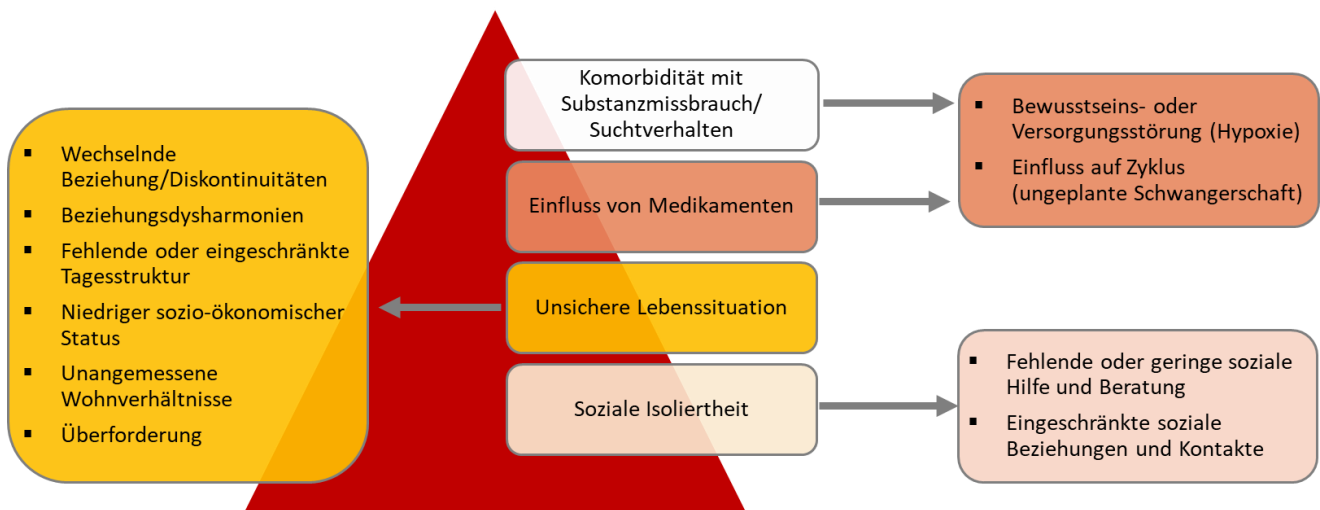


Abbildung 4: Wechselwirkung psychischer Erkrankung mit anderen Risikokonstellationen im Lebensalltag nach Weißbrodt, modifiziert nach Lieb & Isensee 2007

Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung

Das Kindeswohl gefährdende Elternverhalten beinhaltet sowohl Gefahren für die psychische und physische Gesundheit der Kinder und wirkt sich auf ihre soziale und emotionale Entwicklung aus. Die elterliche psychische oder Suchterkrankung stellt für sich allein noch keine Kindeswohlgefährdung dar. Erst durch die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Familie kann eine Kindeswohlgefährdung verursacht werden. Das Risiko ist dann erhöht, wenn zu der Erkrankung weitere Belastungen hinzukommen, das heißt ein hohes Maß der o.g. genannten kumulierenden Risikofaktoren vorliegt ohne Kompensation durch die o.g. Schutzfaktoren (Lenz 2017a). Von daher muss immer die gesamte Lebenssituation von Eltern und Kind in den Blick genommen werden.

Kumulation und zirkulärer Zusammenhang

Das Auftreten oder die Verstärkung von Auffälligkeiten des Kindes erhöhen die Belastung auf Seiten des erkrankten Elternteils und der Familie als Ganzes. Dieses wirkt sich wiederum negativ

auf die Entwicklung und Gesundheit des Kindes und den Gesundheitszustand des erkrankten Elternteils aus (s. Abbildung 5).

In den betroffenen Familien besteht damit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Kindeswohlgefährdung (Lenz 2009; Lenz 2017a):

In den betroffenen Familien besteht für Kinder und Jugendliche:

- ein bis zu 8-fach erhöhtes Risiko für psychische Erkrankung
- ein bis zu 6-fach erhöhtes Risiko für eine Abhängigkeitserkrankung
- eine 2- bis 5-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlung und/oder Missbrauch

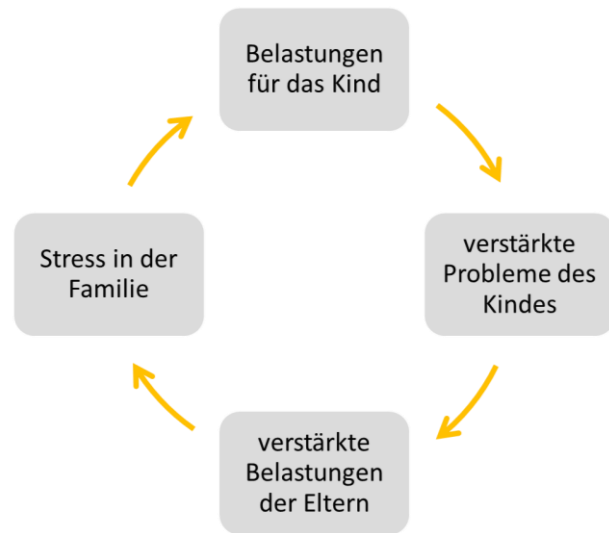


Abbildung 5: Kumulation und zirkulärer Zusammenhang nach Lenz 2017

Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche

Eine psychische und Suchterkrankung von mindestens einem Elternteil geht häufig mit einer vielfältigen psychosozialen Belastung für die ganze Familie, einem erhöhten Risiko für Entwicklungsprobleme von Kindern und mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko der Kinder selbst bezüglich körperlicher, psychosomatischer, psychischer oder Sucht-Erkrankungen einher.

Anhand der Vielzahl der inzwischen vorliegenden Studien wird deutlich, welche Konsequenzen für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern am ehesten drohen (Arenz-Greiving & Kober 2007):

- Lebensgeschichtlich früher Beginn von Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Häufigere Diagnosen in den Bereichen Angst, Depression und Essstörungen
- Stärkere Hyperaktivität, Impulsivität und Aggressivität
- Defizite in den schulischen Leistungen
- Stärkere innerfamiliäre Konflikte

Neben genetischen Faktoren müssen dabei biologische und psychosoziale Faktoren berücksichtigt werden, die häufig kumulieren und sich gegenseitig modifizieren und potenzieren können (s. Abbildung 6). Dabei sind Schwere und Häufigkeit der Episoden der elterlichen Erkrankung sowie die allgemeinen psychosozialen Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung von sehr viel größerer Bedeutung als die bei den Eltern gestellte Diagnose. Die unterschiedlichen Dimensionen psychosozialer Risikofaktoren der Eltern, die für die Entwicklung der Kinder psychisch und suchtkranker Eltern von besonderer Relevanz sind, zeigt Abbildung 7.

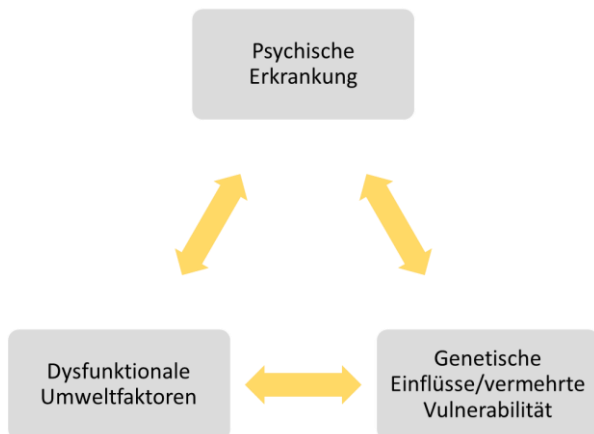


Abbildung 6: Zusammenwirken genetischer Einflüsse und psychosozialer Faktoren nach Matzejat, Lenz, Wiegand-Grefe 2012



Abbildung 7: Dimensionen psychosozialer Risikofaktoren nach Kindler 2009

In Familien mit mindestens einem psychisch und suchtkranken Elternteil findet sich eine erhöhte Prävalenz von Risikofaktoren. Es treten häufiger kritische Lebensereignisse (z.B. schwere Erkrankung eines Elternteils, Krankenhausaufenthalte, Polizeieinsätze) auf. Das Risiko für Unfälle und Verletzungen ist erhöht. In manchen Familien herrscht eine Atmosphäre ständiger Angst und

Unsicherheit. Häusliche Gewalt sowie Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch treten häufiger auf und stellen ein hohes Entwicklungsrisiko für die Kinder dar.

Während nur 2,3% der Eltern ohne Suchtanzeichen Gewalt gegenüber dem Kind oder Vernachlässigung des Kindes berichten, liegt der Vergleichswert für Eltern mit Suchtanzeichen bei 12,3% und ist somit fünfmal so hoch (NZFH 2017a).

Bei Kumulation verschiedener Risikofaktoren wie niedriger Bildungsstatus, partnerschaftliche und familiäre Konflikte, beeinträchtigt Wohlbefinden der Eltern in der eigenen Kindheit, psychische oder chronische Erkrankung eines Elternteils, Ein-Eltern-Familie oder Arbeitslosigkeit steigt das Risiko für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Dies konnte bereits schon 2007 deutlich in der Welle 1 der KIGGS-Studie des RKI's gezeigt werden (Ravens-Sieberer et al. 2007) (s. Abbildung 8).

Leitthema: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys

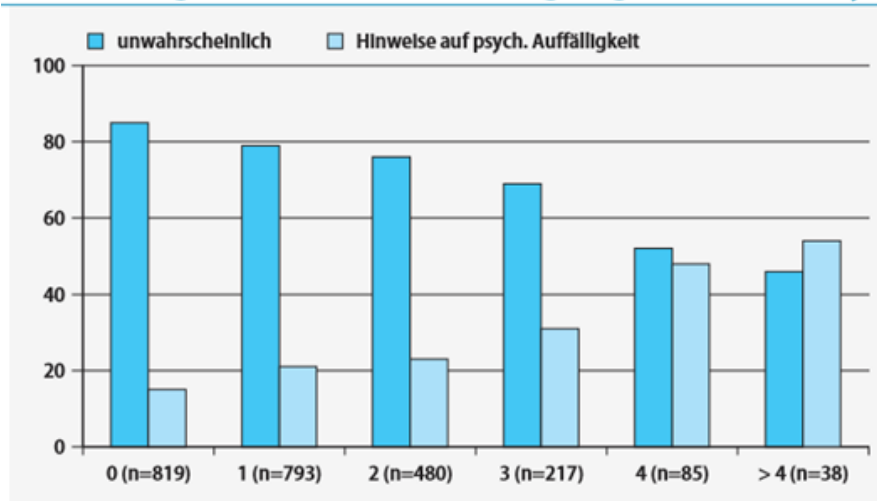


Abbildung 8: Kumulative Wirkung von Risikofaktoren hinsichtlich psychischer Auffälligkeit entnommen aus Ravens-Sieberer 2007

Spezifische Auswirkungen einzelner psychischer Erkrankungen

In der Tabelle 3 werden die spezifischen Auswirkungen einzelner psychischer Erkrankungen auf die betroffenen Eltern sowie die Kinder dargestellt.

Eltern-Ebene

Kind-Ebene

Depression

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anwesende Abwesenheit <ul style="list-style-type: none"> • Weniger Interaktion mit den Kindern • Verlangsamte und inkonsequente Reaktion auf das kindliche Verhalten • Mangelnde Feinfühligkeit • Mangelnder Blickkontakt • Unter- und Überstimulation • Aggravieren des kindlichen Verhaltens • Ablehnung/Missbilligung gegenüber dem Kind • Erhöhtes Stress-/bzw. Inkompetenz-Erleben | <ul style="list-style-type: none"> • Defizite in der Aufmerksamkeit und Beziehungsgestaltung • Vermeidung von Herausforderungen, Schulleistungsprobleme • Erhöhtes Depressionsrisiko (40-70% Lebenszeitprävalenz) • Erhöhte Rate weiterer psychischer Erkrankungen wie Angststörung, Störung des Sozialverhaltens und vermehrte Regulationsstörungen |
|--|--|

Angst-/Zwangserkrankung	
<ul style="list-style-type: none"> • Familiäre Transmission durch ambivalentes Verhalten gegenüber dem Kleinkind in unvertrauten Situationen 	<p>Angst-Erkrankung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10-fach erhöhtes Risiko einer eigenen Angststörung • Besonders deutlich ausgeprägt bei Panikstörung eines Elternteils <p>Zwangserkrankung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhtes Risiko verschiedener Erkrankungen wie Ängstlichkeit, Depression oder Somatisierung
Schizophrenie	
<ul style="list-style-type: none"> • Widersprüche auf verschiedenen Kommunikationsebenen • Einbeziehen des Kindes in Wahnsystem (verzerrte Vorstellung von dem Kind) • Wechselhafte, ggf. feindselige Handlungen gegenüber dem Kind • Vernachlässigung durch mangelnde Wahrnehmung der Bedürfnisse des Kindes • Überstimulation des Kindes mit rasch wechselnder affektiver Tönung 	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern werden als verwirrt, misstrauisch und unheimlich mit unvorhersehbarem Verhalten wahrgenommen • Entwicklung einer unsicher-ambivalenten oder sogar desorganisierten Bindung • In der Folge: <ul style="list-style-type: none"> • Schulleistungsprobleme mit Konzentrationsstörungen • Aggressive Verhaltensauffälligkeiten mit Reizbarkeit und Impulsdurchbrüchen
Borderline-Störung	
<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen von Misshandlung, Missbrauch und Bindungsentbehrung in 90% der Fälle • Impulsive Durchbrüche • Mangelnde Feinfühligkeit • Selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität • Rückzugsverhalten aus Angst, das Kind zu verletzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufig unsicher-ambivalente oder desorganisierte Bindung • Inkonsistente Erziehung mit Spuren von Feindseligkeit und Ablehnung im Wechsel zur Überbehütung • Hohe Wahrscheinlichkeit einer Kindeswohlgefährdung • Erhöhte psychische Vulnerabilität, wahrscheinlich genetisch bedingt • Höchstes Risiko von Auftreten psychischer Störungen auch im Vergleich zu anderen Erkrankungen der Eltern

Tabelle 3: Spezifische Auswirkungen einzelner psychischer Erkrankungen modifiziert nach Lenz 2017a

Entstehung von Traumafolgestörung als Folge elterlicher Erkrankung

Gravierendste Folge psychischer und Suchterkrankungen von Eltern kann eine chronische Gefährdung mit Deprivation, aber auch jeglicher Form von emotionaler, psychischer oder körperlicher Gewalt sein, die zu einer Traumafolgestörung des Kindes führen kann.

Aus der Trauma-Forschung ist bekannt, dass das Gehirn in extremen, das Überleben bedrohenden Situationen Notfallstrukturen vorhält, die aktiviert werden, um überlebenswichtige Reaktionen, wie Flucht, Kampf oder Erstarren zu ermöglichen. Gleichzeitig werden Erinnerungen an das Trauma fragmentiert im so genannten impliziten Gedächtnis abgespeichert, welches schon im Embryonalstadium vorhanden ist. Dieses ist durch Emotionen getriggert und nicht willkürlich zugänglich. Die gespeicherten Erinnerungen werden durch äußere Triggerfaktoren abgerufen und fühlen sich an wie real bzw. gerade erlebt.

Im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung führt dies zu Flashbacks und Alpträumen, also zum Wiedererleben der traumatischen Situation. Zur Trauma-Trias gehören zusätzlich die Vermeidung an das Trauma erinnernder Situationen, Rückzug oder depressive Symptome und eine Hypervigilanz im Sinne von erhöhter Wachsamkeit. Diese zeigt sich durch Konzentrationsstörungen, Impulsivität bzw. Reinszenierung des Traumas.

Tritt die Traumatisierung sehr früh auf, ausgelöst durch die frühe Bindungsperson, sind die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht zu erfüllen, weswegen der Begriff Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung mit besonderen Kriterien entwickelt wurde (Kolk et al. 2009) (s. [Anhang 3](#) *Diagnosekriterien der entwicklungsbezogenen Traumafolgestörungen*).

Besonders Deprivation und Misshandlung werden als traumatisierend erlebt, weil das Kind keine Chance sieht, dem Zustand zu entkommen. Diese Form der Traumatisierung ist besonders gravierend, da sie auf ein nicht ausgebildetes bzw. negatives Selbstkonzept trifft und es keine Möglichkeit gibt Schutz zu suchen, da die Beziehungsperson Auslöser des Traumas ist und noch keine adäquate Bindung besteht. Aufgrund der Kombination beider Belastungen haben diese Kinder eine veränderte Selbstwahrnehmung, ein kaum ausgeprägtes Selbstwertgefühl, dafür ein hohes Maß an Schuldgefühlen, fühlen sich hilflos und isoliert. Betreuende Bezugspersonen beschreiben diese Kinder nicht selten wie leere Hüllen, ohne eigene Spielideen oder Wünsche, die oft das Verhalten anderer kopieren, als wäre ihre innere *Landkarte* leer. Dann wiederum reinszenieren sie ihr Trauma, zerstören Spielzeug, leben in Rollenspielen Gewaltfantasien aus oder zeigen sexualisiertes Verhalten gegenüber Gleichaltrigen.

Sie haben Regeln bzw. soziales Verhalten nicht internalisiert und halten sich erst im Beisein und nach Anleitung von Autoritätspersonen an entsprechende Regeln.

Da sie kein Urvertrauen entwickeln konnten, sind sie misstrauisch und wissen nicht, wie man Konflikte bewältigt. Ihre Grenzen wurden permanent überschritten, sie kennen diese nicht und werden ausgenutzt oder missbraucht. Es gibt aus Sicht des Kindes keine Hoffnung, dass sich das ändert. Emotionsregulation und Impulskontrolle gelingen besonders in bindungsrelevanten Situationen kaum, was das Zusammenleben auch in Pflegefamilien oft schwierig macht. Die Kinder

zeigen enorme Wutausbrüche mit fremd- und eigengefährdenden Verhalten, sind kaum zu beruhigen und nicht in der Lage darüber zu sprechen.

Klassische Flashbacks sind selten bei Traumata vor dem 4. Lebensjahr. Trotzdem gibt es Erinnerungen aus dem impliziten Gedächtnis, die sich in dissoziativen Zuständen und dem Gefühl der Depersonalisierung zeigen. Die Umwelt erscheint distanziert, mit dem Gefühl neben sich zu stehen. Die permanente Wachsamkeit, auch mit dem Ziel weitere Traumatisierung zu verhindern, führt zu Schwierigkeiten sich auf alltägliche Dinge zu konzentrieren.

Zusammengefasst befinden sich die Kinder im ständigen Kampf-/Flucht- oder Erstarrungsmodus ohne Hoffnung auf Hilfe oder Veränderung, mit dem Gefühl, für die Misere selbst verantwortlich zu sein. Es zeigen sich Verhaltensweisen wie bei ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens. Die Symptomatik der Traumafolgestörung variiert nach Lebensalter. Sind die Folgen der psychischen Erkrankung erst im höheren Alter traumatisierend, kann sich eine klassische PTBS entwickeln mit der bereits erwähnten Trias Vermeidung, Wiedererleben bzw. Hypervigilanz (Kriterien s. ICD-10).

Altersbezogene Auswirkungen

Schwangerschaft - Fetale Entwicklung

Chronischer Stress in der Schwangerschaft

Jüngere neurobiologische Forschungsergebnisse konnten bedeutsame Zusammenhänge zwischen dem Belastungserleben der werdenden Mutter in der Schwangerschaft und der Wirkung auf Hirnmorphologie und Neuroendokrinologie ihres ungeborenen Kindes nachweisen. Kinder, die erhöhtem Stress während der Schwangerschaft ausgesetzt sind, zeigen häufiger ein geringeres Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit und einen geringeren Kopfumfang. *Early Life Stress* kann zu langanhaltenden Veränderungen der kindlichen kognitiven und motorischen Entwicklung sowie zu emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten führen (Möhler & Resch 2019).

Mütterliches Stresserleben während der Schwangerschaft steht in häufigem Zusammenhang mit schwierigem Temperament der Kinder und Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Studien zeigen im weiteren Verlauf ein erhöhtes Risiko für Störungen des Sozialverhaltens, externalisierendes Verhalten und Schwierigkeiten in der Affekt- und Aufmerksamkeitsregulation im Kindes- und Jugendalter sowie eine erhöhte Risikobereitschaft in der Adoleszenz (Möhler & Resch 2019).

Zurückliegende Studien zeigten bereits, dass postnatales chronisches Stresserleben – oft hervorgerufen durch kumulierende psychosoziale Belastungen – sich auf die körperliche und psychische Gesundheit und die Lebenserwartung des Kindes negativ auswirken kann (Laucht et al. 1992; Felitti 2002; Brown et al. 2009; Albermann et al. 2019; Egle et al. 2016).

Molekularbiologische und epigenetische Untersuchungen rücken zunehmend in den Mittelpunkt der Stressforschung (Klitzing et al. 2015). Die stressbezogenen Umwelteinflüsse stellen nach Albermann (Albermann et al. 2019) einen Hauptrisikofaktor für die Entstehung späterer psychopathologischer Erkrankungen dar.

Direkte Auswirkungen von Substanzkonsum in der Schwangerschaft

Schwangerschaften psychisch und suchtkranker Frauen gelten als Risikoschwangerschaften. Die körperliche Situation suchtkranker Schwangerer wird häufig von Mangel- und Fehlernährung, oft auch von Begleiterkrankungen wie Hepatitiden und HIV-Infektionen bestimmt. Etwa 85% dieser Schwangerschaften sind ungeplant (Tödte 2016). Sie werden oft spät bemerkt. Mögliche Ursachen ungeplanter Schwangerschaften sind mangelnde Antikonzeption und Zyklusunregelmäßigkeiten aufgrund des Einflusses von konsumierten Substanzen und einer mangelhaften Ernährung. Bei Frauen, die sich in eine Substitutionsbehandlung begeben, kommt es häufig zu einer Stabilisierung des Menstruationszyklus. Von daher soll die Aufklärung zur verbesserten Fertilität und ggf. eine Verhütungsempfehlung Bestandteil der ärztlichen Aufklärung bei Beginn einer Substitution sein (Bundesärztekammer 2017, s. dort im [Anhang zur Patientenaufklärung](#)).

Kontakte zum Frauenarzt finden oft erst weit nach dem ersten Trimenon statt. Ängste, Schuld- und Schamgefühle hindern viele Frauen daran, Vorsorge- und Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. So verheimlichen sie häufig den zurückliegenden oder aktuellen Konsum gegenüber Gynäkologen, Kliniken, Hebammen oder Beratungsstellen, wodurch erforderliche Vorbereitungen

auf die Geburt und eine fachlich kompetente Betreuung und dadurch Möglichkeiten der Reduzierung von Gesundheitsrisiken für die Schwangere selbst und das Ungeborene unterbleiben (Tödte 2016).

Zum breiten Spektrum potentieller Komplikationen und Erkrankungen des Kindes in der Neonatalzeit gehören u.a. intrauterine Wachstumsretardierung, Frühgeburtlichkeit, Mikrocephalie, Dysmorphien, Hyperexcitabilität, Trink- und Ernährungsschwierigkeiten (Gortner 2017).

Nach der Geburt manifestieren sich bei ca. 50-90% der Neugeborenen nach (legalem oder illegalem) Substanzkonsum in der Schwangerschaft (auch nach Substitution) Entzugssymptome, die unter dem Begriff [Neugeborenen-Abstinenz-Syndrom \(NAS\)](#) zusammengefasst werden, auf das ab Seite 53 näher eingegangen wird.

Entwickelt das Neugeborene Entzugssymptome, wird nach der aktuellen AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie (2019) eine Verlegung in eine neonatologische Abteilung empfohlen, die ein strukturiertes Vorgehen zur Erkennung, Überwachung und Behandlung eines NAS vorhält und anwendet.

In den USA haben sowohl die Inzidenz als auch die Behandlungsdauer für das NAS in den letzten Jahren zugenommen: so zeigt sich ein Anstieg der Rate von Neugeborenen mit NAS zwischen den Jahren 2000 und 2009 um den Faktor 3,5 und ein weiterer signifikanter Anstieg der Behandlungszahlen zwischen den Jahren 2009 und 2013 von 10/1000 auf rund 25/1000 Neugeborene. Aus Europa liegen keine systematisch erhobenen Daten vor. Nach Schätzungen werden jährlich bundesweit ca. 2000 Kinder drogenabhängiger Mütter geboren. Das entspricht einer Inzidenz von 1:3000 (Hüsemann et al. 2008).

Langzeiteffekte auf Kinder bei Substanzkonsum in der Schwangerschaft

Der Konsum legaler oder illegaler Substanzen während der Schwangerschaft kann auf unterschiedliche Weise zu einer direkten Schädigung des sich entwickelnden Kindes mit lebenslangen Konsequenzen führen.

Vielfach untersucht sind die Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und dem Auftreten von kindlichen Behinderungen und Entwicklungsstörungen, die unter dem Oberbegriff **Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD/Fetal alcohol spectrum disorder)** zusammengefasst werden. Mögliche Folgen der teratogenen und neurotoxischen Wirkungen bei Alkoholexposition in der Schwangerschaft sind Wachstumsstörungen, typische Gesichtsdysmorphien, strukturelle und funktionelle ZNS-Auffälligkeiten mit Beeinträchtigungen der geistigen und seelischen Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten sowie Funktions- und Alltagsbeeinträchtigungen des Kindes, die bis ins Erwachsenenalter persistieren. Die Störungen können in allen Bereichen auftreten (Vollbild Fetales Alkoholsyndrom, FAS), nur die Gesichtsmorphologie und das zentrale Nervensystem betreffen (partielles FAS/pFAS) oder auf entwicklungs-neurologische Störungen beschränkt sein (Alkoholbedingte Entwicklungs-neurologische Störung/ARND-alcohol related neurodevelopmental disorder). Für die Diagnostik der FASD steht seit 2016 eine [AWMF S3 Leitlinie](#) zur Verfügung (Landgraf & Heinen 2017). Empfohlen werden eine vernetzte, multimodale, interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, wie sie in einigen wenigen spezialisierten Zentren bundesweit oder in Sozialpädiatrischen Zentren

vorgehalten werden. Dabei sollen die individuelle Problemlage und Alltagseinschränkungen des Kindes immer im Fokus stehen (Landgraf & Hoff 2019).

Nach jetzigem Kenntnisstand ist die Alkoholdosis, die zu einer Schädigung des Embryos führt, nicht bekannt. Daher sollte bei Screening-Verfahren in der Schwangerschaft auf jeglichen Alkoholkonsum und nicht nur auf riskante Konsummuster geachtet werden. Angestrebtes Ziel der Aufklärung und Beratung sollte der vollständige Verzicht auf Alkoholkonsum in der Schwangerschaft sein. Bundesweit trinken ca. 28% der Schwangeren Alkohol in der Schwangerschaft, ca. 16% zeigen ein binge-drinking-Verhalten (mind. 5 Getränke zu einer Gelegenheit) (Landgraf & Hoff 2019). Die routinemäßige Erfassung des Alkohol- und Drogenkonsums gehört in Deutschland zum Standard in der Schwangerenvorsorgeuntersuchung. Allerdings wird in der Praxisroutine eine offene Ansprache des Konsums oft vermieden und nur unzureichend nachgefragt (Nagel & Siedentopf 2017; Landgraf & Hoff 2019). Hinzu kommt, dass die Frauen die tatsächliche Konsummenge möglicherweise nicht angeben bzw. aus Scham und Angst vor sozialer Stigmatisierung häufig alkoholverneinende Angaben machen. Daher ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Auch zur Häufigkeit von FASD in Deutschland gibt es bislang keine validen Zahlen. Die aktuell vorliegenden Daten beruhen auf Hochrechnungen oder Schätzungen. Experten gehen, basierend auf Studien aus anderen europäischen Ländern, von einer 1%igen FASD-Prävalenz der Gesamtbevölkerung aus (Landgraf & Heinen 2017). Statistische Schätzungen von Kraus et al., die die Häufigkeit von mütterlichem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und das Risiko für eine FASD bei intrauteriner Alkoholexposition mit einbeziehen, zeigen eine Inzidenz der FASD von 1,77% in Deutschland. Eine zuverlässige Prävalenzstudie zu FASD existiert in Deutschland bisher nicht (Kraus et al. 2019).

Neben den bekannten embryotoxischen oder teratogenen Schädigungen durch Alkohol oder Kokain spielen aber auch Entwicklungsstörungen durch andere Substanzwirkungen in der Schwangerschaft (z.B. Nikotin, Opioide, Cannabinoide, psychoaktive Medikamente) eine nicht unerhebliche Rolle. Insbesondere die Langzeitschädigungen durch Nikotin und Cannabinoide werden oft unterschätzt (s. [Anhang 4 Substanz-Risikotabelle der Charité](#)).

Das Risiko für das Ungeborene steigt mit der Häufigkeit der Einnahme, der Dosis und der Vielfalt der konsumierten Substanzen. Aufgrund des häufigen Mischkonsums von illegalen und legalen Drogen können allerdings direkte substanzbezogene Langzeiteffekte auf die Kinder (z.B. auf Regulationsfähigkeit, Lernverhalten und Gedächtnisleistungen) nur eingeschränkt wissenschaftlich belegt werden. Diese lassen sich nicht sicher von den Folgen der prä- und postnatalen psychosozialen Belastungen trennen (Nagel & Siedentopf 2017).

Eine weitere Dimension möglicher substanzbezogener Schädigungen stellt das erhöhte Risiko eines (z.T. auch sehr frühen) Alkohol- und Drogenkonsums der betroffenen Kinder in der Kindheit und Jugend mit entsprechenden Folgeschäden dar (Möller 2020).

Säuglinge und Kleinkinder (0 bis 3 Jahre)

Die adäquate Versorgung der physiologischen Grundbedürfnisse bedarf bei Säuglingen und Kleinkindern einer starken Unterstützung durch die versorgenden Eltern. Das gilt nicht nur für die körperliche Versorgung, sondern auch für die Bewältigung der frühen Entwicklungsaufgaben (s. Tabelle 4).

Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben

Säuglinge

- Nahrungsaufnahme
- Schlaf-Wach-Organisation
- Affektive Verhaltensregulation
- Aufbau einer gemeinsamen Erfahrungswelt von Symbolisation, Sprache und Spiel
- Regulation von Nähe und Distanz, von Bindungssicherheit und Exploration, von Bindung und Lösung
- Entdecken der Intersubjektivität: Gewährwerden und Kommunikation der eigenen Absichten und Gefühle und der Absichten und Gefühle der Bezugsperson

Kleinkinder

- Aushandeln von Regeln, Grenzen und Standards
- Emotionale Regulation von Ängsten, Ärger, Aggression
- Balance von Autonomie und Compliance
- Empathie und prosoziales Verhalten
- Vorläufer zur Perspektivenübernahme und Theory of mind
- Internalisierung von Regeln, Überzeugungen und kulturellen Standards der Bezugsperson
- Ausdauer und zielorientierte Handlungsorganisation

Tabelle 4: Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben im Säuglings- und Kleinkindalter (Papoušek & Wollwerth de Chuquisengo 2006)

Wenn diese Bedürfnisse auf Grund elterlicher Risikofaktoren - wie zum Beispiel postpartale Depression - nicht hinreichend abgedeckt werden können, ist das Risiko für Entwicklungsstörungen und eine Kindeswohlgefährdung durch Deprivation besonders hoch. Säuglinge benötigen von Beginn an das Wahrnehmen und Erkennen sowie das prompte und angemessene Reagieren der Eltern auf ihre kindlichen Bedürfnisse. Bei Ausbleiben dieser *Feinfühligkeit* (Ainsworth 1977) bzw. dieser *intuitiven Elternschaft* (Papoušek 1979) oder *Co-Regulation* (Dornes 2001) bei noch nicht ausreichender selbstregulatorischer Fähigkeit des Säuglings zeigen sich früh einsetzende Entwicklungsauffälligkeiten, zum Beispiel in Form von motorischer Passivität und Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Weitere Folgen können sich in der Entwicklung von Regulationsstörungen mit Schlaf-/Essstörungen, exzessivem Schreien oder somatischen Problemen wie Gedeihstörungen darstellen (s. Abbildung 9).

Entwicklungsauffälligkeiten in den ersten Lebensmonaten des Kindes

In Folge elterlicher Risikokonstellationen

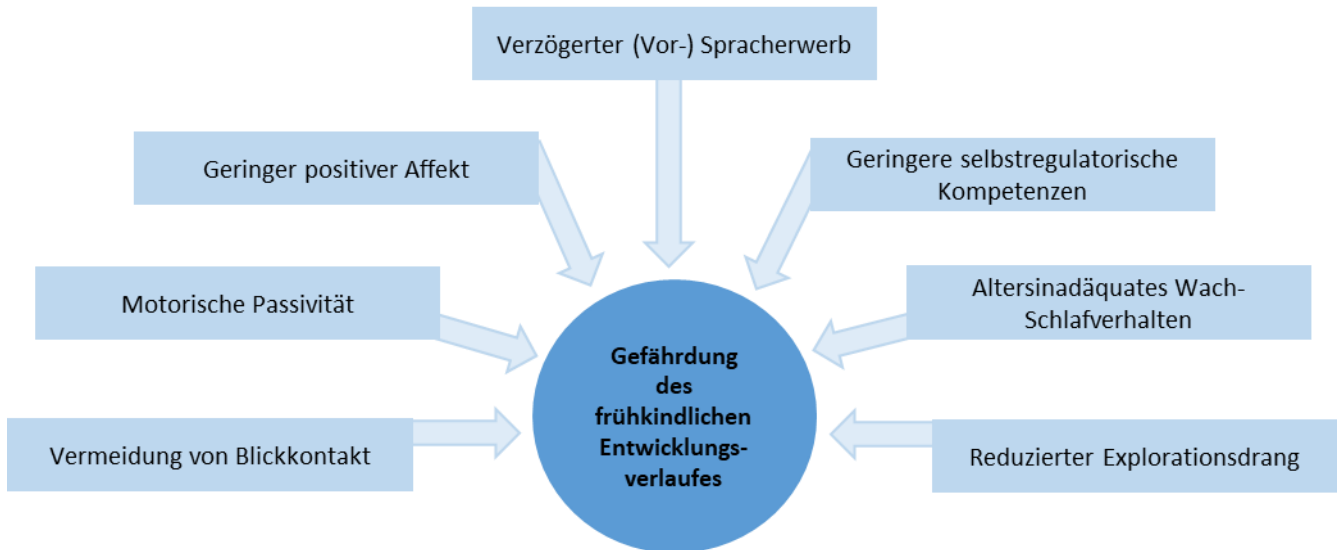


Abbildung 9: Entwicklungsauffälligkeiten in den ersten Lebensmonaten in Folge elterlicher Risikokonstellationen

Mangelnde elterliche Kompetenzen zeigen sich besonders häufig bei Eltern, bei denen eine psychische oder Suchterkrankung vorliegt. Selbst bei weniger schweren psychischen Erkrankungen der Eltern können die Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung gravierend sein.

