

  
**AFET**

BUNDESVERBAND FÜR ERZIEHUNGSHILFE E.V.



# **Situation von Kindern psychisch kranker Eltern aus interdisziplinärer Sicht**

AFET-Veröffentlichung Nr. 72/2011



**Situation von Kindern psychisch kranker Eltern  
aus interdisziplinärer Sicht**

**AFET-Veröffentlichung Nr. 72/2011**



**AFET-Veröffentlichung Nr. 72/2011**

**AFET**

BUNDESVERBAND FÜR ERZIEHUNGSHILFE e.V.

Georgstr. 26, 30159 Hannover

Telefon (0511) 35 39 91-3 / Fax (0511) 35 39 91-50

[info@afet-ev.de](mailto:info@afet-ev.de)

[www.afet-ev.de](http://www.afet-ev.de)



Gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren,  
Frauen und Jugend (BMFSFJ), Berlin

Druck: Carl Küster, Hannover 2011

ISBN 978-3-941222-08-3



---

## Vorwort

Kinder psychisch kranker Eltern sind immer noch eine Tabugruppe aber längst keine Randgruppe mehr!

Ihre Lebenssituation - ausgehend von ihrer innerfamiliären Rolle über ihr Verhalten außerhalb der Familie bis hin zum Hilfebedarf - ist nach wie vor ein ungenügend diskutiertes und erforschtes Themenfeld. Sie fallen als Zielgruppe der Kinder- und Jugendhilfe trotz eigenen Hilfebedarfes äußerst selten auf.

Um diese Kinder stärker wahrzunehmen und sie mit den aktuellen Hilfeangeboten rechtzeitig zu erreichen, beschloss der AFET-Fachausschuss Theorie und Praxis der Erziehungshilfe, sich in dieses Thema vor allem unter dem interdisziplinären Gesichtspunkt zu vertiefen.

Der erste thematische "Annäherungsversuch" war das Anfang 2011 stattfindende, bundesweite Expertengespräch zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern. Daran nahmen 17 ExpertInnen aus der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Kinder- und Jugendhilfe sowie VertreterInnen der Familienhebammen, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Psychotherapeuten und der Betreuer von psychisch Kranken teil und diskutierten über Möglichkeiten und Grenzen gemeinsamer Versorgung von Kindern und ihren Eltern.

Die Ihnen vorliegende Publikation bietet einen (fragmentarischen) Einblick in die damalige Diskussion. Einige der ExpertInnen haben sich bereit erklärt, sich in dieser Dokumentation aus Sicht ihrer Profession zu äußern und zu positionieren.

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen beteiligten ExpertInnen für ihre Statements und ihre Einschätzung zur aktuellen Situation von Kindern psy-

chisch kranker Eltern sehr herzlich bedanken. Ein besonderer Dank gilt den AutorInnen für ihre Beiträge.

Das Expertengespräch und die Ihnen vorliegende Veröffentlichung konnten nur mit finanzieller Unterstützung seitens des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend verwirklicht werden - dafür vielen herzlichen Dank.

Wir wünschen Ihnen bei dieser Lektüre viele Anregungen, die Sie für Ihre Praxis sicherlich gut gebrauchen können.

Dr. Koralia Sekler  
(AFET-Referentin)

**Einleitung** 9

**Aus der Sicht der Kinder- und Jugendmedizin**

Dr. Thomas Erler 11

**Patientenbezogenheit versus Familienbezogenheit  
als Behandlungsgrundsätze**

**Aus der Sicht der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte**

Alfons Fleer 17

**Präventive Maßnahmen gelingen nur in einem  
größeren Kontext von Professionen**

**Aus der Sicht der Familienhebammen**

Jennifer Jaque-Rodney 21

**Frühzeitige Unterstützung der Mütter verhindert  
komplexe dauerhafte Intensivhilfen**

**Aus der Sicht der Psychotherapie**

Peter Lehndorfer / Dr. Johannes Klein-Heßling 25

**Psychotherapeuten aus Gesundheitswesen und  
Jugendhilfe für ein bedarfsgerechtes  
Betreuungs- und Versorgungsangebot**

**Aus der Sicht der Kinder- und Jugendhilfe**

Ralf Mengedoth 35

**(Hilfe)Welten zusammen bringen oder  
gemeinsam (gesunde) Entwicklungsräume vergrößern**

Hildegard Arbeiter	43
<b>Eine gute Zusammenarbeit aller Akteure steht im Vordergrund der Hilfen</b>	
<b>Aus der Sicht der Erwachsenenpsychiatrie</b>	
Dr. Ulrike Lemke	51
<b>Kinder psychisch kranker Erwachsener und Hilfesysteme – was nützt, was schadet?</b>	
Dr. Hamit Ince	59
<b>Angehörige von Patienten im Behandlungskontext</b>	
Susan Kluth	63
<b>Mein Patient hat Kinder – Neue Blickwinkel der Erwachsenenpsychiatrie</b>	
<b>Aus der Sicht der ambulanten und gesetzlichen Betreuung des psychisch kranken Elternteils</b>	
Ulla Klapproth	73
<b>Priorität: Kindeswohl</b>	
<b>Autoren</b>	75
<b>Impressionen</b>	77
<b>Anhang</b>	79

## Einleitung

Die psychische Erkrankung und der Umgang damit innerhalb der Gesellschaft sind sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Kindern immer noch ein großes Tabuthema.

Kinder psychisch kranker Eltern haben, bevor ihre Situation "enttabuisiert wird", bereits eigene Erfahrungen im Umgang mit psychischen Erkrankungen innerhalb der Familie gemacht und sie haben auch oft einen langen "Leidensweg" hinter sich.

Sie bekommen in der Regel verspätet Hilfen, denn diese Hilfen erreichen sie erst dann, wenn sie selbst auffällig werden oder ihr Kindeswohl gefährdet ist.

Bei diesen Kindern und ihren psychisch erkrankten Eltern handelt es sich um zwei Betroffenenengruppen: Auf der einen Seite sind es die Kinder, die Tag für Tag versuchen, den Spagat zwischen dem Leben mit psychisch erkrankter Mutter oder erkranktem Vater und dem Leben außerhalb der Familie zu meistern. Auf der anderen Seite sind es die psychisch kranken Elternteile, die häufig Angst haben, durch ihre Krankheitseinsicht ihre Kinder zu verlieren. Dadurch sind sie äußerst reserviert gegenüber jeglichen Hilfeangeboten.

Die betroffenen Familien weisen eine hohe Zahl an Belastungsfaktoren und den damit verbundenen Problemen auf, die schwer zu bewältigen sind. Bei diesem Bewältigungsprozess brauchen sie professionelle Unterstützung und auf ihren Bedarf abgestimmte Hilfen.

Aktuelle Hilfen richten sich oft an die eine oder die andere Gruppe. Sie verlaufen häufig sogar parallel – ohne jegliche Abstimmung der Helfersysteme. Daher benötigen sie eine Neuausrichtung und Konzentration auf die Familie als System. Dem widersprechen gegenwärtig professionsbedingte Arbeitsansätze und unterschiedliche Fokussierungen der Hilfen, die sich

entweder an dem Kind oder dem Elternteil orientieren und häufig ein multidisziplinäres Hilfeangebot nicht zulassen.

Versucht man einen ganzheitlichen Blick auf diese Thematik zu werfen, so stellt man fest, dass vereinzelte Bemühungen professionsübergreifender Kooperationen unternommen werden. Diese beschränken sich allerdings, was die AutorInnen auch bestätigen, auf regionale - oft auch nur im Rahmen früher Hilfen - Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe.

Ein großes Entwicklungspotenzial wird aktuell bei der Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen der Erwachsenenpsychiatrie, der Erwachsenenpsychotherapie und der Kinder- und Jugendhilfe festgestellt.

Um dieser Problematik konstruktiv zu begegnen, bieten die einzelnen Beiträge neben den Grundsatzfragen z.B. nach dem Umgang mit der Schweigepflicht oder der eigenen Verantwortung in einem Kooperationssystem auch Beispiele gelebter Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe. (Im Anhang finden Sie ebenfalls einige Anregungen, die der AFET-Fachausschuss Theorie und Praxis der Erziehungshilfe zu diesem Thema in Form eines Diskussionspapiers zusammengestellt hat.)

Diese Dokumentation verdeutlicht vor allem die Vielfalt der Sichtweisen und somit auch ein Stück der realen Diskussion auf struktureller Ebene. Mit dem Blick auf diese Vielfalt werden die einzelnen Hilfe-, Versorgungs- und Behandlungssysteme und ihre Ausrichtung sichtbar.

Die AutorInnen präsentieren in ihren Beiträgen aus der Perspektive ihrer Professionen die unterschiedlich gesetzten Schwerpunkte, die Zielgruppen, den Arbeitsfokus, den Handlungsbedarf und die aktuellen Kontroversen.

Und über dem Ganzen steht die Frage **"Wie kann die aktuelle Situation von Kindern psychisch kranker Eltern verbessert werden?"**

---

## Aus der Sicht der Kinder- und Jugendmedizin

Dr. Thomas Erler

### **Patientenbezogenheit versus Familienbezogenheit als Behandlungsgrundsätze**

#### **Aktuelle Situation**

Kinder- und Jugendärzte im ambulanten wie auch stationären Bereich sind in der Regel über Erkrankungen der **Eltern** ihrer eigenen, pädiatrisch-jugendmedizinischen Patienten nicht informiert. Selbst wenn die Kinder oder Jugendlichen wissen, dass bei ihrer Mutter oder ihrem Vater "etwas nicht stimmt" bzw. sie sogar verstehen, dass eine psychische Krankheit vorliegt, teilen sie dies dem Kinderarzt bei einer evtl. Vorstellung nicht mit. Vielmehr erfolgen hier Arztkonsultationen wegen vermeintlicher somatischer Beschwerden wie z.B. rezidivierende Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Gelenksbeschwerden, Gangstörungen, Verstopfung, Enuresis u.v.a.m., die dann zwangsläufig Anlass zu umfangreicher Diagnostik geben. Dem Kinderarzt fällt es dann i.d.R. schwer zu erkennen, dass sich hinter dem Grund der Arztvorstellung evtl. sogar eine Erkrankung eines Elternteils verbergen kann. Nicht selten schließen sich dann frustrane Therapieversuche bei den Kindern an, die u.U. sogar noch zur Intensivierung der Untersuchungsbemühungen führen. Aus dem logischerweise folgenden Therapieversagen heraus resultiert dann ein gestörtes Eltern-Arzt-Verhältnis bzw. ein Wechsel des Behandlers. Klassisches Beispiel: Münchausen-by-proxy-Syndrom.

Grundsätzlich anders sind jene Konstellationen zu beurteilen, in denen die psychische Erkrankung von Elternteilen bekannt ist. Hier entstehen für den Kinderarzt der betroffenen Familie einerseits die Aufgabe der Risikostratifi-

zierung und andererseits die Aufgabe mit entsprechenden Partnern eine Familientherapie unter Einbeziehung auch der Kinder zu initiieren.

Aus Sicht des Kinderarztes ergeben sich somit zwei wichtige Problemkonstellationen:

1. Schwierigkeiten bei der korrekten Diagnosestellung; insbesondere bei einer evtl. Beurteilung der Krankheitssituation von Eltern
2. Schwierigkeiten bei der Einflussnahme auf notwendige Therapien bei Eltern sowie bei der notwendigen Berücksichtigung der kindlichen Situation.

### **Beurteilung der Zusammenarbeit mit potentiellen Partnern: Kinder- und Jugendpsychiatrie - Erwachsenenpsychiatrie - Kinder- und Jugendhilfe**

Erforderliche Kriseninterventionen bei psychisch kranken Kindern/Jugendlichen werden in Kooperation mit zuständigen Einrichtungen i.d.R. unkompliziert realisiert. Schwieriger sind aus Kapazitätsgründen die Umsetzungen ambulanter, kinderpsychiatrischer Therapiekonzepte.

Ungleich anders ist jedoch die Situation für psychisch kranke Eltern, deren Kinder Kontakte zu Pädiatern bekommen. Da es i.d.R. à priori keine verbindlichen Kooperationskonzepte zwischen Kinderärzten und Erwachsenenpsychiatrie/-psychologie gibt und die Erwachsenenpsychiatrie Kinder erwachsener Patienten nicht in ihre Therapiepläne einbezieht, ist eine evtl. Zusammenarbeit von situativen und personellen Gegebenheiten abhängig.

Aktueller Kasus: junge Mutter (Wöchnerin) leidet an einer Wochenbettpsychose sowie einer schweren Persönlichkeitsstörung (v.a. Schizophrenie). Vorübergehend ist eine stationäre Behandlung erforderlich und möglich. Doch wer versorgt das Neugeborene (z.B. Stillen)? Welche Rolle spielt überhaupt das Kind im Therapiekonzept der Erwachsenenpsychiatrie? Auf die

Betreuung eines Neugeborenen ist die psychiatrische Station überhaupt nicht eingestellt! Fachliches Konzept? Finanzielle Regelung einer evtl. kindlichen Mitversorgung?

Problem: Behandlungsgrundsätze der Erwachsenenpsychiatrie sind im Vergleich zum Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin grundverschieden ausgerichtet: Patientenbezogenheit vs. Familienbezogenheit. Dies führt dann regelmäßig zu erheblichen Kommunikations- und Verständigungsschwierigkeiten zwischen beiden Disziplinen (in beiden Richtungen).

Therapiekonzepte der Erwachsenenpsychiatrie sind primär auf das Individuum - den Patienten - allein bezogen und sind auf langfristige Behandlungszeiten eingerichtet. Für mitbetroffene Kinder sind jedoch oft kurzfristige Hilfsangebote erforderlich, um beispielsweise Alltagssituationen zu beherrschen.

Somit besteht also ein dringender Bedarf an familientherapeutischen Konzepten, die es erlauben würden, Kinder psychisch kranker Eltern einerseits einzubeziehen und andererseits unmittelbar Hilfen anzubieten.

Die Kontakte bzw. die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (Gesundheitsämter, Jugendämter, Sozialhilfeorganisationen u.a.) im Kontext der Versorgung von Kindern/Jugendlichen psychisch kranker Eltern hängt im entscheidenden Maße von regionalen/demographisch-geographischen Besonderheiten sowie personellen Gegebenheiten ab. Bessere Voraussetzungen die komplexe Problematik zu beherrschen haben, im Gegensatz zu ländlichen Gebieten, städtische Regionen mit gut entwickelten Infrastrukturen.

Für ländliche Gemeinden stehen aus Sicht der Kinderheilkunde notwendige Bemühungen um die Bildung von kooperierenden Netzwerken im Vordergrund, während in den besser versorgten, städtischen Gebieten Themen wie z.B. Qualitätsmanagement (z.B. regelmäßige Evaluation aktueller Projekte) bzw. die Verbesserung der fachlichen Qualifikation (Supervisionen) von Familienhelfern Vorrang haben.

## **Welche Hilfsangebote existieren für Kinder/Jugendliche von psychisch kranken Eltern?**

In nur sehr wenigen Kinderkliniken können unter stationären Bedingungen Akutberatungen bzw. Kriseninterventionen stattfinden. Im ambulanten Sektor ist die flächenhafte Betreuung durch pädiatrisch geschultes Psychologie-Personal sehr lückenhaft.

In konkreten Fällen ist die Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie/-psychologie oft dadurch schwierig, dass Erwachsenenmediziner keine Qualifikationsvoraussetzungen besitzen, um Kinder/Jugendliche mitzubetreuen. In Ausnahmefällen existieren gemeinsame Betreuungskonzepte zwischen Psychiatern/Psychologen einerseits und Kinderärzten andererseits.

Betroffenen Familien kann im Bedarfsfall bei der Inanspruchnahme bzw. beim Auffinden ambulanter Therapiemöglichkeiten seitens der Kinderärzte geholfen werden, die Vermittlung von Jugend- und Sozialhilfe oder Selbsthilfegruppen u.ä. ist gängige Praxis.

