

Negative Kindheitserfahrungen („Adverse Childhood Experiences“, ACE), chronischer Stress und Frühe Hilfen

Fortbildung des an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)
eingesetzten Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und der
Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheil-
kunde (ÖGKJ)

Autorinnen und Autoren:

Dr. Harald Geiger, MPH, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Master of Public Health
Dr. Theresa Bengough, GÖG, Nationales Zentrum Frühe Hilfen
Dr. Sabine Haas, GÖG, Nationales Zentrum Frühe Hilfen
Mag. Theresia Unger, GÖG, Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Lecture Board:

Dr. Peter Kowatsch, Arzt für Allgemeinmedizin in St. Gilgen am Wolfgangsee und Fuschl am See
Dr. Regina Rath-Waczenovsky, Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde in Wien
Dr. Iris Scharnreitner, Leitende Oberärztin für Fetomaternale Medizin am Kepler Universitätsklini-
kum in Linz

Wien, im November 2024

Die Fortbildung wurde im Jahr 2020 im Rahmen eines durch das für Gesundheit zuständige Bundesministerium und aus Vorsorgemitteln des Bundesgesundheitsagentur (BGA) finanzierten Projekts erstellt und im Jahr 2024 im Rahmen der Tätigkeiten des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen überarbeitet.

Lernziele

- Die zentralen Erkenntnisse zu Gesundheitsfolgen von negativen Kindheitserfahrungen (Adverse Childhood Experiences = ACE) benennen können.
- Die zentralen Aspekte der Auswirkungen von chronischem Stress in der frühen Lebensphase auf die neurobiologische Entwicklung und langfristige Gesundheit kennen.
- Positive Schutzfaktoren in der frühen Kindheit identifizieren und deren Bedeutung für die gesunde Entwicklung von Kindern erläutern können.
- Das Konzept der Frühen Hilfen in Österreich und deren Wirkansatz verstehen.
- Nach Absolvierung der Fortbildung fällt es den Ärztinnen und Ärzten leicht, Eltern in belastenden Situationen zu erkennen, gezielt und wertschätzend anzusprechen und in ein Frühe-Hilfen-Netzwerk zu vermitteln.

Anmerkung:

Obwohl die in der Fortbildung beschriebenen dauerhaften Zusammenhänge zwischen unphysiologischem, chronisch anhaltendem Stress (Deprivation, Misshandlung, Armut u. a.) in der frühen Kindheit und gesundheitlichen Folgen in der Literatur zunehmend beobachtet werden, sind die dafür verantwortlichen biologischen Mechanismen noch immer wenig verstanden. Da Studien zu frühkindlichen Belastungen und Gesundheit in erster Linie korrelativ sind, bleibt es ungewiss, ob beobachtete Zusammenhänge einen kausalen Einfluss widerspiegeln. Die zahlreichen experimentellen Studien an Tiermodellen weisen aber darauf hin, dass ein ursächlicher Einfluss der Umgebung im frühen Leben biologisch plausibel ist (McMullen/Mostyn 2009).

Inhalt

Lernziele	III
1 Praxisbeispiele	1
2 Adverse Childhood Experiences (ACEs) – Auswirkungen früher negativer Kindheitserfahrungen	2
3 Neurobiologische Grundlagen der Auswirkung negativer Kindheitserfahrungen	5
4 Gestörte Stressregulation als Erklärungsmodell	8
5 Positive Kindheitserfahrungen als Schutzfaktoren	10
6 Maßnahmen zur Verhinderung oder Abmilderung von ACE-Auswirkungen	11
7 Frühe Hilfen in Österreich	12
8 Kernkompetenz des niedergelassenen Bereichs	14
9 Erkennen von Vermittlungsbedarf	15
10 Ansprechen von Eltern und gelingendes Vermitteln in das Frühe Hilfen Angebot	17
11 Praxisbeispiele: Intervention und Verlauf	19
Literatur	21

1 Praxisbeispiele

Aus dem Alltag eines niedergelassenen Arztes für Kinder- und Jugendheilkunde

Frau T., eine junge Mutter, sucht mit ihrem drei Monate alten Kind den Kinderarzt auf. Im Rahmen der Eltern-Kind-Pass-Untersuchung berichtet sie, dass das Kind seit zwei Wochen in der Nacht kaum schläft und auch untertags viel schreit. Sie wirkt erschöpft und verzweifelt. Der Kinderarzt untersucht das Kind, kann aber keine körperlichen Beeinträchtigungen feststellen. Im weiteren Gesprächsverlauf erfährt der Kinderarzt, dass sich die Kindeseltern kurz nach der Geburt getrennt haben und Frau T. nun allein mit dem Kind lebt. Unterstützt wird sie nur von einer Freundin, die selbst zwei Kinder hat, und ihrer Mutter. Auch finanzielle Sorgen plagen die Frau, weil der Kindesvater keine Unterhaltszahlungen leistet.

Aus dem Alltag einer Ärztin für Allgemeinmedizin

Frau N. ist eine 35-jährige Akademikerin, die gemeinsam mit ihrem zwei Jahre älteren Partner in einer festen Beziehung lebt. Beide sind beruflich sehr aktiv und erfolgreich, als Frau N. ungeplant schwanger wird. Die Geburt ist für Frau N. ein traumatisierendes Erlebnis, von dem sie sich auch Monate danach noch nicht vollständig erholt hat. Die Tochter ist mittlerweile sieben Monate alt, als Frau N. ihre Hausärztin aufsucht. Grund dafür ist, dass beim Kind eine Schwäche der Gesichtsmuskulatur diagnostiziert wurde, die ein Grund für die geringe Nahrungsaufnahme und die anhaltenden Stillprobleme sein könnte. Frau N. ist von der Diagnose verunsichert und zweifelt an ihrer Kompetenz als Mutter. Sie ist die meiste Zeit mit dem Kind allein und muss zudem ihre beruflichen Pläne vorerst verschieben, was sie sichtlich belastet.

Beide Praxisbeispiele illustrieren, dass rund um die Zeit der Schwangerschaft, Geburt und ersten Lebensjahre eines Kindes – oft unerwartete – gesundheitliche und oder soziale Belastungen und Probleme auftreten können. Die wissenschaftliche Forschung belegt auf Basis hoher Evidenz, dass herausfordernde Lebensbedingungen, belastende Ereignisse etc. – die oft zunächst vor allem die Eltern bzw. Hauptbezugspersonen zu betreffen scheinen – das Wohlbefinden eines Säuglings/Kleinkindes beeinträchtigen können. Ohne Unterstützung kann dies auch langfristige Folgen haben.

2 Adverse Childhood Experiences (ACEs) – Auswirkungen früher negativer Kindheitserfahrungen

Negative Kindheitserfahrungen beeinträchtigen langfristig die Gesundheit

In den späten 1990-er Jahren erschienen die Ergebnisse der ersten Welle einer großen US-amerikanischen Studie zu negativen Kindheitserfahrungen und ihren gesundheitlichen Folgen. Auf Basis der Befragung von fast 10.000 Erwachsenen zu ihren Erfahrungen mit Vernachlässigung, Misshandlungen, Gewalt und Deprivation sowie anderen belastenden bzw. traumatisierenden Erlebnissen in der Kindheit belegte die „Adverse Childhood Experiences (ACEs) Study“ (Felitti et al. 1998) die gesundheitlichen Langzeitauswirkungen von „ACEs“. Die Ergebnisse der Studie zeigten insbesondere, dass es sich dabei um einen abgestuften Zusammenhang handelt: **je größer die Zahl entsprechender negativer Erfahrungen, umso deutlicher war das Risiko, spezifische Krankheitsbilder bzw. gesundheitliches Risikoverhalten zu entwickeln.** Bei Personen, die vier oder mehr ACEs nannten, war im Vergleich zu jenen, die von keinen ACEs berichteten, beispielsweise das Risiko für Alkoholismus, Drogenkonsum, Depressionen und Suizidversuch um das 4- bis 12-fache erhöht. Eine entsprechende – in Hinblick auf das Ausmaß der negativen Kindheitserfahrungen „graduelle“ - Wirkungsbeziehung fand sich nicht nur stark ausgeprägt in Hinblick auf die zehn wichtigsten Risikofaktoren für die häufigsten Todesursachen, sondern auch signifikant für Krankheitsbilder wie koronare Herzerkrankung, Krebs, chronische Bronchitis und COPD, Hepatitis, Frakturen und einen generell schlechten selbstberichteten Gesundheitszustand.

