

## 4 Materialien

Übersicht	
M01	Explorationsschema für Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter
M02	Ersterhebungsbogen bei Therapien von Fütterstörungen oder Sondenentwöhnung
M03	Schrei-, Schlaf- und Füttertagebuch
M04	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
M05	Protokollbogen zur videogestützten Interaktionsanalyse
M06	Merkblatt „Schreien“
M07	Merkblatt „Schlafen“
M08	Merkblatt „Goldene Regeln zur Unterstützung der Schlaf-Wach-Organisation“
M09	Merkblatt „Prävention von Schlafstörungen während der ersten drei Monate“
M10	Merkblatt „Voraussetzungen für eine gelingende Schlafintervention (ab dem 6. Lebensmonat)“
M11	Merkblatt „Füttern“
M12	Merkblatt „Allgemeine Essensregeln“
M13	Essensplan
M14	Essensprotokoll
M15	Trinkplan
M16	Therapieplan

**M01**

**Explorationsschema für Störungen  
im Säuglings- und Kleinkindalter**

Vorstellungs-/Aufnahmebedingungen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erstgespräch durchgeführt mit:

Mutter  Vater  andere Verwandte  andere Bezugsperson

Kind/Jugendlicher anwesend

Anregung der Vorstellung?

Eltern

Kinderarzt

Hebamme

\_\_\_\_\_

**Aktuelle Probleme**

Was sind die Probleme, weshalb Sie uns aufsuchen?

Bisherige Konsultationen aufgrund der berichteten Verhaltensprobleme

Bisherige Untersuchungen und Testverfahren (ggf. mit Ergebnissen)

Wurde bereits eine Diagnose gestellt?

Problemklärung: Was vermuten Sie, was die Ursachen für die aktuellen Schwierigkeiten sind?

Wie sind sie bisher mit dem Problem umgegangen? Gibt es auch Situationen, wo es besser klappt?

Haben Sie eine Idee, was Sie tun könnten, damit sich das Problem verringert?

Was müsste bei Ihrer Tochter/Ihrem Sohn passieren, damit sich das Problem verringert?

Was müsste sich in der Eltern-Kind Beziehung ändern?

Was sind Ihre Erwartungen an uns?

### Familienanamnese

Wir möchten nun Genaueres über Ihre Tochter/Ihren Sohn erfahren und werden Ihnen deshalb eine Reihe von Fragen zu spezifischen Lebensbereichen ihres Kindes stellen.

Mit wem wohnt Ihre Tochter/ihr Sohn zusammen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> leibliche Mutter                 | <input type="checkbox"/> leiblicher Vater                  |
| <input type="checkbox"/> Stiefmutter                      | <input type="checkbox"/> Stiefvater                        |
| <input type="checkbox"/> Adoptivmutter                    | <input type="checkbox"/> Adoptivvater                      |
| <input type="checkbox"/> Pflegemutter                     | <input type="checkbox"/> Pflegevater                       |
| <input type="checkbox"/> Großmutter                       | <input type="checkbox"/> Großvater                         |
| <input type="checkbox"/> Verwandte, sonstige Ersatzmutter | <input type="checkbox"/> Verwandter, sonstiger Ersatzvater |

Ethnische Herkunft

Herkunftsland leibliche Mutter: \_\_\_\_\_ In D/CH/A seit: \_\_\_\_\_

Herkunftsland leiblicher Vater: \_\_\_\_\_ In D/CH/A seit: \_\_\_\_\_

**Alter:** Alter der Mutter: \_\_\_\_\_ Alter des Vaters: \_\_\_\_\_

**Schulabschluss der Eltern** (Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen – falls mehrere, den höchsten)

- | leibliche Mutter                                       | leiblicher Vater         |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule/Sekundar A        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Realschule/Sekundar E         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Abitur/Matura                 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschule/Universität | <input type="checkbox"/> |

Ausbildung und Beruf

- | Mutter   | Vater                    |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung/Studium       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> keine abgeschlossene Berufsausbildung/Studium | <input type="checkbox"/> |

Beruf der (leiblichen) Mutter: \_\_\_\_\_

Beruf des (leiblichen) Vaters: \_\_\_\_\_

Beruflicher Status

- | leibliche Mutter   | leiblicher Vater         |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedriger Berufsstatus (un- und angelernte Arbeiter)  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> einfacher Berufsstatus (Beamte, Angestellte und Facharbeiter mit einfachen Tätigkeitsbereichen)                               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> mittlerer Berufsstatus (Beamte im mittleren Dienst, Vorarbeiter/ Kolonnenführer, Angestellte mit erweitertem Aufgabenbereich) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> hoher Berufsstatus (Selbstständige, Führungskräfte, Personen mit hohen Entscheidungsbefugnissen)                              | <input type="checkbox"/> |

**Derzeitige Tätigkeit** (Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen)

leibliche Mutter		leiblicher Vater	
<input type="checkbox"/>	ganztags erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Schichtarbeit Vollzeit	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	regelmäßig teilzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/>	
_____ %	Stellenprozent	_____ %	
<input type="checkbox"/>	unregelmäßig beschäftigt/Gelegenheitsarbeit	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	arbeitslos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Umschulung/Ausbildung/Studium	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	(Invaliden-)Rentner/in	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	im Haushalt tätig	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	

**Geschwister:** Wie viele leibliche Geschwister hat Ihr Kind?

Name des Geschwisters:	geboren am:	Erkrankung/Verhaltensproblem:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Erkrankungen in der Familie	Vater	Mutter	Angehörige	Welche/r Angehörige/r? Welche Erkrankung? Wann?
<i>Körperliche Erkrankungen</i>				
Schwere Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma o. a. Lungenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz- und Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leber- und Nierenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stationäre körperliche Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stationäre psychische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ambulante psychische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Seelische Erkrankungen</i>				
Angsterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zwangserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schizophrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere, noch nicht genannte Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges				

<b>Schwangerschaft, Geburt und medizinische Faktoren</b>			
Befinden der Mutter während der Schwangerschaft mit dem jetzt vorgestellten Kind	Ja	Nein	
Medizinische Auffälligkeiten und Komplikationen während der Schwangerschaft (Zu hoher Blutdruck, Ödeme, Gestationsdiabetes, Gestose, Starke Gewichtszunahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wiederholte Blutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Einnahme Wehen hemmender Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In welcher Woche?
Übermäßige Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In welcher Woche?
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Narkose während der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Röntgenuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie viel?
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie viel?
Seelische Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Waren längere Liegezeiten notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
War das Kind zum damaligen Zeitpunkt erwünscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Berufstätigkeit der Mutter während der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie lange? Als was?
<b>Angaben zur Geburt</b>	Ja	Nein	
Die Geburt erfolgte rechtzeitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	in der _____ Woche
Zu früh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu früh $\leq 37$ Wochen
Zu spät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu spät $\geq 42$ Wochen
Geburt im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hausgeburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Musste die Geburt eingeleitet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde eine Narkose gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Traten Geburtskomplikationen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gabe es eine Lageanomalie? (z. B. Steißlage, Querlage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zangengeburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saugglocke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaiserschnitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auf Wunsch (Wunschkaiserschnitt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Befinden des Neugeborenen</b>			
Geburtsgewicht: _____ g    Geburtslänge: _____ cm    Kopfumfang: _____ cm			
Apgar-Werte: ___ / ___ / ___    Aussehen: <input type="checkbox"/> rosig <input type="checkbox"/> bläulich <input type="checkbox"/> gelb			
	Ja	Nein	
Gab es nach der Geburt medizinische Probleme bei ihrem Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Befinden der Mutter nach der Geburt	Ja	Nein	
Gab es nach der Geburt psychische Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
„Babyblues“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie lange?
depressive Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie lange?
Schizophrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie lange?
andere Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie lange? Welche?
<b>Befinden des Babys</b>			
Wie entwickelte sich Ihr Kind nach der Geburt (Postpartale Adaptation)? <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig			
Probleme bitte beschreiben:			
<b>Kindliche Entwicklung</b>			
Bisherige Entwicklung			
War Ihr Kind während der ersten Zeit	Ja	Nein	
besonders ruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
besonders unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
besonders empfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde das Kind gestillt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie lange?
Traten Ernährungsprobleme auf (z. B. häufiges Erbrechen, schlechter Esser)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? Wann/Wie lange?
<i>Falls Patient Kleinkind:</i> Genauere Angaben zur aktuellen Ernährung (isst „normal“; muss gefüttert werden; Nahrungsverweigerung; heißhungrig; kennt kein Maß; wählerisch; verwöhnt; usw.)			
Wie beurteilen Sie das Schlafverhalten Ihres Kindes? _____			
Wann geht Ihr Kind im Allgemeinen ins Bett? _____			
	Ja	Nein	
Schläft das Kind im eigenen Bett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einschlafprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Früher? Wann?
Durchschlafprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Früher ? Wann?
Genauere Angaben zur aktuellen Schlafsituation			

