

Kinder psychisch kranker Eltern:

„EINE/R IST KRANK – ALLE LEIDEN“

Perspektiven gegen Angst und Überforderung

Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung des
LVR, Dezernate Jugend / Landesjugendamt,
Gesundheit / Heilpädagogische Heime
und dem



am 25. März 2004 in Köln



Qualität für Menschen

IMPRESSUM

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln
- Presseamt -

Redaktion: Peter Möller, LVR, Dezernat Jugend / Landesjugendamt, 50663 Köln

Druck: Hausdruckerei des LVR

Köln, im Oktober 2004

Gedruckt auf Recyclingpapier aus 100% Altpapier

Inhalt

1 Begrüßung und Eröffnung der Tagung 4

Landesrat Markus Schnapka
LVR, Dezernat Jugend / Landesjugendamt

2 Forschungsergebnisse und aktuelle Trends 7

Dr. Sabine Wagenblass
Institut für soziale Arbeit, Münster

3 Der Blick aus der Psychiatrie 16

Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Universität Ulm

4 Der Blick aus der Perspektive der betroffenen Kinder und Eltern 29

Susanna Staets und Dr. Michael Hipp
KIPKEL, Hilden

5 Der Blick aus der Jugendhilfe 34

Prof. Dr. Reinhold Schone
Fachhochschule Dortmund

6 Ergebnisse der Tagung 48

Peter Möller LVR, Dez. Jugend / Landesjugendamt
Rolf Mertens LVR Dez. Gesundheit / Heilpädagogische Heime

1 Begrüßung und Eröffnung der Tagung

Landesrat Markus Schnapka
LVR, Dezernat Jugend / Landesjugendamt

Die Arbeit mit psychisch kranken Eltern stellt in psychiatrischen Einrichtungen und in der Jugendhilfe kein Rand- sondern ein Alltagsphänomen dar. Jeder 5. Patient bzw. jede 5. Patientin in der stationären Psychiatrie ist Vater oder Mutter eines minderjährigen Kindes. In jedem 10. „Fall“, in dem Hilfe zur Erziehung gewährt wird, liegt eine diagnostizierte psychische Erkrankung eines Elternteils vor.

Die psychische Erkrankung von Eltern ist für Kinder nicht nur eine erhebliche Belastung, sondern auch ein hohes Risiko, die Forschung belegt dies. Das durchschnittliche Risiko in der Bevölkerung, an einer schizophrenen Störung zu erkranken, liegt bei 1 %. Bei einem schizophren erkrankten Elternteil liegt das Risiko des Kindes, selber zu erkranken, bei 10 – 15 %. Sind beide Elternteile schizophren erkrankt, trägt das Kind ein Risiko von 35 – 50 %.

Kinder erleben die psychische Erkrankung ihrer Eltern als Einbruch, als Ende der Kindheit oder als Schock. Dies sind Begriffe aus Interviews mit Betroffenen. Bedenken muss man auch, dass psychische Erkrankungen immer noch einem Tabu unterliegen - darüber spricht man nicht. Wenn die Kinder ihrer Familie gegenüber loyal sind und versuchen, dieses Tabu aus ihrer Loyalität heraus aufrecht zu erhalten, entsteht eine drastische Überforderungssituation mit Folgewirkungen wie emotionale Mangel Erfahrungen - keine Liebe keine Zuwendung - oder Angst. Es droht eine Isolation des Kindes.

Aus dem Vortrag von Frau Dr. Wagenblass auf unserer Tagung im September 2002, bei der einige von Ihnen ja auch dabei waren, möchte ich „Georg“ zitieren:

„Ja, und dann gab`s eine völlige Rollenveränderung, weil mein Vater nicht mehr mein Vater gewesen ist, der immer alles konnte, alles wusste, sondern durch die Medikamente, die er bekommen hat, ist er halt über einen sehr langen Zeitraum, auch nach dem Klinikaufenthalt, ein Kleinkind geworden. Und das ist natürlich schwierig, irgendwie dann noch eine Autorität bei ihm anzuerkennen.“

Die Krankheit lässt niemanden in der Familie unberührt. Sie ist zwar nicht ansteckend wie eine Grippe, aber sie ergreift Besitz von dem sozialen System, in

dem der erkrankte Mensch zu Hause ist. Bei Kindern verdrehen sich oft die Beziehungen zu ihren Eltern. Sie werden Eltern für ihre Eltern mit allen Brüchen, die ein solcher Rollenwechsel mit sich bringt. Und nach der Therapie, wenn die ursprünglichen Rollen wieder funktionieren und übernommen werden sollen, ist nichts mehr wie vorher, weder wie vor noch wie während der Erkrankung.

Wie erreichen wir, dass die sozialen Systeme in die Therapie einbezogen und unterstützt werden? Ein Stichwort ist natürlich - basal, aber nicht banal - Prophylaxe, Prävention, d. h. frühzeitige Unterstützung. Es geht auch um systematische Kooperationsbeziehungen zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe, um Betroffene frühzeitig zu erkennen. Es gilt, eigenständige Erfahrungsräume zu schaffen - vom sozialpädagogischen Gruppenangebot bis zur Psychotherapie – und ebenso wichtig ist das Ermöglichen von Redeangeboten und Austausch mit anderen Betroffenen, um diese Situation nicht alleine leben zu müssen, sondern sich öffnen zu können, statt sich zurückziehen zu müssen. Ein weiteres Stichwort sind Patenschaftsmodelle und noch ein weiteres Frau-Kind-Häuser.

Unser Programm für den heutigen Tag startet mit den neuesten Forschungsergebnissen und aktuellen Trends. Dazu werden wir Interessantes von Frau Dr. Wagenblass aus dem Institut für soziale Arbeit in Münster hören – herzlich willkommen. Wir werden dann miteinander den Blick aus der Psychiatrie auf dieses Thema, auf diese Menschen mit Herrn Prof. Dr. Jörg Fegert von der Universität Ulm wagen – herzlich willkommen. Es folgt eine kleine Pause und danach werden wir in die Perspektive der betroffenen Kinder und ihrer Eltern hineingehen, das machen wir mit Frau Staets und Herrn Dr. Michael Hipp von KIPKEL in Hilden – herzlich willkommen. Den Blick aus der Jugendhilfe eröffnen wir dann mit Herrn Prof. Dr. Reinhold Schone von der Fachhochschule Dortmund. Nach einer Mittagspause folgt ein ganz entscheidender Punkt, nämlich 4 Workshops, denn diese Tagung soll, etwas anders als die im September 2002, einen Aktionscharakter haben, d. h. Sie werden die Agierenden sein und wir erhoffen uns einiges davon. Um 15:30 Uhr machen wir eine weitere Pause und um 16:00 Uhr werden wir die Ergebnisse hier kurz präsentieren. Das Ende der Tagung visieren wir mit 16:45 Uhr an.

Ich möchte mich ganz herzlich bei Frau Dr. Wagenblass, bei Herrn Möller und bei Herrn Mertens, die beiden letzteren vom Landschaftsverband Rheinland, für

die Vorbereitung dieser Tagung und die Arbeit, die damit verbunden war und ist, bedanken. Ich wünsche uns eine Tagung, von der Impulse, mehr noch Verabredungen für die Praxis ausgehen, die dem Titel **< Perspektiven gegen Angst und Überforderung >** gerecht werden. Dazu lade ich Sie ein. Ich wünsche uns einen guten Tag.

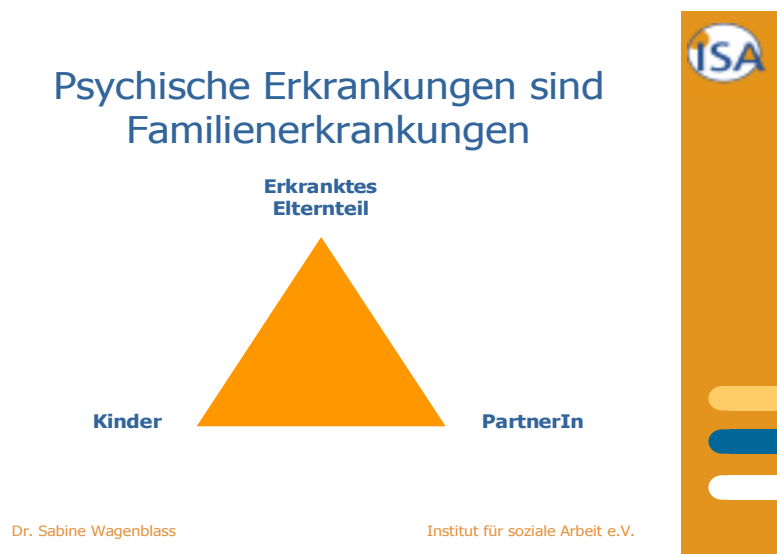
2 Forschungsergebnisse und aktuelle Trends

Dr. Sabine Wagenblass
Institut für soziale Arbeit, Münster

Psychische Erkrankungen als familiäre Stressoren

Jedes Lebensereignis, das im sozialen System der Familie drastische Veränderungen hervorruft, kann zu einem Belastungs- oder Stressfaktor für die gesamte Familie werden. Dazu zählen zum Beispiel finanzielle Krisen, Arbeitslosigkeit, dauerhafte Beziehungsprobleme zwischen den Ehepartnern, der Verlust eines Familienmitglieds durch Tod oder Trennung und schwere Erkrankungen eines Familienmitglieds. Derartige Erlebnisse können

- die Lebenssituation der Familien drastisch verändern,
- eingespielte Beziehungsmuster auflösen und
- die emotionale Stabilität der Familienmitglieder bedrohen.