Fehlende feinfühlig Interaktionserfahrungen zwischen Bindungsperson und Kind führen schon sehr früh zu Irritationen und einer geringen selbstregulatorischen Kompetenz des Säuglings. Das wichtige Explorationsverhalten des Kindes wird durch das Fehlen des sogenannten *sicheren emotionalen Hafens* (Bowlby 1972) eingeschränkt. Aufgrund der elterlichen Psychopathologie tritt eine Wechselwirkung mit der Entwicklung des kindlichen Verhaltens auf. Dabei stellen entwicklungsbeeinträchtigende Bindungserfahrungen den Grundstein zu hochunsicheren (desorganisierten) Bindungsmustern dar, welche Grundlagen für spätere Bindungsstörungen sind. Je jünger das Kind bei der Manifestation einer elterlichen psychischen Erkrankung ist, umso höher ist das Risiko für Entwicklungsauffälligkeiten oder andere Gefährdungen (Schaich 2017). So zeigt die Mannheimer Risikokinderstudie auf, dass bei psychischen Erkrankungen der Eltern schon ab einem Alter von 2 Jahren ein fast 2-fach erhöhtes Risiko für eigene psychische Auffälligkeiten der Kinder bestehen.

Erschwerend kommt hinzu, dass sich bereits ab dem frühen Kindesalter die Folgen einer intrauterinen Substanzexposition oder stressbelasteten Schwangerschaft zeigen können, die sich ebenfalls als ein auffälliger Entwicklungsverlauf (z.B. ausbleibende oder verzögerte motorische und sprachliche Entwicklungsschritte) und/oder als frühkindliche Regulationsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten manifestieren können und damit auch erhöhte Anforderungen an die mütterliche/elterliche Co-Regulation stellen.

Zu den frühkindlichen Regulationsstörungen werden folgende Störungsbilder gezählt (Cierpka 2012):

- Exzessives Schreien im 1. Trimenon
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Fütterstörungen
- Persistierende Unruhe und Dysphorie mit Spielunlust
- Exzessives Klammern, soziale Ängstlichkeit und persistierende Trennungsängste
- Exzessives Trotzen und provokativ-oppositionelles und aggressives Verhalten

In die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen müssen bei frühkindlichen Entwicklungsauffälligkeiten und Regulationsstörungen von daher immer Schwierigkeiten des Kindes, elterliche Überforderung und dysfunktionale Interaktionsmuster mit einbezogen werden (s. Abbildung 10).



Abbildung 10: Entstehung von Risikokonstellationen

Vorschulkinder (3 bis 6 Jahre)

Neben einer Ausdifferenzierung der motorischen und sprachlichen Entwicklung stellt die Entwicklung des Beziehungsverhaltens im Vorschulalter eine wichtige Entwicklungsaufgabe dar. Die Kinder benötigen die elterliche Unterstützung, um den emotionalen Zwiespalt zwischen der Bewahrung der elterlichen Zuwendung und zunehmender Selbstständigkeit zu überwinden. Das gelingt am besten durch die dem Entwicklungsalter angepasste Übertragung von Verantwortung und die Einbeziehung in familiäre Entscheidungsprozesse. Auch wird sich das Kind eigener Gefühle und Gedanken bewusst, fühlt sich in andere Menschen ein und beginnt zunehmend eine *Theory of Mind* zu entwickeln. Dieser Entwicklungsprozess ist abhängig von Erfahrungen des Kindes mit anderen Kindern, Eltern und Bezugspersonen (Largo 2007).

In dieser Entwicklungsphase können psychisch und suchtkranke Eltern die kindlichen Bedürfnisse nach Exploration und sozialen Kontakten behindern. Trotz und eigener Wille können als Aggression missverstanden und drastisch sanktioniert werden. Eine adäquate Grenzsetzung fällt oft schwer. In der Folge können die Kinder ein ängstlich angepasstes, soziophobisches oder hyperaktiv ausuferndes Verhalten entwickeln, welches ein Entwicklungshindernis darstellt. Zudem fühlen sich Kinder bereits in diesem Alter verantwortlich oder auch schuldig für die elterliche Erkrankung. Wenn keine anderen - psychisch gesunden - Bezugspersonen zur Verfügung stehen, führt das zumindest phasenweise unverständliche Verhalten der Eltern zu Verwirrung und Angst (Deneke 2015).

Sind die Kinder deprivierenden und misshandelnden Lebensumständen ausgesetzt, kann sich im Verlauf wie oben bereits ausführlich beschrieben, ab einem Entwicklungsalter von ca. 9 Monaten, eine Bindungsstörung entwickeln.

Tabelle 5 zeigt die Unterscheidung nach ICD-10 Kriterien.

1. Reaktive Bindungsstörung	2. Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung
<ul style="list-style-type: none"> • Auftreten i.d.R. nur bis zum 5. Lebensjahr • Kaum Trostsuchen, gehemmttes Verhalten mit Angst und Traurigkeit • Veränderbar durch Beendigung der negativen Kontextfaktoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlen jeglicher Scheu vor Fremden • Persistieren der Symptomatik auch nach Veränderung des Lebensumfeldes • Im Vorschulalter aufmerksamkeitsuchendes Verhalten • Später unangemessene körperliche und verbale Vertrautheit

Tabelle 5: Unterscheidung von Bindungsstörung nach ICD-10 Kriterien

Schulkinder (6 bis 12 Jahre)

In der mittleren Kindheit nach Havighurst lernen Kinder mit Altersgenossen zurecht zu kommen und erwerben grundlegende Fertigkeiten in den Kulturtechniken wie Lesen, Schreiben und Rechnen. Sie entwickeln Konzepte und Denkschemata, die für die Strukturierung des Alltags notwendig sind, aber auch Moralvorstellungen und erste Ideen eines angemessenen Rollenverhaltens (Oerter 1995).

Im Grundschulalter sind die Eltern als Rollenmodell, Vermittler einer realistischen Weltsicht und Unterstützer beim Erwerb von Kompetenzen gefragt, was durch deren Rückzug im Rahmen einer psychischen Erkrankung erschwert sein kann. Hier setzen auch Scham und Ärger ein, wenn die Defizite der Eltern im Vergleich mit anderen deutlich werden. Da die Kinder aber auch das Tabu, über die Krankheit zu sprechen, einhalten und sich scheuen, etwas von ihren Ängsten und Sorgen nach außen zu tragen, sind sie in Loyalitätskonflikten befangen und oft auf sich allein gestellt, wenn nicht verständnisvolle dritte Personen vorhanden sind (Deneke 2015).

Die dadurch bestehende Einschränkung führt zu Trauer und Wut, was im klinischen Alltag an depressiven Symptomen oder Impulsdurchbrüchen zu erkennen ist. Die durch die Erkrankung der Eltern bestehende Stresssituation bedingt Schwierigkeiten in der Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit.

Nicht selten entwickeln sich Trennungs- und Verlustängste oder bei älteren Kindern die Angst, selbst zu erkranken. Werden die Grenzen im familiären System verschoben und Rollen vertauscht, spricht man von Generationengrenzstörung bzw. Parentifizierung (Lenz 2017a).

Alles zusammen beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit der Kinder insbesondere im schulischen Kontext deutlich. Sie sind nicht in der Lage, gemäß ihrer Intelligenz Schulnoten zu erbringen und fallen durch Verhaltensauffälligkeiten auf. Im medizinischen Kontext werden sie mit v.a. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Störung des Sozialverhaltens oder Teilleistungsstörungen vorgestellt (s. Abbildung 11).

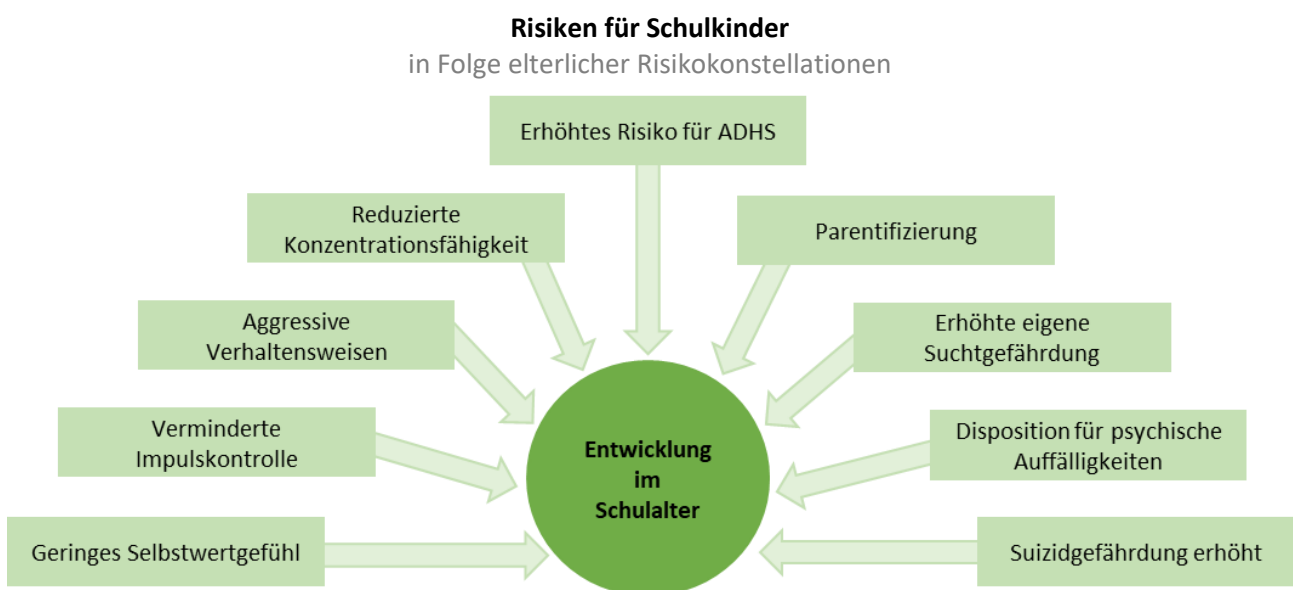


Abbildung 11: Risiken im Schulalter in Folge elterlicher Risikokonstellationen

Adoleszente (ab 12 Jahre)

Die Entwicklungsaufgaben im Jugendalter sind multiple Bewältigungsleistungen, da Aufgaben der Kindheit mit denen des frühen Erwachsenenalters vernetzt werden müssen.

Neben der physischen Reifung gilt es gesellschaftlichen Erwartungen zu genügen und individuelle Ziele und Wertvorstellungen zu entwickeln. In der Adoleszenz geht es aber auch um die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit und Sexualität. Die Ablösung vom Elternhaus führt zu Abgrenzungskämpfen mit den Eltern. Heranwachsende Kinder psychisch und suchtkranker Eltern haben es oft schwerer sich abzulösen, meist bleiben sie durch die z.B. anklammernde Bedürftigkeit der Eltern und die Sorge um diese stark gebunden (Deneke 2015).

Nicht selten geht mit den psychischen Störungen auf Elternebene auch eine Parentifizierung der Jugendlichen einher. Hierbei wird die Eltern-Kind-Ebene vertauscht, es kommt zur Rollenumkehr mit Verwischen der Generationsgrenzen. Die Kinder tragen die Verantwortung für das Wohlbefinden der Eltern. Für das gesunde Elternteil sollen sie Lebensträume erfüllen, für das erkrankte Elternteil Verantwortung für Haushaltsführung, Tagesstruktur, Medikamenteneinnahme übernehmen. Oft sind sie Vertraute, Ratgeber und Schiedsrichter in elterlichen Konflikten. Die Kinder und Jugendlichen ordnen ihre persönlichen Bedürfnisse unter und sind bei Nicht-Erfüllung der Erwartungen der Sündenbock. Sie sind somit Erniedrigungen oder auch emotionaler und körperlicher Misshandlung ausgesetzt.

Je nach Temperament führt dies im Verhalten nach außen zu Rückzug und Sprechverbot oder zu scheinautonomen Verhalten. Dabei sind die Betroffenen respektlos gegenüber Erwachsenen, sind eigenbestimmt und brechen Regeln. Da die Jugendlichen in der Regel noch die Schule besuchen, können sie hier mit Schulleistungsproblemen, Verhaltensstörungen und in zunehmendem Maß mit Schulabsentismus auffallen. Hinzu kommen Substanzmissbrauch und Delinquenz. Im Jugendhilfesystem sind sie ab einem bestimmten Alter (Beginn der Pubertät) kaum zu halten, da sie sich festen Strukturen nicht mehr unterwerfen und ihre *Freiheit* nicht aufgeben wollen.

Zusätzlich oder alternativ können weitere psychische Störungen wie Angststörungen, oppositionelles Verhalten, ADHS-Symptomatik, somatoforme Störungen sowie im Verlauf erste Zeichen von Persönlichkeitsstörungen entstehen.

Prävention

Sowohl primär- als auch sekundärpräventive Ansätze sind Inhalt des Leitfadens. Als Präventionsziel wird neben der Vermeidung einer Kindeswohlgefährdung auch die Vorbeugung von Entwicklungsproblemen, Verhaltensstörungen und sich entwickelnden psychischen Erkrankungen angesehen.

Um den verschiedenen psychischen und körperlichen Störungen in Kindheit und Jugend zu begegnen, wurden zahlreiche Formen der Prävention entwickelt und genutzt. Präventionsprogramme lassen sich in universelle, selektive und indizierte (alte Nomenklatur: primäre, sekundäre, tertiäre Prävention) unterteilen. Werden alle Familien einbezogen, handelt es sich um universelle Prävention. Zielgruppen sind nicht oder allenfalls schwach risikobelastete Personen. Die selektive Prävention befasst sich mit Familien, bei denen Risikobelastungen früh erkannt und Folgestörungen vorgebeugt werden. Maßnahmen zur indizierten Prävention werden durchgeführt, wenn sich psychosoziale und gesundheitliche Belastungen auf die Entwicklung von Kindern ausgewirkt haben und die Gefahr einer weiteren Zunahme vermindert werden soll.

Eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Prävention ist das Wissen über Risiko- und Schutzfaktoren. Zentrale Präventionsansätze bestehen daher darin, Risikofaktoren zu identifizieren und zu beeinflussen, vorhandene psychosoziale Belastungsfaktoren zu reduzieren und durch Stärkung von Schutzfaktoren zu kompensieren (Lenz 2017b). Dieses sollte idealerweise zu einem Zeitpunkt erfolgen, wo noch keine manifesten Symptome feststellbar sind, die sich jedoch ohne Interventionen einstellen würden. Im Kindes- und Jugendalter kommt dabei der Stärkung der Ressourcen innerhalb des Familiensystems als zentraler Sozialisationsinstanz eine besonders hohe Bedeutung zu.

Es ist festzustellen, dass der Hilfe- und Unterstützungsbedarf dieser Kinder und ihrer oft überforderten, multipel belasteten Eltern sehr vielfältig ist. Er erfordert ein frühzeitiges (möglichst schon vor oder während der Schwangerschaft einsetzendes), umfassendes Spektrum von niedrigschwelligen, präventiven Hilfen bis zu differenzierten, individuell angepassten, selektiv-präventiven und intervenierenden Versorgungsangeboten unterschiedlicher Leistungssysteme.

Für Familien mit einem psychisch und suchtkranken Elternteil, für die der Gang zu einer Behörde bzw. zum Jugendamt mit großen Ängsten und Vorbehalten verbunden ist, muss Unterstützung leicht und ohne bürokratische Hürden erreichbar sein. Im Rahmen der vorhandenen Regelstrukturen, die niedrigschwellig und nicht-stigmatisierend zugänglich sind, werden bereits zahlreiche und vielfältige präventive Angebote für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern vorgehalten. Damit die betroffenen Familien ihr Alltags- und Familienleben gut und ohne gravierende Belastungen für die Kinder gestalten können, bedarf es oft keiner intensiven oder intervenierenden Hilfe. Häufig trägt bereits Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, wie Haushaltsorganisation, kurzfristige oder überbrückende Kinderbetreuung, Fahrdienste o. ä. zur Stabilisierung und Verbesserung der Lebenslage der Familie und ihrer Kinder bei (AG Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern 2020).

Einen Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch und suchtkranken

Elternteil findet sich in der Expertise *Gute Praxis* der interministeriellen AG Kinder psychisch und suchtkranker Eltern (Schmenger & Schmutz 2019).

Auch Beratungsstellen bieten kostenfreie und ohne spezifischen Antrag erreichbare Angebote der Beratung, Entlastung und Unterstützung an. Hierzu gehören insbesondere die Erziehungs-, Familien- und Lebensberatungsstellen, aber auch die Schwangerenberatung, Suchtberatung, psychosoziale Beratungsstellen, der Sozialpsychiatrische Dienst, die Jugendsozialarbeit und weitere mehr.

Hinzu kommen bei Vorliegen entsprechender Anspruchsvoraussetzungen und individueller Antragsstellung verschiedene Möglichkeiten der Betreuung und Hilfe in Einzelfällen. Hierzu gehören im Wesentlichen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe die Hilfen zur Erziehung gem. §§ 27ff. SGB VIII sowie Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB XII bzw. § 123 SGB IX. Im medizinischen Bereich sind es bei gegebener Indikation z.B. die Einleitung von therapeutischen oder Fördermaßnahmen, z.B. einer (interdisziplinären) Frühförderung.

Interventionsprogramme

Aufbauend auf den Ergebnissen der Resilienz-Forschung sind in den letzten Jahren unterschiedliche multimodale Interventionsprogramme entwickelt worden (Lenz 2017b; Schmenger & Schmutz 2019). Gemeinsam ist diesen Maßnahmen, dass sie auf die Förderung und Aktivierung personeller, familiärer und sozialer Ressourcen sowie spezifischer Schutzfaktoren, wie z.B. Krankheitsaufklärung zur elterlichen Erkrankung abzielen.

Komponenten multimodaler Interventionsprogramme nach Lenz (2017b):

- Screeninguntersuchungen zur Abschätzung des Erkrankungsrisikos und der Entwicklungsgefährdung der Kinder
- Bindungsbezogene Interventionen, videogestützte Interaktionstherapie, entwicklungspsychologische Beratung
- Stärkung der Erziehungskompetenz und Verbesserung der familiären Kommunikation
- Psychoedukation und Verbesserung der Bewältigungskompetenzen
- Unterstützung der Kinder beim Umgang mit Gefühlen, Aufbau von Selbstwertgefühl und positivem Selbsterleben, Förderung von Kompetenz und Selbstwirksamkeit
- Stärkung und Förderung familienexterner Kontakte, Aktivierung sozialer Ressourcen durch Gruppenangebote, Patenschaften, Freizeitangebote
- Strukturelle Maßnahmen zur Stabilisierung der familiären Situation, Mutter-Kind-Behandlung, verbesserte Kooperation zwischen den Hilfesystemen, kooperative Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen und Fachkräfte

Im Säuglings- und Kleinkindalter stehen bindungsbezogene Interventionen, speziell das Training der elterlichen Feinfühligkeit, im Vordergrund (Schmenger & Schmutz 2019).

Präventive Ansätze im Gesundheitswesen

Vielfältige Ansätze im Gesundheitswesen sind bereits ab der Schwangerschaft gegeben, z.B. im Rahmen der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen. Die Kinder werden fast ausnahmslos im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und nahezu flächendeckend bei den

Schuleingangsuntersuchungen durch den kinder- und jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter gesehen.

In erster Linie geht es in der medizinischen Versorgung darum, Risiken und Gefährdungen frühzeitig zu erkennen und konkret anzusprechen, d.h. Kontakt zu den belasteten Familien zu bekommen, diesen zu halten und sie in ein unterstützendes Netzwerk zu vermitteln. Häufig sind es Familien, die aufgrund ihrer belasteten Biographie nur schwer erreichbar sind. Scham, Schuldgefühle und Ängste führen zu Rückzug und Isolierung. Verleugnung, Verharmlosung, Bagatellisierung und mangelnde Verantwortungsübernahme erschweren oft zusätzlich einen vertrauensvollen Zugang. Hilfreich ist, Fragen zu stellen und zuzuhören, die Sorge um das Kind zu formulieren und auf eine gemeinsame Verbesserung der Situation hinzuwirken. Für Eltern in einer besonders belasteten Lebenssituation, in der Suchtmittelkonsum zum Alltag gehört, ist eine sensible, auf ihre Bedürfnisse und ihre Situation zugeschnittene frühzeitige, multiprofessionelle und institutsübergreifende Unterstützung und Betreuung bereits in der Schwangerschaft sowie die Vorbereitung auf die Anforderungen als Familie erforderlich. Vorrangige Ziele sind dabei die Förderung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung, die Gewährleistung einer zuverlässigen und stabilen sozialen Umwelt, die Vermeidung traumatisierender familiärer Beziehungsmuster wie auch die Sicherung der sozialen und wirtschaftlichen Situation. Für die betroffenen Kinder sollte routinemäßig eine engmaschige Entwicklungsbeobachtung – oft auch über die regelhaften Früherkennungsuntersuchungen hinaus – und eine kontinuierliche Betreuung bis ins Adoleszenten-Alter gewährleistet sein. Dies ist zum Beispiel durch die Anbindung an ein Sozialpädiatrisches Zentrum, die Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Beratungsstellen möglich.

Präventiver Kinderschutz muss früh einsetzen – idealerweise bereits vor der Schwangerschaft.

Für die Identifikation von belasteten Familien und ihren Kindern stellt das medizinische System einen wichtigen Zugangsweg dar.

Die Risiken für die Schwangerschaft, die Geburt und das Kind müssen frühzeitig erkannt und konkret und respektvoll angesprochen werden.

Indizierte Maßnahmen können nur eingeleitet werden, wenn die Problematik auch erkannt wird. Entsprechendes Fachwissen und geeignete Screening-Instrumente können bei der Einschätzung von Ressourcen, Risikofaktoren und Gefährdungen unterstützen.

Erforderlich ist ein ganzheitlicher Blick auf das gesamte Familiensystem und eine engmaschige Beobachtung der Entwicklung des Kindes. Komplexe Problemlagen erfordern eine multiprofessionelle und interinstitutionelle Kooperation mit gemeinsamer Verantwortungsübernahme und Festlegung von Verantwortlichkeiten

III Empfehlungen

Beratung und Unterstützung als präventiver Kinderschutz

Präventiver Kinderschutz in Familien mit einem psychisch und suchtkranken Elternteil bedeutet oft eine Gratwanderung. Bei allen Angeboten ist immer das Wohl der Kinder zu berücksichtigen. Es gilt, gefährdete Kinder frühzeitig zu identifizieren und den Kindern und ihren Eltern angemessene Beratung und Unterstützung anzubieten, dabei gleichzeitig die elterliche Autonomie zu respektieren und schließlich Gefährdungssituationen deutlich abzugrenzen und ggf. geeignete Schutzmaßnahmen für Kinder einzuleiten (s. Abbildung 12).

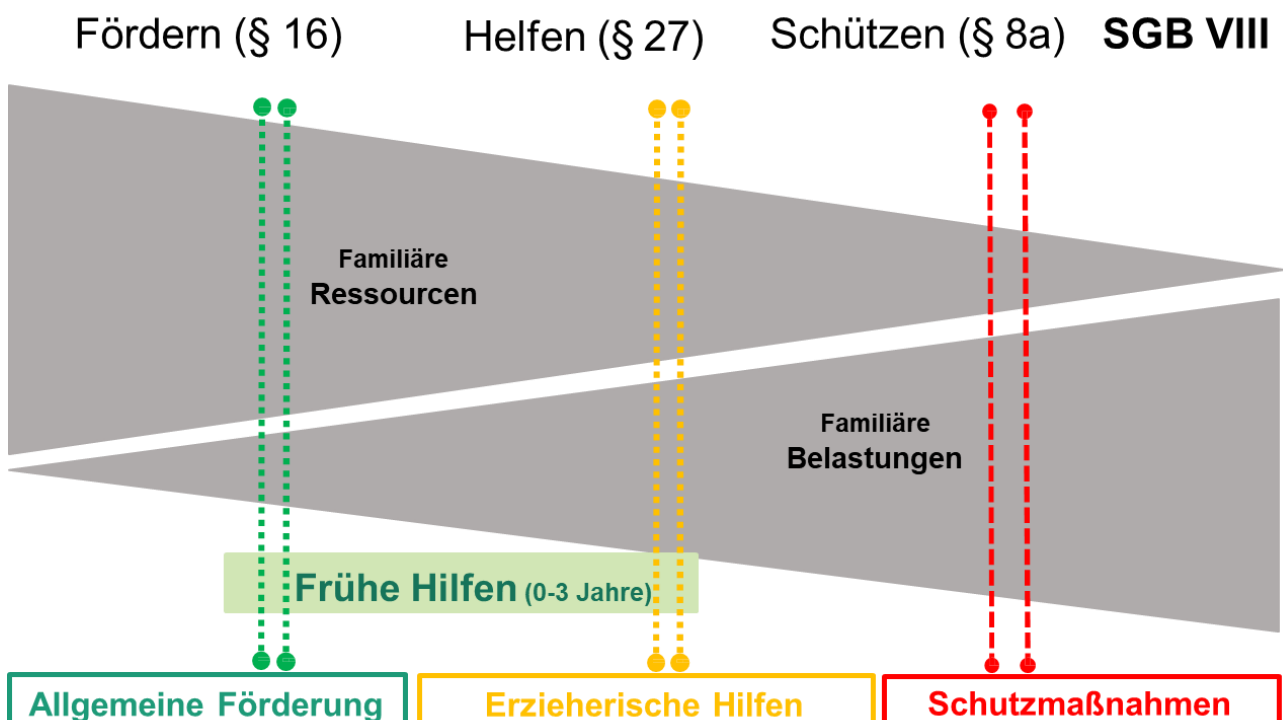


Abbildung 12: Kinderschutz von Allgemeiner Förderung bis Schutzmaßnahmen nach Schone 2011

Die regelmäßige Abschätzung der Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die aktuelle Situation der Kinder und der Folgen für ihre zukünftige Entwicklung muss Standard aller Hilfesysteme für psychisch und suchtkranke Eltern und ihre Kinder sein. Bei Hinweisen auf eine Gefährdung des Wohles oder der Entwicklung des Kindes bei fehlender Mitwirkung der Eltern sollten immer Maßnahmen unter Berücksichtigung des § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (s. [Anhang 1 § 4 KKG](#)) Anwendung finden.

Die Abbildung 13 zeigt einen Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen aus unterschiedlichen Sozialbereichen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch und suchtkranken Elternteil.

Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen aus unterschiedlichen Sozialbereichen

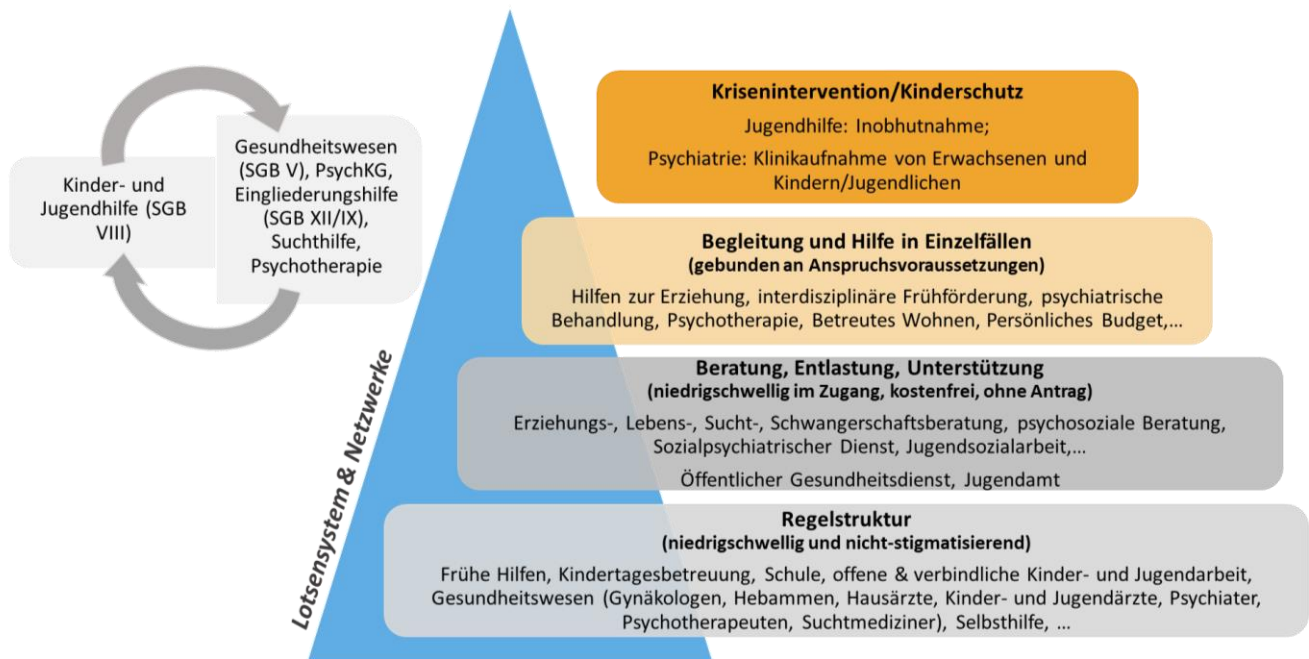


Abbildung 13: Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen für Familien mit einem psychisch und suchtkranken Elternteil modifiziert nach Schmenger & Schmutz 2019

Unterstützung für Familien, in denen Kinder psychisch und suchtkranker Eltern aufwachsen

am Beispiel der Frühen Hilfen

Nach der Definition des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) bilden Frühe Hilfen sozialraumbezogene und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt in der Altersgruppe der 0 bis 3-Jährigen. Diese Hilfen sind an alle Familien gerichtet (primäre, universelle Prävention). Ihr Schwerpunkt liegt in der Unterstützung von Familien mit psychosozialen Belastungen (sekundäre Prävention). Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Voraussetzung für gelingende Frühe Hilfen bei Familien mit psychisch und suchtkranken Eltern ist ein möglichst frühes Erkennen der elterlichen Erkrankung, wenn möglich bereits vor oder während der Schwangerschaft oder in der Geburtsklinik. Dabei sollten neben den psychischen und Suchterkrankungen der Eltern auf zusätzlich bestehende Risiko- aber auch Schutzfaktoren geachtet werden. Dabei spielt auch die Beobachtung der Mutter/Eltern-Kind-Interaktion eine wesentliche Rolle.

Frühe Hilfen für Familien mit psychisch und suchtkranken Eltern sollten nicht als pauschaler Begriff für eine bestehende Institution verwendet werden, in die Familien übergeleitet werden. Sie beschränken sich nicht auf eine Institution, z.B. Jugendhilfe oder Gesundheitswesen, sondern erfordern eine Kooperation in einem multiprofessionellen Netzwerk.

Dieses Netzwerk besteht aus sektorenübergreifenden Bereichen:

1. Gesundheitswesen: Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, Suchtmediziner, Psychiater, Hebammen, Familiengesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Familienhebammen, Medizinische Fachangestellte, Gesundheitsamt
2. Jugendhilfe: Jugendamt, Wohlfahrtsverbände (u.a. Diakonie, Caritas, AWO, DRK, freie Jugendhilfeträger) und weitere soziale Institutionen, Familienzentren, Kindertageseinrichtungen und Tagesmütter
3. Schwangeren-, Sucht- und Familienberatungsstellen
4. (Interdisziplinäre) Frühförderung.

Die Akteure der Frühen Hilfen haben unterschiedliche Aufgaben (diagnostisch, beratend, unterstützend) und ergänzen sich gegenseitig. Besondere Bedeutung haben hierbei die aufsuchenden Dienste, wie Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegern, die die Familien zu Hause unterstützen, beraten und zur Stärkung der Erziehungs- und Beziehungskompetenz der Eltern beitragen. Hinzu können familienentlastende Dienste, wie Haushaltshilfen und Familienpaten kommen. Ein zentraler Ansatzpunkt bei auffälliger Eltern-Kind-Interaktion ist die Verbesserung der mütterlichen/elterlichen Feinfühligkeit. Dies kann im Rahmen einer entwicklungspsychologischen Beratung, z.B. durch eine Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratungsstelle erfolgen.

Die Angebote der Frühen Hilfen sollen die Bedarfe der belasteten Familien berücksichtigen, miteinander abgestimmt werden und nicht zu einer Überforderung der Eltern führen.

Voraussetzung für eine gelingende Kooperation im Netzwerk Früher Hilfen ist, dass sich die Akteure der Gesundheits- und Jugendhilfe persönlich kennenlernen und einen Überblick über bestehende Angebote und Inhalte haben (Kratzsch & Kahl 2020).

Nicht immer reichen ambulant durchgeführte Frühe Hilfen aus. So muss u. U. eine Mutter bei anhaltender depressiver Symptomatik mit ihrem Kind auf einer Mutter-Kind-Station einer psychiatrischen Klinik aufgenommen werden. Steht dieses Angebot nicht zur Verfügung, so kann die Mutter in einer Psychiatrie behandelt und ihr Kind, falls Partner oder Großeltern nicht zur Verfügung stehen, in einer Pflegestelle passager aufgenommen werden. Bei Zunahme von Risikofaktoren und dem Verlust von Schutzfaktoren gibt es fließende Übergänge von Angeboten Früher Hilfen zum intervenierenden Kinderschutz. So kann zum Beispiel auch eine stationäre Mutter-Kind-Maßnahme bei einer suchtkranken Mutter erforderlich sein. Beim intervenierenden Kinderschutz spielt die Jugendhilfe eine Schlüsselrolle. Sektorenübergreifende Arbeitskreise können in diesem Kontext ein kooperatives und multiprofessionelles Vorgehen erleichtern (s. [good practice Beispiel für regionales Netzwerken Früher Hilfen bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern](#)).