Halten Sie Ihr Kind für altersgemäß entwickelt?	Ja	Nein	
In körperlicher Hinsicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In geistiger Hinsicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Im Beziehungsverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wer versorgt das Kind vorwiegend? _____			
Welche Bezugspersonen hat Ihr Kind?			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
Gab es im ersten Lebensjahr eine längere Trennung von der primären Bezugsperson: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wie gestaltete sich die Betreuungssituation im ersten Lebensjahr?			
<input type="checkbox"/> nur bei primärer Betreuungsperson			
<input type="checkbox"/> Tagesstätte, etc. ab: _____			
<input type="checkbox"/> viele unterschiedliche Betreuungssituationen erforderlich			
<input type="checkbox"/> _____			
Werden Sie durch Dritte in der Versorgung Ihres Kindes unterstützt? Wenn ja, durch ...	Ja	Nein	Wie viele Stunden/Tag?
Anderes Elternteil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wer?
Freunde/Innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sozialpädagogische Familienhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amb. Kinderkrankenschwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wer?
Bisherige Erkrankungen bzw. Probleme	Ja	Nein	
Ist Ihr Kind oft krank (Infekte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leidet Ihr Kind unter Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leidet Ihr Kind an Neurodermitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Litt Ihr Kind unter Fieberkrämpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?
Litt oder leidet ihr Kind unter epileptischen Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?
Muss Ihr Kind Medikamente nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Gab es Krankenhausaufenthalte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weswegen?
Gab es genetische Untersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergebnis?
Ist eine Sehbeeinträchtigung gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?

	Ja	Nein	
Ist das Gehör beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt eine körperliche Behinderung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Gibt es andere Beeinträchtigungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Wurden bei einer U-Untersuchung bezüglich der Motorik Auffälligkeiten festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
<b>Einschneidende Lebensereignisse</b>			
Gab es in den vergangenen 6 Monaten einschneidende Lebensereignisse (Arbeitsaufnahme der Mutter, Umzug, Trennung der Eltern, Scheidung, Krankheit/Verlust/Tod eines Angehörigen, Unfälle, Verlust des Arbeitsplatzes, Gewalterfahrung)?			
Stehen in der nächsten Zeit größere Lebensveränderungen an (Umzug, Trennung/Scheidung, Arbeitsplatzwechsel)?			
<b>Wirtschaftliche Verhältnisse der Familie</b>			
Halten Sie Ihre finanzielle Situation für gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... für ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... für nicht ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wohnverhältnisse	Ja	Nein	
Wir bewohnen eine Mietwohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ca. _____ qm
Wir bewohnen ein Eigenheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ca. _____ qm
Wir bewohnen eine Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ca. _____ qm
Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? _____			
Wohnen noch andere Personen (z. B. Verwandte) in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Hat das Kind ein eigenes Zimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ca. _____ qm
Wenn nein, mit wem teilt es das Zimmer? _____			
Hat das Kind genügend Spielmöglichkeiten?	Ja	Nein	
drinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb nicht?
draußen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb nicht?
Gibt es Haustiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?



<b>Risikofaktoren (vom Behandler auszufüllen)</b>	Ja	Nein	Unbekannt
Die Mutter und/oder ihr Partner haben vor dem 18. Lebensjahr in einem Heim gelebt (oder es wechselte vor dem 18. Lebensjahr mehr als zweimal die familiäre Betreuung der KE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mutter und/oder Ihr Partner sind in der Vergangenheit strafrechtlich verfolgt worden/auffällig geworden? (Kriminalität/Delinquenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Belastungen in der Lebenssituation der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mutter ist sehr jung (bei Geburt des Kindes $\leq 18$ Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mutter hat mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter $\leq 20$ Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mutter ist alleinerziehend und sozial isoliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bezugsperson erlebt aktuell eine krisenhafte Trennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Hinweise auf schwere Konflikte oder Gewalt in der aktuellen Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Hinweise auf Alkohol-/Drogenkonsum bei der Mutter oder deren Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Hinweise auf psychische Erkrankungen der Mutter oder deren Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Familie lebt in Armut (unter dem Existenzminimum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Familie ist sozial isoliert und bekommt wenig Unterstützung von außen (im Alltag sind kaum Kontaktpersonen verfügbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte kurz beschreiben)			
Das Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist in seinem Verhalten im Vergleich zu Gleichaltrigen schwierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist deutlich entwicklungsverzögert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist körperlich/geistig behindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind hat eine chronische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte kurz beschreiben)			
Beobachtetes Fürsorgeverhalten von Mutter/Vater gegenüber dem Kind. Die Bezugsperson....	Ja	Nein	Unbekannt
... reagiert ablehnend, genervt, uninteressiert auf die Anliegen des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zeigt wenig Interesse oder Unterstützung an der Förderung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... äußert deutliche Überlastung und Probleme bei der Erziehung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... äußert sich überwiegend ablehnend und negativ über das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... reagiert nicht oder mit Überforderung auf die Signale des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wirkt psychisch auffällig (depressiv, impulsiv/aggressiv, emotional instabil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit: Gibt es in der Familie Personen mit psychiatrischen oder neurologischen Erkrankungen oder Entwicklungsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Erkrankung?			

## M02 Ersterhebungsbogen bei Therapien von Fütterstörungen oder Sondenentwöhnung<sup>1</sup>

Sehr geehrte Eltern,  
um die Therapie Ihres Kindes vorbereiten zu können, werden die im Fragebogen erfragten Informationen benötigt. Wir verpflichten uns selbstverständlich zur Wahrung der Schweigepflicht und zum absolut vertraulichen Umgang mit allen erhobenen Daten. Ihre persönlichen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Sollten Sie Fragen zum Ersterhebungsbogen haben, können Sie sich jederzeit mit uns in Verbindung setzen.

### 1. Allgemeine Angaben zu Ihrem Kind

Vorname Ihres Kindes:	Nachname Ihres Kindes:	Geburtsdatum Ihres Kindes:
Straße/Hausnummer:	PLZ/Wohnort:	Telefon:
Name des Kinderarztes:	Adresse Kinderarzt:	Telefon Kinderarzt:
Aktuelles Körpergewicht:	Aktuelle Körpergröße:	Aktueller Kopfumfang:
Errechneter Geburtstermin:	Geburtsgewicht:	Schwangerschaftswoche:

### 2. Angaben zur Sondenernährung

**Wird Ihr Kind teilweise oder vollständig per Sonde ernährt?**

Ja  Nein (Bitte gehen Sie zu Punkt 4 über)

Nasogastrische Sonde	<input type="checkbox"/>	Von:	Bis:
PEG-Sonde	<input type="checkbox"/>	Von:	Bis:
Button	<input type="checkbox"/>	Von:	Bis:
Jejunal-Sonde	<input type="checkbox"/>	Von:	Bis:

**Wie hoch ist der Anteil, den Sie per Sonde zuführen?**

Anteil der Aufnahme per Sonde	0 %	25 %	50 %	75 %	100 %
Flüssigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> © Wilken und Jotzo (2007). Abdruck erfolgt mit Genehmigung der Autoren.