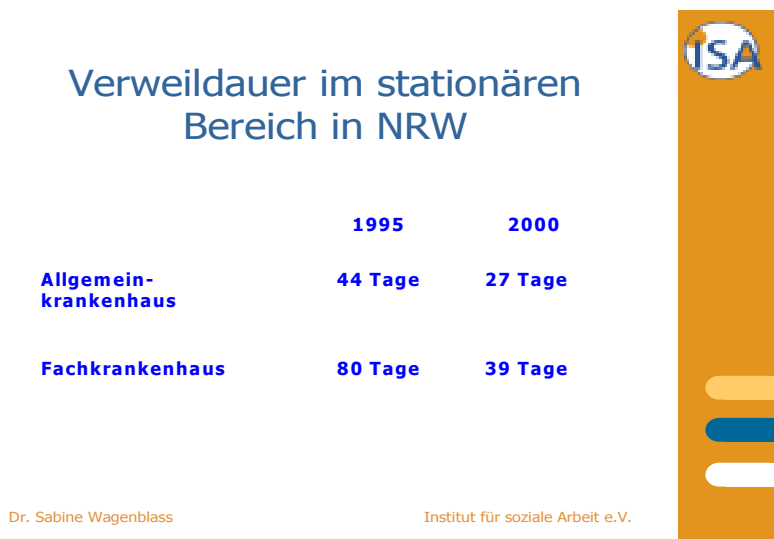
Psychische Erkrankungen sind deshalb als Familienerkrankungen zu verstehen, die das Gesamtsystem Familie und alle Familienmitglieder betrifft, d.h. sowohl die erkrankten Elternteile, als auch die PartnerInnen sowie die Kinder leiden unter einer psychischen Erkrankung eines Elternteils. Bislang fehlt es aber leider an ganzheitlichen Forschungsansätzen, die das Gesamtsystem Familie in den Blick nehmen, wir finden lediglich Studien zu der Lebenssituation der Erkrankten, den

erwachsenen Angehörigen und den Kindern. Diese Zersplitterung der Sichtweisen setzt sich auch in den Hilfesystemen und Unterstützungsangeboten fort.

Im Folgenden möchte ich einen kurzen Überblick über die vorliegenden aktuellen Forschungsergebnisse geben, um abschließend die einzelnen Befunde zu einer Gesamtschau der familiären Situation zusammenzuführen.

Zur Lebenssituation der PartnerInnen

Die Angehörigen galten lange Zeit als mit verursachende Faktoren einer psychischen Erkrankung. Erst mit der Psychiatriereform und dem Ausbau der Gemeindepsychiatrie wurden die Familien als unterstützende Ressourcen wahrgenommen. Neben der psychiatrischen Versorgung stellen die Angehörigen heutzutage ein zweites wichtiges Hilfesystem in der Betreuung psychisch kranker Menschen dar. Durch den Ausbau ambulanter Angebote und der Gesundheitsreform ist die Verweildauer im stationären Bereich heutzutage drastisch reduziert worden.



Das statistische Jahrbuch für NRW weist bspw. für 1995 aus, dass die durchschnittliche Verweildauer auf psychiatrischen Stationen in allgemeinen Krankenhäusern bei 44 Tagen und in Fachkrankenhäusern bei 80 Tagen lag. Nur fünf Jahre (2000) später hat sie sich in allgemeinen Krankenhäusern auf 27 und in Fachkrankenhäusern auf 39 Tage reduziert. Psychiatrische Patienten werden immer früher aus der stationären Behandlung entlassen. Ein Großteil des Gesundungsprozesses findet in den eigenen Familien oder den Herkunftsfamilien statt.

Beziehung zum Erkrankten

LebenspartnerIn	47,4
Eltern	32,6
Erwachsene Kinder	10,3
Geschwister	4,7
Andere Verwandte, Freunde, Betreuer	5,1

aus: Franz u.a. 2003 N = 216

Dr. Sabine Wagenblaus

Institut für soziale Arbeit e.V.



So zeigt die Giessener Angehörigenstudie (vgl. Franz u. a. 2003, S. 219), dass die Ehepartner/-innen und die Eltern die wichtigsten Betreuungspersonen von psychisch kranken Menschen sind.

Gefragt danach, wie viel Kontaktstunden die Betreuungspersonen mit dem Erkrankten pro Woche (ohne Schlafenszeiten) verbringt, zeigt sich, dass die Versorgung eines psychisch kranken Menschen ein Vollzeitjob darstellt. In 40 % der Fälle beträgt die Kontaktzeit mehr als 32 Stunden pro Woche (vgl. Franz u.a. 2003). Diese Verantwortungsverschiebung in der Versorgung psychisch kranker Menschen und aus der Sicht der Kranken sicher begrüßenswerten Enthospitalisierung birgt aber auch erhebliche Herausforderungen für die Angehörigen.

Kontaktstunden pro Woche mit dem Erkrankten

Kontaktstunden	%
Unter 1 Stunde	6,1
Bis 4 Stunden	12,2
Bis 8 Stunden	16,4
Bis 16 Stunden	13,6
Bis 32 Stunden	10,8
Über 32 Stunden	40,8

aus: Franz u.a. 2003

Dr. Sabine Wagenblaus

Institut für soziale Arbeit e.V.



Die Angehörigenstudien (Jungbauer et. al. 2001; Franz u.a. 2003) zeigen,

- dass neben gesundheitlichen Belastungen (krankheitsanfälliger, gehen öfter zum Arzt, schätzen ihre körperliche Gesundheit schlechter ein als eine Kontrollgruppe)
- und finanziellen Belastungen (Medikamente, Rezeptgebühr, Unterhalt, Einschränkung der Erwerbstätigkeit) insbesondere
- die Beziehung zum Erkrankten beeinträchtigt werden kann (Streit, körperliche Übergriffe),
- zusätzliche familiäre Pflichten übernommen werden müssen (Haushalt, Erziehung, Krankenhausbetreuung),
- die Freizeit und damit auch der Möglichkeit zu entspannen drastisch reduziert wird,
- oftmals Ängste entwickelt werden, dass die / der Erkrankte sich oder anderen etwas antun könnte,
- Diskriminierungserfahrungen gemacht werden, die zur Isolation der Familien führen,
- die psychische Erkrankung eine Verlusterfahrung in Bezug auf die gelebte Gegenwart (bzw. die Zukunft) darstellt und
- familiäre Pflichten und Aufgaben alleine bewältigt werden müssen.

Ergebnisse von Angehörigenstudien

- **Gesundheitliche Belastungen**
- **finanzielle Belastungen**
- **Beeinträchtigung der Beziehung zum Erkrankten**
- **zusätzliche familiäre Pflichten**
- **Reduktion von Freizeit**
- **Ängste**
- **Diskriminierung**
- **Isolation**
- **Verlusterfahrung der Gegenwart bzw. der Zukunft**

vgl. Jungbauer et al. 2001, Franz u.a. 2003

Dr. Sabine Wagenblass

Institut für soziale Arbeit e.V.



Vor dem Hintergrund dieser familialen Belastungen ist die Angehörigenarbeit ein zentraler Bestandteil moderner Psychiatrie geworden. In Studien konnte nachgewiesen werden, dass durch eine professionell angeleitete Angehörigengruppe eine deutliche Verbesserung des subjektiven Befindens erreicht werden kann.

Lange Zeit hat sich die Angehörigenarbeit jedoch auf erwachsene Angehörige konzentriert, dass psychisch kranke Menschen auch Kinder haben, die ebenfalls betroffene Angehörige sein können, war lange Zeit nicht im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit. Erst Mitte der 90er Jahre wurde der Blick auch auf die Lebenssituation der Kinder gerichtet.

Ergebnisse der High-Risk-Forschung

- Das **durchschnittliche** Risiko in der Bevölkerung an einer schizophrenen Störung zu erkranken liegt bei **1%**
- Bei **einem** schizophren erkranktem Elternteil liegt das Risiko der Kinder, selbst schizophren zu erkranken, bei **10 bis 15%**
- Bei **zwei** schizophren erkrankten Elternteilen liegt das Risiko der Kinder, selbst schizophren zu erkranken, bei **35 bis 50%**

Dr. Sabine Wagenblast

Institut für soziale Arbeit e.V.



Zur Lebenssituation der Kinder

Hierbei zeigte sich, wie tief greifend Kinder von einer psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen sind. Kinder psychisch kranker Eltern gelten als eine Gruppe mit hoher Risikoverdichtung im Hinblick auf eine eigene psychische Erkrankung. Danach ist das Risiko für Kinder mit psychisch erkrankten Eltern(teilen) selbst psychisch krank zu werden signifikant höher, als für Kinder mit „gesunden“ Eltern.

Neben einem erhöhten Erkrankungsrisiko hinsichtlich einer eigenen psychischen Erkrankung zeigen sich als weitere zentrale Probleme

- Desorientierung,
- Schuldgefühle und
- sozialer Rückzug.

Sie werden dadurch hervorgerufen, dass die Kinder die Krankheitssymptome nicht verstehen und nicht einordnen können. Wenn nachvollziehbare Erklärungen fehlen, glauben die Kinder häufig, dass sie an den Problemen ihrer Eltern schuld sind. In vielen Familien wird zudem versucht, die Krankheit als Familiengeheimnis zu

wahren. Die Probleme anderen Menschen außerhalb der Familie mitzuteilen käme einem Verrat an der Familie gleich. Als Folge der Tabuisierung wissen die Kinder nicht, an wen sie sich mit ihren eigenen Problemen im Zusammenhang mit der Krankheit der Eltern wenden können und ziehen sich von ihrer sozialen Umwelt zurück.

Darüber hinaus treten eine Reihe von Folgeproblemen auf, die indirekt durch die Krankheit veränderte soziale und familiäre Situation hervorgerufen werden. Zu nennen sind hierbei insbesondere (vgl. ebd.):

- **Betreuungsdefizite,**
- **Verantwortungverschiebung (Parentifizierung),**
- **Abwertungserlebnisse und**
- **Loyalitätskonflikte.**

Probleme und Belastungen der Kinder

- **Desorientierung**
- **Schuldgefühle**
- **sozialer Rückzug**
- **Betreuungsdefizite**
- **Parentifizierung**
- **Abwertungserlebnisse**
- **Loyalitätskonflikte**

Dr. Sabine Wagenblass

Institut für soziale Arbeit e.V.