Diese Studie trug maßgeblich dazu bei, dass die gesundheitlichen Auswirkungen von negativen Kindheitserfahrungen in den letzten Jahrzehnten intensiver erforscht wurden. Die zentralen Ergebnisse der „ACE Study“ wurden dabei bestätigt. Eine UK-Studie (Bellis et al. 2014) fand ebenfalls einen **starken Zusammenhang zwischen der Zahl der negativen Kindheitserfahrungen und gesundheitlichem Risikoverhalten** (z. B. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Drogenkonsum), Gesundheitsoutcomes (z. B. Atemwegs- und Verdauungs-/Lebererkrankungen, belastete psychische Gesundheit, Adipositas) und **sozialen Outcomes** (Teenagerschwangerschaft, Gewalt, Kriminalität, geringe berufliche Qualifikation, Arbeitslosigkeit), der bei Personen mit vier und mehr berichteten ACEs besonders ausgeprägt war. In Bezug auf Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Typ 2-Diabetes wurde kein Zusammenhang gefunden, was laut den Autorinnen und Autoren auf eine frühzeitige Mortalität jener mit Mehrfach-Kindheitstraumata zurückzuführen sein könnte. Dies wird auch unterstützt durch Arbeiten, die frühe Traumata als einen Faktor für chromosomale Telomerverkürzung nachgewiesen haben (Shalev 2012). Bellis et al. (2014) wiesen auch nach, dass eine höhere Zahl von negativen Kindheitserfahrungen stark mit Deprivation (Wohnen in benachteiligten Gebieten, Arbeitslosigkeit etc.) einhergeht und daher eine Weitergabe der Belastungen und Benachteiligungen von einer Generation auf die nächste sehr wahrscheinlich ist. Dies belegen auch Metzler et al. (2017), die sich vorrangig mit den sozialen Folgen von ACEs befassten und einen Zusammenhang von Kindheitserfahrungen mit späteren Bildungserfolgen, Beschäftigung und Einkommen bestätigt sehen. Auch sie betonen, dass die - sich in geringer Schulbildung, Arbeitslosigkeit und Armutsgefährdung niederschlagenden - **Langzeitauswirkungen von negativen Kindheitserfahrungen die gesundheitlichen und sozialen Möglichkeiten über Generationen hinweg beeinträchtigen.** Die Langzeitauswirkungen bzw.

Übertragung von biologischen, psychologischen, sozialen oder kulturellen Einflüssen von einer Generation auf die nächste wird in der Fachliteratur als „transgenerational“ bezeichnet (Yehuda/Bierer 2009).

Dass **ACEs transgenerational weitergegeben** werden, ist auch die zentrale Schlussfolgerung eines systematischen Reviews (Hughes et al. 2017), der auf Basis der Metaanalyse von 37 Studien den aktuellen Wissensstand zur kumulativen Beziehung zwischen negativen Kindheitserfahrungen und schlechtem Gesundheitszustand zusammenfasst. Die Zusammenhänge sind über eine breite Palette von gesundheitlichem Risikoverhalten und Krankheitsbildern sichtbar; am stärksten in Hinblick auf psychische Erkrankungen, sexuelles Risikoverhalten, problematischen Substanzkonsum und gegen andere oder sich selbst gerichtete Gewalt. Die Autorinnen und Autoren empfehlen, die gesamte Bandbreite der Stressoren in der Kindheit zu betrachten, da der Fokus auf einzelne Aspekte zu kurz greift.

Neben den allgemein bekannten Stressfaktoren wie Gewalt, Trennung der Eltern, Misshandlung u. a. erlangt Armut zunehmend an Bedeutung und ist Gegenstand intensiver Forschung. Im letzten Jahrzehnt haben Fortschritte in der Genom- und Epigenomforschung dazu beigetragen, molekulare Mechanismen aufzuklären, die teilweise für diese langfristigen Auswirkungen verantwortlich sein könnten. Es gibt starke Hinweise darauf, dass Armut in der frühen Kindheit, ähnlich anderen Stressoren, biologisch in drei interagierenden physiologischen Systemen verankert wird: der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, dem Gehirn und dem Immunsystem. Dies trägt möglicherweise zum erhöhten Krankheitsrisiko bei (Schmidt et al. 2021).

Bellis et al. (2019) haben versucht, auf Basis eines systematischen Reviews und einer Metaanalyse von Studien aus Europa und Nordamerika die gesundheitlichen Auswirkungen mittels „DALYs“ (disability-adjusted life years) und ökonomischen Folgekosten von ACEs abzuschätzen. Die Ergebnisse zeigen, dass entsprechende Kindheitserfahrungen auch in (eher) wohlhabenden Ländern häufig sind und sich in einem deutlich erhöhten Risiko vor allem für psychische Erkrankungen (v. a. Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen) und nicht-übertragbare Erkrankungen (v. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen und Diabetes) niederschlagen. Die Autorinnen und Autoren schätzen, dass die **gesundheitlichen Folgekosten rund 37 Millionen DALYs (verlorene beschwerdefreie Lebensjahre) pro Jahr und die jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten rund ein bis drei Billionen Dollar** (rund 3 % des Bruttoinlandsprodukts) für Europa und Nordamerika betragen.

Das Center for Disease Control and Prevention (CDC) veröffentlicht auf einer Website mit dem Namen „Vital Signs“ neueste, umfassende Daten zu Schlüsselindikatoren für wichtige Gesundheitsthemen. Dabei werden auch ACEs und ihre Folgen thematisiert: die Häufigkeit von vier oder mehr ACEs gibt einer von sechs Erwachsenen in den USA an¹. **Knapp 50% der Fälle von Erwachsenen mit Depression könnten laut CDC-Angaben durch die Prävention von ACEs verhindert werden.**

An dieser Stelle soll noch einmal auf die Anmerkung zu Beginn des Literaturstudiums (Seite III) verwiesen werden: Obwohl die in der Fortbildung beschriebenen dauerhaften Zusammenhänge zwischen unphysiologischem, chronisch anhaltendem Stress (Deprivation, Misshandlung, Armut u. a.) in der frühen Kindheit und gesundheitlichen Folgen in der Literatur zunehmend beobachtet

¹ <https://www.cdc.gov/vitalsigns/aces/index.html>

werden, sind die dafür verantwortlichen biologischen Mechanismen noch immer wenig verstanden. Da Studien zu frühkindlichen Belastungen und Gesundheit in erster Linie korrelativ sind, bleibt es ungewiss, ob beobachtete Zusammenhänge einen kausalen Einfluss widerspiegeln. Die zahlreichen experimentellen Studien an Tiermodellen weisen aber darauf hin, dass ein ursächlicher Einfluss der Umgebung im frühen Leben biologisch plausibel ist (McMullen/Mostyn 2009).

Auch besteht kein deterministischer Zusammenhang zwischen negativen Kindheitserfahrungen und negativen Gesundheits-Outcomes, sondern ergibt sich Gesundheit aus einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Ein eigenes Kapitel (Kapitel 5) widmet sich dem Thema „Positive Kindheitserfahrungen“, die sich förderlich auf die Gesundheit auswirken können.

3 Neurobiologische Grundlagen der Auswirkung negativer Kindheitserfahrungen

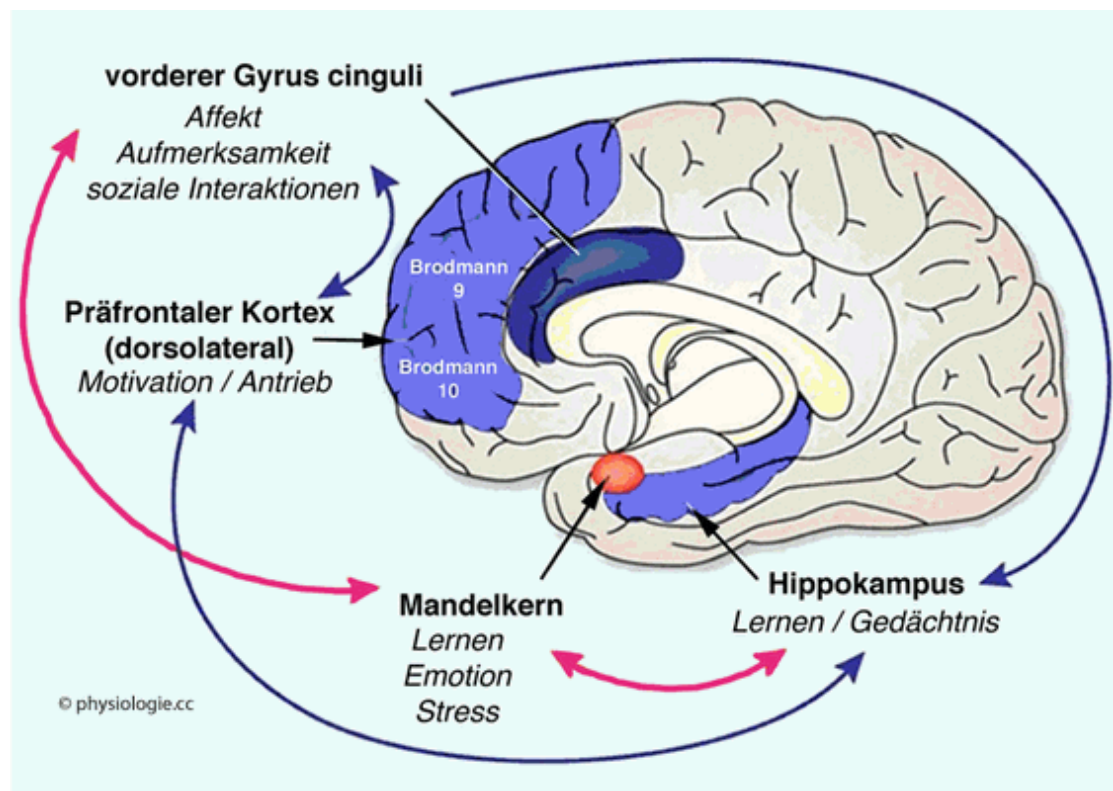
Vernachlässigung, Deprivation, Missbrauch und andere belastende Erfahrungen wie z. B. Armut haben einen neurobiologischen Effekt und beeinflussen die Entwicklung des Gehirns