Angebote für Kinder von psychisch und suchtkranken Eltern

Bei Unterstützungsmaßnahmen für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern gilt es nicht nur ihre Eltern zu beraten und zu unterstützen, sondern auch die Kinder und Jugendlichen selbst entlang ihrer Entwicklungsphasen zu unterstützen und zu begleiten. Dieses sollte möglichst frühzeitig erfolgen und es sollten eigene Zugangswege für Kinder ermöglicht werden, die es ihnen erlauben, im Bedarfsfall auch eigenständig und ohne Einverständnis der Eltern nach Hilfe zu fragen.

Ein zentrales Thema dabei ist die Psychoedukation der Kinder ([s. Seite 63](#)), den Umgang mit der Erkrankung zu verstehen und ihnen die Möglichkeit zu geben mit dem *Tabu zu brechen* ([s. good practice Beispiel für die praktische Unterstützung von Fachkräften im Umgang mit Kindern von psychisch und suchtkranken Eltern, um ihnen Halt zu geben](#)).

Die Voraussetzung für eine erfolgreiche Vermittlung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten ist die Kenntnis regionaler Angebote.

Im Rahmen der AG Kinder psychisch kranker Eltern wurde ein Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil 2019 veröffentlicht ([Schmenger & Schmutz 2019](#)).

Unterstützung zur Suche nach regionalen Angeboten für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern bietet z.B. folgender LINK <http://bag-kipe.de/einrichtungen-projekte/>.

§ 4 KKG: Vorgehen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung

Das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) regelt im § 4 die Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger an das zuständige Jugendamt beim Auftreten von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung. Unter dem Begriff **Geheimnisträger** sind verschiedene Berufsgruppen aufgeführt, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Fachkräfte im Gesundheitssystem sind dabei explizit benannt.

Werden diesen Berufsgruppen im Rahmen ihrer Tätigkeit Hinweise für eine Kindeswohlgefährdung bekannt, so ist ein stufenweises Vorgehen geregelt (s. Abbildung 14 und [Kitteltaschenkarte der AWMF S3 Kinderschutzleitlinie](#) zum Vorgehen nach § 4 KKG). Berufsgeheimnisträger sind dazu aufgerufen, durch Gespräche mit den Sorgeberechtigten und den Minderjährigen auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken und eine Gefährdung abzuwenden. Für die **Einschätzung der Gefährdung** besteht ein Anspruch auf eine pseudonymisierte Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Die Erreichbarkeit erfährt man über das lokale Jugendamt.

Falls eine Abwendung der Gefährdung nicht gelingt oder unsicher scheint, besteht ein **Befugnis zur Informationsmitteilung an das Jugendamt** (s. auch [Dokumentation, Schweigepflicht und Datenschutz](#)).

In dem Gesetz steht nicht, dass ein Verdacht auf eine Gefährdung bestätigt sein muss, sondern es benennt **gewichtige Anhaltspunkte** als ausreichend für ein Tätigwerden. Gewichtige Anhaltspunkte sind nicht genau beschrieben. Am ehesten kann man sie beschreiben als Auffälligkeiten mit Hinweischarakter auf eine Kindeswohlgefährdung. Ausgewählte Beispiele mit Hinweischarakter befinden sich im Anhang ([s. Anhang 5 Red flags](#))

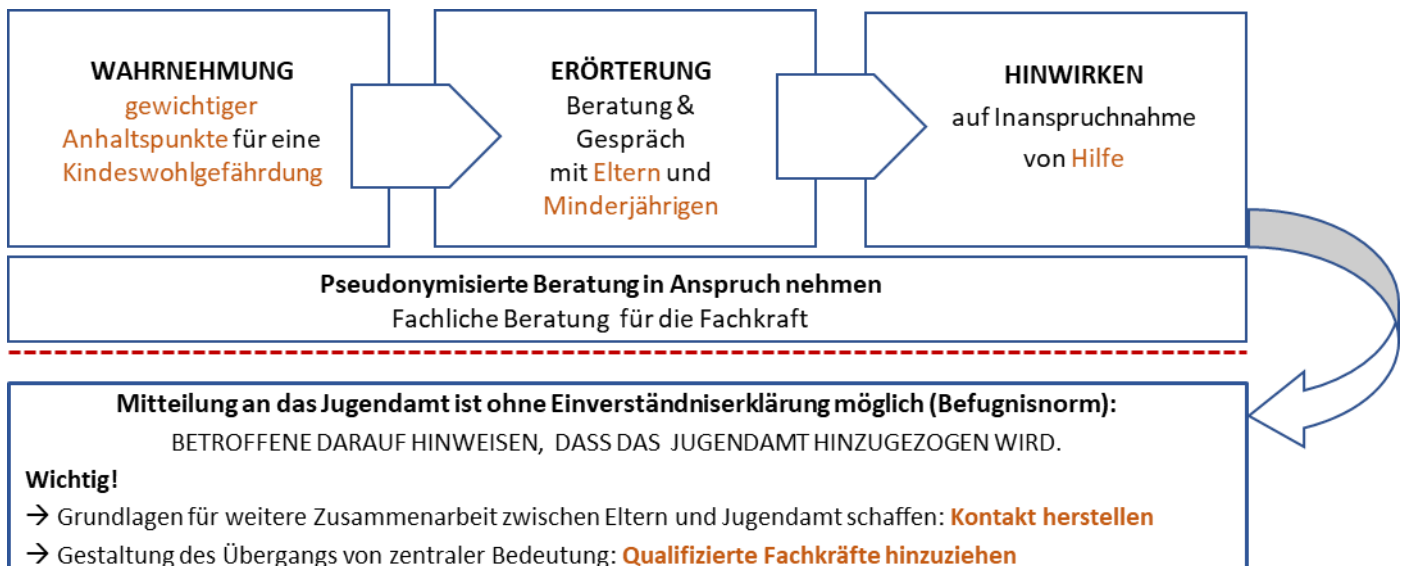



Abbildung 14: Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (§ 4 KKG)

Ablaufschema für den Beratungs- und Unterstützungsprozess

ZIELE	<p>Einschätzung des Bedarfes von Kind/Familie → „reflektiert“ und regelmäßig</p> <p>Beratung & Unterstützung → anbieten, durchführen und vermitteln</p>	
VORGEHEN	<ol style="list-style-type: none"> 1 Ausgangsbefund <ul style="list-style-type: none"> • Erfassung von Stammdaten • Sozialmedizinische Anamnese • Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren • Erfassung der Vulnerabilität der Kinder in Bezug auf Alter und Entwicklung 2 Eingehendes Gespräch über Belastungen und Schutzfaktoren der Schwangeren/Familie/Kind <ul style="list-style-type: none"> • Erfassung von Kooperation & Kompetenz der Eltern • Kindern/Jugendlichen nach Ihrem Wohlergehen fragen und ein „offenes Ohr“ anbieten 3 Dokumentation 4 Klärung des Beratungs- und Unterstützungsbedarfes 	

WEITERE ZUSAMMENARBEIT

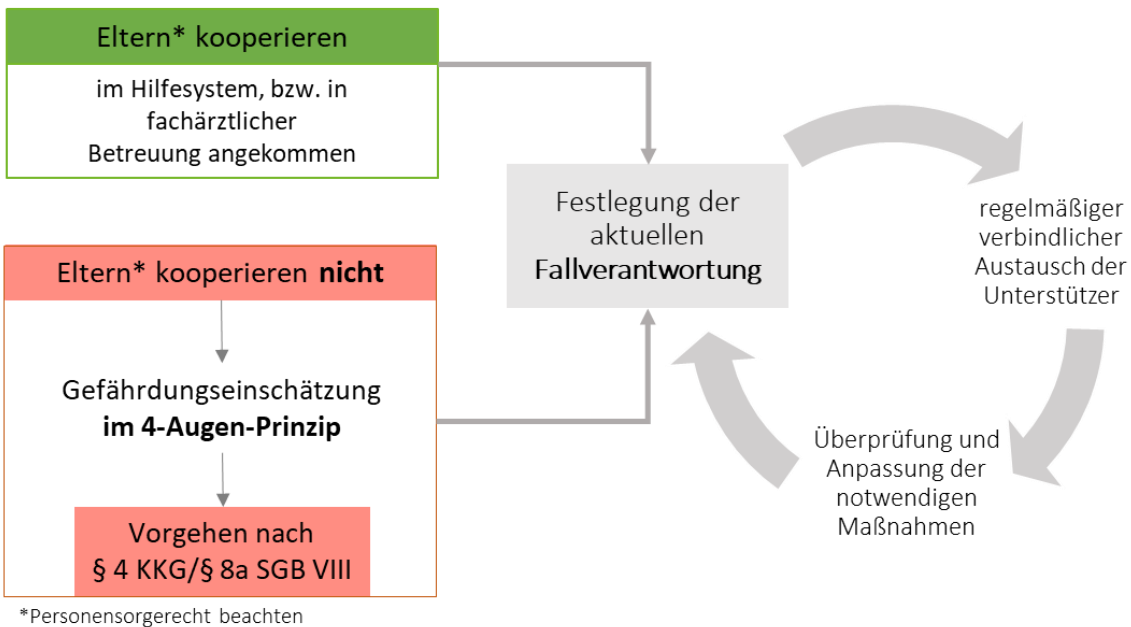


Abbildung 15: Ablaufschema für den Beratungs- und Unterstützungsprozess von Kindern/Familien durch Fachkräfte

Empfehlungen zur medizinischen Versorgung

Präkonzeptionelle Prävention

Vorbemerkungen

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in unserer Gesellschaft. Ihr Beginn liegt meist in einem Alter, in dem Sexualität und Familienplanung/Kinderwunsch eine große Rolle spielen. Anamnestisch sollten die Themen wie Sexualität oder Sexualverhalten, Partnerschaft, Empfängnisverhütung, Kinderwunsch (aktuell oder zukünftig), ggf. frühere Schwangerschaften etc. genau exploriert werden (Rohde et al. 2016; Lütje 2018) und in die Therapieplanung und -durchführung miteinfließen.

Präkonzeptionelle Beratung

Unter präventiven Kinderschutzaspekten ist in einer Behandlung die Klärung der Frage, ob ein aktueller oder zukünftiger Kinderwunsch besteht, genauso essentiell wie das Risiko einer ungeplanten Schwangerschaft. Der Fokus sollte sich nicht allein auf eine mögliche Gefährdung während der Schwangerschaft richten, sondern auch die Zeit nach der Entbindung beinhalten, um frühzeitig soziale Unterstützungsnetzwerke mobilisieren zu können. In besonderen Fällen ist aufgrund der Schwere der Erkrankung, der aktuellen Symptomatik, der Medikation oder eines Substanzkonsums u. U. eine Schwangerschaft zum aktuellen Zeitpunkt der Behandlung nicht zu empfehlen oder ist sogar kontraindiziert. So könnten manche psychischen Symptome wie z.B. Wahn, der sich u.U. auch gegen das ungeborene Baby richten könnte, High-Risk-Verhalten oder fehlende Krankheitseinsicht ein Risiko sowohl für die Mutter als auch für das ungeborene Kind darstellen und sollten zunächst behandelt werden. Bei Patientinnen mit einer substanzgebundenen Suchterkrankung ist eine suchtherapeutische Behandlung vor einer Schwangerschaft dringend indiziert. Bei starken Traumatisierungen kann eine psychotherapeutische Behandlung vor einer Schwangerschaft sinnvoll sein.

Medikamentöse Therapie

Neben der Erkrankung als solches spielen ihre Schwere und Ausprägung sowie das psychosoziale Umfeld und die Möglichkeiten der Behandlung eine Rolle in der Risikobeurteilung.

So gilt es bei jeder Behandlung grundsätzlich kritisch zu prüfen, ob eine medikamentöse Therapie notwendig ist. Diese ist nicht bei allen psychischen Erkrankungen indiziert. Die Überlegungen, ob und welche Medikation indiziert ist, sollten gemeinsam mit den Patientinnen und auch möglichst zusammen mit ihren Partnern erfolgen. Viele Patientinnen stehen einer medikamentösen Therapie skeptisch gegenüber und möchten im Falle einer Schwangerschaft dem ungeborenen Kind nicht schaden, so dass entweder die Medikation primär gar nicht eingenommen - oder im Falle einer Schwangerschaft - abgesetzt wird. Bei Frauen im gebärfähigen Alter sollte daher schon bei der Einstellung einer psychopharmakologischen Medikation darauf geachtet werden, dass keine Substanzen mit einem hohen Risiko für Embryotoxizität gegeben werden (Kittel-Schneider 2019). Eine Verschlechterung der Symptomatik ist grundsätzlich durch (insbesondere nicht fachgerechtes, zu schnelles) Absetzen fast aller Psychopharmaka zu erwarten. Besonders hoch ist

das Risiko für Frauen, die keine Medikamente nehmen, im Wochenbett eine Krankheitsepisode zu haben. Die Förderung der Compliance und ein regelmäßiges Drug-Monitoring sollten Bestandteil einer psychiatrischen Behandlung sein.

Es gibt nur wenige Psychopharmaka wie z.B. Valproat, die zu irreversiblen teratogenen Schädigungen des Fötus führen, so dass ihr Einsatz bei Patientinnen im gebärfähigen Alter nur mit sicherer Empfängnisverhütung möglich ist. Die meisten Psychopharmaka haben entweder nur ein leichtes oder gar kein Fehlbildungsrisiko.

Die Gabe von Psychopharmaka während der Schwangerschaft und Stillzeit soll einer sorgfältigen Nutzen- und Risikoabwägung folgen, welche die individuelle Vorgeschichte (Rezidivrisiko), das bisherige Ansprechen auf ein Medikament, die Verfügbarkeit und den potentiellen Nutzen alternativer Maßnahmen (Psychotherapie) und die Präferenz der betroffenen Frauen berücksichtigt (AWMF S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, Kurzfassung, 2017).

Nach den aktuellen AWMF S3 Leitlinien ([Depression](#) (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF 2015), [Bipolare Störung](#) (DGBS & DGPPN 2019) und [Schizophrenie](#) (DGPPN 2019) gelten folgende Empfehlungen, die grundsätzlich berücksichtigt werden sollen:

- Strenge Indikationsstellung
- Kein plötzliches Absetzen von Psychopharmaka in der Schwangerschaft
- Insbesondere bei chronischen oder rezidivierenden psychischen Störungen wie z.B. bipolare Störung oder Schizophrenie ist meist eine Weiterführung der Medikation erforderlich
- Idealerweise Monotherapie und niedrigste mögliche Dosierung
- Dosisanpassung vor und nach der Geburt
- Engmaschiges Monitoring der Schwangerschaft (Sonographie, Blutspiegelkontrollen [v.a. Lithium, Lamotrigin])
- Nur wenige Medikamente sind grundsätzlich gar nicht geeignet (betrifft v.a. Valproat)

Im 1. Trimenon steht die Vulnerabilität für die teratogene Wirkung bestimmter Medikamente im Vordergrund. Das heißt, die Schädigung betrifft häufig die Organogenese während der Frühschwangerschaft. In dieser Phase wird die Schwangerschaft meist noch gar nicht bemerkt. Eine teratogene Schädigung ist nach heutiger Datenlage bei keinem Psychopharmakon sicher ausgeschlossen. Eine kontinuierlich aktualisierte Übersicht bietet die [Embryotox-Datenbank](#). Eine psychopharmakologische Behandlung im 2. Trimenon ist häufig mit einem geringen Risiko verbunden.

Im letzten Trimenon sollten die Medikation und die Planung der Geburt im Vordergrund stehen. Viele Psychopharmaka können zum Auftreten von zentralnervösen, gastrointestinalen und respiratorischen Anpassungsstörungen beim Neugeborenen führen. (S3-LL/NVL Unipolare Depression, 2017). In den letzten 4-6 Wochen vor der Entbindung sollte die individuelle Abwägung einer evtl. Reduktion der Medikation, abhängig von der Vorgeschichte und der aktuellen Psychopathologie erfolgen (Kittel-Schneider 2019), um das Risiko der Anpassungsstörungen zu senken. In der Regel sind die Anpassungsstörungen jedoch eher leicht ausgeprägt und nach kurzer Zeit selbst limitierend (Forsberg 2014). Die Geburtsplanung und die postpartale Versorgung sollte

in Zusammenarbeit mit den Gynäkologen und Neonatologen ggf. in einer Klinik mit einem Perinatalzentrum erfolgen.

Psychoedukation

Neben der Frage nach geeigneter Medikation ist eine ausführliche Aufklärung/Psychoedukation über die jeweilige Erkrankung ein wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Behandlung.

Die Patienten sollten ihre Erkrankung gut kennen, wissen, worauf sie achten müssen, die Frühwarnzeichen gut erkennen können und über die verschiedenen Therapieoptionen informiert sein. Sie sollten aber auch die Auswirkungen einer möglichen Schwangerschaft auf ihre Erkrankungen kennen, insbesondere auch das mögliche Risiko einer Verschlechterung der Symptomatik aufgrund der hormonellen Umstellung. Hierbei sind auch mögliche Ängste der Patienten zu berücksichtigen. Diese beziehen sich bei konkretem Kinderwunsch meist auf Weitervererbung der Erkrankung und die Sorge vor Überforderung und Versagen in der Rolle als Mutter. Die Psychoedukation von Partnern und ggf. auch der ganzen Familie führt zu vermehrtem Verständnis der Erkrankung, reduziert Konflikte und ermöglicht mehr Unterstützungsmöglichkeiten.

Vorgehen bei der Versorgung psychisch und suchtkranker Frauen im gebärfähigen Alter

- Anamneseerhebung
 - Biographie
 - Psychiatrische Anamnese inkl. Substanzkonsum und bisheriger psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlungen und Krankheitsverlauf
 - Somatische Anamnese
 - Anamnese des Sexualverhaltens und des Kinderwunsches/ Familienplanung/ Empfängnisverhütung
 - Sozialanamnese (feste Partnerschaft, Beruf, Wohnsituation, Kinder, frühere Schwangerschaften, finanzielle Situation, Vorsorgevollmacht/gesetzliche Betreuung u.v.m.)
- Ggf. weiterführende Diagnostik (psychometrische Testung, Bildgebung, Ausschluss organischer Ursachen u.v.m.)
- Therapieplanung unter Berücksichtigung der aktuellen und ggf. zukünftigen Lebenssituation
- Psychoedukation, auch im Hinblick auf eine bereits bestehende Elternschaft und auch auf eine mögliche Schwangerschaft/Elternschaft
- Verlaufskontrolle mit konkreter Nachfrage nach Kinderwunsch (s. Abbildung 16)

Vorgehen bei bestehendem Kinderwunsch

Klärung, ob aus psychiatrischer/somatischer Sicht aktuell etwas gegen eine Schwangerschaft spricht.

Orientierung

Erkrankungen, bei denen zum Schutz der Mutter und/oder des ungeborenen Kindes eine Schwangerschaft nicht zu empfehlen ist:

- Schwere der Erkrankung
- Behandlungsbedürftigkeit, die nicht mit einer Schwangerschaft vereinbar ist
- Medikation
- Substanzkonsum
- Soziale Situation

Empfehlung

Schwangerschaft nicht zu empfehlen/kontraindiziert

Schwangerschaft ist möglich

temporär

dauerhaft

Aufklärung

Was ist vor Beginn einer Schwangerschaft zu beachten?

- Medikamentöse Umstellung/Einstellung
- Suchtspezifische Therapie mit Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung
- Psychotherapeutische Behandlung
- Klärung sozialer Angelegenheiten

Warum ist eine Schwangerschaft kontraindiziert?

- Dauerhafte Notwendigkeit einer schwer teratogen wirkenden Medikation
- Fehlender Abstinenzwunsch bei Drogenkonsum
- Therapieresistentes High-Risk-Verhalten

Was ist bei einer Schwangerschaft zu beachten?

- Aufklärung über die Wirkung von Hormonen auf die Psyche und die Möglichkeit einer Veränderung des psychischen Zustandes
- Frühwarnzeichen besprechen und ggf. Angehörige/Partner miteinbeziehen
- Engmaschige Kontrollen
- Ggf. Psychotherapeutische Unterstützung vor und während der Schwangerschaft
- Klärung der vorbestehenden Medikation

Abbildung 16: Erkrankungskriterien und Schwangerschaftsempfehlung

Schwangerschaft

Wir verweisen zusätzlich auf das Kapitel II: Abschnitt [Altersbezogene Auswirkungen in der Schwangerschaft - Fetale Entwicklung](#)

Anamnese/Psychopathologischer Befund

Laut Mutterschaftsrichtlinien soll die Schwangere im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nicht nur in ausreichendem Maße ärztlich untersucht, sondern auch beraten werden. Beim Erstgespräch geht der Arzt auf die erhobenen Daten zur Eigen-, Familien-, Schwangerschafts- und Sozial-, bzw. Arbeitsanamnese ein. Neben der Beratung zum Freizeitverhalten (Reisen, Sport, Sexualverhalten) und ernährungsmedizinischen Empfehlungen sollte insbesondere auch die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol sowie Rauchen thematisiert werden.

Frauen, die an einer psychischen Erkrankung leiden und schwanger werden, benötigen eine engmaschigere medizinische Betreuung. Neben der routinemäßigen gynäkologischen Abklärung sollen auch die aktuelle psychische Symptomatik, der bisherige Krankheitsverlauf, die aktuelle Medikation sowie Ressourcen im persönliche Umfeld und die daraus resultierenden Möglichkeiten einer psychosozialen Unterstützung regelmäßig evaluiert werden (s. auch [Vorgehen bei der Versorgung psychisch und suchtkranker Frauen im gebärfähigen Alter](#)). Da psychische Erkrankungen mit einer Stigmatisierung verbunden sind, kommt es u.U. erst zu einer Diagnosestellung in fortgeschrittenen Stadien, da häufig die Symptome durch die Betroffenen nicht direkt erwähnt werden. Ein aktives Fragen nach erlebten psychischen Krisen oder einzelnen psychiatrischen Symptomen ist daher notwendig.

Grundsätzlich besteht auch bei Frauen, die noch nie an einer psychischen Störung erkrankt sind, das Risiko während und nach der Schwangerschaft psychisch neu zu erkranken, so dass generell bei allen Routineuntersuchungen in der Schwangerschaft auf eine entsprechende Symptomatik geachtet und exploriert werden sollte.

Medikamentöse Therapie

Bei einer bereits bestehenden Medikation muss die Patientin mit in die Entscheidung, ob und wie diese fortgesetzt werden soll, einbezogen werden. Hiermit soll möglichst verhindert werden, dass die Patientinnen aus Sorge, dem ungeborenen Kind zu schaden, die Medikamente eigenmächtig reduzieren oder absetzen und damit eine Verschlechterung ihres psychischen Zustandes riskieren. Die Adhärenz sollte während der gesamten Schwangerschaft immer wieder geprüft werden.

Die meisten Schwangerschaften werden erst ab der 6./7. Schwangerschaftswoche diagnostiziert. Zu diesem Zeitpunkt ist ein Großteil der Organogenese des Fötus abgeschlossen. Es ist vor diesem Hintergrund sorgfältig abzuwägen, ob zu diesem Zeitpunkt ein Absetzen, Umstellen oder Reduzieren der Medikation sinnvoll ist. Im Rahmen einer Behandlung mit Psychopharmaka mit einem Teratogenitätsrisiko sind eine engmaschige Zusammenarbeit des Psychiaters mit dem behandelnden Gynäkologen und ein engmaschiges Monitoring der Schwangerschaft notwendig.

Das abrupte Absetzen oder Reduzieren von Medikamenten birgt das Risiko eines Rezidivs, was abhängig von der Erkrankung auch ein relevantes Risiko für das Ungeborene darstellt.

So können im Rahmen einer floriden psychischen Erkrankung Fehlernährung, Überanstrengung, Bewegungsmangel (z.B. im Rahmen einer Antriebsstörung), eine massive Ausschüttung von Stresshormonen, Konsum von Alkohol, Nikotin und/oder Drogen, ein sog. Risk-/High-Risk-Verhalten, eine Selbstgefährdung/-verletzung bis hin zum Suizid auftreten.

Psychoedukation

Im Verlauf der Schwangerschaft kann es unter anderem durch die hormonelle Umstellung oder die Veränderung der Lebenssituation zu einer Veränderung der psychischen Stabilität kommen. Psychische Symptome können neu auftreten, zunehmen, sich verändern oder aber auch verschwinden. Eine ausführliche Psychoedukation der Patientinnen und möglichst auch ihrer Partner mit Kennenlernen der Erkrankung und wichtiger Frühwarnsymptome sowie ein Umgang mit den Veränderungen, die während der Schwangerschaft auftreten können, ist essentiell. Wichtig ist eine regelmäßige fachärztliche Kontrolle, um bei Bedarf frühzeitig intervenieren zu können. Eine niederschwellige psychotherapeutische Betreuung kann sinnvoll sein, um zum einen die Stabilität der psychischen Gesundheit der Mutter zu fördern und zu unterstützen, zum anderen aber auch eine Auseinandersetzung mit Themen wie Bindung und Beziehung zum Kind und die Vorbereitung auf die Elternrolle zu initiieren und zu begleiten.

Eine gute Zusammenarbeit zwischen dem psychiatrischen und gynäkologischen Behandler ist hierfür unbedingt erforderlich. Es bedarf einer sorgfältigen Klärung der Weiterbehandlung und Unterstützung während und nach der Schwangerschaft. Die Wahl der Entbindungsklinik (idealerweise mit einem Perinatalzentrum), die Planung der Geburt und der Zeit danach sollte multidisziplinär erfolgen. Je komplexer eine psychische Erkrankung und ihr Verlauf sind, desto mehr Ressourcen benötigt eine adäquate Behandlung. Hierfür ist ein gutes Netzwerk im Bereich der Helfersysteme erforderlich, das sich im Vorgehen gut miteinander abstimmen sollte, um die Schwangere/die Familie nicht zu überfordern.

Im Folgenden sind Unterstützungsangebote während und nach der Schwangerschaft aufgezeigt:

- Angebote zur Selbsthilfe
- Schwangerschaftsberatungsstellen
- Vorsorgehebamme, Familienhebamme
- Frühzeitige Anbindung an eine geeignete Geburtsklinik, idealerweise mit einem Perinatalzentrum
- Ambulante niederschwellige psychotherapeutische Betreuung
- Ambulante und aufsuchende Dienste (Betreutes Wohnen, ambulanter psychiatrischer Dienst)
- Entlastung durch eine Haushaltshilfe (Finanzierung über die Krankenkasse möglich)
- Klärung sozialer Angelegenheiten inkl. Wohnsituation, Finanzen etc.
- Frühzeitige Einbindung des Jugendamtes

Bei Gefährdungsaspekten durch z.B. riskantes Verhalten, fehlende Compliance, unregelmäßige ärztliche Untersuchungen, Mangelernährung etc. kann ggf. die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung im Eilverfahren (nach § 1896 BGB und §§ 300 und 301 FamFG) erfolgen. Dies kann sich nur auf die Eigengefährdung der Schwangeren und nicht auf das Ungeborene beziehen. Beim

Auftreten von Symptomen, die eine Gefährdung für die Mutter darstellen, kann ggf. eine stationäre Aufnahme, zur Not auch gegen den Willen der Patientin und ggf. bis zur Entbindung erwogen werden.

Psychisch kranke Väter

Der Kinderschutz bei psychisch und suchtkranken Menschen bezieht sich während der Schwangerschaft nicht nur auf erkrankte Frauen. Auch psychisch und suchtkranke Männer werden Väter. Symptome wie Antriebslosigkeit, Impulskontrollstörung, Wahn sowie ein High-Risk-Verhalten oder der Konsum von Drogen können zu einer Gefährdung des Kindes führen.

Die Schwangerschaft der Partnerin führt zu einer veränderten Lebenssituation und kann auch destabilisierend auf den Partner wirken. Dies sollte bei der Betreuung von psychisch und suchtkranken werdenden Vätern berücksichtigt werden. Auch hier kann die Initialisierung eines Helfersystems hilfreich sein.

Spezifische Situation substanzkonsumierender Schwangeren

Die bedarfsgerechte Substitutionstherapie mit langwirksamen Opiaten oder Opioiden stellt die Standardtherapie von opiatabhängigen Schwangeren dar ([Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger 2017](#)). Dabei ist das Ziel der Substitutionstherapie nicht die Drogenfreiheit, sondern eine stabile Substitutionssituation ohne zusätzlichen Konsum psychotroper Substanzen, Wirkung unreiner Substanzen und Injektionsmaterialien, Beschaffungskriminalität, Prostitution und damit assoziierten Risikofaktoren. Die suchtmmedizinische Behandlung ist eine notwendige Initialmaßnahme, der weitere Behandlungen und Interventionsmaßnahmen folgen müssen, um die Risiken für das Kind zu senken. Angestrebtes Ziel sollte die Kooperation der Suchthilfe bzw. die psychosoziale Betreuung (PSB) in engem Austausch mit den Substitutionsärzten sein, die Grundlagen für die medizinischen Behandlungen aufbauen. In Kooperation mit weiteren Fachdisziplinen soll der umfassende medizinische Behandlungsprozess begleitet und abgesichert werden (Nagel & Siedentopf 2017). Die Standards in der Betreuung suchtgefährdeter und suchtkranker Schwangerer zeigt Abbildung 17.

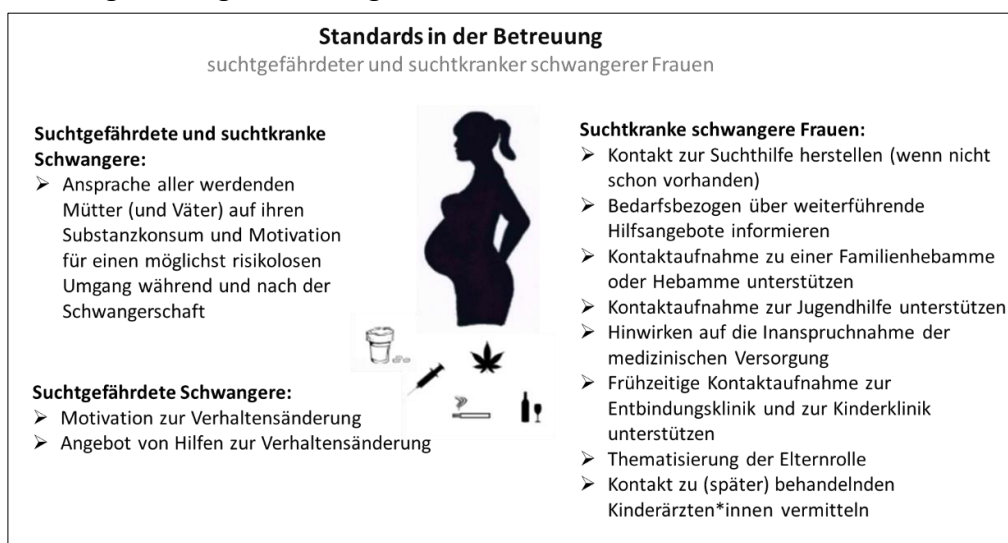


Abbildung 17: Standards in der Betreuung suchtgefährdeter und suchtkranker schwangerer Frauen modifiziert nach Nagel & Siedentopf 2017; Landgraf & Hoff 2019

Geburt

Wir verweisen zusätzlich auf das Kapitel II: Abschnitt [Altersbezogene Auswirkungen in der Schwangerschaft - Fetale Entwicklung](#)

Vorbemerkungen

Im Vergleich zu der vor- und nachgeburtlichen Phase werden in der Geburtsklinik in einem begrenzten Zeitraum (ein bis drei Tage) nahezu alle entbindenden Frauen (98%) mit ihren Kindern, darunter auch Mütter mit psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen erreicht. Die Mütter sind insbesondere am Tag nach der Entbindung offen für Gespräche. Sie nehmen während der kurzzeitigen stationären Behandlung in der Geburtsklinik Unterstützungsangebote leichter an als später (s. [good practice Beispiel KinderZukunft NRW](#)).

Vorgehen

1. Etablierung eines Koordinators/Lotsen

Die Klinik verfügt rund um die Uhr über ein multiprofessionelles Team (Frauenärzte, Hebammen, Pflegekräfte, Kinder- und Jugendärzte und ggf. Sozialdienst), welches eng miteinander kommuniziert und zu unterschiedlichen Zeiten Kontakt zu den Müttern hat.

Diesem Team sollte ein (möglichst speziell geschulter) Koordinator/Lotse (z.B. eine Familienhebamme, Familienkinderkrankenschwester oder eine erfahrene Hebamme) angehören, der dann eine zentrale Stellung im klinischen Ablauf einnimmt. Dieser ist idealerweise ein Mitarbeiter der Klinik und feste Ansprechperson für Kollegen, wenn Mütter ihnen bei der Aufnahme in der Klinik, im Kreißsaal und/oder auf der Wöchnerinnenstation von persönlichen Belastungen, Ängsten und Sorgen berichten.

Eine Familienhebamme oder -Kinderkrankenschwester ist als Vertrauensperson besonders geeignet. Diese kann zu jeder entbindenden Frau Kontakt aufnehmen. Die Kontakte sollten in einer ruhigen und stressarmen Atmosphäre stattfinden. Nach Klärung eines möglichen Unterstützungsbedarfes kann die Familie ins Netzwerk der Frühen Hilfen weitergeleitet werden.

2. Erfassung von Ressourcen und Belastungen

Die Erfassung beginnt mit der Aufnahme der Schwangeren in der Geburtsklinik und wird im Laufe des Klinikaufenthaltes um relevante Informationen ergänzt. Die aufnehmende Hebamme erhebt neben den Stammdaten auch eine sozialmedizinische Anamnese (gesundheitliche und psychosoziale Belastungen, Schutzfaktoren) und berücksichtigt dabei die relevanten anamnestischen Befunde und Risikofaktoren aus dem Mutterpass.

Nach der Geburt werden u.a. bei den Früherkennungsuntersuchungen U1 und U2 (wenn letztere in der Klinik stattfindet) Kinder mit erhöhter Vulnerabilität, z.B. aufgrund perinataler Risikofaktoren erfasst.

