

Präventiver Kinderschutz

bei Kindern psychisch und suchtbelasteter Eltern



Leitfaden

Leitfaden
für Fachkräfte im Gesundheitswesen
Version 2.0 - Mai 2025



Deutsche Gesellschaft für
Kinderschutz in der Medizin



Alle Leitfäden
der DGKiM

Präventiver Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtbelasteter Eltern

Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitswesen

Autor:innen

Version 1.0: 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 (Homburg), Grazyna Teichert (Troisdorf), Stilla Walzl-Seidl (Landshut), Anette Weißbrodt († Kassel), Bernd Westermann (Berlin)

Version 2.0: Simone Born (Karlsruhe), Stephanie Boßerhoff (Wesel), Hauke Duckwitz (Düsseldorf), Jo Ewert (Hamburg), Michael Fleischer (Blomberg), Constanze Froelich (Berlin), Heide Kluck (Minden), Jessica Kuehn-Velten (Grevenbroich), Wilfried Kratzsch (Düsseldorf), Birte Schmidt (Fürth), Frauke Schwier (Koblenz), Jenny Seidler (Düsseldorf), Lotti Simon-Stolz (Homburg), Grazyna Teichert (Troisdorf)

Veröffentlichung

Der Leitfaden wurde erstmals im Dezember 2020 veröffentlicht und im Jahr 2025 aktualisiert. Ein erneutes Update des Leitfadens ist für 2030 geplant.

Zitierweise

DGKiM-Leitfaden für Präventiven Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtbelasteter Eltern, Version 2.0 –05/2025

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V.

Kontakt

DGKiM Geschäftsstelle

c/o Abteilung für Kinderschutz

Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln

Doktor-Friedrich-Steiner Str. 5, 45711 Datteln

E-Mail: geschaeftsstelle@dgkim.de

WIDMUNG

(übernommen aus Version 1.0 – 12/2020)

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_

Vorwort	5
I Zielgruppen des Handlungsleitfadens	8
II Einführung in die Thematik	9
Psychische Erkrankung: Irritation? Befremden? Entsetzen?	9
Geschichte	11
Epidemiologie in Deutschland	13
Ressourcen und Belastungen	17
NEU Analyse von Risiko- und Schutzfaktoren	21
Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche	23
NEU Medizinische Kindesmisshandlung (MKM)	29
Altersbezogene Auswirkungen	31
Prävention	44
III Empfehlungen	48
Beratung und Unterstützung als präventiver Kinderschutz	48
§ 4 KKG: Vorgehen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung	52
Empfehlungen zur medizinischen Versorgung	54
Vernetzung, Kooperation und Fallverantwortung	81
Dokumentation, Schweigepflicht und Datenschutz	86
NEU Pränataler Kinderschutz „Aspekte zum Schutz des Ungeborenen“	88
Versorgungsstrukturen (good practice- Beispiele)	91
IV. Informationen	98
Informationen für Fachkräfte	98
Informationen für Kinder und Jugendliche	102
Informationen für Eltern	106
Anhänge	108
NEU Anhang 14: Kultursensibler Kinderschutz	137
Abkürzungsverzeichnis	142
Literaturverzeichnis	143

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 Autor:innen 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 (s. Zitierweise) ist erlaubt und erwünscht.

Vorwort

Nach konservativen Schätzungen wächst 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 suchtblasteten 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. Hausärzt:innen, Gynäkolog:innen, (Sozial-)Pädiater:innen, Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichen-Psychiater:innen sowie –Psychotherapeut:innen 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, -vernachlässigung und sexueller Gewalt 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 im Jahr 2017 der DGKiM Arbeitskreis Prävention gegründet. Dieser interdisziplinäre Arbeitskreis wird aktuell geleitet von Dr. Lotti Simon-Stolz, Dr. Hauke Duckwitz und Frauke Schwier (ak-praevention@dgkim.de).

Der Arbeitskreis hat Leitfäden für den präventiven Kinderschutz mit folgenden Themen veröffentlicht:

- Kinderschutz bei psychisch und suchtselasteten Eltern
- Kinderschutz bei chronisch kranken und behinderten Kindern (inklusive Kurzfassung)

Diese und alle weiteren Leitfäden der DGKiM sind abrufbar unter: <https://dgkim.de/wissen-forschung/leitfaeden-der-dgkim/>

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 Belastungen/Erkrankungen auf Kinder in unterschiedlichen Alters- und Entwicklungsphasen. Hierbei sollen zum einen präventive Ansätze die Lebenssituation und die Entwicklungschancen der Kinder verbessern, zum anderen aber auch das Kindeswohl gefährdende Entwicklungen frühzeitig erkannt und notwendige Maßnahmen auf Grundlage 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 suchtselasteter Eltern im Gesundheitswesen darzustellen und damit den Fachkräften in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens Ideen und Handwerkszeug für die praktische Arbeit an die Hand zu geben. Angesichts der Vielfalt der Professionen, der Arbeitsfelder und der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen bietet dieser Leitfaden 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.

Was ist neu?



Der Leitfaden wurde in Hinblick auf Literatur, Angebote und good-best-practise-Beispiele aktualisiert sowie um eine Vorlage für eine [Schutz- und Risiko-Analyse](#) ergänzt. Folgende Themen wurden als Exkurs aufgegriffen:

- [Pathologisches Glücksspiel und Kinder aus glücksspielsuchtbelasteten Familien](#)
- [Pränataler Kinderschutz bei Alkohol- und Drogenabusus – Aspekte zum Schutz des Ungeborenen](#)
- [Peripartale psychische Störungen \(PPS\)](#)
- [Medizinische Kindesmisshandlung \(MKM\)](#)
- [Kultursensibler Kinderschutz](#)

Eine **Kurzfassung** ist demnächst abrufbar unter: <https://dgkim.de/wissen-forschung/leitfaeden-der-dgkim/>

Kommentierung des Leitfadens

Kommentierungen des Leitfadens sind gewünscht und können an ak-praevention@dgkim.de gesendet werden: *Die Autor:innengruppe bedankt sich für Rückmeldungen, Korrekturen und Ergänzungsvorschläge.*

Hinweis

Der Leitfaden beruht auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen in Anlehnung an die 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 Ärzt:innen 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-, Beratungs- 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:

- Fachärzt:innen, z.B. Kinder- und Jugendärzt:innen, Kinderchirurg:innen, (Kinder- und Jugend-)Psychiater:innen, Gynäkolog:innen, Substitutionsmediziner:innen, Allgemeinmediziner:innen, Zahnärzt:innen
- Medizinisches Personal in Klinik, Praxis, Sozialpädiatrischen Zentren, Frühförderstellen und Öffentlichem Gesundheitsdienst (z.B. Gesundheits- und Krankenpflegende, Hebammen, Therapeut:innen, Medizinische Fachangestellte, sozialmedizinische Assistent:innen)
- Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende
- Psycholog:innen/Psychotherapeut:innen
- Fachkräfte der klinischen Sozialarbeit (z.B. Drogen- und Suchthilfe)

Kooperationspartner

Aufgrund der Komplexität der Lebenslagen von Familien mit psychisch und suchtblasteten 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, Jugendhilfeträger)
- Beratungsstellen (z.B. Suchtberatung, Familienberatung, Schwangerenberatung, Migrationsberatung)
- Sozialpsychiatrische Zentren
- Kindertagesstätten, Familienzentren und Schulen
- Sozialamt
- Jobcenter
- Polizei
- Selbsthilfegruppen
- Wohngruppen
- u.a.

II Einführung in die Thematik

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 fahrlässig, die Tatsache zu übersehen, zu verdrängen oder zu verleugnen, dass psychisch und suchterkrankte Eltern 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 and Wiegand-Grefe, 2017). Psychische Erkrankungen sind charakterisiert durch klinisch bedeutsame, häufig chronische Störungen in der Kognition, in der Emotionsregulation und im Verhalten einer Person (Falkai and 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 et al., 2017). Die Lebenszeitprävalenz für eine psychische Erkrankung beträgt laut Bundesgesundheitsurvey 43% (F. Jacobi et al., 2014). Dies bedeutet, dass fast die Hälfte der Bevölkerung mindestens einmal eine psychische Erkrankung erlebt (s. Epidemiologie). Aktuellere Ergebnisse liegen bei Abfassung der Aktualisierung des Leitfadens nicht vor. 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?

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 Belastungen von Eltern betreffen sehr viele Menschen, zuerst ungeborene und geborene Kinder, zugleich auch Partner:innen, 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 psycho-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 zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht verbindlich in Kraft getreten ist. Die ICD 11 spricht von „substanzgebrauchs- und verhaltensbezogenen Störungen“ (z.B. Computerspielabhängigkeit, Internetpathologie, Internetnutzungsstörung) 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 Verlaufsdiagnostik 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.

Innerhalb des BMG-Forschungsprojektes zur Versorgungssituation suchtbelasteter Familien (VSsF) konnte nachgewiesen werden, dass spezialisierte und kooperative Hilfeleistungen für suchtbelastete Familien wirksam sind. Im Abschlussbericht „Steuerungswissen und Handlungsorientierung für den Aufbau effektiver interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke für suchtbelastete Familien“ (Helsper et al., 2022) werden folgende Empfehlungen für die Steuerung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie für Praxisakteur:innen in der direkten Arbeit formuliert:

- Ausbau von Strukturen: *Es bedarf deutschlandweit eines einheitlichen und verbindlichen Standards für ein Netzwerk Besonders Belastete Familien(systeme), der weitestgehend analog zum Erfolgsmodell der Frühen Hilfen zu finanzieren und aufzubauen ist.*
- Qualitätskriterien Netzwerk Besonders Belastete Familien(systeme): *Zentrale Zielsetzung eines solchen Netzwerks muss es sein, die bestehende Versäulung der verschiedenen Leistungsbereiche aufzubrechen, um Angebote bzw. Angebotsstrukturen zu ermöglichen, die von den Bedarfen der Familien vor Ort ausgehen und dabei nicht ausschließlich auf tradierte Praktiken zurückgreifen.*

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 Akteur:innen unterschiedlicher Versorgungsbereiche griffen das Thema auf, publizierten zunehmend auch interdisziplinär und organisierten erste Tagungen (Seckinger, 2019). Gleichzeitig fanden auch unter Berücksichtigung 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 et al., 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 suchtbelasteten 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 Expert:innen aus Forschung und Praxis hat im Dezember 2019 ihren Abschlussbericht basierend auf drei interdisziplinären Fachexpertisen zu *Forschung, Recht und Gute Praxis* 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. Themenschwerpunkte der Arbeitsgruppe waren: (1) Bedarfsgerechtigkeit, Passgenauigkeit, Flexibilität und Kontinuität der Hilfen und Angebote sicherstellen, (2) Zugang zu Hilfen und Angeboten erleichtern und (3) Vernetzung und Kooperation stärken. Nicht aufgegriffen in den Empfehlungen ist das Thema der pränatalen Belastung der ungeborenen Kinder bei psychisch und suchtbelasteten Schwangeren, da dieses kein direkter Auftrag an die Arbeitsgruppe war (Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern, 2020).

Auf Basis dieser Empfehlungen fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) von Oktober 2023 bis Juni 2026 den Ausbau einer wissenschaftlich evaluierten, barrierefreien Online-Plattform, die den Zugang zum Hilfesystem für Kinder, Jugendliche und (junge) Erwachsene erleichtern soll.

Die Grundlage für die Umsetzung wurde bereits 2022/2023 mit einem durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanzierten, fünfmonatigen Auftaktprojekt gelegt. Im Rahmen eines fünfmonatigen Auftaktprojektes wurde u.a. bereits eine gemeinsame Landing-Page (hilfenimnetz.de) der Angebote [KidKit](#) und NACOA eingerichtet.

Einige Empfehlungen der AG KpKE wurden bei der Novellierung des SGB VIII berücksichtigt. So wurde

mit der Neugestaltung des § 20 SGB VIII 2021 eine gesetzliche Grundlage geschaffen, um niedrigschwellige Angebote bzw. Hilfestrukturen zur kurzfristigen Unterstützung für suchtblastete Familien zu ermöglichen. Wichtige rechtliche Grundlagen im SGB V und nächste Umsetzungsschritte fehlen jedoch noch zur geforderten strukturellen Verortung und Regelfinanzierung von sozialgesetzübergreifenden familienorientierten Hilfen für die Zielgruppe mit ihrem komplexen Unterstützungsbedarf.

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. Eine aktuelle Datenerhebung erfolgt durch das Robert Koch Institut im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland“ (https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/gesundheit_deutschland/gesundheits_in_deutschland_node.html), die 2024 begonnen wurde. Ergebnisse liegen bei Abfassung der Aktualisierung des Leitfadens nicht vor.

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

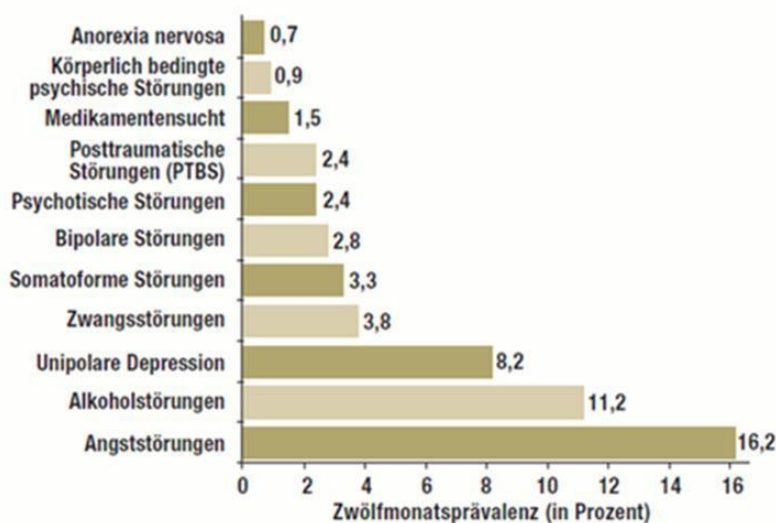


Abbildung 2: Was sind die häufigsten psychischen Störungen? Quelle: RKI, entnommen aus (Jachertz, 2013)

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 weiterhin unzureichend. 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 Patient:innen 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 Patient:innen 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 erkrankten an einer postpartalen Depression, 1,9% an einer postpartalen Erstmanifestation einer schizophrenen Erkrankung (Lenz, 2017). 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 and Ziegenhain, 2016).

Für das Jahr 2022 gaben in einer bundesweit repräsentativen Studie für Kinder von 0 bis 3 Jahren Deutschland (Hänelt et al., 2024) etwa ein Fünftel aller Eltern (21,5 %) eine moderate bis klinisch bedeutsame psychische Belastung (2015: 15,7 %) an. Psychisch belastete Eltern äußerten signifikant häufiger Zweifel an der eigenen elterlichen Kompetenz als Eltern ohne psychische Belastung. Ärztinnen und Ärzte dokumentierten bei Kindern, deren Eltern über klinisch bedeutsame psychische Belastungen berichteten, signifikant häufiger Hinweise auf eine Regulationsstörung und eine Entwicklungsverzögerung.

Nach einer Schätzung von Mattejat (Lenz and Wiegand-Grefe, 2017) 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 Daten des Robert Koch-Instituts (Lange et al., 2016; Robert Koch-Institut (Hrsg), 2016) 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 (Robert Koch-Institut (Hrsg), 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 suchtbelasteten 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 and 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 psychischen und suchtkranken Elternteil eine quantitativ bedeutende und wichtige Zielgruppe sind, für die früh ansetzende Maßnahmen im Sinne eines präventiven Kinderschutzes notwendig sind.



Pathologisches Glücksspiel und Kinder aus glücksspielsuchtbelasteten Familien

Pathologisches Glücksspiel ist ein signifikantes gesellschaftliches Gesundheitsprobleme (z.B. Shaffer & Korn, 2002). In Deutschland zeigen ca. 229.000 Personen ein problematisches und 200.000 Personen ein pathologisches Glücksspielverhalten (Banz, 2019). Die sozialen, finanziellen, legalen und gesundheitlichen Probleme betreffen dabei nicht nur den Spieler selbst, sondern auch das soziale Umfeld und insbesondere die Familie. In Deutschland sind 25 bis 33% der pathologisch Glücksspielenden gleichzeitig Väter bzw. Mütter minderjähriger Kinder (Bachmann, 2004; Kellermann, 2005), was auf eine hohe Zahl exponierter Kinder schließen lässt: Hochrechnungen zufolge handelt es sich um bis zu 150.000 Kinder in Deutschland. Aktuelle Zahlen zu Kindern aus glücksspielsuchtbelasteten Familien sind in Deutschland kaum vorhanden und während zu Kindern von alkohol- oder drogenabhängigen Eltern inzwischen eine gute Forschungsgrundlage existiert (z.B. Klein, 2005a oder Klein, 2018a), ist die Evidenz hinsichtlich der besonderen Belastungen und Bedarfe von Kindern von pathologischen Glücksspielern noch sehr gering (Fischer and Klein, 2021).

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 (Internationales Zentrum Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung (Hrsg.), 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 Autor:innen 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 (Krebsforschungszentrum, 2017) auf jährlich 39,3 Mrd. Euro beziffert. Bei dieser Berechnung sind jedoch die Kosten, die gesellschaftlich durch Fetale Alkohol- Spektrumstörungen (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 and Dudenhausen, 2017). Aus Europa liegen keine Zahlen vor, die eine valide Einschätzung erlauben.

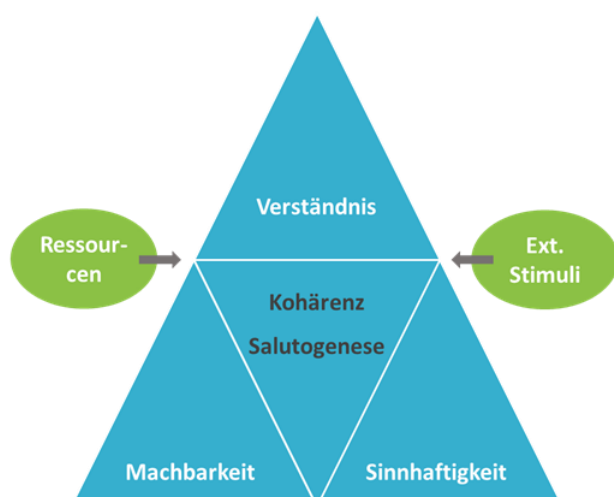
Die enormen volkswirtschaftlichen Folgekosten psychischer und Suchterkrankungen verdeutlichen die dringende Notwendigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung.

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, 2010).

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

Ressourcen und 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	• 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	• 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	• 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 and Wiegand-Greife, 2017).

Die Schutzfaktoren können aber auch dazu genutzt werden, nach Gefährdungsereignissen positive Entwicklungspfade zu begünstigen. Ein besonderes Augenmerk sollte daher auf Faktoren gelegt werden, die durch Interventionen und Therapie gefördert werden können bzw. sich als besonders stark erwiesen haben (**fettgedruckt in Tabelle 1**), wie z.B. Unterstützung durch eine enge Bezugsperson.

In Tabelle 1 sind noch materielle und kulturelle Ressourcen sowie ein leichter Zugang zu Hilfen zu ergänzen.

Belastungen und Risikofaktoren

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

Zudem können Risikofaktoren in statische, nicht veränderbare Faktoren (z.B. Vater wurde als Kind misshandelt) und dynamische Faktoren (z.B. Mutter ist an Depressionen erkrankt) unterschieden werden. Für die Perspektive des Kindes sind insbesondere die dynamischen Risikofaktoren (**fett gedruckt in Tabelle 2**) entscheidend, da diese durch Unterstützungsmaßnahmen oder Behandlung so verändert werden können, dass eine Gefährdung abgewendet werden kann.

Risikofaktoren des Kindes	Biologische Faktoren	• Alter • Geschlecht • Schwieriges Temperament • Reduzierte kognitive und kommunikative Fähigkeiten • Früh- und Mangelgeborene • Chronische Erkrankungen und Behinderungen • Pränatale Schädigung durch intrauterine Substanzexposition • Kindliche Regulations- und Verhaltensstörungen
	Individuelle Faktoren	• 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	• 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 • Geringeres Interesse und emotionale Beteiligung
	Einschränkung der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit	• Geringeres kommunikatives Repertoire • Geringere Einfühlsamkeit • Dysfunktionaler Medienkonsum • Feindseliges Interaktionsverhalten • Hohe Impulsivität, herabgesetzte Frustrationstoleranz • Vermehrte Passivität, vermeidender Bewältigungsstil
	Eheliche Disharmonie Diffusion der Generationengrenze/ Parentifizierung	• Partnerschaftskonflikte, Gewalt • Loyalitätskonflikte • Übernahme der Eltern- und Partnerfunktion durch die Kinder
Risikofaktoren der Familie	Krankheitsverarbeitung	• Rede- und Kommunikationsverbot • Innerfamiliäre Tabuisierung • Bagatellisierung • Rückzug und Passivität
	Fehlende soziale Beziehungen	• Fehlen von zuverlässigen und vertrauensvollen Ansprechpartnern • Soziale Isolation
	Häusliche Gewalt	• Physische Gewalt • Psychische Gewalt
	Transgenerationale Weitergabe psychischer Störungen	• (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- Grefe 2017

In Abbildung 4 werden Wechselwirkungen psychischen Belastungen mit anderen Risikokonstellationen im Lebensalltag dargestellt.

Wechselwirkung Psychischer und Suchtbelastungen mit anderen Risikokonstellationen im Lebensalltag

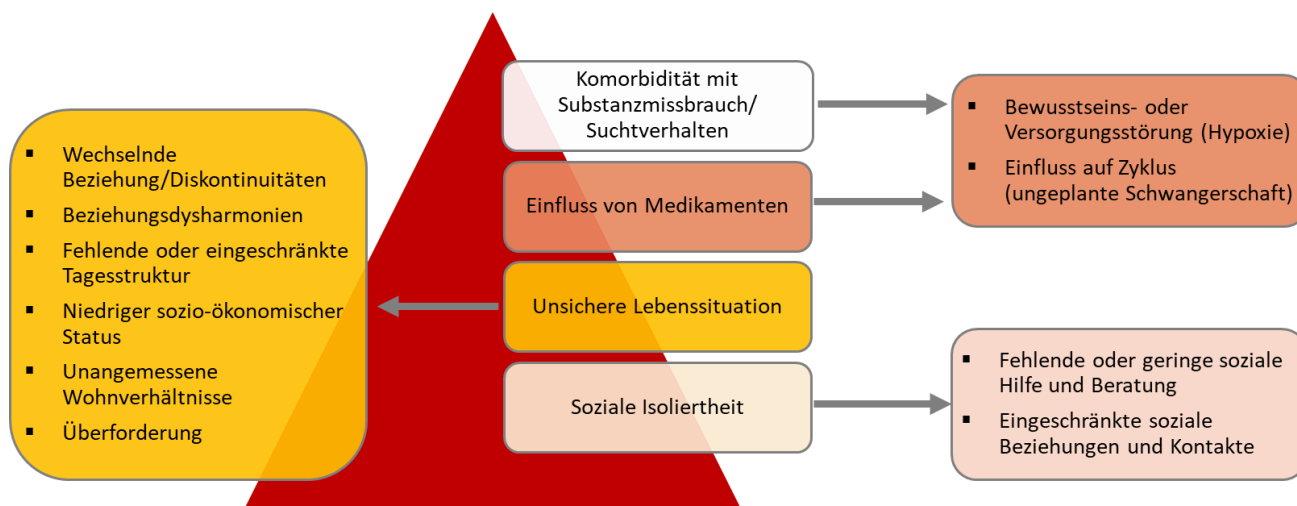


Abbildung 4: Wechselwirkung Psychischer und Suchtbelastungen mit anderen Risikokonstellationen im Lebensalltag nach Weißbrodt, modifiziert nach Lieb & Isensee 2007

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, 2017). 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).

Es ist davon auszugehen, dass eine Häufung relevanter Risikofaktoren zu einem deutlichen Anstieg des Gesamtrisikos führt. Laut Klein (Klein, 2018) gilt „eine elterliche Suchtmittelabhängigkeit, speziell Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, als eine der risikoreichsten und gefährlichsten Konstellationen für die gesunde psychische und körperliche Entwicklung von Kindern, die im Umfeld leben“ (Helsper et al., 2022).

In den betroffenen Familien besteht damit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Kindeswohlgefährdung (Lenz, 2017, 2010):

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 sexuelle Gewalt

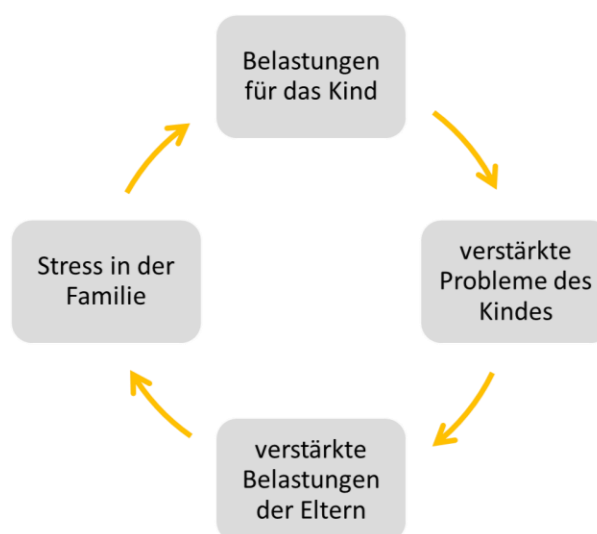


Abbildung 5: Kumulation und zirkulärer Zusammenhang nach Lenz 2017



Analyse von Risiko- und Schutzfaktoren

Besonders zur Einschätzung der tatsächlichen Belastung von Familien ist die Analyse von Risiko- und Schutzfaktoren unerlässlich (Kindler, 2023), um eine subjektive, eher emotionale Einschätzung der Situation des Kindes durch eine analytische Sichtweise zu ersetzen. Gerade im Bereich der Kindeswohlgefährdung kann durch Emotionen der Fachkräfte die Bewertung eines Falls unterschiedlich ausfallen (Bilder der Verletzung versus zu beobachtenden liebevollen Umgang der Mutter mit dem Kind). Es besteht die Gefahr, dass gemäß der „Dual System theory“ (Evans, 2008) unterbewusst schnell ablaufende Bewertungssysteme zu „intuitiven Handlungstendenzen“ führen und eine „objektive“ Einschätzung zu kurz kommt. Die Schutz- und Risikoanalyse wird dem analytischen System zugerechnet, welches langsamer, sprachlich organisiert und mit mehr bewusster Aufmerksamkeit zum Ergebnis kommt. In beide Systeme fließt die Vorerfahrung mit ein.

Da im Kinderschutz nicht unerheblich Grundrechte von Kindern und deren Familien betroffen sind bzw. einschränkt werden, ist eine sorgfältige Analyse notwendig mit Fakten, die im Zweifel auch vor Gericht Bestand haben.

Hierbei ist es nicht nur wichtig, wie z.B. in Strafverfahren, Vergangenes zu bewerten, sondern in die Zukunft gerichtet einzuschätzen, inwieweit die Erziehungsberechtigten gewillt sind, weitere Gefahren von dem Kind abzuwenden.

Neben der o.g. Einteilung in statische und veränderbare dynamische Risikofaktoren hat sich auch die Einteilung in distale und proximale Faktoren bewährt.

Distale Faktoren betreffen den sozialen Hintergrund (z. B. Wohngegend, Einkommen), führen aber nicht zwangsläufig zu Kindeswohlgefährdung. Proximale dagegen betreffen direkt die Eltern-Kind-Interaktion bezogen auf Gedanken über das Kind (feindselige Deutung) oder die Fähigkeit zur Erziehung. Die Erhebung ist mühsamer und benötigt eine Beobachtung in verschiedenen Settings,

ist aber deutlich hilfreicher für die Vorhersage einer weiteren Gefährdung.

Nicht zuletzt könnte bewertet werden, ob Risikofaktoren nur statistisch assoziiert (z.B. Trennung der Eltern) oder Teil einer Ursachenkette sind, somit direkt kausal mit einer möglichen KWG einhergehen. Hier wäre als Beispiel eine empfundene Hilflosigkeit gegenüber dem Kind zu nennen. Ziel wäre eine Verbesserung der Situation durch gezielte Minimierung dieses Risikos, in dem z.B. die Selbstwirksamkeit der Eltern gestärkt wird.