Parallel zu den oben beschriebenen epidemiologischen Studien wurde in den letzten Jahrzehnten auch in anderen Disziplinen viel zur Erklärung dieser Zusammenhänge geforscht. Die Fortschritte im Bereich der Neurobiologie, Epigenetik und Hirnforschung haben wesentlich zu einem verbesserten Verständnis der Auswirkungen von ACEs beigetragen. Die (früh)kindliche Entwicklung wird als dynamischer Prozess verstanden, der durch das Zusammenspiel zwischen Genen und Umwelt geprägt ist. Die Evidenzlage ist zunehmend hoch (siehe z.B. Kundakovic/Champagne 2015; Schmidt et al. 2021; Teicher/Samson 2016), dass Vernachlässigung, Deprivation bzw. generell negative Erfahrungen **neurobiologische und epigenetische Effekte mit langfristigen Auswirkungen** – nicht nur für die Betroffenen, sondern durch die biologische Einbettung auch für weitere Generationen – haben. Besonders ausgeprägt wirken entsprechende Erfahrungen in der frühen Kindheit; also im Alter von 0-3 Jahren, da sich in dieser Lebensphase das Gehirn besonders stark entwickelt: so verdreifacht sich das Gehirnvolumen bis zum Erwachsenenalter; mit 2 Jahren erreicht es bereits 80-90% seiner Größe (Höhl/Pauen 2022).

Betroffene Hirnareale

Entsprechende (früh)kindliche Erfahrungen scheinen sich gezielt auf bestimmte Hirnregionen (auditorischer, visueller und somatosensorischer Kortex) und Vernetzungen auszuwirken, die diese Erfahrungen verarbeiten. Misshandlungen sind mit **morphologischen Veränderungen im Gehirn** (im vorderen Cingulum, im dorsalen lateralen präfrontalen und orbitofrontalen Kortex, im Corpus callosum und im erwachsenen Hippocampus) sowie in Hinblick auf die Amygdala-Reaktion auf emotionale Gesichter mit einer verminderten striatalen Reaktion auf erwartete Belohnungen verbunden (siehe Abbildung 1). **Frühe Deprivation kann nachteilige Auswirkungen auf das Amygdala-Volumen haben.** Es gibt zunehmende Evidenz, dass diese Regionen und Verbindungspfade in bestimmten Entwicklungsperioden besonders gefährdet sind. Strukturelle und funktionelle Anomalien, die ursprünglich auf psychiatrische Erkrankungen zurückgeführt wurden, können eine direkte Folge von Misshandlungen sein. Diese Hirnveränderungen können am besten als **adaptive Reaktionen** verstanden werden, um das Überleben und die Fortpflanzung angesichts von Widrigkeiten zu sichern (Teicher/Samson 2016).

Abbildung 1: Darstellung der relevanten Hirnregionen



Quelle: Neuropsychopharmacol 2010; 35: 239-57; deutsche Darstellung nach <http://physiologie.cc/XVI.6.htm>

Epigenetische Veränderungen

Fortschritte in der molekularen Biologie und den bildgebenden Verfahren in der Hirnforschung deuten darauf hin, dass die **Qualität der frühkindlichen Umgebung eine nachhaltige Wirkung auf die Biologie eines Menschen hat und zu unterschiedlichen Entwicklungsbahnen führt** (Kundakovic/Champagne 2015). Insbesondere die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion kann zu epigenetischen Veränderungen führen und damit das in Entwicklung befindliche Gehirn formen – dies mit Langzeitfolgen für Gehirnfunktionen und Verhalten. So dürften beispielsweise Unterschiede in der Stressreaktion, den kognitiven Fähigkeiten und dem Sozialverhalten auf die epigenetische Regulierung der Aktivität der Gene zurückzuführen sein. Verschiedenste Studien (Tierversuche, Untersuchungen des postmortalen Gehirngewebes oder Blutproben von Menschen) belegen konsistent, dass entsprechende **epigenetische Veränderungen Risiken für Psychopathologien im späteren Leben zugrunde liegen** können. Isabelle Mansuy, stellvertretende Leiterin des Instituts für Neurowissenschaften der ETH Zürich, erläutert Fragestellungen und Stand der Forschung in einem YouTube-Beitrag².

Das Bindungsverhalten scheint hier von besonderer Relevanz zu sein: unorganisierte Bindung ist prädiktiv für erhöhte Raten von Persönlichkeitsstörungen, Dissoziation, Selbstverletzungen und Erhöhungen des Speichelcortisols während der Exposition gegenüber Stressoren, was auf eine

² <https://www.youtube.com/watch?v=mSCJYNTZi9c&t=337s>

erhöhte Reaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Adrenalin (HPA)-Antwort auf Stress hindeutet. Die elterliche Bindung, die auch den Grad der Fürsorge und der Behütung einschließt, ist auch ein signifikanter Indikator für Depressionen im späteren Leben (verbunden sowohl mit geringer Fürsorge als auch hoher Überprotektion) und kann Veränderungen im Volumen der grauen Substanz im präfrontalen Kortex und Hippocampus sowie veränderte Dopamin- und Cortisolreaktion auf Stress hervorrufen. Die Erkenntnisse deuten auch darauf hin, dass **epigenetische Erfahrungen über die Keimbahn an die Nachkommen weitergegeben werden können**, und somit von transgenerationellen Folgen entsprechender Erfahrungen in der frühen Kindheit ausgegangen werden muss.

4 Gestörte Stressregulation als Erklärungsmodell

Toxischer bzw. chronischer/langanhaltender Stress³ wirkt vor, in und nach der Schwangerschaft und auf weitere Generationen

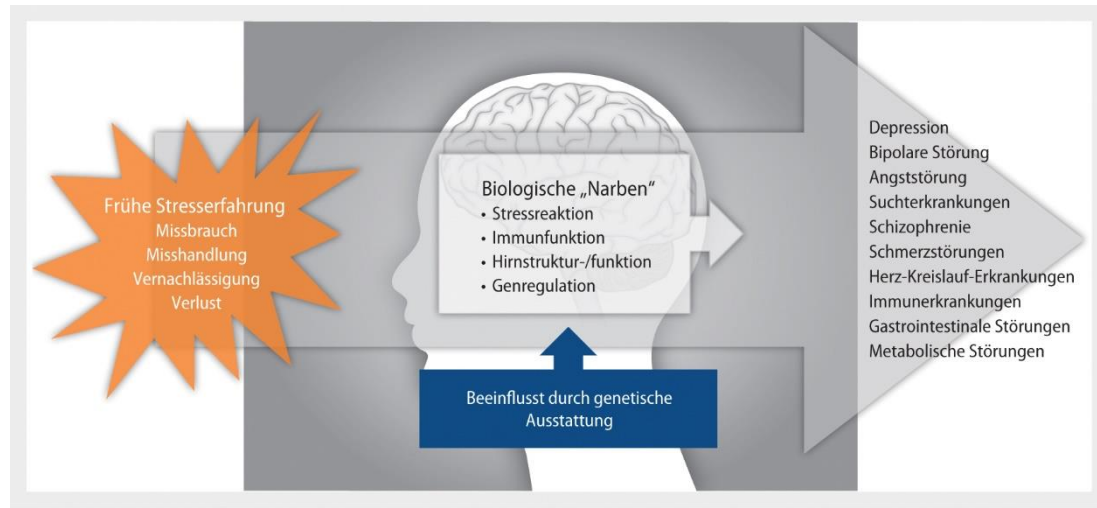
Zusammenhänge zwischen frühen Kindheitserfahrungen und langfristigen Folgen auf die Gesundheit finden sich in Untersuchungen zu chronischem Stress. Während normale Stresserfahrungen zum Alltag gehören und nur milde körperliche Reaktionen verursachen, führt chronischer Stress (auf Grund von intensiven, häufigen oder lang andauernden sehr belastenden Erfahrungen) zu Störungen des Gehirns und anderer Organe und Systeme im Körper und schlägt sich in einem erhöhten Risiko für stressbedingte Krankheiten nieder. In diesem Zusammenhang sind u. a. die sozioökonomischen Lebensbedingungen von Relevanz, da ein **Leben in Armut durch die permanenten – oft existentiellen – Herausforderungen chronischen Stress verursacht**. Die negativen Folgen beschränken sich nicht auf die unmittelbar Betroffenen, sondern wirken bei Frauen im reproduktiven Alter auch auf ihre Nachkommen (Alio 2017). Stresserfahrungen **vor einer Schwangerschaft** können zu DNA-Veränderungen führen, die sich in späteren Schwangerschaftskomplikationen und erhöhtem Frühgeburtenrisiko (z. B. vierfach erhöhtes Risiko bei jugendlichen Müttern, die chronischem Stress ausgesetzt waren), geringem Geburtsgewicht sowie in Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten der späteren Kinder niederschlagen können (Palma-Gudiel et al. 2015). Ähnlich bezüglich Geburts-Outcomes und gesundheitliche Langzeitfolgen der Kinder wirkt sich **chronischer Stress während der Schwangerschaft** aus. Nach der Geburt sind es vor allem die Umgebungsfaktoren, denen das Kind ausgesetzt ist, die zu chronischem Stress und daraus resultierenden gesundheitlichen Verhaltens- und Entwicklungskomplikationen führen können.