Auf der Wöchnerinnenstation werden auffälliges Verhalten der Mutter/Familie und die Mutter-Kind-Interaktion wahrgenommen und dokumentiert z.B. in Form eines Screeningbogens, wie er in Geburtskliniken verwendet wird.

3. Einschätzung des Bedarfes

In der Zusammenschau der im Prozess ermittelten Ressourcen und Belastungen klärt der Koordinator/Lotse, ob und in welcher Weise ein Unterstützungsbedarf besteht. Im Rahmen der Beratung können auch Alltagsfragen geklärt werden (z.B. Wo stelle ich Anträge? Welche Elternkurse und Müttertreffs gibt es?). Bei Hinweisen auf familiäre Belastungen und beim Kind bestehenden Risikofaktoren führt der Koordinator/Lotse ein vertiefendes Gespräch zur weiteren Differenzierung und Abklärung von Risiko- und Schutzfaktoren. Wichtig ist in diesem Prozess die möglichst strukturierte Dokumentation der Einschätzungen sowie der erfolgten Beratungen.

In allen Geburtskliniken sollte die Möglichkeit einer kollegialen Beratung durch einen Erwachsenenpsychiater bestehen. Zudem wird empfohlen, eng mit dem Sozialdienst der Klinik und wenn vorhanden mit am Klinikum bestehenden Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) und/oder der klinikinternen Kinderschutzgruppe zusammen zu arbeiten.

4. Entlassmanagement: Beratung und Vermittlung von Angeboten der Frühen Hilfen

Je nach Unterstützungsbedarf nimmt der Koordinator/Lotse zum Zeitpunkt der Entlassung Kontakt zu den nachbetreuenden Stellen auf und begleitet die Überleitung der Familie in das Hilfesystem. Das Hinwirken auf freiwillige Annahme von Hilfen ist dabei zu berücksichtigen und führt zur Vertrauensbildung zwischen Eltern und nachbetreuender Stelle. In einzelnen Fällen kann die Kontaktaufnahme (z. B. zur nachbetreuenden Hebamme oder zur Jugendhilfe) bereits während des Klinikaufenthaltes stattfinden.

Der Koordinator/Lotse informiert mit Einverständnis der Eltern die infrage kommenden Stellen sowie die einbezogenen Akteure der Frühen Hilfen über erkannte Risiko- und Schutzfaktoren und bittet um Rückmeldung, wenn die Familie bei dem jeweiligen Akteur nicht angekommen ist.

Mit der Überleitung der Familie ins Netzwerk Früher Hilfen endet der Kontakt des Koordinators/Lotse zur Mutter/Familie. Die Einbindung der (ambulanten) psychiatrischen Versorgung sollte dabei Teil des Entlassmanagements sein. Die weiteren Schritte liegen im Zuständigkeitsbereich der nachbetreuenden Akteure der Frühen Hilfen.

Bei fehlendem Einverständnis der Eltern kann der Informationsaustausch nicht erfolgen. In diesem Fall sollte der Koordinator/Lotse die Eltern bitten, sie nach der Klinikentlassung anrufen zu dürfen, um nachzufragen, wie es der Familie geht und ob ein Unterstützungsbedarf besteht.

Besonderheiten bei ambulanter Geburt

Sollte sich eine psychisch oder suchtkranke Mutter zu einer ambulanten Geburt entscheiden, sollte die entbindende Hebamme diese bitten, dass ein in der Klinik vorhandener Koordinator/Lotse (Familienkinderkrankenschwester oder Familienhebamme) oder ein anderer Mitarbeiter der Klinik sie am folgenden Werktag anrufen kann. In diesem Gespräch wäre dann eine Beratung über mögliche Hilfen sowie ggf. auch eine Überleitung an Akteure der Frühen Hilfen möglich.

Bei Müttern mit hohen psychosozialen Belastungen sollte eine stationäre Aufnahme aus medizinischer Indikation empfohlen werden.

Besonderheiten des Neugeborenen-Abstinenzsyndroms (NAS)

Nach der Geburt manifestieren sich bei ca. 50-90% der Neugeborenen opiatabhängiger oder substituierter Mütter Entzugssymptome, die unter dem Begriff Neugeborenen-Abstinenzsyndrom (NAS) zusammengefasst werden (Gortner & Dudenhausen 2017). „Im weiteren Sinn wird heute unter dem Begriff NAS jede pathologische Kondition verstanden, die im Zusammenhang mit intrauteriner Drogenexposition steht, auch wenn es sich um legale Drogen (Alkohol, Nikotin) handelt oder die Droge keinen eigentlichen psychischen Entzug, sondern Intoxikationsschäden verursacht (z.B. Kokain)“ (Rohrmeister & Weninger 2006).

Klinische Symptome eines NAS können sofort nach der Geburt auftreten (z.B. bei Nikotin- und Amphetamin-Abusus). In der Regel werden sie innerhalb der ersten 24-36 Lebensstunden, nach Heroinkonsum bis zur Geburt oder bei Substitutionsbehandlung erst nach 36-72 Stunden evident. Allerdings kann die Erstmanifestation kindlicher Entzugssymptome, z.B. bei mütterlichem Zusatzkonsum von Benzodiazepinen und anderen sedierend wirksamen Psychopharmaka bis zu 7 Tage - vereinzelt bis zu 4 Wochen - verzögert sein (Rohrmeister & Weninger 2006). Die Art des Opiats bzw. Opioids, die Dosierung und der begleitende Konsum anderer psychotroper Substanzen, so auch Nikotin- und Cannabiskonsum, sowie genetische Faktoren können die Dauer und Stärke der Entzugssymptome erheblich beeinflussen (Nagel & Siedentopf 2017; Gortner & Dudenhausen 2017). Entwickelt das Neugeborene Entzugssymptome wird nach der aktuellen AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie (2019) eine Verlegung in eine neonatologische Abteilung empfohlen, die ein strukturiertes Vorgehen zur Erkennung, Überwachung und Behandlung eines NAS vorhält und anwendet.

Zur Erfassung der Symptome wird therapievorbereitend und -begleitend der modifizierte Finnegan-Score ([s. Anhang 6 NAS-Beurteilungsbogen nach Finnegan](#)) empfohlen (AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie 2019; Nagel & Siedentopf 2017; AWMF S3 Leitlinie Methamphetamin-bezogene-Störungen 2016). Da die Symptomatik des NAS auch zeitverzögert auftreten kann, ist es wesentlich, dass neben den medizinischen Fachkräften rund um die Geburt (Hebammen, Geburtshelfern, Neonatologen und Pflegenden) auch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte mit der Symptomatik vertraut sind. Bei Auftreten von Symptomen sollen Maßnahmen der Basistherapie (*supportive care*) und symptombezogen ein geeignetes medikamentöses Management durchgeführt werden. Die bisher publizierten Studien zu den konkreten Behandlungsmodalitäten des NAS wie äußere Voraussetzungen, eingesetzte Behandlungsmethoden und Medikamente sowie Behandlungsdauer weisen große Unterschiede in den verschiedenen Behandlungszentren auf (Gortner & Dudenhausen 2017; Rohrmeister & Weninger 2006). Zur Verbesserung der Qualität in der Behandlung Neugeborener mit NAS wird von daher die Etablierung eines standardisierten Verfahrens empfohlen (Mücke 2017).

Für das Entlassmanagement bei Säuglingen mit NAS sind folgende Kriterien hilfreich (modifiziert nach Nagel 2017):

Einschätzung der grundlegendsten Elternfähigkeiten während des stationären Aufenthaltes unter der Berücksichtigung folgender Kriterien:

- Tagesstruktur (Pünktlichkeit, Regelmäßigkeit, Hygiene, Ernährung)
- Ansprachefähigkeit, Frustrations- und Stresstoleranz (Verhaltenskontrolliert, Impulskontrolliert)
- Kompetenzen in der Pflege und Versorgung (Wochenbett, Neonatologie)
- Kontaktaufbau, Bindung zum Kind (Emphatisch, Bindungsfähig/ Bindungstolerant)
- Fähigkeiten die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen, zu verstehen und entsprechend zu handeln (Situations-, Problem-, Krankheitsbewusstsein)
- Hilfeakzeptanz

Erforderliche Kriterien zur Entlassung des Kindes sind:

- Intensive verlängerte Hebammennachsorge, Familienhebamme oder Familienkrankenpflege
- Geregelte suchtmedizinische Versorgung (stabile Substitutionsbehandlung weitestgehend ohne zusätzlichen Konsum psychoaktiver Substanzen beider Eltern)
- Psychosoziale Betreuung der Familie
- Geregelte soziale und juristische Rahmenbedingungen
- Kompetenzen in der Versorgung des Säuglings, ggf. bei entsprechender Indikation Initiierung einer sozialmedizinischen Nachsorge
- Beziehung zum Kind
- Einbeziehung des Jugendamtes
- Sozialpädiatrische/kinderpsychiatrische Nachsorge (Entwicklungsdiagnostik, Bindungsorientierung)
- Integration einer familienunterstützenden Person ohne psychische und Suchterkrankung in die Betreuung des Kindes (Großeltern, Freunde, Familienhelfer, Tagesmutter, Familienpaten usw.)
- Gesicherte Weiterbehandlung durch einen Kinderarzt mit entsprechender Informationsweitergabe

Die nach der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie empfohlene stationäre Behandlung bei Säuglingen mit NAS sollte neben der supportiven und medikamentösen Therapie auch ein strukturiertes Besuchs- und Interaktionsprotokoll und ein multiprofessionelles Vorgehen, einschließlich einer Fallkonferenz mit den Eltern und den unterstützenden Helfersystemen beinhalten, um möglichst bereits vor der Entlassung erforderliche Unterstützungsmaßnahmen einleiten zu können. Optimalerweise sollte die stationäre Versorgung in enger Kooperation mit der klinikinternen Kinderschutzgruppe erfolgen.

Säuglinge und Kleinkinder (0 bis 3 Jahre)

Wir verweisen zusätzlich auf das Kapitel II: Abschnitt [Altersbezogene Auswirkungen bei Säuglingen und Kleinkindern](#).

Zugang zum Gesundheitssystem

Die nachgeburtliche Versorgung von Familie und Kind beginnt in den ersten Lebenstagen bzw. Lebenswochen. Je nach Unterstützungsbedarf suchen Hebammen, Familienhebammen, Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (FGKiKP) und/oder sozialmedizinische Assistenten des Gesundheitsamtes die (ggf. bereits von der Geburtsklinik bzw. dem Kinder- und Jugendarzt vermittelten) Familien zu Hause auf.

Bei ihren Hausbesuchen können sie in der Familie einerseits Belastungen wie z. B. beengte Wohnverhältnisse, finanzielle Einschränkungen, Partnerschaftskonflikte, Erschöpfung von Mutter und Vater, andererseits aber auch Schutzfaktoren wie z.B. Unterstützung durch Familienangehörige oder feinfühligem Mutter/Eltern-Kind-Umgang erkennen. Sie nehmen Interaktionen in der Familie und zwischen Eltern und Kind wahr und leiten bei auftretenden Problemen (z.B. schwieriges Temperament, Fütter- und Schreistörungen) Eltern fachspezifisch im Umgang mit ihren Kindern an. Bei erkennbaren familiären Belastungen/Überforderungen beraten sie die Familie und nehmen in Abstimmung mit ihnen bei entsprechenden Indikationen Kontakt zu Kinder- und Jugendärzten, Beratungsstellen und ggf. zum Jugendamt auf.

Der Kinder- und Jugendarzt nimmt im Netzwerk Früher Hilfen in den ersten drei Lebensjahren eines Kindes eine zentrale Stellung ein. Er sieht nahezu alle Kinder zu den gesetzlich vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen U2/U3 bis U7a (1. bis 36. Lebenswoche) und führt bei ihnen regelmäßig Untersuchungen zur Gesundheit und zur kindlichen Entwicklung durch. Ergibt sich bei drohenden Entwicklungs- und Verhaltensstörungen ein zusätzlicher Förder- und/oder ein Beratungsbedarf vermittelt er die Eltern ggf. an zuständige Stellen (Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratungsangebote, Sozialpädiatrisches Zentrum, Frühförderung, Familien-Beratungsstelle, Suchtberatungsstelle, Erwachsenenpsychiatrie/-psychotherapie).

Kinder- und Jugendärzte sind für Mütter, Väter und Familienangehörige primäre Ansprechpartner bei Gesundheitsfragen und bei auftretenden Problemen im Umgang mit ihren Kindern. Sie beraten Eltern, Mütter und Väter zur Gesundheitsförderung und Verminderung von Gesundheitsrisiken, z. B. bei Rauchen, Suchtverhalten, psychischer Erkrankung, Fehlernährung, Übergewicht, Stress und Überforderung.

Vorgehen

In erster Linie geht es darum, einen gelingenden Kontakt zu den Familien herzustellen und diesen möglichst nicht zu verlieren. Dies gelingt am besten, wenn eine Basis des Respektes und des Vertrauens geschaffen und erhalten werden kann. In der Regel haben Auffälligkeiten im elterlichen Beziehungsverhalten zu ihren Kindern tiefliegende Ursachen und sind nicht primär feindselig gerichtet, sondern auf eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit und ein reduziertes Repertoire an Verhaltensstrategien zurückzuführen. Im gemeinsamen Gespräch können

Belastungen und Ressourcen erkannt, besprochen und mögliche Unterstützungsmaßnahmen erörtert werden.

Maßnahmen zur Unterstützung nach der Geburt

Beim Auftreten von psychischen und Suchterkrankungen vor oder während der Schwangerschaft sollte frühzeitig die Planung der Zeit nach der Geburt begonnen werden. Anknüpfend an die bereits aufgeführten Unterstützungsmöglichkeiten während und nach der Schwangerschaft ([s. Seite 49](#)) sind im Folgenden weitere Angebote für Familien aufgezeigt:

Niederschwellige Angebote für Familien

- Betreuung durch eine Hebamme/Kinderkrankenpflegende/Familienhebamme oder sonstige aufsuchende Fachkraft der Frühen Hilfen
- Elternbildungskurse, Eltern-Kind-Gruppen
- Familien- Mütter, Vätertreffs
- Spielgruppen, Kindertagespflege, Kinderkrippen

Beratung

- Schwangerenberatungsstellen (zuständig bis zum vollendeten 3. Lebensjahr)
- Suchtberatungsstellen
- Erziehungsberatungsstellen
- Frühförderstellen
- Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratung/Entwicklungspsychologische Beratungsstellen
- Sozialpädiatrische Zentren/Kinder- und Jugendpsychiatrie

Unterstützung

- Alltagsunterstützende Maßnahmen (z.B. Haushaltshilfe)
- Fahrdienste
- Selbsthilfegruppen
- Sozialpsychiatrischer Dienst im Gesundheitsamt
- Ambulante psychiatrische aufsuchende Dienste
- Einzelfallhilfe für den erkrankten Elternteil

Interventionen zur Stabilisierung und Unterstützung in der Elternrolle

Medizinisch/therapeutisch

- Psychiatrische Anbindung
- Ambulante Psychotherapie
- Regelmäßige suchtmmedizinische Versorgung und psychosoziale Betreuung

Jugendhilfe (s. Abbildung 18)

- Ambulante Hilfen zur Erziehung (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe)
- Voll- oder teilstationäre Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen
- Fremdunterbringung (z.B. Pflegefamilien, Wohngruppen für Kinder und Jugendliche)

Familienergänzende und Familienersetzende Möglichkeiten der Jugendhilfe

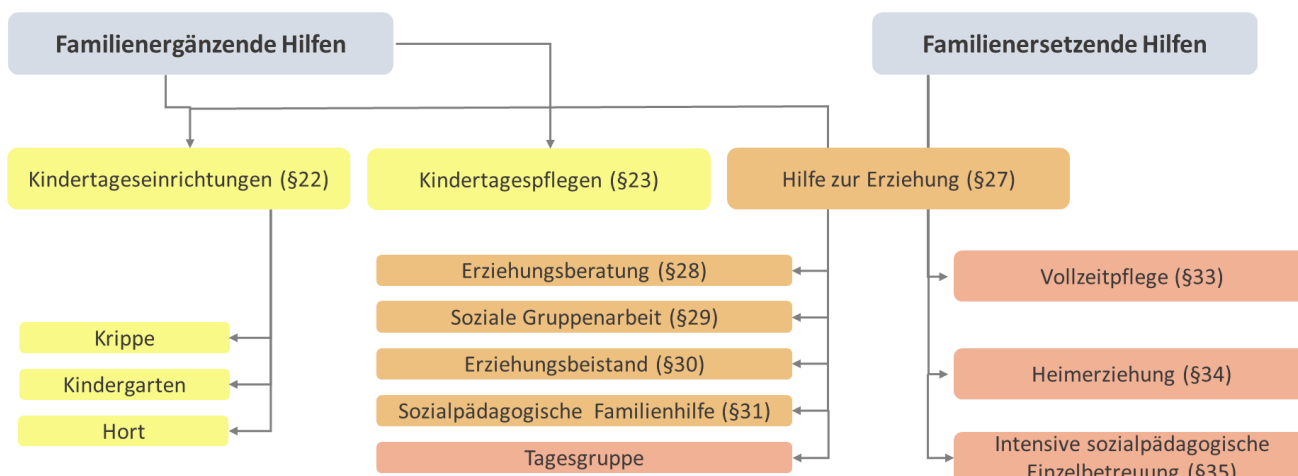


Abbildung 18: Familienergänzende und Familienersetzende Möglichkeiten der Jugendhilfe nach SGB VIII

Psychische und Suchterkrankungen sind in unserer Gesellschaft immer noch schambehaftet. Ein offener Umgang innerhalb einer Familie, aber auch in der Öffentlichkeit ist selten, was zu noch mehr Konflikten, Isolation und Rückzug und noch geringerer Inanspruchnahme von Hilfen führt. Entlastend können spezielle Psychoedukationsprogramme für Partner, Familienangehörige und insbesondere auch für Kinder sein. Speziell für belastete Familien gibt es familienorientierte Präventionsprogramme, nach denen im jeweiligen regionalen Netzwerk angefragt werden kann (s. [good practice Beispiele für eine sektorenübergreifende Versorgung für Kinder und Jugendliche mit psychisch und suchtkranken Eltern](#)).

Hinweise zur praktischen Umsetzung der Maßnahmen

Früherkennungsuntersuchungen

1. Medizinische Aspekte

Der Entwicklungsverlauf der Kinder insbesondere nach intrauteriner Substanzexposition sowie nach einer psychisch hoch belasteten Schwangerschaft sollte engmaschig verfolgt und bei Auffälligkeiten bezüglich der motorischen, sprachlichen oder kognitiven Entwicklung, Schwierigkeiten der Regulation von Aufmerksamkeit und Emotionen oder einer reduzierten Impulskontrolle frühzeitig therapeutische Maßnahmen initiiert werden oder eine Anbindung an ein spezialisiertes Zentrum (z.B. Sozialpädiatrisches Zentrum, Kinder- und Jugendpsychiatrie, interdisziplinäre Frühförderstelle) erfolgen. Hierbei sollten alltagsorientierte Therapieziele definiert und eine enge Einbindung der Eltern in die Förder- und Therapiemaßnahmen erfolgen. Bei deutlichen Entwicklungsstörungen oder statischen oder regressiven Entwicklungsverläufen sind zudem weitergehende ätiologische Untersuchungen zum Ausschluss anderer somatischer Ursachen indiziert.

2. Sozialmedizinische Aspekte

Wenn Kinder- und Jugendärzte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U2 bis U7a Risikofaktoren bzw. -befunde bei den von ihnen betreuten Kindern bzw. Familien primär bzw. nachfolgend erkennen, sollte zunächst ein Ausgangsbefund mit Erhebung der sozialmedizinischen Anamnese (gesundheitliche und psychosoziale Belastungen, Schutzfaktoren) unter Berücksichtigung relevanter Risikofaktoren aus der U1, der U2 sowie der U3 bis U7a erstellt werden. Hierbei kann der Kinder- und Jugendarzt durch die Medizinischen Fachangestellten unterstützt werden.

Hilfreich im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen sind die in den neu überarbeiteten Heften Paed.Plus® des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.) zur Verfügung stehenden Elternfragebögen (<https://www.bvki-service-gmbh.de/paedplus/>). Je nach Fragestellung können auch weitere Erfassungs-Instrumente angewandt werden (s. Anhang 7 Übersicht strukturierter Erfassungsbögen).

Außerdem stellt jeder Kontakt im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen oder sonstigen Vorstellungen eine Möglichkeit dar, die Eltern-Kind-Interaktion sowohl durch den Kinder- und Jugendarzt als auch die MFAs zu beobachten und zu beurteilen. Diesbezügliche Schulungen sowie der Einsatz von Instrumenten zur systematischen Erfassung und Bewertung der Beobachtungsinhalte sind empfehlenswert. Ein Beispiel für ein Schulungsangebot sind die Seminare der [Deutschen Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung](#).

Der Kinder- und Jugendarzt schätzt den aktuellen und zukünftigen Hilfe- und Unterstützungsbedarf von Kind und Familie unter Berücksichtigung der familiären und kindbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren sowie der bereits bestehenden Förderungen/Unterstützungen ein. Er ist positiver Verstärker für die Annahme von Hilfen und Unterstützungen.

Frühe Hilfen

Nach Klärung des Unterstützungsbedarfes ist in der Regel eine zeitnahe und passgenaue Überleitung der Familien mit ihren Kindern zu den Akteuren Früher Hilfen im Gesundheitswesen, der Frühförderung, Jugendhilfe und weiteren Stellen sinnvoll. Zum Gelingen der Überleitung trägt bei, wenn für die verschiedenen Bereiche Ansprechpartner und ihre Versorgungs- und Zuständigkeits-Schwerpunkte bekannt sind und diese im Sinne einer Lotsenfunktion begleitet wird. Die Netzwerk-Akteure können sich gegenseitig informieren, wenn ein Einverständnis der Eltern vorliegt.

Alltagsunterstützende Maßnahmen

Erkennt der Kinder- und Jugendarzt Familien in Notsituationen (z.B. Mutter ist aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage, ihr Kind zu versorgen), so sind Entlastungen über Alltagsunterstützende Hilfen nach § 38 SGB V und nachrangig auch als Leistung der Kinder- und Jugendhilfe nach § 20 SGB VIII möglich.

Nach aktueller Rechtslage sollen primär die Leistungen nach § 38 SGB V (Haushaltshilfe) in Anspruch genommen werden. Das bedeutet, dass zuerst eine Beantragung (mit vorliegendem ärztlichem Attest) bei der zuständigen Krankenkasse erfolgen muss. Die Kinder- und Jugendhilfe ist erst zuständig, wenn die Voraussetzungen für diese Leistungen der gesetzlichen

Krankenversicherung nicht erfüllt sind oder im Laufe des Hilfeprozesses wegfallen (AG Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern 2020).

Familienunterstützende Angebote der Jugendhilfe

Die Jugendhilfe ist für Kinder- und Jugendärzte in der Versorgungskette Früher Hilfen ein wichtiger Kooperationspartner. Sie stellt dazu eine Vielzahl von Angeboten der Bildung, Beratung, Gesundheitsförderung und Erholung für Familien bereit, die auf der Basis der freiwilligen Hilfeannahme beruhen.

Spezifische Angebote für psychisch und suchtkranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern sollten neben der Entlastung im Alltag v. a. auf die Stärkung der elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen abzielen. Entsprechende Hilfen können sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich implementiert werden. Eine Übersicht der Angebote der Jugendhilfe zeigt die Abbildung 19.

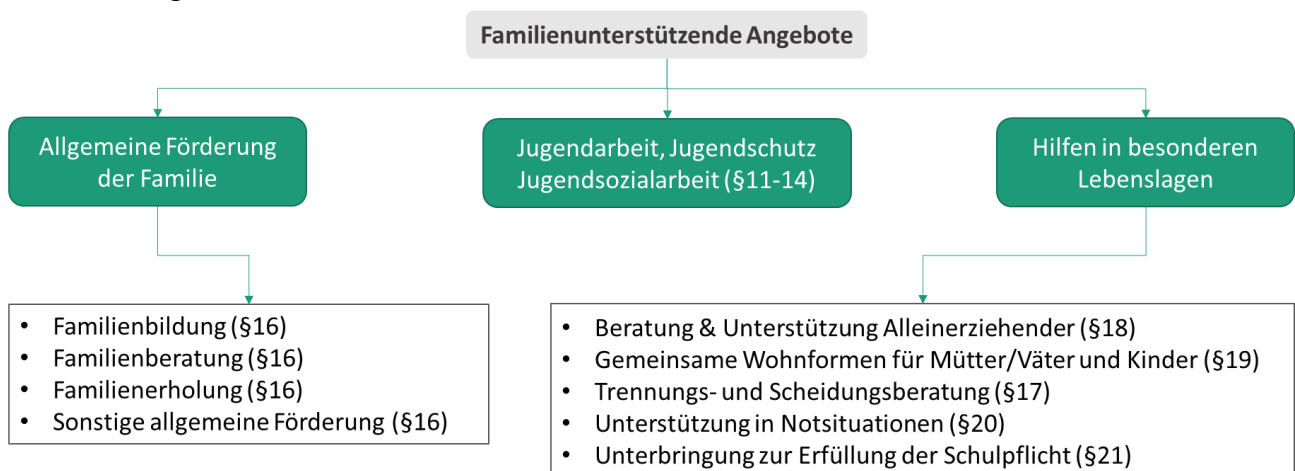


Abbildung 19: Familienunterstützende Angebote der Jugendhilfe nach SGB VIII

§ 4 KKG: Bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung ist ein stufenweises Vorgehen für Berufsheimnisträger bundeseinheitlich geregelt (s. [Vorgehen bei Anhaltspunkten für eine KWG](#) auf Seite 42).

Vorschulkinder (3 bis 6 Jahre)

Wir verweisen zusätzlich auf das Kapitel II: Abschnitt [Altersbezogene Auswirkungen bei Vorschulkindern](#).

Zugang zum Gesundheitssystem

Regelmäßige (und in vielen Bundesländern verpflichtende) Kontakte zum medizinischen System bestehen in dieser Lebensphase im Rahmen der kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen U7a (33.-38. Lebensmonat), U8 (43.-50. Lebensmonat) und U9 (58.-66. Lebensmonat). Außerdem finden in diesem Lebensalter häufiger Untersuchungen bei Augenärzten, Hals-Nasen-Ohren-Ärzten und Orthopäden statt. Der öffentliche Gesundheitsdienst führt spätestens im sechsten Lebensjahr vor der Einschulung die Schuleingangsuntersuchung durch. In diesem Rahmen sollten alle Kinder eines Jahrgangs gesehen werden. Außerdem finden in vielen Kommunen weitere (freiwillige) Untersuchungen der Kindergartenkinder durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und kinderzahnärztliche Untersuchungen im Kindergarten statt.

Vorgehen

Die Selbsthilfeorganisation NACOA Deutschland empfiehlt in ihrem Leitfaden [Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien](#) bei allen Erstkontakten mit Familien sowie im Verlauf immer dem Kind die Frage zu stellen:

„Hast du dir jemals über jemanden in der Familie Sorgen gemacht, der Alkohol trinkt oder Drogen nimmt?“

Eine wichtige Frage, die Sie dem Kind stellen sollten.

In den Arztpraxen sollten Materialien zum Thema Suchthilfe und Suchtprävention sowie zu psychisch kranken Eltern zur Verfügung stehen sowie bei allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen Kenntnisse über lokal verfügbare Unterstützungs- und Beratungsangebote sowie die jeweiligen Zugangswege vorhanden sein.

Früherkennungsuntersuchungen

In den Früherkennungsuntersuchungen ist nach der [Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses](#) (G-BA, Stand: 19. Oktober 2017) neben der Anamnese und der eingehenden körperlichen Untersuchung eine entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung vorgeschrieben. Hierbei sollte im Rahmen der Sozialanamnese bezüglich der in der Richtlinie genannten Punkte *Betreuungssituation* (wie z.B. Tagespflege, Großeltern usf.) und *besondere familiäre Belastungen* explizit nach dem Besuch von Bildungseinrichtungen (z.B. Kita) und psychischen Erkrankungen und Substanzkonsum der Eltern gefragt werden. Zudem ist der gezielte Einsatz von standardisierten Erfassungsbögen ([s. Anhang 7 Übersicht strukturierter Erfassungsbögen](#)) möglich.

In allen Früherkennungsuntersuchungen stehen unter anderem das Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten sowie die Aufmerksamkeit für die Eltern-Kind-Interaktion im Mittelpunkt der Untersuchung. Hierbei stellen insbesondere die Interaktionsmuster im Rahmen des Aus- und Ankleidens und Wickelns des Kindes sowie während der Untersuchungssituation eine gute Möglichkeit zur Einschätzung der Eltern-Kind-Interaktion dar. Bei Auffälligkeiten in diesen

Bereichen sollte explizit auch nach psychischen und Suchterkrankungen in der Familie gefragt und ggf. eine weitergehende Diagnostik veranlasst werden.

Im Rahmen der U7a (34.-36. Lebensmonat) sollen nach den G-BA-Richtlinien den Eltern Fragen in Bezug auf die soziale und emotionale Kompetenz sowie Interaktion und Kommunikation des Kindes gestellt werden (*Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird. Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen. Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele. Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes*). Im Rahmen der Beratung stehen die Themen Unfallverhütung, Sprachberatung, Ernährung, Bewegung, Medien (Art, Inhalte und Nutzungszeiten), Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten und Impfberatung im Vordergrund.

Auch im Rahmen der U8 (46.-48 Lebensmonat) wird bezüglich der sozialen und emotionalen Kompetenzen und der Interaktion und Kommunikation die weitere Entwicklung des Kindes erfragt (*Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen. Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln. Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes*). Die Beratungsinhalte sind mit denen der U7a identisch.

Die U9 (60.-64. Lebensmonat) stellt die letzte Früherkennungsuntersuchung vor der Einschulung des Kindes dar. Hierbei werden weitere Items bezüglich der sozialen und emotionalen Kompetenz und der Interaktion und Kommunikation erfragt (*Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln. Ist bereit zu teilen. Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen. Das Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen. Intensive Rollenspiele: Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern*). Im Rahmen der U9 ist als verpflichtender Beratungsinhalt erstmalig auch der Punkt *Sucht* explizit benannt.

In der Anlage 1a der Kinder-Richtlinien werden bezüglich der im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen gegebenen Präventionsempfehlungen im Sinne einer verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum explizit genannt. Die Eltern sollen aufgefordert werden, sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen zu informieren. Die ärztliche Präventionsempfehlung muss in schriftlicher Form erfolgen. Erfolgversprechender kann es sein, wenn über Ärzte oder Medizinische Fachangestellte eine Kontaktaufnahme im Sinne einer Lotsenfunktion angebahnt bzw. vermittelt wird.

Auffälligkeiten im kindlichen Verhalten sowie in der Eltern-Kind-Interaktion und relevante soziale Risikofaktoren sollen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen im Früherkennungsheft sowie in der Patientenakte dokumentiert werden. Damit wird in Folgeuntersuchungen (insbesondere bei erfolgten Arztwechseln) eine Bezugnahme auf die entsprechenden Risiken und Empfehlungen ermöglicht und wichtige Vorinformationen zu einer festgestellten Gefährdungssituation gehen nicht verloren. Im Kindesalter stellt das Früherkennungsheft sowohl für die behandelnden Ärzte als auch für Bildungseinrichtungen und den öffentlichen

Gesundheitsdienst – mit Einverständnis der Eltern - eine wichtige Informationsquelle über den Entwicklungsverlauf des Kindes, stattgehabte schwere Erkrankungen und psychosoziale Risiken dar.

Lebenswelt Kindertageseinrichtungen

In der Lebensphase zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr werden in Deutschland im Bundesdurchschnitt 93% aller Kinder in Kindertageseinrichtungen betreut (Statistisches Bundesamt 2018). Somit stehen neben den anamnestischen Angaben der Eltern und der Verhaltensbeobachtung im Rahmen von Kontakten mit dem Gesundheitswesen die Fachkräfte in den Einrichtungen als mögliche Auskunftspersonen bezüglich des Entwicklungsstandes, des Verhaltens, der emotionalen Befindlichkeit und des Pflegezustandes des Kindes sowie der Eltern-Kind-Interaktion zur Verfügung. Die entsprechenden Berufsgruppen sind diesbezüglich in den vergangenen Jahren zunehmend geschult und sensibilisiert worden. Ein Austausch mit diesen Fachpersonen sowie die Anforderung eines schriftlichen Berichtes von diesen wird im Fall von klinischen oder anamnestischen Auffälligkeiten empfohlen.

Der Besuch von Kindertageseinrichtungen und anderen Bildungsinstitutionen stellt einen wichtigen Schutzfaktor für die Entwicklung von Kindern im Kontext von Elternteilen mit psychischen und Suchterkrankungen dar: klare, transparente und konsistente Regeln und Strukturen, wertschätzendes Klima (Wärme, Respekt und Akzeptanz gegenüber dem Kind), positive Verstärkung der Leistungen und Anstrengungsbereitschaft des Kindes, positive Peerkontakte/Freundschaftsbeziehungen, Förderung von Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung, sozialer Kompetenz, Umgang mit Stress, Problemlösefähigkeiten usw. (Schaich 2017).