Warum erfolgte die Sondenlegung?						
<input type="checkbox"/> Nahrungsverweigerung	<input type="checkbox"/> Geringe Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> Schluckstörung				
<input type="checkbox"/> Geringe Flüssigkeitszunahme	<input type="checkbox"/> Intensivmedizinische Versorgung	<input type="checkbox"/> Andere Ursachen				
Welche?						
Gibt oder gab es Komplikationen mit der Sonde?						
<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Entzündete Haut	<input type="checkbox"/> Wildes Fleisch (PEG)				
<input type="checkbox"/> Dysfunktion der Sonde	<input type="checkbox"/> Nässende Wunden	<input type="checkbox"/> Andere				
Welche?						
3. Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes						
Bei oraler Zufuhr sind Schätzwerte ausreichend!				Sind Sie damit zufrieden?		
				Ja	Nein	
Wie viel Nahrung bekommt Ihr Kind täglich?	ca.	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wie viel Flüssigkeit bekommt Ihr Kind täglich?	ca.	ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wie lange dauert eine Mahlzeit Ihres Kindes?	ca.	Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wie viele Mahlzeiten geben Sie pro Tag?	ca.	Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wie viel Zeit liegt zwischen den Mahlzeiten?	ca.	Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Welche Nahrungsmittel/ Flüssigkeiten geben Sie Ihrem Kind?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat Ihr Kind besondere Essvorlieben, die Sie überraschen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In welcher Position und womit füttern Sie Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> Sitzen	<input type="checkbox"/> Liegen	<input type="checkbox"/> Stehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Löffel	<input type="checkbox"/> Finger	<input type="checkbox"/> Flasche	<input type="checkbox"/> Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Welche oralmotorischen Fertigkeiten besitzt Ihr Kind bereits?						
<b>Folgendes wird geschluckt ohne vermehrtes Husten oder Verschlucken:</b>	immer	meis- tens	selten	nie		
Speichel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Flüssigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Breiige Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Feste Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>Welche der folgenden Fertigkeiten besitzt Ihr Kind bereits?</b>	immer	meis- tens	selten	nie
Saugt an der Flasche/Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordiniert Saugen, Schlucken, Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkt aus der Trinklernflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkt aus einem normalen Becher/Tasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann breiige Nahrung essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Nahrung mit Stückchen essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann feste Nahrung essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaut auf Spielzeug herum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaut Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann abbeißen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt den Löffel selbstständig zum Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isst selbstständig feste Nahrung (Brot, Banane etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Wie nehmen Sie Ihr Kind in der Füttersituation wahr?</b>				
	nie	selten	häufig	immer
Mein Kind vermeidet den Blickkontakt beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kinder zeigt Signale von Hunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss mein Kind zum Essen zwingen, sonst gedeiht es nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Spaß am Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind isst genug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind erbricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind lässt sich füttern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind isst nur mit Zwang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Angst vorm Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bestimmt wie viel mein Kind essen muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge mich, dass mein Kind zu wenig Essen bekommt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die häusliche Fütter-/Esssituation ist entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie dazu noch etwas anmerken möchten, ist hier Platz dafür:				

6. Verhaltensweisen des Kindes				
Treten folgende Verhaltensweisen Ihres Kindes vor, während oder nach dem Essen auf – und wenn ja, wie häufig?	Pro Monat	Pro Woche	Pro Tag	Tritt nicht auf
Nahrungsverweigerung				
Erbrechen				
Würgen				
Essen mit Zwang				
Ungewöhnliches Essverhalten (z. B. Essen nur vor dem Fernseher/beim Spielen, nur wenn bestimmte Rituale durchgeführt werden)				
Kau-, Saug-, Schluckprobleme				
Falls die Verhaltensweisen auftreten, seit wann dauert dies an?	1 Monat	2 Monate	3 Monate	Länger als 3 Monate
Nahrungsverweigerung				
Erbrechen				
Würgen				
Essen mit Zwang				
Ungewöhnliches Essverhalten (z. B. Essen nur vor dem Fernseher/beim Spielen, nur wenn bestimmte Rituale durchgeführt werden)				
Kau-, Saug-, Schluckprobleme				
7. Wie hat sich Ihr Kind entwickelt?				
	ja	teils	nein	
Mein Kind kann ohne Unterstützung sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind hat sich ganz normal entwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind kann im Vier-Füßler-Stand krabbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind kann mit Unterstützung stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind hat Probleme in einigen Entwicklungsbereichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind kann mit Unterstützung laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind kann alles, was es für sein Alter können muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind kann ohne Unterstützung stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind kann ohne Unterstützung laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein Kind entwickelt sich langsamer als andere Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. Wie schätzen Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes ein?					
	ja	eher ja	eher nein	nein	weiß nicht
Mein Kind wird schneller krank als andere Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke häufig darüber nach, den Arzt anzurufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind muss häufig zu Hause bleiben, um nicht zu erkranken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meinem Kind sind häufiger medizinische Maßnahmen nötig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schaue nachts oft nach meinem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind sieht oft nicht gut aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat weniger Energie als andere Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat häufig Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**M04****Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)<sup>2</sup>**

Bitte kreuzen Sie im Folgenden die Antworten an, die am ehesten Ihr Befinden während der letzten sieben Tage beschreiben.

**1. In den letzten 7 Tagen konnte ich lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen**

- 0  Genauso oft wie früher  
 1  Nicht ganz so oft wie früher  
 2  Eher weniger als früher  
 3  Überhaupt nie

**6. In den letzten 7 Tagen ist mir alles zu viel geworden**

- 3  Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen  
 2  Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen  
 1  Nein, ich wusste mir meistens zu helfen  
 0  Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

**2. In den letzten 7 Tagen gab es vieles, auf das ich mich freute**

- 0  So oft wie früher  
 1  Eher weniger als früher  
 2  Viel seltener als früher  
 3  Fast gar nicht

**7. In den letzten 7 Tagen war ich so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte**

- 3  Ja, fast immer  
 2  Ja, manchmal  
 1  Nein, nicht so oft  
 0  Nein, nie

**3. In den letzten 7 Tagen fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas danebenging**

- 3  Ja, sehr oft  
 2  Ja, manchmal  
 1  Nicht sehr oft  
 0  nein, nie

**8. In den letzten 7 Tagen war ich traurig und fühlte mich elend**

- 3  Ja, sehr oft  
 2  Ja, ziemlich oft  
 1  Nein, nicht so oft  
 0  Nein, nie

**4. In den letzten 7 Tagen war ich ängstlich und machte mir unnötige Sorgen**

- 0  Nein, nie  
 1  Ganz selten  
 2  Ja, manchmal  
 3  Ja, sehr oft

**9. In den letzten 7 Tagen war ich so unglücklich, dass ich weinen musste**

- 3  Ja, sehr oft  
 2  Ja, ziemlich oft  
 1  Nein, manchmal  
 0  Nein, nie

**5. In den letzten 7 Tagen fühlte ich mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund**

- 3  Ja, ziemlich oft  
 2  Ja, manchmal  
 1  Nein, fast nie  
 0  Nein, überhaupt nie

**10. In den letzten 7 Tagen überkam mich gelegentlich der Gedanke, mir etwas anzutun**

- 3  Ja, oft  
 2  Manchmal  
 1  Selten  
 0  Nein, nie

Gesamtscore: \_\_\_\_\_



**M05 Protokollbogen zur videogestützten Interaktionsanalyse<sup>3</sup>**

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Videosequenz**

(1) von \_\_:\_\_ bis \_\_:\_\_ (2) von \_\_:\_\_ bis \_\_:\_\_ (3) von \_\_:\_\_ bis \_\_:\_\_

**Was haben Sie beobachtet? Wie ging es Ihnen dabei?**

---

---

---

**Was waren die Erfahrungen Ihres Kindes?**

---

---

---

**Welche Gedanken und Gefühle hatten Sie dabei?**

---

---

---

**Was hätte in der Situation anders gemacht werden können?**

---

---

---

<sup>3</sup> aus Bolten und Wolke (2012). Abdruck erfolgt mit Genehmigung des Springer Verlages, Heidelberg.

Chronische Unruhe und unstillbares Schreien über viele Wochen, gelegentlich sogar Monate, stellt für die ganze Familie einen erheblichen Stressfaktor dar und bringt Eltern unweigerlich an den Rand der Erschöpfung.