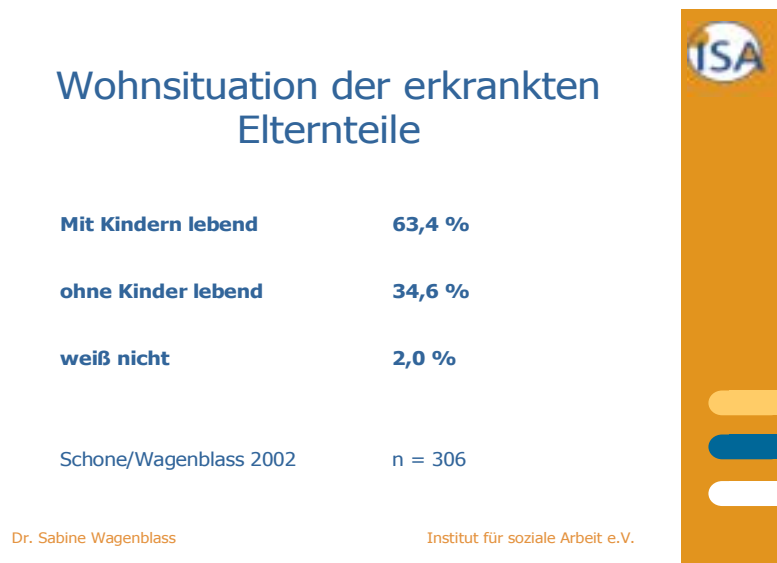
Durch die Überforderung der Eltern mit ihren eigenen Problemen kommt es oftmals zu einem Defizit an Aufmerksamkeit und Zuwendung für die Kinder. Innerhalb der Familien kann es dabei zu Rollenumverteilungen und zur Auflösung des Generationenverhältnisses kommen. Die Kinder übernehmen Aufgaben und Verantwortung für die erkrankten Elternteile, denen sie von ihrer Entwicklung her nicht gewachsen sind. Die eigenen Bedürfnisse treten in den Hintergrund, sie verzichten auf alterstypische, kindgerechte Beschäftigungen und sind in ihrem Verhalten bereits kleine Erwachsene und wirken dabei ungewöhnlich vernünftig und ernst. Ein großes Problem ist bei alledem die gesellschaftliche Stigmatisierung

psychischer Krankheiten. Oft bestimmen unreflektierte Vorurteile den Alltag der betroffenen Familien. Die Kinder schämen sich für das erkrankte Elternteil und schwanken zwischen Loyalität zur und Distanzierung von dem erkrankten Elternteil.

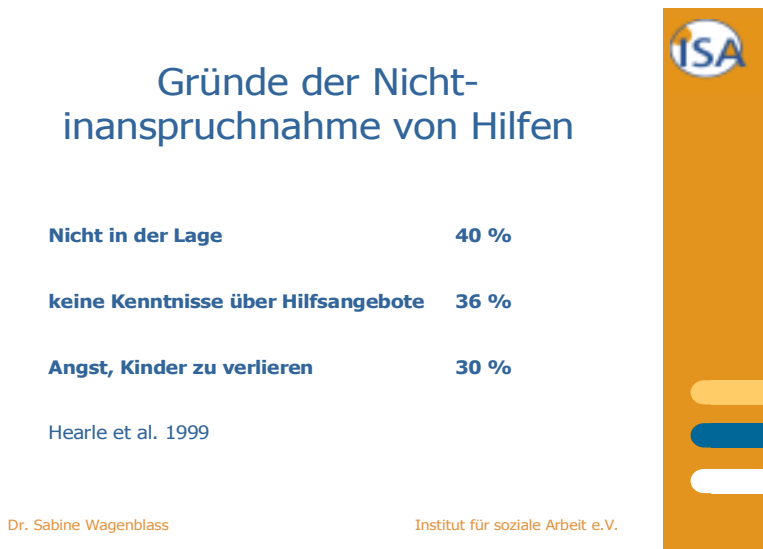
Zur Lebenssituation der erkrankten Elternteile

Erst mit der Entdeckung der Kinder als betroffene Angehörige wurde auch die Elternschaft psychisch kranker Menschen thematisiert. In vielen psychiatrischen Einrichtungen wird bei der Aufnahme bis heute nicht gefragt, ob die Erkrankten auch Kinder haben.

Dabei können sich psychische Erkrankungen massiv auf Elternschaft und Partnerschaft auswirken. Psychische Erkrankungen sind für die erkrankten Menschen mit einem hohen Trennungsrisiko sowohl in Bezug auf die Eltern-Kind-Beziehung, als auch in Bezug auf die Partnerbeziehung verbunden. In unserer Studie zeigte sich, dass von 306 befragten Elternteilen bereits jeder zweite nicht mehr mit dem anderen Elternteil zusammenlebte. Bezogen auf die Elternschaft stellt sich die Situation folgendermaßen dar:



Jedes dritte Elternteil lebt bereits dauerhaft getrennt von seinen Kindern. Diese Trennungen sind nicht immer freiwillig vollzogen worden, in einigen Fällen wurde Eltern das Sorgerecht entzogen. Studien zeigen, dass der Verlust der Rechte gegenüber den Kindern zur Dekompensation beitragen kann.



Obwohl der Großteil der erkrankten Elternteile (Sommer u.a. 2001) den Wunsch nach Hilfe und Unterstützung in Bezug auf die Kinder äußerten, verhindert die Angst, das Sorgerecht entzogen zu bekommen, die rechtzeitige Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsleistungen durch die Jugendhilfe.

In der Studie von Hearle 1999 waren 40% der Erkrankten nicht in der Lage, Hilfe zu suchen, 36% wussten nicht, wo sie Hilfe bekommen konnten und 30% äußerten Angst, die Kinder zu verlieren, falls sie Hilfe nachsuchten (vgl. Sommer u.a. 2001, S. 500). In einer Untersuchung von Sommer et al. wurde gefragt, ob die erkrankten Elternteile den Wunsch nach Hilfe haben und wenn ja in welcher Form. Hierbei zeigte sich, dass zwei Drittel sich Unterstützung wünschten und zwar insbesondere in Form von

- Hilfe bei der Information des Kindes über die Erkrankung (Broschüren, Familiengespräche)
- Hilfsangebote in der Klinik (gemeinsame Aktivitäten mit Kindern, Elterngruppen, Erziehungsberatung, Fachperson für Eltern-Kind-Fragen)
- Paarberatung

Schluss

Diese Forschungsergebnisse dokumentieren eindrücklich, welche Belastungen und Herausforderungen für die Familien verbunden sind, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt. Wir haben es in diesen Familien also mit einer Kumulation verschiedener

Problem- und Belastungslagen zu tun, die mit den vorhandenen Ressourcen nicht immer bearbeitet werden können. In diesen Fällen, in denen die eigenen Ressourcen der Familien überfordert sind, sind die professionellen Hilfesysteme, insbesondere Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe, gefragt.

Welchen Formen der Kooperation dafür notwendig sind, dass solche Ansätze auch Regelangebot werden, das soll Thema der Workshops am Nachmittag sein.

3 Der Blick aus der Psychiatrie

Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Universität Ulm

1. Einleitung

Die Überschrift, der Blick aus der Psychiatrie, reizt zum Spott, weil der Blick sicher nicht zunächst auf Kinder fällt sondern vielleicht, im Rahmen eines großen psychiatrischen Krankenhauses, auf andere Krankenhausgebäude, eine große Institution oder wie in unserem Fall, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie der Universität Ulm, auf das Ulmer Münster und bei schönem Wetter auf das Alpenpanorama. Der Blick aus der Psychiatrie kann also für die die drinnen sind entspannend sein, Hoffnung bedeuten oder ihnen die institutionelle Realität und die Tatsache, dass auch andere von psychiatrischen Erkrankungen betroffen sind, vor Augen führen. Aber hilft er, wenn es um die Frage Kinder psychisch kranker Eltern geht? Es geht bei dem mir vorgegebenen Referatthema wohl eher um die Perspektive der Psychiatrie in Bezug auf diese Fragestellung. Doch auch hier wird es gleich wieder problematisch, denn Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Erwachsenenpsychiatrie haben hier in der Regel völlig unterschiedliche, ja konträre Perspektiven. Der Blick aus der Erwachsenenpsychiatrie fällt in der Regel nicht auf das Familiensystem und gar nicht auf Jugendamt, Schule oder Familiengericht. Der Blick aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie konzentriert sich häufig auf die Erziehungsdefizite der Eltern und die mögliche Kindeswohlgefährdung und wird somit von vielen psychisch kranken Eltern als eine Bedrohung wahrgenommen. Auch befürchten viele Eltern die schon psychiatriee erfahren sind, dass nun ihren Kindern ein ähnliches Schicksal droht und sie verbinden mit einem Erstkontakt ihres Kindes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie alle negativen Assoziationen und Erfahrungen, die sie im Lauf ihres Lebens in der Erwachsenenpsychiatrie gemacht haben und haben dabei oft keine konkrete Vorstellung, wie es in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie aussieht bzw. wie dort gearbeitet wird. Insgesamt kann also auf die Frage nach der Perspektive zunächst einmal festgestellt werden, dass es sich bei den Eltern, insbesondere bei den psychisch kranken Müttern, um eine **vergessene Klientel** zwischen zuständigen Institutionen handelt. In Belastungs- und

Erkrankungssituationen wird der erwachsene Elternteil als Einzelindividuum gesehen. Eine Verknüpfung und auch eine Versorgung der Kinder wird weitgehend dem sozialen Netz des psychisch kranken Elternteils überlassen, Verknüpfungsleistungen von Kindern werden häufig weder berücksichtigt noch akzeptiert, eher dankend hingenommen, aber nicht aktiv eingebunden. Befindet sich umgekehrt das Kind in einer Belastungs- oder Erkrankungssituation, dann wird von den Helfern von den Ressourcen einer traditionellen, vollständigen Familie ausgegangen. Besuchszeiten, Elternmitarbeit und insbesondere auch Reha-Maßnahmen berücksichtigen nicht den vermehrten Unterstützungsbedarf psychisch kranker allein erziehender Eltern. Es war wohl symptomatisch, dass uns die Ambulanz unserer erwachsenenpsychiatrischen Partnerklinik am Universitätsklinikum Ulm auf unsere Nachfrage im Jahr 2002, wie viel Mütter mit Kindern dort behandelt würden, zunächst keine Angaben machen konnte. Um so erfreulicher war es für uns, dass die Kollegen dabei ein Wahrnehmungsproblem erkannten und dann fleißig zu zählen anfangen. Schließlich stellte sich heraus, dass unter den Frauen im Alter von 18 – 55 Jahren 16 % allein mit einem oder mehreren Kindern lebten, 28 % verheiratet oder in Partnerschaften mit einem oder mehreren Kindern lebten, 28 % ohne Kind allein lebten und weitere 28 % in einer Partnerschaft ohne Kind lebten. Diese Zahlen sind nur ein Zufallsausschnitt und natürlich nicht für Deutschland repräsentativ. Deutlich wird auf jeden Fall, es handelt sich nicht um eine vernachlässigbare kleine Randgruppe sondern um eine Gruppe, die bei den in der Psychiatrie behandelten Frauen sicher mehr als ein Drittel ausmacht, für die es aber in der Regel weder eine spezifische Problemwahrnehmung noch spezifische Angebote gibt. Die erwachsenenpsychiatrische Behandlung stellt primär auf schnelle Rehabilitation und frühe Entlassung ab und baut deshalb auf die Angehörigen zur Stabilisierung der Patienten. Es sind die Familien, nicht zuletzt auch die Kinder, die in Abhängigkeit von der Psychopathologie des Elternteils schwankende Kompetenz, Zuverlässigkeit oder Krisen abfangen oder wenn dies nicht möglich ist, aushalten müssen. Auch die Jugendhilfe ist häufig überfordert, gerade durch diesen schwankenden Hilfebedarf. Kurzzeitig kann es zu einem Bedarf an sehr intensivem, hohem Betreuungseinsatz kommen, der nach einer Remission sehr schnell wieder zurückgefahren werden kann. Dies ist für die Träger, die Personal disponieren müssen und längerfristig kalkulieren wollen, keine leicht zu meisternde Problematik, so dass es häufig keine guten Lösungen hierfür gibt. In der Kinder- und