### **Zusammenfassung – aktuelle Aufgabenstellungen**

1. Eine wichtige Aufgabe im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Versorgungssituation von Kindern psychisch kranker Eltern besteht in der ständigen und kontinuierlichen Qualifikation und fachlichen Weiterbildung pädiatrisch tätiger Kollegen, derartige Konstellationen überhaupt zu erkennen bzw. zu diagnostizieren.
2. Kinderkliniken benötigen eine regelmäßige psychologische Supervision, um Problemkonstellationen und/oder Interaktionsstörungen, bedingt durch psychische Erkrankungen von Eltern zu erkennen, zu therapieren bzw. zu lösen.
3. Es bedarf multidisziplinärer Kooperationsmodelle zwischen Kinderärzten (ambulantstationär) – Hilfsorganisationen/Institutionen – Erwachsenenpsychologie/-psychiatrie, durch die ein Fallmanagement unter Be-

rücksichtigung regionaler, institutioneller und fachlicher Besonderheiten überhaupt erst möglich wird.

4. Die bilaterale Kommunikation zwischen Kinderarzt und Erwachsenenmediziner muss sich mittels umfassender Weiterbildungsmaßnahmen verbessern.
5. Das Bewusstsein aller beteiligten Fachdisziplinen (Hebamme, Kinderarzt, Kinderpsychologe, Kinderkrankenschwester, Sozialarbeiter, Pädagogen, Erwachsenenmediziner, Selbsthilfegruppen u.a.) ist durch Ausbildungsmaßnahmen, Öffentlichkeitsarbeit, ehrenamtliches Engagement u.v.a.m. zu schulen und zu stärken, dass die psychische Erkrankung von Eltern zu einer Betroffenheit der Kinder führt und dass hier Aspekte des Kinderschutzes und der Kindeswohlgefährdung eine entscheidende Bedeutung erlangen.



Experte Dr. Thomas Erler und Teilnehmerin Kathrin Peterleit



---

## Aus der Sicht der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte

Alfons Fleer

### **Präventive Maßnahmen gelingen nur in einem größeren Kontext von Professionen**

In dem Versorgungsbereich der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin ist eine Fokussierung auf das spezielle Problem "Kinder psychisch kranker Eltern" vom Grundsatz her nicht möglich. Eine Sensibilisierung der Pädiater zu diesem Problem ist gegeben. Aus der Pädiatrie heraus in Zusammenarbeit mit Vertretern der Sozialbehörden wurde ein Model der Früherkennung entwickelt, das anknüpfend an das vorhandene System der Kindervorsorge-Untersuchungen eine frühe Eingrenzung derjenigen Familien ermöglichen kann, die nicht ausreichend sorgen (können) für ihre Kinder. Diese Zusammenarbeit ist neu, sie bedarf der auswertenden Begleitung. In diesem Modell ist auch ein frühes Erkennen emotional unzureichender Versorgung z.B. im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen der Eltern möglich. Entsprechende Kinder zeitig zu identifizieren, wird jedenfalls nur in einem größeren Kontext von Professionen, hier Meldestelle-Pädiater-Sozialpädagoge des Jugendamtes gelingen.

Der ambulant tätige Pädiater sieht Kinder häufig, bevor sie im Jugendamt oder anderen Erziehungshilfeinstitutionen auflaufen. Er denkt primär präventiv, so auch hier! Die Intention geht dahin, manifeste Schädigung des Kindes möglichst zu vermeiden. Dies gelang bisher mit dem Instrument der bekannten Kinder-Vorsorge-Untersuchungen in der Prävention der somatischen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen in beeindruckendem Maße. Die emotionalen und sozialen Störungen in den Familien und die daraus resultierenden Beeinträchtigungen schienen jedoch präventiv nicht erfassbar. An dieser Stelle hat sich z.B. in den letzten Jahren in Kooperation

von Sozialbürokratie Hess. Sozialministeriums, Jugendhilfe und Pädiatrie eine Wende vollzogen! Und hier scheint möglicherweise auch ein bisher noch nicht gehobener Schatz für die Prävention der manifesten Folgeschäden bei Kindern psychisch kranker Eltern zu liegen.

In der Untersuchungssituation mit dem Neugeborenen ergibt sich aufgrund der spezifischen Offenheit der Mütter in der primären Bindungsphase eine hohe diagnostische Schärfe für die Detektion bisher unerkannter psychischer Erkrankungen der Mutter. In unserer Tätigkeit sind wir hier angewiesen auf die Kooperationsbereitschaft der Eltern, die gerade bei depressiven Erkrankungen häufig nicht gegeben ist. Hier stehen unsere Bemühungen neben denen der Familienhebammen, die, ebenso wie wir, primär prophylaktisch arbeiten. Der Verweis an andere ambulante Behandler - evtl. auch an sog. "Schreiambulanz" - ist an dieser Stelle oft ausreichend. Schwere Schäden bei den Kindern sind in diesem Alter noch nicht manifest. Jenseits des 1. Lebenshalbjahres sieht die Sache ganz anders aus: Bisher waren die emotional und auch gerade körperlich gefährdeten Kinder in den Praxen nicht vertreten mangels eines flächendeckenden Follow-ups. Deshalb wurde z.B. in Hessen das "Gesundheitsstärkungsgesetz" vor 3 Jahren eingeführt. Ohne gesetzliche Sanktionen führt dies dazu, dass 98% der Kinder vorgestellt werden. Die Auffälligkeit im Rahmen dieses Systems besteht zum einen in der Feststellung entsprechender Befunde durch den Arzt, im wesentlichen aber in der Eingrenzung der Familien (2%), die nicht für ihre Kinder sorgen (können).

Das Gesundheitsstärkungsgesetz vom 1.1.2008 stellt nach organisatorischen Anlaufschwierigkeiten eine äußerst erfolgreiche Regelung zur Stärkung der Prävention im Kindesalter dar. Die Zustimmung nahezu aller Eltern ist meist vorbehaltlos, die organisatorische Umsetzung in den Kinder- und Jugendarztpraxen ist gewährleistet.

Dass in Hessen keine "Strafbewehrung" im Gesetz verankert wurde, trägt ganz wesentlich zur Akzeptanz der Eltern bei. Die Jugendämter wurden nach anfallender Mehrarbeit durch Nachverfolgung der 2% Nicht-Vorsor-

ger personell und finanziell "aufgerüstet". Ob dies in ausreichendem Maße geschieht, bedarf wegen der Sensibilität des Themas und seiner Wirkung in der Öffentlichkeit ständiger Beobachtung, Rückmeldung und – falls erforderlich – möglichst umgehender Korrekturen. Häufige Beschwerden – oft aus juristischer Skepsis über mögliche Schweigepflichtverletzung – wegen hoher Mehrarbeit in den betroffenen Abteilungen der Jugendämter sind mittlerweile deutlich seltener zu vernehmen, unter anderem auch, nachdem in mehreren Fällen Jugendämter offiziell eingeschaltet waren, ohne dass für die Kinder der erforderliche Schutz gewährleistet wurde – mit katastrophalen Auswirkungen.

Wir Pädiater sind der Ansicht, dass die amtliche Nachverfolgung von 2% aller Kinder durch die Mitarbeiter der Jugendämter als angemessener Aufwand zu bewerten sind für die Aussicht, in dieser Gruppe die tatsächlich schwer auffälligen und unterversorgten Kinder zu detektieren. Das System ist primär unspezifisch bzgl. der Art der auslösenden Störung in der Familie, also nicht spezifisch für psychische Erkrankungen, verspricht die Detektion emotionaler, sozialer wie körperlicher Vernachlässigung. Ob hier subtile emotionale Schäden wie emotionale Deprivation bei Kindern psychiatrisch kranker Eltern tatsächlich erfassbar werden, bedürfte einer detaillierten Nachuntersuchung.



Im Gespräch: Alfons Fleer mit Jennifer Jaque-Rodney



---

## Aus der Sicht der Familienhebammen

Jennifer Jaque-Rodney

### **Frühzeitige Unterstützung der Mütter verhindert komplexe dauerhafte Intensivhilfen**

"Das war am Anfang so schlimm, dass ich dachte, da wäre so ein Teufel in mir drin, der die Seele herausreißt. Ich hab so ein Gefühl noch nie erlebt, ich habe gedacht, ich würde sterben. Das war wirklich so ein schlimmes Gefühl, als greift jemand an mein Herz und reißt es heraus."

Psychische Erkrankungen treten in allen ‚Schichten‘ von Menschen auf – häufiger in "einfach strukturierten Familien" mit sozialer Vulnerabilität, aber auch bei Akademikern. Je nach dem erfolgt das Behandlungskonzept.

Die Familienhebamme als Präventionsangebot für Kinder psychisch krank oder sucht belasteter Eltern bietet eine frühe Zugangsmöglichkeit zu Familien (vor, während und nach der Geburt) an. Es ist vor allem die Familienhebamme, die einen direkten Kontakt zu den Müttern und Neugeborenen hat. Dies gilt es zu nutzen, da die Familienhebamme mit ihrer Zusatzqualifikation eine besondere Kompetenz zur Unterstützung von Familien in belasteten sozialen Situationen mitbringt.



Jennifer Jaque-Rodney

Neben der allgemeinen Leistung einer Hebamme wie z.B.:

- Schwangerschaftsbetreuung und Begleitung
- Hilfe bei Beschwerden in der Schwangerschaft

- Behördengänge und Begleitung während der Schwangerschaft
- Einzelgeburtsvorbereitungskurs/Geburtsvorbereitung für besonders belastete Familien
- Geburtsbegleitung
- Wochenbettbetreuung
- Stillberatung / Ernährungsberatung
- Rückbildungsgymnastik
- Säuglingspflege / Babymassage
- Beratung über Verhütungsmöglichkeiten

liegt der Schwerpunkt der Familienhebamme auf der psychosozialen und medizinischen Beratung und Betreuung von Müttern und Versorgung von Säuglingen in besonderen vulnerablen Konstellationen wie

- psychisch erkrankte Schwangere/Mütter
- traumatisierte Schwangere/Mütter
- Schwangere/Mütter aus anderen Kulturen
- minderjährige und junge Schwangere/Mütter
- alleinerziehende Mütter
- suchtmittelabhängige Schwangere/Mütter
- Familien, die besonders sozial belastet sind.

Die Betreuung findet in der Regel im vertrauten häuslichen Bereich statt und bietet damit einen niederschweligen Zugang. Dies könnte als Türöffner für weitergehende Hilfsmöglichkeiten genutzt werden.

In Kooperation mit der Familienhebamme besteht für die Mütter und ihre Familien die Möglichkeit, möglichst frühzeitig Hilfen zu bekommen. Hierbei geht das Berufsbild der Familienhebamme davon aus, dass die Familien bis zum 1. Geburtstag des Kindes begleitet werden (können).

Die Familienhebamme richtet ihre Arbeit in der Familie stets nach den Bedürfnissen der Familie aus. Die Arbeit ist Ressourcen suchend und nicht Defizit orientiert. Sie hat somit einen wichtigen präventiven Stellenwert.

Frauen in schwierigen Lebenssituationen sind oft weniger in der Lage, Fra-

gen zu stellen und sehen teilweise keine Notwendigkeit, sich informieren und helfen zu lassen.

Familienhebammen können hier intervenieren, indem sie die Frauen stärken und sie, ggfls. auf die Inanspruchnahme von weitergehenden Hilfen vorbereiten.

Die Familienhebamme bietet der psychisch erkrankten Mutter Unterstützung an, die sich an deren Lebenswelt orientiert und nicht "abgehoben" sein darf. Mit der Mutter werden notwendige, realistische Ziele erarbeitet, die sowohl dem Entwicklungsstand des Babys, als auch dem Bedarf der Mutter angepasst sein müssen.

Um die aktuelle Situation von Kindern psychisch kranker Mütter zu verbessern, müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

1. Wichtig bei der Betreuung derjenigen Frauen, die psychisch labil sind, ist, dass die Familienhebamme in ein "Netzwerk"/ein Team eingebunden ist. Fachberatung und Austausch, z. B. in Form von Supervision, ist aufgrund der komplexen Situationen der Familien und der über die Betreuung anderer Hebammen hinausgehenden Aufgaben der Familienhebamme unerlässlich.
2. Um die erkrankten Mütter zu erreichen, muss es Kooperationspartner geben, die auf das Angebot der Familienhebamme aufmerksam machen und ggfls. den Kontakt herstellen. Nur so kann in diesem wichtigen 1. Jahr des Kindes eine gute Basis zwischen Mutter und Kind geschaffen werden.
3. Im Sinne der Prävention ist es wünschenswert, wenn die Familienhebamme schon während der Schwangerschaft ein vertrauensvolles Verhältnis zu der Mutter aufbaut und sie evtl. zu Arztbesuchen begleitet.

Durch die frühzeitige Unterstützung der Frauen (von der Schwangerschaft an bis zum ersten Geburtstag des Kindes), die eine psychische Erkrankung

haben, können nicht nur gravierende, später kaum aufzuholende Schädigungen, sondern auch die erheblich kostenträchtigeren Intensivhilfen (z.B. Krankenhausaufenthalte, Fremdunterbringungen der Kinder etc.) dauerhafter vermieden werden.



Interessierter Zuhörer: Dirk Friedrichs folgt den Ausführungen von Jennifer Jaque-Rodney

---

## Aus der Sicht der Psychotherapie

Peter Lehndorfer / Dr. Johannes Klein-Heßling

### **Psychotherapeuten aus Gesundheitswesen und Jugendhilfe für ein bedarfsgerechtes Betreuungs- und Versorgungsangebot**

Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sind zwei Heilberufe, die in Bezug auf Kinder psychisch kranker Eltern in unterschiedlicher Hinsicht relevant sind. Zum einen werden viele psychisch kranke Eltern Patienten von Psychotherapeuten. Im Jahr 2008 behandelten niedergelassene Psychotherapeuten schätzungsweise 1,8 Millionen Patienten (Barmer-GEK-Arztreport 2010). Darüber hinaus werden jährlich etwa eine halbe Million Patienten stationär psychotherapeutisch versorgt. Wenngleich es keine Daten zu den Familienverhältnissen dieser Patienten gibt, darf man dennoch annehmen, dass die Zahl der Kinder, deren Eltern von Psychotherapeuten behandelt werden, sehr hoch ist.

Zum anderen gibt es einen großen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf bei den Kindern psychisch kranker Eltern selbst. Nach Berechnungen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) auf der Grundlage der Daten des Bundesgesundheits surveys leben in Deutschland etwa 1,5 Millionen Kinder und Jugendliche, deren Eltern an einer Psychose oder einer schweren Depression leiden oder alkohol- beziehungsweise drogenabhängig sind. Diese Kinder müssen spezifische Probleme bewältigen, die aus Desorientierung, Schuldgefühlen, Tabuisierungsisolierung, Loyalitätskonflikten und Betreuungsdefiziten resultieren können. Die Kinder tragen in Bezug auf die Entwicklung eigener psychischer Erkrankungen ein besonders hohes Risiko und haben daher einen spezifischen Bedarf an Präventions- und Interventionsmaßnahmen.

## **Stufen eines bedarfsgerechten Betreuungs- und Versorgungsangebotes**

In einer Studie zu stationär behandelten Eltern erwies sich etwa jedes dritte minderjährige Kind als psychisch auffällig (Kölch et al. 2008). 40% aller Kinder erhielten Hilfen, davon etwa jedes fünfte Unterstützung in einer Beratungsstelle, weitere etwa 20% Leistungen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie, 14% Psychotherapie und 12% eine Familientherapie. Die Behandlung psychischer Auffälligkeiten oder Erkrankungen steht am Ende eines gestuften Betreuungs- und Versorgungsangebotes. Daneben sind präventive Maßnahmen erforderlich, die die Resilienz der Kinder und Jugendlichen stärken sollen und von einer angemessenen Behandlung der Eltern über die altersgerechte Information über die Erkrankung und Behandlung der Eltern, über praktische Hilfen für die Familie und Screenings der Kinder auf psychische Auffälligkeiten bis hin zur Frühförderung reichen können.

## **Sicherstellung der Betreuung**

Wegen unklarer Betreuungssituationen, bedingt durch stationäre Klinikaufenthalte, aber auch Überforderung von Patienten bei der Organisation des familiären Alltags, kann die verlässliche Struktur im Alltag der Kinder fehlen. Alltägliche Belastungen, die jedes Kind kennt, werden dadurch zu chronischen Stressoren. Hier sind zunächst die Behandler der Eltern gefordert. Sie sollten routinemäßig mit erfassen, ob ihre erwachsenen Patienten zugleich Eltern sind und Kinder zu Hause haben, die betreut werden müssen. Dies könnte durch eine Verankerung in Versorgungsleitlinien erreicht werden.