Bezüglich der Vorhersagekraft für Kindeswohlgefährdung haben sich in der Forschung (Kindler, 2006; Righthand et al., 2013) besonders folgende Risikofaktoren als erheblich gezeigt:

- Wiederholte Gewalt in der Familie (Geschwister, Partner:innen)
- Hoher familiärer Stress (Anzahl der Kinder, finanzielle Situation)
- Gravierende Einschränkung in den Fürsorgefähigkeiten (Wahrnehmung kindlicher Signale)
- Psychische Erkrankung der Erziehungsberechtigten besonders mit Beeinträchtigung der Bewältigung der Alltagsbelastung
- Verzerrung der Sicht auf die Gefährdung des Kindes mit fehlender Verantwortungsübernahme

Diese sollten daher bei der Schutz- und Risikoanalyse besonders gewichtet werden.

Bisher noch nicht berücksichtigt sind besondere Risiko- aber auch Schutzfaktoren vor dem Hintergrund unterschiedlicher Migrationserfahrungen und kultureller Vielfalt.

An Risikofaktoren sind die Migration an sich mit möglichen Gewalterfahrungen auf der Flucht und dem Gefühl der Entwurzelung ebenso zu nennen, wie die Erfahrung von Rassismus und Diskriminierung durch die Aufnahmegesellschaft.

Dem gegenüber stehen Schutzfaktoren wie familiärer Zusammenhalt, Respekt und Hilfsbereitschaft in einer kollektivistischen Gesellschaft (s.  Anhang 14 Kultursensibler Kinderschutz).

Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche

Eine psychische und Suchtbelastung 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 and Kober, 2007; Klein, 2008):

- Lebensgeschichtlich früher Beginn von Alkohol- und Drogenmissbrauch (z.B. durch negatives elterliches Vorbild, inkonsistente elterliche Aufsicht, leichte Verfügbarkeit von Alkohol und Drogen, gemeinsamer Konsum im Sinne einer Fraternisierung)
- Häufigere Diagnosen in den Bereichen Angst, Depression und Essstörungen
- Stärkere Hyperaktivität, Impulsivität und Aggressivität
- Defizite in den schulischen Leistungen/Schulversagen
- Stärkere innerfamiliäre Konflikte

Zudem besteht die große Gefahr von sozialen Folgen wie z.B. Stigmatisierung, Ausgrenzung, Verarmung, Arbeitslosigkeit, Illegalität, (Beschaffungs-)Kriminalität oder Gefängnisstrafen.

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.

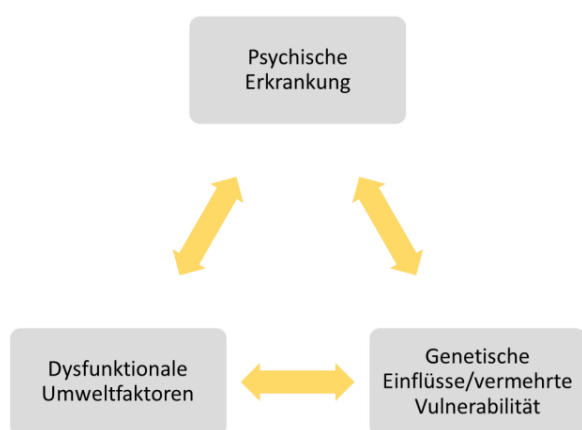


Abbildung 6: Zusammenwirken genetischer Einflüsse und psychosozialer Faktoren nach Mattejat et al., 2012

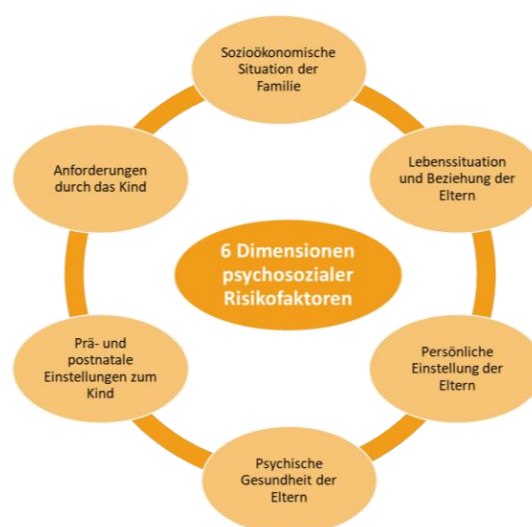


Abbildung 7: Dimensionen psychosozialer Risikofaktoren nach Kindler, 2009

In Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten und suchtkranken Elternteil findet sich eine erhöhte Prävalenz von Risikofaktoren. Es treten häufiger kritische Lebensereignisse (z.B. schwere Erkrankung eines Elternteils, Krankenhausaufenthalte, Todesfälle, Polizeieinsätze, Inhaftierung, Trennung/Scheidung) auf. Das Risiko für Unfälle und Verletzungen ist erhöht. In manchen Familien (insbesondere auch bei elterlichem Konsum von Alkohol und/oder illegalen Drogen und Glücksspielsucht sowie bei Persönlichkeitsstörungen) herrscht eine Atmosphäre ständiger Angst, Unberechenbarkeit und Unsicherheit. Häusliche Gewalt sowie Vernachlässigung, Misshandlung und sexuelle Gewalt 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, 2017).

Bei Kumulation verschiedener Risikofaktoren wie niedriger Bildungsstatus, partnerschaftliche und familiäre Konflikte, beeinträchtigtes 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 Jugendgesundheitssurveys

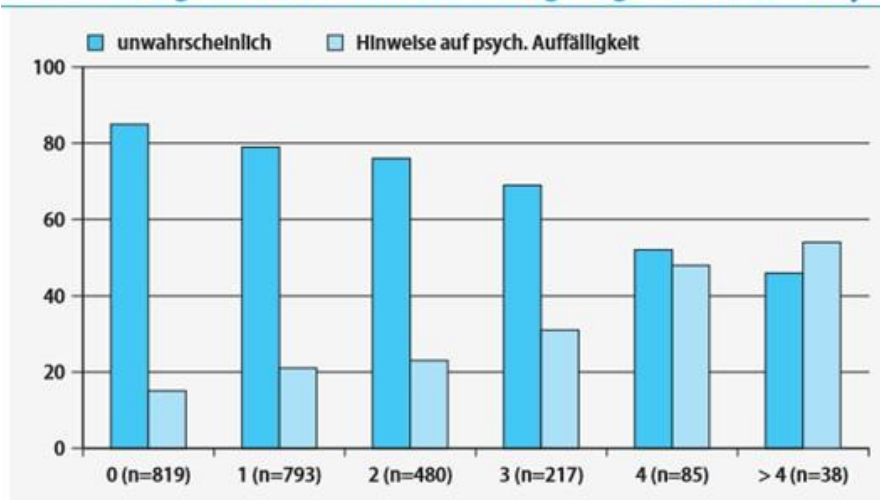


Abbildung 8: Kumulative Wirkung von Risikofaktoren hinsichtlich psychischer Auffälligkeit entnommen aus Ravens-Sieberer et al. 2007

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	• Anwesende Abwesenheit • 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	• 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- und Zwangsstörung	• Familiäre Transmission durch ambivalentes Verhalten gegenüber dem Kleinkind in unvertrauten Situationen	Angst-Erkrankung: • 10-fach erhöhtes Risiko einer eigenen Angststörung • Besonders deutlich ausgeprägt bei Panikstörung eines Elternteils Zwangserkrankung: • Erhöhtes Risiko verschiedener Erkrankungen wie Ängstlichkeit, Depression oder Somatisierung
Schizophrenie	• 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	• Eltern werden als verwirrt, misstrauisch und unheimlich mit unvorhersehbarem Verhalten wahrgenommen • Entwicklung einer unsicher-ambivalenten oder sogar desorganisierten Bindung • In der Folge: • Schulleistungsprobleme mit Konzentrationsstörungen • Aggressive Verhaltensauffälligkeiten mit Reizbarkeit und Impulsdurchbrüchen

Borderline-Störung

- Erfahrungen von Misshandlung, sexueller Gewalt und Bindungsentbehrung in 90% der Fälle
- Andauerndes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten
- Mangelnde Feinfühligkeit
- Muster der Spaltung, Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung des Kindes (oder Abwertung des einen und Ablehnung des anderen Kindes)
- Identitätsstörung / Störung der Identität als Mutter / Rollendiffusion
- Rollenumkehr / Anklammern
- Impulsive Durchbrüche, Unberechenbarkeit
- Unangemessene, starke Wut oder Kontrollverlust, Übergriffigkeit
- Verhaltensexzesse
- Starke Stimmungsschwankungen
- Chronisches Gefühl der Leere
- Selbstverletzendes Verhalten, wiederkehrende Suiziddrohungen oder -versuch
- Stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome
- Sehr häufig Entwicklung einer unsicher-ambivalenten oder desorganisierten Bindung
- Erleben von mangelnder Stabilität, Unberechenbarkeit, Desorientierung
- Erleben von unberechenbaren, gefährlichen und aggressiven Verhaltensweisen
- Parentifizierung; erschwerte Autonomieentwicklung
- Gefühle von Ohnmacht, Panik, Verlorenheit, Überforderung und massiven Schuldgefühlen
- Hohes Verletzungsrisiko und hohes Risiko für das Erleben von körperlicher oder psychischer Gewalt
- Hohes Entwicklungsrisiko für psychopathologische Symptome
- Traumafolgestörung

Suchterkrankung

- Erhöhter innerfamiliärer Stress
- Unsicherheit, Unberechenbarkeit, starke Wechselhaftigkeit
- Inkonsistente und dysfunktionale Erziehungspraktiken
- Geringes Monitoring der Kinder, mangelnde Struktur
- Suchtdruck/Craving, Zurückstellen/Vernachlässigen/Negieren der kindlichen Bedürfnisse
- Kontrollverlust
- Bagatellisieren / Verleugnen / Negieren der eigenen
- Störungen im Beziehungs- und Bindungsaufbau
- Ambivalenz, Verunsicherung, Enttäuschung, Angst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust
- Loyalitätskonflikte, Gefühle von Scham, Schuld, Wut
- Emotionale und funktionale Parentifizierung
- Misslingende Autonomieentwicklung
- Hohes Risiko für Entwicklungsstörungen,

Medizinische Kindesmisshandlung (MKM)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Suchterkrankung • Schweigegebot • Kontrollverlust | <ul style="list-style-type: none"> Verhaltensstörungen, emotionale Störungen, dysfunktionalen Medienkonsum, eigene Suchterkrankung • Traumafolgenstörung • Hohes Risiko für körperliche und psychische Gewalterfahrungen |
|---|---|
-
- Motive und Diagnosen der Verursacher:innen:
 - Z.B. finanzielle Interessen, Sorgerechtsstreit, aufenthaltsrechtliche Vorteile
 - Überängstlichkeit
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Wahnhaftige Störungen
 - Somatoforme Störungen
 - Artifizielle Störungen, z.B. Münchhausen by proxy Syndrom
 - >95% Mütter
 - Teils aus Heilberufen (>40%)
 - Viele mit eigenen Misshandlungserfahrungen (>30%)
 - Einfordern oder herbeiführen von medizinischen Maßnahmen durch
 - Berichten, Erfinden, Verschweigen oder falsch darstellen oder
 - Aktives Verursachen von Symptomen
 - Viele Betroffene sind tatsächlich chronisch krank (>30%)
 - Typische Symptomkomplexe ([s. Anhang 8 Red Flags MKM - Symptomkomplexe](#))

Tabelle 3: Spezifische Auswirkungen einzelner psychischer Erkrankungen modifiziert nach Lenz 2017 und ergänzt um Suchterkrankung und Medizinische Kindesmisshandlung

Entstehung von Traumafolgenstörung als Folge elterlicher Belastung

Gravierendste Folge psychischer und Suchtbelastung von Eltern kann eine chronische Gefährdung mit Deprivation, aber auch jeglicher Form von emotionaler, psychischer oder körperlicher Gewalt sein, die zu einer Traumafolgenstörung 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 (van der Kolk, 2009) (s. [Anhang 6 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 sind gefährdet für Ausnutzung und seelische oder auch sexuelle Gewalt. 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).

Im ICD 11 werden sowohl die reaktive Bindungsstörung als auch die Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten (Bindungsstörung mit Enthemmung) den Traumafolgestörungen zugeordnet. Sie sind somit in einer Kategorie mit (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörungen



Medizinische Kindesmisshandlung (MKM)

Medizinische Kindesmisshandlung (Medical Child Abuse) wird definiert als unnötige und (potentiell) schädigende medizinische Diagnostik oder Therapie von Minderjährigen, die von engen Bezugspersonen provoziert wird (Arbeitsgruppe Medizinische Kindesmisshandlung der Charité, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf und der Medizinischen Kinderschutzhotline). Die beschriebenen oder herbeigeführten Symptome ziehen in der Folge unnötige medizinische Aufmerksamkeit, Diagnostik und Therapien nach sich, die in der Summe direkt und indirekt schädigend auf das Kind wirken (Roesler, 2018).

Wird eine Erkrankung schwerer dargestellt als sie ist, werden Symptome erfunden oder übertrieben kann von „vorgetäuschter Erkrankung“ (factitious illness) gesprochen werden. Dies ist die häufigste Form von MKM. Bei beigebrachten Auffälligkeiten, Infektionen, Gabe von Salzlösungen, Hervorrufen von Durchfall oder Verstopfung usw. spricht man von „induzierter Erkrankung“ (induced illness) (RCPCH, 2021).

MKM ist eine kinder- und jugendärztliche Diagnose, die eine schädigende Situation und die (Mit-) Verantwortung des Medizinsystems in den Mittelpunkt stellt. Die Motivationen der Verursacher:innen sind zweitrangig und beinhalten (anders als beim Münchhausen by proxy Syndrom (MbpS)) nicht immer bewusste Täuschung. Ob eine ausgeprägte Überbesorgtheit, die Suche nach Aufmerksamkeit, Geldleistungen, Mitgefühl oder anderen emotionalen Gewinnen handlungsleitend ist oder eine psychische Erkrankung (z.B. Psychose, Persönlichkeitsstörungen oder eine artifizielle Störung wie das MbpS) zu Grunde liegt: Die Diagnose MKM leitet sich von der Schädigung des Kindes her, unabhängig von der Motivation oder Diagnose der Betreuungspersonen (Hornor, 2021). Da die mögliche psychische Erkrankung der **Verursacher:innen** im Rahmen der Behandlung des Kindes nicht sicher abgeklärt werden kann, ergibt sich die Notwendigkeit einer terminologischen Verschiebung von MbpS hin zu MKM. Dieser Wandel reflektiert einen Perspektivwechsel von der Erwachsenen- zur kindzentrierten Perspektive und eröffnet damit die Möglichkeit auch in der Kinder- und Jugendmedizin oder -psychiatrie die Diagnose zu stellen (Davis et al., 2019). Nach der strikten Definition des MbpS war in der Vergangenheit von einer seltenen Diagnose mit 0,5 Fällen pro 100.000 Einwohnern die Rede (McClure et al., 1996), neuere Untersuchungen legen jedoch nahe, dass das Phänomen mit bis zu 1/190 Krankenhausaufnahmen deutlich häufiger sein könnte (Ferrara et al., 2013).

Für die betroffenen Kinder können die **Folgen** gravierend sein. Sie können zu einer tiefgreifenden

Unsicherheit bezüglich der eigenen Gesundheit und zur Übernahme der Krankenrolle führen. In der Literatur sind Somatisierungsstörungen, Entwicklungsstörungen und direkte Gesundheitsschäden (insbesondere bei induced illness) bis hin zum Tod als Folge von MKM beschrieben. Die Mortalität beträgt bis zu 9%.

Die **Diagnose** der Medizinischen Kindesmisshandlung ist äußerst herausfordernd, da die Behandler:innen grundsätzlich davon ausgehen, dass Eltern wahrheitsgemäß über den Gesundheitszustand des Kindes berichten. Die ungewollte Mitbeteiligung des medizinischen Systems kann zusätzliche Schwierigkeiten in der Klärung mit sich bringen und kann in Teamkonflikten münden. Die vorgelegte Krankengeschichte kann zum Teil sehr umfangreich sein und das verursachende Elternteil ist evtl. sehr gut in die vorgebrachte Thematik eingearbeitet, was es schwierig machen kann, Diskrepanzen zu belegen und Befunde zu objektivieren. Die Verursacher:innen entziehen sich häufig dem medizinischen Setting, wenn der Verdacht MKM benannt wird und wenden sich anderen medizinischen Versorgern zu. Letztendlich kann es bei

Folgende Punkte für die Herangehensweise sind empfehlenswert:

- Möglichst früh im Prozess Schweigepflichtentbindungen mit den Vorbehandler:innen einholen
- Befunde abfragen und abgleichen
- Eine detaillierte, chronologische Auflistung aller Verdachtsdiagnosen, objektiver Befunde und möglicher Therapien und der Hilfsmittelversorgung
- In multidisziplinären Besprechungen Einigkeit im Team herstellen
- Bestätigt sich der Verdacht, ist eine Einbeziehung des Jugendamtes unabdingbar
- Das Jugendamt und ggf. Familiengericht sollte dringend auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, dass jegliche medizinische Diagnostik und Therapie über eine Koordinierungsperson kontrolliert werden sollte (z. B. niedergelassene Kinder- und Jugendärzt:in). Außerdem sollte die schlechte Prognose des Phänomens deutlich gemacht werden.
- Ein wichtiger Parameter mit hoher diagnostischer Sicherheit ist die Besserung des Befindens, wenn der:die Verursacher:in nicht anwesend ist bzw. das Kind in Obhut genommen wurde.

MKM-Verdacht auch bei der Zusammenarbeit mit den Jugendämtern und Familiengerichten zu Herausforderungen kommen, da die Anzahl und Komplexität der medizinischen Befunde für medizinische Laien überfordernd sein können.

Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens und denkbare Symptomkonstellationen, die von Betreuungspersonen vorgetäuscht oder hervorgerufen werden, findet sich im publizierten Leitfaden der Charité (Semrau et al., 2024).

Altersbezogene Auswirkungen

Schwangerschaft - Fetale Entwicklung

Chronischer Stress in der Schwangerschaft

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 and 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 and 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 (Albermann et al., 2019; Brown et al., 2009; Egle et al., 2016; Felitti, 2002; Laucht et al., 1992).

Molekularbiologische und epigenetische Untersuchungen rücken zunehmend in den Mittelpunkt der Stressforschung (von 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 and Bernhard, 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 und bestätigt 2023, s. dort im [Anhang zur Patientenaufklärung](#)).

Kontakte zu Gynäkolog:innen 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 Gynäkolog:innen, 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 (s. Exkurs [Pränataler Kinderschutz bei Alkohol- und Drogenabusus](#)) unterbleiben (Tödtte and Bernhard, 2016). Zum breiten Spektrum potentieller Komplikationen und Erkrankungen des Kindes in der Neonatalzeit gehören u.a. intrauterine Wachstumsretardierung, Frühgeburtslichkeit, Mikrocephalie, Dysmorphien, Anpassungsstörungen, Hyperexcitabilität, Trink- und Ernährungsschwierigkeiten (Gortner and Dudenhausen, 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 66 näher eingegangen wird.

Entwickelt das Neugeborene Entzugssymptome, wird nach der 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 pränataler Alkoholexposition (PAE) in der Schwangerschaft sind Auffälligkeiten des Wachstums, kranio-faziale, kardiale, renale, ossäre und okuläre Malformationen, Störungen der Entwicklung, der Kognition und des Verhaltens sowie Einschränkungen in Teilleistungen und somit globale Einschränkungen im Alltag, die häufig bis ins Erwachsenenalter persistieren. Die Störungen können in allen Bereichen auftreten (Vollbild Fetales Alkoholsyndrom, FAS), nur die Gesichtsmorphologie und das zentrale Nervensystem betreffen (partiell FAS/pFAS) oder auf entwicklungs-neurologische Störungen beschränkt sein (Alkoholbedingte Entwicklungs- neurologische Störung/ARND-alcohol related neurodevelopmental disorder) (Strieker et al., 2024).

Die FASD entspricht einem sogenannten hirnorganischen Psychosyndrom oder einer sogenannten statischen Enzephalopathie. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die zerebrale Schädigung durch PAE zwar statisch ist, die Funktions- und Alltagsbeeinträchtigung der betroffenen Kinder jedoch durch frühe und individuelle Förderung deutlich positiv beeinflussbar sind und die FASD damit die

klassischen Kriterien einer „developmental disorder“ aufweisen (Strieker et al., 2024). Für die Diagnostik der FASD steht seit 2016 eine Medizinische S3-Leitlinie zur Verfügung, die im Mai 2024 aktualisiert wurde (abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>). Laut der aktuellen S3-Leitlinie soll durch die festgelegten diagnostischen Kriterien der FASD das Störungsbild früh erfasst und eine entsprechende Therapie und Förderung des Kindes/Jugendlichen initiiert werden. Dadurch kann das Auftreten von Folgeerkrankungen oder Komorbiditäten von Kindern mit FASD vermindert werden. 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 and Hoff, 2018).

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 and Hoff, 2018). 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 (Landgraf and Hoff, 2018; Nagel and Siedentopf, 2017). 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 2%igen FASD-Prävalenz der Gesamtbevölkerung aus (Strieker et al., 2024). 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, vorallem in Kombination mit Alkohol werden oft unterschätzt (s. [Anhang 7 Substanz-Risikotabelle der Charité](#)). In verschiedenen Studien werden das erhöhte Risiko für Frühgeburt, ein niedrigeres Geburtsgewicht und eine häufigere neonatale Intensivversorgung durch die Exposition von Cannabinoiden in Utero beschrieben (Brik et al., 2024; Dodge et al., 2023; Hoch et al., 2019). Möglicherweise führt die Legalisierung von Cannabinoiden zu einem Konsumanstieg bei Jugendlichen und damit auch bei Personen im gebärfähigen Alter (Hoch and Preuss, 2024).

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 and Siedentopf, 2017).

Eine weitere Dimension möglicher substanzbezogener Schädigungen stellt das erhöhte Risiko eines (z.T. auch sehr frühen) Alkohol- und Drogenkonsums, insbesondere auch von Cannabinoiden, der betroffenen Kinder in der Kindheit und Jugend mit entsprechenden Folgeschäden dar (Arnaud and Thomasius, 2025; Hoch and Preuss, 2024; Möller, 2019; Thomasius et al., 2022).



Peripartale psychische Störungen (PPS)

Die Peripartalperiode (Schwangerschaft, Geburt und frühe postpartale Phase) stellt in vielerlei Hinsicht eine Phase des Umbruchs und der Neu Anpassung dar. Zum einen spielen die Auswirkungen der hormonellen Umstellung im Körper im Hinblick auf die Psyche eine große Rolle. Insbesondere der Wegfall der schwangerschaftserhaltenden und auch stimmungsstabilisierenden Hormone nach der Geburt kann zu psychischer Instabilität führen. Zum anderen verunsichern psychische Belastungen in dieser Zeit zusätzlich und können das Vertrauen von Eltern in die eigenen Fähigkeiten maßgeblich beeinträchtigen. Mütterliches Selbstvertrauen als Teilaspekt von Selbstwirksamkeit beschreibt das Vertrauen einer Mutter in ihre eigene Fähigkeit, ihr Kind zu versorgen und verstehen, was wiederum ihren Umgang mit dem Kind beeinflussen kann (Vance and Brandon, 2017). Dies ist insbesondere in der frühen postpartalen Phase bedeutsam, in der das Einfinden in die elterliche Rolle und die Versorgung des noch unbekannten Säuglings Eltern vor neue Herausforderungen stellen (Stuhrmann et al., 2022). Neben den Veränderungen der Lebenssituation mit einer neuen Rolle als Elternteil spielen schwierige Lebenssituationen, Beziehungsprobleme sowie die körperlichen Belastungen einer Geburt (z.B. Kaiserschnitt, Infektion, Erkrankung des Kindes) eine Rolle.

Als Prävalenz für peripartale psychische Störungen (PPS) wird in der Literatur (Dennis et al. 2017; Jones et al 2014) angegeben, dass Frauen zu etwa 10-15 % an postpartalen Depressionen und etwa 12 % an Angststörungen leiden. Weitere psychische Störungen (z.B. Psychosen, Manien, Essstörungen, PTBS, Substanzstörungen oder Zwangsstörungen) können auftreten. Es bestehen besondere Risiken für den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sowie die Bindung und die kindliche Entwicklung (Rollè et al., 2020). (s. Anhang 9: Wichtigste postpartale psychische Störungen)

Viele der PPS werden bei der Mutter übersehen bzw. nicht wahrgenommen und auch die mittlerweile bekannten negativen Auswirkungen auf die Partner:innen (Schipper-Kochems et al., 2019) sind in der Versorgung häufig unbekannt.

Der Fokus der Behandlung sollte somit nicht nur allein auf der mütterlichen Behandlung liegen. Die familiäre Bindung zwischen Mutter, Kind und weiteren Elternteilen ist in die Behandlung einzubeziehen. Eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit ist erforderlich, da die Therapie in

Unbehandelte peripartale psychische Erkrankungen können negative Folgen für die ganze Familie haben.

der Regel multimodal, also psychotherapeutisch und soziotherapeutisch (z.B. Einbindung der Familie, Haushaltshilfe, Familienhilfe) als auch ggf. medikamentös, ist. Neben der Schwere der Episode und Berücksichtigung der im Vordergrund stehenden Symptomatik spielt auch die Frage, ob die betroffene Mutter stillt bzw. weiter stillen möchte, eine wegweisende Rolle bei der Therapieentscheidung (Valenka and Rhode, 2016).

Screening

Ideale Zeitpunkte für zwei Screeningfragen nach Whooley sind beim Erstkontakt und 4–6 Wochen postpartal

„Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“

„Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

Falls beide Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, sollte eine weiterführende Diagnostik erfolgen.

Postpartale Depressionen sind leicht zu diagnostizieren. Erste Hinweise ergeben sich bei Anwendung des Screening- Instruments Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), das auch für den Einsatz in der gynäkologischen und pädiatrischen Praxis geeignet ist.

Wichtige Hinweise (Valenka and Rhode, 2016)

- ➔ Als wichtiger Hinweis auf eine dringend behandlungsbedürftige postpartale Depression sind schwere Insuffizienzgefühle zu werten. Wenn ausgeprägte Hoffnungslosigkeit hinzukommt, muss die Suizidgefahr besonders genau überprüft werden. Diese Form der postpartalen Depression führt leicht zur Chronifizierung und auch zu einer Zuspitzung der Symptomatik bis hin zu Suizidalität (depressive Spirale der postpartalen Depression)
- ➔ Wegen der potenziellen Gefährdung des Kindes muss bei psychotischen Symptomen (z. B. Wahnsymptome oder akustische Halluzinationen) eine stationäre Behandlung der Mutter herbeigeführt werden.

(s. [Anhang 10: Gefährdungsmomente für das Kind bei postpartalen psychischen Störungen](#))

Hinweis: Informationen für Eltern für PPS s. [Informationen für Eltern](#).

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 (Papousek and de Chuquisengo, 2006)

Wenn diese Bedürfnisse auf Grund elterlicher Risikofaktoren - wie zum Beispiel postpartale Depression - nicht hinreichend befriedigt 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 oder andererseits in Hyperexzitabilität/Bewegungsunruhe 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 Suchtbelastung vorliegt. Selbst bei weniger schweren psychischen Belastungen der Eltern können die Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung gravierend sein.

Fehlende feinfühligkeitsvolle 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 Belastung 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, sprachliche und kognitive 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, 2014):

- 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, 2011).

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).

Kinder zeigen bei Vorliegen psycho-sozialer Risiken im Kleinkind- und Vorschulalter häufiger nachfolgende Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten (Laucht, 2011):

- Sie neigen zu motorischer Unruhe.
- Sie bleiben häufiger in der sozial emotionalen, sprachlichen und kognitiven Entwicklung zurück.
- Mädchen zeigen eine erhöhte Tendenz zu internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten. Sie ziehen sich zurück, zeigen wenig Interesse am Spiel und Kommunikation und wirken häufiger depressiv.
- Jungen zeigen demgegenüber häufiger externalisierende Verhaltensauffälligkeiten. Sie reagieren aggressiv und impulsiv gegenüber anderen Kindern und ordnen sich in der Gruppe schlecht ein.