Jugendpsychiatrie sind viele der bedürftigen Kinder überhaupt nicht vorgestellt, weil die betroffenen Eltern fürchten, dass nun ihren Kindern auch eine „Psychiatriekarriere“ drohen könnte. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe werden eher dem bedrohlichen System des „Kinderklaus“ zugeordnet. Ihre Hilfen werden nur im Extremfall nachgefragt. Auch professionelle aus der Erwachsenenpsychiatrie scheuen ihren Patientinnen und Patienten in den Rücken zu fallen, in dem sie diese Helfer einschalten. In den Fällen, in denen dann tatsächlich nachgefragt wird, handelt es sich meist um relativ auswegslose Situationen, bei denen oft schon sehr viel früher hätte geholfen werden können und meist schon früher hätte eingegriffen werden müssen. Dadurch bestätigt sich wiederum der Anfangsverdacht, dass diesen primär auf das Kind ausgerichteten Hilfesystemen nichts anderes einfällt, als die Kinder von den Eltern zu trennen. Einige verfremdete und didaktisch verkürzte Kasuistiken aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sollen dies illustrieren.

Ein 9-jähriger Junge versucht aus scheinbar heiterem Himmel aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung abzuhausen, obwohl er sich nach einer stark belasteten Aufnahmesituation in der er sehr ängstlich war, offensichtlich bestens in der Gruppe der Klinik eingelebt hatte. Es gelingt dem Oberarzt, ihn an der Bus-Haltestelle noch festzuhalten. Der Junge bricht in Tränen aus und erzählt, dass er unbedingt heim müsse, weil sich seine Mutter umzubringen drohe. Auf die Frage, warum er sich nicht mitgeteilt hätte, berichtet er unter Tränen über den Schweigedruck und dass er seine Mutter nicht bloßstellen oder verraten wollte. Der Oberarzt entschließt sich, mit dem Jungen zur Mutter zu fahren. Während der Fahrt erzählt der Junge so viele konkrete beunruhigende weitere Details, dass der Oberarzt telefonisch die Polizei alarmiert. Schließlich wird die Mutter mit ihren zwei anderen Kindern auf dem Dach eines Hochhauses gefunden und kann davon abgebracht werden zu springen. Alle Kinder, die Helfer und auch die Mutter stehen unter Schock. Die Mutter wird stationär in der Erwachsenenpsychiatrie aufgenommen. Nach einem kurzen Zwischenaufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt für die anderen, nicht primär psychiatrisch behandlungsbedürftigen Kinder, eine Inobhutnahme.

Ein 11-jähriges Mädchen wird zur stationären Aufnahme gebracht, weil es, nachdem seine Mutter selbst stationär aufgenommen wurde, dadurch auffällt, dass sie gegenüber dem sozialpsychiatrischen Dienst, der nun das Jugendamt erstmals über die Problematik informieren wollte, ähnliche wahnhaftige Inhalte wie die Mutter äußerte. Nach der stationären Aufnahme zeigte das Mädchen das Bild einer so genannten Folie à deux, d. h. die Übernahme einer Fülle von Wahnhalten des psychisch kranken Elternteils. Die erwachsenenpsychiatrischen Kollegen hatten zwar lange gewusst, dass ein Kind in dieser Familie ist und dass dieses als Stütze der Mutter auch in der Lage ist, nach außen zu gehen und z. B. einzukaufen, die häufige Abwesenheit in der Schule und auch die Überforderung des Kindes hat aber nie zu einer Benachrichtigung des Jugendamtes geführt, obwohl beide Behörden zeitweise im gleichen Gebäude ihre Dienststellen hatten.

Ein 14-jähriger, für sein Alter eher schwächlicher, extrem schüchtern Junge, mit starken Zwangssymptomen, wird von der Polizei stationär, in Handschellen, eingeliefert, weil er versucht habe, seine Mutter mit einem Beil zu erschlagen. Im Rahmen der Behandlung stellt sich heraus, dass die Mutter seit mehreren Jahren eine unbehandelte, wahnhaftige Störung hat. Es war ihr zwar noch gelungen, ihrer Halbtagsarbeit teilweise nachzukommen, zu Hause musste aber immer alles abgedunkelt werden, ein Raum durfte überhaupt nicht betreten werden etc. Im Nachhinein bezeichnete der Junge dies als „Terrorregime“. Er selbst empfand unheimlich viel Angst und Schuldgefühle und versuchte, durch sich immer mehr verselbständigende Zwangsrituale, auch die Stimmungslage der Mutter zu beeinflussen. Insgesamt war der Junge massiv aggressionsgehemmt und von Schuldgefühlen beladen. Erst der einmalige, extrem heftige Aggressionsdurchbruch, bei dem er mit dem Beil eine Tür zerstörte, führte schließlich zur Wahrnehmung der Problematik. Der Junge kehrte nach der Behandlung nicht zur Mutter zurück, die Mutter weigerte sich, trotz zahlreicher Bemühungen, Kontakt mit der Erwachsenenpsychiatrie aufzunehmen.

Eine 15-jährige Jugendliche wird nach einem Suizidversuch mit Tabletten zur stationären Behandlung eingeliefert. Schnell zeigt sich, dass diese Medikamente die Antidepressiva der Mutter waren, die diese seit geraumer Zeit nicht mehr eingenommen hatte. Das Mädchen ist schnell kontakt- und bündnisfähig und gibt an,

dass ihr eigentliches Problem sei, dass ihre Mutter nicht bereit wäre, etwas für sich zu tun. Die Mutter weigert sich zwar, in eine psychiatrische Klinik zu gehen, da sie dort angeblich negative Erfahrungen gemacht hat, ist aber bereit, eine Reha-Maßnahme in einer psychotherapeutischen Kurklinik anzutreten. Das Mädchen wird entlassen und wohnt vorübergehend in der Familie einer Freundin und besucht von dort aus die Mutter, der es relativ rasch besser geht. Nach der Rückkehr der Mutter in den Haushalt zieht auch das Mädchen zurück nach Hause. Jugendhilfe-Maßnahmen wurden nicht erforderlich.

2. Bekannte Risiken

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Risikoforschung ist seit langem bekannt, dass sehr junge alleinerziehende Mütter häufig schwer psychisch belastet sind oder Persönlichkeitsentwicklungsstörungen zeigen. Morash und Rucker (1989) fanden z. B. ein deutlich erhöhtes Risiko für Delinquenz bei den Kindern solcher Mütter. Farrington (1999) betont die Bedeutung von elterlichem Verhaltensvorbild, elterlicher Streiterziehung, häufigem Wechsel der primären Bezugsperson für die Entstehung von dissozialem und delinquentem Verhalten bei den Kindern dieser Mütter. Fegert (2003b) beschreibt die mehrgenerationalen Misshandlungs- und Missbrauchs-Verhältnisse sowie die dementsprechende Familiendynamik und die Überforderung mancher Mutter-Kind-Einrichtungen mit diesen komplexen Problemen. Mit am besten untersucht sind die Folgen schizophrener Erkrankungen von Eltern für die Kinder schizophrener Eltern. Insgesamt fand sich in mehreren Studien eine höhere Inzidenz von allgemeiner Psychopathologie bei diesen Kindern. Betrachtet man nur das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie, so liegt dies, z. B. nach dem Kopenhagen High-Risk Project, dem New York High-Risk Project und einer größeren finnischen Adoptionsstudie, zwischen 10 und 16%, und damit 10-fach höher als in der Allgemeinbevölkerung. Sind beide Elternteile schizophren erkrankt, kann das Risiko, ähnlich wie bei eineiigen Zwillingen, bis zu 50 % ansteigen. Depressive Störungen und schwere emotionale Belastungen wirken sich negativ auf die kindliche Entwicklung aus und führen auch bei den Kindern wiederum meist zu internalisierenden Problemen. Dies zeigte sich unter anderem in der Dunedin Studie aus Neu-Seeland (Williams, Anderson, McGee, & Silva, 1990) In unserer eigenen Untersuchung zum institutionellen Umgang mit sexuell missbrauchten Kindern wurde deutlich, dass Depression und andere psychische Belastungen der Mutter ein

zentraler, ungünstiger Verlaufsprädiktor bei sexuell missbrauchten Kindern war (Fegert, Klopfer, Berger, et al., 1999). Kinder von Eltern mit Suchtproblemen können entweder direkt durch die Suchtstoffe geschädigt sein, wie dies z. B. im fötalen Alkoholsyndrom der Fall ist. Diese Kinder sind häufig in ihrer Intelligenz beeinträchtigt und zeigen verschiedene Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere auch Konzentrationsschwierigkeiten und häufig starke motorische Unruhe. Hyperkinetische Störungen sind aber auch allgemein in Studien über die Kinder alkoholkranker Eltern gefunden worden. Weitere Verhaltensauffälligkeiten: Delinquenz, sowie emotionale Störungen und eigene früh beginnender Substanzkonsum. Auch bei Drogenkonsum findet sich häufig eine Mischung biologischer und sozialer Risiken. Dies wird besonders Augenfällig bei den Entwicklungsstörungen nach pränataler Kokain- und Heroinexposition und den dann häufig nach der Geburt folgenden, schwere Entzugssymptomatiken. Schwere psychische Erkrankungen und/oder Suchterkrankungen der Betreuungsperson oder schwere Persönlichkeitsentwicklungsstörungen mit lang andauerndem selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität, können die Entwicklung der Kinder dieser betroffenen Personen deutlich beeinträchtigen. Aggraviert werden die Beeinträchtigungen durch häufige Wechsel im Betreuungssetting, z. B. wenn eine stationäre Behandlung der Eltern notwendig wird, durch sozioökonomische Belastungen und Stigmatisierung, Belastungen durch Trennungsfolgen, Belastungen durch vorausgegangene Traumata und Belastungen durch Behinderung oder schwere Erkrankung eines Kindes. In der bisherigen Diskussion zu wenig beachtet wurden die Folgen kombinierter Risiken. McCloskey & Bailey (2000) untersuchten 179 Mädchen mit einem Durchschnittsalter von 9 Jahren in einer Stichprobe, die dadurch charakterisiert war, dass besonders viele Familien aus einem Umfeld kamen, in dem häusliche Gewalt eine erhebliche Rolle spielte. Die Autorinnen führten getrennte Interviews mit Müttern und Töchtern und stellten fest, dass 18 % der Mädchen sexuell missbraucht worden waren. Nicht überraschend angesichts der vielfältigen, in die gleiche Richtung gehenden Befunde in der Literatur war, dass die Mädchen, deren Mütter selbst missbraucht worden waren, ein 3,6-fach erhöhtes Risiko hatten, auch missbraucht zu werden. War diese mütterliche Missbrauchserfahrung aber mit mütterlichem Drogenkonsum kombiniert, hatten die Kinder ein 23,7-fach erhöhtes Risiko, d.h. 83 % der Töchter aus dieser Gruppe wurden selbst sexuell missbraucht. Dies ist besonders bemerkenswert, weil die Töchter drogen-