Im sich entwickelnden Gehirn kann sich chronischer Stress in dauerhaften Veränderungen der Gehirnstruktur und -funktion niederschlagen (Shonkoff/Garner 2011). Dabei werden abhängige biologische Systeme negativ beeinflusst: das sympathische Nervensystem (Massin et al. 2001), hormonelle Funktionen (Gunnar et al. 2001), kognitive Systeme (Stevens et al. 2009), Immun- und inflammatorische Regulation (Danese et al. 2008; McDade et al. 2005; Miller/Chen 2007; Miller et al. 2009; Shirtcliff et al. 2009). Die chronisch erhöhten Stresshormonspiegel können die Architektur des gerade in der frühen Kindheit intensiv in Aufbau befindlichen Gehirns stören, was sich auch bildgebend darstellen lässt (Tyborowska et al. 2018). Effekte auf Amygdala, Hippocampus und präfrontalen Kortex können erhöhte Stress- und Angstreaktion, Funktionseinschränkungen in Hinblick auf Gedächtnis und Stimmungskontrolle sowie kognitive, sprachliche und sozio-emotionale Entwicklungsprobleme verursachen (Overfeld, Judith et al. 2016). **Die daraus resultierenden langfristigen Effekte auf Stressregulation, Lernfähigkeiten etc. erhöhen das Risiko für viele chronische Erkrankungen im Erwachsenenalter** (Schmidt et al. 2021). Dies nicht nur, weil sie sich häufig – als Coping-Strategie – in risikoreicherem Gesundheitsverhalten niederschlagen, sondern unabhängig davon vor allem durch die verursachten physiologischen Störungen wie veränderte Immunfunktion und messbare Erhöhung der Entzündungsmarker.

³ In der Literatur werden beide Begriffe (toxischer Stress und chronischer/langanhaltender Stress) verwendet, wobei Letzterer die derzeit gängigere Bezeichnung darstellt und daher im weiteren Text der Begriff „chronischer Stress“ herangezogen wird.

Damit einher geht ein erhöhtes Risiko u. a. für Herz-Kreislaufkrankungen, Asthma, Leberkrebs, Depressionen und Autoimmunerkrankungen.

Abbildung 2: Darstellung des Wirkungszusammenhangs von chronischem Stress und späteren Erkrankungen



Quelle: Overfeld, J et al. (2016)

Auch wenn unübersehbar ist, dass die Folgen dieser Widrigkeiten häufig mit negativen Outcomes für die langfristige körperliche und mentale Gesundheit verbunden sind, herrscht kein absoluter Determinismus. Forschung zu positiven Einflussfaktoren versucht den komplexen Zusammenhängen auf den Grund zu gehen.

5 Positive Kindheitserfahrungen als Schutzfaktoren

Ein Schlüsselkonzept zum Verständnis der unterschiedlichen Auswirkungen von negativen Kindheitserfahrungen ist die Resilienz. Resilienz ist ein erlern- und veränderbarer multidimensionaler Prozess zwischen dem Kind und seiner Umwelt und beschreibt die Fähigkeit einer Person, mit den Folgen nachteiliger Lebensumstände umzugehen (Asisi 2015). Es gibt Hinweise, dass epigenetische Mechanismen ein molekularer Weg sind, wie Erfahrungen biologisch verankert werden und zu individuellen Unterschieden in der Resilienz beitragen können (Smeeth et al. 2021). Bei der Entstehung von Resilienz dürfte insofern ebenfalls eine Gen-Umwelt-Interaktion relevant sein (Bock 2020).

Protektiv im Sinne von Resilienz sind neben interpersonalen Ressourcen wie z. B. Charakter oder Intelligenz auch externe, z. B. soziale Faktoren. Wesentlich für die Entwicklung von Resilienz sind jedenfalls Faktoren, welche individuelle oder familiäre Ressourcen stärken und positive Anpassungsprozesse unterstützen, sogenannte Schutzfaktoren. Schutzfaktoren in der frühen Kindheit können die Auswirkungen von risikoe erhöhenden Faktoren abschwächen bzw. puffern. Diesbezüglich hat sich in den letzten Jahren in Ergänzung zur Forschung zu ACEs auch zunehmend die wissenschaftliche Befassung mit Positive Childhood Experiences (PCEs), den positiven Kindheitserfahrungen, etabliert.

Positive Kindheitserfahrungen können den negativen Effekten entgegenwirken

Als „positive Kindheitserfahrungen“ werden Erfahrungen in der (frühen) Kindheit bezeichnet, die das Gefühl der Zugehörigkeit und Verbundenheit eines Kindes stärken sowie das Leben des Kindes verbessern. Entsprechende Erfahrungen stärken die Resilienz, reduzieren die negativen Folgen von chronischem Stress und wirken sich insgesamt positiv auf die körperliche und psychische Gesundheit aus. Sichere, stabile und fürsorgliche Beziehungen, ein förderliches Umfeld und soziale Unterstützung wirken protektiv im Hinblick auf langfristige Gesundheit und Lebensqualität. Sie können positiv wirkende chemische und hormonelle Reaktionen auslösen und damit auch die potenziell negativen Folgen von belastenden Erfahrungen reduzieren bzw. ausgleichen (Alio 2017). Dies gelingt umso besser, je früher zum einen die Stressoren verringert werden und zum anderen die ausgleichende Unterstützung erfolgt. Entsprechende Studien (vgl. Bethell et al. 2019; Daines et al. 2021; Narayan et al. 2018) belegen damit, dass die Effekte von chronischem Stress und negativen Kindheitserfahrungen nicht dauerhaft sein müssen.

Hohe soziale Unterstützung, gute elterliche Erziehungsqualität oder zumindest ein verfügbarer responsiver Erwachsener in der unmittelbaren Umgebung des Kindes können auch bei schwierigen Ausgangssituationen zu positiven Verläufen führen (Barnes 2016). Interventionen, die o. g. Resilienzfaktoren in verschiedenster Weise adressieren, können so Einfluss auf Lebensverläufe nehmen.

6 Maßnahmen zur Verhinderung oder Abmilderung von ACE-Auswirkungen

Transgenerationale Programme zur Unterstützung von Eltern und Kindern können einen „Puffer“ darstellen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass negative Kindheitserfahrungen und chronischer Stress insbesondere in der Schwangerschaft und frühen Kindheit potenziell negative Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität in der Kindheit und teilweise bis ins Erwachsenenalter haben können. Diese Effekte müssen aber nicht ausgeprägt bzw. dauerhaft sein. Positive Beziehungen, ein fürsorgliches und förderliches Umfeld sowie soziale Unterstützung können die Resilienz stärken und die negativen Folgen von chronischem Stress reduzieren. Die Milderung bzw. Verbesserung der gesundheitlichen Folgen gelingt umso besser, je früher die Stressoren verringert werden und ausgleichende Unterstützung bereitgestellt wird. Zahlreiche Programme zur Förderung der frühkindlichen Entwicklung versuchen, insbesondere bei Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Familien, die negativen Effekte abzumildern und/oder zu kompensieren. Obwohl diese Programme einen Wert haben, wird darauf hingewiesen, dass viele davon zu kurz greifen, da sie die Situation der Eltern häufig gar nicht oder nur ungenügend adressieren.