Von den Ausdrucksmöglichkeiten eines Babys ist das Schreien die stärkste Form. Schreien ist das wichtigste angeborene Alarmsignal, mit dem der Umwelt Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Frieren oder Schwitzen, Missbehagen oder Schmerzen bei Erkrankungen, sowie Nähebedürfnisse mitgeteilt werden. Es ist aber auch möglich, dass das Baby signalisiert, dass es keine weiteren Reize verarbeiten kann.

**Was Babys mit Schreien ausdrücken:**

- Hunger,
- Schmerzen,
- Müdigkeit,
- Unwohlsein,
- Langeweile und Unterstimulation,
- Überforderung und Überreizung,
- Kontaktbedürfnis, wenn sich das Baby verlassen fühlt.

**Schreien alarmiert die Umwelt:**

- Emotionale Erregung, Herzfrequenz, Blutdruck und Feuchtigkeit der Haut steigen.
- Schreien weckt bei den Betreuungspersonen eine starke Motivation, etwas zu tun, um den Anlass des Schreiens herauszufinden und das Schreien zu beenden.
- Schreien weckt Fürsorglichkeit und ein Bedürfnis, das Baby auf den Arm zu nehmen, zu wiegen und mit beruhigender Stimme zu trösten.

**Beruhigungsversuche**

Normalerweise schmiegt sich das Baby auf dem Arm an und kommt allmählich zur Ruhe. Dadurch kommen auch die Eltern zur Ruhe und erleben ein wunderschönes Gefühl von Nähe zu ihrem Kind. Sie gewinnen Selbstvertrauen in ihre intuitiven elterlichen Fähigkeiten. Für viele der chronisch unruhigen, exzessiv schreienden Babys ist das Herumtragen auf dem Arm zwar eine Beruhigungshilfe, werden sie aber abgelegt, beginnen sie sofort wieder zu schreien – selbst dann, wenn sie zuvor eingeschlafen waren.

Das permanente Schreien des Kindes und das Nicht-Greifen elterlicher Beruhigungsversuche führt häufig zu den abenteuerlichsten Beruhigungsmethoden, um das Schreien wenigstens für eine kurze Zeit abzustellen. So sind nächtliche Autofahrten, laufende Staubsauger und stundenlanges Gehüpfen auf einem Gymnastikball keine Seltenheit. Diese Beruhigungsversuche führen jedoch nicht wirklich dazu, dass das Kind sich entspannt und zur Ruhe kommt – selbst wenn es für kurze Zeit mit dem Schreien aufhört. Vielmehr steigert die ständige Stimulierung die Überreiztheit des Babys sogar noch weiter.

Was das Baby jetzt vor allen Dingen benötigt ist besonders viel körperliche Nähe – die Nähe von innerlich ruhigen, zugewandten Bezugspersonen. Sie werden dadurch nicht verwöhnt!

Ist ein Elternteil den ganzen Tag mit dem Baby allein, bleibt jedoch kein ruhiger Moment für die eigenen Bedürfnisse. Auch die Eltern kommen kaum zur Ruhe – im Gegenteil steigen Erregung und Anspannung ständig weiter an. Dies führt wie jede anhaltende Stressbelastung schließlich zu Erschöpfung, einem Schlafdefizit und einer erhöhten Erregbarkeit.

Diese extremen Anforderungen an die gegenseitige Regulation machen es Eltern häufig schwer, ruhig und gelassen zu bleiben. Deshalb sollte die Hauptbetreuungsperson (meist die Mutter) durch andere Familienmitglieder oder Nachbarn entlastet werden.

<sup>4</sup> aus Bolten und Wolke (2012). Abdruck erfolgt mit Genehmigung des Springer Verlages, Heidelberg.

### Versagensgefühle

Unstillbares Schreien ruft bei Eltern häufig Verunsicherung, Versagensgefühle, Hilflosigkeit, Ohnmacht, depressive Überforderungsgefühle, manchmal auch Verletzung und Wut hervor. Es bescheinigt ihnen: Du versagst! Du kannst das Kind nicht beruhigen, nicht richtig stillen, nicht zufrieden stellen.

Der Wunsch, eine besonders gute Mutter zu sein oder ein pflegeleichtes Kind zu haben, scheint dabei nicht in Erfüllung zu gehen. Das Baby ist schwierig, fordert ständige Aufmerksamkeit, macht sich auf dem Arm steif, ist im Zustand des Schreiens nicht mehr zugänglich. Diese Erfahrungen wecken auch Ängste in Bezug auf die Zukunft des Kindes.

### Aggressionen

Die meisten betroffenen Eltern erschrecken über ihre plötzlich auftauchenden negativen und zum Teil auch aggressiven Gefühle ihrem Baby gegenüber. Unwillkürlich wird dann die innere Erregung und Anspannung aber häufig in immer heftigeres Wiegen und Schaukeln umgesetzt, um das Schreien endlich abzustellen. So entsteht eine Spirale, in der sich Erregung und Verzweiflung von Baby und Eltern gegenseitig verstärken.

Dies kann gefährlich werden! Aus solche einer Spirale heraus kommt es leider immer wieder dazu, dass Eltern ihr Baby vor sich halten, anschreien und schütteln. Schütteln ist jedoch für ein Baby lebensgefährlich und kann zu schwersten Schäden bis hin zum Tod führen. Aufgrund der noch unreifen Nackenmuskulatur wird der Kopf des Babys nicht richtig gestützt und durch das Schütteln können Blutgefäße im Gehirn platzen, so dass es zu einer lebensgefährlichen Hirnblutung kommen kann. Deshalb sollten Eltern, wenn sie vom vielen Schreien des Kindes so wütend geworden sind, dass sie denken, sie könnten ihrem Kind etwas antun, das Kind sicher in seine Wiege oder das Bettchen legen und aus dem Zimmer gehen, bis die Wut verraucht ist.

### Schreien und chronische Unruhe – Was können Eltern tun?

#### 1. Die Situation beurteilen

Suchen Sie die Ursache nicht bei sich selbst, sondern gestehen Sie sich ein, ein schwieriges Kind zu haben. Kehren Sie Ihre Probleme aber auch nicht unter den Teppich mit Argumenten, wie: "Alle Babys schreien, da müssen wir durch." Wir wissen heute, dass frühkindliche Schwierigkeiten die entstehende Mutter-Kind-Beziehung belasten und in seltenen Fällen sogar zu Kindesmisshandlung und Vernachlässigung führen können.

#### 2. Es liegt nicht an Ihnen

Führen Sie sich immer wieder vor Augen: Es liegt nicht an Ihnen, dass Ihr Kind so schreit. Es schreit nicht, weil Sie eine unerfahrene, ängstliche, angespannte oder emotional überforderte Mutter sind.

#### 3. Sich selbst und das Kind beobachten

Dokumentieren Sie über einen gewissen Zeitraum den genauen Tagesablauf mit allen Verhaltensweisen Ihres Kindes und Ihren Reaktionen (zum Beispiel mit Hilfe eines Schrei-, Schlaf- und Füttertagebuches). Sie können so wichtige Zusammenhänge über das Schreiverhalten Ihres Kindes gewinnen. Beobachten Sie sich selbst. Welche Gefühle oder Erinnerungen (auch an Ihre eigene Kindheit) löst das Schreien Ihres Kindes bei Ihnen aus? Wut? Aggressionen? Versagensängste? Schuldgefühle? Hass? Ohnmacht? Trauer? Enttäuschung? Angst? Sprechen Sie diese Gefühle aus und stehen Sie dazu.

#### 4. Das Baby verstehen lernen

Babys "sprechen" ihre eigene Sprache, die Eltern erst lernen müssen, indem sie ihr Kind aufmerksam beobachten. Studien zeigen, dass Eltern das Schreien ihres Säuglings nicht per se unterscheiden können. Vielmehr schlussfolgern sie aufgrund bestimmter Umstände (z. B. Wann wurde das Kind das letzte Mal gefüttert, wie lange ist es nun schon wach oder was hat es in der letzten Stunde erlebt), was das Schreien bedeutet.