## **Aufbau eines unterstützenden sozialen Netzes**

Neben den organisatorischen Aspekten der Alltagsbewältigung trägt die Qualität des sozialen Netzes zur Ressourcenstärkung und Entwicklungsförderung bei. Ein geeignetes Instrument können beispielsweise Patenschaften sein, die Kindern und Jugendlichen eine verlässliche und vertrauensvolle

le Beziehung zu Bezugspersonen bieten, die diese Unterstützung geben können. Gerade in akuten Belastungsphasen wie einer Klinikeinweisung der Eltern können Kinder und Jugendliche dadurch stabilisiert werden und die Eltern-Kind-Beziehung kann trotz der Erkrankung positiv unterstützt und gestärkt werden.

### **Informationen für Kinder und Eltern über die Erkrankung**

Aufklärung ist eine weitere notwendige Maßnahme. Nicht selten hindern Schuldgefühle, Loyalitätskonflikte, Tabuisierung und Stigmatisierung der Krankheit der Eltern die Kinder daran, Trost und Unterstützung bei anderen Kindern oder Erwachsenen zu suchen. Diese Aufgabe liegt ebenfalls primär bei den Behandelnden. Erste Schritte wie Psychoedukation sollten bereits in den Behandlungseinrichtungen und bei ambulanten Behandlungsangeboten für psychisch kranke Eltern erfolgen. Dazu müssen die Kinder ggf. in die Behandlung einbezogen werden und eine altersgemäße Aufklärung erhalten.

### **Früherkennung und ggf. psychotherapeutische Behandlung der Kinder**

Um Risiken für die kindliche Entwicklung zu minimieren, sollte es darüber hinaus eine Früherkennung psychischer Auffälligkeiten geben, auf die mit verschiedenen Maßnahmen reagiert werden kann, die bis hin zu einer psychotherapeutischen Behandlung der Kinder reichen können. Hier gibt es verschiedene Screeningverfahren auf psychische Auffälligkeiten, die eingesetzt werden können. Bereits vor Jahren hat die BPtK dem Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechende Vorschläge für eine Neufassung der Kinderfrüherkennungs-Richtlinie vorgelegt.

### **Kooperationsstrukturen mit psychotherapeutischer Kompetenz**

Vor dem Hintergrund der skizzierten Maßnahmen ist für die Realisierung eines bedarfsgerechten Betreuungs- und Versorgungsangebotes für Kinder

psychisch kranker Eltern eine Einbindung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in multidisziplinäre Kooperationsstrukturen vor Ort erforderlich. In Deutschland sind etwa 27.000 Psychologische Psychotherapeuten und 7.000 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig. Etwa die Hälfte der Psychotherapeuten ist niedergelassen in eigener Praxis, etwa 16.000 sind zugelassen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und erbringen dort Richtlinienpsychotherapie. Ein weiteres großes Tätigkeitsfeld ist die psychotherapeutische Versorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, also im stationären und (teil-)stationären Bereich. Psychotherapeuten arbeiten hier in multiprofessionellen Teams. Psychotherapeuten behandeln psychisch kranke Eltern, aber auch Kinder psychisch kranker Eltern. Neben der Prävention, Diagnostik, Linderung und Heilung psychischer Krankheiten gehören zu den Therapiezielen auch die Bewältigung von Stress und Krisen und die Verbesserung der Lebenssituation und der Lebensqualität.

Psychotherapeuten sind aber nicht nur im Gesundheitswesen beschäftigt. Jeder Sechste ist in einer Beratungsstelle tätig, die meisten davon in der Ehe-, Familien- und Erziehungsberatung. Aufgabe ist die Förderung der Entwicklung des Kindes durch Förderung der Eltern-Kind-Interaktion. Ziel ist die Wiederherstellung von Erziehungsfähigkeit, um Belastungen bei Kindern und Eltern durch Förderung der Ressourcen bei Kind und Eltern zu verringern.

Bei den in Beratungsstellen oder Einrichtungen der stationären Jugendhilfe beschäftigten Psychotherapeuten ist diese multiprofessionelle Zusammenarbeit bereits institutionalisiert. Sie sind unmittelbar in die Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe eingebunden. Durch die Mitgliedschaft in den Psychotherapeutenkammern ist darüber hinaus auf der Ebene der Berufsaufsicht und beruflichen Interessenvertretung eine strukturelle Kooperation zwischen den Psychotherapeuten im Gesundheitswesen und ihren Kolleginnen und Kollegen in einer Körperschaft öffentlichen Rechts realisiert.

Dies ist aber bestenfalls ein begünstigender Faktor oder eine Rahmenbedingung, die man für den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer multi-professionellen Zusammenarbeit auf lokaler Ebene nutzen kann.

In Bezug auf die in der Gesundheitsversorgung tätigen Psychotherapeuten sind zwei Bereiche zu unterscheiden. Auf der einen Seite sind die Psychotherapeuten zu betrachten, die ausschließlich oder überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln. Sie stehen oft im Kontakt mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe – meist zu Beratungsstellen, weniger aber zu Jugendämtern. Dies sind dann zumeist Kooperationsformen, die in der jeweiligen Region entstanden sind, ohne dass es einen institutionalisierten Hintergrund hierfür gibt. Viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche behandeln, sind bereits in regionale Netzwerke integriert. Wünschenswert wäre aber eine noch breitere Beteiligung.

Auf der anderen Seite gibt es die große Zahl der Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Erwachsene und damit die potenziellen Eltern behandeln. Hier besteht ein deutlich größeres Entwicklungspotenzial bei der interdisziplinären Zusammenarbeit in Bezug auf die Kinder psychisch kranker Eltern – vor allem beim Aufbau und Pflege der Kontakte mit der Kinder- und Jugendhilfe. Weil die Situation der Kinder der Patienten in der Therapie oft zu wenig in den Blick genommen wird, wird oft keine Notwendigkeit zur Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe gesehen. Im Zuge einer stärkeren Verantwortungsübernahme der Primärbehandler für die Kinder der erwachsenen Patienten würde sich das ändern müssen.

### **Voraussetzungen für die Nutzung psychotherapeutischer Kompetenz**

Zu den Faktoren, die psychotherapeutische Angebote vor Ort begünstigen oder überhaupt erst ermöglichen, gehören ausreichende psychotherapeutische Behandlungskapazitäten, auch mit der Möglichkeit des ausreichenden

Einbezugs von Familienangehörigen und klare Verantwortlichkeiten innerhalb der Kooperationsstrukturen.

### **Ausreichende psychotherapeutische Behandlungskapazitäten schaffen**

In Deutschland gibt es flächendeckend zu wenig psychotherapeutische Behandlungskapazitäten. Patienten warten im Durchschnitt drei Monate auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten. Hier wären Anstrengungen erforderlich, das Versorgungsangebot insgesamt zu verbessern. Mit Integrierten Versorgungsverträgen bzw. regionalen Modellprojekten könnten darüber hinaus weitere und in Bezug auf die Versorgung der Kinder psychisch kranker Eltern flexiblere Leistungen finanziert werden, z. B. Krisensprechstunden, Hausbesuche, psychotherapeutische Kurzinterventionen, Fallkonferenzen. In Instituts- und Ausbildungsambulanzen stecken weitere Versorgungskapazitäten, die einbezogen werden könnten. Gleichzeitig sollte auch die Psychotherapie im Rahmen der Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfen gestärkt werden.

### **Familienangehörige bei Bedarf stärker einbeziehen**

Der Einbezug oder gar die Mitbehandlung von Familienangehörigen ist abhängig vom Psychotherapieverfahren, dem Alter des "Index-Patienten" und dem Kostenträger. Im Rahmen einer kinderpsychotherapeutischen Richtlinienspsychotherapie ist die Einbeziehung der Bezugspersonen so geregelt, dass nach jeder vierten Kinderstunde eine begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen erfolgen kann bzw. muss. Möchte man diese Frequenz ändern, so ist dies bei der Krankenkasse über das Gutachterverfahren zu beantragen. Dieses System ist für die Praxis zu starr. Ein Psychotherapeut soll selbst entscheiden können, ob, wie und in welchem Umfang Bezugspersonen einbezogen werden sollen. Bei einer Behandlung von Erwachsenen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie gibt es die Möglichkeit der Einbindung von Familienangehörigen oder anderen Bezugspersonen. Sie wird aber eher sel-

ten genutzt. In Bezug auf die Kinder psychisch kranker Eltern können die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie sogar hinderlich sein, wenn sie den Blick auf die besonderen Bedürfnisse der Kinder verstellt und die Ressource "Familie" für die Gesundung des Patienten überstrapaziert wird.

Für Psychotherapeuten, die in der Ehe-, Familien- und Erziehungsberatung tätig sind, ist die Situation anders. Hier steht die Familie im Mittelpunkt der Betrachtung, je nach Anlass kann dabei auch die "Behandlung" der Familie indiziert sein.

### **Nahtstellen klarer definieren**

Im Rahmen multiprofessioneller Kooperationen sind Verantwortlichkeiten – auch in Bezug auf die Kostenverantwortung – und Nahtstellen klarer zu definieren. Um neben der Definition auch in der praktizierten Kooperation Klarheit zu haben, wären regionale Koordinierungsstellen für Hilfen bzw. Leistungen von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe sinnvoll. Festzulegen wäre dabei auch, durch wen das Fallmanagement im Einzelfall erfolgen kann und soll.

Für Psychotherapeuten ist dabei eine angemessene Regelung der Schweigepflicht in vernetzten Hilfe-/Behandlungssystemen notwendig, damit Behandlungsangebote angenommen bzw. Hilfsangebote nicht vermieden werden, weil die Sorge besteht, die innersten Bedürfnisse nicht offenbaren zu können. Die Offenbarungsbefugnis, wie sie im Regierungsentwurf des Bundeskinderschutzgesetzes vorgesehen ist, ist aus unserer Sicht ein Schritt in die richtige Richtung.

### **Ansätze guter Kooperationen**

Es gibt Kooperationsstrukturen auf lokaler und regionaler Ebene, an denen Psychotherapeuten erfolgreich beteiligt sind. Für den Bereich der Frühen

Hilfen zeigt die Evaluation des Deutschen Jugendinstitutes allerdings, dass solche Kooperationen noch ein großes Entwicklungspotenzial haben. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden darin derzeit eher als unwichtige Kooperationspartner bezeichnet.

Auf Landesebene gibt es Kooperationen, z. B. gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen von Kammern und Kinder- und Jugendhilfe. Formale Beteiligungen von Psychotherapeuten an Kooperationsnetzwerken gibt es u. a. hier:

- "FAMOS" (Familien optimal stärken) Paderborn, ein Projekt des Jugendamtes Paderborn unter Beteiligung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. Ziel ist die Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch Stärkung der (elterlichen) Erziehungskompetenz sowie durch eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Eltern und deren Anlaufstellen, wie Kinderärzten, Hebammen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kindertagesstätten, Schulen usw.
- Koordinierende Kinderschutzstellen in Bayern (KoKi)
- "Auryn-Gruppen" für Kinder psychisch kranker Eltern mit örtlichen Netzwerkstrukturen von Diensten des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe, deren Vertreter sich regelmäßig in Arbeitsgruppen treffen und gegenseitig fortbilden. Die Aufgabe der Psychotherapeuten liegt hier insbesondere in der präventiven Gruppenarbeit zur Stärkung des Selbstwertgefühls, zur Enttabuisierung, zur Entlastung von Schuldgefühlen, zur Stärkung individueller Bewältigungsformen.

Auf Bundesebene gibt es Kooperationen durch die Mitarbeit im Fachbeirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und im Kooperationsverbund "gesundheitsziele.de". Die BPTk hat im Kooperationsverbund an der Überarbeitung des Gesundheitsziels "Gesund Aufwachsen" mitgewirkt, bei dem als konkrete Maßnahme empfohlen wird, dass Kinder und Jugendliche von

psychisch kranken oder suchtkranken, körperlich chronisch kranken oder behinderten Eltern eine frühzeitige und wohnortnahe Unterstützung erhalten.



Dr. Koralia Sekler und Peter Lehndorfer



---

## Aus der Sicht der Kinder- und Jugendhilfe

Ralf Mengedoth

### **(Hilfe)Welten zusammen bringen oder gemeinsam (gesunde) Entwicklungsräume vergrößern**

Wenn es stimmt, dass ca. 500 000 Kinder in Deutschland einen psychisch schwer erkrankten Elternteil haben (also jedes 30. Kind), so hat die Jugendhilfe zu fragen:

#### **Wie geht es eigentlich den Kindern?**

Denn die Probleme, mit denen Kinder psychisch erkrankter Eltern konfrontiert werden, sind vielfältig. Sie entstehen einerseits durch die Erkrankung der Eltern und andererseits durch die (sozialen) Folgen der Krankheit (Tabuisierung, Angst vor Stigmatisierung, Isolation, Überforderung, Unsicherheit, Stress...).

Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, sind deshalb in vielfältiger Weise von der Erkrankung betroffen. Sie haben außerdem ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln.

*"Kind eines psychisch kranken Elternteils zu sein kann die Hölle bedeuten. Schuldgefühle, Einsamkeit und die Angst, selbst zu erkranken, brennen sich in die Seele ein."*<sup>1</sup>

Wenn Kinder psychisch kranke Eltern haben, ist vieles zu bedenken, geht es um die Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie ("Kinder als Angehörige psychisch Kranker"), geht es um eine "andere" Elternarbeit der Jugend-

hilfe, geht es darum, dafür zu sorgen, dass dieser Satz immer weniger gilt:

**Allein in der Not:  
Kinder psychisch kranker Eltern sind oft völlig überfordert!**

Denn Katja Beeck fragt zu Recht:

*"Warum wird ihnen erst geholfen, wenn die familiäre Situation völlig eskaliert und die Kinder nachhaltig gestört sind? Warum wird zugelassen, dass sich in Familien mit psychisch kranken Eltern Tragödien abspielen müssen?"<sup>2</sup>*

**Einige Grundgedanken:**

Bei Kindern psychisch Kranker können sich die Lebenswelt in der Familie und außerhalb sehr unterscheiden. Die "Ver-rückt-heiten" von Mutter oder Vater können zu zwei verschiedenen Welten für die Kinder führen (s. Abb. Seite 38).

Spannungen können zwischen diesen evtl. wenig verbundenen Welten entstehen. Die Entwicklungsräume der Kinder werden enger. Aus Spannungen können sich Überforderungen für die Kinder entwickeln:

Angst, Schuld- und Schamgefühle, Zorn, Tabuisierung, Loyalität(en), Konflikte, Kränkungen, Isolation, Irritation(en), Verantwortung, Versorgung, Parentifizierung, materielle Sorgen, Bedrohungen, Schutz ...

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) normiert in § 1

- *"Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit."* und
- *"Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft."*

(Hilfe)Welten zusammen bringen oder gemeinsam (gesunde) Entwicklungsräume vergrößern

---



Hieraus ergibt sich einerseits für die Eltern ein Recht auf Hilfe bei der Erziehung. Andererseits ist das Jugendamt gefordert bei einer Gefährdung des Kindeswohls einzugreifen.

Unterschiedliche "Interventionsschwellen"<sup>3</sup> produzieren für die Betroffenen ein weiteres Spannungsfeld zwischen "Recht auf Unterstützung" und der "Eingriffsmöglichkeit des Staates":

- Probleme bahnen sich an, das Kindeswohl ist nicht mehr gewährleistet (1. Schwelle), die Sorgeberechtigten beantragen Hilfen zur Erziehung beim Jugendamt.
- Die Probleme sind so massiv, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, das Jugendamt nimmt die Kinder in Obhut (2. Schwelle).



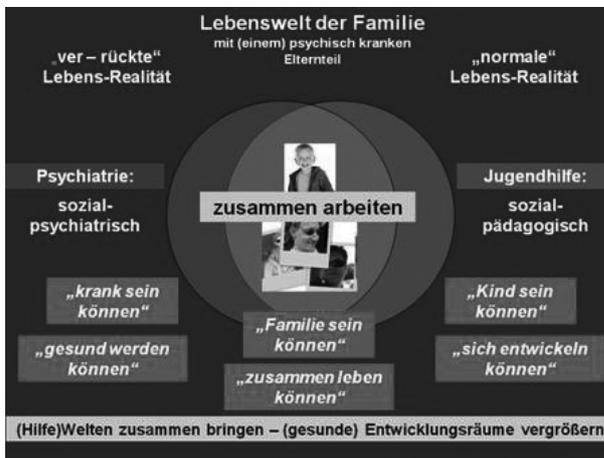
### Was ist zu tun?