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 and Montanda, 2002).

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, 2017).

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/-störungen auf. Im medizinischen Kontext werden sie mit V.a.

Aufmerksamkeitsdefizit-

Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Störung des Sozialverhaltens, Teilleistungsstörungen oder wegen Schulabsentismus vorgestellt (s. Abbildung 11).



Risiken für Schulkinder
in Folge elterlicher Risikokonstellationen

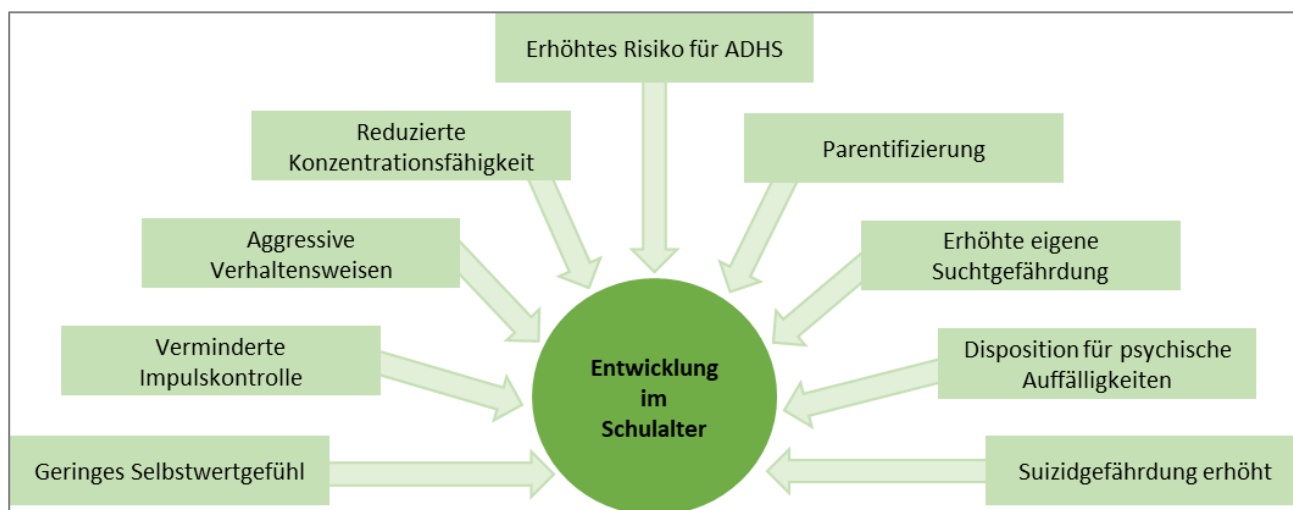
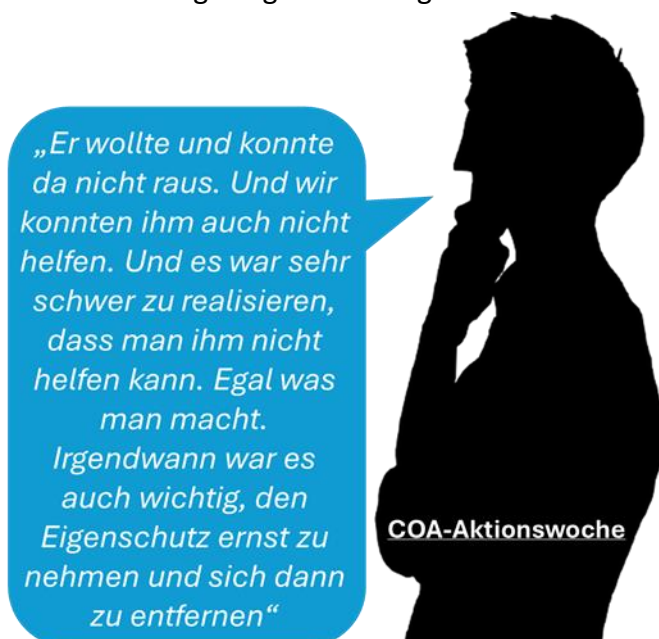


Abbildung 11: Risiken im Schulalter in Folge elterlicher Risikokonstellationen

Adoleszente (ab 12 Jahre)

Die Entwicklungsaufgaben im Jugendalter sind multiple Bewältigungsleistungen.



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).

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 und der Geschwister und die Stabilität des familiären Systems (Meeß and Oswald, 2022; Wagenblass and Spatscheck, 2023). Für das gesunde Elternteil sollen die Kinder Lebensträume erfüllen, für das belastete Elternteil Verantwortung für Haushaltsführung, Tagesstruktur und Medikamenteneinnahme übernehmen (funktionale Parentifizierung). Oft sind sie Vertraute, Ratgeber und Schiedsrichter in



elterlichen Konflikten (emotionale Parentifizierung). 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 scheinautonomem 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 dysfunktionaler Medienkonsum, 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 und/oder eine eigene Suchterkrankung entstehen.

„Es war jeden Tag irgendein anderer Stress. Ich habe sehr wenig geschlafen nachts, hatte dann auch nicht mehr so die Aufmerksamkeitsspanne. Und einige Probleme, die ich hatte, sind dann einfach liegen geblieben.“



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 verringert 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 and Wiegand-Grefe, 2017). Dieses sollte idealerweise zu einem Zeitpunkt erfolgen, an dem 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 (Wagenblass and Spatscheck, 2023).

In der weit überwiegenden Zahl der Fälle können auch psychisch und suchtblastete Eltern die Pflege und Erziehung ihrer Kinder selbst und/oder mit Unterstützung von Partner:innen oder Verwandten sicherstellen. Das bedeutet, dass Ressourcen aus dem familialen und dem sozialen Umfeld aktiviert werden können, um eine durch die psychische oder Suchtblastung eines oder beider Elternteile bedingte Einschränkung in Fragen der Pflege und Erziehung ihrer Kinder zu kompensieren (Schone, 2023).

Dennoch ist festzustellen, dass der Hilfe- und Unterstützungsbedarf vieler dieser Kinder und ihrer oft überforderten und 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.

Mit der Neugestaltung des § 20 SGB VIII wurde 2021 eine gesetzliche Grundlage geschaffen, um niedrigschwellige Angebote bzw. Hilfestrukturen zur kurzfristigen Unterstützung für psychisch und suchtblastete Familien schon frühzeitig zu ermöglichen.

Für Familien mit einem psychisch und suchtblasteten 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 suchterkrankter Eltern 2020). Einen Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch und suchtselasteten Elternteil findet sich in der Expertise *Gute Praxis* der interministeriellen AG Kinder psychisch und suchtkranker Eltern (Schmenger et al., 2020).

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 die Einleitung von therapeutischen oder Fördermaßnahmen, z.B. einer (interdisziplinären) Frühförderung. Eine Übersicht über Leistungen, Aufgaben und Hilfen sowie die Rechtsgrundlagen im Handlungsbereich Kinder psychisch und suchtselasteter Eltern findet sich in der Handreichung des GKV- Bündnisses für Gesundheit (2021) für die GKV auf Landesebene: „Kinder psychisch und suchtkranker Eltern. Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention“ (Kölch et al., 2021).

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 (Lenz, 2023; Lenz and Wiegand-Greffe, 2017):

- 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 zur Förderung von elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen im Vordergrund (Schmenger et al., 2020; Ziegenhain, 2023).

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 sollten routinemäßig eine engmaschige

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.

Perspektivisch erfordert dies die Schaffung gemeinsamer Strukturen und Angebote.

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

III Empfehlungen

Beratung und Unterstützung als präventiver Kinderschutz

Präventiver Kinderschutz in Familien mit einem psychisch und suchtselasteten 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).

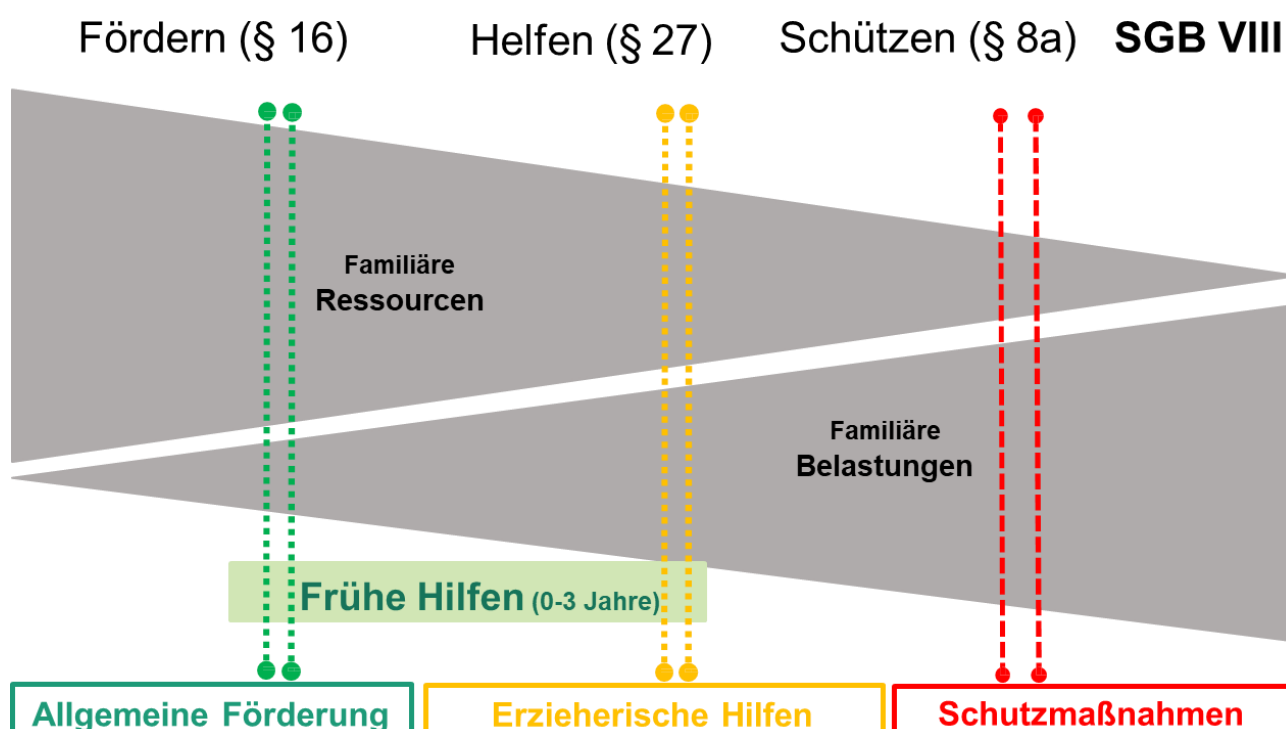


Abbildung 12: Kinderschutz von Allgemeiner Förderung bis Schutzmaßnahmen nach Schone, 2011

Die regelmäßige Abschätzung der Auswirkungen der elterlichen Belastung auf die aktuelle Situation der Kinder und der Folgen für ihre zukünftige Entwicklung muss Standard aller Hilfesysteme für psychisch und suchtselastete 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 suchtselasteten Elternteil.

Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen aus unterschiedlichen Sozialbereichen

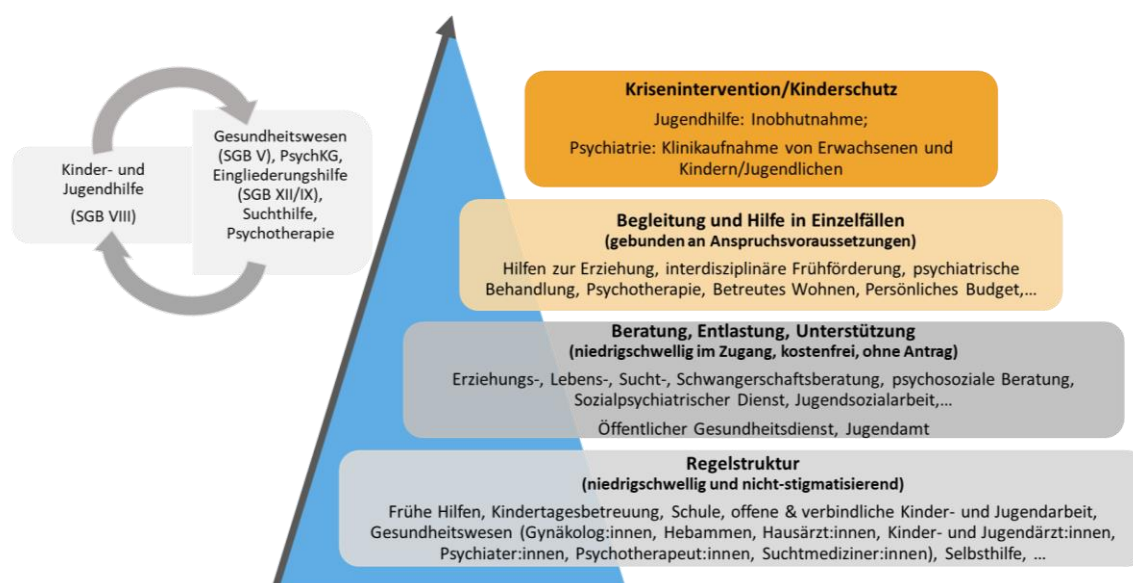


Abbildung 13: Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen für Familien mit einem psychisch und suchtbelasteten Elternteil modifiziert nach Schmenger & Schmutz 2020

Unterstützung für Familien, in denen Kinder mit psychisch und suchtbelasteten 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 suchtbelasteten Eltern ist ein möglichst frühes Erkennen der elterlichen Belastung, wenn möglich bereits vor oder während der Schwangerschaft oder in der Geburtsklinik. Dabei sollten neben den psychischen und Suchtbelastungen 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 suchtblasteten 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: Gynäkolog:innen, Kinder- und Jugendärzt:innen, Hausärzt:innen, Suchtmediziner:innen, (Kinder- und Jugend)Psychiater:innen, Hebammen, Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegende, Familienhebammen, Medizinische Fachangestellte, Fachkräfte im Gesundheitsamt
2. Jugendhilfe: Jugendamt, Wohlfahrtsverbände (z.B. 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 Kinderkrankenpflegende, die die Familien zu Hause unterstützen, beraten und zur Stärkung der Erziehungs- und Beziehungskompetenz der Eltern beitragen. Hinzu können familienentlastende Dienste, wie Haushaltshilfen und Familienpat:innen 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 Akteur:innen der Gesundheits- und Jugendhilfe persönlich kennenlernen und einen Überblick über bestehende Angebote und Inhalte haben (Kratzsch and 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:in 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. [Versorgungsstrukturen good practice- Beispiele](#)).

Angebote für Kinder von psychisch und suchtselasteter Eltern

Bei Unterstützungsmaßnahmen für Kinder psychisch und suchtselasteter 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, den Umgang mit der Erkrankung zu verstehen und ihnen die Möglichkeit zu geben mit dem *Tabu zu brechen* (s. [Versorgungsstrukturen good practice- Beispiele](#)).

Im Rahmen der AG Kinder psychisch kranker Eltern wurde ein Überblick über Angebote, Initiativen

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

und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil 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/>.

*Das Forschungsprojekt „Steuerungswissen und Handlungsorientierung für den Aufbau effektiver interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke für suchtselastete Familien“ ist mit dem Ziel angetreten, aus dem generierten Wissen konkrete Handlungsempfehlungen dazu zu entwickeln, wie die Versorgungssituation der Zielgruppe nachhaltig verbessert werden kann. Durch die vorliegende Forschung konnte nachgewiesen werden, dass **spezialisierte und kooperative Hilfeleistungen für suchtselastete Familien wirksam sind**, und zwar deutlich mehr als nichtspezialisierte Jugendhilfeleistungen innerhalb der Regelversorgung. Dies gilt insbesondere für Hilfeleistungen, an denen Fachkräfte des medizinischen Systems und der Suchthilfe beteiligt sind. Sowohl die Gesundheit als auch die Lebenssituation der Eltern mit Suchtproblematik verbessern sich deutlich; die größten Effekte werden aber im Hinblick auf das Wohlbefinden, die Resilienz sowie Schutz und Versorgung der Kinder im betroffenen Familiensystem erreicht und das Zusammenleben in der Familie stabilisiert (Niklas Helsper, Kim Kemner, Jens Arnold, Monika Feist-Ortmanns, 2022).*

§ 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:innen an das zuständige Jugendamt beim Auftreten von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung. Unter dem Begriff **Geheimnisträger:innen** sind verschiedene Berufsgruppen aufgeführt, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Fachkräfte im Gesundheitssystem sind dabei explizit benannt.

Werden diesen Berufsgruppen im Rahmen ihrer Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt, so ist ein stufenweises Vorgehen geregelt (s. Abbildung 14 und [Kitteltaschenkarte der S3 Kinderschutzleitlinie](#) zum Vorgehen nach § 4 KKG). Berufsgeheimnisträger:innen sind dazu aufgerufen, durch Gespräche mit den Erziehungsberechtigten 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. Alternativ bietet sich je nach Fall auch eine Beratung bei der Medizinischen Kinderschutzhotline des BMFSFJ unter 0800 19 21 000 oder spezifischen Angeboten einzelner Bundesländer an.

Falls eine Abwendung der Gefährdung nicht möglich ist, nicht gelingt oder unsicher scheint, besteht eine **Befugnis zur Informationsmitteilung an das Jugendamt** (s. auch [Dokumentation, Schweigepflicht und Datenschutz](#)). Die Eltern sind vorab im Sinne des Transparenzgebotes über die Mitteilung zu informieren, soweit das Kind dadurch nicht gefährdet wird.

Bei dringender Gefahr für das Wohl des Kindes sollen die genannten Berufsgruppen unverzüglich das Jugendamt über die Gefährdung informieren, eine Erörterung oder Information der Familie ist in diesen (selteneren) Fällen nicht nötig.

Das Gesetz geht dabei nicht davon aus, dass ein Verdacht auf eine Gefährdung bestätigt sein muss, sondern es benennt **gewichtige Anhaltspunkte** als ausreichend für ein Tätigwerden. Gewichtige Anhaltspunkte stellen einen unbestimmten Rechtsbegriff dar, sind also nicht abschließend definiert. Ausgewählte Beispiele mit Hinweischarakter befinden sich im Anhang (s. [Anhang 8: Red flags als Warnhinweise](#))

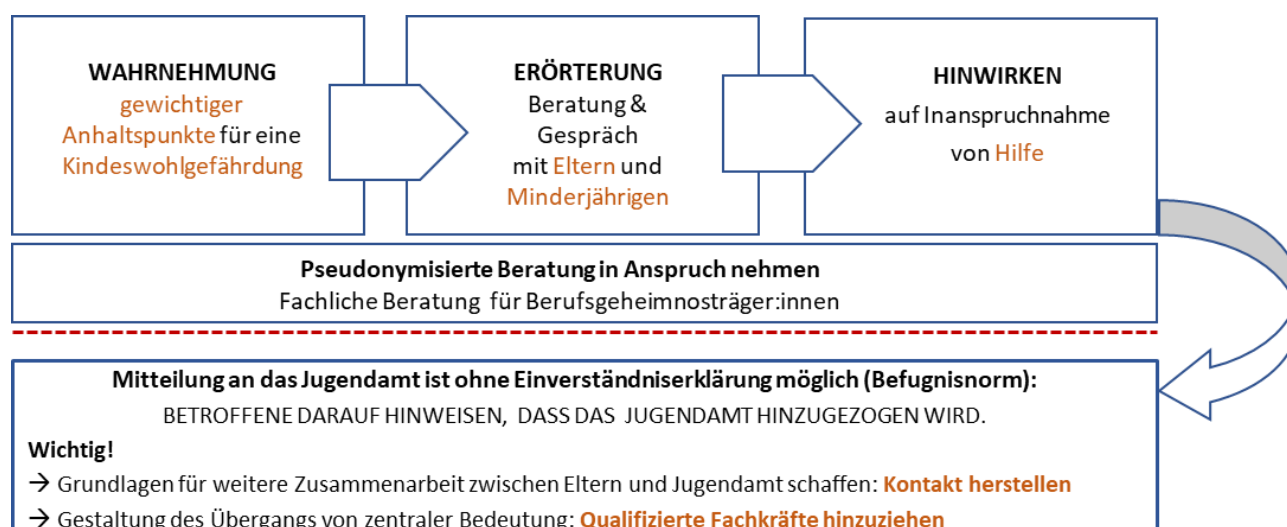


Abbildung 14: Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (§ 4 KKG)

Ablaufschema für den Beratungs- und Unterstützungsprozess

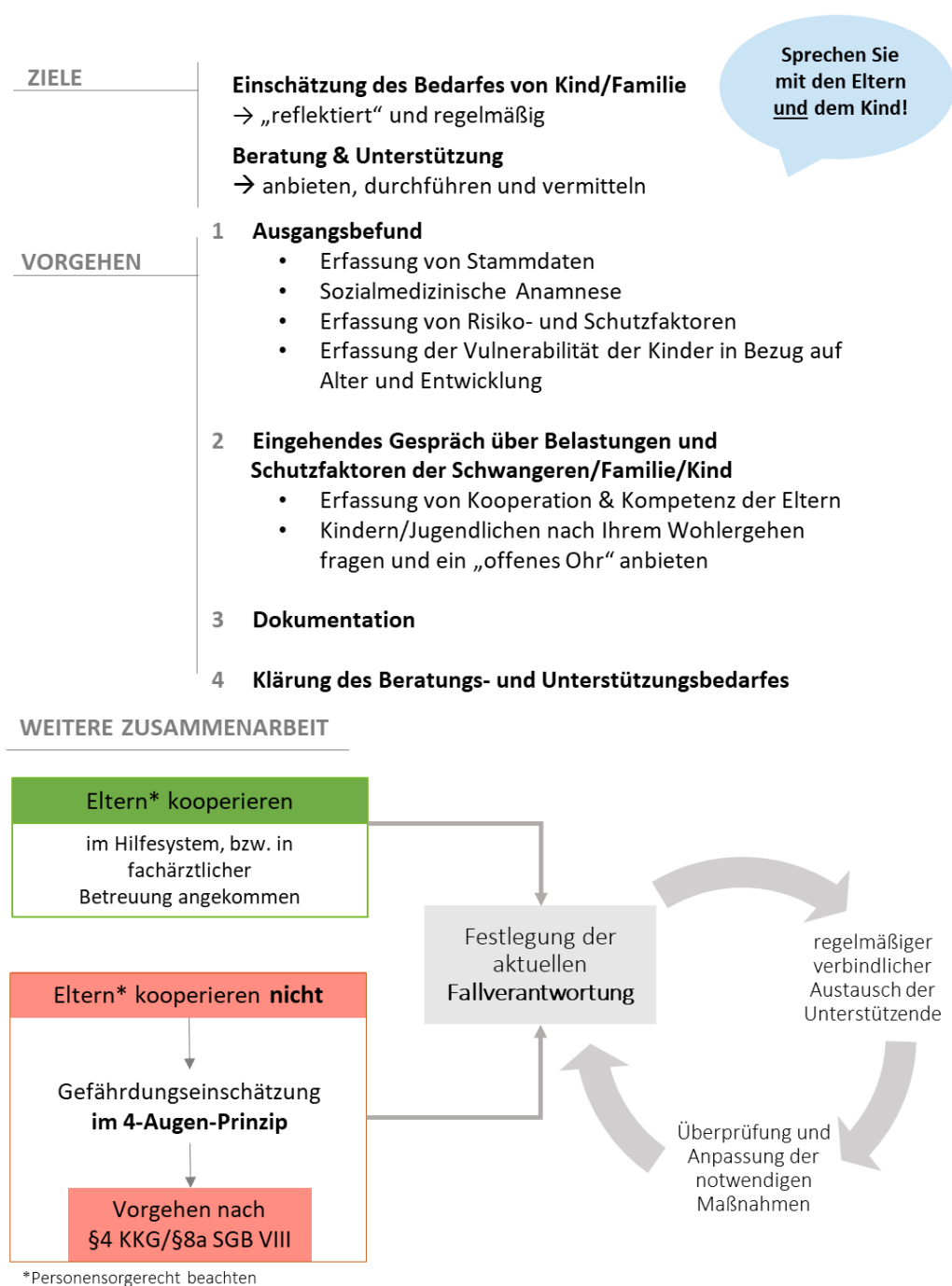


Abbildung 15: Ablaufschema für den Beratungs- und Unterstützungsprozess von Kindern/Familien durch Fachkräfte

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 (Lütje, 2018; Rohde et al., 2016) 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 schwangere Person als auch für das ungeborene Kind darstellen und sollten zunächst behandelt werden. Bei Personen im gebärfähigen Alter mit einer substanzgebundenen Suchterkrankung ist eine suchtttherapeutische 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 Patient:innen und auch möglichst zusammen mit ihren Partnern erfolgen. Viele Patient:innen 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 – direkt abgesetzt wird.

Bei Patient:innen 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). Die Aufklärung über die Auswirkungen eines Medikamentes und den Umgang damit beim Auftreten einer Schwangerschaft

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

Eine Medikation ist kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch!

Bei bestehendem Kinderwunsch und der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung sollte auch auf das Nebenwirkungsprofil wie z.B. sexuelle Dysfunktion geachtet werden.

Bei einzelnen Medikamenten wie z.B. Lamotrigin sollte vor der Einstellung darüber aufgeklärt werden, dass es zu Wechselwirkungen mit hormonellen Kontrazeptiva kommen kann und dadurch eine sichere Empfängnisverhütung nicht mehr gewährleistet ist. Demgegenüber ist eine Verschlechterung der Symptomatik durch insbesondere nicht fachgerechtes oder zu schnelles Absetzen fast aller Psychopharmaka zu erwarten.

Besonders hoch ist das Risiko für Patient:innen, die keine Medikamente nehmen, im Wochenbett eine Krankheitsepisode zu haben. Die Förderung der Adhärenz und ein regelmäßiges Drug-Monitoring sollten Bestandteil einer psychiatrischen Behandlung sein.

Auch die Pharmakotherapie der Partner:innen spielt bei der Risikobewertung eine Rolle und sollte, wie bei Patient:innen bereits vor der Schwangerschaft geprüft werden.

Am Beispiel von Valproat zeigt sich, dass eine Medikamenteneinnahme der Personen im zeugungsfähigen Alter während der Zeugung zu späteren Entwicklungsstörungen der Kinder führen kann (<https://catalogues.ema.europa.eu/node/3611/administrative-details>). Wie auch bei Patient:innen muss beim Einsatz von Valproat darüber aufgeklärt und eine sichere Kontrazeption empfohlen werden.

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 Personen berücksichtigt (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2022).

Auf den Einsatz von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential sollte möglichst verzichtet werden.

Nach den aktuellen S3 Leitlinien ([Depression](#), BÄK, KBV,AWMF, 2022), [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 prüfen
- 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, 2022). 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 et al., 2014).

Im Fall einer Medikamentenreduktion muss eine engmaschige Evaluation nach der Geburt erfolgen. Die Geburtsplanung und die postpartale Versorgung sollten in Zusammenarbeit mit der Gynäkologie und Neonatologie und nach Möglichkeit in einer Klinik mit einem Perinatalzentrum erfolgen.

Auch die Fortführung und Überwachung der medikamentösen Therapie unter Berücksichtigung der Erkrankung, der Schwere, des Rezidivrisikos und dem Wunsch nach Stillen/Abstillen sollte bereits in der Schwangerschaft geplant werden.

Psychoedukation

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

Patient:innen 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 Patient:innen zu berücksichtigen. Diese beziehen sich bei konkretem Kinderwunsch meist auf Weitervererbung der Erkrankung und die Sorge vor Überforderung und Versagen in der Rolle als Elternteil. Die Psychoedukation von Partner:innen und ggf. auch der ganzen Familie führt zu vermehrtem Verständnis der Erkrankung, reduziert Konflikte und ermöglicht mehr Unterstützungsmöglichkeiten. Auch die Aufklärung über Unterstützungs- und Hilfsangebote führt zu Entlastung.