abhängiger Mütter, welche selbst keine traumatischen Erfahrungen hatten, ein deutlich geringeres (nur halb so hohes, im Vergleich zum Gruppendurchschnitt) Missbrauchsrisiko hatten. Pears & Capaldi (2001) haben in einer großen Prospektivuntersuchung zur intergenerationalen Weitergabe von Misshandlungseigenheiten 109 Eltern und ihre männlichen Kinder untersucht. Sie fanden eine Transmissionsrate von 23 %, ähnlich wie in anderen Studien (Kaufman & Zigler, 1987) mit durchschnittlich 30 %. Gleichzeitig untersuchten sie eine Fülle von Faktoren, die auch die elterliche und kindliche Psychopathologie mit einschloss, so dass sie ein differenzierteres Modell aufstellen konnten. Die eigene elterliche Misshandlungsvorgeschichte hatte sowohl einen signifikanten statistischen Einfluss auf besonders frühe Elternschaften und die elterliche Psychopathologie sowie elterliches inkonsequentes Erziehungsverhalten. Elterliche psychische Auffälligkeiten und inkonsequentes Erziehungsverhalten waren untereinander statistisch stark verbunden, weil wiederum Eltern mit psychiatrischen Problemen aus starken Scham- und Schuldgefühlen, ihren Kindern gegenüber besonders inkonsequent waren und damit noch mehr Verhaltensprobleme beförderten. Diese genannten Faktoren hatten alle eine statistische Relevanz für die erneute Misshandlung der Kinder der Eltern, die selber schon misshandelt worden waren, wobei allerdings auch Faktoren von den Kindern selbst ausgingen und Kinder mit frühen Entwicklungsproblemen häufiger Opfer von elterlicher Misshandlung wurden als Kinder, welche mit einem eher ausgeglichenen oder besonders fröhlichen Temperament ausgestattet waren. Diese Befunde sind auch relevant für präventive Interventionen. Da das höchste Risiko dann bestand, wenn ein chaotischer Erziehungsstil, mit kindlichen Erziehungsschwierigkeiten, eine schwere Misshandlungsvorgeschichte und schwere Psychopathologie zusammen kamen, kann eine frühe Einwirkung auf den Erziehungsstil und überhaupt der Aufbau einer Bindungsbeziehung und insbesondere die Entwicklung von Feinfühligkeit, genau in diesen Fällen protektiv sein. Ziegenhain et al (1999) entwickelten deshalb sekundärpräventive Interventionen zur Steigerung der Bindungsqualität und Feinfühligkeit bei jugendlichen Müttern (vgl. auch Ziegenhain, Derksen & Dreisörner, 2003).

3. Sicherstellung des Kindeswohls und kindlicher Basisbedürfnisse als Minimalanforderung

Ausgehend von der UN-Kinderrechtskonvention lassen sich bestimmte Basis-Bedürfnisse von Kindern formulieren:

- Das Bedürfnis nach Liebe und Akzeptanz (Präambel, Art. 6, 12, 13, 14).
- Das Bedürfnis nach Ernährung und Versorgung (Art. 27, 26 und 32).
- Das Bedürfnis nach Unversehrtheit, Schutz vor Gefahren, vor materieller, emotionaler und sexueller Ausbeutung (Art. 16, 19, 34, 35, 36, 37, 38, 39 und 40).
- Das Bedürfnis nach stabilen Bindungen und sozialen Beziehungen (Art. 8, 9, 10, 11, 20, 21, 22).
- Das Bedürfnis nach Gesundheitsfürsorge (Art. 24, 25, 23 und 33),
- Das Bedürfnis nach Wissensvermittlung und Bildung (Art. 17, 28, 29, 30 und 31).

Eine zentrale Entwicklungsaufgabe kooperativ gestalteter Hilfen müsste es sein, Problemsituationen früher zu erkennen, so dass Beratung, Information und Unterstützung, Eingriffen in familiäre Zusammenhänge vorbeugen können. Bislang werden andere Helfersysteme oft erst involviert, wenn es sich um die Kontrollfunktion, um das so genannte Wächteramt im Sinne von Art. 6 GG, geht. Es müsste deshalb ein zentrales Ziel sein, niedrighschwellige und z. B. während der psychiatrischen Behandlung aufsuchende Angebote zu entwickeln. Unterschiedliche Hilfen aus unterschiedlichen sozialen Dienstleistungssystemen müssten verknüpft und ergänzend zum Einsatz kommen, wobei sich die Akteure dabei absprechen sollten, so dass ein Hilfe-System mit Bausteincharakter entstehen könnte. Spezifische und differenzierte Angebote für psychisch kranke Eltern und Familien mit unterschiedlichen psychosozialen Risiken, z. B. wenn auch noch die Komorbidität mit einer Suchterkrankung hinzukommt, sind dringend erforderlich. Die Tatsache, dass Suchtentwöhnung wieder in einem anderen Sozialträgersystem stattfindet darf nicht dazu führen, dass durch Kontaktabbrüche Hilfeprozesse unterbunden werden. Es braucht Angebote, die Brücken zu helfenden Institutionen herstellen, da viele Hilfsangebote primär als Bedrohung erlebt werden. Gerade in den charakteristischen Zeiten besonderer Entwicklungsaufgaben, z. B. in der Trotzphase oder der Pubertät ihrer Kinder (Klosinski 2004), brauchen psychisch kranke Eltern Feedback darüber, welche Konflikte ganz normal und welche Konflikte vielleicht in der speziellen Familienkonstellation besonders sind. Psychiatrische Einrichtungen sollten darauf achten, dass die Familien wenigstens elementare Bedürfnisse bei der Aufrechterhaltung ihrer Beziehungen erfüllt bekommen. Ein Familienzimmer sollte ungestörte und durch andere Patienten unbeeindruckte Besuche kleiner Kinder

ermöglichen. Wünschenswert wären wenigstens in größeren Kliniken Möglichkeiten der Kinderbetreuung, Spielgelegenheiten etc.

4. Sind Kinder belasteter Eltern wirklich häufiger selbst belastet?

In meiner Zeit als Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie / Psychotherapie der Universität Rostock untersuchten wir in den Jahren 1998/1999 274 stationär behandelte Patienten und fanden vor allem bei den Kindern allein-erziehender Mütter die 22,6 % der Gesamtpopulation ausmachten, dass 10 % dieser Mütter psychisch krank und über 40 % Suchtkrank waren (vs. 21 % der sonstigen Inanspruchnahme). Gerade bei diesen Kindern kam es zu längeren Liegezeiten und wurden komplexe psychosoziale Nachsorgeformen erforderlich. 1999 führte die Social Survey Division des Office of National Statistics, das Department of Health, die Scottish Healthy Executive und die National Assembly of Wales, unter der Hauptautorenschaft von Howard Meltzer und Rebecca Gatword sowie Robert Godman und Tamsin Ford ¹, eine Studie zu Verhaltensauffälligkeiten von Kindern durch. Eine große repräsentative Stichprobe wurde auf der Basis von Kindergelddateien gezogen. Ursprünglich wurden 14.250 Briefe ausgesandt, 12.559 Familien konnten erreicht werden. Schließlich wurden 10.438 Interviews, d. h. in 83 % der Familien, durchgeführt. Es erfolgten persönliche Interviews mit allen Eltern, persönliche Interviews mit den 11-15 Jahre alten Kindern und zusätzlich das Ausfüllen eines Fragebogens zu heiklen Themen durch die Kinder, ein postalischer Lehrerfragebogen. Die Antwortrate war bei den 11-15-jährigen 95 % und sogar bei den Lehrern bei 80%. In der Gruppe der 5-10-jährigen war die generelle Auffälligkeitsrate bei den Jungen bei 10,4 %, bei den Mädchen bei 5,9 %, insgesamt bei 8,2 %. In der Gruppe der 11 - 15-jährigen lag sie bei den Jungen bei 12, 8 %, bei den Mädchen bei 9,6 %, insgesamt bei 11,2 %. Emotionale Störungen waren bei Mädchen vor allem in der Frühpubertät und Pubertät etwas häufiger als bei Jungs (maximal 6,1 %, durchschnittlich 4,5 %). Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen waren, wie zu erwarten, besonders bei Jungs häufig. Durchschnittlich 7,4 % bzw. 2,4 % der Jungen. Drastisch war der Unterschied in Bezug auf die Lebenssituation. Während bei Verheirateten (7,3 %), Zusammen-

¹ Die Studie ist bislang nur teilweise in schwer zugänglichen Berichten veröffentlicht. Einzel publikationen sind derzeit in Arbeit.

lebenden (11,2 %) und bei allen Paaren (durchschnittlich 7,7 %), die Auffälligkeitsrate deutlich niedriger lag, fanden sich doppelt so hohe Werte bei den Alleinerziehenden (15,4 %) und bei den Verwitweten, Geschiedenen oder Getrenntlebenden, mit 15,8 % aller Kinder in diesen Familien. Das Auffälligkeitsniveau war auch vom Bildungsgrad abhängig. Bei Eltern ohne Ausbildung fanden sich die meisten Verhaltensauffälligkeiten der Kinder. Umgekehrt proportional verhielt sich die Verhaltensauffälligkeit zum elterlichen Einkommen. Für unsere Fragestellung besonders interessant sind die Angaben auf dem General Health Questionnaire in Bezug auf die Eltern. Dies ist ein Fragebogen der 12 belastende körperliche und psychische Symptome zusammenfasst. In den Familien wo über fünf dieser belastenden Symptome bejaht wurden fanden sich Werte um 20 % Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern. Wurden über 10 Fragen bejaht, fanden sich Werte weit über 30 %, d. h. 1/3 der psychisch und/oder körperlich stark belasteten Eltern zeigte selbst behandlungsbedürftige Verhaltensauffälligkeiten.