Adressat von frühen, von rechtzeitigen Hilfen sollte die ganze Familie sein. Der notwendige Entwicklungsraum für die betroffenen Kinder ist durch eine bessere Verbindung der beiden Lebenswelten wieder zu vergrößern.

(Hilfe)Welten zusammen bringen oder gemeinsam (gesunde) Entwicklungsräume vergrößern

---

Damit dies besser gelingt, müssen auch die beiden "Hilfewelten" (sozial-psychiatrisch und sozial-pädagogisch) enger zusammenrücken. Die kranke Mutter bzw. der kranke Vater muss krank sein können, um dann ihren/seinen Weg der Gesundung gehen zu können. Das Kind bzw. die Kinder müssen Kinder sein können, um die eigenen Entwicklungsaufgaben gestalten zu können. Nicht zuletzt sollte die Familie zusammen leben, sich angemessen gegenseitig stützen können.



Viel Wissen, Ideen und Erfahrungen hierzu sind vorhanden:

- Die Sicht der Kinder<sup>4</sup>
- Die Sicht der Eltern<sup>5</sup>
- Perspektiven für die Kooperation der Helfersysteme<sup>6</sup>
- Materialien für die konkrete, resilienzfördernde pädagogische Arbeit<sup>7</sup>
- Erfahrungen mit Patenschaftsmodellen<sup>8</sup>

Dies Wissen ist vor Ort zu nutzen für eine sinnvolle, gemeinsame Weiterentwicklung der lokalen Helfelandschaft.

Dabei soll eine gelungene Kooperation von Erwachsenenpsychiatrie und

Jugendhilfe die Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten aller Akteure erweitern. Sie verbessert auch die sachgerechte und notwendige Reflexion der Balance zwischen Hilfe und Kontrolle. Zentrales Ziel allen Handelns ist es dabei, die Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten für die Betroffenen zu vergrößern, ihre Ressourcen zu stärken. Damit die Kooperation i.d.S. gelingt, ist folgendes notwendig<sup>9</sup>:

1. **Klarheit** bei den Verantwortungen und Arbeitsaufträgen
2. **Transparenz** der Handlungen
3. **Beteiligung** der Menschen
4. **Gemeinsame Gestaltung** der Übergänge
5. **Rechtzeitigkeit** der Kooperation
6. **Strukturierte Kommunikation** zur gemeinsamen Reflexion

### Was bleibt noch zu sagen?

*"Es gibt nichts gutes, außer man tut es."*

*Erich Kästner*

### Anmerkungen

<sup>1</sup> Löll 2005

<sup>2</sup> Beeck 2004

<sup>3</sup> nach einem Vortrag von Prof. Dr. Reinhold Schone, FH Münster

<sup>4</sup> Beeck 2004 u. 2008

<sup>5</sup> Kölch 2009 u. Mattejat/Lisofsky 2008

<sup>6</sup> Schone/Wagenblass, 2002 (S. 203-223) u. Lenz, Albert 2010 (s. 42-55)

<sup>7</sup> Lenz, Albert 2010 u. Homeier 2006

<sup>8</sup> Kipsy.net 2011

<sup>9</sup> LWL 2002

## Literatur

- Beeck, K. (Hrsg.): Ohne Netz und ohne Boden. Situation Kinder psychisch kranker Eltern. Berlin (Eigenverlag) 2004.
- Beeck, K. (Hrsg.): Netz und Boden. Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern. Berlin (Eigenverlag) 2008.
- Homeier, Sch.: Sonnige Traurigtage. Ein Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern. Frankfurt a.M. 2006.
- Kölch, M.: Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. In: Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. München (Eigenverlag) 2009. [http://www.dji.de/bibs/Expertisenband\\_Kap\\_4\\_2\\_Koelch\\_LK\\_AK\\_P.pdf](http://www.dji.de/bibs/Expertisenband_Kap_4_2_Koelch_LK_AK_P.pdf)
- Kipsy.net (Hrsg.): Projektübersicht. Übersicht der Unterstützungsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern. 2011. <http://www.kipsy.net/19.0.html>
- Lenz, A.: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen 2010.
- Löll, C.: Psychisch kranke Eltern: Mama, warum bist du so? 2005. [http://www.stern.de/wissen/gesund\\_leben/seele/psychisch-krank-eltern-mama-warum-bist-du-so-535584.html](http://www.stern.de/wissen/gesund_leben/seele/psychisch-krank-eltern-mama-warum-bist-du-so-535584.html)
- LWL (Hrsg.): Leitfaden zur Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Münster (Eigenverlag), 2002. [http://www.lwl.org/lja-download/datei-download2/LJA/erzhilf/Jugendpsychiatrie/1056524165\\_0/Arbeitshilfe\\_Jugendhilfe\\_Jugendpsychiatrie.pdf](http://www.lwl.org/lja-download/datei-download2/LJA/erzhilf/Jugendpsychiatrie/1056524165_0/Arbeitshilfe_Jugendhilfe_Jugendpsychiatrie.pdf)
- Mattejat, F. / Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn 2008.
- Schone, R. / Wagenblass, S.: Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster 2002,
- Yüksel, R.: Psychotische Eltern - Verletzte Kinder. Risiken und Chancen für die Entwicklung der Kinder bipolar erkrankter Eltern sowie die sozialpädagogischen Interventionsmöglichkeiten. München 2010.



---

Hildegard Arbeiter

## **Eine gute Zusammenarbeit aller Akteure steht im Vordergrund der Hilfen**

Die aktuelle Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern kann durch professionelle, altersgerechte Angebote, die auf die unten genannten, bekannten schützenden Faktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern eingehen, verbessert werden.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass

- mit dem gesamten Familiensystem gearbeitet wird, auch mit den Angehörigen über Generationen;
- diese Angebote in der Region ausreichend bekannt sind;
- es unter den Fachleuten ein Selbstverständnis zur interdisziplinären Zusammenarbeit gibt. Fallarbeit mit allen beteiligten Akteuren sollte ein selbstverständlicher Bestandteil sein. (Wenn die Professionen konkurrieren anstatt zu kooperieren, schlägt sich das auf das Familiensystem nieder.);
- in den Jugendämtern eine Koordinationsstelle zum Thema "Kinder psychisch erkrankter Eltern" eingerichtet wird;
- es eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Jugendamt und den spezialisierten Trägern gibt;
- Handlungsempfehlungen für die KollegInnen in den Jugendämtern zum Umgang mit Familien mit psychischer Erkrankung erarbeitet werden;
- alle Fachleute, die in der Familie arbeiten, untereinander bekannt sind und es darauf geachtet wird, wer welche Aufgabe übernimmt. (Zu viele Fachleute überfordern die Familien und kosten unnötig Geld.);
- es Zeit und eine ausreichende Finanzierung zu den fachlichen Notwendigkeiten, derer es bedarf, um die Familien unterstützen zu können, gibt;
- sowohl die Struktur der präventiven Angebote als auch die Unterstüt-

zungsmöglichkeiten - sozialpädagogisch und therapeutisch - in Fachkreisen inhaltlich bekannt und in seiner Wirkung anerkannt werden.

### **Schützende Faktoren für die Kinder, nicht selbst psychisch zu erkranken**

Die Belastungen der Kinder sind vielfältig und variieren je nach Krankheitssymptomen, Krankheitsverlauf und Familienzusammensetzung erheblich. Lebt ein Kind beispielsweise allein mit einem akut erkrankten psychotischen Elternteil, der keine Krankheitseinsicht hat, ist das Kind hochgradig gefährdet.

Es gibt Faktoren, die sich positiv auf die Gesundheit der Kinder auswirken. Diese sind beim Kind selbst, beim kranken Elternteil sowie im familiären und sozialen Umfeld zu finden:



Hildegard Arbeiter

#### **Beim Kind**

- eine kontinuierliche Bezugsperson an der Seite zu haben
- hoher Informationsgrad der Kinder über die Krankheit
- Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen
- Entlastung von Verantwortung
- Erlaubnis, eigene Bedürfnisse und Gefühle wahrnehmen zu dürfen und somit eine eigene Identität entwickeln zu dürfen
- sich abgrenzen dürfen
- kein Einbezug in das Wahnsystem des Erkrankten

#### **Beim Elternteil**

- Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft des erkrankten Elternteils
- frühzeitige Inanspruchnahme von psychiatrischer Behandlung

- rechtzeitige Wahrnehmung von Krisen
- möglichst hohe Reflektionsfähigkeit
- Übernahme der Verantwortung für sich, die familiäre Situation und für das Kind
- Fähigkeit, Hilfe zu holen und zuzulassen

### **Im familiären und sozialen Umfeld**

- eine Bezugsperson, die dem Kind kontinuierlich zur Verfügung steht
- ein gesunder Elternteil, der seine elterlichen Aufgaben adäquat erfüllt
- eine gute Eltern-Kind-Beziehung
- große Familie, so dass Belastung verteilt wird
- Bewusstheit über die psychische Erkrankung und ihre Ursache im gesamten Familiensystem, bis hin zur Versöhnung. (Wir finden oft Familien vor, in denen auch die Erwachsenen ratlos, hilflos und zerstritten sind.)
- konstruktive Kommunikation miteinander
- ein tragfähiges soziales Netz, das den Ausfall des Erkrankten kompensieren kann

### **Rolle ambulanter Angebote der Kinder- und Jugendhilfe in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern**

Durch die sozialpädagogische Familienhilfe sowie die Erziehungsbeistandschaft oder auch sozialpädagogische Einzel- oder Gruppenbetreuung sind die Kinder und Jugendliche nicht mehr allein gelassen. Diese Angebote sichern in enger Zusammenarbeit mit den Jugendämtern das Kindeswohl und entlasten die Kinder.

Folgende Themen sind in der **sozialpädagogischen Familienhilfe** von besonderer Bedeutung:

1. Besondere Anforderungen an die **sozialpädagogische Fachkraft** wie

- eine positive Grundeinstellung zu Menschen mit psychischer Erkrankung
  - sich besonders gut abgrenzen können und dennoch empathisch sein
  - Umgang mit Nähe und Distanz gut regulieren können
  - über das Phänomen Übertragung und Gegenübertragung Bescheid wissen
  - mit den psychiatrischen Krankheitsbildern vertraut sein
  - sensibel sein für Frühwarnsymptome
  - die Arbeit mit dem Notfallplan kennen
  - bereit sein, mit Fachkräften aus anderen Bereichen und im sozialen Umfeld zu kooperieren
  - Kenntnisse haben im Umgang mit dem gesamten Familiensystem über Generationen
2. Bei der **sozialpädagogischen Arbeit mit den Kindern** sollte Folgendes berücksichtigt werden:
- Raum geben, um über das individuelle Erleben der psychischen Erkrankung des Elternteils reden zu können.
  - Die Kinder über die psychische Erkrankung (mit den Eltern zusammen) aufklären
  - Gefühlen wie Hass, Angst, Aggression Raum geben.  
Je nach Alter, Handlungsstrategien entwickeln wie das Kind sich verhalten kann, vor allem auch für Krisen
  - Entlastung von überfordernder Verantwortung
  - Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen
  - den Kindern die Ressourcen der Eltern aufzeigen
  - Identitätsentwicklung fördern
  - Normalität leben
3. Eng verbunden und ineinander übergreifend ist die **Sensibilisierung der Eltern** für die Situation ihrer Kinder.  
Im Rahmen dieser Elternarbeit sollte man

- Raum geben, um über die Erkrankung reden zu können und über die damit verbundenen Gedanken, Ängste und Gefühle
  - für die Bedürfnisse der Kinder sensibilisieren
  - Elternschaft trotz psychischer Erkrankung wahrnehmen
  - Alltagsstrukturen erarbeiten
  - psychische Erkrankung besprechbar machen
  - an der Krankheitseinsicht des Elternteils arbeiten (Bei Bedarf Hinführung zu Psychiatern und Therapeuten)
  - mit dem Notfallplan arbeiten
  - das Selbstverständnis als Eltern stärken
  - von Schuld- und Schamgefühlen entlasten
  - darauf sensibilisieren, was es heißt, das Kind in die Erkrankung mit einzubeziehen
  - an der Parentifizierung arbeiten (d.h. die Eltern übernehmen wieder die Elternrolle und das Kind kann Kind sein)
  - mit den Eltern daran arbeiten, wie sie ihr Kind altersgerecht über ihre psychische Erkrankung aufklären können
  - konstruktive Kommunikationsformen entwickeln
4. Psychische Erkrankung betrifft das **gesamte Familiensystem** – oft über Generationen. Daher ist die Angehörigenarbeit ein wesentlicher Punkt in der sozialpädagogischen Familienarbeit.

Die sozialpädagogische Familienhilfe kann nicht angeboten werden, wenn die Eltern zu wenig Erziehungskompetenz aufzeigen und dadurch das Kindeswohl gefährdet ist, wenn sie nicht in der Lage sind, mit den Fachkräften zu kooperieren und wenn Familienhilfe dem Kind keine kontinuierliche ergänzende Bezugsperson zu Seite stellen kann.

In der **sozialpädagogischen Gruppenarbeit**, als einer weiteren Form des ambulanten Angebotes, erleben die Kinder im Sinne einer Peergroup, dass unter ihnen noch andere Kinder mit psychisch erkrankten Eltern leben. Sie

können sich untereinander über das Erlebte austauschen und gemeinsam mit den GruppenpädagogInnen Lösungs- und Bewältigungsstrategien entwickeln. Die Isolation, in der die Kinder oft leben, wird aufgehoben. Das Tabu, über psychische Erkrankung reden zu dürfen, wird durchbrochen. Durch ihr Erleben, dass es noch andere betroffene Kinder gibt, nimmt die Scham ab. In den Gesprächen über die jeweilige psychische Erkrankung erfahren die Kinder, dass sie nicht schuld an der Erkrankung ihrer Eltern sind. In der Gruppe wird "Normalität" gelebt.

Damit die Kinder nicht in einen erneuten Loyalitätskonflikt zwischen Gruppe und Eltern geraten, hat hier die Elternarbeit ebenfalls einen hohen Stellenwert.

In der **aufsuchenden Familientherapie** ist das gesamte Familiensystem und dessen Umfeld in die therapeutische Arbeit einbezogen. In Familien mit psychischer Erkrankung finden wir oft ein dysfunktionales System über Generationen, eine erhebliche Einschränkung positiver familiärer Kommunikations- und Interaktionsmuster sowie die Krankheit stabilisierende Wirklichkeitskonstruktionen.

Ein Krankheit stabilisierendes Wirklichkeitskonstrukt wäre z.B. folgende Situation: als Kind wurde ich geschlagen und konnte mich nicht wehren, weil ich klein und hilflos war und im "Hier und Jetzt" schlägt mein Mann mich - ich bin das Opfer und kann mich nicht wehren. Die Männer sind so und ich habe das auch so verdient.

Ziel der Familientherapie ist

- emotionale und soziale Stabilisierung des Familiensystems
- Reduzierung von "verrückten" Verhaltensmustern bis hin zu deren Auflösung
- Förderung von konstruktiven Verhaltens- und Kommunikationsmustern

Beim **begleiteten Umgang** wiederum leben die Eltern bereits getrennt. Die Kinder sowie die Eltern erfahren Unterstützung in der Wiederaufnahme

des Kontaktes zum getrennt lebenden Elternteil. Oberste Priorität an dieser Stelle hat das Kindeswohl. Mit beiden Elternteilen wird daran gearbeitet, was es heißt getrennt zu leben und die gemeinsame Elternschaft für das Kind zu haben. Wichtig ist hierbei auch die Arbeit an der Trennung zwischen Paar- und Elternebene.

### **Die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt – eine interdisziplinäre Sichtweise**

Um oben genannten Aufgaben gerecht zu werden, bedarf es einer guten Zusammenarbeit mit den jeweils zuständigen Sozialarbeitern des Jugendamtes.