Vorgehen bei der Versorgung psychisch und suchtselasteten Personen im gebärfähigen Alter

- Anamneseerhebung mit:
 - Biographie
 - Psychiatrische Anamnese inkl. Substanzkonsum und bisheriger psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlungen und Krankheitsverlauf

- Somatische Anamnese
- Anamnese des Sexualverhaltens und des Kinderwunsches/ Familienplanung/ Empfängnisverhütung
- Sozialanamnese (z.B. feste Partnerschaft, Beruf, Wohnsituation, Kinder, frühere Schwangerschaften, finanzielle Situation, Vorsorgevollmacht/gesetzliche Betreuung)
- Familienanamnese
- Erfassung von Schutz- und Risikofaktoren
- 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	<i>Erkrankungen, bei denen zum Schutz der gebärfähigen Person und/oder des Ungeborenen eine Schwangerschaft nicht zu empfehlen ist:</i>		
	• Schwere der Erkrankung • Behandlungsbedürftigkeit, die nicht mit einer Schwangerschaft vereinbar ist • Medikation • Substanzkonsum • Soziale Situation		
Empfehlung	Schwangerschaft nicht zu empfehlen/kontraindiziert temporär dauerhaft		Schwangerschaft ist möglich
	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 • Mangelnde Krankheitseinsicht mit daraus resultierendem Risiko für das Kind	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:innen miteinbeziehen • Engmaschige Kontrollen • Ggf. Psychotherapeutische Unterstützung vor und während der Schwangerschaft • Klärung der vorbestehenden Medikation

Abbildung 16: Vorgehen bei bestehendem Kinderwunsch -Erkrankungskriterien und Schwangerschaftsempfehlung

Schwangerschaft

Wir verweisen zusätzlich auf den 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 gehen Ärzt:innen 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 (explizit auch Cannabinoide), Alkohol und Rauchen thematisiert werden.

Personen im gebärfähigen Alter, 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 Belastungen und Ressourcen im persönlichen Umfeld und die daraus resultierenden Möglichkeiten einer psychosozialen Unterstützung regelmäßig evaluiert werden (s. auch [Vorgehen bei der Versorgung psychisch und suchbelasteter Personen 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 Personen im gebärfähigen Alter, 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 müssen Patient:innen mit in die Entscheidung, ob und wie diese fortgesetzt werden soll, einbezogen werden. Hiermit soll möglichst verhindert werden, dass die Patient:innen 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 der Behandler:innen der Psychiatrie und Gynäkologie 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, Cannabinoiden und/oder illegalen 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 Patient:innen und möglichst auch ihrer Partner:innen 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 Elternteile 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.

In einigen Regionen können Schwangere mit Störungen der Stimmungslage wie Depressivität und Ängstlichkeit an z.B. Projekte wie Mind Pregnancy (Uniklinik Heidelberg) angebunden werden. Ziel ist es, mittels eines onlinebasierten Selbsthilfeangebotes (Achtsamkeitsbasierte Intervention) Schwangere in Umgang mit Ängstlichkeit und körperlichen Veränderungen zu schulen und die Lebensqualität und das Selbstvertrauen zu fördern.

Eine gute Zusammenarbeit zwischen den psychiatrischen und gynäkologischen Behandler:innen 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 eine strukturierte Vernetzung im Bereich der Helfersysteme erforderlich, das sich im Vorgehen gut miteinander abstimmen sollte, um die Schwangeren/die Familie nicht zu überfordern.

Im Folgenden sind Unterstützungsangebote während und nach der Schwangerschaft aufgezeigt:

- Angebote zur Selbsthilfe
- Schwangerenberatungsstellen
- 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, ggf. über die Jugendhilfe)
- Klärung sozialer Angelegenheiten inkl. Wohnsituation, Finanzen etc.
- Frühzeitige Einbindung des Jugendamtes mit Einverständnis der werdenden Eltern

Aufgrund der Komplexität und der Schwere psychischer Erkrankungen beider Elternteile kann eine Anbindung an verschiedene Institutionen oder Versorgungsnetzwerke notwendig sein.

Psychiatrische Institutsambulanzen ermöglichen eine multiprofessionelle ambulante Versorgung in Anbindung an eine psychiatrische Klinik/Abteilung (gemäß §118, SGB V).

Durch die neue G-BA-Richtlinie KSVPsych ist es niedergelassenen Psychiater:innen/ Psychotherapeut:innen und Kooperationspartnern möglich, sich zu einem berufsgruppenübergreifenden (regionalen) Netzwerk zusammenzuschließen, um die Versorgung schwer erkrankter Menschen besser und schneller zu gewährleisten. Die Vergütung der im Rahmen der KSVPsych erbrachten Leistung ist extrabudgetär und wurde durch mehrere Gebührenordnungsziffern für Psychotherapeut:innen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen.

Weitere Versorgungsstrukturen in der ambulanten Versorgung sind auch die Disease Management Programm Depression, stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) nach §115b SGB V und Selektivverträge der integrierten Versorgung nach §140a-d SGB V.

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 die Gefährdung des Ungeborenen beziehen (s. Exkurs [Pränataler Kinderschutz bei Alkohol- und Drogenabusus](#)). Beim Auftreten von Symptomen, die eine Gefährdung für die schwangere Person darstellen, kann ggf. eine stationäre Aufnahme, zur Not auch gegen den Willen der Patient:innen und ggf. bis zur Entbindung erwogen werden.

Psychisch belastete Partner:innen

Der Kinderschutz bei psychisch und suchtblasteten Eltern bezieht sich während der Schwangerschaft nicht nur auf belastete Schwangere. Auch psychisch und suchtblastete Partner:innen werden Eltern. Symptome wie Antriebslosigkeit, Impulskontrollstörung, Wahn sowie ein High-Risk- Verhalten oder der Konsum von Drogen können zu einer Gefährdung des ungeborenen Kindes führen.

Die Schwangerschaft der Partner:innen führt zu einer veränderten Lebenssituation und kann auch destabilisierend auf die Partner:innen wirken. Dies sollte bei der Betreuung von psychisch und suchtblasteten Eltern berücksichtigt werden. Auch hier kann die Initialisierung eines Helfersystems hilfreich sein.

Spezifische Situation substanzkonsumierender schwangerer Personen

Die bedarfsgerechte Substitutionstherapie mit langwirksamen Opiaten oder Opioiden stellt die Standardtherapie von opiatabhängigen Schwangeren dar ([Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten 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 Substitutionsärzt:innen sein, die Grundlagen für die medizinischen Behandlungen aufbauen. In Kooperation mit weiteren Fachdisziplinen soll der umfassende medizinische Behandlungsprozess begleitet und abgesichert werden (Nagel and Siedentopf, 2017). Die Standards in der Betreuung suchtgefährdeter und suchtkranker Schwangerer zeigt Abbildung 17.

Standards in der Betreuung

suchtgefährdeter und suchtkranker schwangerer Personen

Suchtgefährdete und suchtkranke Schwangere:

- Ansprache aller werdenden Eltern auf ihren Substanzkonsum und Motivation für einen möglichst risikolosen Umgang während und nach der Schwangerschaft

Suchtgefährdete Schwangere:

- Motivation zur Verhaltensänderung
- Angebot von Hilfen zur Verhaltensänderung



Suchtkranke Schwangere:

- Kontakt zur Suchthilfe herstellen (wenn nicht schon vorhanden)
- Bedarfsbezogen über weiterführende Hilfsangebote informieren
- Kontaktaufnahme zu einer Familienhebamme oder Hebamme unterstützen
- Kontaktaufnahme zur Jugendhilfe unterstützen
- Hinwirken auf die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung
- Frühzeitige Kontaktaufnahme zur Entbindungsklinik und zur Kinderklinik unterstützen
- Thematisierung der Elternrolle
- Kontakt zu (später) behandelnden Kinderärzten*innen vermitteln

Abbildung 17: Standards in der Betreuung suchtgefährdeter und suchtkranker schwangerer Personen modifiziert nach Nagel & Siedentopf 2017; Landgraf & Hoff 2018

Geburt

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

Planung vor der Geburt

Für die Geburtsplanung sollte bei psychisch und suchtblasteten Schwangeren bereits während der Schwangerschaft Kontakt zur gewünschten Entbindungsklinik aufgenommen werden. In der Klinik sollte eine spezielle individualisierte Planung zur Versorgung der Schwangeren und des Neugeborenen in Kooperation mit den ambulant Behandelnden erfolgen. Dazu zählen die Vorabklärungen von z.B. Fragen zu Art der Entbindung, zu Anästhesie, zu Verfügbarkeit von Medikamenten sowie zur Versorgung des Kindes nach der Geburt. Die Betreuung und Versorgung der gebärenden Person nach der Geburt mit Klärung des Stillwunsches unter Berücksichtigung der Medikation und der Erkrankung (CAVE: Abstillmedikation bei Psychosen) und der weiteren medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlung sollten vorab geklärt und schriftlich in der Patientenakte hinterlegt werden. Die sorgfältige, individuelle Aufklärung und Beratung, Kontinuität in der Betreuung, Vermittlung von Sicherheit und Vertrauen und ein respektvoller Umgang können entscheidend dazu beitragen, spätere Komplikationen zu verhindern (Tödte & Bernhard, 2016; Nagel & Siedentopf, 2018; Huber & Seelbach-Göbel, 2014; Gortner & Dudenhausen, 2017).

Exkurs: Ein hoher Prozentsatz psychisch und suchtkranker Schwangerer weist traumatische (sexualisierte) Gewalterfahrungen auf. Auch der Verlauf einer Entbindung kann (re)traumatisierend erlebt werden. Während der Geburt kann sich die gebärende Person in einem Ausnahmezustand zwischen Hilflosigkeit und Abhängigkeit, Kontrollverlust, Wehrlosigkeit gegen die Schmerzen, Erschöpfung, Ängsten und Überschreiten natürlicher Schamgrenzen fühlen. Diese Gefühle verhindern oft eine aktive Mitarbeit am Geburtsvorgang. Sind die anwesenden Helfer:innen über die Belastungen der gebärenden Person nicht informiert, werden sie diese als besonders schwierig oder passiv erleben und nicht adäquat auf ihre Bedürfnisse reagieren können. Es kann zu einem Geburtsstillstand und zu Geburtskomplikationen und einer Gefährdung von gebärender Person und Kind führen (Tödte & Bernard, 2016).

Vorbemerkungen

Im Vergleich zu der vor- und nachgeburtlichen Phase werden in der Geburtsklinik in einem begrenzten Zeitraum (ein bis drei Tage) nahezu alle entbindenden Personen (98%) mit ihren Kindern, darunter auch solche mit psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen erreicht. Die Eltern 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 einer Koordination

Die Klinik verfügt rund um die Uhr über ein multiprofessionelles Team (Gynäkolog:innen, Hebammen, Pflegefachpersonen, Kinder- und Jugendärzt:innen und ggf. Sozialdienst), welches eng miteinander kommuniziert und zu unterschiedlichen Zeiten Kontakt zu den Eltern hat.

Diesem Team sollte eine (möglichst speziell geschulte) Koordinator:in/Lotse/Lotsin (z.B. eine Familienhebamme, Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende oder eine erfahrene Hebamme) angehören, die dann eine zentrale Stellung im klinischen Ablauf einnimmt. Diese:r ist idealerweise ein:e Mitarbeiter:in der Klinik und feste Ansprechperson für Kolleg:innen, wenn Eltern ihnen bei der Aufnahme in der Klinik, im Kreißsaal und/oder auf der Wöchnerinnenstation von persönlichen Belastungen, Ängsten und Sorgen berichten oder sich durch Verhalten oder Erscheinungsbild Hinweise auf vorhandene psycho-soziale Belastungen ergeben.

Eine Familienhebamme oder –Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende ist als Vertrauensperson besonders geeignet. Diese kann zu jeder entbindenden Person 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 Person 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 Eltern und die Eltern- Kind-Interaktion und evtl. erste Hinweise auf eine peripartale psychische Störung (z.B. postpartale Depression) 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/die Koordinator:in/Lotse/Lotsin, 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 Elterntreffs gibt es?). Bei Hinweisen auf familiäre Belastungen und beim Kind bestehenden Risikofaktoren führt der/die Koordinator:in/Lotse/Lotsin 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 fallbezogenen Beratung durch eine:n Erwachsenenpsychiater:in bestehen. Zudem wird empfohlen, eng mit dem Sozialdienst der Klinik und wenn vorhanden mit dem 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/die Koordinator:in/Lotse/Lotsin 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/Die Koordinator:in/Lotse/Lotsin 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 den jeweiligen Akteur:innen nicht angekommen ist.

Mit der Überleitung der Familie ins Netzwerk Früher Hilfen endet der Kontakt des:der Koordinator:in/Lotse/Lotsin zu Eltern und Familie. Die Einbindung der (ambulanten) psychiatrischen Versorgung sollte dabei Teil des Entlassmanagements sein. Die weiteren Schritte liegen im Zuständigkeitsbereich der nachbetreuenden Akteur:innen der Frühen Hilfen.

Bei fehlendem Einverständnis der Eltern kann der Informationsaustausch nicht erfolgen. In diesem Fall sollten die Koordinator:innen/Lots:innen 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 suchtblastete schwangere Person zu einer ambulanten Geburt entscheiden, sollte die entbindende Hebamme diese bitten, dass ein:e in der Klinik vorhandene:r Koordinator:in/Lotse/Lotsin (Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende oder Familienhebamme) oder Mitarbeitende der Klinik sie am folgenden Werktag anrufen kann. In diesem Gespräch wäre dann eine Beratung über mögliche Hilfen sowie ggf. auch eine Überleitung an Akteur:innen der Frühen Hilfen möglich.

Bei schwangeren Personen 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 entbindender Personen Entzugssymptome, die unter dem Begriff Neugeborenen-Abstinenzsyndrom (NAS) zusammengefasst werden (Gortner and 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 and 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 (Gortner and Dudenhausen, 2017; Nagel and Siedentopf, 2017). Entwickelt das Neugeborene Entzugssymptome wird nach der 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 11: Modifizierter NAS-Beurteilungsbogen nach Finnegan](#)) empfohlen (S3+ Kinderschutzleitlinie 2019; Nagel & Siedentopf 2017; 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, Geburtshelfer, Neonatolog:innen und Pflegende) auch niedergelassene Kinder- und Jugendärzt:innen 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 and Dudenhausen, 2017; Rohrmeister and 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 Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- Geregelte suchtmmedizinische 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
- Frühzeitige, strukturierte und abgestimmte Einbeziehung des Jugendamtes (ggf. auf Basis einer Kooperationsvereinbarung)
- Sozialpädiatrische/kinderpsychiatrische Nachsorge

(Entwicklungsdiagnostik, Bindungsorientierung)

- Integration einer familienunterstützenden Person ohne psychische und Suchtbelastung in die Betreuung des Kindes (z.B. Großeltern, Freunde, Familienhelfer, Tageseltern, Familienpat:innen)
- Gesicherte Weiterbehandlung durch eine:n Kinder- und Jugendarzt:ärztin; nach Rücksprache mit den Eltern entsprechende umfassende schriftliche Informationsweitergabe (Entlassungsbrief und Dokumentation im Kinderuntersuchungsheft) und nach Möglichkeit bereits vor der vorgesehenen Entlassung Erst-Termin-Vereinbarung, ggf. mit Unterstützung durch das Klinikpersonal

Die nach der 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 den 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 Assistent:innen des Gesundheitsamtes die (ggf. bereits von der Geburtsklinik bzw. Kinder- und Jugendärzt:innen vermittelten) Familien zu Hause auf.

Bei ihren Hausbesuchen können sie in der Familie einerseits Belastungen wie z. B. beengte Wohnverhältnisse, finanzielle Einschränkungen, Partnerschaftskonflikte, Erschöpfung der Eltern, andererseits aber auch Schutzfaktoren wie z.B. Unterstützung durch Familienangehörige oder feinfühliges Eltern/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-, Schlaf- 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 Jugendärzt:innen, Beratungsstellen und ggf. zum Jugendamt auf.

Kinder- und Jugendärzt:innen nehmen im Netzwerk Früher Hilfen in den ersten drei Lebensjahren eines Kindes eine zentrale Stellung ein. Sie sehen nahezu alle Kinder zu den gesetzlich vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen U2/U3 bis U7a (1. bis 36. Lebenswoche) und führen 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 vermitteln sie die Eltern an zuständige Stellen (Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratungsangebote, Sozialpädiatrisches Zentrum, Frühförderung, Familien-Beratungsstelle, Suchtberatungsstelle, Sozialpsychiatrischer Dienst, Erwachsenenpsychiatrie/-psychotherapie).

Kinder- und Jugendärzt:innen sind für Eltern und Familienangehörige primäre Ansprechpartner:innen bei Gesundheitsfragen und bei auftretenden Problemen im Umgang mit ihren Kindern. Sie beraten Eltern z.B. bei Rauchen, Suchtverhalten, psychischer Erkrankung, Fehlernährung, Übergewicht, Stress und Überforderung und tragen so zur Gesundheitsförderung und Verminderung von Gesundheitsrisiken bei (s. Exkurs [Peripartale psychische Störungen \(PPS\)](#)).

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 Suchtbelastungen 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 sind im Folgenden weitere Angebote für Familien aufgezeigt:

Niederschwellige Angebote für Familien

- Betreuung durch eine Hebamme/FGKiKP/Familienhebamme oder sonstige aufsuchende Fachkraft der Frühen Hilfen
- Elternbildungskurse, Eltern-Kind-Gruppen
- Familien- und Elterntreffs
- Familienpat:innen
- 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/belasteten 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 Eltern-Kind-Einrichtungen
- Fremdunterbringung (z.B. Pflegefamilien)

Familienergänzende und Familienersetzende Möglichkeiten der Jugendhilfe

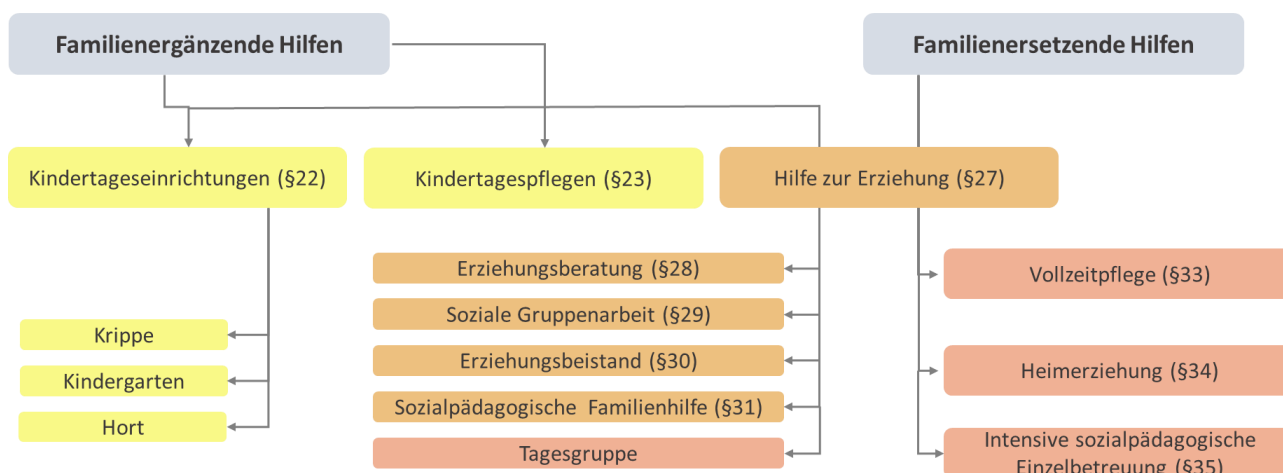


Abbildung 18: Familienergänzende und Familienersetzende Möglichkeiten der Jugendhilfe nach SGB VIII

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:innen, 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. [Versorgungsstrukturen \(good practice- Beispiele\)](#)).

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 Förder- und 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 Jugendärzt:innen 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 können Kinder- und Jugendärzt:innen durch Medizinischen Fachangestellte unterstützt werden.

Hilfreich im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen sind die in den überarbeiteten Heften Paed.Plus® des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt:innen (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 12: Übersicht standardisierter Erfassungsbögen](#)).

Außerdem stellt jeder Kontakt im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen oder sonstigen Vorstellungen eine Möglichkeit dar, die Eltern-Kind-Interaktion sowohl durch Kinder- und Jugendärzt:innen als auch durch Medizinische Fachangestellte 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](#).

Kinder- und Jugendärzt:innen schätzen 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. Sie sind positiver Verstärker in Bezug auf die Annahme von Hilfen und Unterstützungen (s. Exkurs [Peripartale psychische Störungen \(PPS\)](#)).

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-Akteur:innen können sich gegenseitig informieren, wenn ein Einverständnis der Eltern vorliegt.

Alltagsunterstützende Maßnahmen

Erkennen Kinder- und Jugendärzt:innen Belastungssituationen in Familien (z.B. Elternteil ist aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage, das Kind zu versorgen), so sind Entlastungen über alltagsunterstützende Hilfen nach § 38 SGB V und nachrangig auch als Leistung der 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 (Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern, 2020).

Familienunterstützende Angebote der Jugendhilfe

Die Jugendhilfe ist für Kinder- und Jugendärzt:innen 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 suchtblastete 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.

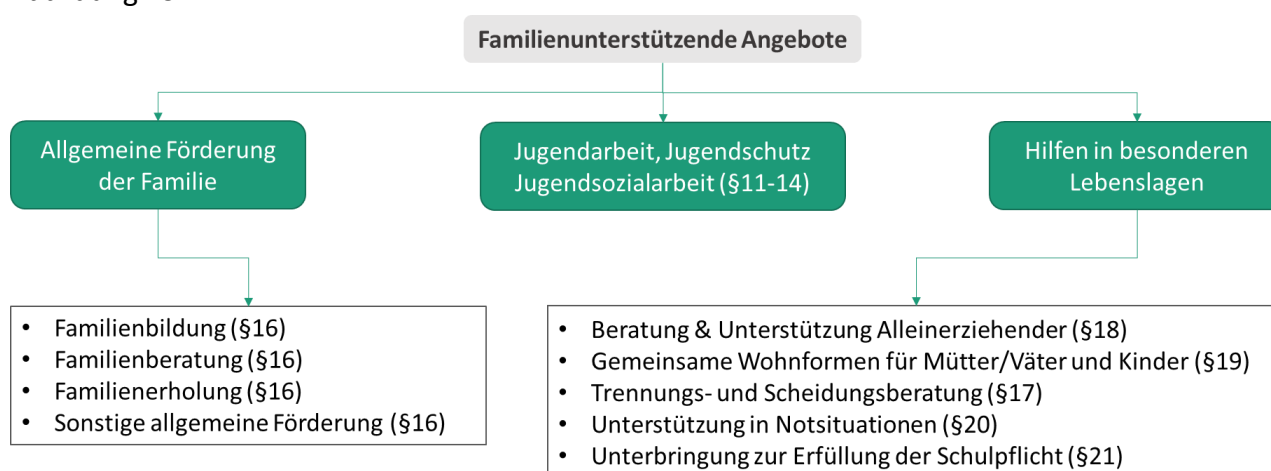


Abbildung 19: Familienunterstützende Angebote der Jugendhilfe nach SGB VIII

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

Vorschulkinder (3 bis 6 Jahre)

Wir verweisen zusätzlich auf den 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 Augenärzt:innen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzt:innen und Orthopäd:innen 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 suchtblasteten 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 belasteten Eltern zur Verfügung stehen sowie bei allen Mitarbeitenden 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: 21. März 2024) 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* (z.B. Tagespflege, Großeltern) und *besondere familiäre Belastungen* explizit nach dem Besuch von Bildungseinrichtungen (z.B. Kita) und psychischen Erkrankungen und Substanzkonsum der Eltern gefragt werden. Gerade dieser Aspekt bedarf einer vorsichtigen Exploration, sollte aber nicht aufgrund eigener Hemmnisse unterlassen werden. Zudem ist der gezielte Einsatz von standardisierten Erhebungsbögen (s. [Anhang 12: Übersicht standardisierter Erhebungsbögen](#)) möglich und verschafft einen guten ersten Überblick über die familiäre Situation.

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 Suchtbelastungen 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 (s. Anlage [G-BA Kinder-Richtlinie](#)). Erfolgversprechender kann es sein, wenn über Ärzt:innen, Medizinische Fachangestellte oder Praxislots:innen eine Kontaktaufnahme 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 Patientendatei 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 Ärzt:innen 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.

Auffälligkeiten sollten daher ausdrücklich und nachvollziehbar dokumentiert werden. Die Dokumentation ist den Eltern entsprechend zu erläutern.

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 mit Einverständnis der Eltern im Fall von klinischen oder anamnestischen Auffälligkeiten empfohlen.

Der Besuch von Kindertageseinrichtungen und anderen Bildungsinstitutionen stellt einen Schutzfaktor für die Entwicklung von Kindern im Kontext von Elternteilen mit psychischen und Suchtbelastungen dar: klare, transparente und konsistente Regeln und Strukturen, wertschätzendes Klima (z.B. 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 (Schaich, 2017).

Beispiele für Hinweise auf mögliche Belastungen und Versorgungsprobleme in der Familie nach (Lenz and Brockmann, 2013)

Auffällige Verhaltensweisen von Kindern im Kindergartenalter	Auffällige Verhaltensweisen der Eltern
• Sozialer Rückzug • Isolation • Bedrücktheit • Nervosität • Spannungen • Konzentrationsprobleme • Verbale und körperliche Aggressionen gegen andere • Selbstverletzendes Verhalten	• 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	
• Unregelmäßigkeiten beim Bringen und Abholen ohne plausible Erklärungen der Eltern • Witterungsunangemessene Kleidung • Mangelnde ärztliche Versorgung bei Krankheiten • Übernahme der elterlichen Aufgaben durch Geschwister	

Tabelle 5: 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 suchtselasteter Eltern gegeben werden (Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz, 2017; Meeß and Oswald, 2022):

- *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](#)).

Schulkinder (6 bis 12 Jahre)

Wir verweisen zusätzlich auf den 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 bei Kinder- und Jugendärzt:innen finden vor allem Anlass bezogen (Notfallvorstellungen im Rahmen von Infekten oder bei Verletzungen) und vermehrt auch bei anderen Fachärzt:innen wie Augenärzt:innen, HNO-Ärzt:innen, Unfallchirurg:innen und Orthopäd:innen statt. Insbesondere Schul- und Verhaltensprobleme führen zu Vorstellungen in Sozialpädiatrischen Zentren oder bei Kinder- und Jugendpsychiater:innen.

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:innen 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 Erziehungsberechtigten) zu einem engen Austausch mit den Lehrern/Erziehern (s.u.). Viele Schulen werden zudem von Schulsozialarbeiter:innen 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, es ist von einer höheren Inanspruchnahme durch gesundheits- und problembewusste Familien auszugehen.

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 Suchtbelastung 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 Lehrer:innen, Schulsozialarbeiter:innen, Schulpsycholog:innen, Kinder- und Jugendärzt:innen 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 allein zu sein (Jungmann, 2019).

Psychoedukation

Eine wichtige Rolle spielt eine dem Entwicklungsalter des Kindes entsprechende Psychoedukation. Folgende Informationen und Botschaften sollten Kindern psychisch und suchtbelasteter Eltern gegeben werden (Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz, 2017; Meeß and Oswald, 2022):

- *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](#)).

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 in der Kinder- und Jugendarztpraxis mehr gibt und häufig bereits vor dem Ende des 18. Lebensjahres der Wechsel zu Erwachsenenmediziner:innen (Hausärzt:innen) erfolgt. Möglichkeiten zur Prävention bestehen dennoch.

Vorgehen

Jugendgesundheitsuntersuchungen

Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 (12-14 Jahre) wird von allen Krankenkassen finanziert und beinhaltet neben der körperlichen Untersuchung auch Fragen zu Sexualität und Verhütung. Themen wie Drogenmissbrauch, Alkoholkonsum, Genuss von Cannabinoiden, Rauchen und dysfunktionaler Medienkonsum 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. Kinder- und Jugendärzt:innen beraten den Jugendlichen bei Fragen des Verhaltens, der Sozialisation, der Familie und der Sexualität sowie der Berufswahl.