Wie reagieren Sie auf die Signale, die Ihr Kind aussendet? Bringen Sie Ihr Baby beispielsweise schon beim ersten Gähnen zu Bett oder haben Sie das Wegdrehen seines Kopfes irrtümlich als Suche nach neuen Reizen interpretiert? Auch wenn Ihr Kind mit aufgerissenen Augen alles um sich herum aufsaugt, kann es sinnvoller sein, die Reize möglichst gering zu halten. Vielen verzweifelten Eltern gelingt es anfänglich nicht, die Bedürfnisse ihres Kindes richtig einzuschätzen und zu deuten – dies kann man jedoch lernen.

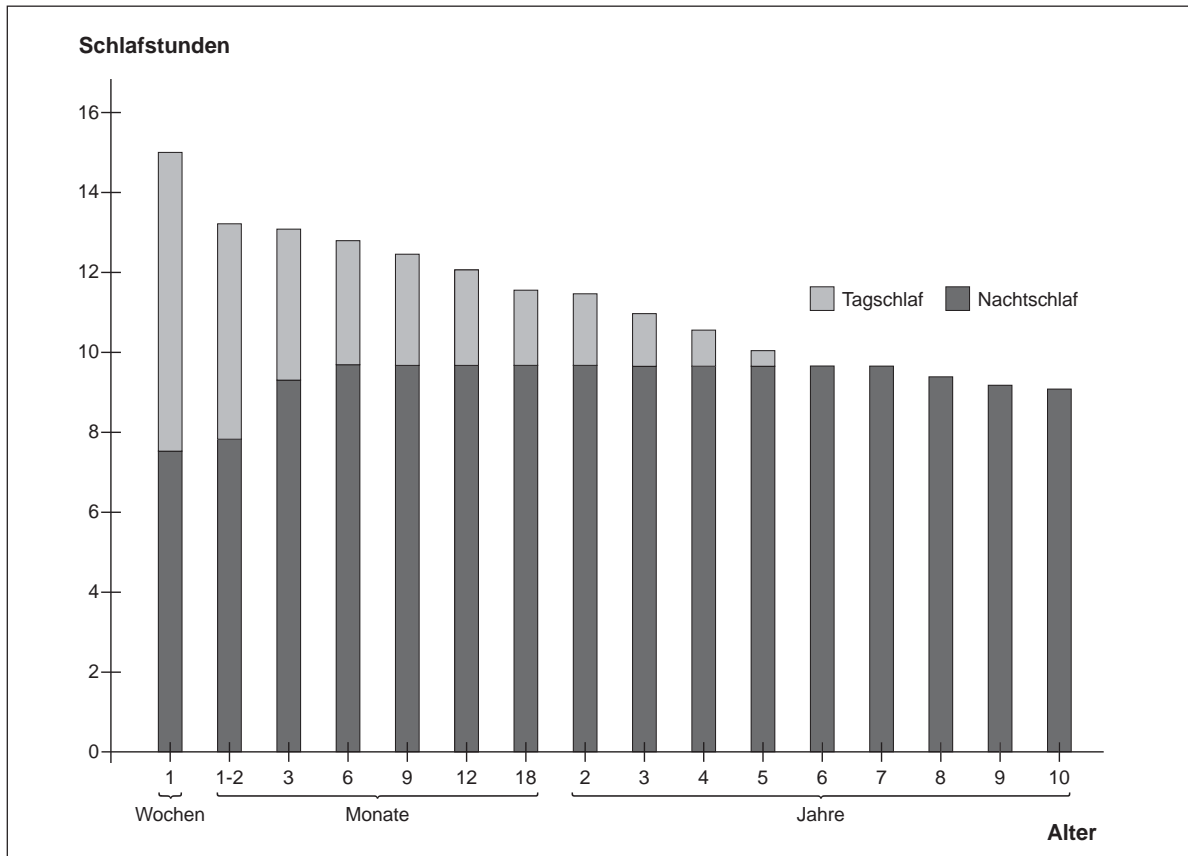
5. Weniger ist mehr  
Reduzieren Sie sämtliche Reize, die Ihr Kind überfordern könnten, da chronisch unruhige Babys über eine besonders niedrige Reizschwelle verfügen.
6. Babys brauchen Strukturen  
Schaffen Sie einen klar strukturierten Tagesablauf mit festen Ritualen und Zeiten. Sie helfen Ihrem Baby so, seinen eigenen Rhythmus zu finden.
7. Zeit für mich  
Respektieren Sie Ihre eigenen Bedürfnisse. Sie sind keine schlechten Eltern, wenn Sie sich neben der Betreuung Ihres Kindes auch Auszeiten für sich selbst gönnen. Legen Sie sich hin, sobald Ihr Baby schläft. Nutzen Sie jede Gelegenheit, sich auszuruhen und Ihr Schlafdefizit aufzuholen. Spannen Sie den Partner, Freundinnen oder Großeltern ein, die das Kind für ein paar Stunden betreuen. Nutzen Sie diese Zeit ganz für sich (nicht um liegen gebliebene Arbeit zu erledigen).
8. Zeit für das Baby  
Kümmern Sie sich in den Wachphasen, in denen Ihr Kind zufrieden ist und nicht schreit, besonders liebevoll um Ihr Kind. Zum einen können Sie Ihr Kind in diesen Momenten richtig genießen, zum anderen merkt es: "Meine Mutter ist auch dann bei mir, wenn ich nicht schreie."
9. Schütteln Sie nie Ihr Baby!  
Beim Schütteln wird das Köpfchen plötzlich hin- und hergerissen. Da die Nackenmuskulatur das Köpfchen noch nicht stützen kann, kommt es dabei zu Rissen feiner Blutäderchen und dadurch zu Hirnblutungen, die tödlich sein können. Legen Sie deshalb Ihr Baby rechtzeitig an einen sicheren Ort ab, sobald Sie sich überfordert fühlen. Versuchen Sie zuerst, sich selbst zu beruhigen, und kehren Sie erst dann zu Ihrem Baby zurück, wenn Sie es sich wieder zutrauen.

**Zum Nachlesen**

Bart, R. (2008). *Was mein Schreibaby mir sagen will. Hilfe durch bessere Kommunikation – Schritt für Schritt zum Erfolg*. Weinheim: Beltz.

Schlafstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern können sehr verschiedene Ursachen haben.

Das Schlafbedürfnis von Kleinkindern ist immer noch relativ hoch: Etwa 15 Stunden Schlaf benötigt ein Neugeborenes täglich. Mit zunehmendem Alter brauchen Kinder jedoch immer weniger Schlaf (vgl. Abbildung 1): So brauchen Kinder mit 6 Monaten etwa 13 Stunden und mit einem Jahr durchschnittlich etwa 12 Stunden Schlaf täglich. Dabei verteilt sich der Gesamtschlaf anfänglich relativ gleichmäßig über den gesamten Tag hinweg verteilt in mehrere Schlafphasen. Erst ab etwa 12 Wochen etabliert sich bei den meisten Kindern zunehmend ein Nachtschlaf, d. h. der Schlaf tagsüber reduziert sich zugunsten des Nachtschlafes, welcher zunimmt.



**Abbildung 1:** Entwicklung des Schlafes in den ersten Lebensjahren (vgl. Kast-Zahn & Morgenroth, 2007)

### Wie kommt es zu Schlafstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern?

Die Ursachen für Schlafstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter sind sehr unterschiedlich, sie können aber fast nie ausschließlich beim Kind gesucht werden.