Demzufolge muss bei dem Hilfeplangespräch (HPG) Folgendes berücksichtigt werden:

- die Familien brauchen frühzeitige Unterstützung
- alle Fachleute, die die Familie unterstützen, sollten zum HPG eingeladen werden
- es muss ein gemeinsames Verständnis geben zum Thema "Kinder psychisch erkrankter Eltern"
- vereinbarte Ziele und Handlungsschritte sollten Perspektiven differenziert mit und für die Familie in Berücksichtigung der einzelnen Familienmitglieder gemeinsam erarbeitet werden
- die Rolle und die Aufgaben der unterschiedlichen Fachkräfte sollten klar werden
- eine gute Auftragsklärung sowie hohe Transparenz des Handlungskontextes sind für alle Beteiligten hilfreich
- notwendige Auflagen sollten klar benannt und mögliche Konsequenzen aufgezeigt werden.

Eine Kooperationsvereinbarung zum Schutz der Kindern psychisch erkrankter Eltern zwischen den Jugendämtern und den spezialisierten Trägern würde eine Selbstverpflichtung aller Beteiligten darstellen und wäre somit

ein wichtiges Instrumentarium, um die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit zum Thema zu dokumentieren.

Diese Kooperationsvereinbarung sollte mit allen in Frage kommenden Akteuren ausgearbeitet werden.

In Familien die durch psychische Erkrankung eines Elternteils belastet sind, gibt es oft eine Vielzahl von Fachkräften, die häufig nichts voneinander wissen und die unterschiedlichsten Sichtweisen vertreten.

Daher ist es wichtig, dass sich diejenige Person, die das Erstgespräch mit der Familie oder der Betroffenen führt, darüber informiert, welche Fachkräfte die Familie schon begleiten oder auch schon begleitet haben. Zur Hilfefkonferenz bzw. zum Hilfeplangespräch im Jugendamt - oder schon vorab - sollten alle Fachkräfte eingeladen werden und sich untereinander ihre Aufgaben in der jeweiligen Familie sowie ihre Sichtweise auf die Familie vorstellen. Vorab muss aber der Umgang mit der Schweigepflicht geklärt werden, um in weiteren Schritten Konsens über die Gefährdung des Kindes zu erwirken.

---

## Aus der Sicht der Erwachsenenpsychiatrie

Dr. Ulrike Lemke

### **Kinder psychisch kranker Erwachsener und Hilfesysteme – was nützt, was schadet?**

#### **Eine Standortbestimmung aus Sicht der Psychiatrie des Erwachsenenalters**

In der Psychiatrie des Erwachsenenalters – im Folgenden kurz Psychiatrie genannt – spielt die Elternschaft kaum eine zentrale Rolle. Auch der Fokus der Psychotherapeuten ist häufig stärker auf die Herkunfts- als auf die gegenwärtige Familie ausgerichtet.

In den letzten Jahren ist in der Psychiatrie die Angehörigenarbeit stärker fokussiert worden. Die Wirksamkeit von Familieninterventionen konnte beispielsweise bei schizophrenen Erkrankungen gezeigt werden.<sup>1</sup> Allerdings werden bei der Angehörigenarbeit vorrangig Eltern und Partner einbezogen. Die (minderjährigen) Kinder der psychisch kranken Patienten werden in der Angehörigenarbeit oft nur ungenügend wahrgenommen.

Werden andererseits Kinder psychisch kranker Eltern als Erwachsene retrospektiv befragt, zeigt sich eine große Belastung durch die Erkrankung der Eltern. Fehlende Aufklärung über die Erkrankung der Eltern und Unberechenbarkeit des elterlichen Verhaltens spielen eine zentrale Rolle.<sup>2</sup>

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass etwa 60% der Frauen und 25% der Männer, die an einer psychischen Erkrankung leiden, Eltern sind<sup>3</sup>. Zudem leben schwer psychisch Erkrankte im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung nur etwa halb so häufig in Partnerschaften, d. h. sie sind häufiger alleinerziehend<sup>4</sup>.

In Deutschland erleben etwa drei Millionen Kinder im Verlauf eines Jahres ein Elternteil mit einer psychischen Störung, etwa 175.000 dieser Kinder machen die Erfahrung, dass ein Elternteil stationär psychiatrisch behandelt wird<sup>5</sup>. Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass es in Deutschland etwa drei Millionen Kinder mit psychisch kranken Eltern gibt, dass diese Kinder zu- meist durch die Erkrankung sehr belastet sind und sich die Psychiatrie bis- her unzureichend mit der Thematik auseinandersetzt.

Warum besteht eine derartige Diskrepanz zwischen Betreuungsbedarf und realer Betreuung von Familien mit einem oder beiden erkrankten Elternteilen? Problematische Situationen ergeben sich dann, wenn Gefährdungsaspekte durch die psychische Erkrankung auftreten und der Behandler abwägen muss, ob die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht oder die krankheits- bedingte Gefährdung, die nur durch das Brechen der Schweigepflicht abge- wendet werden kann, Priorität hat. Die Beurteilung dieser ohnehin komple- xen Situation wird durch die Anwesenheit von Kindern in der Familie zu- sätzlich erschwert, die Verantwortung des Behandlers nimmt zu, da neben dem Schutz des Patienten das Kindeswohl bedacht werden muss.

Die Feststellung "Kindeswohl geht vor" vereinfacht die Problematik nur zum Schein, da es sich immer um individuelle Konstellationen handelt, die für jeden einzelnen Fall zu beurteilen sind und für die keine Richtlinien ge- geben werden können.

Die Schweigepflicht des Arztes ist - insbesondere in der Behandlung psy- chiatischer Krankheitsbilder - eine unabdingbare Grundlage, ohne die keine therapeutische Beziehung entstehen kann. Ein Bruch dieser Vertrau- ensgrundlage, vor allem gegen den erklärten Willen des Patienten, stellt eine schwerwiegende Handlung dar, die zu einem anhaltenden Vertrauens- verlust führen kann. Selbstredend muss bei einem begründeten Verdacht der Kindeswohlgefährdung eingegriffen werden, auch gegen den Willen des erkrankten Elternteils. Diese Entscheidung sollte aber keinesfalls auto- matisiert und ohne gründliche Überlegung getroffen werden.

Dennoch kann nicht einseitig zugunsten der Schweigepflicht entschieden

werden, da die unterlassene Information an zuständige Behörden wie Jugendamt, Polizei oder Gerichte zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen des kindlichen Wohls bis hin zu Tötungsdelikten führen kann.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind in verschiedenen Gesetzen verankert. Die ärztliche Schweigepflicht wird in der Berufsordnung der Ärzte geregelt (§9 MBO-Ä), im Strafgesetzbuch wird der Bruch der Schweigepflicht als strafrechtlich relevantes Delikt behandelt (§230 StGB), auch zivilrechtliche Konsequenzen können sich ergeben (§§280, 823 BGB). Dem gegenüber steht der sog. "rechtfertigende Notstand" (§34 StGB): "Wer in einer gegenwärtigen Gefahr für Leib und Leben eine Tat begeht, um die Gefahr von einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das Beeinträchtigende wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, wenn die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden". Zusätzlich ist der Kinderschutz neu geregelt worden im §8a SGB VIII, der den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung präzisiert. Zentrale Institution dieser Gesetzgebung ist das Jugendamt. In der Ärzteschaft wird aber gerade diese Institution mit Behördenwillkür assoziiert, der Präsident des Bundesverbandes der Kinder- und Jugendärzte Dr. W. Hartmann spricht von "kalt und rein behördenmäßig agieren".<sup>6</sup>

Faktoren, die die Umgehensweise mit der Problematik prägen und unter Umständen zu suboptimalen Lösungen führen können, sind u. a. in der problematischen Entscheidung zwischen ärztlicher Schweigepflicht und Gefährdungsaspekten aufgrund der psychischen Erkrankung und der resultierenden Meldepflicht gegenüber den Behörden, der teils unzureichenden Kenntnis juristischer Grundlagen und den Vorbehalten gegenüber Ämtern seitens der Ärzteschaft zu sehen.

Zu unterscheiden sind

1. die akute Gefährdung des Kindeswohls, vor allem im Rahmen schwerer

akuter psychiatrischer Krankheitsbilder, wie z. B. bei psychotischen Episoden, manischen oder wahnhaft-depressiven Episoden, aktuellen Polytoxikomanien mit hochakuter Gefährdung des Kindes und raschem Handlungsbedarf.

Die Probleme ergeben sich aus dem raschen Handlungsbedarf, in Einzelfällen ist eine Klärung innerhalb von Stunden nötig. Hier hängt es gegenwärtig oft vom Engagement einzelner Personen in den Ämtern ab, ob eine zeitnahe und konstruktive Lösung gefunden wird. Leitlinien und Handlungsanweisungen fehlen.

2. chronische Problemstellungen, in denen abgewogen werden muss, inwieweit Erziehungsprobleme, Parentifizierung der Kinder und Schädigung der Kinder im Rahmen krankheitsbedingter Unbeständigkeit im elterlichen Verhalten zu einer Gefährdung des Kindeswohls führen.

Die Probleme dieser Situation sind komplexer. Zu viele Helfende können u. U. durch divergierende Meinungen und fehlende Absprachen mehr Schaden als Nutzen anrichten. Unabdingbar für eine gute Versorgung ist eine gut koordinierte Helferlandschaft mit direkten Kontakten der Helfenden untereinander, beispielsweise mit regelmäßigen Fallkonferenzen und klarer Kompetenzaufteilung.

Vielfach sind werdende Eltern mit schweren psychischen Erkrankungen bereits in ein therapeutisches Setting integriert, beispielsweise in ambulanter nervenärztlicher Betreuung. Werden hier Probleme vermutet, so sollte vor der Entbindung ein Krisenplan erstellt werden, der mit allen Beteiligten abgestimmt ist und dem das psychisch erkrankte Elternteil zustimmt. Dieser Krisenplan sollte postpartale Angebote wie Familienhilfe und Familienhebammen einschließen.

### **Beispiel eines Lösungsansatzes**

Weitestgehend besteht Konsens darüber, dass für Familien mit psychisch kranken Eltern die vorhandenen Finanzierungsmöglichkeiten der Hilfen in

der Versorgung psychisch kranker Erwachsener nach SGB V (Krankenkassen) und nach SGB XII (Eingliederungshilfe) mit Finanzierungsmöglichkeiten der Hilfen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie nach SGB VIII (Jugendhilfe) eng vernetzt sein sollten.

Im Versorgungsgebiet der Hansestadt Rostock existiert z.B. ein lokaler Lösungsansatz für diese Schnittstellenproblematik.

2002 erfolgte, bedingt durch Veränderungen in der Behördenstruktur, eine Umstrukturierung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung unter Schwerpunktlegung einer personenzentrierten integrierten Behandlung mit verstärkter Kooperation der beteiligten Institutionen. Es kam zur Einführung einer standardisierten Hilfeplanung mit zentraler Hilfeplankonferenz.

Seit 2005 besteht ein trägerübergreifender Versorgungsvertrag gemäß §75 SGB XII zwischen der Kommune und dem Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverband über eine zeitbasierte Leistungsfinanzierung auf der Grundlage eines gedeckelten regionalen SGB-XII-Psychiatrie-Budgets. Das Jugendamt ist beteiligt, es gibt die Möglichkeit einer gemeinsamen Finanzierung von Leistungen aus den Bereich Sozialhilfe und Jugendhilfe.<sup>7</sup>

Es existieren Teams verschiedener Anbieter, die anteilig durch Jugendamt und Sozialamt finanziert werden, deren Mitarbeiter sowohl für das erkrankte Elternteil als auch für die Kinder tätig werden. Ihnen wird durch eine zentrale Hilfeplankonferenz für die gesamte Familie ein Budget zur Verfügung gestellt, wobei eine minutengenaue Planung regelt, welche Bedarfe seitens des Elternteils bestehen (SGB XII) bzw. welche Bedarfe für das Kind notwendig sind (SGB VIII). Dadurch können die Ressourcen besser genutzt und Kosten, wie sie beispielsweise durch Doppelversorgung entstehen, vermieden werden. Gleichzeitig werden Informationsdefizite zwischen verschiedenen Betreuungssystemen reduziert.

Möglich wird diese Form der Unterstützung durch ein regionales Psychiatriebudget, das individuelle Leistungen und nicht institutionsbezogene Leistungen finanziert.

## Perspektive

Trotz erster Erfolge in Kooperationsprojekten bleiben viele Schnittstellen suboptimal gelöst, vielfach ist persönliches Engagement Hauptmotor der Kooperation. Schnittstellen, die weiterer Beachtung bedürfen, sind beispielsweise Familienhebammen und Entbindungskliniken bzw. Frauenärzte, die Betreuungsbehörde sowie die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychiatrie des Erwachsenenalters.

Zukünftig wird die Frage der Kooperation für die Verbesserung der Versorgung wesentlich sein. Essentiell, aber nicht durchgehend Realität ist die Kenntnis aller Helfersysteme für eine Familie und ein effizienter Informationsfluss. Hierfür sollten realistische und pragmatische Lösungen gefunden werden, um die knappen Ressourcen nicht durch weitere administrative Tätigkeiten zu blockieren. Denkbar sind regelmäßige Fallkonferenzen zur Abstimmung der unterschiedlichen Hilfesysteme. Hierfür kann eine standardisierte, möglichst evidenzbasierte Leitlinie für die Betreuung psychisch erkrankter Eltern mit ihren Kindern hilfreich sein, wobei lokale Gegebenheiten berücksichtigt werden sollten.

Gegenwärtig wird die Betreuung von Familien mit psychisch kranken Eltern in der Psychiatrie inhomogen gehandhabt. Professions- und fachrichtungsübergreifende Kooperationen an der Schnittstelle zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Versorgung der Kinder psychisch Kranker werden nicht explizit gefordert und nicht finanziert. Es existieren keine etablierten Weiterbildungsinhalte zur Thematik. Somit sollte die Betreuung vorerst spezialisierten und mit der Thematik vertrauten Einrichtungen vorbehalten sein bzw. mit diesen abgestimmt werden.

Die psychiatrische Ausbildung sollte um Module zum Thema "Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder" erweitert werden.

Kooperationsprojekte bedürfen der gesicherten finanziellen Förderung.

## Anmerkungen

- <sup>1</sup> Berger, H. et al.: Psychoedukative Familienintervention, Schattauer, Stuttgart 2004
- <sup>2</sup> Sollberger, D.:NFP 51 Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern, Nervenarzt, 76, 2005 Suppl. 1: 258
- <sup>3</sup> Howard, LM. et al.: Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders, Br J Psychiatry 2001; 178:427-432
- <sup>4</sup> Howard, LM.;Underdown H, The needs of mentally ill Parents, Psychiat Prax 2011; 38:8-16
- <sup>5</sup> Wiegand-Greife S et. al: Kinder mit psychisch kranken Eltern, Vandenhoeck&Ruprecht Göttingen 2011
- <sup>6</sup> Hartmann, W,;Rede auf dem 17. Dt. Kongress für Jugendmedizin, Weimar, März 2011
- <sup>7</sup> Wrocizewski A et. al.: Das Rostocker Modell, Broschüre des Gesundheitsamtes Rostock, Rostock 2011



Dr. Ulrike Lemke und Hildegard Arbeiter



---

Dr. Hamit Ince

## Angehörige von Patienten im Behandlungskontext

Jede Erkrankung der Eltern kann eine erhebliche Belastung für das gesamte Familiensystem, insbesondere für die Kinder darstellen. Während schwere somatische Erkrankungen gesellschaftlich akzeptierter sind, besteht weiterhin eine Tabuisierungstendenz bei psychischen Krankheiten, was seine Auswirkungen auch auf die Kinder der Erkrankten hat. Nicht nur das etwaige häufige Fehlen der elterlichen Bezugspersonen, bspw. im Rahmen von Hospitalisierungen, sondern auch bei deren Anwesenheit im familiären Bereich kann es zu spezifischen Belastungen kommen. So sind diese Kinder und Jugendlichen sicherlich signifikant häufiger als ihre Altersgenossen psychisch und körperlich traumatisiert, einsam, ängstlich, leiden



Dr. Hamit Ince

unter Insuffizienzgefühlen oder dem pathologischen Phänomen der Paternalisierung, indem sie früh und altersungerechte Verantwortung für Eltern und Geschwister übernehmen. Die eigene psychische Entwicklung zeigt Auffälligkeiten bis hin zu einem erhöhten Risiko, selber an psychischen Störungen zu erkranken. Dieses ist sicherlich nicht nur genetisch zu determinieren, sondern auch zu einem nicht unerheblichen Anteil auf sozialpsychiatrische, ökonomische und gesellschaftliche Marginalisierung zurückzuführen. Erkrankungsbedingt reduzierte Erziehungsressourcen der Eltern und pathologische Bindungs-/Beziehungsgestaltungen zum Kind wirken sich ebenfalls erheblich auf die psychische Entwicklung des Kindes aus.