Beispiele für Hinweise auf mögliche Belastungen und Versorgungsprobleme in der Familie nach Lenz & Brockmann 2013

Auffällige Verhaltensweisen von Kindern im Kindergartenalter	Auffällige Verhaltensweisen der Eltern
<ul style="list-style-type: none"> • Sozialer Rückzug • Isolation • Bedrücktheit • Nervosität • Spannungen • Konzentrationsprobleme • Verbale und körperliche Aggressionen gegen andere • Selbstverletzendes Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Distanzierte und desinteressiert wirkende Interaktion mit dem Kind • Ungeduldiges, gereiztes oder abwertendes Verhalten • Überbesorgnis • Zum Teil vermeiden die Eltern Gespräche mit den Fachkräften oder fallen in Gesprächen durch Bedrücktheit oder Verwirrtheit auf
Hinweise auf Versorgungsprobleme	
<ul style="list-style-type: none"> • Unregelmäßigkeiten beim Bringen und Abholen ohne plausible Erklärungen der Eltern • Witterungsunangemessene Kleidung • Mangelnde ärztliche Versorgung bei Krankheiten • Übernahme der elterlichen Aufgaben durch Geschwister 	

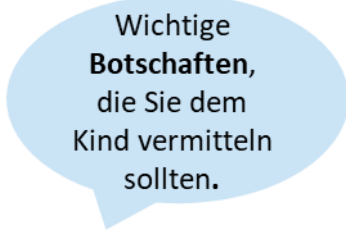
Tabelle 6: Beispiele für Hinweise auf mögliche Belastungen und Versorgungsprobleme in der Familie nach Lenz & Brockmann 2013

Entwicklungs- oder verhaltensauffällige Kinder im Kindergartenalter bedürfen einer differenzierten fachlichen Diagnostik und Therapie. Auch bei belasteten familiären Sozialisationsbedingungen müssen mögliche Differentialdiagnosen wie genetisch bedingte Entwicklungsstörungen, umschriebene Entwicklungsstörungen, Störungen aus dem Autismus-Spektrum oder somatische Erkrankungen ausgeschlossen werden. Somit ist in vielen Fällen die Anbindung an ein Sozialpädiatrisches Zentrum oder eine Praxis/Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sinnvoll.

Psychoedukation

Eine wichtige Rolle spielt eine dem Entwicklungsalter des Kindes entsprechende Psychoedukation. Folgende Informationen und Botschaften sollten Kindern psychisch und suchtkranker Eltern gegeben werden (Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz 2017):

- *Sucht ist eine psychische Erkrankung und somit eine Krankheit.*
- *Die Eltern sind wegen ihrer psychischen Erkrankung keine schlechten Menschen.*
- *Das Kind hat keine Schuld an psychischen und Suchtproblemen von Vater oder Mutter.*
- *Es kann den Eltern nicht helfen und es ist auch nicht seine Aufgabe, deren Sucht zu kontrollieren oder die Erkrankung zu heilen.*
- *Das Kind hat trotz der Krankheit im Elternhaus das Recht, Kind zu sein, zu spielen, die Welt zu entdecken, Freundschaften zu entwickeln, die eigenen Fähigkeiten zu erproben und sich selbst zu lieben und zu achten.*



Wichtige
Botschaften,
die Sie dem
Kind vermitteln
sollten.

§ 4 KKG: Bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung ist ein stufenweises Vorgehen für Berufsheimnisträger bundeseinheitlich geregelt (s. [Vorgehen bei Anhaltspunkten für eine KWG](#) auf Seite 42).

Schulkinder (6 bis 12 Jahre)

Wir verweisen zusätzlich auf das Kapitel II: Abschnitt [Altersbezogene Auswirkungen bei Schulkindern](#).

Zugang zum Gesundheitssystem

Regelmäßige Kontakte zum medizinischen System bestehen in dieser Lebensphase seltener, am ehesten im Rahmen der zusätzlichen kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen U10 und U11. Diese werden jedoch nicht von allen Krankenkassen erstattet. Ärztliche Untersuchungen beim Kinderarzt finden vor allem Anlass bezogen (Notfallvorstellungen im Rahmen von Infekten oder bei Verletzungen) und vermehrt auch bei anderen Fachärzten wie Augenärzten, HNO-Ärzten, Unfallchirurgen und Orthopäden statt. Insbesondere Schul- und Verhaltensprobleme führen zu Vorstellungen bei Kinder- und Jugendpsychiatern.

Lebenswelt Schule

Da eine Schulpflicht besteht, werden alle Kinder in dieser Altersstufe institutionell betreut bzw. deren Fernbleiben überprüft. Nach Eintritt in die Schule sind besonders die Klassenlehrer der Grundschule Vertrauenspersonen, die täglich Kontakt zu den Kindern haben. Sie können Schulleistungsprobleme ebenso erkennen wie Verhaltensprobleme und Zeichen von Vernachlässigung. Nicht selten öffnen sich Schüler im intensiven Kontakt mit der Lehrperson und vertrauen dieser ihre Belastungen an. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst hat die Möglichkeit (mit Zustimmung der Sorgeberechtigten) zu einem engen Austausch mit den Lehrern/Erziehern (s.u.). Viele Schulen werden zudem von Schulsozialarbeitern betreut, die außerhalb des Unterrichts die Möglichkeit haben, engeren Kontakt zu Kindern und Jugendlichen bzw. deren Familien aufzubauen. Diese können die Familien bei der Kontaktaufnahme zum Gesundheitssystem beraten, unterstützen und bei Bedarf begleiten.

Vorgehen

Früherkennungsuntersuchungen

Die Früherkennungsuntersuchungen U10 und U11 in der pädiatrischen Praxis werden nicht flächendeckend in Anspruch genommen, da sie nicht von allen Krankenkassen bezahlt und wenig beworben werden.

Schwerpunkte der U 10 (8.- 9. Lebensjahr) sind das Erkennen von Teilleistungsstörungen (wie z.B. Lese-Rechtschreib- oder Rechenstörungen), von Störungen der motorischen Entwicklung und Verhaltensstörungen (z.B. ADHS).

Die U11 (10.-11. Lebensjahr) dient u.a. dem Erkennen von Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen. Diese Untersuchung soll u.a. den problematischen Umgang mit Suchtmitteln erkennen und verhindern helfen und gesundheitsbewusstes Verhalten unterstützen, z.B. mit Hilfe von Ernährungs-, Bewegungs-, Stress-, Sucht- und Medienberatung.

Durch die psychische und Suchterkrankung der Eltern können bei Schulkindern und Jugendlichen Schulleistungsstörungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten auftreten, wobei die Schwierigkeiten im schulischen Alltag besonders sichtbar werden.

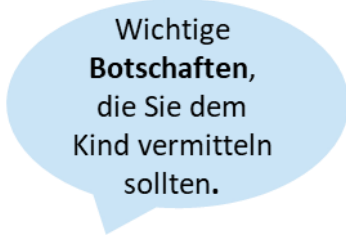
Hier ist eine enge Vernetzung von Lehrern, Schulsozialarbeitern, Schulpsychologen, Kinder- und Jugendärzten und dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst notwendig. Besteht der Verdacht, dass das Kind belastet ist, oder stehen Schulprobleme im Vordergrund, ist eine ausführliche Diagnostik zu empfehlen, z. B. in Schulberatungsstellen/Schulpsychologischer Dienst, kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen oder sozialpädiatrischen Zentren. Je nach Diagnose bzw. Ursachen der Problematik können verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten wie Hilfen zur Erziehung, schulische Förderung, Lerntherapien oder psychotherapeutische Interventionen initiiert werden.

Für Schulkinder kann auch der Besuch einer Gruppe speziell für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern sehr hilfreich sein. Ein Ziel in diesen Gruppen ist es, das Krankheitsverständnis und die Problemlösekompetenz der Kinder im Umgang mit alltäglichen Belastungssituationen zu fördern. Insbesondere der Kontakt mit gleichaltrigen Betroffenen ist für viele Kinder eine wichtige Erfahrung, in ihrer Situation nicht alleine zu sein (Jungmann 2019).

Psychoedukation

Eine wichtige Rolle spielt eine dem Entwicklungsalter des Kindes entsprechende Psychoedukation. Folgende Informationen und Botschaften sollten Kindern psychisch und suchtkranker Eltern gegeben werden (Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz 2017):

- *Sucht ist eine psychische Erkrankung und somit eine Krankheit.*
- *Die Eltern sind wegen ihrer psychischen Erkrankung keine schlechten Menschen.*
- *Das Kind hat keine Schuld an psychischen und Suchtproblemen von Vater oder Mutter.*
- *Es kann den Eltern nicht helfen und es ist auch nicht seine Aufgabe, deren Sucht zu kontrollieren oder die Erkrankung zu heilen.*
- *Das Kind hat trotz der Krankheit im Elternhaus das Recht, Kind zu sein, zu spielen, die Welt zu entdecken, Freundschaften zu entwickeln, die eigenen Fähigkeiten zu erproben und sich selbst zu lieben und zu achten.*



Wichtige
Botschaften,
die Sie dem
Kind vermitteln
sollten.

§ 4 KKG: Bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung ist ein stufenweises Vorgehen für Berufsheimnisträger bundeseinheitlich geregelt (s. [Vorgehen bei Anhaltspunkten für eine KWG](#) auf Seite 42).

Adoleszente (ab 12 Jahre)

Wir verweisen zusätzlich auf das Kapitel II: Abschnitt [Altersbezogene Auswirkungen bei Adoleszenten](#).

Zugang zum Gesundheitssystem

Der Kontakt zum Gesundheitssystem ist in dieser Lebensphase eher locker, da es keine Reihenuntersuchungen mehr gibt und häufig bereits vor dem Ende des 18. Lebensjahres der Wechsel zum Erwachsenenmediziner (Hausarzt) erfolgt. Möglichkeiten zur Prävention bestehen dennoch.

Vorgehen

Jugendgesundheitsuntersuchungen

Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 (12-14 Jahren) wird von allen Krankenkassen finanziert und beinhaltet neben der körperlichen Untersuchung auch Fragen zu Sexualität und Verhütung. Themen wie Drogenmissbrauch und Rauchen sowie Probleme mit der Familie und dem sozialen Umfeld sollten im Rahmen der J1 besprochen und geklärt werden.

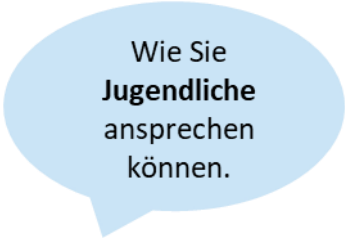
Die Jugendgesundheitsuntersuchung J2 (16-17 Jahre) beinhaltet Schwerpunkte wie das Erkennen bzw. die Behandlung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, von Haltungsstörungen, das Erkennen von Schilddrüsenerkrankungen bis hin zur Diabetes-Vorsorge. Der Jugendarzt berät den Jugendlichen bei Fragen des Verhaltens, der Sozialisation, der Familie und der Sexualität sowie der Berufswahl.

Der Jugendliche kann im Rahmen der Jugendgesundheitsuntersuchungen, wenn er will, auch alleine ohne Eltern ein vertrauensvolles Gespräch mit seinem Jugendarzt führen.

Da zu den Hauptrisiken von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern die Entwicklung einer eigenen psychischen oder Abhängigkeitserkrankung gehört, ist eine Hauptanlaufstelle im Gesundheitswesen in diesem Alter die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ca. 50% der dort behandelten Patienten haben ihrerseits psychisch und suchtkranke Eltern. Das Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie reicht von ambulanten Terminen über eine tagesklinische Diagnostik und Therapie bis zur vollstationären Behandlung, ggf. auch geschlossen bei stark fremd- und eigengefährdenden Verhalten. Beratung und Hilfen für Jugendliche bieten bei Fragen zu Sucht und Abhängigkeitserkrankungen auch Drogenberatungsstellen vor Ort an. In der Regel ist aber eine alleinige Behandlung ohne längerfristig angelegte Jugendhilfemaßnahmen mit Hilfen zur Erziehung (z. B. Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft, ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, teil- oder vollstationäre Unterbringung) oder Eingliederungshilfe (z. B. Integrationshilfe, Lerntherapie) nicht ausreichend. Eine enge Vernetzung von Gesundheitswesen, Suchthilfe und Jugendhilfe ist daher unabdingbar.

Wichtige Fragen bezüglich des eigenen Substanzkonsums für alle Jugendlichen, die mit dem Gesundheitssystem in Kontakt kommen, sollten sein:

- *„Bist du schon einmal in einem Auto mitgefahren, das von jemandem (du eingeschlossen) gefahren wurde, der unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stand?“*
- *„Hast du schon einmal Alkohol oder Drogen zur Entspannung genommen oder um dich besser zu fühlen?“*
- *„Hast du schon einmal Alkohol oder Drogen genommen, als du alleine warst?“*
- *„Hast du schon einmal Dinge vergessen, die du getan hast, während du unter Alkohol oder Drogen standest?“*
- *„Haben dir deine Familie oder Freunde schon einmal gesagt, dass du weniger Alkohol oder Drogen nehmen sollst?“*
- *„Bist du schon einmal in Schwierigkeiten geraten, als du Alkohol oder Drogen genommen hast?“*



Wie Sie
Jugendliche
ansprechen
können.

Werden zwei oder mehr dieser Fragen mit Ja beantwortet, weist dies auf einen problematischen Gebrauch hin (NACOA Deutschland 2011), der offen - ohne zu moralisieren und zu verurteilen - mit den Jugendlichen thematisiert werden sollte. Es sollten ihnen entsprechende Anlaufstellen zu Hilfe und Beratung (Drogenberatungsstelle, Kinder- und Jugendpsychiatrie) und im Bedarfsfall zur Behandlung vermittelt werden können (Möller 2020).

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht spielen insbesondere Alkohol- und Cannabiskonsum im Jugendalter eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Zunehmende Relevanz gewinnt auch die Computer- und Internetsucht (Möller 2020).

Die Peer-Group und die Beziehung zu Gleichaltrigen nehmen einen immer größeren Stellenwert ein. Wünschenswert wäre daher neben der Aufklärung der Lehrer auch die Aufklärung der Jugendlichen durch Akteure des Gesundheitssystems (z. B. im Biologie-Unterricht oder im Rahmen der Jugendsprechstunde) über Auswirkungen psychischer und Suchterkrankungen und Unterstützungsmöglichkeiten mit Bekanntmachung örtlicher und bundesweiter Anlaufstellen.

Verstärkt sollten für Jugendliche auch digitale Beratungsformate (z.B. anonyme Onlineberatung, Foren, Gruppenchats usw.) genutzt werden, da die Nutzung des Internets ein selbstverständlicher Bestandteil jugendlicher Lebenswelten darstellt und einen niedrigschweligen Zugang ermöglicht (Jungmann 2019).

Wichtig ist, dass Kinder und Jugendliche im Bedarfsfall auch eigenständig und ohne Einverständnis ihrer Eltern nach Hilfe fragen und sich beraten lassen können. Dies kann insbesondere dann von elementarer Bedeutung sein, wenn ihre Eltern keine Krankheitseinsicht haben oder nicht für Hilfen und Unterstützung für ihre Kinder bereit sind (AG Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern 2020).

Beispiele für bestehende Präventionsangebote für Jugendliche:

- [Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule](#). Das Schulprojekt wurde 2001 vom Verein Irrsinnig Menschlich e.V. entwickelt und wird in Zusammenarbeit mit der Krankenkasse BARMER und gesundheits-ziele.de durchgeführt. Zielgruppe des Präventionsprogramms sind Schülerinnen und Schüler ab der 8. Klasse der Sekundarstufe I und II, ihre Lehrkräfte sowie Auszubildende in Berufsschulen und ihre Ausbilderinnen und Ausbilder. Ziel ist es, das Thema seelische Gesundheit in den Lebensort Schule zu bringen sowie Wege aufzuzeigen, wie Schülerinnen und Schüler sowie Lehrkräfte gemeinsam seelische Gesundheit stärken und Krisen meistern können. Hintergrund ist, dass Menschen dabei unterstützt werden sollen, möglichst früh ihren Unterstützungsbedarf zu erkennen und Hilfe anzunehmen.
- [HaLT - Hart am Limit](#) ist ein kommunales Alkoholpräventionsprogramm für Kinder und Jugendliche. Das Anliegen des Präventionsprogramms ist der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor riskantem und die Gesundheit gefährdendem Alkoholkonsum. Es wendet sich direkt an die Jugendlichen und ihre Eltern, aber auch an Erwachsene, die in Kontakt mit Jugendlichen stehen (z. B. Lehrer/-innen, Trainer/-innen). Schwerpunkt ist Information, Beratung und Schulung von Jugendlichen und Erwachsenen zum Thema Jugendschutz und risikoarmer Umgang mit Alkohol.

Psychoedukation

Eine wichtige Rolle spielt eine dem Entwicklungsalter des Jugendlichen entsprechende Psychoedukation. Folgende Informationen und Botschaften sollten Kindern psychisch und suchtkranker Eltern gegeben werden (Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz 2017):

- *Sucht ist eine psychische Erkrankung und somit eine Krankheit.*
- *Die Eltern sind wegen ihrer psychischen Erkrankung keine schlechten Menschen.*
- *Der Jugendliche hat keine Schuld an psychischen und Suchtproblemen von Vater oder Mutter.*
- *Es kann den Eltern nicht helfen und es ist auch nicht seine Aufgabe, deren Sucht zu kontrollieren oder die Erkrankung zu heilen.*
- *Der Jugendliche hat trotz der Krankheit im Elternhaus das Recht, Kind zu sein, zu spielen, die Welt zu entdecken, Freundschaften zu entwickeln, die eigenen Fähigkeiten zu erproben und sich selbst zu lieben und zu achten.*

Wichtige
Botschaften, die Sie
dem Jugendlichen
vermitteln sollten.

§ 4 KKG: Bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung ist ein stufenweises Vorgehen für Berufsgeheimnisträger bundeseinheitlich geregelt (s. [Vorgehen bei Anhaltspunkten für eine KWG](#) auf Seite 42).

Vernetzung, Kooperation und Fallverantwortung

Die psychische und Suchterkrankung eines oder beider Elternteile hat Auswirkungen auf die gesamte Familie. Von daher müssen die Unterstützungs- und Hilfeangebote auch das gesamte Familiensystem in den Blick nehmen. In die adäquate und umfassende familienorientierte und individuelle Versorgung ist eine Vielzahl von Institutionen und Fachkräften mit unterschiedlichen Aufträgen, Herangehensweisen und Möglichkeiten eingebunden. Dazu gehören Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Jugendhilfe, der Suchthilfe u.a.m., die in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern verankert sind. Dies beinhaltet u.a. eine unterschiedliche Finanzierung der vorgesehenen Leistungen für die Familie. Betroffen sind neben dem SGB VIII und dem SGB V auch Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern wie dem SGB II, dem SGB IX oder dem SGB XII. Von daher müssen die Hilfen interprofessionell entwickelt, gesteuert und miteinander abgestimmt umgesetzt werden.

Bestehende Angebote können nur dann genutzt werden, wenn sie den Familien und Fachkräften bekannt sind. Dieses setzt eine Vernetzung der beteiligten Institutionen und Professionen auch Einzelfall übergreifend voraus. Erforderlich sind Kenntnisse über Aufgaben und Aufträge der einzelnen Anbieter, Angebotsprofile, Zuständigkeiten und Handlungsmöglichkeiten, interne Organisationsabläufe und Arbeitsgrundlagen der jeweiligen Institutionen. Dadurch können falsche Erwartungen abgebaut, gegenseitige Wertschätzung und Akzeptanz aufgebaut und eine realistische Basis für Kooperation geschaffen werden. Raum dazu bieten regelmäßige interprofessionelle Arbeitskreise, Netzwerktreffen, Interprofessionelle Qualitätszirkel oder Runde Tische.

Damit Hilfen von den betroffenen Familien angenommen werden, müssen diese transparent und unter ihrer Mitbeteiligung bedarfsgerecht ausgestaltet werden. Die Familien sollten nicht durch die Beantragung und die Abstimmung von verschiedenen Hilfen überfordert werden. Sie sind mit vielen Unterstützungssystemen, unterschiedlichen Leistungsansprüchen, zahlreichen Verfahren der Anspruchsprüfung und verschiedenen Leistungsvoraussetzungen konfrontiert. Die daraus resultierende Unübersichtlichkeit erfordert eine Begleitung der Familie, eine fallspezifische Koordination und ein klar definiertes Fallmanagement. Als hilfreich bei der *Weiterleitung* der Familie durch die Vielfalt der Versorgungs- und Behandlungssysteme haben sich z.B. die inzwischen an vielen Geburtskliniken und einigen Kinder- und Jugendarztpraxen implementierten Lotsendienste erwiesen.

Eine ganzheitliche, systemübergreifende Herangehensweise und die Notwendigkeit von Hilfen aus mehreren Unterstützungssystemen bedeutet auch für die beteiligten Fachkräfte eine Herausforderung, die sich zum einen bei der Erkennung von Bedarf und zum anderen bei der Vermittlung von Hilfen zeigen (s. Tabelle 7).

Erkennung von Kindern mit Hilfebedarf aufgrund psychisch und suchtkranker Eltern	Kenntnis und Vermittlung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten
<ul style="list-style-type: none"> • Fachkenntnisse von Hinweiszeichen bei Kindern und Eltern • In der Versorgung von psychisch und suchtkranken Eltern: Implementierung der Frage nach der Lebenssituation und dem Befinden der Kinder • In der Versorgung von Kindern: Implementierung der Frage nach der Lebenssituation und dem Befinden der Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen über Inhalte, Verfügbarkeit und Zuständigkeiten von lokalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten. • Abstimmungsprozess: Beteiligung der betroffenen Familien und Beratung mit anderen Fachkräften, um ein geeignetes Angebot zu finden und vermitteln zu können. • Vermittlungsprozess: Motivation zur Annahme der vorgesehenen Angebote • Begleitungsprozess: Sicherstellung, dass die Angebote wahrgenommen werden und weiterhin wirksam und geeignet sind

Tabella 7: Erkennung von Hilfebedarf und Vermittlung von Hilfen

Bei der fallbezogenen Zusammenarbeit sind Fachkräfte unterschiedlicher Berufsgruppen, Institutionen und Versorgungssektoren beteiligt. Das Fallmanagement beinhaltet Absprachen sowie Regelungen bezüglich der gemeinsamen Verantwortung für die Familie und der eigenen Zuständigkeit für zu übernehmende Aufgaben.

Dieses erfordert eine fallübergreifende Kooperations- und Netzwerkarbeit sowie einen Verständigungsprozess über wechselseitige Informationsdefizite und Vorbehalte sowie die Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnisses. Lokale Netzwerke fördern und pflegen den fachlichen Austausch zwischen den Fachkräften und die Koordination der Angebote. Bei diesen kommunikativen Verständigungsprozessen auf Expertenebene dürfen allerdings die Bedürfnisse der Familien nicht aus dem Blick geraten (Lenz 2020).

Gelingensfaktoren für Kooperation im Netzwerk

Aufbau und Pflege eines lokalen Netzwerkes	Haltung und Kommunikation
<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung mit dem lokalen Koordinator der Frühen Hilfen bzw. Kinderschutz • Regelmäßige Teilnahme an Treffen der lokalen Netzwerke • Kenntnisse von Angeboten und Erreichbarkeit der Netzwerkpartner • Aufbau persönlicher Kontakte in einzelnen Bereichen (z.B. Jugendamt) • Schaffung von Transparenz bezüglich der eigenen Angebote und Erreichbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzender, respektvoller und kollegialer Umgang auf Augenhöhe • Ansprache und Klärung von Kommunikationsproblemen • Kenntnisse und Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen • Gemeinsame Verantwortungsübernahme • Verbindlichkeit

Tabella 8: Gelingensfaktoren für Kooperation im Netzwerk

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen psychisch und suchtkranker Eltern stellt eine multiprofessionelle Aufgabe dar, die eine systematische und verbindliche Kooperation aller beteiligten Systeme notwendig macht. Voraussetzungen dafür sind verbindliche Verfahrensabsprachen und systematische und interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Angebote und Leistungen der beteiligten Systeme müssen bekannt sein, zusammengeführt, miteinander abgestimmt und systemübergreifend finanziert werden.

Kooperationsvereinbarungen

Kooperationsvereinbarungen haben den Zweck, die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen in einem Arbeitsfeld systematisch und strukturiert zu organisieren. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es nicht selbstverständlich, dass verbindliche Kooperationsvereinbarungen bei der Betreuung von *Kindern aus psychisch und suchtkranken Familien* zwischen Suchthilfe, Jugendhilfe und Gesundheitswesen flächendeckend in Deutschland existieren

Die bereits existierenden regionalen Vereinbarungen bestehen überwiegend zwischen der Suchthilfe und Jugendhilfe, wobei die Beteiligung des Gesundheitswesens die Ausnahme darstellt (s. Abbildung 20). Diese Beteiligung sollte aber, wenn möglich von der Suchthilfe und der Jugendhilfe eingefordert werden, damit strukturierte Abläufe und klare Zuständigkeiten für die Anbindung der Familie an das Gesundheitswesen sowie umgekehrt vom Gesundheitswesen an die Sucht- und Jugendhilfe gelingen können.

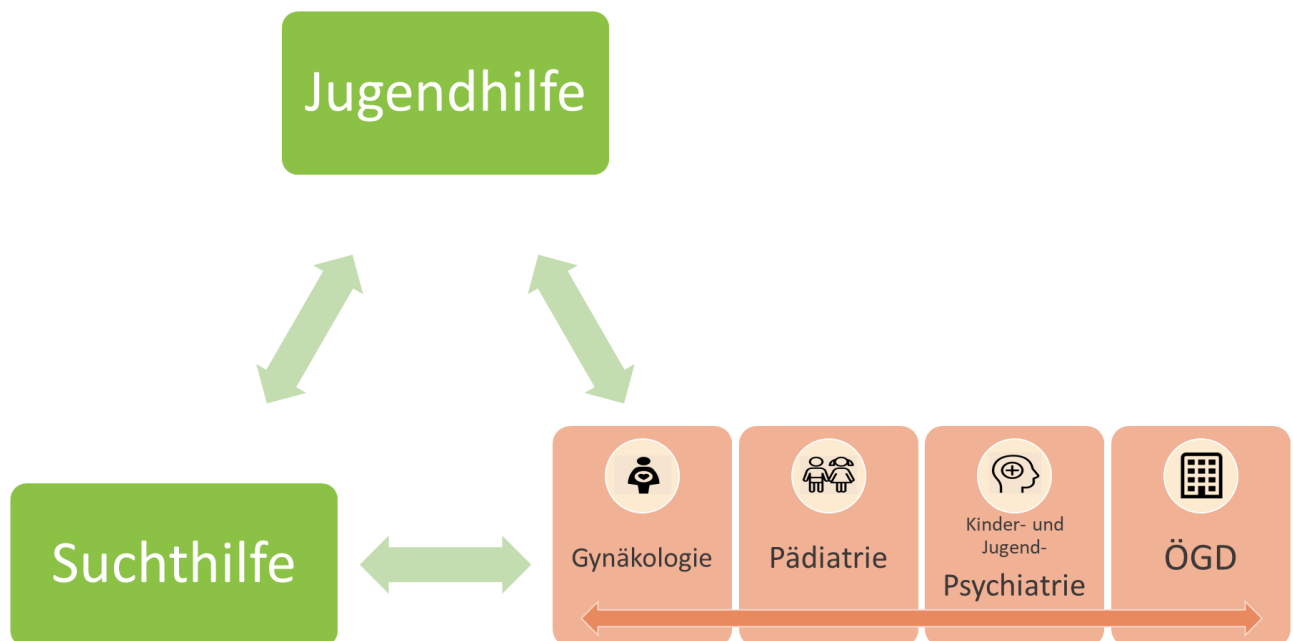


Abbildung 20: Kooperationsvereinbarungen für die Versorgung von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern

Ein Beispiel stellt die Rahmenvereinbarung zur Kooperation [Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr](#) in Hamburg dar, deren Zielgruppe allerdings auf Kinder bis zum ersten Lebensjahr (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg 2015) begrenzt ist.

Verbindliche regionale Vereinbarungen zur strukturierten sozialen und medizinischen Versorgung von Kindern und ihren Familien zwischen Jugendhilfe, Suchthilfe und Teilen des Gesundheitswesens können dazu beitragen, „dass aus dem Nebeneinander von Zuständigkeiten eine Infrastruktur passgenauer Hilfen“ für die oft komplexen Problemlagen dieser Familien ermöglicht werden kann (AG Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern 2020).

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass es wenig zielführend ist, eine bestehende Kooperationsvereinbarung einer anderen Kommune oder eines anderen Kreises auf die Situation vor Ort einfach nur umzuschreiben oder kurz abzustimmen und dann zu erwarten, dass die Kooperation gelingt. Verbindliche Kooperationsvereinbarungen sollten u.a. Antworten auf folgende Leitfragen beinhalten ([Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW 2015](#)):

Grundlagen:

- Wer sind die Partner der Kooperationsvereinbarung?
- Wie sehen die gegenseitigen Erwartungen aus?
- Was ist der jeweilige Gewinn einer Kooperationsvereinbarung?
- Was muss die eine von der jeweils anderen Institution wissen?
- Welche Kommunikationswege bestehen innerhalb/zwischen den beteiligten Institutionen?
- Welche gemeinsamen Ziele haben Sie?

Zielgruppen und Inhalte:

- Wer ist die Zielgruppe der Kooperationsvereinbarung?
- Worüber müssen die Zielgruppen informiert werden?
- Welche Versorgungsstrukturen sind für Kinder und Jugendliche erforderlich?
- Welche rechtlichen Grundlagen sind zu berücksichtigen?
- Welche Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmungen sind zu berücksichtigen?
- Welche inhaltlichen Aspekte muss eine Kooperationsvereinbarung behandeln?

Fallverantwortung im Beratungs- und Unterstützungsprozess

Im Kontext der Arbeit mit Kindern psychisch und suchtkranker Eltern besteht bei den betroffenen Familien häufiger eine reduzierte Mitwirkungsmotivation oder -möglichkeit, die zu fehlender Umsetzung von besprochenen Maßnahmen und zu Kontaktabbrüchen zu den Akteuren des Hilfesystems führen kann. Aus diesem Grund ist in diesem Kontext eine Verantwortungsübernahme einer Fachkraft/Institution notwendig.

Bei einem Kontakt betroffener Familien zum Gesundheitssystem ist die medizinische Fachkraft, die den ersten Kontakt zu der betroffenen Familie hat, fallverantwortlich bis weitere Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten geklärt sind. Diese Fallverantwortung beinhaltet auch die Verpflichtung sicherzustellen, dass empfohlene weitere Schritte von der Familie umgesetzt worden sind.

Häufige primär fallverantwortliche Fachgruppen im Gesundheitssystem sind versorgende Fachärzte wie Gynäkologen, (Kinder- und Jugend-)Psychiater, substituierende Mediziner, Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte oder ärztliche Mitarbeiter einer Akutklinik bzw. Psychiatrische Kliniken.

Im laufenden Hilfeprozess muss die aktuelle Fallverantwortung zwischen den kooperierenden Akteuren immer wieder abgestimmt und geklärt werden (s. Abbildungen 21).

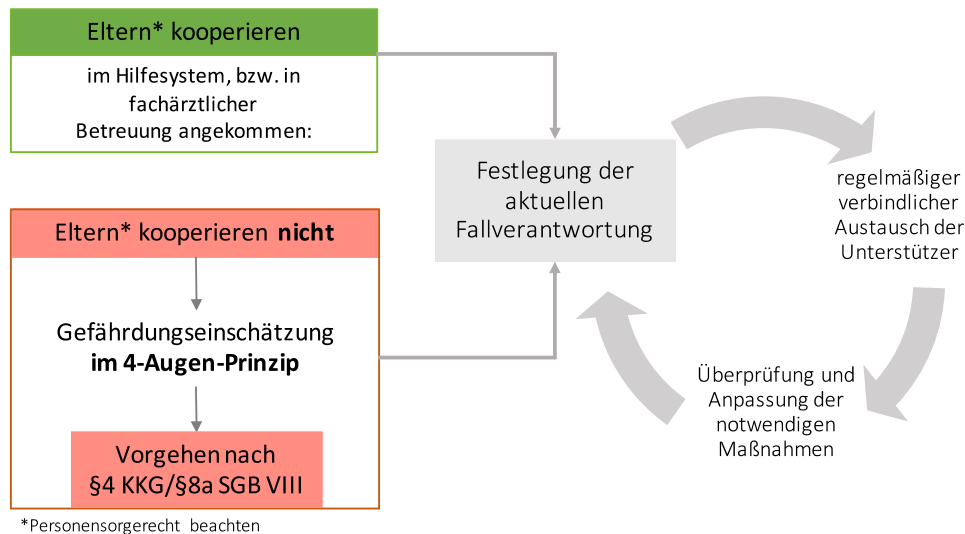


Abbildung 21: Fallverantwortung im Beratungs- und Unterstützungsprozess (Teilaspekt der Abbildung 15)

Zur kontinuierlichen Betreuung der Kinder psychisch und suchtkranker Eltern sollte sowohl unter der Berücksichtigung eines präventiven Ansatzes als auch unter dem Aspekt des Kinderschutzes eine dauerhafte Fallverantwortung im Sozialraum in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe etabliert werden. An einzelnen Standorten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird diese Aufgabe schon von den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten übernommen. Voraussetzung hierfür sind entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen. Häufig bestehen im Öffentlichen Gesundheitsdienst bereits gute Verbindungen zu den Geburtskliniken, Kinderschutzgruppen und -ambulanzen, dem Jugendamt und freien Trägern der Jugendhilfe, die mit den Familien und den Kindern in Kontakt stehen.

Ein mögliches Vorgehen wäre der Einsatz eines *Begleiters* oder Koordinators/Lotsen im Öffentlichen Gesundheitswesen. Dieser könnte die Fallverantwortung von dem primär Fallverantwortlichen nach gegenseitiger Entbindung von der Schweigepflicht übernehmen. In der Folge würde ein gemeinsamer Handlungsplan unter Beteiligung der Sorgeberechtigten, der Kinder und Jugendlichen und der zuständigen Fachkräfte erstellt werden. Der koordinierende Akteur im Gesundheitswesen sollte im Sozialraum so verortet sein, dass ihm die zuständigen Institutionen und Fachkräfte bekannt sind und eine verlässliche Vernetzung und Kooperation besteht.

Einen wichtigen Baustein stellt die konkrete Vorgehensplanung für die Notfallversorgung der Kinder und Jugendlichen im Falle eines akuten Ereignisses wie z.B. einer Klinikeinweisung eines Elternteiles, dar. Für diese Fälle sollte den Kindern eine bekannte Ansprechperson zur Seite stehen sowie eine Unterbringungsmöglichkeit vorbereitet werden.