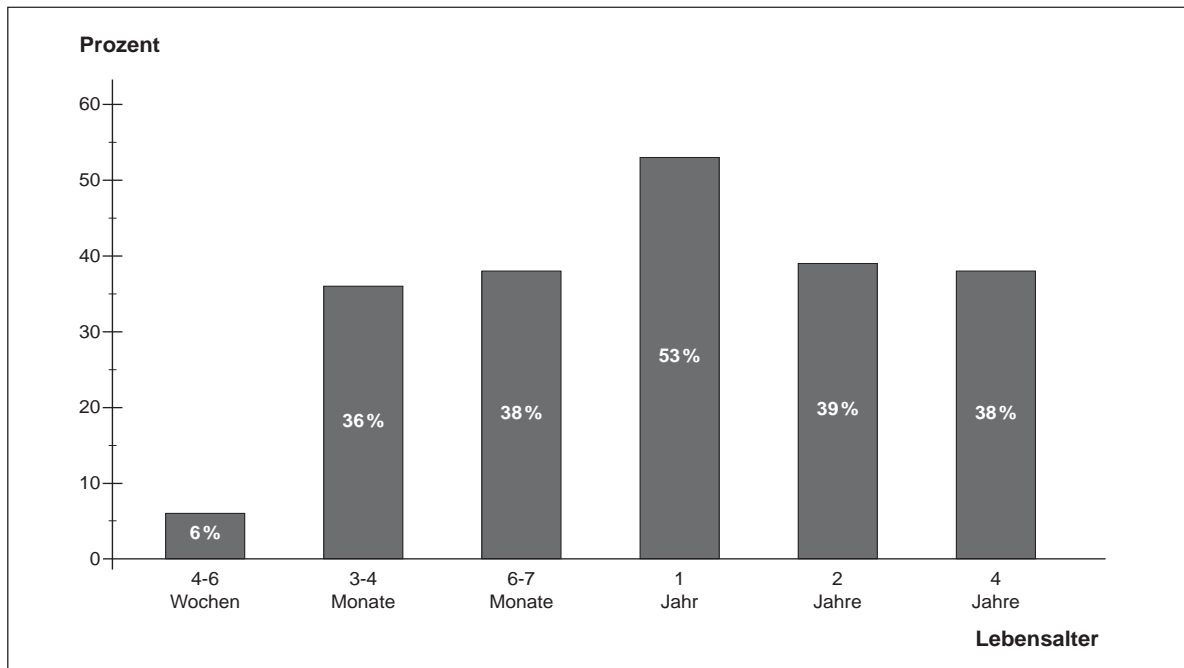
Unregelmäßigkeiten im Tagesablauf sind eine häufige Ursache von Schlafstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern: Unregelmäßige Schlafenszeiten, Veränderung der Essensgewohnheiten oder aufregende Ereignisse am Tage sind einige Beispiele für solche Unregelmäßigkeiten. Kleinkinder brauchen eine gewisse Zeit, bis sie sich an bestimmte Abläufe gewöhnt haben. In dieser Umgewöhnungsphase kommt es besonders oft zu Schlafstörungen.

Aber auch Ängste, familiäre Konflikte oder belastende Erlebnisse können eine Rolle spielen. Kleinkinder sind für Stimmungen innerhalb der Familie sehr empfänglich.

Krankheiten und damit verbundene Schmerzen, können ebenfalls zu Schlafstörungen bei Kleinkindern führen.

<sup>5</sup> vgl. Bolten und Wolke (2012). Abdruck erfolgt mit Genehmigung des Springer Verlages, Heidelberg.

Bei der Entstehung von Schlafstörungen spielen Eltern-Kind-Interaktionen eine ganz entscheidende Rolle. Die Fähigkeit gut ein- bzw. durchzuschlafen zu können, müssen Kinder erst im Laufe ihrer Entwicklung lernen. Hierfür sind Kinder auf ihre Eltern bzw. externe Taktgeber angewiesen. Die Eltern geben ihrem Kind die Schlafzeiten vor und unterstützen es dabei, zunehmend selbstständiger einzuschlafen. Nächtliches Erwachen ist in den ersten Lebensjahren eher die Regel als die Ausnahme. Jedoch beeinflusst der Umgang damit, die Fähigkeit des Kindes selbstständig wieder einzuschlafen. Kinder, die bisher nur in Gegenwart der Eltern einzuschlafen gelernt haben, wird die Dunkelheit beim Erwachen eher ängstigen. Im Gegensatz dazu, sind Kinder, die es gelernt haben, allein einzuschlafen, eher an die Situation des „Allein-im-Bett-liegen“ gewöhnt und finden so schnell wieder in den Schlaf.



**Abbildung 2:** Häufigkeit des Durchschlafens (vgl. Kast-Zahn & Morgenroth, 2007)

### Wann spricht man von Schlafstörungen und was sind die Symptome bei Säuglingen und Kleinkindern?

Schlafstörungen bei Kleinkindern äußern sich auf verschiedene Arten. Wenn Kinder nicht oder nur sehr schlecht einschlafen, spricht man von Einschlafstörungen. Einschlafstörungen liegen dann vor, wenn das Kind älter als 6 Monate ist und mindestens 60 Minuten zum Einschlafen braucht.

Durchschlafstörungen äußern sich in häufigem nächtlichen Aufwachen und Schwierigkeiten wieder in den Schlaf zu finden. Durchschlafstörungen liegen dann vor, wenn das Kind älter als 6 Monate ist und an mindestens 5 Nächten in der Woche mindestens einmal zwischen 0 und 5 Uhr erwacht.

### Schlafprobleme – Was können Eltern tun?

Halten Sie konsequent feste Zeiten zum Einschlafen ein. Diese Zuverlässigkeit ist die beste Einschlafhilfe!

Wecken Sie das Kind auf, wenn es tagsüber zu lange schläft. Es sollte vor allem am Nachmittag möglichst lange wach sein. Hier können Sie sich mit Ihrem Kind intensiv beschäftigen und Spielzeiten einrichten. Abends erst zusammen spielen (keine „Tobespiele“), dann sollte das Kind allein einschlafen.

Führen Sie ein Zubettgeh-/Einschlafritual entsprechend dem Alter des Kindes ein. Das Ritual sollte:

- beruhigend sein,
- außerhalb des Bettchens stattfinden,
- mit viel körperlicher Nähe und
- ungeteilter Aufmerksamkeit verbunden sein sowie
- jeden Abend zur gleichen Zeit stattfinden.

Gewöhnen Sie Ihr Kind an Einschlafhilfen („Nuscheli“, Teddy, Schnuller etc.), deren Einsatz es selbst steuern kann. Das Einschlafen im Arm der Eltern, das Dazulegen, Stillen oder Fläschchen-Geben koppeln das Einschlafen an die Anwesenheit der Eltern und machen das Kind abhängig.

Legen Sie Ihr Kind nach dem Zubettgehritual in sein Bettchen, wenn es müde aber noch wach ist.

Verlassen Sie nach der Verabschiedung den Raum. Lassen Sie die Tür einen Spalt offen. Machen Sie sich darauf gefasst, dass es anfänglich zu starkem Protest kommen wird.

Lassen Sie normale Geräusche in der Wohnung zu, damit Ihr Kind sich daran gewöhnt, auch bei Hintergrundgeräuschen in den Schlaf zu finden.

Trauen Sie Ihrem Kind zu, sich selbst zu beruhigen und allein in den Schlaf zu finden. Kinder erwachen zwischen den Schlafphasen kurz: Warten Sie deshalb einen Moment, ob es sich von alleine beruhigt und weiterschläft, wenn es nach 22:00 Uhr kurz weint oder quengelt (Wichtig: kein „Einschreien“ des Kindes zulassen!).

Bei anhaltendem Schreien geben Sie in regelmäßigen Abständen dem Kind eine kurze Zuwendung und Rückversicherung. Diese Zuwendung darf nicht durch das Schreien gesteuert sein. Wählen Sie deshalb feste Zeitabstände: Am Anfang alle 5 Minuten, später in größeren Abständen. Das Kind sollte nicht aus dem Bett genommen werden oder die Flasche/Brust bekommen. Durch die kurze Zuwendung vermitteln Sie Ihrem Kind Wärme, Sicherheit, Verlässlichkeit und die Rückversicherung: „Du bist nicht allein“ und „Alles ist in Ordnung, schlaf schön, ich schaue wieder nach dir“.

Loben Sie Ihr Kind am nächsten Morgen für erfolgreiches Ein- und Durchschlafen.

Führen Sie während der gesamten Intervention ein Schlaftagebuch.

### **Zum Nachlesen**

Kast-Zahn, A. & Morgenroth, H. (2007). *Jedes Kind kann schlafen lernen* (3. Aufl.). München: Gräfe & Unzer.