Jugendliche können im Rahmen der Jugendgesundheitsuntersuchungen, wenn sie wollen, auch alleine ohne Eltern ein vertrauensvolles Gespräch mit Kinder- und Jugendärzt:innen führen. Kinder- und Jugendärzt:innen müssen sich trauen, insbesondere Suchtaspekte und psychische Probleme aktiv anzusprechen, um das bei den Jugendlichen häufig bestehende Schamgefühl zu reduzieren. Da zu den Hauptrisiken von Kindern psychisch und suchtbelasteten 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 Patient:innen haben ihrerseits psychisch und suchtbelastete 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 Suchtberatungsstellen vor Ort an. In der Regel ist aber eine alleinige Behandlung ohne längerfristig angelegte Jugendhilfemaßnahmen mit Hilfen zur Erziehung (z. B. Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft, teil- oder vollstationäre Unterbringung, ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) 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 (Suchtberatungsstelle, Kinder- und Jugendpsychiatrie) und im Bedarfsfall zur Behandlung vermittelt werden können (Möller, 2019).

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht spielen insbesondere Alkohol- und Cannabiskonsum im Jugendalter eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Zunehmende Relevanz gewinnen auch Digitale-Medien-Nutzungsstörungen im Kindes- und Jugendalter (Arnaud and Thomasius, 2025; Möller, 2019; Paschke and Thomasius, 2025).

Die Peer-Group und die Beziehung zu Gleichaltrigen nehmen einen immer größeren Stellenwert ein. Wünschenswert wäre daher neben der Aufklärung der Lehrer:innen auch die Aufklärung der Jugendlichen durch Akteur:innen 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) genutzt werden, da die Nutzung des Internets ein selbstverständlicher Bestandteil jugendlicher Lebenswelten darstellt und einen niedrigschwelligen Zugang ermöglicht (Jungmann, 2019).

Wichtig ist, dass Kinder und Jugendliche nach dem KJSG im Bedarfsfall einen uneingeschränkten eigenen Beratungsanspruch haben, d.h. 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 Schüler:innen ab der 8. Klasse der Sekundarstufe I und II, ihre Lehrkräfte sowie Auszubildende in Berufsschulen und ihre Auszubildende. Ziel ist es, das Thema seelische Gesundheit in den Lebensort Schule zu bringen sowie Wege aufzuzeigen, wie Schüler:innen 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 suchtbelasteten 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](#)).

Vernetzung, Kooperation und Fallverantwortung

Die psychische und Suchtbelastung 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, der Eingliederungshilfe 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 einzelner Anbietender, 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 Beteiligung 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. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) hat in einem Eckpunktepapier [14 zentrale Qualitätskriterien für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken](#) veröffentlicht.

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 6).

Erkennung von Kindern mit Hilfebedarf aufgrund psychisch und suchtselasteten Eltern	Kenntnis und Vermittlung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten
• Fachkenntnisse von Hinweiszeichen bei Kindern und Eltern • In der Versorgung von psychisch und suchtselasteten 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	• 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

Tabelle 6: 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
• Vernetzung mit lokalen Koordinator:innen der Frühen Hilfen bzw. Kinderschutz • Regelmäßige Teilnahme an Treffen der lokalen Netzwerke • Kenntnisse von Angeboten und Erreichbarkeit der Netzwerkpartner:innen • Aufbau persönlicher Kontakte in einzelnen Bereichen (z.B. Jugendamt) • Schaffung von Transparenz bezüglich der eigenen Angebote und Erreichbarkeit	• Wertschätzender, respektvoller und kollegialer Umgang auf Augenhöhe • Ansprache und Klärung von Kommunikationsproblemen • Kenntnisse und Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen • Gemeinsame Verantwortungsübernahme • Verbindlichkeit

Tabelle 7: Gelingensfaktoren für Kooperation im Netzwerk

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen psychisch und suchtselasteten 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 suchtselasteten 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.

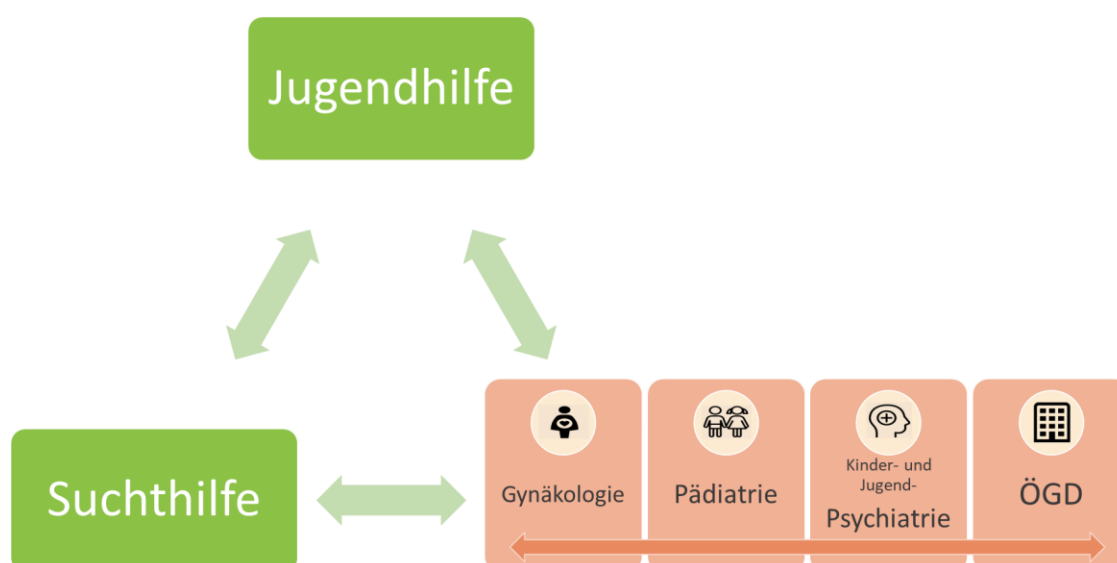


Abbildung 20: Kooperationsvereinbarungen für die Versorgung von Kindern psychisch und suchtselasteten Eltern

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 im ersten Lebensjahr (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg 2015) begrenzt ist. Ein weiteres Beispiel ist die [Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendhilfe, medizinischer Suchthilfe und psychosoziale Begleitung Substituierter](#) zur Zusammenarbeit mit Eltern/Erziehungsberechtigten in Substitutionsbehandlung im Saarland.

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 (Arbeitsgruppe 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 suchtbelasteten 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 Fachärzt:innen wie Gynäkolog:innen, (Kinder- und Jugend-)Psychiater:innen, substituierende Mediziner:innen, Kinder- und Jugendärzt:innen, Hausärzt:innen oder ärztliche Mitarbeitende einer Akutklinik bzw. Psychiatrische Kliniken.

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

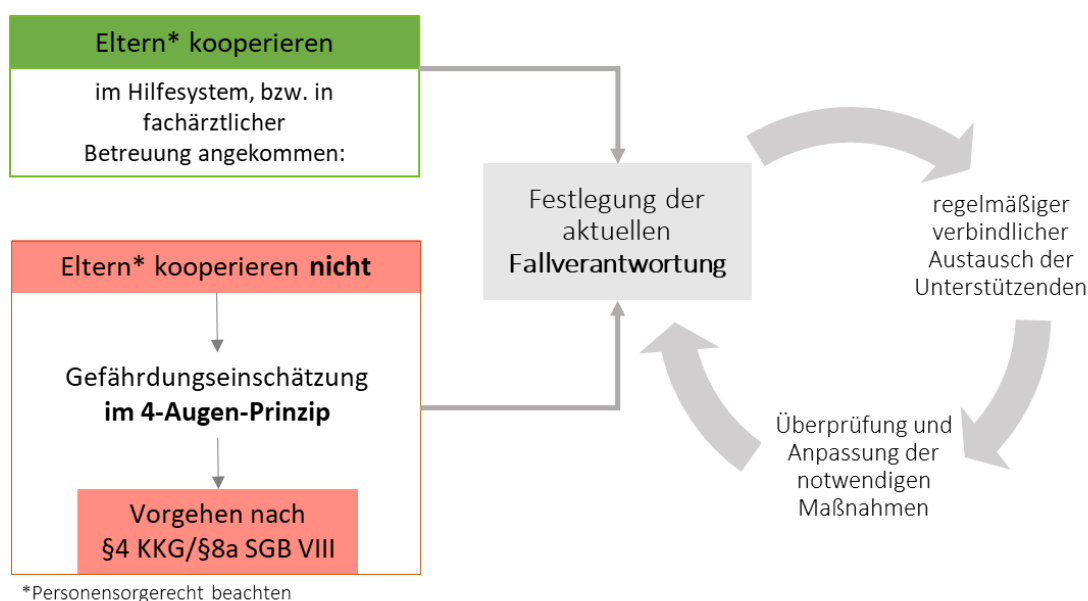


Abbildung 21: Fallverantwortung im Beratungs- und Unterstützungsprozess (Teilaspekt der Abbildung 15)

Zur kontinuierlichen Betreuung der Kinder psychisch und suchtselasteter 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 von *Begleiter:innen* oder Koordinator:innen/Lots:innen im Öffentlichen Gesundheitswesen. Dieser könnte die Fallverantwortung von dem/der primär Fallverantwortlichen nach gegenseitiger Entbindung von der Schweigepflicht übernehmen. In der Folge würde ein gemeinsamer Handlungsplan unter Beteiligung der Erziehungsberechtigten, 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 Ärzt:innen, deren Mitarbeitende 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 Ärzt:innen und Kolleg:innen, 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 5 Einwilligung zur Entbindung der Schweigepflicht \(Muster\)](#)).

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (KJSG) im Juni 2021

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.

wurde eine weitere datenschutzrechtliche Regelung in Bezug auf den Kinderschutz durch die Öffnungsklausel des § 4 Absatz 6 KKG ermöglicht. Die Befugnis zu einem fallbezogenen interkollegialen Austausch von Ärztinnen und Ärzten kann im Landesrecht geregelt werden. Von dieser Öffnungsklausel haben bisher einzelne Bundesländer, u.a. Bayern, Hamburg, NRW, Saarland Gebrauch gemacht (s. Stellungnahme der [DGKiM zum fallbezogenen interkollegialen Austausch zwischen Ärzt:innen und die zugrundeliegenden Prinzipien im medizinischen Kinderschutz](#)).

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:innen an das zuständige Jugendamt beim Auftreten gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung.

Der § 4 KKG sieht ein mehrstufiges Vorgehen zur Abwendung einer Kindesgefährdung vor, das eine Beratung der Berufsgeheimnisträger:innen durch eine insoweit erfahrene Fachkraft zur Gefährdungseinschätzung sowie eine Offenbarungsbefugnis vorsieht. Den Berufsgeheimnisträger:innen 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:innen 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 Erziehungsberechtigten darüber prinzipiell vor. Wird der Schutz des Kindes allerdings durch eine Vorinformation der Erziehungsberechtigten gefährdet, so darf auch ohne Information 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.



Pränataler Kinderschutz bei Alkohol- und Drogenabusus „Aspekte zum Schutz des Ungeborenen“

(entnommen Goldberg and Radewagen, 2023)

Alkohol- und Drogenabusus während der Schwangerschaft gefährdet die Entwicklung des ungeborenen Kindes und führt in der Regel zu dessen dauerhafter Schädigung. Auch wenn sich der in § 8 a SGB VIII formulierte Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung auf das geborene Kind bezieht, hat die Kinder- und Jugendhilfe die Möglichkeit – und im Sinne eines ganzheitlichen Kinderschutzes auch die fachliche Verpflichtung – Leistungen gegenüber werdenden Eltern zu erbringen. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn ungeborene Kinder durch Alkohol- und Drogenmissbrauch während der Schwangerschaft einer konkreten Gefährdung ausgesetzt sind. Die Möglichkeiten zum Schutz des ungeborenen Lebens reichen dabei von unterschiedlichen Hilfeangeboten bis hin zum Anrufen des Familiengerichts (Goldberg and Radewagen, 2023).

Die Priorität liegt dabei zunächst auf der Einbeziehung der Betroffenen in die Gefahrenabwehr. Hierfür sind ihnen geeignete und notwendige Hilfen anzubieten. Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es dies anzurufen. In der Praxis sind dies in der Regel Fälle, in denen es Erziehungsberechtigten an einer Problemeinsicht hinsichtlich der von ihnen ausgelösten/nicht verhinderten Gefahren mangelt bzw. sie bei der Gefahrenabwehr nicht hinreichend kooperieren und ihr gefährdendes Verhalten trotz aller Hilfeangebote und Apelle nicht verändern (können). Das Familiengericht hat – anders als das Jugendamt – gem. § 1666 BGB die Möglichkeit, Eltern im Falle einer Kindeswohlgefährdung mit Schutzauftrag Gebote bzw. Verbote zu erteilen sowie das Sorgerecht teilweise oder ganz zu entziehen (Goldberg and Radewagen, 2023).

Risikoeinschätzung

Bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos im Fachteam sollte in Fällen Alkohol oder Drogen konsumierender Schwangerer auch externe Fachexpertise (z. B. aus der Sucht- und/oder Gesundheitshilfe) einbezogen werden, um die mögliche Gefährdung besser einordnen zu können (DIJuF, JAmt 2008, 249.).

Für die Risikoeinschätzung unter dem Aspekt der Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit der werdenden Eltern können folgende Indikatoren (Arbeitsgruppe Kinderschutz in der Schwangerenberatung, 2010) herangezogen werden:

Problemakzeptanz: Sehen die schwangeren Personen und ggf. ihre Partner:innen selbst ein Problem oder nicht? Sehen sie, dass sich eine Gefährdung des Kindeswohls entwickeln könnte oder bereits besteht?

Problemkongruenz: Stimmen die Schwangeren und ggf. ihre Partner:innen mit den beteiligten Fachkräften in der Problemsicht überein oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall?

Hilfeakzeptanz: Sind die betroffenen Schwangeren und ggf. ihre Partner:innen bereit und auch fähig (Kooperationsfähigkeit/ Veränderungsfähigkeit), die ihnen gemachten Hilfsangebote anzunehmen und zu nutzen oder ist dies nur zum Teil oder gar nicht der Fall?

Geeignete und notwendige Hilfsangebote sowie Interventionen als Gefahrenabwehr

Als **Unterstützungsmöglichkeiten** können je nach Gefährdungseinschätzung Folgende in Betracht gezogen werden:

- § 2 KKG Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung

Der § 2 KKG regelt nicht, wie werdende Eltern informiert werden. Es ist zu empfehlen, sich bei der Information an der Lebenswelt der jeweiligen Zielgruppe zu orientieren. Dies können z. B. Beratungs- und Unterstützungsangebote durch Fachkräfte in Konsumstellen sein. Wesentlicher Bestandteil ihrer Arbeit ist die Motivation drogengebrauchender Menschen, Hilfe bei den vielfältigen Problemen, die sich durch ihren Konsum ergeben können, in Anspruch zu nehmen (Deutsche Aidshilfe, 2011).

- § 16 SGB VIII Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

Leistungsberechtigte sind hier Mütter, Väter, andere Erziehungsberechtigte und junge Menschen, allerdings werden in Abs. 3 zudem ausdrücklich auch schwangere Frauen genannt, denen Beratung und Hilfe in Fragen des Aufbaus elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenz angeboten werden soll. Damit besteht im Rahmen des § 16 SGB VIII die Möglichkeit, auch vorgeburtliche Angebote zur Förderung der Erziehungskompetenzen werdender Eltern zu entwickeln. Das umfasst ausdrücklich auch Angebote, in denen Kenntnisse und Fragen zur Gesundheit thematisch bearbeitet werden. Hierunter könnten u. a. Beratungsangebote fallen, in denen über die Gefahren des Substanzkonsums während der Schwangerschaft und über Unterstützungsangebote für Betroffene aufgeklärt wird.

- § 19 SGB VIII Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder

Gem. § 19 SGB VIII haben Mütter und Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren sorgen müssen, Anspruch auf Betreuung in einer geeigneten Wohnform. Dieser Leistungsanspruch gilt gem. § 19 Abs. 1 S. 4 SGB VIII ausdrücklich auch für schwangere Frauen vor der Geburt ihres Kindes. Da bei regelmäßigem Alkohol- und Drogenkonsum während der Schwangerschaft eine offensichtliche Notlage für Mutter und Nasciturus besteht, ist die frühzeitige Aufnahme Schwangerer sowohl fachlich geboten als auch rechtlich möglich.

- § 41 SGB VIII Hilfe für junge Volljährige

Junge Volljährige haben gem. § 41 SGB VIII Anspruch auf geeignete und notwendige Hilfe, wenn und solange ihre Persönlichkeitsentwicklung eine selbstbestimmte, eigenverantwortliche und selbständige Lebensgestaltung nicht gewährleistet. Die Hilfe ist damit auf die Verselbständigung von jungen Volljährigen ausgerichtet und kann sich während einer Schwangerschaft auch auf die Vorbereitung der Pflege und Erziehung eines erwarteten Kindes beziehen (DIJuF, JAmt 2019, 147.). Bei Schwangeren mit Alkohol- und Drogenkonsum besteht durch diese Form der Hilfe die Möglichkeit, sie dabei zu unterstützen, ihre Suchtmittelabhängigkeit zu behandeln und sich auf die Geburt des Kindes vorzubereiten. Anspruch auf diese Form der Hilfe haben junge Volljährige im Alter von 18 Jahren bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres.

Als **Interventionsmöglichkeit** kommt die Anrufung des Familiengerichts in Betracht.

Gelingt es nicht, drogen- bzw. alkoholkonsumierende schwangere Frauen trotz allen Werbens für eine der aufgeführten Hilfen zu gewinnen bzw. sie dazu zu bewegen, ihre Suchtmittelabhängigkeit

behandeln zu lassen, hat das Jugendamt analog § 8 a Abs. 2 S. 1 SGB VIII die Möglichkeit, das Familiengericht anzurufen.

Einzelne Gerichtsbeschlüsse zur elterlichen Sorge dazu lauten:

- In einer Entscheidung vom 12.05.2017 hat das Oberlandesgericht Frankfurt a. Main Folgendes formuliert: Die elterliche Sorge kann nur für ein bereits geborenes Kind bestehen. Aus diesem Grund hatte das OLG Frankfurt a. M. es auch abgelehnt, die elterliche Sorge bereits vor der Geburt zu entziehen. Die weitere Frage, ob vor der Geburt eines Kindes eine sorgerechtliche Entscheidung getroffen werden kann, die erst im Zeitpunkt der Geburt Wirksamkeit entfaltet, wird unter dem Aspekt der an sich unerlaubten Vorratsbeschlüsse diskutiert (s. <https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/LARE190019084>).
- In einer Entscheidung vom 15.3.2021 hat das Amtsgericht Wesel einer werdenden Mutter nicht die elterliche Sorge entzogen, sondern sie nach § 1666 I, III Nr. 1 BGB i. V. m. § 49 FamFG angewiesen, sich sofort in ärztliche Behandlung zu begeben. Das Amtsgericht hat dazu erklärt, dass der Schutz des ungeborenen Lebens vorgehe und die Verfassung auch über die Wortlautgrenze hinaus eine analoge Anwendung des §§ 1666 BGB gebieten würden.

Die Betreuung des Ungeborenen ist nur über die Schwangere möglich. Helfende Angebote für schwangere Personen wirken besser als Interventionen. Vorrangig sollte es also sein, Substanz konsumierende Schwangere möglichst niedrigschwellig zu erreichen und sie zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen zu motivieren, da es bei einem Kontaktabbruch zu einer Gefährdung des Ungeborenen kommen kann.

Dafür ist es hilfreich, gute Netzwerke zu knüpfen, damit z. B. Gynäkolog:innen, Hebammen oder Schwangerenberatungsstellen die Schwangeren auf weitergehende Angebote und Hilfen hinweisen und zur Kontaktaufnahme mit der Kinder- und Jugendhilfe ermuntern.

Sachstandsbericht „Zum Schutz des Ungeborenen bei einer Drogen- oder Alkoholsucht der Schwangeren“

Der Sachstandsbericht ([Sachstand WD 9 - 3000 - 093/19](#)) des Deutschen Bundestages von 2020 beschäftigt sich auftragsgemäß mit den bestehenden Möglichkeiten des Staates, das ungeborene Leben vor den Auswirkungen von Alkohol- und Drogenkonsum (suchterkrankter) Schwangerer zu schützen. Diese Thematik wird zunächst aus verfassungsrechtlicher Sicht beleuchtet, um im Anschluss die strafrechtlichen, zivilrechtlichen und weitere kinderschutzrechtliche Rahmenbedingungen darzustellen.

Sachstandsbericht „Der Schutz des ungeborenen Lebens in Deutschland“

Das ungeborene Leben ist in Deutschland durch eine Vielzahl an Schutzvorschriften geschützt. Der Sachstandsbericht ([Sachstand WD 7 - 3000 - 256/18](#)) des Deutschen Bundestages von 2018 gibt einen Überblick über den verfassungsrechtlichen, den strafrechtlichen und den zivilrechtlichen Schutz des ungeborenen Lebens in Deutschland.

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 suchtselasteter 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:

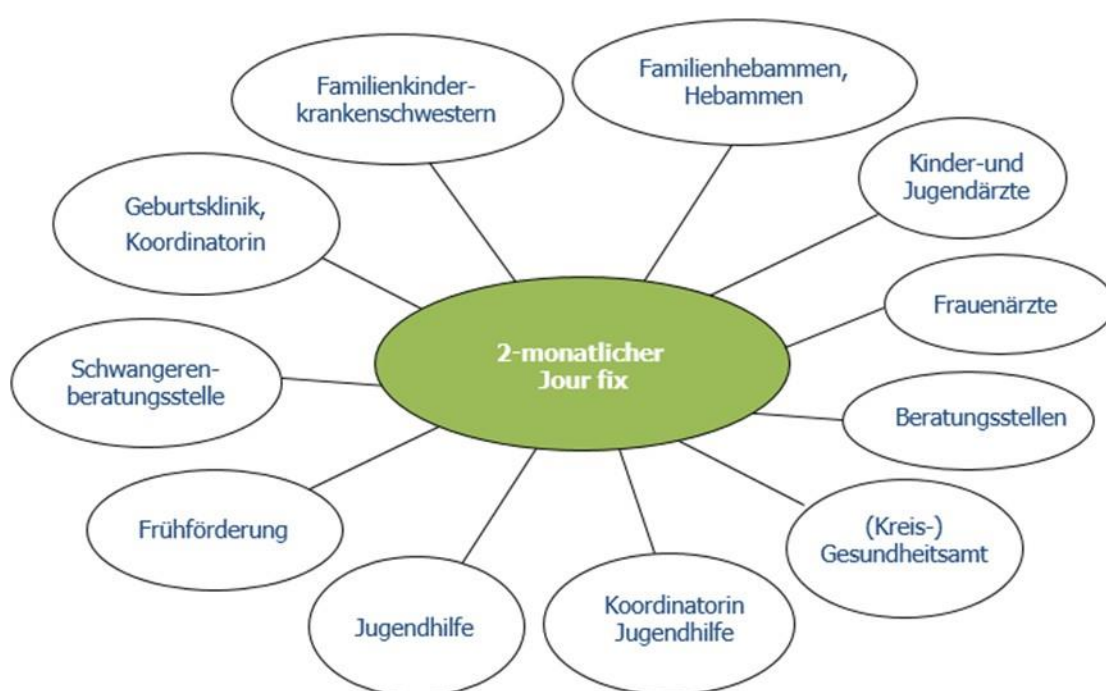


Abbildung 22: Sektorenübergreifender Arbeitskreis der Stadt Hilden nach Kratzsch 2019

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 eine Vertretung aus dem Bereich der Wohlfahrtsverbände sowie Oberarzt:ärztin der Frauenklinik teil. Im Rahmen der Konferenzen werden komplexe und unklare Fälle in pseudonymisierter Form diskutiert und gemeinsame Lösungswege gesucht. Zudem informieren sich die Teilnehmenden 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 Jugendhilfe sowie weiteren im Bereich der Frühen Hilfen tätigen Berufsgruppen (Siebolds et al., 2016). Sie werden moderiert von speziell ausgebildeten Moderatorentandems aus Kinder- und Jugendärzt:innen und Mitarbeitenden der Jugendhilfe. Die IQZ bieten ein Forum für den Austausch, dienen der Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitenden 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 Teilnehmenden eine adäquate Lösung für den vorgestellten Fall zu entwickeln, den vorstellenden Ärzt:innen/Therapeut:innen in Bezug auf das weitere Vorgehen zu unterstützen und die Bereitschaft der Patient:innen 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 (Gynäkolog:in), zur Geburtliche Phase (Geburtsklinik) und zur Nachgeburtliche Phase (Kinder- und Jugendarzt:ärztin) 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 (Gynäkolog:in), 2. Geburtliche Phase (Geburtsklinik) und 3. Nachgeburtliche Phase (Kinder- und Jugendarzt:ärztin), die die in der Übersicht (s. Abbildung 23) dargestellten Bausteine enthalten.

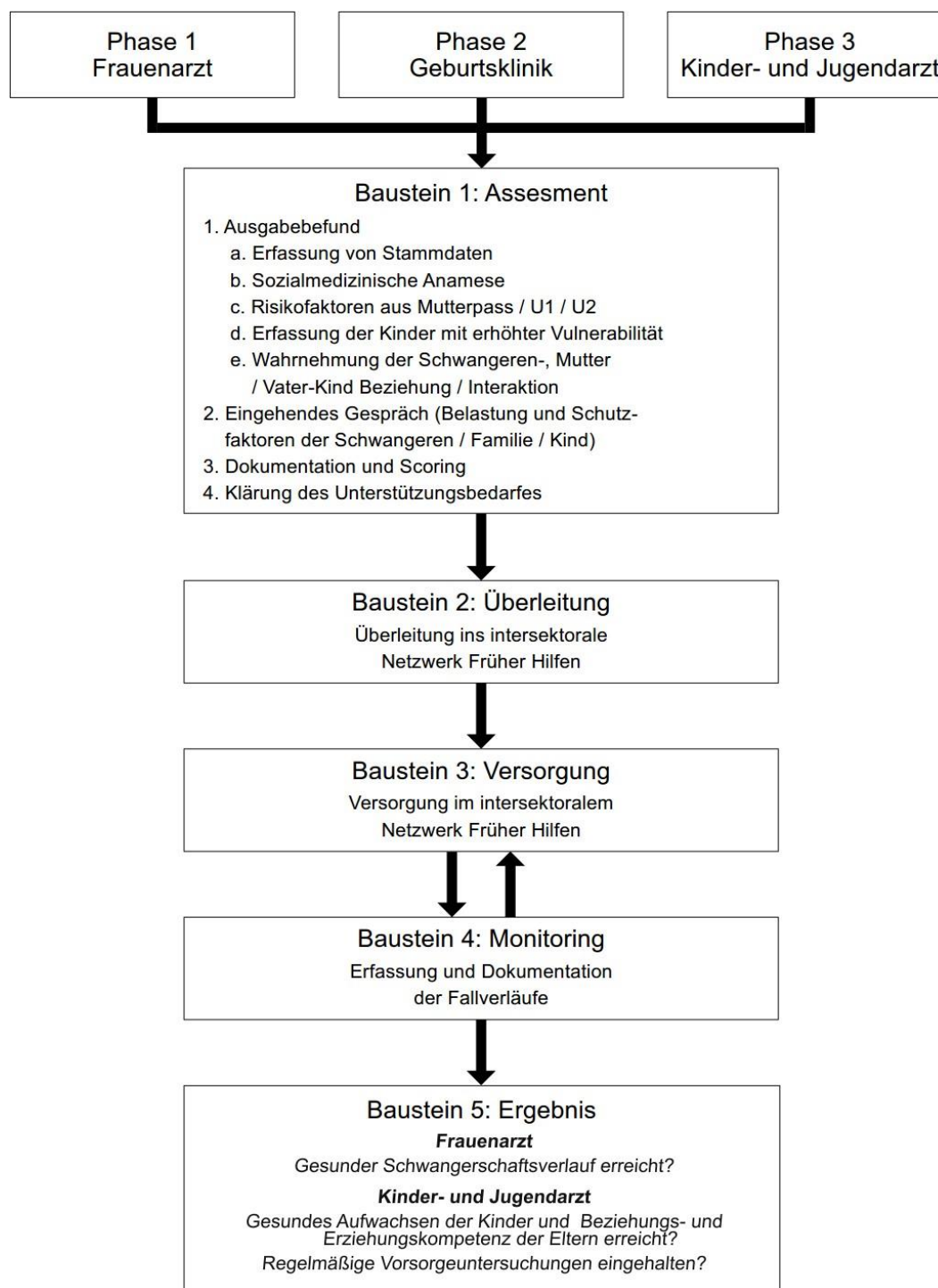


Abbildung 23: Auszug aus dem Handbuch zur Umsetzung der Frühen Hilfen in KinderZukunft NRW, Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft (Kratzsch, 2017)

Das **Assessment** verläuft bei einer/m Gynäkolog:in, in der Geburtsklinik und beim Kinder- und Jugendarzt:ärztin in der im Ablaufschema dargestellten Schrittfolge.