Dokumentation, Schweigepflicht und Datenschutz

Eine zeitnahe und **vollständige Dokumentation** von Beobachtungen, Einschätzungen und Maßnahmen ist notwendig, um Fallverläufe besser nachvollziehen und beurteilen zu können. Sie leistet neben der Dokumentation der eigenen Arbeit auch einen Beitrag zur möglicherweise im Verlauf notwendigen Prüfung des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung sowie zur Qualitätssicherung präventiver Maßnahmen. Dabei sind datenschutzrechtliche Vorgaben, insbesondere bei der Weitergabe von Inhalten der Dokumentation in Bezug auf die Schweigepflicht einzuhalten.

Im Gesundheitssystem spielt die **Schweigepflicht** eine besondere Rolle. Diese dient dem Schutz des Rechtes auf informationelle Selbstbestimmung, dem Schutz des persönlichen Lebensbereiches und dem Schutz vor Diskriminierung. Zudem erleichtert das Wissen um die Schweigepflicht den Patienten und ihren Eltern, sich gegenüber Fachkräften im Gesundheitssystem zu öffnen.

Die ärztliche Schweigepflicht stellt in Kooperationsstrukturen eine große Herausforderung dar. Dies gilt sowohl für präventive Arbeitsbereiche als auch im Rahmen von laufenden Kinderschutzverfahren.

Im Strafgesetzbuch (§ 203 StGB) ist die Schweigepflicht von Ärzten, deren Mitarbeitern und Angehörigen anderer Heilberufe geregelt. Diese ist immer zu wahren, wenn keine Schweigepflichtentbindung vorliegt. Sie bezieht sich auf alle erhobenen Daten, Befunde und Äußerungen einer Person sowie auch darauf, dass eine betroffene Person Ihre Einrichtung aufgesucht hat, d.h. auch gegenüber anderen Ärzten und Kollegen, Familienmitgliedern der aufsuchenden Person, auch über den Tod hinaus. Die Weitergabe von Inhalten der Dokumentation an Dritte ist erst nach Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten und/oder der einwilligungsfähigen¹ Minderjährigen zulässig.

Die Schweigepflichtentbindung sollte folgende Daten enthalten:

- Welche Informationen werden für welchen Zeitraum weitergegeben?
- Von wem werden die Informationen weitergegeben?
- An wen werden die Informationen weitergegeben?

Eine Schweigepflichtentbindung sollte in regelmäßigen Abständen erneuert werden, damit sichergestellt ist, dass diese dem aktuellen Willen der entbindenden Person entspricht. Ein Informationsaustausch zwischen Fachkräften kann daher jederzeit im Einverständnis der einwilligungsfähigen Minderjährigen und/oder der Personensorgeberechtigten erfolgen ([s. Anhang 8 Mustervorlage Schweigepflichtentbindung](#)).

¹ Unter Einwilligungsfähigkeit im medizinrechtlichen Sinne versteht man die Fähigkeit des Patienten, seine Einwilligung in eine ärztliche Heilbehandlung erteilen zu können. Die Einwilligungsfähigkeit liegt vor, wenn der Patient in der Lage ist, die Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung zu erkennen, angemessen zu beurteilen und danach zu handeln (Einsichtsfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Steuerungsfähigkeit).

Um festzustellen, ob der Minderjährige die erforderliche Fähigkeit zur Einsicht, zum Urteil und zur Steuerung besitzt, muss auf seine geistige Entwicklung und seine Reife abgestellt werden. Lediglich als Orientierung kann man sagen, dass ein Minderjähriger unter 14 Jahren in der Regel nicht einwilligungsfähig ist, während ein Minderjähriger über 16 Jahren zumeist die nötige Einsichtsfähigkeit besitzt.

Eine **Offenbarungsbefugnis**, d.h. das Brechen der Schweigepflicht ohne Einwilligung, besteht bei Vorliegen eines *rechtfertigenden Notstandes* (§ 35 StGB). Voraussetzung dafür ist eine gründliche Abwägung, ob das Brechen der Schweigepflicht ein geeignetes und erforderliches Mittel ist, um eine akute Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit abzuwenden, die über das Geheimhaltungsinteresse der betroffenen Person hinausgeht z.B. bei selbst- und/oder fremdgefährdenden Personen.

Eine **Offenbarungspflicht** besteht gegenüber Strafbehörden, wenn das Leben eines Kindes bedroht ist oder bei weiteren nichtangezeigten geplanten Straftaten (§ 138 StGB). Das Gleiche kann gelten, wenn sich die Gewalt gegen eine Person richtet, die ebenfalls von Ihnen behandelt wird.

Offenbarungsbefugnis im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

Das KKG regelt bundeseinheitlich die Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger an das zuständige Jugendamt beim Auftreten von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung.

Der § 4 KKG sieht ein mehrstufiges Vorgehen zur Abwendung einer Kindesgefährdung vor, das eine Beratung der Berufsgeheimnisträger durch eine insoweit erfahrene Fachkraft zur Gefährdungseinschätzung sowie eine Offenbarungsbefugnis vorsieht. Den Berufsgeheimnisträgern ist es somit erlaubt, dem zuständigen Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung mitzuteilen und somit Informationen auch ohne Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten weiterzugeben (s. [Vorgehen bei Anhaltspunkten für eine KWG](#)).

In diesem Fall sind die Berufsgeheimnisträger berechtigt, alle erforderlichen Daten zu übermitteln. Explizit heißt dies, dass die Schweigepflicht bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung gebrochen werden darf. Das Gesetz sieht eine Information der Sorgeberechtigten darüber prinzipiell vor. Wird der Schutz des Kindes durch eine Vorinformation der Sorgeberechtigten allerdings gefährdet, so darf auch ohne vorheriges Gespräch eine Mitteilung an das zuständige Jugendamt getätigt werden.

Bei Anwendung der Offenbarungsbefugnis (*Bruch der Schweigepflicht*) sollte immer eine ausreichende Dokumentation der rechtfertigenden Gründe (Güterabwägung) erfolgen.

Versorgungsstrukturen (*good practice- Beispiele*)

Die folgenden Beispiele für Hilfesysteme sind über das Gesundheitssystem zugänglich oder es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitssystem und weiteren Systemen.

Beispiel für regionales Netzwerk Früher Hilfen bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern Kooperation in der Stadt Hilden

Ein Beispiel, wie eine Kooperation zwischen Bereichen Gesundheits- und Jugendhilfe auch bei komplexen Fällen gelingen kann, stellt der sektorenübergreifende Arbeitskreis Kinderzukunft in der Stadt Hilden (s. Abbildung 22) dar:

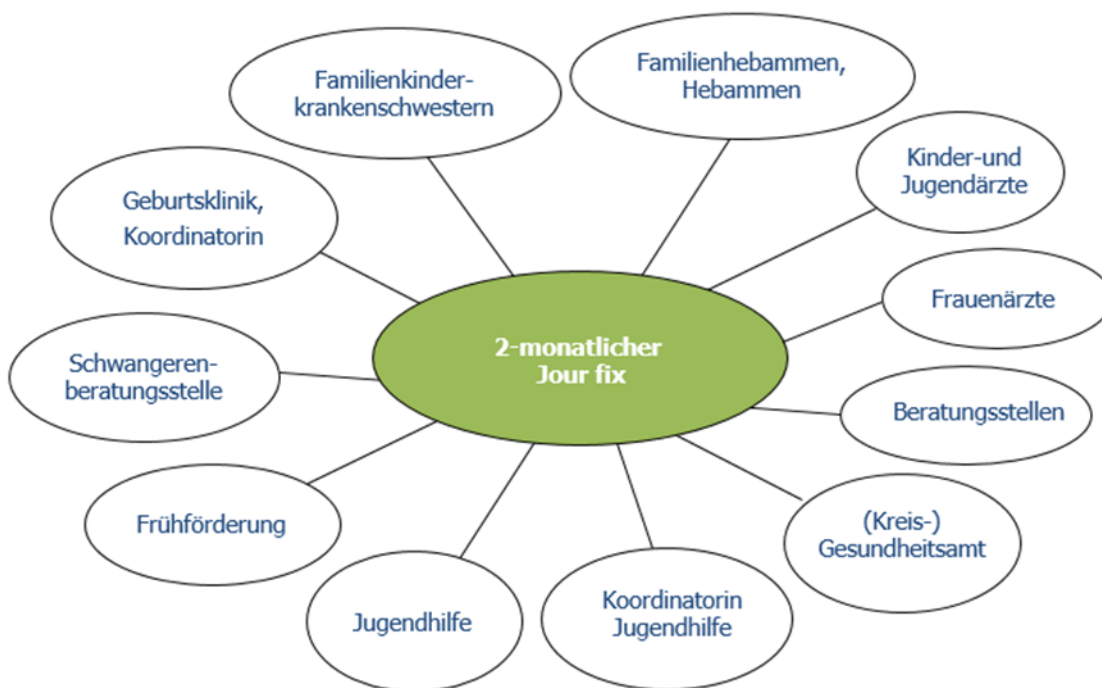


Abbildung 22: Sektorenübergreifender Arbeitskreis der Stadt Hilden nach Kratzsch 2019

In diesem Modell finden in zweimonatlichen Abständen an jeweils festgelegten Tagen fachübergreifende und fallbezogene Netzwerkkonferenzen (*Runder Tisch*) statt. An diesen Konferenzen nehmen die an den Fällen beteiligten Professionen bzw. Institutionen (siehe Schema), wenigstens ein Vertreter aus dem Bereich der Wohlfahrtsverbände sowie der Oberarzt der Frauenklinik teil. Im Rahmen der Konferenzen werden komplexe und unklare Fälle in pseudonymisierter Form diskutiert und gemeinsame Lösungswege gesucht. Zudem informieren sich die Teilnehmer gegenseitig über bestehende Angebote der Frühen Hilfen in der Stadt.

Beispiel für einen interprofessionellen Austausch

Interprofessionelle Qualitätszirkel

Ähnliche Ziele wie der Arbeitskreis Frühe Hilfen in Hilden verfolgen die 2010 in Baden-Württemberg in Kooperation von Nationalem Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) und Kassenärztlicher Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) als Modellprojekt gestarteten Interprofessionellen Qualitätszirkel (IQZ). Sie sind ein Vernetzungsprojekt des NZFH in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), das bundesweit flächendeckend etabliert und in die Regelversorgung überführt werden soll. IQZ dienen der Vernetzung von Mitarbeitenden aus Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe sowie weiteren im Bereich der Frühen Hilfen tätigen Berufsgruppen (Siebold et al 2016). Sie werden moderiert von speziell ausgebildeten Moderatorentandems aus Kinder- und Jugendärzten und Mitarbeitenden der Jugendhilfe. Die IQZ bieten ein Forum für den Austausch, dienen der Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens, der gemeinsamen Weiterqualifizierung und Fortbildung, ferner der Qualitätsentwicklung und -sicherung.

In den IQZ sollen insbesondere die kritischen und/oder schwierigen Fälle der teilnehmenden Ärzte und Therapeuten vorgestellt werden, bei denen zum Beispiel der Verdacht auf Vernachlässigung eines Kindes besteht oder auf das Vorliegen einer Situation, die dem kindlichen Gedeihen nicht förderlich ist. Ziel ist es, auf der Grundlage des Erfahrungswissens der Teilnehmer eine adäquate Lösung für den vorgestellten Fall zu entwickeln, den vorstellenden Arzt / Therapeuten in Bezug auf das weitere Vorgehen zu unterstützen und die Bereitschaft der Patienten zur frühzeitigen Hilfeannahme zu verbessern.

Die Anforderungen an die QZ richten sich nach den Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV. Eines der Ziele ist auch die Entwicklung von verbindlichen Rahmenvereinbarungen und Kooperationsverfahren (weitere Infos siehe <https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-fruehe-hilfen/kooperationen-in-den-fruehen-hilfen/interprofessionelle-qualitaetszirkel/>).

Beispiel für Versorgungsstrukturen von der Schwangerschaft bis zum Vorschulalter

KinderZukunft NRW

KinderZukunft NRW ist ein Präventionsmodell zum vorbeugenden Kinderschutz und zur frühen Gesundheitsförderung von Kindern aus psychosozial und gesundheitlich belasteten Familien, das aktuell in 10 Geburtskliniken in Nordrhein-Westfalen eigenständig durchgeführt wird. Finanziert wird es über die Bundesstiftung Frühe Hilfen seit 2018, aus Eigenmitteln der Kliniken und durch die Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft.

Alle Handlungsempfehlungen und Mindeststandards zur Vor- und nachgeburtliche Phase (Frauenarzt), zur Geburtliche Phase (Geburtsklinik) und zur Nachgeburtliche Phase (Kinder- und Jugendarzt) finden Sie im [Handbuch](#) der Frühen Hilfen in KinderZukunft NRW, Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft (Kratzsch 2017). Ein Update des Handbuches ist geplant.

Das Modell gliedert sich in drei Phasen: 1. Vor- und nachgeburtliche Phase (Frauenarzt), 2. Geburtliche Phase (Geburtsklinik) und 3. Nachgeburtliche Phase (Kinder- und Jugendarzt), die die in der Übersicht (s. Abbildung 23) dargestellten Bausteine enthalten.

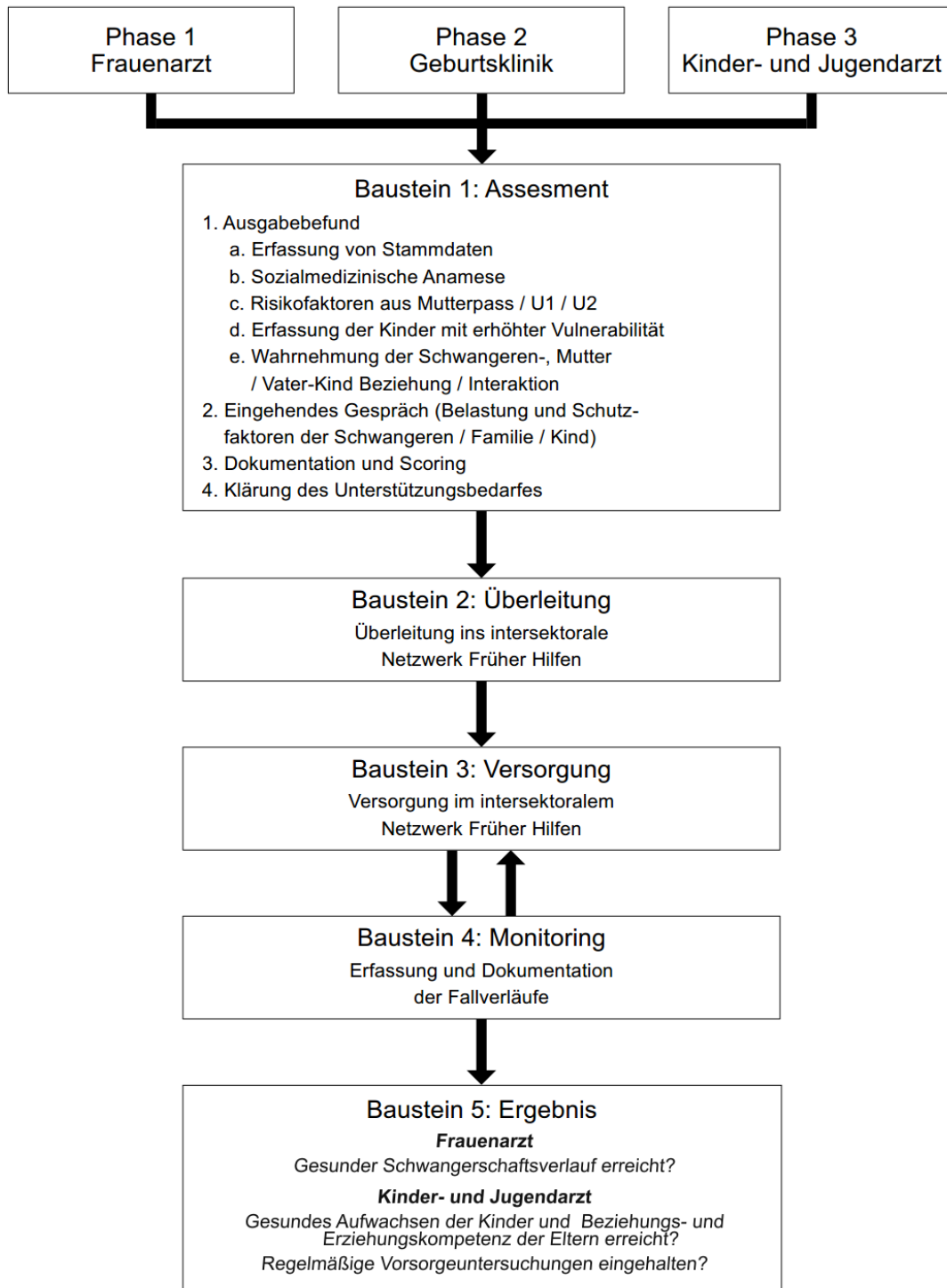


Abbildung 23: Auszug aus dem Handbuch zur Umsetzung der Frühen Hilfen in KinderZukunft NRW, Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft (Kratzsch 2017)

Das **Assessment** verläuft beim Frauenarzt, in der Geburtsklinik und beim Kinder- und Jugendarzt in der im Ablaufschema dargestellten Schrittfolge.

1. Ausgabebefund

- Erhebung der Stammdaten:
Geburtsdatum der Schwangeren, der entbindenden Mutter bzw. Geburtsdatum des Kindes, PLZ, Krankenkasse, Familienstand, Zahl der im Haushalt lebenden Kinder,

- Erhebung der sozialmedizinischen Anamnese:
Gesundheitliche und psychosoziale Belastungen, Schutzfaktoren
 - Berücksichtigung der Risikofaktoren aus dem Mutterpass/U1/U2
 - Wahrnehmung der Schwangeren-, Eltern-Kind-Beziehung bzw. Interaktion.
Schwangerschaft erwünscht? Interaktionsbeobachtung auf der Wöchnerinnenstation und in der pädiatrischen Praxis.
2. Eingehendes Gespräch mit der Schwangeren, der Mutter bzw. dem Elternteil, wenn psychosoziale und / oder gesundheitliche Belastungen vorliegen. Das Gespräch dient der weiteren Abklärung der ermittelten Belastungen und Schutzfaktoren bei der Schwangeren, der Familie und dem Kind.
 3. Dokumentation und Bewertung
Die ermittelten familiären Belastungen und Gesundheitsrisiken, die kindbezogenen Risikofaktoren sowie die Schutzfaktoren werden in einem Risikoscreeningbogen in der Geburtsklinik bzw. in einem vor- und nachgeburtlichen Bogen festgehalten und dokumentiert. Beispiellbögen finden sich im [Anhang 9](#).
Nach Klärung des Unterstützungsbedarfes und der familiären Ressourcen werden Schwangere, Familie und Kind in das System der Frühen Hilfen übergeleitet. Voraussetzung für eine gelingende Überleitung ist, dass die jeweiligen Ansprechpartner persönlichen Kontakt zueinander aufnehmen und deren Versorgungs-Schwerpunkte sowie Zuständigkeiten im Netzwerk Früher Hilfen bekannt sind. Die Netzwerk-Partner erfüllen berufs- und institutionsspezifisch unterschiedliche Aufgaben und ergänzen sich gegenseitig.
 4. Überleitung
Die Überleitung in die verschiedenen Bereiche der Frühen Hilfen, insbesondere in die Bereiche Gesundheitswesen und Jugendhilfe, kann erleichtert werden, wenn die Netzwerk-Koordinatoren des Gesundheitswesens in Geburtskliniken und Gesundheitsämtern und der Jugendhilfe eng zusammenarbeiten. Beide haben einen Überblick über die jeweiligen Angebote in ihren Bereichen, informieren sich gegenseitig und unterstützen die Kontaktaufnahme zu den infrage kommenden Stellen. In Einzelfällen können sie eine Lotsenaufgabe bei der Vermittlung ins Netzwerk Früher Hilfen übernehmen. Sie bieten Unterstützung an, wenn es in der Kommunikation der Akteure der Frühen Hilfen hakt oder erforderliche Rückmeldungen ausbleiben.
Die Kontaktpunkte zwischen den Akteuren sind sensible Phasen, bei denen die Zusammenarbeit gelingen oder auch scheitern kann. Das Einverständnis der sorgeberechtigten Eltern vorausgesetzt, geben die beteiligten Fachkräfte sich gegenseitig Rückmeldung, dass die Familie bei der jeweils vermittelten Stelle angekommen ist.
Insbesondere bei Fällen, in denen hoher Unterstützungsbedarf besteht und empfohlene Angebote nicht wahrgenommen oder umgesetzt werden, besteht ein erhöhtes Risiko für eine Kindeswohlgefährdung.

Beispiel für das Arbeiten in der Entwicklungsambulanz

Wiener Modell

Die Entwicklungsambulanz in Wien:

Diese Spezialeinrichtung befindet sich im Südwesten Wiens, auf dem Gelände des Krankenhauses Hietzing mit dem neurologischen Zentrum Rosenhügel und gehört zum Wiener KAV (Krankenanstaltenverbund). Die Einbindung in dieses Netz erweist sich als großer Vorteil bei der engmaschigen und verbindlichen Versorgung von Kindern aus suchtblasteten Familien. Aus der Selbstbeschreibung:

„Die Entwicklungsambulanz ist eine Spezialambulanz für Kinder (0-6 Jahre), die komplexen prä- und postnatalen Risiken ausgesetzt sind. In Zusammenarbeit mit anderen Institutionen werden Kinder substanzabhängiger Mütter in ihrer Entwicklung begleitet. Die Betreuung umfasst entwicklungsneurologische Untersuchungen von Kindern im Säuglings- bis ins Vorschulalter, eine Abklärung hinsichtlich des Förderbedarfs (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie), psychologische Tests, sowie die frühe Erfassung und Behandlung von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten im Kleinkindalter. Bei Bedarf wird eine spezifische Behandlung (Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Logopädie, Psychoedukation für Angehörige, Psychotherapeutische Interventionen) angeboten oder vermittelt. Bei den Untersuchungen steht die Mutter-Kind-Beziehung als ein Motor der kindlichen Entwicklung im Zentrum. Dazu erhalten die Eltern eine ausführliche, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Beratung.“

Vor dem ersten Termin in der Entwicklungsambulanz: Das Wilhelminenspital ist für die Entbindungen von suchtkranken (insbesondere opiatabhängigen, substituierten) Müttern eine der Schwerpunktkliniken. Man nimmt zeitgleich maximal 3 derartiger Fälle auf, um angemessen versorgen zu können und das Personal nicht zu überlasten. Dieselbe Regelung betrifft 2 weitere Spitäler. In anderen Kliniken finden seltener/jeweils nur einzelne Entbindungen von Kindern mit NAS statt. Diese Kliniken werden aus den Schwerpunkteinrichtungen heraus beraten und unterstützt. Das in der Klinik praktizierte *primary-care*-Konzept beinhaltet ein Bezugspflegenden-System für alle mit NAS Neugeborenen, d.h. von Beginn bis Abschluss des stationären Aufenthalts ist eine für opiatabhängige Mütter/deren Kinder besonders sensibilisierte und qualifizierte Krankenschwester zuständige Ansprechpartnerin.

Der Zugang in die Entwicklungsambulanz erfolgt direkt über spezialisierte Entbindungseinrichtungen. Der Neonatologie vorgeschaltet sind Risikoambulanzen (ebenfalls in der Klinik). Viele Mütter sind vorab bereits in Substitution und bei der Drogenhilfe eingebunden

Die Einrichtung ist gut vorbereitet auf das, was in der Behandlung der substituierten Mütter zu erwarten ist, z. B. auch auf den verbreiteten zusätzlichen Konsum von Benzodiazepinen und Barbituraten oder auf schwere Traumatisierungen und psychische Störungen sowie prekäre Lebensverhältnisse. Die interdisziplinäre Zusammensetzung des Teams erhöht die Chance, mit derart komplexen Problemlagen umzugehen und auch längerfristige Unterstützung zu organisieren. Nicht selten waren bereits ältere Geschwisterkinder gemeinsam mit den Eltern in der Entwicklungsambulanz, deren sehr gute Haltequote für die Attraktivität dieser Einrichtung spricht. Schon der Name *Entwicklungsambulanz* vermeidet das Risiko, dass Stigmatisierung abstößt.

Zusammengefasst: Die Zielgruppe wird durch dieses spezialisierte Angebot erreicht und langfristig eingebunden, ggf. auch über nachgehende Arbeit und Einbeziehung der Fürsorge (Jugendamt). Durch das interdisziplinäre jahrelange Monitoring werden Entwicklungsstörungen frühzeitig erkannt und behandelt. Die Einbeziehung der Eltern fokussiert auch das Risiko von Bindungsstörungen und ermöglicht individuell zugeschnittenes Training (Elstner et al. 2001).

Beispiel für eine sektorenübergreifende Versorgung für Kinder und Jugendliche mit psychisch und suchtkranken Eltern

CHIMPS-NET (Children of mentally ill Parents Network)

CHIMPS-NET ist ein Beispiel für die sektorenübergreifende Versorgung für Kinder und Jugendliche (3-18 Jahre) mit psychisch und suchtkranken Eltern. Es ist ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Innovationsausschuss gefördertes Projekt. In diesem Projekt sollen bundesweit (in jedem Bundesland an mindestens einem Standort) die Kinder und Jugendliche bereits während der Behandlung ihrer Eltern in der Erwachsenenpsychiatrie auf psychische Auffälligkeiten hin untersucht und ihnen und ihrer Familie ein für sie passendes Behandlungsangebot gemacht werden. Ziele des Projektes sind: Verbesserung der psychischen Gesundheit und Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen von psychisch kranken Eltern sowie der Eltern selbst, Stärkung der Krankheitsbewältigung und der Familienbeziehungen sowie der sozialen Unterstützung der Familie, Unterstützung der Familien in allen Fragen des Alltags sowie Eruiierung weitergehender Unterstützungsmaßnahmen. Neben zahlreichen Uni-Kliniken sind auch einige Krankenkassen als Konsortialpartner einbezogen.

Beispiel für die praktische Unterstützung von Fachkräften im Umgang mit Kindern von psychisch und suchtkranken Eltern, um ihnen Halt zu geben

Kindern von Suchtkranken Halt geben

Unter dem Titel *Kindern von Suchtkranken Halt geben* startete am 15. Februar 2005 ein Projekt, das der Bundesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe in Zusammenarbeit mit dem BKK Bundesverband durchführte. Ziel des Projekts war, Erzieher, Lehrer, Mitarbeiter in der Jugend-, Suchtkranken- und Sucht-Selbsthilfe sowie auch die breite Öffentlichkeit auf die Probleme von Kindern in Suchtfamilien aufmerksam zu machen und das gesellschaftliche Schweigen zu überwinden. Betroffenen Kindern sollte aus ihrer sozialen Isolation herausgeholfen werden, denn Kinder haben eine bessere Chance, Hilfe zu erhalten, wenn ihre Umgebung sensibel auf sie reagiert und Eltern ihre Scham überwinden und Hilfeangebote annehmen.

Im Jahr 2018 wurde eine Neuauflage der Broschüre zum gleichnamigen Projekt herausgegeben.

IV Informationen

Informationen für Fachkräfte

Lehrbücher Kinder psychisch und suchtkranker Eltern

- Gortner L, Dudenhausen J. W. (Hrsg.) (2017). Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen. Springer Verlag. Heidelberg.
- Klein M (2008). Kinder und Suchtgefahren. Risiken Prävention Hilfen. Schattauer Verlag. Stuttgart. New York.
- Kölch M, Ziegenhain U, Fegert JM (2014). Kinder psychisch kranker Eltern. Beltz Juventa.
- Langraf M, Hoff T (2019). Fetale Alkoholspektrumstörungen - Diagnostik, Therapie, Prävention. Kohlhammer. Stuttgart.
- Lenz A, Wiegand-Grefe S (2017a). Kinder psychisch kranker Eltern – Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 23. Hogrefe Verlag.
- Plattner A (2017). Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern. Reinhardt Verlag. München.

Weitere Lehrbücher

- Biesel K, Urban-Stahl U (2018). Lehrbuch Kinderschutz. Beltz Juventa. Weinheim.
- Herrmann B, Dettmeyer RB, Banaschak S, Thyen U (2016). Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer Verlag. 3.Auflage. Berlin
- Klosterkötter J, Maier W (2017). Handbuch Präventive Psychiatrie. Schattauer Verlag.
- Mall V, Friedmann A (Hrsg.) (2016). Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Springer Verlag. Heidelberg.
- Oswald C, Meeß J (2019). Methodenhandbuch Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien. Lambertus Verlag. Freiburg.
- Thoms E, Salgo L, Lack K (2015), Kinderschutz in der frühen Kindheit. Ein Leitfaden für die Praxis. Psychosozial-Verlag Gießen.

Handlungsempfehlungen, Leitfäden und Rechtliche Grundlagen

- DGBS e.V. und DGPPN e.V.: S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion. 2019.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015. www.depression.versorgungsleitlinien.de.
- DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe: S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK, DGPPN (2016): S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen. Springer Verlag. Heidelberg. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/42b731d6180ceeaceae551fc8ae2a1b54eea591a/S3-LL-Methamphetamin_lang.pdf
- Kinderschutzleitlinienbüro (2019) AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, Februar 2019, AWMF-Registernummer: 027–069. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-069.html>. Zugriff 2020.01.23

- Charité Berlin, Handlungsempfehlung zum Umgang mit suchtblasteten Schwangeren und werdenden Familien in geburtshilflichen Kliniken, 2. Auflage, November 2018
- Nagel M, Siedentopf JP (2017). Schwangerschaft – Sucht - Hilfe. Ein Leitfaden. Berlin 2017 https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/Sprechstunde/Suchterkrankungen/Schwangerschaft-Sucht-Hilfe_2017.pdf
- NACOA Deutschland – Interessensvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V., Hilfe für Kinder aus suchtblasteten Familien. Ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen, 2011. https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/%C3%84rztebrosch%C3%BCre_klein.pdf
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/Hinweise_und_Empfehlungen_aerztliche_Schweigepflicht_Datenschutz_Datenerarbeitung_09.03.2018.pdf

Fachgesellschaften und Verbände

- AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern, Abgestimmte Hilfen für die ganze Familie, <https://www.ag-kpke.de/>
- BKE – Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. <https://bke.de/>
- Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern <http://bag-kipe.de/>
- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. <https://www.bapk.de/der-bapk.html>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. <https://www.dhs.de/start.html>
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin <https://www.dgkim.de/>
- Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V. <http://marce-gesellschaft.de/>
- NACOA Deutschland – Interessensvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. <https://nacoa.de/>
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen <https://www.fruehehilfen.de/>
- Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern <https://www.netz-und-boden.de/>

Tagungsdokumentationen / Stellungnahmen

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Stellungnahmen zur Versorgungssituation in Deutschland. <https://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen.html>.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017): Tagungsdokumentation Jahrestagung 2017 „Kinder aus suchtblasteten Familien“ https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/1_Gesetzgebung/Bilder/Jahrestagung2017/170620_Brosch_Kinder_aus_suchtblasteten_Familien_WEB.pdf

Informationen und Arbeitshilfen im Kontext Kinder psychisch und suchtkranker Eltern

- Infomaterial der Bundesregierung zum Thema Drogen und Sucht: https://www.bundesregierung.de/SiteGlobals/Forms/Webs/Breg/Suche/DE/Infomaterial/Solr_Infomaterial_Formular.html?nn=670290&submit=suchen&resultsPerPage=15&ressort=bmg-d&sortOrder=dateOfIssue_dt+desc

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2013). Zur Wirksamkeit früher Unterstützungsangebote für Kinder, Jugendliche und ihre Familien (Handreichung). <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/zur-wirksamkeit-frueher-unterstuetzungsangebote/>
- Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA. Wissensnetzwerk w-kis. <https://w-kis.de/>
- Marcé Gesellschaft für peripartale psychische Erkrankungen e.V. Instrumente & Management. <http://marce-gesellschaft.de/materialien/>
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Handreichung Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen (Materialien zu den Frühen Hilfen, Nationales Zentrum Frühe Hilfen: [Handreichung 9 des NZFH \(Eltern mit psychischen Erkrankungen\)](#))
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich. 2019. <https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-fruehe-hilfen/arbeitshilfen-fuer-die-praxis/dokumentationsvorlage/bestellen-oder-herunterladen/>
- Unterstützung zur Suche nach regionalen Angeboten für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern bietet z.B. folgender LINK <http://bag-kipe.de/einrichtungen-projekte/>

Beispiele für Projekte

- AG Kinder psychisch kranker Eltern (2019), Expertise. Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil. [Schmenger & Schmutz 2019](#)
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg 2015. <https://www.hamburg.de/contentblob/2452156/9ff90ca05124302c9af8cac5f6fa3ce4/data/kooperationsvereinbarung-familie-kind-sucht-download.pdf>
- Förderkreis KIPKEL e.V. Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern https://www.kipkel.de/home_ohne_opener.html
- Frühe Hilfen, Rhein-Neckar-Kreis (2016). Gesprächsleitfaden zur psychosozialen Situation (Hand in Hand – perinatales Präventionsnetz im Rhein-Neckar-Kreis. http://www.hand-in-hand-rheinneckar.de/intern_untersuchungsmaterialien/
- Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA (2015). Arbeitshilfe" zur "Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung", herausgegeben von der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA von 2015 https://www.belladonna-essen.de/fileadmin/user_upload/documents/Publikationen/Arbeitshilfe_Entwicklung_einer_Kooperationsvereinbarung.pdf

Informationen für Kinder und Jugendliche

Beratungsangebote

- Notteléfono *Hilfe, meine Eltern trinken!*: 0800 280 280 1
Geschulte Berater sind werktags von 17.00 bis 23.00 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen rund um die Uhr für Kinder aus suchtbelasteten Familien da
- Kinder- und Jugendtelefon (Nummer gegen Kummer): 116111
Mo-Sa 14.00 bis 20.00 Uhr; Mo/Mi/Do 10.00 bis 12.00 Uhr
<https://www.nummergegenkummer.de/kinder-und-jugendtelefon.html>
- BKE Jugendberatung (Email) <https://jugend.bke-beratung.de/views/home/index.html>

Internet

- Website <https://www.kidkit.de/>
Kinder und Jugendliche können per eMail Kontakt zu geschulten Beratern aufnehmen
- Website <https://www.traudich.nacoa.de/>
Jugendliche erhalten altersgemäße Informationen über Sucht in der Familie und erfahren, wo es Hilfe gibt
- Pausentaste: Ein Angebot für Kinder und Jugendliche, die sich um ihre Familie kümmern
<https://www.pausentaste.de>
- Website <http://www.kipsy.net/>