5. Schluss – Vernetzung von Hilfen

Wieder einmal scheint die Vernetzung bestehender Angebote das Gebot der Stunde zu sein (Fegert, 2003a). Hierzu bedarf es das Erkennen des Vernetzungsbedarfs von Seiten aller beteiligten Akteure, d. h. auch von Seiten z. B. der Erwachsenenpsychiatrie. Hinzukommen muss die Bereitschaft der zu Vernetzenden, miteinander zu interagieren, z. B. zu Informationszwecken den anderen in seinem Arbeitsumfeld aufzusuchen. Vernetzungsarbeit bedarf definierter Zeit- und Finanzressourcen, dies kann bis zu der Ausgestaltung in Stellenbeschreibungen gehen. Zu fordern ist ein Casemanagement statt dem bisher üblichen hin- und herschieben von Kindern „wie heiße Kartoffeln, die niemand lange anfassen will“. Gerade bei älteren Kindern und Jugendlichen sollten diese, häufig im Krisenmanagement hoch kompetenten und geübten Kindern, in Entscheidungen mit einbezogen werden. Auch die Einbeziehung von Lebenspartnern, Expartnern, Großeltern ist erforderlich. Selbst dann, wenn diese Personen für eine Versorgung nicht zur Verfügung stehen aber mitentscheiden wollen, sollten ihre Meinungen und ihre Vorerfahrungen respektiert und berücksichtigt werden. Die Prinzipien der gängigen Qualitätsdebatte können auch für den Umgang mit dieser Problematik genutzt werden. Will man den Umgang mit psychisch kranken Eltern und ihren Kindern hinsichtlich der Qualität verbessern, muss zunächst die Strukturqualität vor Ort beschrieben werden. Hinzukommen muss

eine Analyse, welche immanenten Voraussetzungen mit der spezifischen Lebenssituation inkompatibel sind, und wie man solche Hinderungsgründe abbauen könnte. Die zweite Beschreibungsebene ist die der Prozesse. Behandlungs- und Hilfeprozesse sowie ihre mögliche Vernetzung und ihre Auswirkung auf das Familiensystem sollten beschrieben und später aufeinander abgestimmt werden. Zur dritten Dimension der Ergebnisqualität sind fachliche Diskussionen und der Austausch über Standards erforderlich. Unterschiedliche Outcomes werden von unterschiedlichen Professionen als ihr zentrales Gut gesehen. Während die Erwachsenenpsychiatrie z. B. primär an der raschen Wiederherstellung der psychisch kranken Erwachsenen interessiert sein dürfte, orientieren sich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe mehr an der Kindeswohlmaxime bei gleichzeitigem Versuch, den familiären Bedürfnissen gerecht zu werden. Während also die Verkürzung von Behandlungszeiten aus erwachsenenpsychiatrischer Sicht zweifellos als Erfolg gewertet werden kann, können gerade diese kürzeren Behandlungszeiten zur Belastung ihrer Klienten führen. Bei der tatsächlichen Umsetzung von Hilfen bzw. der Realisierung vernetzter Angebote, sollten die gesetzlichen Vorgaben des SGB IX stärker genutzt werden. Nach wie vor gelingt es viel zu wenig, Komplexeleistungen zu verwirklichen. Da angesichts der Gesamtsituation der öffentlichen Haushalte derzeit sicher keine neuen Finanzierungsquellen sich auftun werden, ist es besonders nötig, im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten, bessere Lösungen zu finden. Die im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Psychiatrie Personalverordnung, Kunze & Kaltenbach, 1992) mögliche Eltern-Kind-Behandlung, könnte in manchen Belastungssituationen ein wichtiges ergänzendes Angebot sein. Bestehende Angebote wie die Erziehungsberatung oder die Familienberatung könnten sich stärker auf den spezifischen Bedarf dieser Familien einstellen. Bevor hier also weiterreichende, sehr kostspielige Forderungen aufgestellt oder überhaupt angedacht werden, wäre es wichtig, vor dem Hintergrund der bestehenden Möglichkeiten und der bestehenden gesetzlichen Situation (*de lege lata*) alles Mögliche zu tun, um den betroffenen Familien den Familienerhalt zu erleichtern. Schon jetzt ist es zweifellos möglich, in einer Aufnahmestation Hinweise auf Hilfsangebote zu geben oder im Rahmen der Basisdokumentation auch in der Erwachsenenpsychiatrie routinemäßig nach Familienangehörigen und Kindern zu fragen. Ein nächster Schritt sollte dann sein, zu klären, was mit den Kindern passiert, während ein Elternteil sich

in akuter psychiatrischer Behandlung befindet. Angebliche Datenschutzbedenken dürfen hier keine Rolle spielen. Zunehmend zeigen Seniorenverbände stärkeres Interesse an einem aktiven sozialen Engagement. Neben Patenschaften, quasi wie Pflegeverhältnisse organisiert, könnten auch „Paten-Omis“ hier in segensreicher Weise zum Einsatz kommen. Auch bei der Frage der Betreuung und Besuchsbegleitung könnten professionelle wie angeleitete und supervidierte Laien wesentliche Unterstützungsarbeit leisten, so dass Kinder die psychiatrische, stationäre Behandlung eines Elternteils nicht als kompletten Kontaktabbruch erleben müssen. Die gleichen Personen könnten wesentliche Stützen bei der Reintegration darstellen. Wenn derzeit der Bund neue Projekte im Rahmen der Präventions- und Versorgungsforschung ausschreibt, so wäre es wünschenswert, dass diese Problematik der gut beschriebenen Hochrisikopopulation der Kinder psychisch kranker Eltern eine stärkere Beachtung findet. Im Rahmen von wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten könnten an verschiedenen Orten Projekte mit Modellcharakter in der Praxis aufgebaut und gleichzeitig hinsichtlich ihrer Effizienz und vielleicht auch ihres Kostenreduktionspotentials, wissenschaftlich begleitet werden. Allerdings ist für solche Projekte ein inter-disziplinärer Ansatz erforderlich und auch in Ministerien wird zwar Interdisziplinarität und Zusammenarbeit über die Ressorts hinweg ständig gefordert, wirkt sich aber in der Regel eher als Förderhindernis aus. Solange die Tatsache, dass der Jugendbereich hier mit dem medizinischen Bereich zusammenarbeiten muss, nur zu fruchtlosen Zuständigkeits- und Finanzierungsstreitigkeiten, auch auf der Ebene der finanziellen Förderer führt, dürfen derzeit die Hoffnungen nicht allzu groß sein, dass solche Themen als Fördergegenstand ausgewählt werden. Es bleibt zu hoffen, dass Veranstaltungen wie diese Tagung, die vernünftigerweise interdisziplinär angelegt ist, hier zu einem veränderten Verständnis beitragen.

Literatur

- Farrington, D. P. (1999). Conduct disorder and delinquency. In H.-C. Steinhausen & F. Verhulst (Eds.), *Risks and outcomes in developmental psychopathology* (pp. 165 - 181). Oxford: University Press.
- Fegert, J. M. (2003a). Schnittstellen unterschiedlicher fachlicher und administrativer Zuständigkeiten, Verknüpfung und Vernetzung, *Hilfen für Alleinerziehende* (pp. 17). Weinheim: BeltzVotum.

- Fegert, J. M. (2003b). Systemische Aspekte der Arbeit mit psychisch Kranken in Mutter-Kind-Einrichtungen, *Hilfen für Alleinerziehende* (pp. 11). Weinheim: BeltzVotum.
- Fegert, J. M., Klopfer, U., Berger, C., & al., e. (1999). Die Wirkung rechtlicher Bestimmungen auf den individuellen und institutionellen Umgang mit sexuellem Missbrauch an Kindern. In H. Hof & G. Lübbe-Wolf (Eds.), *Wirkungsforschung zum Recht* (pp. 343-365). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do Abused Children Become Abusive Parents? *American Journal of Orthopsychiatric*, 57(2), 186-192.
- Klosinski, G. (2004). *Pubertät heute - Lebenssituationen, Konflikte, Herausforderungen (mit einem Vorwort von Herrn Prof. Dr. Reinhart Lempp)*. München: Kösel.
- Kunze, H., & Kaltenbach. (1992). *Die Psychiatriepersonalverordnung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- McCloskey, L. A., & Bailey, J. A. (2000). The Intergenerational Transmissioin of Risk for child Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(10), 1019-1035.
- Morash, M., & Rucker, L. (1989). An explanatory study of the connection of mother's age at childbearing to her children's delinquency in four data sets. *Crime and Delinquency*, 35, 45-93.
- Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1439 - 1461.
- Williams, S., Anderson, J., McGee, R., & Silva, P. A. (1990). Risk factors for behavioral and emotional disorder in preadolescent children. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 413 - 419.
- Ziegenhain, U., Derksen, B., & Dreisörner, R. (1999). Intervention bei jugendlichen Müttern. In G. Suess & W. Pfeiffer (Eds.), *Frühe Probleme. Impulse der Bindungstheorie für die Beratungspraxis*. Gießen: Psychosozial.
- Ziegenhain, U., Derksen, B., & Dreisörner, R. (2003). Jugendliche Mütter und ihre Säuglinge. In U. Ziegenhain (Ed.), *Hilfen für Alleinerziehende* (pp. 194-207). Weinheim: BeltzVotum.

4 Der Blick aus der Perspektive der betroffenen Kinder und Eltern

Susanna Staets und Dr. Michael Hipp
KIPKEL, Hilden

Psychische Erkrankungen sind **Familienerkrankungen**. Sie beeinträchtigen die Betroffenen, deren Eltern, die Lebensgefährten und vor allem die Kinder. Für jeden Menschen bedeutet der Beginn einer psychischen Krankheit eine **traumatisierende Erfahrung**. Sie geht einher mit einer Veränderung der Realitätswahrnehmung und des affektiven Erlebens, mit einem Verlust an Selbstkontrolle und psychosozialer Funktionsfähigkeit. Manchmal verlieren die betroffenen Menschen ihre Freiheitsrechte, wenn sie im Falle einer Fremd – oder Selbstgefährdung gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Klinik untergebracht werden. Statt wohlwollender Unterstützung erleben sie negative Reaktionen von Seiten der sozialen Umwelt. Sie sind stigmatisiert und fühlen sich in ihrem Selbstwert schwer beeinträchtigt. Ihr Erleben und Verhalten wird pathologisiert. In ihrer Verunsicherung verlieren sie das Bewusstsein für Normalität. Sie reagieren mit sozialem Rückzug und nicht selten mit tiefem Misstrauen gegenüber jeder Form der Hilfeangebote.