Es gibt kein Patentrezept für Beruhigungs- und Einschlafhilfen bei exzessiv schreienden Säuglingen.

**Wichtiger als der neueste Tipp sind das Beachten folgender goldener Regeln:**

- 1. Wann immer möglich: Sanftes Vorgehen, ohne Hektik.**
- 2. Regelmäßigkeit und Gewöhnung des Babys an bestimmte „Routinen“/Rituale.**
  - Nur so kann das Baby lernen, und es braucht viele geduldige Wiederholungen, um zu lernen. Deshalb unbedingt Vermeiden von ständigem Wechsel und Ausprobieren der neuesten Tipps und Tricks.
- 3. Besondere Zeiten nutzen**
  - Das Baby ist in der Regel am Morgen nach dem Nachtschlaf am besten reguliert. **Der erste Wach-Schlaf-Zyklus** am Tag wird am besten gelingen, **die erste Wachzeit** ist für das Einüben neuer Gewohnheiten (Zwiegespräch, auf fester Unterlage liegen, mit sich selbst beschäftigen, auf dem Bauch liegen, Einschlafen im Stubenwagen/eigenen Bettchen) in der Regel am günstigsten.
- 4. Planung und Gestaltung eines regelmäßigen Tagesablaufs**
  - Anstreben eines **zyklischen Wechsels** von Aufwachen – Stillen/Fläschchen (mit anschließendem Nickerchen) – Wachphase – Schlafen legen.
  - Jeden Tag mit erstem Zyklus nach dem Nachtschlaf neu beginnen.
- 5. Signale des Kindes beobachten und verstehen lernen, sich von den Signalen leiten lassen:**
  - Signale von **Aufnahmebereitschaft, Hunger, Ermüdung, Belastung, Überreiztheit** lesen lernen und befolgen.
  - Sicherstellen **ausreichender Tagschlafphasen, Ermöglichen von Schlaf- und Ruhephasen bei den ersten Anzeichen von Müdigkeit**, von wohl dosierten, nicht zu aufregenden **Erfahrungen in der Wachzeit** (Beobachten, Zuhören, Zwiegespräch, Spiel mit Händchen), von **Stillen/Füttern bei Hunger**.
- 6. Ausnutzen der Wachphasen für entspannte Zwiegespräche, Spielchen, Anregungen**
  - ... abgestimmt auf die Aufnahme- und Interaktionsbereitschaft des Babys. Je ausgeglichener die Wachzeit, umso leichter das Einschlafen, umso geruhsamer der Schlaf.
- 7. Übermüdung vermeiden**
  - Regelmäßig bei **ersten** Müdigkeitszeichen (im frühen Säuglingsalter **nach 1 bis 1,5 Stunden Wachzeit** nach dem letzten Aufwachen) allmählich zur Ruhe und frühzeitig **zum Schlafen bringen**.
  - Die verbreitete **Annahme**, zu viel Schlafen am Tag könne den Nachtschlaf behindern, **hat sich bei diesen Kindern nicht bewiesen**.
  - Im Gegenteil führt ein **regelmäßiges Schlafenlegen ohne zu lange Wachzeiten** eher zu einer **Beruhigung** des Kindes und somit zu einer Erleichterung, auch zu anderen Zeiten in den Schlaf zu finden.
- 8. Vermeidung von Überreizung...**
  - ... durch **Vermeiden von überstimulierenden Beruhigungsstrategien** wie „Cocktailshaker-Verhalten“, heftiger vestibulärer Stimulation durch Hüpfen auf dem Gymnastikball, Schaukeln, Schütteln, lautem Übertönen, ständigem Wechsel von Körperlage und Strategie.

**⇨ Achtung: Gefahr des Schüttelns!**
- 9. Vermeidung von Überstimulation bei Reizhunger**
  - **Vermeiden eines Interaktionsmusters**, das bestrebt ist, das Baby bei Unruhe und Quengeln durch ständiges Beschäftigen, Bespielen, Herumtragen und Stimulieren **bei Laune zu halten**.
- 10. Stattdessen Reizreduktion vor dem Einschlafen**
  - Gemeinsame „**Ruheinseln**“ am Tag und Abend vor dem Schlafenlegen: abgedunkeltes Zimmer, sanfte Musik oder Summen, sanftes Wiegen auf dem Arm, beruhigendes Summen/Singen/Zureden (überflüssige Reize akustischer und visueller Art reduzieren).

<sup>6</sup> vgl. Stiftung Kindergesundheit, Papoušek, Rothenburg, Cierpka und von Hofacker (2005). Abdruck erfolgt mit Genehmigung der Autoren und der Stiftung Kindergesundheit.



**11. „Aussuchen“ einer Beruhigungsstrategie und diese konsequent beibehalten**

- **Immer wieder das Gleiche**, langsam und eintönig wiederholt, angepasst an die individuellen Bedürfnisse des Säuglings wird diesen am besten beruhigen.
- Auch die Eltern sollten sich dabei wohlfühlen.

**12. Kritische Schreistunden am Abend anfangs noch „überbrücken“**

- **Zur Schlafenszeit:** Durch Spaziergehen mit Tragetuch, Spazierenfahren im Kinderwagen. Möglichst kein 24-stündiges Herumtragen im Tragetuch.

**13. Timeout für die Mutter zur eigenen Entspannung**

- Bei großer Anspannung, Erschöpfung oder aufsteigender Wut **zunächst Ablegen des Kindes an sicherem Ort, selbst zur Ruhe kommen** (dem Ärger im Nebenraum Luft lassen), erst dann wieder versuchen, das Kind zu beruhigen.

**14. „Verordnung“ von Entspannungszeiten für die Mutter ohne Kind**

- **Einbeziehen** des Vaters des Kindes, Oma; Nachbarn zur stundenweisen Entlastung gewinnen.

**15. „Handling“ des Säuglings**

- Am Körper Halt, Nähe und Sicherheit vermitteln.
- Bei jedem Handling (Baden, Füttern, Anziehen, Hochnehmen) mit dem Baby Kontakt aufnehmen (ihm immer das Vorgehen erklären, Blickkontakt suchen).
- Unterstützen des Köpfchens, über die Seite hochnehmen.
- Im ausgeschlafenen und gesättigten Zustand möglichst **regelmäßig auf eine feste Unterlage legen** (z. B. Decke auf dem Boden) und sich als Elternteil zu dem Kind begeben, auch wenn das Kind es zunächst ablehnt.

- Keine Angst vor Verwöhnung! Das Baby ist auf regulatorische Unterstützung seiner Eltern (Körperkontakt, vertrauter Geruch, vertraute Stimme, sanftes Wiegen, Saugen an der Brust u. a.) angewiesen.
- Signale von Aufnahmebereitschaft, Erholungsbedürfnis, Müdigkeit, Belastung, Überreizung sowie von Hunger und körperlichem Missbehagen wahrnehmen, verstehen lernen und sich davon leiten lassen.
- Differenzieren lernen zwischen Hunger (→ Stillen), Nähebedürfnis (→ Körperkontakt), Saugbedürfnis zur Selbstberuhigung (→ Schnuller) und Schlafbedürfnis (→ Schlafen legen).
- Unterstützung regelmäßiger Schlaf-Wach-Zyklen von Aufwachen – Stillen/Füttern (evtl. Nickerchen auf dem Arm) – Wachzeit mit Zwiegespräch, ruhigem Beobachten – Schlafenlegen bei Müdigkeit (Schlaf-Wach-Tagebuch).
- Übermüdung vermeiden, Wachphasen insgesamt nicht länger als ein bis zwei Stunden ausdehnen.
- Überstimulation (ständiges Herumtragen, heftiges Schaukeln in wechselnden Positionen) vermeiden, Reizabschirmung und Reizreduktion, speziell vor dem Schlafenlegen.
- Nächtliche Wachphasen reizarm gestalten, Stimulation (Licht einschalten, Spielen) vermeiden.

**Bei dysregulierten, (ehemals) exzessiv schreienden Säuglingen**

- sind sämtliche Empfehlungen besonders wichtig, aber umso schwieriger umzusetzen.