Nachdem sich die **Entwicklung der Kinder vorrangig im Rahmen der Beziehungen mit ihren zentralen Bezugspersonen entfaltet, braucht es wirksame Interventionen für Säuglinge und Kleinkinder aus sozioökonomisch benachteiligten und belasteten Familien, die eine intensive Unterstützung dieser Bezugspersonen integrieren.** Gefordert werden daher – neben einer Reihe anderer Maßnahmen - „Zwei-Generationen-Programme“ (vgl. Shonkoff/Fisher 2013), die vor allem auch einen Schwerpunkt auf die Verbesserung der Lebenssituation und eine Stärkung der Möglichkeiten und Fähigkeiten der Eltern und anderer zentraler Bezugspersonen legen (siehe ausführlich dazu: Center on the Developing Child⁴). Ziel entsprechender Angebote muss es u. a. sein, die finanzielle Situation der Familie zu stabilisieren und die psychische Gesundheit sowie die Sozial- und Erziehungskompetenzen und Selbstregulierungsfähigkeiten der Bezugspersonen zu stärken. Entsprechende Interventionen haben vor allem auch ein präventives Potential und können die transgenerationale Weitergabe von – oft auf frühkindlichen Erfahrungen basierenden – gesundheitlichen Ungleichheiten unterbrechen oder zumindest mildern. Schmidt et al. (2021) und Bellis et al. (2019) weisen darauf hin, dass entsprechende Programme auch einen sehr hohen ökonomischen Nutzen haben. Bereits eine 10-prozentige Reduktion der Prävalenz von solchen negativen Kindheitserfahrungen würde demnach in Europa und Nordamerika Kosten in der Höhe von rund 105 Milliarden Dollar (3 Millionen DALYs) einsparen.

Das Video „Die ersten 1000 Tage des Lebens“ fasst wichtige Aspekte zum Interventionsbedarf zusammen: <https://www.youtube.com/watch?v=61Za4IbAEkQ>.

⁴ <https://developingchild.harvard.edu/>

7 Frühe Hilfen in Österreich

Mit den Frühen Hilfen steht in Österreich ein transgenerationales Programm zur Verfügung

In Österreich ist ein entsprechendes Konzept mit den Frühen Hilfen umgesetzt. **Im Sinne eines „Zwei-Generationen-Programms“ vereinen sie Maßnahmen zur Verbesserung der familiären Lebenssituation sowie Unterstützung der Eltern und anderer Familienmitglieder mit einem spezifischen Fokus auf Säuglinge und Kleinkinder**, um die Potentiale der frühen Kindheit für die langfristige Gesundheit und Lebensqualität optimal zu nutzen.

Frühe Hilfen zielen darauf ab, die frühkindliche Entwicklung durch **gesundheitsförderliche und präventive Angebote, die freiwillig in Anspruch genommen werden können**, zu unterstützen. Ausgehend von den wissenschaftlichen Erkenntnissen richten sich Frühe Hilfen primär an (werdende) Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen. Der Fokus liegt dabei auf dem Zeitraum der Schwangerschaft und den ersten drei Lebensjahren des Kindes.

Das österreichische Konzept für Frühe Hilfen wurde unter Berücksichtigung von wissenschaftlicher Evidenz und Praxiserfahrungen entwickelt und wird vor allem in Form von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken umgesetzt. Diese Netzwerke dienen der **bedarfsgerechten Unterstützung von Familien in belastenden Situationen in der Lebensphase der frühen Kindheit**. Sie bauen auf dem in der jeweiligen Region bestehenden System auf und beziehen die Vielfalt der vorhandenen spezifischen Angebote für Schwangere und Familien mit Kleinkindern mit ein. Im Einklang mit der internationalen Evidenz zur Effektivität von Maßnahmen in der frühen Kindheit weisen sie folgende Kernelemente auf (Haas/Weigl 2023):

Es handelt sich um ein präventives, freiwilliges und sehr früh ansetzendes Angebot für Familien in belastenden Situationen.

- **Im Sinne der Niederschwelligkeit wird ein aktiver und systematischer Zugang zur Zielgruppe gewählt.** Dieser erfolgt über die breite und andauernde Sensibilisierung von Berufsgruppen und Institutionen, die in Kontakt mit Schwangeren bzw. Familien mit Kleinkindern sind.
- **Das Angebot ist aufsuchend, bindungsfördernd und bietet passgenaue Begleitung** über einen längeren Zeitraum.
- Durch eine Kontaktstelle für Familien mit weiterführendem Bedarf kommt es **zur Entlastung der im Feld tätigen Berufsgruppen** und Institutionen (wie der niedergelassenen Ärzteschaft).
- Die **bessere Vernetzung der im Feld Tätigen** beinhaltet für Familien einen Mehrwert, da vielfältige Belastungen, verschiedene, passgenaue und gut abgestimmte multiprofessionelle Angebote und das Wissen darüber brauchen.

Im Zentrum steht ein regionales Netzwerk, das als **multiprofessionelles Unterstützungssystem mit gut koordinierten, vielfältigen Angeboten** für Eltern und Kinder fungiert. Ein Netzwerk-Management kümmert sich um den Aufbau und die laufende Pflege der Kooperationen und stellt sicher, dass die Vernetzung dauerhaft und nachhaltig funktioniert. Es wird viel in die fallübergreifende wie fallbezogene Kooperation und Vernetzung investiert.

Um den **Zugang zum Angebot** unabhängig von den individuellen Kapazitäten und Kompetenzen sicherzustellen, werden die Familien aktiv und systematisch angesprochen. Es soll nicht an den Familien liegen, ob sie Zugang zum Angebot finden, sondern das professionelle Feld übernimmt die Verantwortung dafür, dass jene Unterstützung erhalten, die sie brauchen. **Besonderes Augenmerk wird daher auf die Sensibilisierung** der regionalen Fachleute und Institutionen gelegt. Berufsgruppen und Einrichtungen, die in Kontakt mit schwangeren Frauen und Familien mit Kleinkindern sind, werden über das Angebot informiert und zur Kooperation motiviert. Ziel ist, dass sie Unterstützungsbedarf erkennen und mit Zustimmung der Familien den direkten Kontakt zum jeweiligen Netzwerk herstellen.

Wenn Familien bei den Frühen Hilfen „angedockt“ sind, werden sie kontinuierlich, umfassend und niederschwellig begleitet. Familienbegleiter:innen unterstützen über einen längeren Zeitraum, vor allem im Rahmen von Hausbesuchen, stellen eine Beziehungs- und Vertrauensbasis mit den Familien her und vermitteln die passenden Angebote aus dem Netzwerk. Es wird damit sichergestellt, dass eine konkrete Ansprechperson zur Verfügung steht, die die Gesamtsituation im Blick hat und die spezifischen Leistungen gut abstimmt. Die **Familienbegleitung** wird durch multiprofessionell besetzte Teams geleistet, in denen Fachkräfte aus Bereichen wie Sozialarbeit, Psychologie, Psychotherapie, Pädagogik, Frühförderung oder Kinderpflege sowie Hebammen vertreten sind. Dies hat den Vorteil, dass sich die Fachkräfte mit ihren jeweiligen Kenntnissen und Kompetenzen gegenseitig gut unterstützen können.

Seit Herbst 2023 stehen **regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke** flächendeckend in ganz Österreich zur Verfügung. Nicht alle Netzwerke führen den Begriff „Frühe Hilfen“ im Namen, manche Bundesländer haben sich (zusätzlich) für eigene Bezeichnungen entschieden (Netzwerk Kind, Netzwerk Familie, birdi, Gesund ins Leben). Auch die Trägerorganisationen sind unterschiedlich. Informationen zum jeweils zuständigen Netzwerk im relevanten Einzugsbereich finden sich auf der Frühe-Hilfen-Website im Bereich Angebot (<https://fruehehilfen.at/netzwerke>).

8 Kernkompetenz des niedergelassenen Bereichs

Der niedergelassene medizinische Bereich ist ein wichtiger Partner der Frühen Hilfen

Gerade in der Zeit der Schwangerschaft, der Geburt eines Kindes und in den ersten Jahren danach gibt es bei fast allen Familien einen regelmäßigen Kontakt mit dem Gesundheitssystem. **Insbesondere dem niedergelassenen medizinischen Bereich kommt daher eine wichtige Rolle beim Erkennen des Bedarfs an Unterstützung und der Vermittlung zu Frühen Hilfen zu.** Im Zuge von Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen sowie diversen Konsultationen in der niedergelassenen Praxis, in einem Primärversorgungszentrum oder auch zum Beispiel bei einem Hausbesuch einer Hebamme gibt es Gelegenheit, die psychosoziale Lebenssituation der Familie zur Sprache zu bringen und auf Unterstützungsmöglichkeiten hinzuweisen. Durch die Digitalisierung des Eltern-Kind-Passes wird es Ärztinnen und Ärzten aus dem niedergelassenen Bereich zukünftig möglich sein, direkt aus der Dokumentationsplattform heraus in Absprache mit Eltern/Obsorgeberechtigten zu den Frühen Hilfen zu vermitteln. Umgekehrt werden Familien auch seitens der Frühen Hilfen an niedergelassene medizinische Berufsgruppen als Teil des multiprofessionellen Netzwerks vermittelt, wenn im Rahmen der Familienbegleitung einschlägiger Unterstützungsbedarf festgestellt wird.