Aus der Sicht der Erwachsenenpsychiatrie, dem Fachgebiet der Therapeuten und Ärzte, bei denen der Vater oder die Mutter des Kindes im primären Behandlungsfokus liegt, wird in den letzten Jahren den Angehörigen der Patienten immer mehr Beachtung geschenkt. Im Rahmen des AFET-Expertengesprächs konnte erarbeitet werden, dass sowohl im Bereich der Hilfsangebote, als auch der Beachtung solcher Problembereiche eine hohe Sensibilität vorherrscht. Dennoch wurde immer wieder die grundsätzliche Frage gestellt, ob die Hilfen quantitativ und qualitativ genügen können. Hinterfragt wurde auch, inwieweit die Hilfsmechanismen rechtzeitig greifen und ob bisherige gesetzliche Bestimmungen (Stichwort: § 8a SGB VIII Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) ausreichen. Oft verhindert die Angst der Eltern vor einem potenziell drohenden oder befürchteten Entzug des Sorgerechtes eine frühzeitige Einbeziehung von Behandlern und Hilfsstrukturen in das familiäre Netz. Probleme des Kindes oder in der Erziehung werden bagatellisiert, sogar die Kinder in der anamnestischen Erhebung nicht angegeben. Auch eine krankheitsbedingte fehlende Introspektionsfähigkeit sowie Krankheitseinsicht der Eltern wirken sich erschwerend aus. Kinder haben dadurch oft einen langen Leidensweg hinter sich, ehe psychische Auffälligkeiten, schwere Vernachlässigungen und drohende Kindesgefährdungen wahrgenommen werden können und z.B. durch eine externe Unterbringung oder den Sorgerechtsentzug interveniert werden kann.

Aus Ballungsgebieten, insbesondere dem Berliner Raum wurden verschiedene Modelle der fach- und berufsübergreifenden Maßnahmen (Erwachsenenpsychiatrie, Kinder-/Jugendpsychiatrie, Jugendamt gemeinsam mit Eltern und Kind) auf lokaler Ebene dargestellt. Probleme im Bereich der Finanzierung solcher Strukturen wurden erörtert und Beispiele/Lösungsstrategien aufgezeigt.

### **Zusammenfassung:**

Besonders wichtig in diesem Zusammenhang erscheinen folgende Punkte:

### **1. Prävention:**

Eine Intervention und Unterstützung der Eltern und der Kinder - noch bevor Gefährdungsmomente oder psychische Belastungen der Kinder auftreten - sollten möglichst frühzeitig abgewogen werden. Bei der Behandlung der Eltern sollte vom Erwachsenenpsychiater rechtzeitig auf die familiäre Situation des Patienten geachtet werden und etwaige Problemkonstellationen möglichst bei der Aufnahme (im Erstkontakt) des Patienten hinterfragt werden.

### **2. Zusammenarbeit:**

Sowohl für die Entaktualisierung von akuten Phasen (bspw. stationäre Behandlung, Gefährdungsmomente etc.) als auch für die o.g. Prävention ist es unabdingbar, dass sich die beteiligten Einrichtungen und Fachbereiche mit der Erkrankung der Eltern und den potenziellen Folgen für die Kinder auseinandersetzen. Aus erwachsenenpsychiatrischer Sicht ist die frühzeitige Zusammenarbeit mit den Jugendämtern und komplementären Einrichtungen zu empfehlen.



Fachausschussmitglied Anna-Gül Minci und Dr. Hamit Ince



---

Susan Kluth

## **Mein Patient hat Kinder – Neue Blickwinkel der Erwachsenenpsychiatrie**

"Eltern werden ist nicht schwer, Eltern sein dagegen sehr" – dieser alte Spruch trifft wohl in sehr vielen Fällen zu. Egal ob gesunde oder kranke Eltern. Und fast alle Eltern haben den gleichen Wunsch: Sie erhoffen sich, dass ihre Kinder gesund und munter sind und einer freudigen Zukunft entgegenblicken. Doch wie kann man das erreichen und was kann die Erwachsenenpsychiatrie hierzu beitragen?

Die Antwort auf diese Frage ist nicht einfach. Ist man als Elternteil aber krank, scheint die Beantwortung noch schwieriger. Zu normalen Alltagproblemen gesellen sich diejenigen, die sich aus der Krankheit ergeben. Ist diese Krankheit auch noch psychischer Natur kumulieren sich die Probleme weiter auf. Diese Arbeit soll sich mit den Problemen der Eltern (insbesondere der Mütter) auseinandersetzen und versuchen, die Möglichkeiten zu diskutieren, die der Erwachsenenpsychiatrie zukünftig zur Verfügung stehen könnten, ihnen bei der Lösung dieser Probleme zu helfen. Umso wichtiger ist dies, wenn man beachtet, dass in Deutschland mehr als drei Millionen Kinder bei psychisch kranken Eltern groß werden. Es handelt sich also nicht um eine kleine Randgruppe, sondern um eine große Gruppe von Kindern und ihren Eltern.

### **Was wir bisher wissen**

*"Meine Mutter ist selbst psychisch sehr labil. Als ich noch klein war, dachte ich oft, sie hat mich vergessen. Und dann war plötzlich wieder alles gut. Das war sehr verwirrend. Und dann musste ich weg zu Pflegeeltern und konnte sie lange nicht sehen. Da dachte ich, sie will nicht mehr. ... Heute verstehe ich meine Mutter besser. Mir geht es heute oft so, wie ihr damals. Wir kommen jetzt auch richtig gut miteinander aus, weil sie mich versteht.*

*Aber ich will nicht, dass es meinem Sohn genauso geht wie mir damals!"  
(M. 19 Jahre, Sohn 2 Jahre)*

Berichte wie diese sind nicht selten und zeigen den Kreislauf, in denen viele psychisch kranke Eltern sich befinden. Allzu oft sind sie selbst Kinder psychisch kranker Eltern. Untersuchungen zeigen, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein massiv erhöhtes Risiko haben, selbst zu erkranken (Ostman and Hansson 2002; Mattejat and Remschmidt 2008; S. Wiegand-Grefe 2011). Ursachen hierfür sind neben genetischen Faktoren, eine gestörte Eltern-Kind-Bindung, Vernachlässigung, Gewalterfahrungen und soziale Benachteiligung. Besonders gefährdet scheinen laut bisherigen Studien Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen (S. Wiegand-Grefe 2011) und affektiven Störungen. Neben der Art der Erkrankung sind aber ebenso Schweregrad und Chronizität der elterlichen Erkrankung wichtig für die Entwicklung des Kindes (Mattejat 2002; S. Wiegand-Grefe 2011). Je stärker und je überdauernder der Krankheitsverlauf, desto negativer scheinen die Auswirkungen auf das Kind zu sein.

Trotz dieses Wissens ist das Thema "Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern" noch immer ein Stiefthema der Forschung. Erst in jüngster Vergangenheit gelangte es in den Fokus wissenschaftlichen Interesses.

Obgleich auch das wissenschaftliche Interesse erst kürzlich steigt: der Wunsch der Eltern nach Unterstützung ist sehr groß. Doch die Angst jemanden von diesem Wunsch zu berichten ist oft größer. Ängste, das Jugendamt könnte die Kinder wegnehmen und die Sorge darüber, was Freunde, Familie und Nachbarn sagen, stehen allzu häufig der aktiven Suche nach Hilfe im Weg (Kölch 2009). Auch wenn diese Ängste in vielen Fällen unberechtigt sind, sind die Schwellen zu hoch. Hilfe wird weder aktiv gesucht noch angenommen.

Doch wie kann es gelingen, genau diese Familien zu erreichen? Im Rahmen des Modellprojekts "Chancen für Kinder psychisch kranker und oder suchts-

belasteter Eltern" wurde sich an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Greifswald genau mit diesem Thema auseinander gesetzt.

### **Erfahrungsberichte des Modellprojektes "Chancen für Kinder psychisch kranker und suchtselasteter Eltern"**

*"Ich hab manchmal solche Angst. Ich halte es nicht aus, wenn sie schreit und ich nicht weiß, was sie hat. Manchmal denke ich dann, sie mag mich nicht und ist viel lieber bei meiner Mutter. Ich glaube, sie mag meine Mutter mehr als mich. Und dann denke ich, ich mach alles falsch." (K. 20 Jahre, Tochter 8 Monate)*

Gerade junge depressive Mütter äußern häufig solche Gedanken. Studien zeigen, dass sie kaum in der Lage sind, die Bedürfnisse ihrer Babys zu erkennen und adäquat auf diese einzugehen (Ziegenhain 2003; Kluth, Stern et al. 2010). Sie sprechen weniger mit ihren Kindern, halten weniger Kontakt. Zudem belasten sie oft starke Schuldgefühle gegenüber ihrem Kind, wodurch sie sich häufig noch mehr zurückziehen. Das Kind ist früh auf sich gestellt. Der Kreislauf beginnt von vorne.

Der Rückzug ist häufig aber nicht nur gegenüber dem Kind, sondern auch im gesamten sozialen Bereich. Dieser soziale Rückzug geht zudem oft mit einer niedrigeren wahrgenommenen sozialen Unterstützung seitens der Familie und Freunde und eine stärkere empfundene elterliche Belastung einher (Kluth, Stern et al. 2010). Risiko- und Belastungsfaktoren kumulieren sich so auf. Unterstützung zu suchen und anzunehmen wird immer schwerer, erst recht psychiatrische Hilfe. Eigene Untersuchungen zeigen, dass über 80% der befragten Mütter innerhalb des letzten Jahres vor der Untersuchung weder psychologische noch psychiatrische Hilfe aufgesucht haben und das, obwohl aktuell massive Belastungen vorlagen. Doch hat die Erwachsenenpsychiatrie Möglichkeiten auf dieses Problem einzugehen?

## Neue Blickwinkel der Erwachsenenpsychiatrie – Rooming-In und aufsuchende Therapien in Deutschland

Von den stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie sind zwischen 10 und 30% Eltern minderjähriger Kinder (S. Wiegand-Grefe, 2011). Diese Werte scheinen bereits auf den ersten Blick hoch, doch muss zusätzlich bedacht werden, dass viele Eltern erst gar nicht eine stationäre Therapie in Betracht ziehen. Ein häufiger Grund eine Therapie abzulehnen, ist die scheinbar banale Frage, was in dieser Zeit mit den Kindern geschieht. Diese Frage ist umso wichtiger, da es sich nicht selten um alleinerziehende Eltern handelt. Das Jugendamt wird freiwillig eher selten hinzugezogen. Projekte wie Patenschaften, die häufig über Jugendhilfeträger laufen, sind hier sehr hilfreich.



Susan Kluth

Im Bereich der Psychiatrie scheint der Ansatz des Rooming-Ins sinnvoll. Leider gibt es vor allem im deutschsprachigen Raum bisher nur wenige Kliniken, die dies umsetzen und somit auch nur wenige Forschungsergebnisse. Turmes und Hornstein (2007) bezeichnen in ihrer Arbeit Deutschland gar als Entwicklungsland hinsichtlich der gemeinsamen Aufnahme von postpartal psychisch erkrankten Frauen mit ihren Babys. Erste Trendwenden zeigten sich erst Anfang der 90er Jahre.

Andere Europäischen Länder hingegen nutzen diese therapeutische Möglichkeit schon länger. So ist der Rooming-In-Ansatz in England bereits seit 1948 bekannt, 1985 hatten bereits 50% aller psychiatrischen Kliniken

Großbritanniens eine Mutter-Kind-Einheit. Und auch Frankreich, Australien und Kanada sind Vorreiter bei der Nutzung systematischer Mutter-Kind-Angebote.

Wie bereits erwähnt, lehnen vor allem Mütter von Säuglingen und Kleinkindern eine stationäre Behandlung oft ab, da sie Angst haben in dieser Zeit die Beziehung zu ihrem Kind zu verlieren. Nicht allzu selten fallen diese Mütter dann komplett durch das psychiatrische Versorgungssystem, denn auch ambulante Angebote werden häufig nicht genutzt. Kann das Kind mit zur stationären Behandlung genommen werden, verlieren diese Ängste an Bedeutung. Es kann sogar aktiv an der Mutter-Kind-Beziehung gearbeitet werden und das Selbstbewusstsein der Mutter in ihrer Rolle gestärkt werden. Eine Aufnahme ohne Kind könnte bedeuten, dass die Mutter sich zu früh und gegen den ärztlichen Rat für eine Entlassung aus der Klinik entscheidet und damit das Risiko einer erneuten Dekompensation steigt. Oder sie bleibt nur widerwillig, oft mit schlechtem Gewissen ihrem Baby gegenüber und mit daraus resultierender schlechter Behandlungsbereitschaft.

Für die Überlegung die stationäre Mutter-Kind-Behandlung auszubauen spricht auch die Tatsache, dass Frauen postpartal einem erhöhten Risiko für eine psychische Störung unterliegen. Besonders postnatale Depressionen sind häufig (10-15%) (Turmes and Hornstein 2007). Für das Neugeborene bedeutet dies einen massiven Eingriff in die frühkindliche Entwicklung, der langfristig emotionale und kognitive Entwicklungsstörungen mit sich bringen kann. Turmes & Hornstein (2007) weisen auch darauf hin, dass dieser enge Zusammenhang zwischen mütterlicher Erkrankung und den Entwicklungsbelastungen für das Kind ein besonderes Setting, welches die Behandlung der Mutter und Prävention der kindlichen Entwicklung verbindet, notwendig macht.

Die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind stellt auch eine gute Möglichkeit dar, soziale Hilfesysteme aufzubauen bzw. zu stabilisieren. So

können Kontakte zu Jugendhilfeträgern und Familienhilfe hergestellt werden, was eine zusätzliche Sicherung des Kindeswohls und eine Reduktion des Überforderungsrisikos der Eltern nach sich ziehen könnte. Sollte es notwendig sein, können auch Kontakte zur Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) geknüpft werden, was gerade bei älteren Kindern sinnvoll ist. Daten belegen, dass bis zu 50% der behandelten Kinder in der KJP mindestens ein psychisch krankes Elternteil haben (Mattejat and Remschmidt 2008). Eine kooperative Zusammenarbeit der Erwachsenen- und der Kinder-Jugendpsychiatrie ist also wünschenswert.

Besteht die Sorge, dass die Elternrolle tatsächlich eine Überlastung bedeutet, könnte die gemeinsame Mutter-Kind-Aufnahme eine Prüfung dieser Vermutung zulassen und gegebenenfalls eine Fremdunterbringung organisiert werden. Wie Daten von Steward (1989) zeigen, können aber deutlich mehr Mütter (87%) nach einer gemeinsamen Aufnahme mit Kind dieses später versorgen als solche, die alleine in die stationäre Behandlung gingen (31%). Für das Kind bedeutet die gemeinsame Aufnahme den Aufbau oder Erhalt der Mutter-Kind-Beziehung.

Die Sinnhaftigkeit von Rooming-In-Möglichkeiten scheint auf der Hand zu liegen. Woran scheitert nun aber die Umsetzung in Deutschland? Ein Hauptgrund ist die ungeklärte Frage der Finanzierung. Als Patientin gilt bisher nur die Mutter, nicht das Kind. Gerade eine gezielte Therapie zur Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung bedeutet aber ein hohes Maß an Mehrkosten und auch eine Mehrbelastung des Personals. Kumar et al. (1995) gehen von einer Verdoppelung des Tagespflegesatzes aus. Turmes (2003) spricht von einer Mehrbelastung von 2000€ bei einer Verweildauer von 40 Tagen.

Wie diese Finanzierung gelingen kann, ist bisher nicht geklärt. Der Wunsch vieler Kliniken entsprechende Mutter-Kind-Einheiten aufzubauen, bleibt somit momentan noch ein ungeklärtes Anliegen.