Literatur

- Broschüre des BMG für Kinder aus suchtbelasteten Familien
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/Broschuere_Kinder_aus_suchtbelasteten_Familien.pdf
- Jetzt bin ich dran – Informationen für Kinder von 8-12 Jahren mit psychisch kranken Eltern
http://www.kipsy.net/fileadmin/internet/media/pdf/bapk_kinderbroschuere.pdf
- It's my turn – Informationen für Jugendliche, die psychisch kranke Eltern haben
http://www.kipsy.net/fileadmin/internet/media/pdf/bapk_jugendlichenbroschuere.pdf

Kinderbücher (Auswahl)

- Frauke Angel, Jana Pischang (2017): *Mama Mutsch und mein Geheimnis*. Jungbrunnen Verlag.
- Sigrun Eder, Petra Rebhandl-Schartner, Evi Gasser (2013): *Annikas andere Welt. Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern*. Salzburg: edition riedenburg.
- Gliemann C, Faichny N (2014): *Papas Seele hat Schnupfen. Kinder von 6 bis 8 Jahre*. Monterosa 2014. Begleitmaterial: Gliemann C, Kistner S, Bernard I., Unterrichtsimpulse für Klasse 3 bis 6. Monterosa 2016
- Schirin Homeier (2006): *Sonnige Traurigtage. Ein Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern*. Frankfurt: Mabuse-Verlag, Frankfurt.
- Schirin Homeier (2019): *Flaschenpost nach irgendwo. Ein Kinderfachbuch für Kinder suchtkranker Eltern*. Mabuse-Verlag, Frankfurt
- Moritz Honert (2014): *Die Geschichte von Nepomuk und Herrn Heinz*. Blaukreuz-Verlauf, Lüdenscheid
- Lisa Jung (2018): *Nono im Taumeltraumel*. Blaukreuz-Verlag, Lüdenscheid
- Sylvie Kohl (2009): *Sorgen um Mama. Ein Kinderbuch zum Thema Sucht in der Familie*. Turmhut Verlag, Stockheim

- Sylvie Kohl (2010): Warum tut Papa das? Ein Kinderbuch zum Thema Sucht in der Familie für Kinder ab 9 Jahren. Turmhut Verlag, Stockheim
- Anne-Christine Loschnigg-Barman (2013): Blumen für Pina. Mabuse-Verlag, Frankfurt
- Erdmute von Mosch (2008): Mamas Monster. Was ist bloß mit Mama los? Balance Buch und Medien Verlag, Köln.
- Anna Sündbeck (2016): Papa Panda ist krank. Ein Bilderbuch für Kinder mit einem depressiven Elternteil. Mabuse-Verlag, Frankfurt
- Christiane Tilly, Anja Offermann (2012): Mama, Mia und das Schleuderprogramm. Kindern Borderline erklären. Balance Buch und Medien Verlag, Köln.
- Susanne Wunderer (2010): Warum ist Mama traurig? Ein Vorlesebuch für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil. Mabuse-Verlag, Frankfurt.
- »Bitte, Hör auf!« Bilderbuch für Kinder aus suchtbelasteten Familien im Alter von 5 bis 9 Jahren DHS (2002, 1. Auflage)
https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Bitte_hoer_auf.pdf
- Voll normal! – Ein Comic für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien im Alter von 12 bis 15 Jahren DHS (2004, 1. Auflage)
https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Voll_normal.pdf
- Fluffi. Bilderbuch für Kinder von 5 bis 8 Jahren. Eigenverlag NACOA Deutschland. Bezug: bestellung@nacoa.de
<https://nacoa.de/kinderbilderbuch-fluffi>
- Leon findet seinen Weg. Ein Bilderbuch für Kinder mit Handlungsleitfaden für pädagogische Fachkräfte. Bezug: Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., Büro für Suchtprävention, Hölderlinstraße 8, 55131 Mainz
<https://lzg-akademie-rlp.de/material/>
- Mia, Mats und Moritz ... und ihre Mama, wenn sie wieder trinkt. Ein Bilderbuch für Kinder. DHS (2019, 4. Auflage)
https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Mia_Mats_Moritz.pdf
Dazu erschienen: Mia, Mats und Moritz ... das Begleitheft. Anleitung für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen. DHS (2017, 2. Auflage)
https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/2017_Mia_Matz_und_Moritz_Begleitheft.pdf
- Louis und Alina. Wenn die Eltern trinken. Ein Tagebuch für Kinder von 10-15 Jahren. DHS (2017, 1. Auflage)
https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/2017_Luis-und-Alina-Tagebuch.pdf
Dazu erschienen: Louis und Alina. Das Begleitheft. Anleitung für Fachkräfte, Ärztinnen und Freiwillige DHS (2017, 1. Auflage)
https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/2017_Luis-und-Alina-Begleitheft.pdf

Jugendbücher (Auswahl)

- Verena Zeltner (2017): ICEzeit: In den Klauen des weißen Drachen Crystal. Thami Verlag, Neustadt an der Orla
- Catherine Ryan Hyde (2016): Ich bleibe hier. Ullstein, Berlin
- Cornelia Franz (2012): Ins Nordlicht blicken. Dtv, München
- Wolfgang Herrndorf (2010): Tschick. Rowohlt-Verlag, Berlin
- Klaas Van Assen (2004): Papa macht Geschichten. Ravensburger

- Klaus Vater (2001): Sohn eines Dealers. Ravensburger
- Jochen Ziem (2001): Boris, Kreuzberg, 12 Jahre. Dtv, München
- Frank Fischer (2000): Katja reitet wieder. Blaukreuz-Verlag, Lüdenscheid

Informationen für Eltern

Beratungsangebote

- Seelefon 0228-71002424
Mo-Do 10-12 Uhr; 14-20 Uhr; Mi bis 21 Uhr; Fr 10-12 Uhr; 14-18 Uhr
Beratungstelefon des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.
Email-Beratung: seelefon@psychiatrie.de
<https://www.bapk.de/angebote/seelefon.html>
- Elterntelefon (Nummer gegen Kummer) 0800-1110550
Mo-Fr 9-17 Uhr; Di + Do 17-19 Uhr
<https://www.nummergegenkummer.de/elterntelefon.html>
- BKE Elternberatung (Email) <https://eltern.bke-beratung.de/views/home/index.html>

Internet

- Website www.nacoa.de
Infobereiche für Eltern, professionelle Helfer, Verzeichnis von Hilfsangeboten, Literaturverzeichnis etc.

Literatur

- Nicht von schlechten Eltern – Informationen für psychisch kranke Eltern und ihre Partner zum Umgang mit ihren Kindern
http://www.kipsy.net/fileadmin/internet/media/pdf/bapk_kinderbroschuere.pdf
- Karen Glistrup (2014): Was ist nur mit Mama los? Wenn Eltern in seelische Krisen geraten. Mit Kindern über Angst, Depression, Stress und Trauma sprechen. Kösel-Verlag, München
- Lenz A, Brockmann E (2013). Kinder psychisch kranker Eltern stärken – Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Hogrefe Verlag. Göttingen
- Lenz A (2019). Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken. Ein Gruppenprogramm zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Hogrefe Verlag. Göttingen.

Anhänge

1. Gesetzestext § 4 KKG
2. Mustervorlage: Mitteilungsbogen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt
3. Diagnosekriterien Entwicklungsbezogener Traumafolgestörung nach van der Kolk
4. Substanz-Risikotabelle der Charité
5. Red flags: Warnhinweise für Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und/oder sexuellen Missbrauch
6. Modifizierter NAS Beurteilungsbogen nach Finnegan
7. Übersicht standardisierter Erfassungsbögen
8. Mustervorlage: Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht
9. Screening- und Monitoringbögen des Modellprojektes KinderZukunft NRW

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden

1. Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
 2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
 3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
 4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
 5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
 6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
 7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen
- in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

(2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

(3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

² Im Rahmen der SGB VIII Reform ist von Änderungen des KKG auszugehen. Alle Informationen zum Prozess und aktuellen Arbeitsstand des Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (KJSG) finden Sie unter folgendem Link <https://www.mitreden-mitgestalten.de/>.

Mustervorlage: Mitteilungsbogen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt

Mitteilungsbogen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt		
<input type="checkbox"/> der Stadt _____	Fax-Nr.: _____ (vom JA noch anzugeben!)	
<input type="checkbox"/> des Landkreises _____	Fax-Nr.: _____ (vom JA noch anzugeben!)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges Jugendamt: _____	Fax-Nr.: _____ (vom JA noch anzugeben!)	
Name, Vorname: _____		Geb.datum: _____
Alter: _____		
Wohnort: _____	Str./Hausnr.: _____	Tel: _____
Meldung am: _____	Uhrzeit: _____	Sonstiges: _____

Meldung einer KWG durch (Klinik für:) _____

Name: _____ Funktion: _____ Abteilung: _____

Vertreter der interdisziplinären Kinderschutzgruppe

Adresse: _____, Telefon: _____

Durchwahl: _____ - _____ Mail: _____ @ _____ Fax _____

Inhalt der Meldung

- V.a. körperliche Misshandlung V.a. sexuellen Missbrauch V.a. Vernachlässigung
 V.a. sonstige KWG Neugeborenes drogen-/alkoholabhängiger/ substituierter Mutter

=> Freitext: Verdachtsdiagnose, vorliegende Verletzungen

Der/die Minderjährige ist

- nicht oder leicht verletzt schwerwiegend verletzt/gesundheitlich gefährdet vital bedroht

Verdachtsgrad: vage mittel hochgradig

Gegenwärtiger Aufenthaltsort des Minderjährigen

- stationäre Aufnahme in der Klinik Sonstiger Ort: _____

Abteilung/Klinik: _____ Station: _____ Telefon: _____ - _____

Kooperation der Erziehungsberechtigten mit der Meldeperson/ bzw. der Klinik

Meldung an das Jugendamt ist mit den Sorgeberechtigten abgesprochen? Ja Nein

Die Sorgeberechtigten sind mit der Meldung einverstanden und zur Zusammenarbeit mit dem ASD/JA bereit
 Ja Nein

Die Meldung erfolgt aufgrund akuter Gefährdung des Kindes/Jugendlichen und:

- gegen Willen der Sorgeberechtigten
 ohne Kenntnis der Sorgeberechtigten

Es liegen Hinweise für häusliche Gewalt/psychische Erkrankungen/ Suchtproblematik oder fehlende Sicherheit im familiären Umfeld vor, sodass eine Entlassung ohne die Zustimmung des JA nicht möglich ist.

Wir bitten um persönliche Kontaktaufnahme mit der/ dem Jugendlichen zur Einschätzung der Situation

Vorgesehene Maßnahmen aus medizinischer Sicht:

- Durchführung weitere Diagnostik Einschaltung/Fallkonferenz Kinderschutzgruppe
 Voraussichtliche Dauer der stationären Versorgung ca. _____ Tage derzeit nicht absehbar

Rückmeldung innerhalb von 24 Stunden an das Klinikum per dafür vorgesehene Faxvordruck an _____ mit Name des zuständigen Sachbearbeiters, telefonische Erreichbarkeit, Mail/Fax und als nächstes vorgesehene Maßnahmen dringend erbeten.

Mit freundlichen Grüßen!

 Datum, Uhrzeit Unterschrift

Quelle:

DGKiM & DAKJ - Kinderschutzgruppen-Leitfaden, Version 1.6, 11/2016, <https://www.dgkim.de/dateien/empfehlungen-kinderschutz-an-kliniken-2016.pdf>

Diagnosekriterien der entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung

Diagnosekriterien der entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung (nach van der Kolk BA et al. 2009)	
Kriterium A	<p>Ereigniskriterium: Traumatische Erfahrung und Vernachlässigung</p> <p>A1: Multiple oder chronische interpersonelle Traumatisierung (direkt oder indirekt)</p> <p>A2: Verlust oder wiederholte Trennung von Bezugspersonen oder schwerer überdauernder emotionaler Missbrauch</p>
Kriterium B	<p>Affektive und physiologische Dysregulation (≥ 2 Kriterien)</p> <p>B1: Unfähigkeit, extreme Gefühlszustände zu verändern, auszuhalten und sich selbständig zu beruhigen</p> <p>B2: Schwierigkeiten bei der Regulation von Körperfunktionen und Sinneswahrnehmungen (Schlafen, Essen, Körperkontakt, Geräusche, etc.)</p> <p>B3: Verringerte Bewusstheit von Wahrnehmung, Emotionen und körperlichen Zuständen</p> <p>B4: Eingeschränkte Fähigkeit, eigene Emotionen und körperliche Zustände zu beschreiben</p>
Kriterium C	<p>Dysregulation von Aufmerksamkeit und Verhalten (≥ 3 Kriterien)</p> <p>C1: Übermäßige Beschäftigung mit Bedrohungen oder fehlerhafte Einschätzung von Sicherheit und Gefahr</p> <p>C2: Eingeschränkte Fähigkeit zum Selbstschutz (risikosuchendes Verhalten)</p> <p>C3: Unangemessene Methoden der Selbstberuhigung</p> <p>C4: Habituelles oder reaktives selbstverletzendes Verhalten</p> <p>C5: Unfähigkeit, zielbezogenes Verhalten zu entwickeln und aufrechtzuerhalten</p>
Kriterium D	<p>Schwierigkeiten in der Selbstregulation oder Beziehungsgestaltung (≥ 3 Kriterien)</p> <p>D1: Intensive Beschäftigung hinsichtlich der Sicherheit der Bezugspersonen, Schwierigkeiten Trennung auszuhalten</p> <p>D2: Negatives Selbstbild, insbesondere Hilflosigkeit, ein Gefühl von Beschädigung, Wertlosigkeit</p> <p>D3: Misstrauen</p> <p>D4: Reaktive physische oder verbale Aggressionen</p> <p>D5: Unangemessene Versuche, intime Beziehungen herzustellen; übermäßiges Zutrauen zu weitestgehend unbekanntem Erwachsenen und Gleichaltrigen (Distanzlosigkeit)</p> <p>D6: Unfähigkeit zu angemessener Empathie</p>
Kriterium E	Symptome aus dem PTBS-Spektrum (≥ 1 Symptom aus 2 der PTBS-Symptom-Cluster)
Kriterium F	Dauer von mehr als 6 Monaten
Kriterium G	Funktionelle Beeinträchtigung in mindestens einem wichtigen Lebensbereich

Substanzrisikotabelle (2 Seiten) für den Verlauf der Schwangerschaft und kindlichen Risiken aus Siedentopf 2017

Substanzrisikotabelle für den Verlauf der Schwangerschaft und kindliche Risiken

	Im Schwangerschaftsverlauf	Bei akutem Entzug in der Schwangerschaft	Während und nach der Geburt	Langfristig
Heroin	<ul style="list-style-type: none"> erhöhte Abortrate Frühgeburtlichkeit Wachstumsstörungen durch Beimischungen Gefahr von Fehlbildungen 	<ul style="list-style-type: none"> Wachstumsstörungen Enzephalopathie Vorzzeitige Wehen Vorzzeitige Plazentalösung Früh- und Fehlgeburten intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand nach der Geburt Entzugssyndrom des Neugeborenen perinatale Morbidität und Mortalität erhöht 	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen
Substitutionsmittel (Methadon, L-Polamidon, Buprenorphin)	<ul style="list-style-type: none"> (fraglich) Frühgeburtlichkeit (fraglich) Wachstumsstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> Wachstumsstörungen Enzephalopathie Vorzzeitige Wehen Vorzzeitige Plazentalösung Früh- und Fehlgeburten intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> Entzugssymptome beim Neugeborenen perinatale Morbidität und Mortalität erhöht 	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen
Kokain	<ul style="list-style-type: none"> Wachstumsretardierung Enzephalopathie Vorzzeitige Wehen Vorzzeitige Plazentalösung Früh- und Fehlgeburten intrauteriner Kindstod Fehlbildungen (Herz, Gehirn, Harn- und Geschlechtsorgane) 	Keine bekannten Folgen	<ul style="list-style-type: none"> ggf. Folgen der Fehlbildungen Verstärkung von Opiat-entzugssymptomen möglich erhöhte Irritabilität, Reizbarkeit, gesteigerte Unruhe, Trinkschwäche 	<ul style="list-style-type: none"> Folgen der Fehlbildungen Entwicklungsrückstände
Benzo-diazepine	<ul style="list-style-type: none"> Wachstumsretardierung Enzephalopathie Fehlbildungen (Herz) 	<ul style="list-style-type: none"> Krampfanfälle Vorzzeitige Wehen intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand Entzugssymptome deutliche Verstärkung von Opiatentzugssymptomen perinatale Morbidität und Mortalität erhöht 	<ul style="list-style-type: none"> Folgen der Fehlbildungen Entwicklung
Alkohol	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol ist Ursache für die häufigste vermeidbare angeborene Fehlbildung, das Fetal Alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> keine negativen Folgen <p style="text-align: center;">Bei körperlichen Entzugssymptomen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ggf. Folgen der angeborenen Fehlbildungen geringer Saugreflex, Ruhelosigkeit, 	<ul style="list-style-type: none"> neurologische Entwicklungsstörungen Minderwuchs

	Syndrome (FAS) mit (u.a.):	der Mütter:	Reizbarkeit	Stigmatisierung durch Gesichtsfehlbildungen Verhaltens- und Lernstörungen
Nikotin	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlbildungen des Herzens • Fehlbildungen im Gesichtsbereich • Wachstumsretardierung • neurologischen Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Krampfanfälle • vorzeitige Wehen • intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> • erhöhte Komplikationsrate • perinatale Morbidität und Mortalität erhöht • Unruhe, Zitterigkeit, Erregbarkeit • Verstärkung von Opiatzugsymptomen 	<ul style="list-style-type: none"> • plötzlicher Kindstod • allergische Erkrankungen • Atemwegserkrankungen
Cannabis, Haschisch, Marihuana	<ul style="list-style-type: none"> • Wachstumsretardierung • Fehl-, Frühgeburten • Fehlbildungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine negativen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> • erhöhte Komplikationsrate • perinatale Morbidität und Mortalität erhöht • Unruhe, Zitterigkeit, Erregbarkeit, Trinkschwäche • Verstärkung von Opiatzugsymptomen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gedächtnisstörungen • Lernstörungen • Folgen der Fehlbildungen
Ecstasy, Speed, Crystal Meth, Amphetamine	<ul style="list-style-type: none"> • Neurologische Störungen • Fehlbildungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine negativen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> • erhöhte Komplikationsrate • perinatale Morbidität und Mortalität erhöht • Unruhe, Zitterigkeit, Erregbarkeit, Trinkschwäche • Verstärkung von Opiatzugsymptomen 	<ul style="list-style-type: none"> • Lern- und Gedächtnisstörungen • Folgen der Fehlbildungen
Schmerzmedikamente (Opiode) Tramal, Tilidin	<ul style="list-style-type: none"> • keine Gefährdung bekannt 	<ul style="list-style-type: none"> • Entzugssymptome • vorzeitige Wehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkung von Opiatzugsymptomen • Anpassungsstörungen nach der Geburt 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Folgen bekannt
Mischkonsum	<ul style="list-style-type: none"> • Je nach Einzelsubstanz, teilweise mehr als additive Effekte: • angeborene Fehlbildungen • erhöhte Abortrate • Frühgeburtlichkeit • Wachstumsstörungen • intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> • Wachstumsstörungen • Enzephalopathie • Vorzeitige Wehen • Früh- und Fehlgeburten • intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand • Schwere und lang anhaltende Entzugssymptome, je nach Einzelsubstanzen, teilweise mehr als additive Effekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Je nach Einzelsubstanz: • angeborene Fehlbildungen • erhöhte Infektanfälligkeit • Entwicklungsverzögerung • Lernstörungen • Plötzlicher Kindstod • ggf. Folgen der geburts hilflichen Komplikationen

Red flags als Warnhinweise

Red flags sind Zeichen, die auf eine Misshandlung, Vernachlässigung und/oder sexuellen Missbrauch hinweisen. Diese Hinweiszeichen sollten bei Ärzten und anderen Fachkräften zu einer weiteren Abklärung führen. Es ist zu empfehlen, dass sie sich in diesem Fall für das weitere Vorgehen beraten und abwägen, ob z.B. das Jugendamt hinzugezogen werden soll.

Die nachfolgende Aufstellung kann nur als Übersicht verstanden werden. Details sind der AWMF S3 Kinderschutzleitlinie sowie einschlägigen Lehrbüchern wie z.B. Herrmann et al. Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen des Springer Verlages zu entnehmen.

Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu den Themenbereichen werden von der [DGKiM](#) angeboten. Außerdem stehen e-Learning-Programme zur Verfügung.

Red flags *Körperliche Misshandlung*

Verletzungen, die nicht durch oder anhand des berichteten Unfalls erklärbar sind, werden als nicht akzidentelles Trauma bezeichnet und sind Hinweiszeichen für eine körperliche Misshandlung.

Bei Säuglingen und Kleinkindern sind diese Zeichen besonders zu beachten, da die Folgen tödlich sein können und in den meisten Fällen nur eine Fremdanamnese erfolgen kann. Alle folgenden Hinweise bedürfen einer weiteren Abklärung in einer kinderversorgenden Klinik, bestenfalls mit Kinderschutzgruppe.

1. Hautbefunde ohne Plausibilitätsnachweis
 - Betroffene Körperareale in Relation zu Alter und Motorik des Kindes (s. Abbildung 24)
 - Geformte Verletzungen/Hämatome (z.B. Handabdruck, Bissspuren, Gürtelschnalle, etc.)
 - Thermische Verletzungen (geformte Kontaktverbrennungen wie z.B. Zigaretten oder Eintauch-Verbrühungen oder ringförmige Verbrühungen am Gesäß)
2. Knochenbrüche ohne Plausibilitätsnachweis
 - z.B. Rippenfrakturen bei Kindern < 48 Monate
 - z.B. Frakturen, der Extremitäten bei Kindern < 18 Monate
3. Intrakranielle Blutungen ohne Plausibilitätsnachweis

Hotspots für körperliche Misshandlung

Achtung: Jedes geformte Hämatom ist bis zum Beweis des Gegenteils eine körperliche Misshandlung!

- Bei einem Säugling, der sich nicht bewegt, ist **jedes Hämatom** auffällig
- Bei jedem Kind ist ein Hämatom im Bereich der **Genitalien** zu viel
- Bei jedem Kind ist ein Hämatom im Bereich des **Ohres**, des **Halses**, des **Nackens**, der **Waden** und des gesamten **vorderen Thorax** und **Abdomen** zu viel und verdächtig, wenn nicht eine passende Anamnese erhoben werden kann
- Bei jedem Kind ist ein Hämatom im Bereich des **Pos** sehr selten
- Misshandelte Kinder haben durchschnittlich **3 und mehr Hämatome** an mehr als einer Region

Hämatomlokalisierung bei 350 misshandelten Kindern unter 6 Jahren von n=519 Kindern (siehe Kemp AM, et al. Arch Dis Child 2014;99:108–113. doi:10.1136/archdischild-2013-304339) und bei 133 misshandelten Kindern im Alter von 1-13 Jahren (siehe Dunstan PD, Z E Güllöe, K Kontos, A M Kemp, J R Silbert Arch Dis Child 2002;86:330–333).

Verteilung der Hämatome bei gesunden Kindern unter 6 Jahren

Achtung: Jedes geformte Hämatom ist bis zum Beweis des Gegenteils eine körperliche Misshandlung!

- Nur 1 von 10 Säuglingen hat ein Hämatom (**prämobile Kinder**)
- 8 von 10 Kindern < 18 Monaten haben ein Hämatom (**frühmobile Kinder**)
- Jedes Kind, das laufen kann, hat 1 bis 3 Hämatome, **davon 80% an den Schienbeinen** (**mobile Kinder**)

Prozentuale Verteilung von 2.570 Erfassungen von 328 gesunden Kindern unter 6 Jahren (75% mobil, 19% frühmobil und 6% prämobil) mit mindestens einem blauen Fleck, insgesamt 3523 Hämatome (siehe Kemp AM, et al. Arch Dis Child 2015; 100:426-431. doi:10.1136/archdischild-2014-307120).

Abbildung 24: Hämatomverteilung bei gesunden Kindern unter 6 Jahren und Hotspots von Hämatomen bei körperlicher Misshandlung; entnommen und modifiziert AWMF S3 Kinderschutzleitlinie

Red flags *Psychische Misshandlung und Vernachlässigung*

Eltern sind nicht in der Lage, die Bedürfnisse des Kindes in verschiedenen Bereichen wie Zuwendung, Unterstützung, Ernährung, Körperpflege und/oder medizinisch notwendigen Interventionen zu erkennen und zu stillen. Das Unterlassen dieser Fürsorge trotz Erläuterung der Bedürfnisse und Hilfestellung der Personensorgeberechtigten sowie die daraus resultierenden Folgen für das Kind sind für die Beurteilung einer Vernachlässigung zu berücksichtigen.

Zu den (in-)direkten Zeichen einer Vernachlässigung zählen fehlendes/mangelndes Gewicht-/Längenwachstum.

Häufig sind die Anzeichen nur indirekt über einen längeren Beobachtungszeitraum zu erkennen. Es können sich Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Beobachtet werden können z.B.:

- Verzögerte/gestörte motorische, sprachliche, emotionale, soziale und kognitive Entwicklung
- Fremd- und eigenverletzendes Verhalten
- Suizidalität, delinquentes Verhalten, Weglaufen
- Dissoziative Störungsbilder
- Somatoforme Schmerzstörung
- Regression auf frühere Entwicklungsstufen (z.B. Daumen lutschen, sekundäre Enuresis/Enkopresis)
- Entwertung des Kindes durch negative Einstellungen der Eltern oder Beschimpfungen des Kindes
- Instrumentalisierung des Kindes in elterlichen Konflikten
- Vermittlung von Schuldgefühlen an das Kind

Red flags *Sexueller Missbrauch*

Das Eröffnen des Missbrauchs durch die Kinder und Jugendlichen selbst gegenüber den Bezugspersonen ist der häufigste Anhaltspunkt.

- Bis Ende Kindergartenalter: Eröffnung gegenüber dem nicht missbrauchenden Elternteil, bzw. den Eltern bei Missbrauch außerhalb der Kernfamilie
- Schulzeit: Eröffnung gegenüber nahestehenden erwachsenen Bezugspersonen wie Lehrern oder Erziehern oder Eltern bei Missbrauch außerhalb der Kernfamilie
- Adoleszenz: Eröffnung häufig gegenüber Mitgliedern der Peer Group

Cave: Sexueller Missbrauch stellt ein massives traumatisches Ereignis dar. Je nach Alter des Kindes bei der Gewalttat wird die Erinnerung an das Geschehen oft nur sehr fragmentiert abgespeichert oder sogar gänzlich verdrängt. Daher ist eine bewusste Erinnerung an die Gewalttat häufig nur lückenhaft und in nicht chronologischer Form abrufbar oder gar nicht möglich.

Die Befragung sollte daher nur durch eine geschulte Fachkraft erfolgen.

Wird der Missbrauch eröffnet, ist es als Zuhörer wichtig dem Bericht des Kindes Vertrauen zu schenken und sich nicht schockiert zu zeigen. Vor Eröffnung des Verdachts gegenüber dem Täter/der Täterin ist der Kinderschutz (Trennung vom Missbrauchenden) sicher zu gewährleisten.

Anogenitale Befunde sind selten nachweisbar. Bei Verdachtsfällen zeigen sich 75-90% Normalbefunde im genitalen Untersuchungsbefund, selbst bei angegebener Penetration zeigen sich zu 50% Normalbefunde. Die Klassifikation erfolgt nach dem Adams-Schema.

Als direkte Zeichen eines sexuellen Missbrauchs können Nachweis von Sperma oder eine Schwangerschaft gelten.

Cave: Fehlende körperliche Befunde schließen einen sexuellen Missbrauch nicht aus. Die körperliche Untersuchung erfolgt nur mit dem Willen der Patienten und dient auch dazu, den Patienten zu vermitteln, dass ihr Körper unversehrt ist.

Psychische Auffälligkeiten bei sexuellem Missbrauch können bspw. folgende sein:

- Sexualisiertes Verhalten (eher jüngere Kinder)
- Sozialer Rückzug, Delinquenz, Schulversagen bzw. Leistungseinbruch, depressive Symptome, Angststörungen
- Zeichen von Traumafolgestörung ([s. Anhang 3](#) *Diagnosekriterien der entwicklungsbezogenen Traumafolgestörungen nach van der Kolk*)

NAS-Beurteilungsbogen nach Finnegan

NAS-Beurteilungsbogen nach Finnegan				
			BEISPIEL	
Untersuchungszeitpunkt			9:00	
Symptom	Punkte			
Hautabschürfungen	1			
Marmorierte Haut	1			
Häufiges schrilles Schreien	2		2	
Ständiges schrilles Schreien	3			
Häufiges Gähnen	1			
Schlafen nach Füttern <3h	1			
Schlafen nach Füttern <2h	2			
Schlafen nach Füttern <1h	3			
Erhöhter Muskeltonus	2		2	
Moro-Reflex verstärkt	2		2	
Moro-Reflex extrem	3			
Myoklonien	3			
Tremor bei Störung: leicht	3		3	
Tremor bei Störung: schwer	4			
Krampfanfälle	5			
Schwitzen	1			
Fieber: 37,2 – 38,2	1			
Fieber > 38,2	2			
Verstopfte Nase	2			
Nasenflügeln	2			
Atmung >60/min	1			
Atmung > 60/min und Dyspnoe	2			
Übermäßiges Saugen	1		1	
Trinkschwäche	2			
Regurgitation	2			
Erbrechen im Schwall	3			
Dünne Stühle	2			
Wässrige Stühle	3			
Gesamt-Score			10	

Quelle: modifiziert nach Finnegan LP et al.: Assessment and treatment of abstinence in the infant of the drug-dependent mother. Int J Clin Pharmacol Biopharm. 1975 Jul; 12(1-2): 19-32

Übersicht standardisierter Erfassungsbögen

Die standardisierte Erfassung zur Beurteilung von elterlichen Belastungen, der Eltern-Kind-Interaktion und der elterlichen Erziehungsfähigkeit bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern erfordert eine hohe Sensibilität, Erfahrung und Sachkenntnis. Voraussetzung für den Einsatz der aufgeführten Instrumente sind ein bestehendes Konzept für eine möglicherweise notwendige Krisenintervention sowie eine Kenntnis von Weiterversorgungsstrukturen für die Familie.

Eine umfangreiche Zusammenstellung möglicher psychometrischer und Screening-Instrumente zur Erfassung von Belastungen, Gefährdungsrisiken und Ressourcen in den betroffenen Familien findet sich in der Handreichung 9 des NZFH (Lenz A 2017b). Im Folgenden wird eine Auswahl von Instrumenten aufgeführt.

1. Erfassung von elterlichen Belastungsfaktoren

Edinburgh Postpartale Depression Skale (EPDS)	Strukturierte Erfassung von Belastungsfaktoren von Eltern junger Säuglinge bezüglich der Frage nach dem Vorliegen einer postnatalen Depression
---	--

Quelle: Cox et al. 1987; Bergant et al. 1998

http://www.postnatale-depression.ch/images/media/pdf/downloads/EPDS_deutsch.pdf

Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch	Risikoscreening in der Geburtsklinik unter Berücksichtigung der Faktoren: Besondere Belastung der Eltern, fehlende Untersuchungen (Mutterpass und kinderärztliches Früherkennungsheft), erhöhte kindliche Fürsorgeanforderungen, elterliche Schwierigkeiten in der Versorgung und Zukunftsangst der Eltern zur Detektion der Notwendigkeit eines ausführlicheren (vertiefenden) Gespräches mit den Eltern
--	---

Quelle: Kindler 2009

https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch_Vernetzung_NZFH_2010_.pdf

Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3 bis U6)	Allgemeines Risikoscreening bezüglich eines weitergehenden Beratungs- und Unterstützungsbedarfs, für den Einsatz in der pädiatrischen Praxis konzipiert
---	---

Quelle: Barth & Mall 2015

https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Paediatrischer_Anhaltsbogen_160415.pdf

Heidelberger Belastungsskala	Quantifizierte Erfassung von familiären Belastungsfaktoren; orientiert sich an der Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF) (Saß et al. 2003) und umfasst die Faktoren Belastung der Eltern, familiäre Belastung, soziale Belastung, Belastung des Kindes und materielle Belastung
------------------------------	--

Quelle: Eickhorst et al. 2012

https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Kinderschutzkonzept_Saarland_Bilanzbericht_Fruehe_Hilfen.pdf

Neues Kinderuntersuchungsheft (U1 bis U9)	Erfassung von psychosozialen Belastungen und Überleitung in regionale Unterstützungsangebote
---	--

2. Erfassung der Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtung im Kontext von psychisch und suchtkranken Elternteilen

Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode (H-MIM)	
Quelle: Ritterfeld & Franke 1994	
Mannheimer Beurteilungsskala zur Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion (MBS)	
Quelle: Esser & Scheven 1989	
Lausanner Trilogspiel	Eltern-Kind-Rollenspiel für Kinder ab 3 Jahren
Quelle: Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery 1999; Schwinn 2012	
Child-Adult-Relationship-Experimental Index (CARE-Index)	Störungsspezifische Interaktionsbeobachtung 0.-36. Lebensmonat
Quelle: Crittenden PM 2006	
https://www.patcrittenden.com/include/care_index.htm	
Eltern-Kind-Interaktions-Profil (EKIP)/ sozial-emotionales Entwicklungsscreening (SEE)	0.-36. Lebensmonat
Quelle: Ludwig-Körner, Alpermann, Koch 2007	
https://www.pedocs.de/volltexte/2011/3063/pdf/Alpermann_Koch_Interaktionszentrierte_Fruehdiagnostik_2007_10_W_D_A.pdf	
Video-Beobachtungsinstrument INTAKT (Interaktionsbeobachtung bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern, die in einer Pflegefamilie wohnen)	Strukturiert nach den Verhaltensdimensionen mütterliche Feinfühligkeit (7-stufige Ratingskala), Rückmeldung und Joint-Attention
Quelle: Aigner 2004; Svecz 2010	

3. Erfassung zur Einschätzung von Unterstützungsbedarf

Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)	Umfasst die Dimensionen Versorgung, Gefährdung durch elterliches Erziehungsverhalten und Belastungen (7 Bereiche: Eltern; 5 Bereiche: Kind). Besteht aus 48 Items mit einer Bearbeitungszeit von etwa 10 Minuten.
Quelle: Tröster 2011; Deutsche Version des Parental Stress Index (Abidin 1995)	
Verfahren zur Früherkennung entwicklungsgefährdeter Kinder bis 6 Jahre und zur Ermittlung ihres Unterstützungsbedarfs (FegK 0-6)	Vierstufiges Vorgehen (Vorabklärung, Entwicklungsstand, Einschätzung von Risiko- u. Schutzfaktoren, Maßnahmenempfehlungen)
Quelle: Woeffray 2014	

4. Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung bei elterlicher Belastung

Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung (EBSK)	Empirisch sehr valides Screeningverfahren, insbesondere zur Erfassung zukünftiger körperlicher Misshandlungen. 63 Items (Belastungsskala, Lügenskala, Zufallsantwortskala, Inkonsistenzskala) Bearbeitungszeit: 5-10 Minuten.
---	---

Quelle: Deegener et al. 2009; basiert auf Child Abuse Potential Inventory (CAPI/Milner 1990)

Dokumentationsvorlage des NZFH für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen	Praxisrelevanter Bogen zu Angaben bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung
--	---

Quelle: NZFH

<https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-fruehe-hilfen/arbeitshilfen-fuer-die-praxis/dokumentationsvorlage/bestellen-oder-herunterladen/>

5. Einschätzung der Erziehungsfähigkeit

Die elterliche Erziehungsfähigkeit korreliert mit den elterlichen Kompetenzen, die individuellen Bedürfnisse der Kinder erfüllen zu können. Bei der gutachterlichen Überprüfung der Erziehungsfähigkeit wird analysiert, ob der psychisch oder suchtkranke Elternteil in der Lage ist, diese Grundbedürfnisse des Kindes zu erfüllen oder ob er durch seine veränderte Wahrnehmung, sein abweichendes Denken und Verhalten das Kind schädigt (Albermann et al. 2019).