9 Erkennen von Vermittlungsbedarf

Wie erkenne ich den Bedarf?

Relevante Belastungen, die eine Begleitung durch das regionale Frühe-Hilfen-Netzwerk indizieren können, sind:

- Besondere **soziale Belastungen**, wie finanzielle Notlage, soziale/sprachliche Isolation, ungesicherter/unzureichender Wohnraum, geringe Qualifikation und/oder Arbeitslosigkeit der Hauptbezugsperson(en)
- Besondere **psychische Belastungen**, wie psychische Erkrankung/Suchterkrankung der Hauptbezugsperson oder des Partners / der Partnerin, Informationen über diesbezügliche Erkrankungen in der Vergangenheit, unerwünschte Schwangerschaft, partnerschaftliche Konflikte
- Spezifische **Merkmale der Eltern**, wie minderjährig, alleinerziehend, Behinderung oder körperliche chronische Erkrankung der Hauptbezugsperson oder des Partners / der Partnerin bzw. anderer Familienmitglieder, die durch die Hauptbezugsperson(en) versorgt werden
- **Erhöhte Betreuungsanforderungen des Kindes**, wie Frühgeburtlichkeit, Mehrlingsgeburt, Entwicklungsrückstand, Erkrankungen oder Behinderung, Regulationsschwierigkeiten
- **Spezifische Probleme und Belastungen** z. B. in Bezug auf frühere Schwangerschaften bzw. im Umgang mit Geschwisterkindern, eigene Erfahrungen mit Gewalt und Vernachlässigung der Hauptbezugsperson(en), frühere Kindesabnahmen bzw. eigene Erfahrungen mit Fremdunterbringung der Hauptbezugsperson(en)
- **Starke Zukunftsängste oder Überforderung** der Hauptbezugsperson(en)
- Schwierigkeiten in der **Annahme/Versorgung des Kindes** bzw. Störungen in der Mutter/Eltern-Kind-Bindung bzw. -Interaktion, Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden

Ein wichtiger Hinweis kann auch sein, wenn Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen nicht vollständig durchgeführt wurden oder generell die Kooperationsbereitschaft fehlt oder gering ist.

Zur exemplarischen Darstellung des Spektrums der möglichen Vermittlungsgründe wurde ein Überblicksblatt erstellt: https://nzfh.at/sites/nzfh.at/files/NZFH_Vermittlungsgrunde_2020.pdf.

Angesichts gesellschaftlicher Veränderungen können auch sozial abgesicherte Familien stark belastet sein und Unterstützung benötigen, z. B. bei Ängsten in Bezug auf den Klimawandel (vgl. Clayton et al. 2017; Lykins et al. 2024) oder aufgrund der Erwartungshaltung an Elternschaft und Rollenbilder, teilweise verstärkt durch Social Media (vgl. Liss et al. 2013).

Wahrnehmung, „Bauchgefühl“ und Fragen zur psychosozialen Situation zur Feststellung von Unterstützungsbedarf

Um Belastungen zu erkennen, ist es oft ausreichend, sich auf die eigene Wahrnehmung bzw. das eigene „Bauchgefühl“ zu verlassen. Im direkten Kontakt mit der Familie gibt es die Möglichkeit, wichtige **Eindrücke hinsichtlich der emotionalen, psychischen und oft auch sozialen Situation der Familie** zu sammeln, die auf einen Unterstützungsbedarf schließen lassen. So kann es zum Beispiel sein, dass die schwangere Frau bzw. die Eltern oder andere relevante Bezugspersonen des Kindes erschöpft, ängstlich, nervös oder überfordert wirken. Es kann deutlich werden, dass diese wenig soziale Unterstützung haben, belastende Konflikte in der Partnerschaft bestehen

oder die finanzielle Situation der Familie prekär ist. Sofern die Eltern/Bezugspersonen gemeinsam mit dem Säugling/Kleinkind anwesend sind, ist es auch möglich, die Eltern-Kind-Interaktion zu beobachten und beispielsweise festzustellen, ob feinfühliges Verhalten vorliegt und adäquat auf die Bedürfnisse des Kindes reagiert wird. Diese Wahrnehmungen, ebenso wie Informationen, die sich aus der Anamnese bzw. aus der Kenntnis der Familie bzw. einzelner Familienmitglieder im Falle einer bereits länger bestehenden Betreuung ergeben, erlauben es u. U. bereits, einen Bedarf zu erkennen. Auch wenn dieser nicht konkret fassbar ist, **kann bereits ein „Bauchgefühl“ ausreichend sein, um die Familie auf einen möglichen Unterstützungsbedarf anzusprechen.**

Ergänzend kann es sinnvoll sein, **kurze Fragen zur psychosozialen Situation** der Familie zu stellen. Es wurde dafür ein eigener Gesprächsleitfaden entwickelt (siehe Abschnitt 10 „Wie spreche ich es an?“).

10 Ansprechen von Eltern und gelingendes Vermitteln in das Frühe Hilfen Angebot

Wie spreche ich es an?

Anregungen für das Ansprechen von psychosozialen Themen und das Vermitteln zum zuständigen Frühe-Hilfen-Netzwerk bietet der eigens dafür entwickelte **Gesprächsleitfaden, der auch beispielhafte Textbausteine für die zentralen Gesprächsinhalte bereitstellt.** (https://nzfh.at/sites/nzfh.at/files/NZFH_Gesprachsleitfaden_NGL_ArztInnen_2020.pdf).

In der Praxis hat sich gezeigt, dass das **persönliche Gespräch mit der Familie hinsichtlich Unterstützungsbedarf und konkreten Angebote sehr wichtig** ist. Ein reines Überreichen des Informationsmaterials (Frühe-Hilfen-Flyer) ist viel weniger effektiv und motivierend und führt oft dazu, dass Familien nicht bei den Frühen Hilfen „ankommen“.

Es wird empfohlen, den Gesprächsleitfaden im Vorfeld durchzulesen und sich darauf aufbauend durchzudenken, wie man sich persönlich am wohlsten fühlt, psychosoziale Themen anzusprechen.

Für das jeweilige Gespräch kann es hilfreich sein, die **kurze Gesprächsanleitung als Erinnerungstütze** bei der Hand zu haben. (https://nzfh.at/sites/nzfh.at/files/NZFH_Kurzanleitung_Gespraech_2020.pdf).

Wie vermittele ich?

Es steht jeder Familie frei, von sich aus bzw. auf Empfehlung von anderen mit dem regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerk Kontakt aufzunehmen. **Ideal wäre es jedoch – wie auch im Gesprächsleitfaden vorgesehen – der Familie eine direkte Vermittlung anzubieten und diese bei Zustimmung der Familie möglichst zeitnah vorzunehmen.** So kann beispielsweise gleich im Beisein der Familie eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerk im Einzugsbereich erfolgen oder bald danach entweder telefonisch, per E-Mail oder auch über das Kontaktformular auf der Frühe-Hilfen-Website.

Das Angebot steht in ganz Österreich zur Verfügung. **Über die Frühe-Hilfen-Website (<https://fruehehilfen.at>) sind über einen Filter nach Wohnbezirk bzw. Postleitzahl die Kontaktinformationen des jeweils zuständigen Frühe-Hilfen-Netzwerks rasch zugänglich.** Außerdem verfügen die Netzwerke über jeweils spezifische Folder/Flyer, die Informationen zum Netzwerk inkl. Kontaktdaten beinhalten und auch den Familien weitergegeben werden können. Diese sind direkt über das jeweilige Netzwerk erhältlich.

Grundsätzlich reicht es, den **Namen und die Kontaktdaten (Telefonnummer, ev. E-Mail-Adresse) der Familie** zu übermitteln, die eine Kontaktaufnahme durch das regionale Frühe-Hilfen-Netzwerk wünscht. Da die Familie der Kontaktaufnahme aktiv zustimmt, ist die Übermittlung der Kontaktinformationen datenschutzrechtlich unbedenklich. Eine vertiefende Abklärung (psychosoziale Anamnese) vor der Vermittlung ist nicht notwendig, diese erfolgt eingangs im Rahmen der Frühen Hilfen. Allerdings ist es für die regionalen Netzwerke hilfreich, wenn wesentliche Basisinformationen (z. B. zentrale Gründe für Unterstützungsbedarf) bei der Kontaktaufnahme

(beim Telefonat, im E-Mail oder im entsprechenden Feld („Ihr Anliegen“) im Kontaktformular) angeführt werden.