Von psychischer Erkrankung betroffene Eltern sind oft in ihrer **Erziehungskompetenz** eingeschränkt. Ursächlich können die Symptome der Krankheit sein wie z.B. Angst, Depressionen, Antriebslosigkeit, mangelhafte Impulskontrolle, Wahnvorstellungen, Halluzinationen etc.. Häufiger stehen einem konsequenten Erziehungsverhalten aber massive Schuldgefühle entgegen. Der betroffene Elternteil glaubt, seinem Kind nicht die gleichen Lebensbedingungen bieten zu können wie gesunde Eltern. Er ist daher bemüht, Wiedergutmachung zu leisten, nimmt eine eher verwöhnende Haltung ein. Es fällt ihm besonders schwer, Grenzen zu setzen und diese auch gegen den Widerstand des Kindes aufrecht zu erhalten.

In schwereren Fällen kommt es zu einer Rollenumkehr gegenüber dem Kind. Im Rahmen der so genannten **Parentifizierung** der Kinder entsteht ein ausgeprägtes Abhängigkeitsverhältnis. Der gesunde Elternteil kann den funktionellen Ausfall des Partners häufig nicht ausreichend kompensieren. Partnerschaftliche Spannungen erschweren die Abstimmung in Bezug auf den Umgang mit den Kindern. Besonders

Männern fällt es schwer, ihre ausschließliche Ausrichtung auf Beruf und Karriere zu modifizieren. Dankbar greifen die Väter auf die Unterstützung der Kinder zurück. So werden besonders die älteren Töchter nicht selten zum Partnerersatz. Noch belastender wird die Situation, wenn die psychische Erkrankung zur Trennung der Eltern führt.

Bei der Vermittlung **präventiver Hilfeangebote** muss mit erheblichen Bedenken und Vorbehalten von Seiten der Eltern gerechnet werden. Ein Teil der erkrankten Menschen versucht dem Stigma der psychischen Erkrankung zu entgehen und das eigene Selbstwerterleben zu stabilisieren, indem sie die eigene Betroffenheit leugnen und jede Form der Hilfe oder Therapie ablehnen. Eine Thematisierung der Krankheitsfolgen in der Familie ist für sie gleichbedeutend mit einer Veröffentlichung ihrer Defizite. Sie reagieren mit Schuld – und Schamgefühlen und mit massiver Abwehr.

Viele Eltern sehen sich durch das Präventionsangebot erstmals vor die Aufgabe gestellt, ihre Kinder über die psychische Erkrankung aufzuklären. Sie fürchten, die innerfamiliäre Enttabuisierung des Themas könnte ihre Autorität beschädigen. Die damit verbundenen **Schamgefühle** müssen daher im Vorfeld thematisiert und adäquate Kommunikationsstrategien erarbeitet werden. Dabei können auch Bedenken gegenüber einer Überforderung, Pathologisierung oder Psychiatrisierung der Kinder entkräftet werden.

Der kranke Elternteil fühlt sich von der Unterstützung durch seine Kinder abhängig. Er fürchtet eine Verselbstständigung der Kinder könnte zu einer Entfremdung mit folgender Verweigerungshaltung führen. Um den Kindern mehr Freiräume zu ermöglichen müssen zeitgleich zur Präventionsarbeit alternative Hilfen für die Eltern installiert werden. Besondere Berücksichtigung sollten dabei die Haushaltsorganisation und der Umgang mit Behörden finden.

Im Vordergrund stehen die Ängste des kranken Elternteils, Präventionsprojekte könnten im Auftrag des Jugendamtes die **Erziehungsfähigkeit** überprüfen oder sogar die Sorgerechtsfrage thematisieren. Das Jugendamt wird von den Betroffenen fast ausschließlich in seiner Kontroll- und kaum in seiner Hilfefunktion wahrgenommen. Es gilt hier zu vermitteln, dass Präventionsarbeit entgegen dieser Erwartung die elterlichen Ressourcen stärken soll, um der Entziehung des Sorgerechtes entgegen zu wirken.

Um trotz Tabuisierung, Stigmatisierung und inter-institutionellen Kommunikationshindernissen die betroffenen Eltern zu erreichen, ist die Kooperation mit der **psychiatrischen Klinik** erforderlich. Fast alle Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen werden im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal stationär behandelt. In der emotionalen Krise ist die Bereitschaft der Betroffenen, Hilfeangebote anzunehmen am größten. Die psychiatrische Klinik ist also der geeignete Ort zur **Kontaktaufnahme** und zum Beginn der Beziehungsarbeit.

Im Verlauf der Einzelkontakte mit den Kindern verändern sich deren Einstellung zur psychischen Erkrankung der Eltern. Sie werden befähigt, ihre eigenen Interessen und Wünsche wahrzunehmen und auch trotz elterlicher Vorbehalte zu artikulieren. Um den daraus resultierenden Konflikten vorzubeugen ist eine begleitende Elternarbeit unabdingbar. Diese wird sinnvoll ergänzt durch ein **Familiengespräch**, bei dem beide Eltern, alle Kinder und unter Umständen die wichtigsten Bezugspersonen anwesend sind. Allein die Durchführung eines solchen Gespräches führt zur Enttabuisierung des Thema, widerlegt unbewusste Katastrophenfantasien und ermöglicht durch Informationsvermittlung den kompetenteren Umgang mit der psychischen Erkrankung.

Kinder von psychisch kranken Eltern werden häufig mit Verhaltensweisen von Vater oder Mutter konfrontiert, die sie nicht verstehen oder einordnen können. In Abhängigkeit von ihrem Alter reagieren sie mit **Ängsten**: Angst um das Wohlergehen des kranken Elternteils, vor dessen impulsivem Verhalten, um den Zusammenhalt und die wirtschaftliche Existenz der Familie, vor der Bloßstellung in der Öffentlichkeit und vor dem eigenen ererbten Erkrankungsrisiko.

Besonders kleine Kinder haben im Rahmen ihres magischen Welterlebens die Tendenz, alle Ereignisse auf sich zu beziehen. Sie übernehmen daher die Verantwortung für die Probleme in ihrer Familie und entwickeln starke **Schuldgefühle**.

Obwohl für die betroffenen Kinder ihre familiäre Situation „**normal**“ ist, sie diese daher nicht kritisch reflektieren oder infrage stellen können, spüren sie schon sehr früh die stigmatisierende Bedeutung der psychischen Erkrankung. Besonders gegenüber Gleichaltrigen entwickeln sie **Schamgefühle**, benötigen sie effiziente Handlungsstrategien, um eine Bloßstellung zu verhindern.

Das **Tabu** der psychischen Erkrankung mit einem absoluten Kommunikationsverbotes innerhalb und außerhalb der Familie nimmt das Kind in eine besondere

Loyalitätsverpflichtung. Jedes Reden über die psychische Symptomatik bedeutet „Verrat“ am kranken Elternteil. Die Kinder verschwinden daher hinter einer Mauer der Diskretion und geraten in eine **soziale Isolation**. Wenn keine solidarisch unterstützenden Familienangehörige oder Freunde vorhanden sind, haben sie nur geringe Chancen, außerhalb des familiären Raumes korrigierende Erfahrungen zu machen.

Die **Parentifizierung** mit einer Rollenumkehr gegenüber dem erkrankten Elternteil wird von den Kindern sehr zwiespältig erlebt. Auf der einen Seite werden sie durch die erhöhte Verantwortung bei der Alltagsbewältigung überfordert, ist für sie unbeschwertes Kindsein nicht mehr möglich. Auf der anderen Seite haben sie großen Einfluss auf den kranken Elternteil und die Geschwister. Sie werden zum Partnerersatz für den gesunden Elternteil und erhalten von diesem Zuwendung und Anerkennung. Spätestens in der Adoleszenz, wenn die Ablöseproblematik in den Vordergrund drängt, wird die Funktion der Jugendlichen im Familiensystem infrage gestellt. Sie müssen sich prinzipiell entscheiden, ob sie weiterhin für das Wohlbefinden des kranken Elternteils verantwortlich bleiben oder ob sie für sich das Recht auf ein selbstbestimmtes, unabhängiges Leben in Anspruch nehmen wollen. Im Umgang mit dem paranoiden Erleben ihrer Eltern sind Kinder besonderen Belastungen ausgesetzt. Sie geraten in einen Konflikt zwischen der eigenen Realitätswahrnehmung und der **Loyalität** zum kranken Elternteil. Durch ihr Bemühen, die Trennung vom kranken Elternteil zu vermeiden, wird der Aufbau eines **verbindlichen Wirklichkeitsbildes** behindert.

Die betroffenen Kinder sind in ihrer **Bindungsentwicklung** erheblichen Belastungen unterworfen. Häufig hat der kranke Elternteil nicht das Einfühlungsvermögen, um die Funktion der „sicheren Basis“ verlässlich ausüben zu können. Das Kind wird immer wieder mit neuen Krankheitsphasen und damit unterschiedlichen elterlichen Identitäten konfrontiert. Über längere Zeitabschnitte werden Mutter oder Vater in der psychiatrischen Klinik behandelt, ohne dass das Kind über die Ursache der elterlichen Abwesenheit informiert wird. Besuche auf den Akutstationen sind nur eingeschränkt möglich weil dort kein ruhiges Zimmer für die Begegnung zwischen Eltern und ihren Kindern zur Verfügung steht. Diese Beziehungsdiskontinuität führt zu einer Bindungsunsicherheit des Kindes, die sich in Trennungs – , Kontakt – und Leistungsängsten äußern kann. Wiederholte Ohnmachtserfahrungen im familiären

Kontext erschüttert das Vertrauen der Kinder in die Fähigkeit, durch das eigene Verhalten etwas Vorhersehbares bewirken zu können. Die Beeinträchtigung der Überzeugung der **Selbstwirksamkeit** begünstigt eine Haltung der Hilflosigkeit und Abhängigkeit als Ausdruck einer **depressiven Disposition**. Der Aufbau eines negativen oder instabilen Selbstkonzeptes erhöht die **Vulnerabilität** gegenüber jeder Form der psychosozialen Belastung.