1. Ausgangsbefund

- Erhebung der Stammdaten:
Geburtsdatum der Schwangeren, der entbindenden Person 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. Beispielbögen finden sich im [Anhang 13: Screening- und Monitoringbögen des Modellprojektes KinderZukunft NRW](#).
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:innen 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 Akteur:innen der Frühen Hilfen hakt oder erforderliche Rückmeldungen ausbleiben.
Die Kontaktpunkte zwischen den Akteur:innen 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 suchtselasteten 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 Neugeborenen mit NAS, 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., 2008).

Beispiel für eine sektorenübergreifende Versorgung für Kinder und Jugendliche mit psychisch und suchtselasteter 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 Eruierung weitergehender Unterstützungsmaßnahmen. Neben zahlreichen Uni-Kliniken sind auch einige Krankenkassen als Konsortialpartner einbezogen.

Es wurden Screenings für sowohl psychische Auffälligkeiten der Kinder als auch für familiäre Risiko- und Belastungsfaktoren spezifisch für die Gruppe Kinder psychisch erkrankter Eltern im Rahmen der deutschlandweiten Multizenterstudie „Children of mentally ill parents-network“ (CHIMPS-NET; Wiegand-Grefe et al. in Vorbereitung) entwickelt, einer Folgestudie des CHIMPS-Projekts (Wiegand-Grefe et al. 2021) (Holl-Etten et al. 2021).

Beispiel für spezifische Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern und ihrer Familien

"TROTZDEM" - TROTZ PSYCHISCHER ERKRANKUNG STARK MIT KIND

Ein Best-Practice-Beispiel für spezifische Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien ist das Angebot „Trotzdem“ beim Kinderschutz-Zentrum Osnabrück. Trotzdem – trotz psychischer Erkrankung stark mit Kind kombiniert verschiedene Angebote:

- Familiengespräche, um ins Gespräch zu kommen und einander verstehen zu lernen
- Beratung für Kinder und Jugendliche sowie für Eltern und Angehörige mit ihren jeweiligen Bedarfen und Anliegen
- Gruppen für gleichaltrige Kinder und Jugendliche mit den Schwerpunkten Psychoedukation, Gemeinsamkeit und Zusammenhalt, Krisenpläne und Hilfeangebote
- Einbeziehen der Eltern in die Gruppenauswertung unter Vertrauensschutz für die Kinder

- Ehrenamtliche Patenschaften für Kinder als verlässliche Bezugspersonen.

Beispiel für die praktische Unterstützung von Fachkräften im Umgang mit Kindern von psychisch und suchtbelasteten 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:innen, Lehrer:innen, Mitarbeitenden in der Jugendhilfe, 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.

Beispiel für ein multimodales Therapieprogramm für suchtkranke Schwangere und Eltern im Rahmen der psychiatrischen Institutsambulanz

„Mama denk’ an mich“ (MAMADAM)

Zielsetzung: Suchtkranke Personen und insbesondere Methamphetamin (MA) -abhängige schwangere Frauen, Mütter und Väter brauchen spezifische Hilfsangebote für sich und ihre Kinder. Am Universitätsklinikum Dresden wurde 2016 dazu das interdisziplinäre Programm „Mama denk’ an mich“ (MAMADAM) ins Leben gerufen, dessen suchtttherapeutischer Teil hier vorgestellt wird. Methode: Die Therapieaufgaben der Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter werden dargestellt. Spezifisch gehören dazu die MA-spezifische Gruppenpsychotherapie für schwangere Frauen und Mütter, Vorgehen beim Abstinenznachweis und bei positivem Drogentest sowie die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern. Ergebnisse: Bislang wurden insgesamt 13 Schwangere, 49 Mütter und 19 Väter vorgestellt. Die Hauptsuchtmittel waren MA (65 %), Alkohol (18 %) und Cannabis (15 %). Komorbide psychiatrische Störungen lagen bei 78 % der Fälle vor, bei 56 % beinhaltete dies auch nicht suchtbetogene Störungen. 71 % waren zu Therapiebeginn überwiegend fremdmotiviert, 71 % bezogen Arbeitslosengeld II und 38 % waren vorbestraft. Die Haltequote für Patienten, die ins Therapieprogramm eingeschlossen wurden, lag bei 77 % bei einer Therapiedauer von 22 Wochen (Median). 20 Patienten wurden in stationäre Entgiftungs-/Reha-Behandlung vermittelt. Diskussion: Die behandelte Stichprobe stellt eine hoch risikobehaftete Klientel dar. Dennoch gelang es im ambulanten Setting, den überwiegenden Anteil abstinenter in Therapie zu halten. Die ambulante psychiatrische Suchttherapie kann somit für Eltern eine sinnvolle Alternative zur stationären Langzeittherapie darstellen.

IV. Informationen

Informationen für Fachkräfte

Lehrbücher Kinder psychisch und suchtkranker Eltern

- Christiansen H, Röhrle B, Fahrer J, Stracke M, Dobener LM (2020). Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen – State of the Art für Psychotherapeutinnen, Pädaterinnen, Pädagoginnen. Springer Verlag. Heidelberg.
- 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.
- Wagenblass S, Spatscheck C (Hrsg.) (2023). Kinder psychisch erkrankter Eltern. UTB GmbH. Stuttgart.

Weitere Lehrbücher

- Biesel K, Urban-Stahl U (2018). Lehrbuch Kinderschutz. Beltz Juventa. Weinheim.
- Herrmann B, Dettmeyer RB, Banaschak S, Thyen U (2022). Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer Verlag. 4. 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.
- DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen, Version 2.0 – 05/2023
- DGKiM-Leitfaden für Kinderschutz bei chronischer Erkrankung und Behinderung, Version 1.0 – 05/2023

- 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 2025.04.10
- Handreichung des Paritätischen Gesamtverbandes „Kinder psychisch erkrankter Eltern sehen – stärken – schützen (2024), https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/doc/broschuere_kinder-psychisch-erkrankter_Eltern_2024_web.pdf
- Charité Berlin, Handlungsempfehlung zum Umgang mit suchtbelasteten 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 suchtbelasteten 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
- Bundesärztekammer – Ärztliche Schweigepflicht
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Recht/Empfehlungen_aerztliche_Schweigepflicht_Datenschutz.pdf
- Der Paritätische Gesamtverband. Kinder psychisch erkrankter Eltern sehen- stärken - schützen. Handreichung (2024). https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/doc/broschuere_kinder-psychisch-erkrankter_Eltern_2024_web.pdf

Fachgesellschaften, Verbände und Institutionen

- AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkrankter 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/> (Information bezüglich einer Fortführung)

- 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/>
- Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW <https://www.kkg-nrw.de/>
- Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V., <http://marce-gesellschaft.de/>
- Medizinische Kinderschutzhotline, <https://kinderschutzhotline.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

- 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)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Stellungnahmen zur Versorgungssituation in Deutschland. <https://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen.html>.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/service/publikationen/>
- DGPPN-Positionspapier (2022). Cannabis-Legalisierung: Prävention und Jugendschutz sind nicht verhandelbar. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d1c7d0a1abdcbed257d3ef1d4e21418d29987016/2022-03-29_DGPPN-Positionspapier_Cannabislegalisierung_FIN.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
- 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/service/arbeitshilfen-fuer-die-praxis/dokumentationsvorlage/>

- Unterstützung zur Suche nach regionalen Angeboten für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern bietet z.B. folgender LINK <http://bag-kipe.de/einrichtungen-projekte/>
- NZFH Transkulturell kompetentes Handeln in den Frühen Hilfen. Qualifizierungsmodul 2025; https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Qualifizierungsmodul-Transkulturell-kompetentes-Handeln-in-den-Fruehen-Hilfen-bf.pdf
- Im Aufbau befindlich: Verbundprojekt der langjährigen Online-Beratungsangebote von NACOA und KidKit: www.hilfeimnetz.de

Beispiele für Projekte, Stiftungen

- 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_eine_r_Kooperationsvereinbarung.pdf
- Kratzsch, W., Hofmann, A., Kahl, H.-J. (2017) Vier Jahre Früherkennung und Frühe Hilfen. Praxisbericht aus zwei Kinder- und Jugendarztpraxen Kinder- und Jugendarzt 48. Jg, Nr. 12/17 + 1/18, 814 – 816
- Kratzsch, W. (2019) Kinder psychisch kranker Eltern: Frühe Hilfen in den Familien Kinder- und Jugendarzt, 50. Jg. (2019) Nr. 10/19, 660 – 662
- Kratzsch, W., Schäfer, R. (2024): Handbuch zur Umsetzung Früher Hilfen in KinderZUKUNFT NRW. Mindeststandards und Handlungsempfehlungen. Handbuch, 2. Auflage über den Autor erhältlich: info@forum-kinderzukunft.de

Informationen für Kinder und Jugendliche

Beratungsangebote

- Nottelefon *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>
- Auf folgender Website finden Sie sämtliche Aktionen der Akteure der COA-Aktionswoche:
<https://coa-aktionswoche.de/mitmachen/aktivitaeten>
Die Inhalte können nach Postleitzahlen gefiltert werden, wodurch ortsnahe Aktionen leicht auffindbar werden. Sofern Sie ein Unterstützungsangebot zu diesem Thema in Ihrer Nähe suchen, werden Sie hier fündig: <https://nacoa.de/hilfeangebote-map>

Internet

- Website <https://www.kidkit.de/>
Kinder und Jugendliche können per E-Mail-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/>
- Im Aufbau befindlich: Verbundprojekt der langjährigen Online-Beratungsangebote von NACOA und KidKit: www.hilfeimnetz.de

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_jugendlichenbroschuer.pdf

Kinderbücher (Auswahl)

- Livia Koller (2023): Wir sagen immer Debreziner dazu, Wißner-Verlag

- Mein Papa nimmt Drogen und was ist bei dir so los? Bilderbuchprojekt der Kindergruppe Fitkids Wesel, 2022
- 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.
- Lisa Eidam (2022): Nono und der Zauberkreisel – oder die Suche nach dem großen Glück, Blaukreuz Verlag
- Gliemann C, Faichny N (2014): Papas Seele hat Schnupfen. Kinder von 6 bis 8 Jahre. Monterosa 2021. Begleitmaterial: Gliemann C, Kistner S, Bernard I., Unterrichtsimpulse für Klasse 3 bis 6. Monterosa 2016
- Mira Galle Fernhag (2021): Mia Marmelade. Leon und der grüne Flaschengeist. Leontin Verlag
- Hannah-Marie Heine, Heribert Schulmeyer (2022): Papas schwarze Löcher. Balance buch + medien verlag
- 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.
- Chris Paul, Suse Schweizer (2021): Gelbe Blumen für Papa. Balance buch + medien verlag
- 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
Regelmäßig aktualisierte Buchempfehlungen bzgl. Kindern suchtkranker Eltern finden sich bei Nacoa unter <https://nacoa.de/service/literaturtipps>

Jugendbücher (Auswahl)

- Adeline Dieudonne & Sina de Malafosse (2020): Das wirkliche Leben. dtv Verlag
- Catherine Ryan Hyde (2016): Ich bleibe hier. Ullstein, Berlin
- Cornelia Franz (2020): Ins Nordlicht blicken. Dtv, München
- Frank Fischer (2000): Katja reitet wieder. Blaukreuz-Verlag, Lüdenscheid
- Wolfgang Herrndorf (2010): Tschick. Rowohlt-Verlag, Berlin
- Dirk Petrik (2019): Promille + Beats. BVK Buchverlag, Kempen
- Verena Zeltner (2017): ICEzeit: In den Klauen des weißen Drachen Crystal. Thami Verlag, Neustadt an der Orla
- Jochen Ziem (2001): Boris, Kreuzberg, 12 Jahre. Dtv, München
- Klaas Van Assen (2004): Papa macht Geschichten. Ravensburger
- Klaus Vater (2001): Sohn eines Dealers. Ravensburger
- Regelmäßig aktualisierte Buchempfehlungen bzgl. Kindern suchtkranker Eltern finden sich bei Nacoa unter <https://nacoa.de/service/literaturtipps>

Videos

- Projekt der Fachstelle „Lichtblick“ des Kinderschutzbundes Trier:
<https://traudir.nacoa.de/nicht-gern-zuhause>
- <https://traudir.nacoa.de/schattenkinder>
- Videoclip für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien (Cornelius Stiftung 2017)
<https://www.youtube.com/watch?v=rk7ikN6YrDs>
- Ein Videoclip für Kinder suchtkranker Eltern, mit Unterstützung von Sarah Connor, Frank Schätzing und LeFloid (Cornelius Stiftung 2017)
<https://www.youtube.com/watch?v=Aow4mzX5POU>
- Videos für Jugendliche mit suchtbelasteten Familien (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) 2022
https://www.youtube.com/playlist?list=PLGWyDlx2vqVt_KvMWGKiQy_Lknlbk7jMs
- Edukative Kurzfilme für Jugendliche, die die häufigsten psychischen Erkrankungen einfach verständlich erklären
<https://www.youtube.com/watch?v=gMX-O4Uk90c&list=PLyXbn3dqwBuu0kwfd64YQne3hPGtZdy>
- Lilli (2014)
https://www.youtube.com/watch?v=_w0iXJzNsJQ

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 und Informationen

- 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.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit im Saarland (2024). Meinem Kind und mir zuliebe - Fragen und Antworten für eine aufregende und ganz besondere Zeit.
https://www.saarland.de/masfg/DE/service/publikationen/publikationen_masfg_einzeln/substanzkonsum_schwangerschaft.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Intervention für Eltern mit PPS

- Die Organisation „Schatten und Licht“ befasst sich mit folgenden peripartalen (lat.: peri = rund um, partus = Niederkunft) Problemfeldern: die peripartale Depression, Angst- oder Zwangsstörung und die peripartale Psychose: <https://schatten-und-licht.de/>

- Mit einem Film und auf der Website elternsein.info klärt das NZFH über peripartale Depressionen auf: Unter dem Titel “Schwere Gefühle in der Schwangerschaft und nach der Geburt” spricht eine Schwangerschaftsberaterin in dem Film direkt schwangere Frauen und Mütter von Neugeborenen an und ermutigt Betroffene, sich frühzeitig professionelle Hilfe zu holen.
- Smart-e-Moms – Smartphone-basierte Intervention zur Reduktion postpartal depressiver Symptomatik, [https://fis.uk.de/portal/de/projects/uuid\(cb209dc2-fef2-4d48-841f-ccaaeb501eaa\).html](https://fis.uk.de/portal/de/projects/uuid(cb209dc2-fef2-4d48-841f-ccaaeb501eaa).html)
- Weitere Materialien, Flyer und lokale Angebote
 - https://www.deutsche-depressionshilfe.de/files/cms/Buendnisse/Nuernberg/flyer_peripartal.pdf
 - https://www.bapk.de/fileadmin/user_files/bapk/infomaterialien/download/Flyer_Postpartale_Depression.pdf
 - <https://www.hamburg.de/resource/blob/72080/d2fd65678bb3afb8e8cdf3a5e933928/postpartale-depression-informationen-fuer-professionelle-pdf-data.pdf>
 - https://muenchen-depression.epaper-publishing-one.de/html5/flyer/240419_flyer_schwangerschaft_105_x_210mm_22_04/

Anhänge

1. Gesetzestext § 4 KKG
2. Mitteilung bei V.a. Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt (Muster)
3. Meldebestätigung einer eingegangenen Kindeswohlgefährdung des Jugendamtes an die Klinik (Muster)
4. Anfrage an das Jugendamt bei Beratungs-/Unterstützungsbedarf (Muster)
5. Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht (Muster)
6. Diagnosekriterien Entwicklungsbezogener Traumafolgestörung nach van der Kolk
7. Substanz-Risikotabelle der Charité
8. Red flags: Warnhinweise für Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und/oder sexuelle Gewalt; Medizinische Kindesmisshandlung
9. Wichtigste postpartale psychische Störungen“ nach Rohde und Marneros, 2007
10. Gefährdungsmomente für das Kind bei postpartalen psychischen Störungen“ nach Rhode und Dorn, 2007
11. Modifizierter NAS-Beurteilungsbogen nach Finnegan
12. Übersicht standardisierter Erfassungsbögen
13. Screening- und Monitoringbögen des Modellprojektes KinderZukunft NRW
14. Kultursensibler Kinderschutz
15. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 702. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil A zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2024 (Auszug)

Anhang 1: § 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) Stand 01/2025

(1) Werden

1. Ärztinnen oder Ärzten, Zahnärztinnen oder Zahnärzten 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 Absatz 1 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 Erziehungsberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Erziehungsberechtigten 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. Die Sätze 1 und 2 gelten für die in Absatz 1 Nummer 1 genannten Personen mit der Maßgabe, dass diese unverzüglich das Jugendamt informieren sollen, wenn nach deren Einschätzung eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert.

(4) Wird das Jugendamt von einer in Absatz 1 genannten Person informiert, soll es dieser Person zeitnah eine Rückmeldung geben, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

(5) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Zollbehörden.

(6) Zur praktischen Erprobung datenschutzrechtskonformer Umsetzungsformen und zur Evaluierung der Auswirkungen auf den Kinderschutz kann Landesrecht die Befugnis zu einem fallbezogenen interkollegialen Austausch von Ärztinnen und Ärzten regeln.

Anhang 2: Mitteilung bei V.a. Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt mit Bitte um Rückmeldung (2 Seiten)

Name Jugendamt:

Fax-Nr.:

*Bei akuter Gefahr und sofortigem Handlungsbedarf bitte **immer** telefonisch!*

Datum:

Uhrzeit:

Ist bereits eine telefonische Mitteilung zum u. g. Kind beim Jugendamt erfolgt?

☐ Ja, am:

um:

durch:

Name Jugendamt:

Kontaktperson beim Jugendamt:

Tel.:

Klinik/Praxis/Name des Melders:

Abteilung/Station/Adresse:

Ansprechperson:

Tel.:

Fax.:

Mail:

Hinweise zur Erreichbarkeit der Ansprechperson:

Name des Kindes:

Geschlecht:

☐ m ☐ w ☐ d

Geburtsdatum:

Anschrift:

Gegenwärtiger Aufenthalt:

☐ Adresse Melder☐ Wohnort☐ Sonstiges:

Sorgeberechtigte

☐ ein Elternteil alleine☐ beide Elternteile☐ Amtsvormund☐ unbekannt☐ Sonstige:

Nähere Angaben zu den Sorgeberechtigten

Name:

Name:

Adresse:

Adresse:

Tel.:

Tel.:

Sind die Sorgeberechtigten über die Meldung informiert?

☐ ja ☐ nein

Sind die Sorgeberechtigten mit der Meldung einverstanden?

☐ ja ☐ nein

Familiensituation

Anzahl der Geschwister:

Kind lebt bei: ☐ den Eltern ☐ Mutter/ ☐ Vater/
☐ Sonstige

Inhalt der Meldung und Angaben zum Kind

☐ Ambulante Vorstellung am: ☐ Stationäre Aufnahme am:

Hinweis auf:

☐ Misshandlung ☐ Vernachlässigung ☐ sexueller Missbrauch ☐ Sonstiges (s.u.)

Verletzungen des Kindes:

☐ nicht oder leicht verletzt ☐ schwerwiegend verletzt ☐ vital bedroht
 Voraussichtliche Dauer der stationären Versorgung: ☐ ca. Tage ☐ derzeit nicht absehbar

Einschätzung zum **Entwicklungsstand** des Kindes:

☐ unauffällig ☐ auffällig, weil:

Einschätzung zum **Pflegezustand** des Kindes:

☐ unauffällig ☐ auffällig, weil:

Begründung der Verdachtsdiagnose:

Sonstige Hinweise (z.B. Häusliche Gewalt, psychische Erkrankungen, Suchtproblematik)

Rückmeldung innerhalb von 24 Stunden an den Kontakt des Melders (s. Seite 1) mit dem anhängenden Faxvordruck (mit Namen des zuständigen Sachbearbeiters, telefonische Erreichbarkeit, Mail/Fax und den von Ihnen ersten vorgesehenen Maßnahmen) dringend erbeten.

Mit freundlichen Grüßen!

 Datum, Uhrzeit

 Unterschrift/Stempel

 Quelle: DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen, Version 2.0 – 05/2023

Anhang 3: Meldebestätigung einer eingegangenen Kindeswohlgefährdung des Jugendamtes an die Klinik

Per Fax oder E-Mail

Vertraulich!

Mit Bitte an sofortige Weiterleitung an Zuständigen der Kinderschutzgruppe bzw. Dienstarzt

An

Kinderschutzgruppe, Klinik

z.Hd.:

Tel.: _____

Mitteilung über den Erhalt der Mitteilung einer möglichen Kindeswohlgefährdung

Name: _____

Geboren: _____

Wohnhaft: _____

Ihre Meldung vom _____ habe ich heute/am _____ erhalten und bestätige dieses durch nachstehende eigenhändige Unterschrift.

Name/Abteilung der zuständigen Fachkraft des Jugendamtes:

Telefon: _____ ggf. Mobil: _____

Ggf. E-Mail: _____

Nächste vorgesehene Maßnahme:

Ort, Datum

Unterschrift/Name/Stempel

Quelle: DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen, Version 2.0 – 05/2023

Anhang 4: Anfrage an das Jugendamt bei Beratungs- und Unterstützungsbedarf

Jugendamt der Stadt/Landkreis: _____

Anfrage durch (Klinik)

Name: _____ Funktion: _____ Abteilung: _____

☐ Vertretung der interdisziplinären Kinderschutzgruppe

Adresse: - _____, Telefon: - _____

Durchwahl: - _____ - _____ Mail: _____

Angabe zu den Eltern/der Familie:

Name der Eltern: _____

Name des Kindes: _____ geb.am: _____ Alter: _____

Wohnhaft in: PLZ/Ort _____ Straße/Nr. _____ Tel: _____

Der Beratungs-/Unterstützungsbedarf bezieht sich auf:

- ☐ allgemeine Beratung
- ☐ Erziehungsprobleme
- ☐ Umgang mit dem Kind
- ☐ Partnerschaftsprobleme
- ☐ Betreuung des Kindes
- ☐ Entlastung im Alltag
- ☐ Probleme in KiTa, Schule
- ☐ Sonstige
- ☐ Weitere Informationen:

Gegenwärtiger Aufenthaltsort des/der Minderjährigen

☐ stationäre Aufnahme im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin ☐ zuhause

Abteilung/Klinik: _____ Station: _____ Telefon: _____

Die Anfrage an das Jugendamt ist mit den Sorgeberechtigten abgesprochen?

☐ Ja ☐ Nein

Die Sorgeberechtigten sind mit der Mitteilung einverstanden und zur Zusammenarbeit mit dem BSD/ASD/JA bereit. ☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Anfragende/r

Quelle: DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen, Version 2.0 – 05/2023

Anhang 5: Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht (Muster)

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

Quelle:

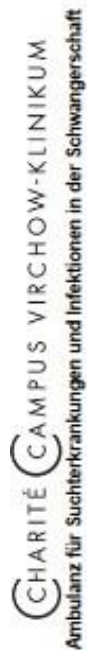
https://bke.de/content/application/mod.content/1528874366_Info%20-16%20Hinweis%20Entbindung%20Schweigepflicht.pdf

Anhang 6: Diagnosekriterien der entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung

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

Anhang 7: Substanz-Risikotabelle der Charité

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	- erhöhte Abortrate - Frühgeburtslichkeit - Wachstumsstörungen - durch Beimischungen Gefahr von Fehlbildungen	- Wachstumsstörungen - Enzephalopathie - Vorzeitige Wehen - Vorzeitige Plazentalösung - Früh- und Fehlgeburten - intrauteriner Kindstod	- Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand nach der Geburt - Entzugssyndrom des Neugeborenen - perinatale Morbidität und Mortalität erhöht	Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen
Substitutionsmittel (Methadon, L-Polamidon, Buprenorphin)	(fraglich) Frühgeburtslichkeit (fraglich) Wachstumsstörungen	- Wachstumsstörungen - Enzephalopathie - Vorzeitige Wehen - Vorzeitige Plazentalösung - Früh- und Fehlgeburten - intrauteriner Kindstod	- Entzugssymptome beim Neugeborenen - perinatale Morbidität und Mortalität erhöht	Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen
Kokain	- Wachstumsretardierung - Enzephalopathie - Vorzeitige Wehen - Vorzeitige Plazentalösung - Früh- und Fehlgeburten - intrauteriner Kindstod - Fehlbildungen (Herz, Gehirn, Harn- und Geschlechtsorgane)	Keine bekannten Folgen	- ggf. Folgen der Fehlbildungen - Verstärkung von Opiat-entzugssymptomen möglich - erhöhte Irritabilität, Reizbarkeit, gesteigerte Unruhe, Trinkschwäche	- Folgen der Fehlbildungen - Entwicklungsrückstände
Benzo-diazepine	- Wachstumsretardierung - Enzephalopathie - Fehlbildungen (Herz)	- Krampfanfälle - Vorzeitige Wehen - intrauteriner Kindstod	- Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand - Entzugssymptome - deutliche Verstärkung von Opiatentzugssymptomen - perinatale Morbidität und Mortalität erhöht	- Folgen der Fehlbildungen - Entwicklung
Alkohol	Alkohol ist Ursache für die häufigste vermeidbare angeborene Fehlbildung, das Fetal Alcohol	keine negativen Folgen Bei körperlichen Entzugssymptomen	- ggf. Folgen der angeborenen Fehlbildungen - geringer Saugreflex, Ruhelosigkeit,	- neurologische Entwicklungsstörungen - Minderwuchs

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM
 Ambulanz für Suchterkrankungen und Infektionen in der Schwangerschaft

	Syndrome (FAS) mit (u.a.):	der Mutter:	Reizbarkeit	
	• Fehlbildungen des Herzens • Fehlbildungen im Gesichtsbereich • Wachstumsretardierung • neurologischen Störungen	• Krampfanfälle • vorzeitige Wehen • intrauteriner Kindstod		• Stigmatisierung durch Gesichtsfehlbildungen • Verhaltens- und Lernstörungen
Nikotin	• Wachstumsretardierung • Fehl-, Frühgeburten • Fehlbildungen	• Keine negativen Folgen	• erhöhte Komplikationsrate • perinatale Morbidität und Mortalität erhöht • Unruhe, Zitterigkeit, Erregbarkeit • Verstärkung von Opiatentzugssymptomen	• plötzlicher Kindstod • allergische Erkrankungen • Atemwegserkrankungen
Cannabis, Haschisch, Marihuana	• Gefahren wie bei Nikotin zu werten • Verstärkung von Alkoholeinflüssen	• Keine negativen Folgen	• erhöhte Komplikationsrate • perinatale Morbidität und Mortalität erhöht • Unruhe, Zitterigkeit, Erregbarkeit, Trinkschwäche • Verstärkung von Opiatentzugssymptomen	• Gedächtnisstörungen • Lernstörungen • Folgen der Fehlbildungen
Ecstasy, Speed, Crystal Meth, Amphetamine	• Neurologische Störungen • Fehlbildungen	• Keine negativen Folgen	• Verstärkung von Opiatentzugssymptomen • Anpassungsstörungen nach der Geburt	• Lern- und Gedächtnisstörungen • Folgen der Fehlbildungen
Schmerzmedikamente (Opiode) Tramal, Tilidin	• keine Gefährdung bekannt	• Entzugssymptome • vorzeitige Wehen	• Opiatentzug	• keine Folgen bekannt
Mischkonsum	Je nach Einzelsubstanz, teilweise mehr als additive Effekte: • angeborene Fehlbildungen • erhöhte Abortrate • Frühgeburtlichkeit • Wachstumsstörungen • intrauteriner Kindstod	• Wachstumsstörungen • Enzephalopathie • Vorzeitige Wehen • Vorzeitige Plazentalösung • Früh- und Fehlgeburten • intrauteriner Kindstod	• Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand • Schwere und lang anhaltende Entzugssymptome, je nach Einzelsubstanzen, teilweise mehr als additive Effekte	Je nach Einzelsubstanz: • angeborene Fehlbildungen • erhöhte Infektanfälligkeit • Entwicklungsverzögerung • Lernstörungen • Plötzlicher Kindstod • ggf. Folgen der geburtshilflichen Komplikationen