Das **Frühe-Hilfen-Netzwerk** meldet sich in der Regel innerhalb von **3 Werktagen telefonisch bei der Familie** und vereinbart einen Termin für ein Erstgespräch. Nach dem Erstgespräch erfolgt eine **Rückmeldung an die vermittelnde Person**, ob eine Begleitung im Rahmen der Frühen Hilfen zustande kommt oder nicht.

Die Familien können auch selbst mit dem Frühe-Hilfen-Netzwerk Kontakt aufnehmen (Selbstmelder:innen). Sofern eine Familie einer direkten Kontaktaufnahme durch die Ärztin bzw. den Arzt nicht zustimmt, sollte daher – wie im Gesprächsleitfaden angeführt – jedenfalls **mit motivierenden Worten Informationsmaterial (Frühe-Hilfen-Flyer) übergeben bzw. auf die Frühe-Hilfen-Website verwiesen** werden.

Diese Website beinhaltet auch einen Bereich mit **Informationen für Familien** zu Frühen Hilfen sowie zahlreichen Themen rund um die relevante Lebensphase (<https://fruehehilfen.at/infos-fuer-familien>). Diese stehen auch in neun Fremdsprachen (Arabisch, BKS, Englisch, Dari/Farsi, Rumänisch, Russisch, Türkisch, Ungarisch, Ukrainisch) zur Verfügung (siehe Sprachauswahl auf <https://fruehehilfen.at>). Ein Hinweis darauf kann für alle Familien hilfreich sein und bei Familien mit Unterstützungsbedarf Bereitschaft und Motivation zur Inanspruchnahme der Frühen Hilfen fördern.

11 Praxisbeispiele: Intervention und Verlauf

Die eingangs angeführten Praxisbeispiele sind real und stellen typische Konstellationen der Frühe Hilfen dar. Eine systematische Erfassung der durch die regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke begleiteten Familien erfolgt durch die österreichweite, einheitliche Datenerfassung zu Frühen Hilfen, FRÜDOK. Die Ergebnisse dieser Begleitdokumentation werden jährlich publiziert (<https://nzhf.at/publikationen/jahresberichte>).

Kinderärztliche Praxis

Im eingangs skizzierten Praxisbeispiel von Frau T. übergibt ihr der Kinderarzt einen Flyer des regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerks und erklärt ihr kurz das Angebot: eine Familienbegleiterin kommt kostenlos, unverbindlich und je nach Bedarf auch über einen längeren Zeitraum regelmäßig zu ihr nach Hause und hilft ihr, den Alltag mit ihrem Kind zu meistern und passende Unterstützungsangebote zu finden, die sie entlasten und sich damit auch positiv auf ihr Kind auswirken. Nachdem Frau T. mit der Kontaktaufnahme einverstanden ist, **schickt der Kinderarzt noch während des Gesprächs eine E-Mail an das Frühe-Hilfen-Netzwerk mit ihren Kontaktdaten** und der Bitte, sich mit ihr in Verbindung zu setzen.

Seitens des Frühe-Hilfen-Teams wird eine passende Familienbegleiterin ausgewählt. Diese meldet sich bereits am nächsten Tag telefonisch bei Frau T. und vereinbart einen ersten **Hausbesuch** mit ihr. Im Zuge eines ausführlichen Erstgesprächs sehen beide Seiten (sowohl Frau T. als auch die Familienbegleiterin) das Frühe-Hilfen-Angebot als passend an und vereinbaren eine Familienbegleitung. Der Kinderarzt wird vom Frühe-Hilfen-Netzwerk informiert, dass eine Kontaktaufnahme stattgefunden hat und Frau T. durch Frühe Hilfen begleitet wird.

Im Rahmen der Familienbegleitung wird Frau T. u. a. dabei unterstützt, eine **regelmäßige Tagesstruktur und Einschlafrituale** zu etablieren. Für die Mutter und das Kind wird eine **Psychotherapie mit Bindungsaufbau** organisiert. Durch Einbeziehen der Freundin und der Großmutter des Kindes sowie den vorübergehenden Einsatz einer Familienhelferin gelingt es, für Frau T. **Freiräume** zu schaffen, damit diese sich immer wieder erholen kann. Im Kontakt mit der Kinder- und Jugendhilfe werden **Alimentationszahlungen und Besuchszeiten** mit dem Kindesvater vereinbart.

Durch die frühzeitige Organisation von Unterstützungsmaßnahmen kann mit relativ einfachen Mitteln eine drohende Erschöpfung von Frau T. abgewendet und das finanzielle Auslangen der Familie sichergestellt werden. Durch den kontinuierlichen Kontakt mit der Familienbegleiterin erlangt Frau T. mehr Sicherheit in der Gestaltung des Alltags mit einem Kind und schafft es zunehmend auch selbst, sich bei Bedarf Unterstützung zu organisieren.

Bei der Hausärztin

Die Ärztin rät Frau N., ergänzend zu den medizinischen Kontrollen beim Kinderarzt auch mit dem regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerk Kontakt aufzunehmen. Sie beruhigt Frau N. dahingehend, dass viele junge Familien die Lebensumstellung als belastend erleben und dies ganz „normal“ sei. **Frau N. zögert, nimmt das Hilfsangebot aber letztlich an, und die Vermittlung erfolgt**

telefonisch durch die **Ordinationsassistentz im Anschluss an den Termin**. Seitens des Frühe-Hilfen-Teams, das Frau N. in den nächsten Tagen kontaktiert und mit ihr im Rahmen eines Hausbesuchs eine detaillierte Abklärung ihres Unterstützungsbedarfs durchführt, werden **folgende Interventionen** gesetzt:

- » Anbindung an eine **psychotherapeutische Begleitung**, um das traumatisierende Geburtserlebnis aufzuarbeiten;
- » Sichtbarmachen von Ressourcen im familiären Umfeld und im Freundeskreis, um Frau N. **Auszeiten** zu verschaffen; ergänzend wird eine **mobile Tagesmutter** für zwei halbe Tage pro Woche organisiert;
- » Anbindung an eine offene **Eltern-Kind-Gruppe** sowie an eine **Stillgruppe**;
- » wöchentliche **Entlastungsgespräche** mit der Familienbegleiterin

Durch die Begleitung, die 4 Monate dauert, kann eine **psychische Stabilisierung der Kindesmutter** erreicht werden. Durch diese ist Frau N. in der Lage, ihre Rolle als Mutter positiv zu sehen und aktiv zu leben, was sich wiederum positiv auf die **Mutter-Kind-Bindung und die Entwicklung des Kindes** auswirkt. Die Stillprobleme können gänzlich behoben werden.

Die beiden Praxisbeispiele illustrieren, dass es mit dem frühzeitigen Erkennen des Bedarfs, der Vermittlung zu den Frühen Hilfen und der nachfolgenden bedarfsorientierten Unterstützung - durch die Familienbegleitung des Frühe-Hilfen-Teams sowie die weiterführenden spezifischen Angebote - oft gelingt, die familiäre Situation zu entlasten und damit bessere Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen zu schaffen. **Durch die Begleitung der Eltern in einer schwierigen Lage oder Phase kann verhindert werden, dass sich die Belastungen weiter verschärfen und in negativen Kindheitserfahrungen niederschlagen.** Selbst bei einer stark belasteten Lebenssituation kann die Unterstützung den - bereits von Kindern wie Eltern erlebten - chronischen Stress reduzieren und die langfristigen Folgen verhindern oder deutlich abmildern. **Die im niedergelassenen medizinischen Bereich tätigen Fachpersonen (Ärztinnen, Ärzte, Hebammen, Pflegekräfte und alle anderen Gesundheitsberufe) sind hierbei von zentraler Bedeutung**, da sie über ihren Kontakt mit schwangeren Frauen und Familien mit Kleinkindern den Zugang zu Familien mit Bedarf sicherstellen können.

Hinweis:

Neben diesem Literaturstudium steht noch eine weitere, interaktiv gestaltete Fortbildung zu Frühen Hilfen zu Verfügung: <https://h5p.org/h5p/embed/649354>.

Alle im Text angeführten unterstützenden Materialien (Gesprächsleitfaden, Gesprächsanleitung, Überblick über Vermittlungsgründe) stehen auch auf der Fachleute-Website zu Frühen Hilfen www.nzfh.at zur Verfügung: <https://nzfh.at/materialien/arbeitshilfen>.