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)	Komplexeres Instrument mit einer Bearbeitungsdauer von ca. 1,5 Stunden. Anwendung bei Menschen mit mentaler Retardierung nicht möglich. Probleme einer eingeschränkten Objektivierbarkeit und einer Beeinflussbarkeit
--	--

Quelle: MMPI, deutschen Adaptation: Engel et al. 2000

NEO-Fünf Faktoren Inventar (NEO-FFI)	Erhebung der elterlichen Persönlichkeitsstruktur und der elterlichen psychischen Stabilität. Lässt wenig Rückschlüsse auf die ggf. zugrundeliegende Pathologie zu.
--------------------------------------	--

Quelle: Costa & Mc Crae 1992; dt. Adaptation Borkenau & Ostendorf 2008

Strukturiertes Interview zur Erfassung der Kind-Eltern-Interaktion (SKEI)	Erfassung der emotionalen Beziehung zu primären Bindungspersonen von 4-7 Jahre alten Kindern
---	--

Quelle: Skatsche et al. 2013; Deutsche Adaptation des Parent Attachment Structured Interview (PASI; Roll et al. 1981)

Mustervorlage: Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht

betreffend:

Name Kind/Jugendliche/r

geb. am

Hiermit entbinde/n ich/wir

Inhaber der elterlichen Sorge

Herrn/Frau (Name des/der Mitarbeiterin)

von (Name der Erziehungsberatungsstelle)

sowie ggf. die Vertretung im Fall von Abwesenheit, z.B. Urlaub

Herrn/Frau (Name des/der Mitarbeiterin)

gegenüber

Herrn/Frau (Name des/der Mitarbeiterin)

von (Name der Einrichtung)

von der Schweigepflicht im Verhältnis zueinander.

Diese Erklärung gilt für die Dauer der Beratung, bzw. bis zum: _____

und dient folgendem Zweck:

Die Entbindung von der Schweigepflicht betrifft folgende Inhalte:

Die Entbindung von der Schweigepflicht berechtigt die/den oben bestimmte/n Mitarbeiter/in nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber weiteren Personen zu verwenden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter 1

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter 2

Ort, Datum

Unterschrift Kind/Jugendliche/Jugendlicher

22

Informationen für Erziehungsberatungsstellen 2/16

Quelle:

https://bke.de/content/application/mod.content/1528874366_Info%20-16%20Hinweis%20Entbindung%20Schweigepflicht.pdf

Screening- und Monitoringbögen des Modellprojektes KinderZukunft NRW

Gynäkologie: Screeningbogen Teil 1

2.3 Gyn-Präv Bogen 20. SSW – 38. SSW, 6.- 8. W. post partum

Name:	Vorname:
Pat. Nr.:	Geburtsdatum:
PLZ:	Krankenkasse:

1 Teilnahme an der Vorsorge Zeitraum um:	20. SSW:	32. SSW:	38. SSW:	6.- 8. W. p.p. :
--	----------	----------	----------	------------------

I. Ausgangsdaten			
			MP
2.1	Alter* der Mutter (bei < 18 J. im Mutterpass Ziffer 13)		13
2.2	Zahl der Kinder* der Mutter (bei Mutter < 21 Jahren und bereits 1 Kind)		
		zutreffend	
2.3	Mehrlingsschwangerschaft		35
2.4	Schwangere lebt allein		
2.5	Schwangere lebt betreut, z.B. im MK-Heim/ Frauenhaus		
2.6	Schwangere wird unterstützt (Schwangerenberatungsstelle, Jugendhilfe)		

II. Anamnese				
		ja	nein	MP
3.1	schwere chronische Erkrankungen, Behinderungen in der Familie, im Haushalt lebend			
3.2	Eigene chronische somatische und/oder psychische Erkrankung, Behinderung			
3.3	besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche)			6
3.4	besondere soziale Belastung (soziale, sprachliche Isolation, finanzielle Probleme)			7
3.5	Dauermedikation. Siehe zu 3.1 und 3.2			28
4.1	Rauchen (> 10 Zig./täglich) während der Schwangerschaft			
4.2	Alkoholkonsum während der Schwangerschaft			29
4.3	Drogen während der Schwangerschaft			29

III. Befundrisiken und Schutzfaktoren/ Schwangerschafts- und post partum - Verlauf						
		20.SW	32.SW	38.SW	6.-8. W p.p.	MP
5.1	1. Vorsorge nach der 20. SSW					
5.2	In der 38. SSW weniger als 5 Vorsorgeuntersuchungen					
6.1	aktuell besondere psychische Belastung, incl. unerwünschte Schwangerschaft, belastende Lebensereignisse (schwere Erkrankung in der Familie, Trennung)					30
6.2	Schwangere, Mutter fühlt sich häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt					
6.3	aktuelle besondere soziale Belastung					31
7.1	Mutter stillt					
7.2	Schwangere/Mutter von Partner, Eltern, Freunden unterstützt					

IV. Einstufung Unterstützungsbedarf		
Beratung und Unterstützungsbedarf		hoher Unterstützungsbedarf

V. Unterstützungsbedarf und Beratung (Zutreffendes ankreuzen)		
Gesundheitswesen		Jugendhilfe
Schwangerenberatungsstelle		Sonstige

Gynäkologie: Screeningbogen Teil 2

Name		Vorname		Pat. Nr.	
VI. Überleitung ins Netzwerk Früher Hilfen					
		20.SSW	32.SSW	38.SSW	6.-8.W p.p.
8.1	Schwangeren-Beratungsstellen				
8.2	Hebamme				
8.3	Familienhebamme				
8.4	Jugendhilfe				
8.5	Gesundheitsamt				
8.6	Weitere Stellen				

Bemerkungen (Erläuterung der Risikoziffern) Ressourcen:

Rückmeldungen, Abbrüche, Probleme:

Geburtsklinik: Screeningbogen

3.3 Screeningbogen Geburtsklinik „Laufzettel“

Fallnummer:	Vorname:	Name:	Geb. Datum:
-------------	----------	-------	-------------

I. Hebammen und Geburtshelfer (Angaben aus dem Mutterpass berücksichtigen)				
	Anamnestische Risiken		Mp	Score
1	Alter der Mutter bei der Geburt (bei < 18 J. Score 2)	Alter:	13	2*
2	Zahl der Kinder der Mutter, ohne Neugeborenes (bei < 21 J. und 1 Kind Score 1)	Zahl:		1*
		Zutreffend		
3	alleinerziehend			1
4	Besondere psychische Belastung, z.B. beruflich, familiär	6		1
5	Besondere soziale Belastung, z.B. wirtschaftlich, Integration	7		1
6	Rasche Schwangerschaftsfolge (<1 Jahr)	25		1
7	Unterstützung durch Schwangerenberatungsstelle, Jugendhilfe: nachfragen, weshalb			1
Aktuelle Befundrisiken				
8	Chronische Erkrankung, Behinderung	27		1
9	Dauermedikation	28		1
10	Abusus: Alkohol, Drogen, Tabletten (s.a. U1)	29		3
11	Besondere psychische Belastung (s.a. U1)	30		2
12	Besondere soziale Belastung (s.a. U1)	31		1
13	Mehrlingsgeburten (s.a. U1)	35		1
14	Geburtsgewicht <1.500g			1
Weitere Besonderheiten				
15	Ältere Kinder in Pflege, Adoption			2
Vorsorgeverhalten				
16	Weniger als 5 Untersuchungen während der Schwangerschaft			1
Soziale Unterstützung durch				
17	Freunde, Nachbarn			-1
18	Familie			-1

II. Schwestern Wöchnerinnenstation				
	Beobachtung und Befunde in der Klinik	ja	nein	
1	Mutter macht kritische Bemerkungen, gibt Kind häufiger ab			2
2	Mutter bekommt keinen Besuch			1
3	Mutter-Kind - Interaktionsverhalten auffällig			1
4	Fehlbildungen, Chromosomenanomalien beim Neugeborenen			1
5	Schwere Erkrankung (z.B. Behandlung im Perinatalzentrum)			1
Schutzfaktoren				
6	Unterstützung durch Familien, Freunde, Nachbarn, s.17, 18			
7	Stillt			-1

Bei Score ab 2 Information an Koordinatorin (z.B. Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege)

Geburtsklinik: Monitoringbogen

3.4 Risikoinventarbogen 3.0 Geburtsklinik

Fallnummer:	Name:	Vorname:	
Geburtsdatum Kind:	PLZ:	1.1 Krankenkasse:	
I. Stammdaten und Anamnese der Mutter			
2.1	Alter* der Mutter bei der Geburt		
2.2	Zahl der Kinder* der Mutter		
		ja	nein
2.3	Mutter ist alleinerziehend		
2.4.1	Mutter lebt betreut wohnend, z.B. im Mutter-Kind-Heim, Frauenhaus		
2.4.2	Mutter ist obdachlos		
2.5	Mutter ist in einem Heim oder bei einer Pflegefamilie aufgewachsen		
II. Gesundheit von Mutter, Vater und Familienangehörigen, im gleichen Haushalt			
3.1	Nikotinkonsum (> 10 Zig./täglich) während der Schwangerschaft		
3.2	Drogen-,Alkoholkonsum während der Schwangerschaft		
3.4	in der Familie liegen die Lebensqualität beeinträchtigende somatische Erkrankungen, Behinderungen vor		
3.5	in der Familie liegen psychische Erkrankungen vor		
2.6	Anhaltspunkte für Gewalt in der Vorgeschichte/Kindheit		
2.7	Gewalt in der Partnerschaft		
III. Besondere Belastungen für die Familie durch:			
3.1	finanzielle Probleme		
3.2	beengte Wohnsituation		
3.3	Partnerschaft (Partnerschaftskonflikte)		
3.4	psychische/physische Belastungen (Beruf, Haushalt, Familie, Partner, unerwünschte Schwangerschaft)		
IV. Jetzige Schwangerschaft und Geburt (U1, U2)			
4.1	Mütterpass nicht vorhanden		
4.2	weniger als 5 Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen		
4.3	Mehrlingsgeburt		
4.4	Geburtsgewicht < 1.500 g		
4.5	Fehlbildungen, Chromosomenanomalien		
4.6	Schwerwiegende Erkrankung beim Kind		
4.7	sprachliche, soziale Isolation		
4.8	stationäre Auffälligkeiten in der Mutter-Kind-Beziehung		
4.9	Bedenken bei der Entlassung		
5.1	Mutter stillt		
5.2	Mutter wird von Großeltern, Freunden unterstützt		
V. Einstufung			
unauffällig <input type="checkbox"/> Beratungskind <input type="checkbox"/> Risikokind <input type="checkbox"/> Hochrisikokind <input type="checkbox"/>			
VI. Unterstützungsbedarf und Beratung Kontaktdaten			
Hebamme			
Familienhebamme			
Familien-Kinderkrankenschwester			
Kinder- und Jugendarzt			
Schwangerenberatungsstelle			
Frühförderung			
Jugendhilfe			

Kinder- und Jugendarzt: Monitoringbogen Teil 1

4.2 Päd-Präv Ausgangsbefund- und Monitoringbogen

Patienten-Nr.		Erhebungsdatum:	(MM/JJ)
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		PLZ:	
Krankenkasse:			
I. Ausgangsdaten Mutter			
1.1	Alter der Mutter* bei der Geburt		
1.2	Zahl der Kinder* der Mutter		
		ja	nein
1.3	Mutter alleinerziehend		
1.4	Mutter lebt betreut, z.B. im MK-Heim / Frauenhaus		
1.5	Nikotinkonsum innerhalb der Wohnung		
1.6	Drogen-, Alkohol-Konsum		
1.7	Besondere Belastungen		
II. Ausgangsdaten Familie / gleicher Haushalt			
		ja	nein
2.1	Kein erziehungsberechtigter Elternteil erwerbstätig (Familie ALG II –Bezieher)		
2.2	Familienmitglieder mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen/Behinderungen		
2.4	Soziale Belastungen der Familie		
2.5	Institutionelle Unterstützung der Familie		
III. Ausgangsdaten Kind			
		ja	nein
3.1	Mehrlingsgeburt		
3.2	Geburtsgewicht < 1.500 g		
3.3	Fehlbildungen, Chromosomenanomalien (siehe Manual)		
3.4	Schwerwiegende Erkrankung seit U1 (siehe auch Arztbrief der Klinik)		
3.5	Auffälliges Interaktionsverhalten Mutter-Kind		
3.6	schlechter Pflegezustand		
V. Schutzfaktoren			
		ja	nein
4.1	Mutter stillt		
4.2	Unterstützung von Partner der Mutter/Großeltern/Freunden		
VI. Einstufung			
	Risikokind <input type="checkbox"/>	Hochrisikokind	<input type="checkbox"/>
VII. Beratung im Netzwerk FH Name Ansprechpartner, Telefon, Mail			
	Gesundheitswesen		
	Frühförderung		
	Beratungsstelle		
	Jugendhilfe		
	Sonstige		

Kinder- und Jugendarzt: Monitoringbogen Teil 2

4.3 Päd-Präv Monitoringbogen U3 – U7a

Pat.-Nr.:	Nachname:	Vorname:				
Risikoeinstufung aus Ausgangsbefund:						
		U3	U4	U5	U6	U7 a
5.1	Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen / Arztwechsel					
VIII. Verlaufsbeobachtung und erhöhte Fürsorgeanforderungen beim Kind						
6.1	Belast. Lebensereignisse (z.B. Trennung, Arbeitsplatzverlust, Erkrankung)					
6.2	Anhaltspunkte für Depression (wenig Freude am Kind, antriebsarm)					
6.3	Fütter-/Gedeih-Störung					
6.4	Schreistörung					
6.5	Schlafstörung					
6.6	Chronische Krankheit, beginnende Behinderung					
6.7	schwieriges Temperament, unruhig, starke Trotzreaktionen					
6.8	Grenzsteine der Entwicklung nicht erreicht					
6.9	Auffälliges Interaktionsverhalten Mutter-Kind					
6.10	Auffälliges Verhalten von Kind und begl. Person					
6.11	schlechter Pflegezustand					
IX. Schutzfaktoren						
7.1	Mutter stillt					
7.2	Unterstützung von Großeltern/Freunden/ Partner der Mutter					
X. Unterstützungsbedarf und Beratung (zutreffend, beendet, Abbruch?)						
Gesundheitswesen						
Frühförderung						
Jugendhilfe						
Beratungsstelle						
Sonstige						
Eltern-, Müttercafe, Eltern-Kind-Kurse						

Kinder- und Jugendarzt: Netzwerk Früher Hilfen

Päd-Präv Netzwerk Früher Hilfen

Überleitung ins Netzwerk Früher Hilfen (Kontaktdaten, einschließlich Ansprechperson)				
	Name	Institution	Telefon	Mail
Gesundheitswesen				
Hebamme				
Familienhebamme				
FGKiKP				
SPZ				
Gesundheitsamt				
Psychiater				
Frühförderung				
Beratungsstellen				
Schwangerenberatungsstelle				
Psychotherapeuten				
Familienberatungsstelle				
Jugendhilfe				
Koordinator Frühe Hilfen				
Jugendamt (JA)				
JA Bereitschaftsdienst				
Jugendhilfeträger				
Sonstiges				
Wellcome				
Familienpaten				
Familienzentrum				
Elternschule, Eltern-Kind-Kurs, Mütter-, Eltern-Cafe				
Elternschule				
Eltern-Kind-Kurs, Müttercafe				
DKSB „starke Eltern-starke Kinder“				

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom
ARND	Alcohol related neurodevelopment disorders
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BVKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
COAs	Children of Addicts
DGBS	Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen
DGKiM	Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
FASD	Fetale Alkoholspektrum-Störungen
FGKIKP	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQZ	Interprofessionelle Qualitätszirkel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KSG	Kinderschutzgruppe
KWG	Kindeswohlgefährdung
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
LL	Leitlinie
MFA	Medizinische Fachangestellte
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinien
NAS	Neonatales Abstinenzsyndrom
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
pFAS	Partielles Fetales Alkoholsyndrom
PSB	Psychosoziale Betreuung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert-Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
StGB	Strafgesetzbuch

Literaturverzeichnis

- Abidin RF (1995). Parenting Stress Index, 3.rd ed., Psychological Assessment Ressources. Odessa, FL
- Aigner N (2004). Dimensionen der Beziehungsqualität zwischen Mutter und Kind in Pflegefamilien. Konstruktion eines Video-Beobachtungsbogens zur Erfassung der Mutter-Kinder-Interaktion. Dipl. Arbeit, Universität Wien.
- Albermann K, Wiegand-Grefe S, Winter S (2019). Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 68(1): 6-26.
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2010). Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern (Diskussionspapier). [https://www.agj.de/pdf/5/Kinder_psychisch_kranker_Eltern%20\(2\).pdf](https://www.agj.de/pdf/5/Kinder_psychisch_kranker_Eltern%20(2).pdf)
- Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern (2020). Abschlussbericht. Herausgeber AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e. V. <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-kranker-Eltern.pdf>
- Arenz-Greiving, Ingrid & Kober, Marcus (2007). Metastudie – Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern. Trialog, Münster https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Kinder_suchtbelasteter_Familien_070531_Drogenbeauftragte.pdf
- Becker C, Hennicke K, Klein M (Hrsg.) (2015). Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. De Gruyter, Berlin
- Berth (2011). Die Verschwendung der Kindheit. Beltz Verlag, Weinheim
- Besier T, Ziegenhain U (2016). Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Hrsg Volker Mall, Anna Friedmann. Springer Verlag, Heidelberg.
- Borkenau P, Ostendorf F (2008). NEO Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und Mc Crae. Hogrefe, Göttingen
- Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB et al. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. Am J Prev Med. 37:389–396. Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz BAJ (2017). Dossier Kinder suchtkranker Eltern https://www.bag-jugendschutz.de/PDF/Dossier-Kinder-Suchtkranker-Eltern-web_2017.pdf
- Bundesärztekammer (2017). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf
- Cierpka M (2012). Frühe Kindheit 0-3. Springer Verlag, Heidelberg
- Costa PT, Mc Crae R (1992). Revised NEO Personality Inventory manual. Psychological Assessment Ressources, Odessa, FL
- Crittenden PM (2003). Frühe Förderung von Hochrisiko-Kindern: Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung. Hrsg Verein für Kommunalwissenschaften e. V. It Takes Two to Tango. Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie. <https://difu.de/publikationen/2004/it-takes-two-to-tango.html>. Zugriff 2020.01.20.
- Crittenden PM (2006). Der CARE-Index als Hilfsmittel für Frühförderung, Intervention und Forschung. Frühförderung interdisziplinär. 24: 99-106

- Deegener (2009). EBSK Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung. Hogrefe, Göttingen
- Deneke C (2015). Entwicklungsrisiken bei Kindern psychisch kranker Eltern, Kinderärztliche Praxis. 86(6): 348-355
- DGBS e.V. und DGPPN e.V.: S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion, 2019.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015 www.depression.versorgungsleitlinien.de.
- DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe: S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>
- Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI), OECD (2013). Starting Strong III Eine Qualitäts-Toolbox für die frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2016/Starting_Strong_III_FINAL_deutsch.pdf. Zugriff 2020.01.24
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2017). Alkoholatlas Deutschland, 1. Auflage. Verlag Pabst Science Publishers, Lengerich
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017). Drogen- und Suchtbericht Juli 2017. https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2017/2017_III_Quartal/170807_BMG_Drogenbericht_2017_online_RZ.pdf
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK, DGPPN (2016): S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen. Springer Verlag, Heidelberg. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/42b731d6180ceeaceae551fc8ae2a1b54eea591a/S3-LL-Methamphetamin_lang.pdf
- Dornes M (2001). Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Fischer, Frankfurt
- Egle UT, Franz M, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. Bundesgesundheitsblatt 59:1247–1254
- Elstner T, Fiala-Preinsperger S, Berger E (2011). Comprehensive Care als Entwicklungschance für Kinder opiatabhängiger Mütter. Erfahrungen mit dem „Wiener Modell“ in Westermann B, Jellinek C, Bellmann GU. Substitution: Zwischen Leben und Sterben. BELTZ Deutscher Studienverlag. Weinheim.
- Engel (2000). MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Hans Huber, Bern
- Esser D, Scheven A, Petrova A, Laucht M, Schmidt MH (1989). Die Mannheimer Beurteilungsskala zur Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion (MBS). Z Kinder Jugendpsychiatr 17(4): 185-193
- Esser G et al (1993). Bedeutung und Determinanten der frühen Mutter-Kind-Bindung. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 39 (3): 246-264
- Falkai P & Wittchen HU (2015). Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5). Hogrefe, Göttingen
- Felitti VJ (2002). The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. Perm J. 6(1): 44–47

- Firaz-Depeursinge E, Corboz-Warney A (1999). The primary triangle: A developmental systems view of mothers, fathers and infants. Basic Books, New York, NY
- Fischer B, Telser H, Dietz A (2017). Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht – Methodologie Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit Vertragsnummer: 16.017568 / 204.0001-1490/1.
- Fischer G, Kraigher D, Ortner R (2001). Diversifizierte Erhaltungstherapie bei opioidabhängigen Schwangeren in Westermann B, Jellinek C, Bellmann GU. Substitution: Zwischen Leben und Sterben, BELTZ Deutscher Studienverlag, Weinheim
- Forsberg L, Naver L, Gustafsson LL, Wide K (2014). Neonatal adaptation in infants prenatally exposed to antidepressants-clinical monitoring using Neonatal Abstinence Score. PLoS One 9(11):e 111327 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0111327>
- Gortner L, Dudenhausen J. W. (Hrsg.) (2017). Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen. Springer Verlag, Heidelberg
- Habetha et al. (2012). Deutsche Traumafolgenkostenstudie. Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr?. Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH Kiel.
- Herrmann B, Dettmeyer RB, Banaschak S, Thyen U (2016). Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer Verlag. 3.Auflage. Berlin Heidelberg.
- Hoffmann T (2015). Aktuelle Entwicklungen auf Bundesebene. Vortrag https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Vortrag_Aktuelle_Entwicklungen_auf_Bundesebene_24_09_2014_Till_Hoffmann.pdf
- Hüsemann D, Nagel M., Obladen M. (2008). Neonataler Drogenentzug. Pädiatrische Praxis 72(3): 381–391
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.) (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Bursch M A, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H U (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 85: 77-87
- Jachertz N (2013). Psychische Erkrankungen: Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. Deutsches Ärzteblatt 2: 61-62. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/134430/Psychische-Erkrankungen-Hohes-Aufkommen-niedrige-Behandlungsrate>
- Jungmann J (2019). Kinder psychisch erkrankter Eltern. Belastungen, Entwicklungsrisiken und Unterstützungsmöglichkeiten. Sozialpsychiatrische Informationen 3: 37-40
- Kratzsch W, Kahl HJ (2020). Familienhotlines. Ein Portal für Eltern und Ärzte zu Angeboten Früher Hilfen und des Kinderschutzes. Kinder- und Jugendarzt. Heft 11/20, 51. Jg. (2020). S.806 - 809
- Kinderschutzleitlinienbüro (2019) AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, Februar 2019, AWMF-Registernummer: 027–069. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-069.html>. Zugriff 2020.01.23
- Kindler H (2009). Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In: Meysen T, Schönecker L, Kindler H (Hrsg.). Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Beltz, Juventa, Weinheim

- Kirchner (2014). Neonatales Abstinenzsyndrom bei europäischen und nordamerikanischen Neugeborenen: Unterschiede im klinischen Verlauf an Hand von Daten einer prospektiven Studie. *Klin Padiatr* 226(05): 274-280
- Kittel-Schneider S (2019). SOP Psychopharmaka in der Schwangerschaft. *PSYCH up2date* 13 (02): 100-105
- Klitzing V, Goldbeck I, Brunner R, Herpertz-Dahlmann B, Konrad K, Lohaus A, Heim C, Heinrichs N, Schäfer I (2015). Folgen von Misshandlung im Kindes- und Jugendalter. *Trauma & Gewalt* 9(2): 122-133
- Klosterkötter J, Maier W (2017). *Handbuch Präventive Psychiatrie*. Schattauer, Stuttgart
- Kölch M, Ziegenhain U, Fegert JM (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Beltz Juventa, Weinheim
- Kratzsch W (2019). *Kinder psychisch kranker Eltern: Frühe Hilfen in den Familien*. *Kinder- und Jugendarzt*. 50(10): 660-661
- Kratzsch W (2017). *Handbuch zur Umsetzung Früher Hilfen in KinderZUKUNFT NRW. Mindeststandards und Handlungsempfehlungen*. Beiheft zum Handbuch Handbuch und Beiheft sind über den Autor erhältlich: info@forum-kinderzukunft.de
- Kraus L, Seitz NN, Shiel KD, Gmel G, Riehm J (2019). Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. *BMC Medicine* (17): <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1290-0>
- Landgraf M, Heinen F, (2017). *Fetale Alkoholspektrumstörungen - S3-Leitlinie zur Diagnostik*. Stuttgart, Kohlhammer
- Langraf M, Hoff T (2019). *Fetale Alkoholspektrumstörungen - Diagnostik, Therapie, Prävention*. Stuttgart: Kohlhammer
- Lange C, Manz K, Kuntz B (2017). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *Journal of Health Monitoring* 2(2): 66–73
- Largo RH (2007, 2017). *Babyjahre Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren*, Piper, München
- Laucht M et al (1992). „Risikokinder“: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren) *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 41 (8): 275-285
- Lenz A (2009). Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. <https://www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/13-kinder-und-jugendbericht/wissenstransfer.html>. Zugriff 2020.01.20.
- Lenz A, Brockmann E (2013). *Kinder psychisch kranker Eltern stärken – Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer*. Hogrefe, Göttingen
- Lenz A (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern*. 2.vollst. überarb. und erw. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Lenz A, Wiegand-Grefe S (2017a). *Kinder psychisch kranker Eltern – Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*, Band 23. Hogrefe, Göttingen
- Lenz A (2017b). *Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen. Grundlagen und Handlungswissen*. Handreichung. Materialien zu Frühen Hilfen 9. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). 2., unveränderte Auflage. Köln. <https://doi.org/10.17623/NZFH:MFH-EPE>

- Lenz A (2020). Versorgung von Kindern psychisch erkrankter Eltern – Herausforderungen und neue Entwicklungen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 69: 399-404
- Lieb R, Isensee B (2007). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In F. Moggi, Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Hans Huber, Bern
- Lütje W (2018), Peripartale psychische Störungen erkennen und behandeln. Pädiatrische Praxis 90: 211-221
- Mattejat F, Lenz, A, Wiegand-Grefe S (2012). Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik. In: Wiegand-Grefe S. Mattejat F. Lenz A (Hrsg): Kinder mit psychisch - kranken Eltern Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Mattejat, F. (2014): Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: Mattejat, F. / Lis-Ofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Psychiatrie Verlag, Köln
- Millner JS (1986). The Child Abuse Potential Inventory: Manual (2nd ed.). Webster, NC
- Möller C (2020). Jugend Sucht, Ein Präventionshandbuch - Ehemals Abhängige berichten, Kohlhammer, Stuttgart
- Möhler E, Resch F (2019). Early Life Stress, Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 68: 575-591
- NACOA Deutschland – Interessensvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Kinder aus Suchtfamilien: Wichtige Fakten. <https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/neu/Wichtige%20Fakten.pdf>
- NACOA Deutschland – Interessensvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. (2011). Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/%C3%84rztebrosch%C3%BCre_klein.pdf
- Nagel M, Siedentopf JP (2017). Schwangerschaft – Sucht - Hilfe. Ein Leitfaden. Charité Universitätsmedizin Berlin 2017 https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/Sprechstunde/Suchterkrankungen/Schwangerschaft-Sucht-Hilfe_2017.pdf
- Netzer-Nawrocki J (2015). Das Präventionsgesetz: Relevante Neuerungen für die Kinder- und Jugendärzte. Kinde- und Jugendarzt 11: 697–698.
- Nagel M (2017). Interprofessionelle und interdisziplinäre Betreuung Schwangerer. In: Gortner L, Dudenhausen J. W. Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen. Springer, Heidelberg
- Noecker M, Petermann (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 56: 255-263
- NZFH (2016). Prävalenz- und Versorgungsforschung. Vertiefungsstudie – Ausgewählte Ergebnisse. <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/praevalenz-und-versorgungsforschung/vertiefungsstudie/vertiefungsstudie-ausgewaehlte-ergebnisse/>
- NZFH (2017). Faktenblatt 4 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen; Suchtanzeichen bei Eltern mit Kleinkindern. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-4-NZFH-Praevalenzforschung-Suchtanzeichen-bei-Eltern-mit-Kleinkindern.pdf
- Oerter R & Montada L (Hrsg.) (1995). Entwicklungspsychologie. BeltzPVU, Weinheim

- Papoušek M, Wollwerth de Chuquisengo, R (2006). Integrative kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55(4): 235-254
- Ravens-Sieverer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50:871–878
- Renner I, Scharmanski S, Paul M (2018). Frühe Hilfen – Wirkungsforschung und weiterer Bedarf. Die Hebamme 31: 119–12
- Ritterfeld U, Franke U (1994). Die Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode. Elsevier, München
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (2016). Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien; Projektbericht
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_bundesweit_aussagekraeftige_Kennziffern.pdf
- Rohde A, Dorsch V, Schaefer C (2016). Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit. Behandlungsprinzipien – Leitlinien – Peripartales Management. Thieme,
- Rohde A, Dorsch V, Schaefer C (2016). Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit. Behandlungsprinzipien – Leitlinien – Peripartales Management. Thieme, Stuttgart
- Rohrmeister K, Weninger M (2006). Neugeborene drogenabhängiger Mütter. Monatsschrift Kinderheilkunde 154: 79–89
- Roll S, Lockwood J, Roll EJ (1981). Parent Attachment Structured Interview (PASI). Preliminary Manual, Albuquerque: Author
- Schaich U (2017). Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen in der Kita unterstützen: Verfügbar unter: <https://www.kita-fachtexte.de/texte-finden/detail/data/kinder-von-eltern-mit-psychischen-erkrankungen-in-der-kita-unterstuetzen>. Zugriff 2019.05.08.
- Seckinger M (2019). Herausforderungen für eine bessere Versorgung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In: Gelingende Hilfen für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder. Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V.. Köln
- Skatsche R (2013). SKEI Strukturiertes Interview zur Erfassung der Kind-Eltern-Interaktion. Hogrefe, Göttingen
- Schmenger S, Schmutz S (2019). Expertise Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil. Expertise im Rahmen der AG Kinder psychisch kranker Eltern <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2019/02/Gute-Praxis-1.pdf>
- Schneider F (Hrsg.) (2017). Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Springer, Stuttgart
- Schone R (2011). Kinderschutz - Zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr. Frühe Kindheit 11/3: 16-19
- Schwinn L, Frey B (2012). Väter in der familiären Triade mit einem Säugling – das Lausanner Triologspiel in Beratung und Forschung. In: Walter H, Eickhorst A (Hrsg) Das Väter-Handbuch. Theorie, Forschung, Praxis. Psychosozial-Verlag, Gießen

- Siebold M, Münzel B, Müller R, Häußermann S, Paul M, Kahl C (2016): Flächendeckende Implementierung von hilfesystemübergreifenden Qualitätszirkeln zum Thema Frühe Hilfen in Baden-Württemberg. Bundesgesundheitsbl 59:1310-1314 Statistisches Bundesamt (2018). Kindertagesbetreuung in Deutschland Stand 1.3.2018. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kindertagesbetreuung/_inhalt.html. Zugriff 2020.01.23.
- Svecz T (2010). Weiterentwicklung eines Beobachtungsinventars zur Mutter-Kind-Interaktion und Analyse der Testgütekriterien. Diplomarbeit, Universität Wien, Fakultät für Psychologie DOI: 10.25365/thesis.11475
- Tödte M, Bernard C (2016). Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Transcript, Bielefeld
- Tröster H (2011). EBI Eltern-Belastungs-Inventar. Hogrefe, Göttingen
- van der Kolk BA (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 58 (8): 672-586WHO. https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/daly_rates/text/en/. Zugriff am 09.05.2020