Was ist nun aber mit den Familien, die erst gar nicht in die Psychiatrie kommen? Wie oben berichtet sind die Schwellen oft sehr groß und die Zahl ungesehener Familien hoch. Viele fallen durchs sprichwörtliche Netz. Wie kann man diese Eltern und ihre Kinder erreichen? Eine Möglichkeit hierfür ist der aufsuchende Ansatz. In der Jugend- und Familienhilfe ist dieser bereits weit verbreitet. Eine neue Perspektive der Psychiatrie wäre es, sich diese Erfahrungen anzueignen und selbst aufsuchend zu werden. Gerade in ländlichen, infrastrukturell schlecht versorgten Gebieten müssen Familien aktiv durch die Psychiatrie angesprochen werden, da bestehende Angebote oft entweder nicht bekannt oder nicht genutzt werden (Grabe, Alte et al. 2005). Besonders hierbei wäre eine kooperative Zusammenarbeit von KJP und Erwachsenenpsychiatrie sehr sinnvoll. Das Interesse an einem solchen Ansatz ist auf beiden Seiten groß, scheiterte bisher aber leider an der bereits oben genannten Frage der Kostenübernahme.

### **Zusammenfassung**

Elternschaft bedeutet eine große Herausforderung, auch ohne psychische Erkrankung. Liegt eine solche aber vor, kann es passieren, dass die Herausforderung unlösbar scheint.

Ein wesentlicher Beitrag der Erwachsenenpsychiatrie wird in Zukunft darin liegen, ihre Patienten nicht losgelöst von ihren familiären Verpflichtungen zu sehen. Elternschaft ist ein wesentliches Lebensthema und muss in der Therapie berücksichtigt werden. Die Schaffung von mehr Rooming-In-Möglichkeiten stellt einen denkbaren Weg dar, dieses Thema mehr zu berücksichtigen. Dieser Ansatz wäre aus Sicht des Kindes primärpräventiv und kann zu einer Stabilisierung der Mutter-Kind-Beziehung führen, welche für eine gesunde Entwicklung als wesentliches Fundament gilt. Zudem kann die gemeinsame Aufnahme eine Überforderung der Mutter verhindern. Nähere Untersuchungen zu diesem Thema und der Wirksamkeit solcher Verfahren sind aber unbedingt notwendig.

Auch eine intensivere Zusammenarbeit der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist sinnvoll. Herpertz-Dahlmann & Herpertz (2010) plädieren in diesem Zusammenhang für eine interdisziplinäre Ausbildung und den Ausbau gemeinsamer Forschungsansätze innerhalb der Psychiatrie, um einen ganzheitlichen Blick auf den Verlauf psychischer Störungen über die Lebensspanne zu erhalten.

Ein dritter diskussionsfähiger Ansatz ist die Frage der aufsuchenden therapeutischen Interventionen, die sich durch Kooperationen von KJP und Erwachsenenpsychiatrie auf die gesamte Familie beziehen könnten.

Das Interesse an allen drei Möglichkeiten ist in jüngster Vergangenheit stark gestiegen. Allerdings stehen diesen noch diverse Fragen, vor allem die der Kostenübernahme, entgegen. Auch fehlen bisher eindeutige und repräsentative Forschungsergebnisse zu diesen Themen. In nächster Zukunft sollten aber neue wichtige Erkenntnisse hierzu zu erwarten sein.

## Literatur

Grabe, H. J. et al.: "[Mental distress and the use of psychiatric and psychotherapeutic treatments services: results of the Study of Health in Pomerania]." *Psychiatr Prax* 32(6): 299-303, 2005.

Herpertz-Dahlmann, B. and S. Herpertz: "[Child and adolescent psychiatry and adult psychiatry: cooperation over the life span]." *Nervenarzt* 81(11): 1298, 1300, 1302, passim. 2010.

Kluth, S. et al.: "[A comparison of teenage and adult mothers with mental diseases. Preliminary results of the project "chances for children of parents with mental diseases and/or addiction problems"]." *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53(11): 1119-25, 2010.

Kölch, M.: *Vesorgung von Kindern aus der Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung.*

- München, Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts. 2009.
- Kumar, R. et al.: "Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions." *J Affect Disord* 33(1): 11-22, 1995.
- Mattejat, F.: *Kinder depressiver Eltern. Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. H. Braun-Scharm. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH: 231-245, 2002.
- Mattejat, F. and H. Remschmidt: "The children of mentally ill parents." *Dtsch Arztebl Int* 105(23): 413-8, 2008.
- Ostman, M. and L. Hansson: "Children in families with a severely mentally ill member. Prevalence and needs for support." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37(5): 243-8, 2002.
- Wiegand-Greife, S et al: "Kinder psychisch kranker Eltern: Merkmale elterlicher psychiatrischer Erkrankung und Gesundheit der Kinder aus Elternsicht." *Fortschr Neurol Psychiat* 79: 32-40, 2011.
- Stewart, D. E.: "Psychiatric admission of mentally ill mothers with their infants." *Can J Psychiatry* 34(1): 34-8, 1989.
- Turmes, L. and C. Hornstein: "[Mother-baby units in Germany. A report on the status quo]." *Nervenarzt* 78(7): 773-4, 776-9, 2007.
- Ziegenhain, U., Derksen, B. Dreisörner, R.: "Frühe Elternschaft: jugendliche Mütter und ihre Kinder." *Monatsschr. Kinderheilkd* 151: 608-612, 2003.



---

## Aus der Sicht der ambulanten und gesetzlichen Betreuung des psychisch kranken Elternteils

Ulla Klapproth

### Priorität: Kindeswohl

Akzeptiert man die Sicherung des Kindeswohls als übergreifendes Ziel, so ergibt sich als eine Bedingung dafür die Sicherung der Behandlung des psychisch erkrankten Elternteils.

Um diese zu gewährleisten und im akuten Krankheitsfall mehr oder weniger planlose Reaktionen zu vermeiden, sind m.E. die Schaffung folgender Strukturen notwendig:

1. Organisation eines Patensystems, das im "stand-by"-Modus gehalten wird, aber jederzeit bei Bedarf aktiviert werden kann.

Voraussetzungen:

- Alle beteiligten Personen kennen sich persönlich.
- Diese Ebene wird durch gelegentliche Kontakte aufrecht erhalten.
- Die Zuständigkeiten sind eindeutig geklärt.
- Die Übernahme anfallender Kosten bei Aktivierung des Systems ist geklärt.



Lektüre in der Pause: Ulla Klapproth

- In regelmäßigen Abständen findet eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation statt.
- Es gibt einen Notfallplan, der auch eine Inanspruchnahme durch das Kind ermöglicht.
- Gegebenenfalls findet eine Anpassung der Unterstützungsstrukturen statt (z.B. von der "Paten-Oma" zur "Jugend-WG").

Gerade der letzte Punkt erleichtert sicher auch das Finden von Paten, die sich so lediglich für einen begrenzten Zeitraum zur Verfügung halten sollten.



Ulla Klapproth und Dr. Koralia Sekler

---

## AutorInnen

### **Hildegard Arbeiter**

Sozialpädagogin/systemische Supervisorin  
Geschäftsführerin AMSOC (ambulante Sozialpädagogik Charlottenburg e.V.)  
Mitglied im Berliner Netzwerk für Kinder psychisch erkrankter Eltern  
und in der interdisziplinären Arbeitsgruppe Charlottenburg/Wilmersdorf

### **Priv. Doz. Dr. med. habil. Thomas Eler**

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Neonatologe, Pädiatrischer Intensivmediziner, Somnologe  
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Ärztlicher Direktor der Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH

### **Alfons Fleer**

Facharzt für Kinder- & Jugendmedizin / Psychotherapie  
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte  
Ausschuss Psychosomatische Medizin / Psychotherapie

### **Dr. med. Hamit Ince**

Vorsitzender der Deutsch-Türkischen Medizinergesellschaft  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Leitender Arzt in Klinikum Warendorff GmbH

### **Jennifer Jaque-Rodney**

Familienhebammenbeauftragte Landesverband der Hebammen NRW e. V.

### **Ulla Klapproth**

niedergelassene Diplom-Pädagogin in eigener Beratungsstelle  
Berufsbetreuerin  
Verein Treffpunkt e.V. Integration vor Ort

**Dr. Johannes Klein-Heßling**

Dipl.-Psych.

Wissenschaftl. Referent

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Susan Kluth**

Dipl.-Psych.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Modellprojekt "Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern"

**Peter Lehndorfer**

Dipl.-Sozialpädagoge, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Mitglied des Vorstands der Bundespsychotherapeutenkammer

Vizepräsident der Bayerischen Psychotherapeutenkammer

**Dr. med. Ulrike Lemke**

Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie

*Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie*

*Universität Rostock (bis September 2011)*

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (ab 01.01.2012)

**Ralf Mengedoth**

Einrichtungsleiter

Ev. Jugendhilfe Schweicheln e. V.



Michael Kunze, Gabriele Wittichow und Dr. Christian Haase



Nachlese: AFET-Fachausschuss Theorie und Praxis der Erziehungshilfe



## Anhang

*Der AFET-Fachausschuss Theorie und Praxis der Erziehungshilfe hat im Rahmen der Nachbereitung des Expertengesprächs am 01.02.2011 zum Thema „Situation von Kindern psychisch kranker Eltern“ ein Diskussionspapier mit dem Ziel erstellt, die Kinder psychisch kranker Eltern noch stärker in den Fokus der aktuellen Fachdiskussionen zu stellen.*

*Dieses Papier versteht sich als ein Arbeitsinstrument und wird in weiterer Zusammenarbeit mit den gewonnenen KooperationspartnerInnen aus dem Gesundheitsbereich besprochen und weiterentwickelt.*

### **Kinder psychisch kranker Eltern im Fokus der Hilfen**

Das Thema Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern wird in der "Fachlandschaft" aktuell unter zwei wesentlichen Gesichtspunkten behandelt: Auf der einen Seite liegt der Unterstützungs- und Behandlungsfokus bei den psychisch kranken Eltern im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie und auf der anderen Seite stehen die betroffenen Kinder im Vordergrund der Hilfen, für die die Jugendhilfe zuständig ist.

Die Annahmen des Fachausschusses sind, dass Akteure des Gesundheitswesens - vor allem der Erwachsenenpsychiatrie - und der Kinder- und Jugendhilfe einer stärkeren Kooperation bei der Arbeit mit den betroffenen Familien bedürfen, damit in der Zukunft nicht nur einzelne Teile des Systems Familie oder diese getrennt voneinander wahrgenommen und unterstützt werden.

### **Gegenwärtige Situation**

Bei psychischen Erkrankungen handelt es sich nicht ausschließlich um ein, sondern um mehrere Krankheitsbilder unterschiedlichen Schweregrades

und mit unterschiedlichen Phasenverläufen zwischen Krankheit und Gesundheit. Daher ist es schwierig, die Anzahl von Personen mit psychischen Erkrankungen statistisch zu erfassen. Es wird geschätzt, dass ca. ein Drittel der Menschen im Laufenden ihres Lebens psychisch erkranken (Wagenblass, 2008).

Zwischen 10 und 30% der stationär in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie untergebrachten PatientInnen haben minderjährige Kinder (DGKJP, 2009).

Die Zahl der minderjährigen Kinder, deren Eltern psychisch erkrankt sind, ist ebenfalls nicht systematisch erfasst: Wagenblass (2006) geht schätzungsweise von einer Anzahl von ca. 200.000 bis 500.000 betroffener Kinder aus. Mattejat (2006) liefert andere Zahlen, die besagen, dass 270.000 Kinder mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil, 1.230.000 mit einem an einer affektiven Störung erkrankten Elternteil und 1.550.000 mit einem an Angststörung erkrankten Elternteil leben.

Kennzeichnend für die Familien mit (mindestens) einem psychisch kranken Elternteil ist, dass die innerfamiliäre emotionale Stabilität fehlt.

Das äußert sich u.a. durch:

- die Gefühle der Verwirrung, Verunsicherung und Angst - ausgelöst durch die Tabuisierung der psychischen Erkrankung eines der Elternteile,
- einen Rollentausch, indem Kinder elterliche Funktionen gegenüber jüngeren Geschwistern und Fürsorge gegenüber dem psychisch erkrankten Elternteil übernehmen und dadurch - notwendige kindliche Entwicklungsphasen überspringend - verfrüht selbstständig werden,
- den Verlust der Unterstützung durch das soziale Netzwerk, der aus dem Rückzug einerseits der Betroffenen und andererseits des sozialen Umfeldes resultiert,
- Stigmatisierung und die daraus resultierende Isolation.

Aktuell existieren speziell auf diese Zielgruppe zugeschnittene Hilfs- und Präventionsangebote nur vereinzelt. Nach Aussagen des 13. Kinder- und

Jugendberichts mangelt es an kontinuierlichen und passgenauen Angeboten für Kinder chronisch sucht- und psychisch kranker Eltern.

### **Im Vordergrund der Hilfen steht die Förderung der schutzlosen Kinder – Adressaten der Hilfen sind aber die gesamten Familien**

Das Phänomen der Hilfen für Familien mit (mindestens) einem psychisch erkrankten Elternteil ist, dass die Hilfeadressaten sowohl die Kinder als auch die Eltern sind.

Bei den Kindern ist der Bedarf nach Unterstützung oft durch ihr unauffälliges Verhalten nicht feststellbar. Sie bemühen sich im Alltag so angepasst zu wirken, dass sie auf den ersten Blick keine Hilfe benötigen und somit von den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe schwer zu erreichen sind. Die betroffenen Eltern verhalten sich gegenüber den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe ebenfalls mit gewisser Zurückhaltung und Befürchtung, aufgrund der eigenen Krankheit von ihren Kindern getrennt zu werden. Aus Angst brechen viele der Mütter die stationäre Therapie ab, um bei ihren Kindern zu sein und sich um sie zu kümmern.

Die psychische Erkrankung eines der Elternteile wird häufig lange verheimlicht, sodass die Jugendhilfe erst dann in Anspruch genommen wird, nachdem die Kinder selbst auffällig geworden sind oder ihr Kindeswohl gefährdet ist.

Die Inanspruchnahme präventiver Angebote findet also aktuell kaum statt.

Richtet man ein besonderes Augenmerk auf die Angebote der Hilfen zur Erziehung, so stellt man fest, dass z.B. in der sozialpädagogischen Familienhilfe noch Mitte der 1990er Jahre die psychische Störung ein Ausschlusskriterium für diese Hilfen war (Wagenblass, 2008).

Das Thema des Umgangs mit psychischen Störungen und Erkrankungen als einem die gesamte Familie betreffenden Phänomen wurde ebenfalls im Bildungs- oder Gesundheitswesen bis dato unzureichend behandelt. Bezüg-

lich der Entwicklungsrisiken der Kinder psychisch kranker Eltern *"fühlten sich geraume Zeit weder Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrie noch Suchthilfe als Leistungsanbieter für diese Gruppe besonders belasteter Heranwachsender zuständig."* (13. Kinder- und Jugendbericht, 2009:235).

Somit stellen die Familien mit (mindestens) einem psychisch kranken Elternteil für die Kinder- und Jugendhilfe und andere Disziplinen eine relativ neue Zielgruppe und damit verbundene neue Aufgaben dar.

Bei der Behandlung der psychisch Erkrankten in der Erwachsenenpsychiatrie und zum Teil in der Erwachsenenpsychotherapie werden häufig die erwachsenen Angehörigen (EhepartnerInnen) mit berücksichtigt - die Kinder als Teil des Familiensystems werden dabei oft ausgeblendet (Schone/Wagenblast, 2006:9). Sie sind noch kein fester, integrierter Bestandteil in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Erwachsenen. An dieser Stelle ist zu überlegen, inwiefern standardisierte Fragen nach den eigenen Kindern und ihrem Verbleib während des Psychiatrieaufenthaltes des erkrankten Elternteils im Rahmen eines Eingangs- oder Anamnesegesprächs berücksichtigt werden sollten, um die Kinder als Teil des Systems "Familie" in die geplante Behandlung bzw. Therapie einzubeziehen.

Die Rolle der Elternschaft bedarf grundsätzlich einer deutlich stärkeren Berücksichtigung in der stationären und ambulanten psychiatrischen Behandlung.