Literatur

- Alio, Amina (2017): Toxic Stress and Maternal and Infant Health: A Brief Overview and. Tips for Community Health Workers. University of Rochester Medical Center, NYS Maternal Infant Health Center of Excellence [online].
https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/finger-lakes-regional-perinatal/documents/Toxic-Stress-_27June2017_Final.pdf [Zugriff am 14.08.2024]
- Asisi, V. (2015): Entwicklungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung. Chancen und Risiken in der Interaktion mit Mutter und Vater. Hg. v. Springer Fachmedien Wiesbaden
- Barnes, Andrew (2016): Childhood Stress and Resilience. In: Health Promotion for Children and Adolescents. Hg. v. Korin, M.R. Springer, Boston, MA. S. 85-S. 98
- Bellis, Mark A.; Hughes, Karen; Ford, Kat; Ramos Rodriguez, Gabriela; Sethi, Dinesh; Passmore, Jonathon (2019): Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. In: Lancet Public Health 2019/4:10
- Bellis, Mark A.; Hughes, Karen; Leckenby, Nicola; Jones, Lisa; Baban, Adriana; Kachaeva, Margarita; Povilaitis, Robertas; Pudule, Iveta; Qirjako, Gentiana; Ulukol, Betül (2014): Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. In: Bulletin of the World Health Organization 92/:641-655
- Bethell, Christina; Jones, Jennifer; Gombojav, Narangerel; Linkenbach, Jeff; Sege, Robert (2019): Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample. In: National Library of Medicine 2019/173:11
- Bock, J. (2020): Fetale Programmierung – Epigenetik. In K.H. Brisch, W. Sperl & K. Kruppe (Hrsg.) Early Life Care. Frühe Hilfen von der Schwangerschaft bis zum 1. Lebensjahr. Das Grundlagenbuch. Hg. v. Klett-Cotta. Stuttgart
- Clayton, Susan; Manning, Christie; Krygsman, Kirra; Speiser, Meighen (2017): Mental Health and Our Changing Climate: Impacts, Implications, and Guidance. Hg. v. American Psychological Association and ecoAmerica, Washington D.C.
- Daines, Chantel L.; Hansen, Dustin; Novilla, M. Lelinneth B.; Crandall, AliceAnn (2021): Effects of positive and negative childhood experiences on adult family health. In: BMC public health 21/1:651
- Danese, Andrea; Moffitt, Terrie E.; Pariante, Carmine M.; Ambler, Antony; Poulton, Richie; Caspi, Avshalom (2008): Elevated Inflammation Levels in Depressed Adults With a History of Childhood Maltreatment. In: Arch Gen Psychiatry 65/4:409-416
- Felitti, Vincent J.; Anda, Robert F.; Nordenberg, Dale; Williamson, David F.; Spitz, Alison M.; Edwards, Valerie; Koss, Mary P.; Marks, James S. (1998): Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. In: American Journal of Preventive Medicine 14/4:245-258
- Gunnar, Megan R.; Morison, Sara J.; Chisholm, Kim; Schuder, Michelle (2001): Salivary cortisol levels in children adopted from Romanian orphanages. In: Development and psychopathology 13/3:611-628

- Haas, Sabine; Weigl, Marion (2023): Frühe Hilfen Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich 2023. Gesundheit Österreich, Wien
- Höhl, Stefanie; Pauen, Sabina (2022): Neue Erkenntnisse der Gehirnforschung und ihre Bedeutung für frühes Lernen. In: Handbuch Frühe Kindheit 2:123–134
- Hughes, Karen; Bellis, Mark A.; Hardcastle, Katherine A.; Sethi, Dinesh; Butchart, Alexander; Mikton, Christopher; Jones, Lisa; Dunne, Michael P. (2017): The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. In: The Lancet 2017/2:356–366
- Kundakovic, Marija; Champagne, Frances A. (2015): Early-Life Experience, Epigenetics, and the Developing Brain. In: Neuropsychopharmacology Reviews 2015/40:141–153
- Liss, Miriam; Schiffrin, Holly H.; Rizzo, Kathryn (2013): Maternal Guilt and Shame: The Role of Self-discrepancy and Fear of Negative Evaluation. In: Journal of Child and Family Studies 22/8:1
- Lykins, Amy D.; Mary, Bonich; Sundaraja, Cassandra ; Suzanne, Cosh. (2024): Climate change anxiety positively predicts antenatal distress in expectant female parents. In: Journal of Anxiety Disorders 101/2024:102801
- Massin, Martial M.; Withofs, Nadia; Maeyns, Kristel; Ravet, Françoise (2001): The Influence of Fetal and Postnatal Growth on Heart Rate Variability in Young Infants. In: Cardiology 2001/95:80–83
- McDade, T. W.; Leonard, W. R.; Burhop, J.; Reyes-Garcia, V.; Vadez, V.; Huanca, T.; Godoy, R. A. (2005): Predictors of C-reactive protein in Tsimane' 2 to 15 year-olds in lowland Bolivia. In: American Journal of Physical Anthropology 128/4:906–913
- McMullen, Sarah; Mostyn, Alison (2009): Animal models for the study of the developmental origins of health and disease. In: PubMed 68/3:20–306
- Metzler, Marilyn; Merrick, Melissa T.; Klevens, Joanne; Ports, Katie A.; Ford, Derek C. (2017): Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. In: Elsevier 2017/72:141–149
- Miller, Gregory; Chen, Edith; Cole, Steve W. (2009): Health Psychology: Developing Biologically Plausible Models Linking the Social World and Physical Health. In: Annual Review of Psychology 2009/60:501–524
- Miller, Gregory E.; Chen, Edith (2007): Unfavorable Socioeconomic Conditions in Early Life Presage Expression of Proinflammatory Phenotype in Adolescence. In: Psychosomatic Medicine 2007/69:402–409
- Narayan, Angela J.; Rivera, Luisa M.; Bernstein, Rosemary E.; Harris, William W.; Lieberman, Alicia F. (2018): Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale. In: Elsevier 2018/78:19–30
- Overfeld, J; Buss, Claudia; Heim, Christine (2016): Psychische und körperliche Krankheitsanfälligkeit. Die Bedeutung früher traumatischer Lebenserfahrungen. In: InFo Neurologie & Psychiatrie 18/9:30–40
- Overfeld, Judith; Buss, Claudia; Heim, Christine (2016): Psychische und körperliche Krankheitsanfälligkeit. Die Bedeutung früher traumatischer Lebenserfahrungen. In: InFo Neurologie + Psychiatrie 18/9:10

- Palma-Gudiel, Helena; Córdova-Palomera, Aldo; Eixarch, Elisenda; Deuschle, Michael; Fañanás, Lourdes (2015): Maternal psychosocial stress during pregnancy alters the epigenetic signature of the glucocorticoid receptor gene promoter in their offspring: a meta-analysis. In: PubMed 2015/10:893-902
- Schmidt, Kim L.; Merrill, Sarah M.; Gill, Randip; Miller, Gregory E.; Gadermann, Anne M.; Kobor, Michael S. (2021): Society to cell: How child poverty gets "Under the Skin" to influence child development and lifelong health. In: Elsevier 2021/61:100983
- Shalev, Idan (2012): Early life stress and telomere length: Investigating the connection and possible mechanisms. A critical survey of the evidence base, research methodology and basic biology. In: Bioessays 34/11:52-943
- Shirtcliff, Elizabeth A.; Coe, Christopher L.; Pollak, Seth D. (2009): Early childhood stress is associated with elevated antibody levels to herpes simplex virus type 1. In: PNAS 106/8:2963-2967
- Shonkoff, Jack P.; Fisher, Philip A. (2013): Rethinking evidence-based practice and two-generation programs to create the future of early childhood policy. In: Dev Psychopathol 25/402:1635-1653
- Shonkoff, Jack P.; Garner, Andrew S. (2011): The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. In: American Academy of Pediatrics 2011/30:232-246
- Smeeth, Demelza; Beck, Stephan; Karam, Elie G.; Pluess, Michael (2021): The role of epigenetics in psychological resilience. Lancet Psychiatry. In: The Lancet 8/7:620-629
- Stevens, C.; Lauinger, B.; Neville, H. (2009): Differences in the neural mechanisms of selective attention in children from different socioeconomic backgrounds: an event-related brain potential study. In: Developmental science 12/4:46-634
- Teicher, Martin H.; Samson, Jacqueline A. (2016): Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. In: J Child Psychol Psychiatry 57/3:241-266
- Tyborowska, Anna; Volman, Inge; Niermann, Hannah; Pouwels, Loes; Smeekens, Sanny; Cillessen, Antonius; Toni, Ivan; Roelofs, Karin (2018): Early-life and pubertal stress differentially modulate grey matter development in human adolescents. In: Scientific Reports 2018/8:1-11
- Yehuda, Rachel; Bierer, L. M. (2009): The relevance of epigenetics to PTSD: Implications for the DSM-V. In: Journal of Traumatic Stress 22/5:427-434