<sup>7</sup> vgl. Stiftung Kindergesundheit, Papoušek, Rothenburg, Cierpka und von Hofacker (2005). Abdruck erfolgt mit Genehmigung der Autoren und der Stiftung Kindergesundheit.

- **Beruhigendes Zubettgeh-/Einschlafritual außerhalb des Bettchens mit viel körperlicher Nähe und ungeteilter Aufmerksamkeit, jeden Abend zur gleichen Zeit, wenn das Kind müde wird.**
- Wach ins Bettchen legen.
- Verfügbarkeit von vertrauten, selbst steuerbaren Einschlafhilfen (Schmusewindel, Teddy, bei dysregulierten Säuglingen auch Schnuller).
- Verabschieden und den Raum verlassen, die Tür einen Spalt auflassen, Licht im Flur, im Hintergrund vertraute Geräusche und Stimmen.
- **Erwartungsgemäß wird das Kind während der Intervention schreien, als Ausdruck von** (in abnehmender Häufigkeit):
  - **Protest** gegen Verletzung der bisherigen, vertrauten Gewohnheiten,
  - **hartnäckiger Versuch**, das Vertraute wieder zu erreichen (starker Wille),
  - **„Austesten“ der Grenzen**,
  - **Trennungängste und Verlassenheitsgefühle.**
- **Bei anhaltendem Schreien** in vorher festgelegten (nicht durch das Schreien gesteuerten) Abständen (etwa alle 5 Minuten) dem Kind eine kurze Zuwendung und Rückversicherung geben, **ohne es aus dem Bett zu nehmen, Flasche/Brust anzubieten oder extra Licht anzumachen.**
- Dabei Kommunikation von
  - **Wärme, Sicherheit, Gelassenheit, erreichbarer Nähe,**
  - **Zutrauen** anstelle von Angst, Hilflosigkeit, Schuldgefühlen, Ärger, Straftendenz oder Abwertung,
  - **klaren, bestimmten Regeln**von
  - **Rückversicherung** für das Kind: „Du bist nicht alleine.“
  - **Vergewisserung:** „Alles ist in Ordnung, du kannst schlafen, ich schaue wieder nach dir.“
  - **Zutrauen:** Dem Kind Gelegenheit geben, sich selbst zu beruhigen und sich Müdigkeit und Schlaf zu überlassen.
- Intervention mit dem abendlichen Einschlafen beginnen und **beim nächtlichen Aufwachen ebenso vorgehen wie am Abend.**

<sup>8</sup> vgl. Stiftung Kindergesundheit, Papoušek, Rothenburg, Cierpka und von Hofacker (2005). Abdruck erfolgt mit Genehmigung der Autoren und der Stiftung Kindergesundheit.

**Fütterungsprobleme – Was können Eltern tun?**

- Achten Sie auf einen geregelten Tagesablauf mit regelmäßigen Mahlzeiten und nahrungsfreien Pausen.
- Trennen Sie Mahlzeiten von Spielzeiten.
- Zwischen dem 4. und dem 9. Lebensmonat sind Kinder entwicklungsbedingt am empfänglichsten für das Einführen fester Nahrung. In dieser Entwicklungsphase sollten Sie beginnen, Ihr Kind mit der neuen Nahrungsform vertraut zu machen.
- Führen Sie Löffelkost und feste Nahrung erst dann ein, wenn Ihr Kind hierzu bereit ist: Wenn es sich zum Beispiel dafür zu interessieren beginnt, was andere essen, wenn es beim Zuschauen den Mund bewegt oder den Mund öffnet, wenn es den Löffel sieht. Sollte Ihr Kind diese Zeichen nicht zeigen, gehen Sie äußerst behutsam vor. Vermeiden Sie Druck und gewaltsames Einführen der Nahrung. Lassen Sie sich sehr viel Zeit bei der Fütterung.
- Bieten Sie Ihrem Kind Mahlzeiten an, die seinem Alter entsprechen und kindgerecht zubereitet sind. Zeigen Sie Kompromissbereitschaft, was die Lieblingsgerichte des Kindes angeht, bleiben Sie aber auch konsequent bei der Durchsetzung Ihrer Vorstellungen.
- Die Trink- und Nahrungsmenge, die Kinder zum Gedeihen benötigen, variiert stark von Kind zu Kind und von Mahlzeit zu Mahlzeit. Lassen Sie sich von den auf Packungen angegebenen Nahrungsmengen nicht irritieren. Wichtiger sind Hunger und Sättigung Ihres Babys.
- Lassen Sie sich daher von den Hunger- und Sättigungssignalen Ihres Babys darin leiten, wie viel es isst. Warten Sie ab, bis es sich dem Löffel zuwendet und beenden Sie das Füttern, wenn es sich abwendet oder den Mund schließt. Kinder wissen in der Regel sehr genau, wann sie genug haben.
- Geben Sie Ihrem Kind nicht kurz vor der Mahlzeit zu trinken und lassen Sie es nicht mit einer Dauernuckelflasche herumlaufen. Auch kleine Mengen von gesüßtem Tee oder verdünntem Saft können den Appetit drosseln.
- Bieten Sie nur kleine Portionen auf dem Teller und kleine Mengen auf dem Löffel an.
- Achten Sie auf die richtige Haltung beim Füttern: Nehmen Sie Ihr Baby auf dem Schoß in ihren Arm, so dass sein Kopf und Hals aufrecht sind und es Sie anschauen kann. Bei manchen Babys, die schon frei sitzen können, gelingt das Füttern im Hochstuhl besonders gut.
- Lassen Sie Ihr Kind bei möglichst vielen Gelegenheiten gemeinsam mit Ihnen am Familientisch essen. Dabei sollte eine angenehme Atmosphäre herrschen, meiden Sie Streitgespräche am Tisch. Unterstützen Sie das Kind, sobald dieses selbstständig essen will.
- Üben Sie keinen Druck oder Zwang aus, wenn Ihr Kind einmal etwas nicht mag oder offenbar keinen Hunger hat. Lassen Sie ihm Zeit, wenn es etwas Neues probiert und loben Sie es dafür.

<sup>9</sup> vgl. Bolten und Wolke (2012). Abdruck erfolgt mit Genehmigung des Springer Verlages, Heidelberg.

- Feste Mahlzeiten, nur geplante Zwischenmahlzeiten.
- Außer Wasser und Tee (ungesüßt), kein Nahrungsangebot zwischen den Mahlzeiten.
- Dauer der Mahlzeiten maximal 30 Minuten.
- Neutrale Atmosphäre, kein Essen unter Zwang.
- Kein Spielen während der Mahlzeiten.
- Essen nie als Belohnung oder Geschenk.
- Kleine Portionen.
- Feste Nahrung zuerst, Flüssigkeiten später.
- Unterstützung von aktivem Essen der Kinder.
- Der Mund wird nur nach dem Ende der Mahlzeiten abgewischt.
- Wegräumen des Essens nach 5 bis 10 Minuten, falls das Kind ohne zu essen spielt.
- Beendigung der Mahlzeiten, wenn das Kind das Essen in Wut umherschmeißt.









<b>M16 Therapieplan</b>						
Für: _____		Therapeut: _____				
<b>Uhrzeit</b>	<b>Montag</b>	<b>Dienstag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Donnerstag</b>	<b>Freitag</b>	
07.30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
	Essensbegleitung	Essensbegleitung	Essensbegleitung	Essensbegleitung	Essensbegleitung	Essensbegleitung
08.15						
09.00						
09.15–10.00						
10.30	Visite	Visite	Visite	Visite	Visite	Visite
11.00						
11.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
	Essensbegleitung	Essensbegleitung	Essensbegleitung	Essensbegleitung	Essensbegleitung	Essensbegleitung
12.00–14.00	Mittagsruhe	Mittagsruhe	Mittagsruhe	Mittagsruhe	Mittagsruhe	Mittagsruhe
14.00						
15.00						
16.00						
17.30	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
	Essensbegleitung	Essensbegleitung	Essensbegleitung	Essensbegleitung	Essensbegleitung	Essensbegleitung
18.00						
19.00	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe
<b>Änderungen vorbehalten!</b>						