Anhang 8: Red flags als Warnhinweise

Red flags sind Zeichen, die auf eine Misshandlung, Vernachlässigung und/oder sexuelle Gewalt hinweisen. Diese Hinweiszeichen sollten bei Ärzt:innen 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 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 & 25)
- 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)

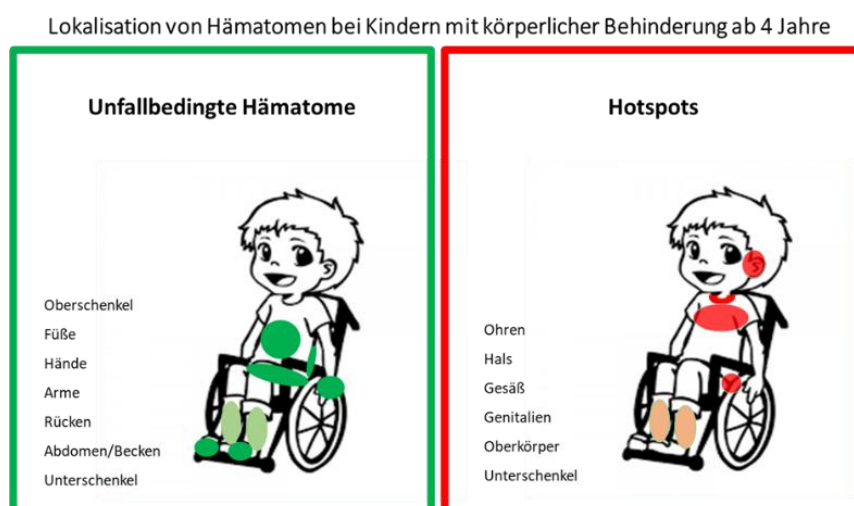


Abbildung 24: Akzidentelle und misshandlungsverdächtige Lokalisation von Hämatomen bei Kindern mit körperlicher Behinderung (nach Daten von Goldberg et al. 2009), entnommen aus DGKiM-Leitfaden für Kinderschutz bei chronischer Erkrankung und Behinderung, Version 1.0 – 05/2023

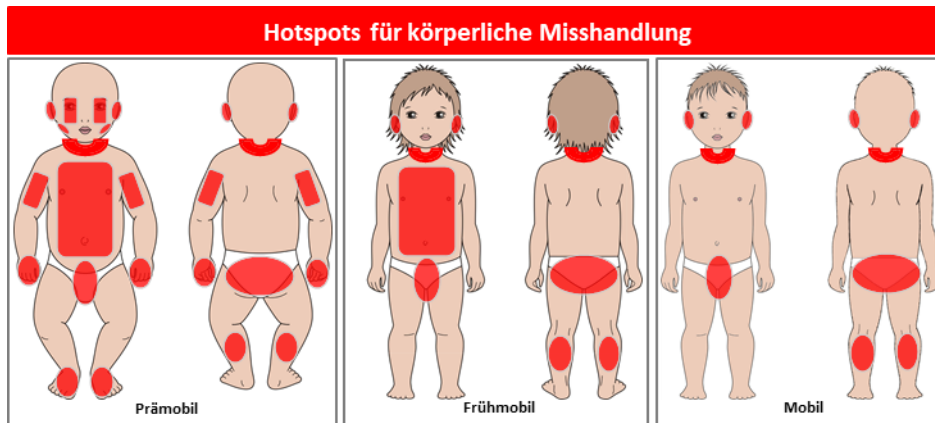
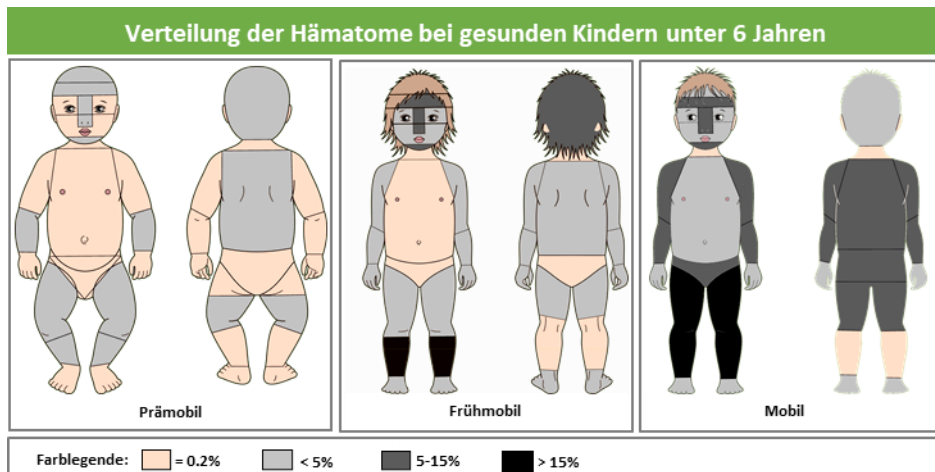


Abbildung 25:
Hämatomverteilung
bei gesunden Kindern
unter 6 Jahren und
Hotspots von
Hämatomen bei
körperlicher
Misshandlung;
entnommen und
modifiziert S3
Kinderschutzleitlinie

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 FD, Z E Guillea, K Kontos, A M Kemp, J R Sibert Arch Dis Child 2002;86:330–333).



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).

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

Red flags „Psychische Misshandlung und Vernachlässigung“

Anhaltspunkte bestehen, wenn Eltern nicht in der Lage sind, 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 Erziehungsberechtigten 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 Gewichts-/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 „Sexuelle Gewalt“

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

- Bis Ende Kindergartenalter: Eröffnung gegenüber dem nicht Gewalt ausübenden Elternteil, bzw. den Eltern bei stattgehabter sexueller Gewalt außerhalb der Kernfamilie
- Schulzeit: Eröffnung gegenüber nahestehenden erwachsenen Bezugspersonen wie Lehrer:innen oder Erzieher:innen oder Eltern bei stattgehabter sexueller Gewalt außerhalb der Kernfamilie
- Adoleszenz: Eröffnung häufig gegenüber Mitgliedern der Peer Group

Cave: Sexuelle Gewalt 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 die sexuelle Gewalt eröffnet, ist es als Zuhörende:r wichtig, dem Bericht des Kindes Vertrauen zu schenken und sich nicht schockiert zu zeigen. Vor Eröffnung des Verdachts gegenüber den Täter:innen ist der Kindeschutz (Trennung von den Verursachenden) 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 einer sexuellen Gewalt können Nachweis von Sperma oder eine Schwangerschaft gelten.

Cave: Fehlende körperliche Befunde schließen einen sexuellen Übergriff/sexuelle Gewalt nicht aus. Die körperliche Untersuchung erfolgt nur mit dem Willen der Patient:innen und dient auch dazu, den Kindern und Jugendlichen zu vermitteln, dass ihr Körper unversehrt ist.

Psychische Auffälligkeiten bei sexueller Gewalt können bspw. Folgende sein:

- Sexualisiertes Verhalten (eher jüngere Kinder)
- Sozialer Rückzug, Delinquenz, Schulversagen bzw. Leistungseinbruch, depressive Symptome, Angststörungen
- Zeichen von Traumafolgestörung ([s. Anhang 6 Diagnosekriterien der entwicklungsbezogenen Traumafolgestörungen nach van der Kolk](#))

Red flags Medizinische Kindesmisshandlung (MKM)

- Die Symptome oder die vorgebrachten Vordiagnosen des Kindes lassen sich nicht mit objektiven Befunden überein bringen.
- Inkonsistente Krankheitsgeschichten, die von einer Betreuungsperson berichtet werden.
- Auffällige Diskrepanzen in der Wahrnehmung des Behandlungsteams und der Betreuungsperson(en) in Bezug auf die Schwere der Erkrankung.
- Anzeichen und Symptome der Krankheit sind nur in Anwesenheit einer bestimmten Betreuungsperson vorhanden.
- Die Krankheit des Kindes spricht nicht auf normale Behandlungen an.
- Beharren der Betreuungsperson auf invasiven Eingriffen.
- Mangel an Erleichterung oder Zufriedenheit der Betreuungsperson, wenn mitgeteilt wird, dass das Kind sich verbessert oder eine bestimmte Krankheit nicht nachgewiesen werden konnte.
- Geschichte von ungewöhnlichen oder unerklärlichen Krankheiten bei Betreuungspersonen oder Geschwistern.
- Häufiger Arztwechsel und Behandlungsabbrüche.

Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens und denkbare Symptomkonstellationen, die von Betreuungspersonen vorgetäuscht oder hervorgerufen werden findet sich im publizierten Leitfaden der Charité (Semrau et al., 2024).

Symptomkomplexe

Im Prinzip sind alle Symptomkonstellationen denkbar, die von Betreuungspersonen vorgetäuscht oder hervorgerufen werden können. Häufig sind nach Hornor folgende:

Neurologisch: • Erscheinung eines lebensbedrohlichen Ereignisses • Anfälle • Ataxie • Gangstörung • Muskelschwäche • Lähmung • Chronische Kopfschmerzen • Nystagmus • Blindheit	Gastrointestinal: • Durchfall • Erbrechen • Blutungen, einschließlich Hämatemesis und Blut im Stuhl • Anorexie • Unerklärlicher Gewichtsverlust • Ablehnung oder Unfähigkeit, oral zu essen • Störungen, die zur Notwendigkeit einer parenteralen Ernährung führen	Urologisch: • Hämaturie • Proteinurie • Urolithiasis • Harnwegsinfektionen • Nykturie
Renal: • Hypertonie • Hypernatriämie • Hypokaliämie • Nierenversagen	Rheumatologisch: • Arthritis • Arthralgie • Systemische Autoinflammatorische Erkrankungen	Ohrverletzungen und Trauma: • Chronische Otitis media • Hörverlust • Otorrhö • Schluckstörung
Allergien: • Lebensmittel • Umwelt • Hautausschlag	Dermatologisch: • Erythem • Vesikel • Kratzer • Platzwunden • Verbrennungen • Hautausschläge	Entwicklung: • Entwicklungsverzögerung • Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung • Psychosen
Endokrinologisch: • Polydipsie • Polyurie • Diabetes • Hypoglykämie • Glukosurie	Infektion: • Fieber • Sepsis • Ungewöhnliche Bakterien am Infektionsort • Mehrere ungewöhnliche Organismen gleichzeitig von geringer Pathogenität	Respiratorisch: • Atemstillstand • Apnoe • Zystische Fibrose

Anhang 9: “Wichtigste postpartale psychische Störungen” nach Rohde und Marneros, 2007

Störungsbilder	Symptomatik	Therapie
“Babyblues“ („Heultage“, postpartale affektive Turbulenz)	• affektive Labilität, erhöhte Empfindlichkeit, rascher Wechsel zwischen Euphorie und Weinen • Beginn/Dauer: etwa 3.–5. postpartaler Tag	• keine spezifische Therapie erforderlich, empathische Gesprächsführung
Depression	• gesamtes Spektrum depressiver Symptome • nicht selten Zwangssymptome und Panikattacken • verschiedenartige körperliche Symptome • lebensmüde Gedanken bis hin zu manifester Suizidalität • über mindestens 2 Wochen andauernd	In Abhängigkeit von Ausprägung und Symptomkonstellation: • bei leichter Ausprägung supportive Therapie • ansonsten multimodale antidepressive Therapie (Medikation, Psychotherapie, soziale Unterstützung)
Reaktive Depression nach perinatalem Verlust eines Kindes	• in Einzelfällen Entwicklung pathologischer Trauer bzw. reaktiver Depression	• supportive Therapie, Psychotherapie, ggf. auch Antidepressiva
Psychosen/ bipolare Störungen	• alle Psychosen kommen vor, oft manische Symptomatik, meist akute Psychosen mit „buntem“ klinischen Bild	• dem klinischen Bild entsprechend, Neuroleptika, stationäre psychiatrische Behandlung meist unvermeidbar
Posttraumatische Belastungsstörung nach der Entbindung	• Geburtssituation wurde traumatisch erlebt. Wiedererleben in Intrusionen, „Flashbacks“, Alpträumen. Folge nicht selten Vermeidungsverhalten, sozialer Rückzug, Gefühl innerer Stumpfheit, Gereiztheit, erhöhte Schreckhaftigkeit • auch Reaktualisierung früherer traumatischer Erfahrungen möglich (z. B. sexueller Missbrauch)	• Psychotherapie, möglichst traumaspezifisch • Bei depressiver Begleitsymptomatik ggf. Antidepressive Behandlung (für PTBS zugelassene Antidepressiva)
Angststörungen	• oft Panikstörung, manchmal auch Exazerbation vorbestehender generalisierter Angststörung • Panikattacken können auch Teil postpartaler Depression sein	• nach den üblichen Regeln der Therapie bei Angststörungen (Psychotherapie und/oder Antidepressiva) • Behandlung der postpartalen Depression
Zwangserkrankungen	• Zwangssymptome (i. d. R. mit dem Inhalt, dem eigenen Kind etwas anzutun) • Zwangssymptome können auch Teil postpartaler Depression sein	• Psychotherapie, ggf. auch Antidepressiva

Anhang 10: „Gefährdungsmomente für das Kind bei postpartalen psychischen Störungen“ nach Rhode und Dorn, 2007

Wichtig ist bei postpartalen Psychosen – und in Abgrenzung von der postpartalen Depression mit Zwangsgedanken auch von entscheidender Bedeutung –, dass die potenzielle Gefährdung des Kindes nicht übersehen wird.

Konstellation	Auswirkung
Hohe Gefährdung für das Kind	
Wahnsymptome, Capgras-Syndrom	Mutter ist überzeugt, ihr Kind sei ausgetauscht gegen einen Satan und tötet das Kind, weil sie glaubt, dadurch die Welt zu retten. Diese Überzeugung leitet sich z.B. ab aus der Wahrnehmung winzig kleiner Veränderungen im Aussehen des Kindes.
Akustische Halluzinationen, imperative Stimmen (Stimmen mit Befehlscharakter)	Stimmen, die die Mutter auffordern, bestimmte Handlungen vorzunehmen (z.B. „Wirf das Kind aus dem Fenster, es ist das Kind böser Eltern.“) werden oft umgesetzt und stellen eine hohe Gefährdung dar.
Erweiterter Suizid	Mutter ist depressiv, hoffnungslos und suizidal; möchte ihr Kind nicht alleine auf der Welt zurücklassen, tötet es zuerst, dann sich selbst.
Neonatizid	Tötung des Neugeborenen direkt nach der Geburt, i. d. R. nach verdrängter oder verleugneter Schwangerschaft; aktive Tötung (z.B. um das Kind am Schreien zu hindern) oder passive Tötung (durch unterlassene Versorgung, Unterkühlung etc.)
Keine Gefährdung für das Kind	
Zwangsgedanken	Gedanken mit fremdaggressivem Charakter (z.B. das Kind mit einem Messer zu verletzen), die sich unwillkürlich aufdrängen. Die Mutter ist selbst entsetzt, weil sie weiß, dass sie so etwas nie tun würde. Trotzdem starke Schuld- und Schamgefühle und erheblicher Leidensdruck.

Anhang 11: Modifizierter 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

Anhang 12: 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 ein 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, 2017). 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_Paediatischer_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 Kinderunter-
suchungsheft (U1 bis
U9)

Erfassung von psychosozialen Belastungen und Überleitung in
regionale Unterstützungsangebote

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

Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode (H-MIM)

Quelle: Ritterfeld and 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 and Frey, 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

PEARLS - Pediatric ACEs and Related Life Events Screener

Der Pediatric ACEs and Related Life-events Screener (PEARLS) dient dem Screening von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren auf ACEs. Es gibt drei Versionen des Tools, basierend auf Alter und Berichtender:

- PEARLS-Tool für Kinder (0–11 Jahre), auszufüllen von einem Elternteil/ Erziehungsberechtigten.
- PEARLS-Tool für Jugendliche (12–19 Jahre), auszufüllen von einem Elternteil/ Erziehungsberechtigten.
- PEARLS-Tool für Jugendliche (12–19 Jahre), auszufüllen vom Jugendlichen.

Quelle: www.acesaware.org mit abrufbaren Fragebögen in 17 Sprachen.

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 suchtblastete 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 Jr. and McCrae, 2008; dt. Adaptation (Borkenau and Ostendorf, 1993)

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)

Anhang 13: 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 ☐ Beratungskind ☐ Risikokind ☐ Hochrisikokind ☐			
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 ☐		Hochrisikokind ☐	
VII. Beratung im Netzwerk FH Name Ansprechpartner, Telefon, Mail			
	Gesundheitswesen		
	Frühförderung		
	Beratungsstelle		
	Jugendhilfe		
	Sonstige		

Kinder- und Jugendarzt:ärztin: Monitoringbogen Teil 2

4.3 Päd-Präv Monitoringbogen U3 – U7a

Pat.-Nr.:		Nachname:		Vorname:			
Risikoeinstufung aus Ausgangsbefund:							
		U3	U4	U5	U6	U7	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:ärztin: Netzwerk Früher Hilfen

Päd-Präv Netzwerk Früher Hilfen

Überleitung ins Netzwerk Früher Hilfen (Kontaktaten, 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“				

Anhang 14: Kultursensibler Kinderschutz



Der Anteil der in Deutschland lebenden Familien mit einem Migrationshintergrund wächst stetig. Im Jahr 2023 hatten rund 17,1 Millionen Menschen ab 18 Jahren und damit ein Viertel (25 %) der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland eine Einwanderungsgeschichte (Destatis Statistisches Bundesamt, 2024). 2023 hatten 43,1 Prozent aller Kinder unter fünf Jahren einen Migrationshintergrund (Bundeszentrale für politische Bildung, 2024). Nach Ergebnissen der Wanderungsstatistik sind in den Jahren von 1950 bis 2023 insgesamt über 60 Millionen Personen in die Bundesrepublik eingewandert, während im gleichen Zeitraum gut 43,5 Millionen aus Deutschland fortgezogen sind (Grigoriev and Körner, 2024). Dabei sind die Gründe der Familien, ihr Herkunftsland zu verlassen, ebenso unterschiedlich wie deren jeweilige Sozialisation. Kulturelle Vielfalt kann unterschiedliche Lebensweisen und kulturelle Gewohnheiten beinhalten, die es gilt, kultursensibel wahrzunehmen und zu berücksichtigen.

Betrachtet man zunächst die gesellschaftlichen Strukturen fallen hier schon große Unterschiede auf. In den westlich orientierten Ländern besteht meist eine individualistische Grundeinstellung, mit den Zielen der Autonomie, Selbstbewusstsein, Individualität und Selbstverantwortung. In den meisten Migrationsfamilien liegt hingegen eine eher kollektivistische und stark familienorientierte Grundeinstellung mit den Zielen von Respekt und Gehorsam sowie Hilfsbereitschaft und dem Einfügen in traditionelle familiäre Normen vor. Daraus ergeben sich Unterschiede in der Erziehung der Kinder. Was in den unterschiedlichen Heimatländern geltendes Recht ist, stößt auf Unverständnis bzw. verstößt gegen das Recht in Deutschland wie z.B. eine Ohrfeige als Züchtigung. Daher ist bei der Einschätzung elterlichen Erziehungsverhaltens die Einbeziehung kultureller Aspekte unverzichtbar.

Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan (Uslucan, 2010) berichtete in seinem Vortrag 2020, dass insbesondere junge Menschen mit Migrationshintergrund oft ungünstigeren Entwicklungsbedingungen im familiären Umfeld ausgesetzt sind. Migrationsfamilien würden, bei Aufsuchen staatlicher Hilfen, oft die Entdeckung befürchten. Dadurch komme es gehäuft zur Verschleppung von Symptomatik und schlimmstenfalls zu deren Chronifizierung eigener Erkrankung bzw. der Erkrankung ihrer Kinder bis zur endgültigen Einbürgerung.

Kismet Seiser zeigte 2006 auf, dass das bisherige Angebot in Beratungsstellen nicht der Bedürfnisstruktur von Migranten entsprach: Sprachbarrieren, geringere Informationen über die Angebote sowie vertrauensbildende Maßnahmen der beratenden Institutionen erwiesen sich als typische Barrieren und unterstreichen die Relevanz einer höheren Sensibilität für eine Klienten gerechte Versorgung (Seiser, 2006).

Kindeswohlgefährdungen können in westlich orientierten Gesellschaftsformen ebenso auftreten, wie in Familien mit Migrationshintergrund. Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung sind in allen Familien u.a. eine höhere Kinderzahl, geringe Geschwisterabstände und junge Erstgebärende. Migrationsbedingt kommen weitere Risikofaktoren hinzu:

- Unsicherer Aufenthaltsstatus
- Ungewisse Zukunftsaussichten
- Rassistisch begründete Diskriminierungserfahrung
- Belastende Erfahrungen im Herkunftsland sowie auf der Flucht (z.B. Gewalt, Todesangst)
- Posttraumatische Belastungsstörung bei Geflüchteten

Die Besonderheit der Beurteilung einer möglichen Kindeswohlgefährdung in Familien mit Migrations- oder Fluchthintergrund liegt also darin, bestehende Hinweise auf eine Gefährdung weder zu überinterpretieren (z.B. Erziehungsmethoden, die in Deutschland unüblich sind, noch zu bagatellisieren („das ist bei denen so“), noch unpassende Hilfsangebote anzustreben (KKG NRW, 2023).

Es ist nicht die Kultur oder Herkunft, die das Risiko für eine Kindeswohlgefährdung erhöht. In Migrantenfamilien ist der Anteil von KWG etwa gleich hoch wie in deutschen Familien (Diaz-Bone and Theilmann-Braun, 2022).

Nach dem Bundeskinderschutz (BKisSchG) geht es in erster Linie darum, mit den Eltern gemeinsam eine Verbesserung der Lebenssituation der Kinder zu erzielen. Eltern haben in der Regel „Gute Gründe“ für ihr Erziehungsverhalten. Eine Veränderung ist daher nur möglich, wenn die internalisierten Werte und Normen der Eltern erfragt und damit einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Ausschlaggebend für die Beratung ist, mit den Eltern gemeinsam neue Wege zu erarbeiten. Ebenso wichtig ist es, Eltern für geltende Erziehungsnormen zu sensibilisieren und zu stärken z.B. durch ein Elternkompetenztraining. Dabei sollten Eltern unterstützt werden, ihren Kindern gegenüber als positive Autorität aufzutreten. Diese sollte durch eine angemessene Kommunikation, Wahrnehmung der Kinderbedürfnisse und elterlichen Präsenz geprägt sein (Bundeskongress für Erziehungsberatung e.V., 2018).

Ebenso geht es um die sensible Wahrnehmung und Bewertung der sozialen Rahmenbedingungen sowie des kulturellen Hintergrundes der Familien. Dies beinhaltet:

- Die Anerkennung von Prägung und Werthaltungen, falls notwendig eine Modifizierung erzieherischer Haltungen von Eltern.
- Die Einbeziehung spezieller Belastungsfaktoren wie z.B.:
 - Zukunftsunsicherheit
 - Verbannung zur Untätigkeit
 - Erlebnisse aus dem Herkunftsland sowie auf der Flucht
- Das Erfragen der Beweggründe erzieherischen Handelns:
 - Was sind die guten Gründe
 - Welche Funktion hat das Handeln
 - Welche Wechselwirkungen zeigen sich
 - Wie beeinflussen die Rahmenbedingungen elterliches Verhalten
- Das Explorieren der Wertvorstellungen. (Diaz-Bone and Theilmann-Braun, 2022)

Ziel ist es, die elterliche Kompetenz zu fördern sowie die für die Familien profitable Unterstützung zu finden.

Es geht darum, Erziehungsmethoden, z.B. gewaltvolle Handlungen zu verstehen, nicht aber zu akzeptieren und entsprechende Schutzkonzepte gemeinsam mit den Eltern zu erarbeiten.

Fallstricke bei der Betrachtung von Interkulturalität im Kinderschutz (KKG NRW, 2023):

Das Erkennen von Gefährdungslagen wird von zwei Faktoren wesentlich beeinflusst. Zum einen wird die Beobachtung oder das Fehlverhalten vorschnell zu einem legitimen Bestandteil der Herkunftskultur erklärt, beispielsweise: „Kinder schlagen als Erziehungsmethode gehört zur XY Kultur und ist dort akzeptiert.“ (Nguyen-Meyer, 2019). Diese Pseudo-Kulturalisierung kann zur Bagatellisierung führen und u. U. dazu, dass Kinder oder Jugendliche mit ihren Problemen allein gelassen werden. Zum anderen wird die von medizinischen Fachkräften, Ärztinnen und Ärzten gelebte Lebenswelt zur universellen Selbstverständlichkeit erklärt und die Lebenswirklichkeit von Familien mit Migrations- und Fluchtgeschichte von diesem Ankerpunkt aus normativ bewertet. In diesem Zusammenhang lassen sich vier „Selbstverständlichkeiten“ (*Mittelschichtfalle*, *Sensibilisierungsfalle*, *Kriegstraumatisierungsfalle*, *Das Vorurteil großer sozialer Netzwerke von Migrationsfamilien*) nennen (ebd. S. 199f.), die jede/jeder im professionellen Umgang mit Patientinnen und Patienten selbstkritisch reflektieren sollte.

Hilfen: Stark durch Erziehung („Elternbildung CH: Stark durch Erziehung,” 2016)

"Stark durch Erziehung" richtet sich als Orientierungshilfe an Eltern und Familien, aber auch an alle anderen, die beruflich, ehrenamtlich oder privat mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben. Die Broschüre ["Acht Sachen, die Erziehung stark machen"](https://www.elternbildung.ch/shop#!%2Fbestellen%2Fbroschuren-acht-sachen...-die-erziehung-stark-machen%2F) richtet sich an Eltern mit Kindern ab ca. 3 Jahren. Sie ist gut geeignet, um in Kitas, Spielgruppen und Eltern-Cafés über Erziehungsthemen zu sprechen. Erhältlich in: Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Arabisch, Englisch, Farsi/Persisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Somalisch, Spanisch, Russisch, Tamil, Tigrinya, Türkisch und Thai. (Bestellungen unter: <https://www.elternbildung.ch/shop#!%2Fbestellen%2Fbroschuren-acht-sachen...-die-erziehung-stark-machen%2F>)

Hinweis: [Transkulturell kompetentes Handeln in den Frühen Hilfen Qualifizierungsmodul](#) (Paulus and Schnock, 2025)

"Gemeinsamkeiten entdecken, mit Unterschieden umgehen" – Mit diesem Leitgedanken beschäftigt sich das Qualifizierungsmodul unter dem vollständigen Titel "Transkulturell kompetentes Handeln in den Frühen Hilfen".

Das Modul dient zur Fort- und Weiterbildung von Fachkräften in den Frühen Hilfen. In drei Kapiteln umfasst es Ausführungen zum Leitgedanken, fachliche Grundlagen für die transkulturelle Arbeit in den Frühen Hilfen und methodisch-didaktische Hinweise mit ausgewählten Übungen und Methoden.

Anhang 15: Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 702. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2024 (Auszug)

- 1. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01682 in die Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01450 im Abschnitt 1.4 EBM**
- 2. Aufnahme einer sechsten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01450 im Abschnitt 1.4 EBM**

Die Gebührenordnungsposition 01450 ist im Zusammenhang mit einer Videofallkonferenz nach der Gebührenordnungsposition 01682 nur berechnungsfähig, Videodienstleister, sofern der Vertragsarzt genutzt wird.