### **Arbeit mit von psychischer Erkrankung betroffenen Familien bedarf stets angepasster Hilfen**

Da das Problem der psychischen Erkrankung (mindestens) eines Elternteils die gesamte innerfamiliäre Struktur berührt, bedürfen neben den Kindern und Jugendlichen ebenfalls ihre Eltern sowie weitere Bezugspersonen einer frühzeitigen und passgenauen Unterstützung. Diese kann im Rahmen der Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 KJHG gewährleistet werden.

Psychisch Kranke durchleben während ihrer Erkrankung starke Gefühls-

schwankungen sowie mehrere Krankheitsstadien und -schübe. Zeitlang brauchen die Betroffenen kaum Unterstützung, bei Krankheitsschüben benötigen sie wiederum Entlastung im Alltag bei ihren elterlichen Pflichten. Daher erfordert die individuell auf den Krankheitsverlauf des jeweiligen Elternteils und den daraus resultierenden Hilfebedarf ausgerichtete Unterstützung zusätzlich eine enorme Flexibilität der einzelnen Hilfesysteme bei der Gewährung, Anpassung und Vernetzung der Hilfen. Im Vordergrund steht die Frage: Wie viel und welche Unterstützung braucht die Familie momentan?

Bei solchen Krankheitsverläufen ist in "ruhigen Phasen" zu klären, wer innerhalb oder außerhalb der Familie den Kindern einen sicheren Bezug bieten und im Falle einer Krise unterstützend wirken kann.

Um die Hilfe, orientiert an den Krankheitsphasen und dem dadurch bestimmten innerfamiliären Bedarf, sinnvoll einzusetzen, sollten parallel laufende Angebote und die daraus resultierenden Überschneidungen vermieden werden. Aus finanzieller Sicht (Vermeidung von Doppelfinanzierung) sowie unter dem konzeptionellen Gesichtspunkt ist zu empfehlen, die benötigte Unterstützung durch enge Kooperationen zu flankieren. Das heißt, dass bereits vorhandene Unterstützungssysteme aktiviert und gebündelt werden müssen, um "eine überschneidende Perspektive auf die Familien" zu bekommen (Wagenblass, 2008) und somit eine optimale Familienförderung zu erzielen.

### **Aufklärend und sensibilisierend die Situation der Kinder psychisch kranker Eltern systematisch verbessern**

Das Thema "Psychische Erkrankungen" als gesamtgesellschaftliches Phänomen muss in der Öffentlichkeit "enttabuisiert" werden. Eine darauf fokussierte Öffentlichkeitsarbeit würde sowohl auf die Situation der Betroffenen als auch auf die existierenden Hilfeangebote aufmerksam machen.

Zu überlegen ist, wie eine entsprechende Informationsarbeit und (Aufklärungs-)Hilfen, die sich an die gesamte Gesellschaft richten würden, auszu-

sehen hätten und welche Rolle in dem Aufklärungsprozess Bildungseinrichtungen wie Kindertagesstätten, Familienzentren, Schulen spielen könnten. In diesem Zusammenhang wäre zu klären, durch wen konkret diese Informationsarbeit geleistet werden sollte.

Da der Kenntnisstand über den Umgang mit Familien mit (mindestens) einem psychisch erkrankten Elternteil, über den Unterstützungsbedarf der Betroffenen sowie die zu leistenden Hilfen unter den Fachkräfte der Erziehungs-, Bildungs- und Gesundheitsförderung zurzeit unterschiedlich ist, sollte überlegt werden, wie ihre Weiterqualifizierung auszusehen hätte und wie sie interdisziplinär besetzt (von VertreterInnen der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Psychotherapie, Pädiatrie etc.) z.B. durch multiprofessionelle "Kompetenzzentren" angeboten werden könnte.

Solche "Zentren" könnten sich ebenfalls als Anlauf- und Beratungsstellen für diejenigen betroffenen Familien verstehen, die den direkten Kontakt zu den öffentlichen Trägern der Jugendhilfe scheuen. Sie würden dann die Rolle der Erstberater und Vermittler niedrigschwellig übernehmen.

### **Kinder und ihre Eltern an der Aufklärungsarbeit und Hilfeplanung aktiv beteiligen**

Kinder psychisch kranker Eltern bedürfen einer aktiven Beteiligung an altersentsprechender Aufklärungsarbeit, die sich in Form von Gesprächen, (Rollen-)Spielen und weiteren Gruppenangeboten gestalten könnte. Die direkten und vertrauten AnsprechpartnerInnen (PädagogInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen oder KinderärztInnen) würden den Kindern dabei helfen, Fragen und Missverständnissen im Umgang mit ihren erkrankten Eltern und mit der daraus resultierenden Situation der gesamten Familien individuell nachzugehen. Die Kinder hätten dann die Möglichkeit, das Verhalten des erkrankten Elternteils direkt und zeitnah mit einer Fachkraft zu klären

und sich auf den weiteren Krankheitsverlauf entsprechend einzustellen. Aktuell ist zu beobachten, dass einige Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie dieses (Aufklärungs-)Angebot in ihre stationären und ambulanten Settings bereits integriert haben. Es wäre zu prüfen, ob dieses Angebot ausgebaut und in anderen Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie etabliert werden könnte.

Dabei bleibt die Frage nach der Einbindung anderer Disziplinen in die Aufklärungsarbeit offen.

Die Beteiligung der Eltern an diesem Aufklärungs- und Aufarbeitungsprozess ist insofern zu berücksichtigen, dass die Arbeit mit den Kindern ein integraler Bestandteil der Eltern- und somit der Familienarbeit ist. Während sich Kinder zu der geänderten Elternrolle, dem Krankheitsbild und ihrer Funktion in der Familie informieren lassen, sollten die Eltern im Rahmen der Psychoedukation in erster Linie über die Behandlungsmöglichkeiten und -verläufe, ihre Rechte auf Inanspruchnahme von Hilfen und über die dazugehörigen Fachdienste ausführlich in Kenntnis gesetzt werden.

Nach Möglichkeiten sollten die Eltern über die zu leistenden Hilfen mitentscheiden dürfen. Dadurch wäre eine stärkere Transparenz der Angebote und Partizipation an den Hilfesystemen erzielt.

Nur durch Beteiligung der betroffenen Eltern und ihrer Familienangehörigen an Gesprächskreisen, Beratungen oder Planungen der Hilfen können ihre Ängste vor Fachdiensten z.B. der Kinder- und Jugendhilfe - in erster Linie vor dem Jugendamt - genommen werden. Dazu kommt, dass durch den professionell begleiteten Umgang mit psychischen Erkrankungen dieses Thema in und außerhalb der Familien weniger tabuisiert und sich der Zugang zu den Betroffenen leichter gestalten würde.

In einem solchen Prozess werden nicht ausschließlich die betroffenen Familien sensibilisiert - die Hilfeverantwortlichen bekommen ebenfalls einen differenzierteren Einblick in die Lebenslagen der einzelnen Familien.

## **Präventions- und Interventionsangebote bedarfsgerecht erarbeiten und multiprofessionell umsetzen**

Kinder psychisch kranker Eltern sind besonders gefährdet im Laufe ihres Lebens selbst psychisch zu erkranken. Der Anteil von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist merklich hoch. Das Risiko eines Kindes z.B. von einem schizophren erkrankten Elternteil, selbst schizophren zu erkranken, liegt bei 10 bis 15% (Wagenblass, 2009). High-Risk-Studien aus den 1990er Jahren, bei denen es um Kinder psychisch auffälliger Eltern ging, zeigten, dass diese Kinder eine ungünstigere Entwicklungsdiagnose aufwiesen als Kinder gesunder Eltern (Schone, Wagenblass, 2006).

Die Reduzierung dieses Gefährdungsgrades hängt, so die Resilienzforschung und weitere aktuelle Forschungsergebnisse, von der Intensität und dem Zeitpunkt der Unterstützung ab. Hier spielen neben den originären Angeboten der Erziehungshilfe auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und die Primärpräventionen wie z.B. Frühe Hilfen eine wesentliche Rolle. Frühe Hilfen werden als ein erfolgversprechendes Präventionsangebot und Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Geburtskliniken, (Familien)Hebammen und der Pädiatrie benötigt, um eine nachhaltige Wirkung - flächendeckend und auf Dauer ausgerichtet - zu erzielen.

Einer besonderen Beachtung bedarf die Gruppe der älteren Kinder und Jugendlichen, die über Frühe Hilfen nicht mehr erreicht werden. Diese Zielgruppe bekommt häufig sehr spät Unterstützung - entweder bei der krisenhaften Unterbringung des psychisch erkrankten Elternteils in der Klinik der Erwachsenenpsychiatrie oder bei der eigenen Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In beiden Fällen ist eine multiprofessionelle Planung von Hilfen erforderlich.

Um sowohl dauerhafte Präventionsansätze zu erarbeiten als auch die Fa-

milien in Krisensituationen adäquat zu unterstützen, bedarf es zunächst einer fallübergreifenden Erarbeitung von Kriterien zur Einschätzung der Gesamtsituation von Familien mit (mindestens) einem psychisch kranken Elternteil.

### **Kooperationen für eine effiziente Unterstützung der betroffenen Kinder und ihrer Familien aufbauen**

Bei der erfolgversprechenden Präventionsarbeit wie auch bei Krisensituationen spielt die verbindliche Kooperation zwischen der Erziehungshilfe und den Einrichtungen und Akteuren des Gesundheitssystems eine entscheidende Rolle. Wesentliche Institutionen, die die Zugangswege zu den betroffenen Familien erleichtern sollten, sind die Allgemeinen Sozialen Dienste, die Sozialpsychiatrischen Dienste, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Erwachsenenpsychiatrie sowie die Selbsthilfegruppen. Ihre Zusammenarbeit, die im § 81 SGB VIII verankert ist, bestimmt die Form und Qualität weiterer Vernetzung und bedarf gegenwärtig klarer Rahmenbedingungen und gemeinsamer Verantwortung, die beispielsweise in der Form einer Kooperationsvereinbarung festgelegt werden könnten.

Psychische Erkrankung (mindestens) eines Elternteils wird häufig als Folge multipler sozialer Belastungen gesehen. Ihre Behandlung erfordert neben medizinisch-therapeutischen Maßnahmen des Gesundheitswesens zusätzliche psychosoziale Unterstützung und Versorgung im Alltag. Daher sind "vernetzte Angebote" der Fachdienste der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens, die bei den Familien bedarfsgerecht eingesetzt werden, von wesentlicher Bedeutung. Diese benötigen zunächst klärende, dann aber verbindliche Absprachen mit den Eingliederungshilfen, Frühförderstellen, (Familien-)Beratungsstellen, Schulen, Kindertagesstätten und flankierenden Institutionen (wie Frauenhäuser, Agentur für Arbeit, Krankenversicherungen etc.).

## **Interdisziplinäre Kooperationen verlangen nach anschlussfähigen Konzepten unter Berücksichtigung regionaler Ressourcen**

Die Installation einer verbindlichen Kooperation professioneller Hilfen sollte bedarfsgerecht und sozialraumorientiert verlaufen. Das bedarf einer frühzeitigen Analyse des bestehenden Netzwerks im sozialen Nahraum und einer kontinuierlichen Netzwerkpflge sowie regelmäßiger Reflexion der konkreten Zusammenarbeit (selbstreflektierte Helferkonferenzen).

So ein Vorgehen setzt gegenseitige Kenntnisse der KooperationspartnerInnen über die Angebotsausrichtung, Handlungsmöglichkeiten und -spielräume der beteiligten Einrichtungen, aber auch eine gemeinsame Entwicklung von zielgenauen sozialraumorientierten Handlungsstrategien voraus.

Die Einrichtung vernetzter gleichrangiger Unterstützungssysteme erfordert, neben der Weiterbildung der Agierenden, zusätzlich "sprachliche und kulturelle Anpassung".

Von wesentlicher Bedeutung für die gemeinsame Hilfeplanung und -durchführung ist die zeitliche Abstimmung des Ganzen und die Frage: Wer gibt den Takt für den Ablauf der Hilfen vor? Daher brauchen die Hilfesysteme sowie die Familien einen gemeinsamen Rhythmus, damit die Hilfen aufeinander abgestimmt und nicht parallel oder sogar konträr verlaufen.

Für eine auf Dauer gelingende Kooperation der Systeme bedarf es Veränderungsbereitschaft sowie Flexibilität der Akteure im Umgang miteinander, mit interdisziplinär besetzten Arbeitsteams und den unterschiedlichen Finanzierungssystemen. Das heißt, dass zunächst konsensfähige Verfahren zwischen den (sozialpädagogischen, medizinischen und psychologischen) Fachkräften bei Unterstützung der Familien mit (mindestens) einem psychisch kranken Elternteil erarbeitet werden sollten. Im Weiteren ist zu klären, welcher der Kooperationspartner auf Dauer die Rolle eines Fall- oder Casemanagers übernimmt und die entstandene Zusammenarbeit koordiniert.

## **Kooperative Hilfen benötigen zusätzliche personelle und finanzielle Ressourcen**

Gegenwärtige Schwierigkeiten beim Aufbau verlässlicher Kooperationen resultieren zum größten Teil aus fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen. Versäulte Hilfen nach SGB V, SGB VIII und SGB XII lassen sich nur bedingt in Kombination anbieten. Aktuelle Richtlinien und fehlende Ressourcen erschweren eine Mischfinanzierung und eine enge Zusammenarbeit zwischen den HelferInnen oder eine multiprofessionelle Behandlung.

Die in diesem Papier geforderten passgenauen Hilfen erfordern aber eine passgenaue Finanzierung, weil diese Hilfen in ihrer Art und Intensität abhängig von dem Krankheitszustand stark variieren können oder sogar bei gesundheitlicher Besserung abgebrochen und bei wiederkehrender Zustandsverschlechterung erneut installiert werden.

Der Aspekt des "variablen Bedarfes" steht hier im Vordergrund.

Diese Finanzierung kann nur ressortübergreifend verlaufen!

## **Schlussbemerkungen**

Für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern fehlen nach wie vor systematische und längerfristige Aufklärungs- und Unterstützungskonzepte.

Die Präventionsarbeit gestaltet sich auf diesem Sektor insofern schwierig, da es durch unauffälliges Verhalten der betroffenen Familien äußerst schwer zu erkennen ist, ob ein Unterstützungsbedarf besteht. Daher benötigen die Frühen Hilfen fallübergreifend erarbeitete Kriterien zur Einschätzung der Gesamtsituation und zur Erkennung des Erstbedarfes von Familien mit (mindestens) einem psychisch kranken Elternteil.

Die Erfahrungen aus der Kinder- und Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie zeigen, dass das Installieren von passgenauen und vernetzten Hilfen, die sich an das System Familie richten würden, für diese Zielgruppe notwendig ist.

Zurzeit scheitern viele Versuche an versäulten Angeboten und ihrer individuellen Finanzierung.

Die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe setzt eine aktive verbindliche Mitarbeit an den gemeinsamen, zielgenauen und sozialraumorientierten Konzepten und Hilfen voraus. Diese sind nur dann effektiv, wenn sie von allen KooperationspartnerInnen in regelmäßigen Abständen reflektiert und angepasst werden.

Ein solches Vorhaben erfordert von jedem/jeder Agierenden (Veränderungs-)Bereitschaft und Motivation, interdisziplinäre Kooperationen einzugehen und somit die Fachkräfte anderer Disziplinen als gleichberechtigte, kompetente KooperationspartnerInnen anzusehen.

Für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder- und Jugendhilfe heißt solche verbindliche Kooperation noch zusätzlich, dass die minderjährigen und erwachsenen Familienangehörigen stärker im Fokus der Hilfen stehen und im Angebot beider vernetzter Systeme noch mehr Berücksichtigung finden.

## Literatur

13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, Deutscher Bundestag Drs. 16/12860, Berlin 2009.
- Lenz, A.: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern. – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, 2009.

Lisofsky B, Mattejat, F.: Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl., Bonn: 2004.

Mattejat, F. (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichentherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung, Bd. 4, München: CIP-Medien 2006.

Schone, R., Wagenblass, S. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie, Juventa Verlag, Weinheim: 2006.

Wagenblass, S.: Vortrag "Zur Lebenssituation psychisch kranker Eltern und ihrer Kinder" vor dem Landesjugendhilfeausschuss und dem Sozialausschuss des Landschaftsverbandes Rheinland am 12.03.2008.

[www.dgppn.de](http://www.dgppn.de)