- 3. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01681 in den Abschnitt 1.6 EBM**

01681 Meldung von Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz

Obligatorer Leistungsinhalt

- Erstellung und Übermittlung Anhaltspunkte einer der möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt anhand des Meldebogens gemäß der in der jeweiligen KV geschlossenen Kooperationsvereinbarung nach § 73c SGB V mit mindestens
- Beschreibung der Anhaltspunkte und Darstellung der Beobachtungen,
- Beschreibung ggf. bereits erfolgter Maßnahmen zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung,
- Angaben zum ggf. bereits erfolgten Einbezug weiterer Stellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anonyme Besprechung der Anhaltspunkte mit zuständigen Stellen,
- Übergabe von Kontaktinformationen forensischer Stellen zur Durchführung einer forensischen Dokumentation,
- Empfang und Verarbeitung einer Rückmeldung des Jugendamtes gemäß der in der jeweiligen KV geschlossenen Kooperationsvereinbarung nach § 73c SGB V zum weiteren Fortgang des Verfahrens der Gefährdungseinschätzung,

einmal im Behandlungsfall

102 Punkte

- 4. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01682 in den Abschnitt 1.6 EBM**

01682 Fallbesprechung mit dem Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz

Obligatorer Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung zur Gefährdungseinschätzung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz nach § 73c SGB V,

je vollendete 10 Minuten

128 Punkte

- Die Gebührenordnungsposition 01682 ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die Fallbesprechung nach Gebührenordnungsposition der 01682 kann persönlich, telefonisch oder im Rahmen einer Videofallkonferenz durchgeführt werden. Bei Durchführung der Leistung als Videofallkonferenz ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierte Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend. Die Fallbesprechung nach der Gebührenordnungsposition 01682 kann nur berechnet werden, wenn diese vom Jugendamt initiiert worden ist.

5. Aufnahme von Gebührenordnungspositionen in den Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01681	Meldung von Anhaltspunkten einer Kindeswohlgefährdung	KA	J.	Keine Eignung
01682	Fallbesprechung Kinder- und Jugendschutz	10	10	Tages- und Quartalsprofil

6. Tages- und Quartalsprofil Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01681 und 01682 in die Präambeln 3.1 Nr. 3, 4.1 Nr. 5, 5.1 Nr. 3, 6.1 Nr. 2, 7.1 Nr. 4, 8.1 Nr. 4, 9.1 Nr. 2, 10.1 Nr. 3, 13.1 Nr. 6, 14.1 Nr. 2, 15.1 Nr. 2, 16.1 Nr. 3, 18.1 Nr. 2, 20.1 Nr. 2, 21.1 Nr. 3, 22.1 Nr. 2, 23.1 Nr. 2 und Nr. 6, 24.1 Nr. 2, 26.1 Nr. 2, 27.1 Nr. 4, 31.2.1 Nr. 8, 31.6.1 Nr. 1 und 36.2.1 Nr. 4

Der Beschluss ist einsehbar unter:

https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2024-01-01_BA_702_BeeG_Fallkonferenz_KiJu.pdf

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom
ARND	Alcohol related neurodevelopment disorders
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BÄK	Bundesärztekammer
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
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
MKM	Medizinische Kindesmisshandlung
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, R.R., 1995. Parenting Stress Index: professional manual, 3rd ed. ed. Psychological Assessment Resources, 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-Greife, S., Winter, S., 2019. Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 68, 6–26. <https://doi.org/10.13109/prkk.2019.68.1.6>
- Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern, 2020. Abschlussbericht ARBEITSGRUPPE KINDER PSYCHISCH- UND SUCHTKRANKER ELTERN. AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Hannover.
- Arbeitsgruppe Kinderschutz in der Schwangerenberatung, 2010. In der Schwangerschaft erkennbare Belastungen und Risikofaktoren für die Kindeswohlerwicklung Indikatorenkatalog.
- Arenz-Greiving, I., Kober, M., 2007. Metastudie. Arbeit mit Kindern – w-kis. trialog – Organisationsberatung und Supervision (Hrsg.), beauftragt durch das Bundesministerium für Gesundheit.
- Arnaud, N., Thomasius, R., 2025. Sucht | Substanzbezogene Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter | [springermedizin.de](https://www.springermedizin.de). *Monatsschr. Kinderheilkd.* 173, 18–23.
- Becker, Henricke, Klein, 2015. Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen: Diagnostik, Screening-Ansätze und Interventionsmöglichkeiten. De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110419269>
- Besier, T., Ziegenhain, U., 2016. Frühe Hilfen in der Pädiatrie, in: Mall, V., Friedmann, A. (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Bedarf erkennen – intervenieren – vernetzen*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49262-8_1
- Borkenau, P., Ostendorf, F., 1993. NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Brik, M., Sandonis, M., Hernández-Fleury, A., Gil, J., Mota, M., Barranco, F.J., Garcia, I., Maiz, N., Carreras, E., 2024. Cannabis exposure during pregnancy and perinatal outcomes: A cohort study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 103, 1083–1091. <https://doi.org/10.1111/aogs.14818>
- Brown, D.W., Anda, R.F., Tiemeier, H., Felitti, V.J., Edwards, V.J., Croft, J.B., Giles, W.H., 2009. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am. J. Prev. Med.* 37, 389–396. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>
- Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz, 2017. Dossier Kinder suchtkranker Eltern.
- Bundesärztekammer, 2017. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2022. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, Version 3.2. 2022 [cited: YYYY-MM-DD]. DOI: 10.6101/AZQ/000506.
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung e.V., 2018. bke-Stellungnahme - Kultur- und migrationssensible Aspekte beraterischen Handelns in Kinderschutzkontexten | Bundeskonferenz für Erziehungsberatung.
- Bundeszentrale für politische Bildung, 2024. Bevölkerung mit Migrationshintergrund [WWW Document]. [bpb.de](https://www.bpb.de). URL <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/bevoelkerung-mit-migrationshintergrund/> (accessed 2.4.25).
- Cierpka, M. (Ed.), 2014. Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Springer, Berlin, Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-39602-1>
- Costa Jr., P.T., McCrae, R.R., 2008. The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R), in: *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment, Vol 2: Personality Measurement and Testing*.

- Sage Publications, Inc, Thousand Oaks, CA, US, pp. 179–198.
<https://doi.org/10.4135/9781849200479.n9>
- Crittenden PM (2006). Der CARE-Index als Hilfsmittel für Frühförderung, Intervention und Forschung. Frühförderung interdisziplinär. 24: 99–106
- Davis, P., Murtagh, U., Glaser, D., 2019. 40 years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 1: epidemiology and definition of FII. Arch. Dis. Child. 104, 110–114.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-314319>
- Deegener, G., Spangler, Körner, Becker, 2009. EBSK - Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung | Hogrefe. Hogrefe Verlag.
- Deneke, C., 2015. Seelische Gesundheit - Entwicklungsrisiken bei Kindern psychisch kranker Eltern • kinderaerztliche-praxis. Kinderärztl. Prax. 348–355.
- Destatis Statistisches Bundesamt, 2024. Pressemitteilung - Migration und Integration [WWW Document]. bpb.de. URL <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/sozialbericht-2024/553028/eingewanderte-und-ihre-nachkommen/> (accessed 2.4.25).
- Deutsche Aidshilfe, 2011. Allgemeine Ziele von Drogenkonsumräumen | drogenkonsumraum.de [WWW Document]. URL <https://www.drogenkonsumraum.de/de/allgemeine-ziele-von-drogenkonsumraeumen> (accessed 2.3.25).
- 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>
- 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
- DGKiM-Leitfaden für Kinderschutz bei chronischer Erkrankung und Behinderung, Version 1.0 – 05/2023
- Diaz-Bone, P., Theilmann-Braun, C., 2022. Kultursensibler Kinderschutz - Schulsozialarbeit Pforzheim.
- Dodge, P., Nadolski, K., Kopkau, H., Zablocki, V., Forrestal, K., Bailey, B.A., 2023. The impact of timing of in utero marijuana exposure on fetal growth. Front. Pediatr. 11.
<https://doi.org/10.3389/fped.2023.1103749>
- Dornes, M., 2001. Die frühe Kindheit Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre, Geist und Psyche. S. Fischer Verlag, Frankfurt.
- Egle, U.T., Franz, M., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I., Cierpka, M., 2016. [Health-related long-term effects of adverse childhood experiences - an update]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59, 1247–1254. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2421-9>
- Elstner, T., Fiala-Preinsperger, S., Berger, E., 2008. Entwicklungsbegleitung von Kindern substanzabhängiger Mütter. Das Wiener Comprehensive Care Modell. Neuropsychiatrie. Band 20109
- Engel (2000). MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Hans Huber, Bern
- Evans, J.S.B.T., 2008. Dual-processing accounts of reasoning, judgment, and social cognition. Annu. Rev. Psychol. 59, 255–278. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093629>
- Falkai, P., Wittchen, 2015. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5 - Deutsche Digitale Bibliothek. Hogrefe Verlag, Göttingen.

- Felitti, V.J., 2002. The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *Perm. J.* 6, 44–47. <https://doi.org/10.7812/TPP/02.994>
- Ferrara, P., Vitelli, O., Bottaro, G., Gatto, A., Liberatore, P., Binetti, P., Stabile, A., 2013. Factitious disorders and Münchausen syndrome: The tip of the iceberg. *J. Child Health Care* 17, 366–374. <https://doi.org/10.1177/1367493512462262>
- Fischer, L.C., Klein, M., (2021). Kinder aus glücksspielsuchtbelasteten Familien – Situation, Folgen, Hilfen. Abschlussbericht an die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Köln. (Abschlussbericht). Im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Köln.
- Forsberg, L., Navér, L., Gustafsson, L.L., Wide, K., 2014. Neonatal adaptation in infants prenatally exposed to antidepressants--clinical monitoring using Neonatal Abstinence Score. *PloS One* 9, e111327. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111327>
- Goldberg, B., Radewagen, C., 2023. Alkohol- und Drogenabusus während der Schwangerschaft. *Medizinrecht* 41, 443–448. <https://doi.org/10.1007/s00350-023-6503-z>
- Gortner, L., Dudenhausen, W., 2017. Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen. Springer, München.
- Grigoriev, O., Körner, T., 2024. Eingewanderte und ihre Nachkommen: Einleitung [WWW Document]. bpb.de. URL <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/sozialbericht-2024/553029/eingewanderte-und-ihre-nachkommen-einleitung/> (accessed 2.4.25).
- Habetha et al, 2012. Deutsche Traumafolgenkostenstudie. Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr? Inst. Für Gesundh.-Syst.-Forsch. GmbH Kiel.
- Hänelt, M., Neumann, A., Lux, U., Renner, I., 2024. Aufwachsen in einem psychisch belasteten Familienumfeld: Ergebnisse der bundesweit repräsentativen Studie „Kinder in Deutschland 0–3 2022“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 67, 1359–1367. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03979-2>
- Helsper, N., Kemner, K., Arnold, J., Feist-Ortmanns, M., 2022. Steuerungswissen und Handlungsorientierung - Suchtbelastete Familien [WWW Document]. IKJ - Inst. Für Kinder-Jugendhilfe. URL <https://ikj-mainz.de/angebot/gesundheitswesen-suchthilfe/vssf/> (accessed 2.3.25).
- Hoch, E., Apelt, Lauffert, Buchner, Wilming, 2019. Abschlussbericht: Substanzgebrauch während der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind – Fokus Cannabis (Pilotprojekt CaSCH-T1).
- Hoch, E., Preuss, U.W., 2024. Cannabiskonsum und Cannabiskonsumstörungen. *Nervenarzt* 95, 781–796. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01722-5>
- Holl-Etten, A.K., Bentz, L., Calvano, C. et al. Screening zur frühen Identifizierung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. *Psychotherapeut* 67, 42–49 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00561-y>
- Hornor, G., 2021. Medical Child Abuse: Essentials for Pediatric Health Care Providers. *J. Pediatr. Health Care* 35, 644–650. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.01.006>
- Hurrelmann, Klotz, Haisch, 2014. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4th ed. Hogrefe Verlag.
- Hüsemann, D., Nagel, M., Obladen, M., 2008. Neonataler Drogenentzug. *päd. prax.* 72 381–391.
- Internationales Zentrum Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung (Hrsg.), 2013. OECD: Starting Strong III. Eine Qualitäts-Toolbox für die frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung. Deutsches Jugendinstitut, München.
- Jachertz, N., 2013. Psychische Erkrankungen: Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate [WWW Document]. Dtsch. Ärztebl. URL <https://www.aerzteblatt.de/archiv/134430/Psychische-Erkrankungen-Hohes-Aufkommen-niedrige-Behandlungsrate> (accessed 2.5.25).
- Jacobi, Frank, Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M., 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). *Nervenarzt* 85. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>

- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H.-U., 2014. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 85, 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Jungmann, J., 2019. Kinder psychisch erkrankter Eltern. Belastungen, Entwicklungsrisiken und Unterstützungsmöglichkeiten. *Psychiatr. Verl., Sozialpsychiatrische Informationen* 37–40.
- 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., 2023. Modul 1: Theoretische Grundlagen Lerneinheit 3: Risiko- und Schutzfaktoren für Kindesmisshandlung. E-Learning Kinderschutz
- 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.
- Kindler, H., 2006. Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e.V., München.
- Kittel-Schneider, S., 2019. SOP Psychopharmaka in der Schwangerschaft. *PSYCH Up2date* 13, 100–105. <https://doi.org/10.1055/a-0820-8348>
- KKG NRW, 2023. Interkulturalität im Medizinischen Kinderschutz - In Zusammenarbeit mit Priv.-Doz. Dr. Banu Çıtlak Fachhochschule Dortmund, Angewandte Sozialwissenschaften.
- Klein, M., 2018. Im Dunkelfeld von Versorgung, Bildung und Qualifizierung? Kinder von Suchtkranken. *Soz. Extra* 01, 31–35.
- Klein, M., 2008. Kinder und Suchtgefahren. Risiken, Prävention, Hilfen. Schattauer, Stuttgart.
- Klein, M., 2005. Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung. 1.
- Kölch, Bruecker, Schmutz, Ziegenhain, 2021. Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention HANDREICHUNG FÜR KOMMUNALE AKTEURINNEN UND AKTEURE. GKV Bündnis für Gesundheit.
- Kölch, M., Ziegenhain, U., Fegert, J.M. (Eds.), 2014. Kinder psychisch kranker Eltern: Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung, 1. Aufl. ed, Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz. Beltz Juventa, Weinheim Basel.
- Kratzsch, W., 2017. Handbuch zur Umsetzung Früher Hilfen in KinderZUKUNFT NRW. Mindeststandards und Handlungsempfehlungen. Beiheft zum Handbuch.
- Kratzsch, W., Kahl, H.-J., 2020. Familienhotlines: ein Portal für Familien und Ärzten zu Angeboten Früher Hilfen und des Kinderschutzes. *Kinder- Jugendarzt* 11.
- Kraus, L., Seitz, N.-N., Shield, K., Gmel, G., Rehm, J., 2019. Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: A register-based study. *BMC Med.* 17. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1290-0>
- Krebsforschungszentrum, K., Deutsches, 2017. Der erste Alkoholatlas des DKFZ [WWW Document]. URL <https://www.krebsinformationsdienst.de/aktuelles/detail/der-erste-alkoholatlas-des-dkfz> (accessed 2.5.25).
- Landgraf, M.N., Hoff, T., 2018. Fetale Alkoholspektrumstörungen: Diagnostik, Therapie, Prävention. Kohlhammer Verlag.
- Lange, C., Manz, K., Rommel, A., Schienkiewitz, A., Mensink, G., 2016. Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. <https://doi.org/10.25646/2356>
- Largo, R.H., 2011. Babyjahre: Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren. Piper Verlag, München.

- Laucht, M., 2011. Die langfristige Entwicklung aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M.H., Ihle, W., Löffler, W., Stöhr, R.-M., Weindrich, D., Weinel, H., 1992. "Risikokinder": Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren.
- Lenz, A., 2023. Mentalisierungsbasierte Familieninterventionen, in: In Wagenblass & Spatschek: Kinder psychisch erkrankter Eltern. UTB GmbH, Köln, pp. 184–193.
- Lenz, A., 2020. Editorial. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 69, 399–404. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.5.399>
- Lenz, A., 2017. Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen. Grundlagen und Handlungswissen. Handreichung. Materialien zu Frühen Hilfen 9, 2nd ed. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln.
- Lenz, A., 2014. Kinder psychisch kranker Eltern, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte. ed. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Lenz, A., 2010. Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern. Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe, in: Sachverständigenkommission 13. Kinder- Und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien Zum 13. Kinder- Und Jugendbericht. Deutsches Jugendinstitut, München, pp. 683–752.
- Lenz, A., Brockmann, E., 2013. Kinder psychisch kranker Eltern stärken: Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Hogrefe Verlag.
- Lenz, A., Wiegand-Grefe, S., 2017. Kinder psychisch kranker Eltern, Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Lieb, R., Isensee, B., 2007. Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. Huber, Bern, pp. 27–58.
- Lütje, W., 2018. Peripartale psychische Störungen erkennen und behandeln. Gynäkol. Prax. 43.
- Mattejat, F., 2014. Kinder mit psychisch kranken Eltern, in: Mattejat, F., Lis-Ofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern. Psychiatrie Verlag, Köln.
- 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.
- McClure, R.J., Davis, P.M., Meadow, S.R., Sibert, J.R., 1996. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. Arch. Dis. Child. 75, 57–61. <https://doi.org/10.1136/adc.75.1.57>
- Meeß, J., Oswald, C., 2022. Methodenhandbuch Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien, 2nd ed. Lambertus Verlag.
- Möhler, E., Resch, F., 2019. [Early Life Stress]. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 68, 575–591. <https://doi.org/10.13109/prkk.2019.68.7.575>
- Möller, C., 2019. Blick ins Buch JUGEND SUCHT - Ein Präventionsbuch - Ehemals Abhängige berichten. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Mücke, S., 2017. Diagnostik und Therapie bei Kindern drogenabhängiger Mütter, in: Gortner, L., Dudenhausen, J.W. (Eds.), Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen. Springer Medizin Verlag, Berlin, Heidelberg, pp. 66–82. https://doi.org/10.1007/978-3-89935-307-5_6
- NACOA, 2011. Hilfe für Kinder aus suchtblasteten Familien - Ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen.
- Nagel, M., 2017. Interprofessionelle und interdisziplinäre Betreuung drogenabhängiger Schwangerer, in: Gortner, L., Dudenhausen, J.W. (Eds.), Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen. Springer Medizin Verlag, Berlin, Heidelberg, pp. 55–65. https://doi.org/10.1007/978-3-89935-307-5_5
- Nagel, M., Siedentopf, J., 2017. Schwangerschaft – Sucht – Hilfe. Ein Leitfaden. https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/Sprechstunde/Suchterkrankungen/Schwangerschaft-Sucht-Hilfe_2017.pdf

- Nguyen-Meyer, N., 2019. Interkulturell sensibler Kinderschutz, in: Wartenpfehl, B. (Ed.), Soziale Arbeit und Migration: Konzepte und Lösungen im Vergleich. Springer Fachmedien, Wiesbaden, pp. 197–209. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22829-3_14
- Niklas Helsper, Kim Kemner, Jens Arnold, Monika Feist-Ortmanns, 2022. Steuerungswesen und Handlungsorientierung für den Aufbau effektiver interdisziplinärer Versorgungsnetzwerke für suchtbelastete Familien - Abschlussbericht der IKJ Mainz.
- Noeker, M., Petermann, F., 2008. Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. Z. Für Psychiatr. Psychol. Psychother. 56, 255–263. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.56.4.255>
- NZFH, 2017. Faktenblatt 4 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen.
- NZFH, 2016. Vertiefungsstudie – Ausgewählte Ergebnisse: Informationen zur Stichprobe der Längsschnittstudie sowie ausgewählte Ergebnisse zu Effekten familiärer Lebenslagen und Belastungen auf die kindliche Entwicklung, dem Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungen und dem Misshandlungsrisiko sowie zu Ergebnissen der Prävalenzforschung zu Vätern [WWW Document]. [fruehehilfen.de](https://www.fruehehilfen.de). URL <https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen/einzelansicht-publikationen/titel/qualifizierungsmodul-fuer-famhebgkikp-modul-4-gespraechе-mit-familien-fuehren/> (accessed 2.3.25).
- Oerter, R., Montanda, L., 2002. Entwicklungspsychologie. **5. vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz/PVU**
- Papousek, M., de Chuquisengo, R.W., 2006. [Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders]. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 55, 235–254.
- Paschke, K., Thomasius, R., 2025. Digitale-Medien-Nutzungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Monatsschr. Kinderheilkd. 173, 24–29. <https://doi.org/10.1007/s00112-024-02089-2>
- Paulus, M., Schnock, B., 2025. Transkulturell kompetentes Handeln in den Frühen Hilfen. Qualifizierungsmodul für Fachkräfte in den Frühen Hilfen.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M., 2007. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50, 871–878. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>
- RCPC, 2021. Perplexing Presentations (PP)/Fabricated or Induced Illness (FII) in children – guidance. RCPC Child Prot. Portal.
- Renner, I., Scharmanski, S., Paul, M., 2018. Frühe Hilfen: Wirkungsforschung und weiterer Bedarf. Hebamme 31, 119–127. <https://doi.org/10.1055/a-0589-4610>
- Rhode, A., Dorn, A., 2007. Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie – Das Lehrbuch. Schattauer ISBN 978-3-7945-2460-0, Stuttgart.
- Righthand, S., Kerr, B.B., Drach, K., 2013. Child Maltreatment Risk Assessments: An Evaluation Guide. Routledge, New York. <https://doi.org/10.4324/9780203048269>
- Ritterfeld, U., Franke, U., 1994. Die Heidelberger Marschak-Interaktionsmethode (H-MIM): zur diagnostischen Beurteilung der dyadischen Interaktion mit Vorschulkindern; mit einem Anhang der Interaktionsaufgaben im Überblick, Materialien und Formblättern. Fischer, Stuttgart; Jena; New York.
- Robert Koch-Institut (Hrsg), 2016. Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg), 2014. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- Roesler, T.A., 2018. Medical Child Abuse: What Have We Learned in 40 Years? Curr. Treat. Options Pediatr. 4, 363–372. <https://doi.org/10.1007/s40746-018-0136-x>
- Rohde, A., Dorsch, V., Schaefer, C., Rohde, A., Schaefer, C., Dorsch, V., 2016. Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit, 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. ed. Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-003-125701>
- Rohde, A., Marneros, A., 2007. Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart.

- Rohrmeister, K., Weninger, M., 2006. Neugeborene drogenabhängiger Mütter. *Monatsschr. Kinderheilkd.* 154, 79–89. <https://doi.org/10.1007/s00112-005-1273-4>
- Roll, S., Lockwood, J., Roll, E.J., 1981. Parent Attachment Structured Interview (PASI). Preliminary manual. Albuquerque.
- Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., Trombetta, T., 2020. Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public. Health* 17, 2644. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082644>
- Schaich, U., 2017. Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen in der Kita unterstützen.
- Schipper-Kochems, S., Fehm, T., Bizjak, G., Fleitmann, A.K., Balan, P., Hagenbeck, C., Schäfer, R., Franz, M., 2019. Postpartum Depressive Disorder – Psychosomatic Aspects. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 79, 375–381. <https://doi.org/10.1055/a-0759-1981>
- Schmenger, S., Schmutz, E., Backes, J., Scharmanski, S., 2020. Schmenger, Sarah / Schmutz, Elisabeth / Backes, Jörg / Scharmanski, Sara (2020): Zentrale Qualitätskriterien für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken. Fachliche Anforderungen für die weitere Profilierung. Eckpunktepapier. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln <https://doi.org/10.17623/NZFH:EPP-QkLFHG>.
- Schneider, S., Pflug, V., In-Albon, T., Margraf, J., 2017. Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, in: OMP Ruhr-Universität Bochum.
- Schone, R., 2023. Grundlagen der Hilfeplanung und des Schutzauftrags107 Reinhold Schone, in: In Wagenblass & Spatschek: Kinder psychisch erkrankter Eltern. UTB GmbH, Köln, pp. 107–119.
- Schone, R., 2011. Kinderschutz - zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr. *Archiv frühe Kindheit* Ausgabe 3/11. <https://liga-kind.de/fk-311-schone/>
- Schwinn, L., Frey, B., 2012. Väter in der familiären Triade mit einem Säugling – das Lausanner Triologspiel in Beratung und Forschung, in: In H. Walter & A. Eickhorst (Eds.), *Das Väter-Handbuch. Theorie, Forschung, Praxis.* Psychosozial-Verlag, Gießen, pp. 265–280.
- Seckinger, M., 2019. Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren: Gelingende Hilfen für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder, in: Herausforderungen Für Eine Bessere Versorgung von Familien Mit Einem Psychisch Erkrankten Elternteil. Köln, pp. 41–64.
- Seiser, K., 2006. Psychodynamische, kulturelle und migrationsspezifische Aspekte der Beratung von Migrantenfamilien, in: „das Ist Bei Türkischen Familien So...“. in Menne, K./Hundsatz, A. (Hg.), *Jahrbuch der Erziehungsberatung*, pp. 241–255.
- Semrau, G.-M., Härlin, R., Di Maria, C., Schwartländer, B., Winter, S.M., 2024. [Medical Child Abuse - A Guideline to Detecting this Particular Form of Child Maltreatment]. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 73, 85–109. <https://doi.org/10.13109/prkk.2024.73.1.85>
- Siebolds, M., Münzel, B., Müller, R., Häußermann, S., Paul, M., Kahl, C., 2016. Flächendeckende Implementierung von hilfesystemübergreifenden Qualitätszirkeln zum Thema Frühe Hilfen in Baden-Württemberg. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 59, 1310–1314. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2427-3>
- Skatsche, Buchegger, Schuster, Papousek, 2013. SKEI - Strukturiertes Interview zur Erfassung der Eltern-Kind-Interaktion (de), Huber. ed.
- Strieker, Heinen, Landgraf, 2024. S3-Leitlinie Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) bei Kindern und Jugendlichen - Diagnostik & Intervention (2014), AWMF-Registernr.: 022-025, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>.
- Stuhrmann, L.Y., Göbel, A., Mudra, S., 2022. Peripartale psychische Belastung und Auswirkungen auf die frühe Elternschaft. *Psychotherapeut* 67, 20–27. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00540-3>
- 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
- Thomasius, R., Paschke, K., Arnaud, N., 2022. Substance-use disorders in children and adolescents. *Dtsch. Ärztebl. Int.* <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0122>
- Tödte, M., Bernhard, C., 2016. Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme, Gender Studies. transcript, Bielefeld.

- Tröster H (2011). EBI Eltern-Belastungs-Inventar. Hogrefe, Göttingen
- Uslucan, H.-H., 2010. Kinderschutz im Spannungsfeld unterschiedlicher kultureller Kontexte - KIPDF.COM.
- Valenka, M., Rhode, A., 2016. Postpartale psychische Störungen – Update 2016.
- van der Kolk, B.A., 2009. Entwicklungstrauma-störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen diagnostik für chronisch traumatisierte kinder. [Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for chronically traumatized children.]. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 58, 572–586. <https://doi.org/10.13109/prkk.2009.58.8.572>
- Vance, A.J., Brandon, D.H., 2017. Delineating Among Parenting Confidence, Parenting Self-Efficacy, and Competence. *Adv. Nurs. Sci.* 40, E18. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000179>
- von Klitzing, K., Goldbeck, L., Brunner, R., Herpertz-Dahlmann, B., Konrad, K., Lohaus, A., Heim, C., Heinrichs, N., Schäfer, I., 2015. Folgen von Misshandlung im Kindes- und Jugendalter. in: *Trauma und Gewalt*. 9 (2): 122-133
- Wagenblass, S., Spatscheck, C., 2023. Kinder psychisch erkrankter Eltern, utb-Titel ohne Reihe. Psychiatrie Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838560540>
- Ziegenhain, U., 2023. Grundlagen der Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung, in: In Wagenblass & Spatschek: Kinder psychisch erkrankter Eltern. UTB GmbH, Köln, pp. 78–106.