In den Familien von psychisch kranken Menschen herrscht nicht selten eine Atmosphäre des „Alarmismus“. Gerade Kinder lernen sehr früh, dass sie immer wachsam sein müssen. Als „**Seismografen**“ für die elterliche Befindlichkeit sind sie immer bereit für unterstützende Interventionen. Ihre eigenen Grenzen werden dabei nicht respektiert. Infolgedessen kann in späteren Jahren ihre Lebensqualität durch eine mangelhafte Fähigkeit zu Unbeschwertheit, Entspannung und Genuss beeinträchtigt sein. Eine gestörte Selbstwahrnehmung und eine erhöhte Leidensfähigkeit prädisponieren zur Überforderung.

Trotz dieser ungünstigen familiären Bedingungen erleidet nur eine Minderheit der betroffenen Kinder nachhaltige Folgeschäden. Viele Kinder nutzten die erhöhten Reifungsanforderungen zur Entwicklung außerordentlicher Kompetenzen. Man findet bei ihnen eine überdurchschnittliche Fähigkeit zum Krisenmanagement, eine hohe Selbstständigkeit, ein großes Verantwortungsbewusstsein und ein ausgeprägtes Einfühlungsvermögen in andere Menschen.

5 Der Blick aus der Jugendhilfe

Prof. Dr. Reinhold Schone
Fachhochschule Dortmund

Ausgangslage

Die Problematik der Kinder psychisch kranker Eltern aus der Sicht der Jugendhilfe darzustellen, ist ein recht komplexes Unterfangen. **Den** Blick aus der Jugendhilfe gibt es nicht – vielmehr viele Perspektiven aus jeweils unterschiedlichen Bereichen der Jugendhilfe heraus. Wenn man – wie Remschmidt / Mattejat (1994, S. 5) – davon ausgeht, dass in Deutschland allein 500.000 Kinder psychotischer und depressiver Eltern leben und diese damit nur einen Teil der Gesamtzahl der Kinder ausmachen, deren Eltern psychisch krank sind, kann man von einer sehr hohen Zahl von Kindern ausgehen, die eine z. T. erhebliche Belastung durch die familiäre Situation zu bewältigen haben. Der Titel dieser Veranstaltung „Eine/r ist krank – alle leiden“ greift diesen Aspekt sehr gut auf.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle können die Eltern dieser Kinder (und Jugendlichen) deren Pflege und Erziehung noch selber und / oder mit Unterstützung von EhepartnerInnen oder Verwandten sicherstellen. Dies bedeutet, dass Ressourcen aus dem familiären oder sozialen Umfeld aktiviert werden können, um eine durch die Erkrankung des Elternteils / der Eltern ggf. bedingte Leistungsschwäche in Fragen der Pflege und Erziehung der Kinder zu kompensieren.

Dass diese Möglichkeiten der Kompensation aber auch brüchig sind, lässt sich an einem Ergebnis unserer Untersuchung zur Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern sehen.¹ Ca. jede/r 5. PatientIn in Kliniken, Tageskliniken oder von Institutsambulanzen ist Vater oder Mutter minderjähriger Kinder. Wir konnten feststellen, dass knapp über ein Drittel der Eltern in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung nicht (mehr) mit ihren Kindern zusammenlebten. Hier haben also Eltern und Kinder bereits Trennungserfahrungen gemacht und Beziehungsabbrüche erlebt. Von den Eltern, die mit ihren Kindern zusammenleben, leben etwa ein Drittel nicht mehr mit dem anderen Elternteil der Kinder zusammen. Insgesamt leben also weniger als die Hälfte der von psychischer Erkrankung ihrer

Eltern betroffenen Kinder (43,8 %) noch mit beiden leiblichen Eltern zusammen (vgl. Schone/Wagenblass 2002, S. 72ff).

Zu den Belastungen durch die Erkrankung eines Elternteils kommen also bei vielen Kindern noch die Belastungen durch familiäre Umbruchsituationen. Jede/r siebte PatientIn mit Kindern ist faktisch allein erziehend (ausschließlich Mütter), was einerseits für die Eltern neben der Bewältigung ihrer Krankheit eine erhebliche zusätzliche Belastung bedeutet, was andererseits aber auch für die Kinder bedeutet, dass für sie unmittelbare innerfamiliäre Kompensationsmöglichkeiten zur Bewältigung von durch die Krankheit der Eltern hervorgerufene Belastungen nicht bestehen. (vgl. Schone / Wagenblass 2002, S. 72ff)

Der sozialpädagogische Handlungsrahmen des Jugendamtes

In solchen Lebenssituationen greift der Auftrag der Jugendhilfe (§ 1 Abs. 3 SGB VIII):

- Junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beizutragen, Benachteiligungen abzubauen;
- Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung zu beraten und zu unterstützen;
- Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen.

Das KJHG macht bereits in der Leitnorm den schwierigen gesetzlichen Auftrag der Jugendhilfe deutlich, indem hier das Spannungsfeld zwischen dem Elternrecht, der Elternpflicht und dem staatlichen Wächteramt thematisiert wird. Für die Jugendhilfe und die hier tätigen Fachkräfte bedeutet dies die gleichzeitige Verpflichtung,

- einerseits die Eltern auf deren Wunsch und mit deren Zustimmung zum Wohle des Kindes bei der Wahrnehmung ihrer grundgesetzlich garantierten Rechte und Pflichten gegenüber dem Kind zu unterstützen und
- andererseits Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl – ggf. auch gegen den Willen der Eltern – zu schützen.

Die hier geforderten Aktivitäten zur Verwirklichung der Rechte von jungen Menschen und ihren Eltern lassen sich prinzipiell als hierarchisches System darstellen, welches

¹ Vgl. Schone, R. / Wagenblass, S.: Wenn Eltern psychisch krank sind ... – Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster, Münster 2002

die programmatische Aufgabe der Jugendhilfe von ihrer präventiven Funktion bis hin zur Hilfe und ggf. zum Eingriff in spezifischen und ggf. zugespitzten Krisensituationen umfasst (vgl. **Anhang I**). Dieses Schema soll verdeutlichen, dass Jugendhilfe nicht nur aus Not- und Krisenhilfe besteht, sondern dass sie vor allem auch ein breites Angebot frühzeitiger Unterstützung bietet.

1. Für alle Familien mit Kindern sollen Beratungs-, Unterstützung- und Entlastungsangebote zur Verfügung stehen, die die Eltern bei der Erziehung unterstützen. Zu solchen Angeboten der allgemeinen Familienförderung gehören insbesondere Angebote der Kindertagesbetreuung, der Jugendarbeit, der Familienbildung oder der allgemeinen Familienberatung.

Insbesondere den Kindergärten und den anderen Einrichtungen der Kindertagesbetreuung kommt eine besondere Bedeutung zu. Für jüngere Kinder, deren Eltern psychisch krank oder vielleicht auch suchtkrank sind, ist die Tageseinrichtung oft ein zentraler Stützpfiler, um Belastungen mit aufzufangen und zu kompensieren. Dies wird nur bislang viel zu selten erkannt und die Fachkräfte sind zu wenig auf solche Aufgaben vorbereitet. In einem aktuellen Projekt zur Jugendhilfeplanung erlebe ich gerade, wie dort wo Mitarbeiterinnen aus Kindertageseinrichtungen und Fachkräfte des ASD in gemeinsamen Planungssitzungen zusammenfinden, sehr schnell darüber beraten wird, wie sich beide mit ihren Ressourcen wechselseitig unterstützen können, wenn es darum geht, Belastungen von Kindern und Familien möglichst frühzeitig – und sagen wir ruhig präventiv – aufzufangen.

2. Für Familien in spezifischen Krisen- und Belastungssituationen gilt es darüber hinaus, ein besonderes Angebot zur Krisenbewältigung (z. B. Beratung bei Problemen der Trennung und Scheidung, § 17 SGB VIII, Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen, § 20 SGB VIII) oder zur Hilfe zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII) bereitzuhalten und im Einzelfall, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist, „notwendige und geeignete“ Hilfen zu entwickeln und anzubieten.

3. Wenn dennoch das Kindeswohl – trotz der Angebote und Leistungen der Jugendhilfe – gefährdet ist, müssen die Fachkräfte der Jugendhilfe prüfen (§ 50 Abs. 3 SGB VIII), ob es erforderlich ist, das Gericht einzuschalten, damit das staatliche

Wächteramt ausgeübt werden kann. In Notfällen und bei Gefahr im Verzug kann die Jugendhilfe gem. § 42 SGB VIII (Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen) selbst die Existenzrechte des Kindes durchsetzen und sichern.

Realisierte Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder

Aufgrund einer psychischen Erkrankung kann es – wie aus dem bisher dargestellten deutlich wird – immer wieder zu außergewöhnlichen Belastungen kommen, in denen sich die erkrankte Mutter bzw. der erkrankte Vater oder deren (Ehe-) PartnerInnen nicht (mehr) in der Lage sehen, eine angemessene Versorgung und Erziehung ihrer Kinder zu gewährleisten. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) sieht für solche Fälle eine Fülle unterschiedlicher Leistungen vor, die vom örtlichen Jugendamt bereitzustellen sind.

In unserem Projekt haben wir Jugendämter bezogen auf 272 Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken Eltern zu den realisierten Hilfen befragt. Zunächst einmal wurden ca. ein Drittel der Familien im Rahmen allgemeiner Familienförderung und –beratung nach § 16 SGB VIII unterstützt. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um die Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung der Kinder. Die Hauptunterstützung für die jungen Menschen und Familien mit psychisch kranken Eltern erfolgen mit knapp zwei Drittel aller Fälle allerdings im Rahmen der Hilfen zur Erziehung (§§ 27ff SGB VIII). Diese kommen jedoch nicht in ihrer vollen Breite zur Geltung. Nahezu zwei Fünftel der Kinder/Jugendlichen lebt in Pflegefamilien (incl. Verwandtenpflege) (20,6 %) oder in Heimerziehung (20,2 %). Für ein Fünftel der Kinder wurde eine Sozialpädagogische Familienhilfe (19,9 %) realisiert.

Alle anderen Hilfeformen erfassen zusammen lediglich 3,3% der 272 Kinder und Jugendlichen. (vgl. Schone/Wagenblass 2002, S. 91ff.) (**Anlage II**) Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass Hilfen zur Erziehung von den Jugendämtern stark elternfixiert und polarisiert erfolgen. Auf der einen Seite bezieht sich die Hilfe auf das Familiensystem (Sozialpädagogische Familienhilfe) und verschreibt sich der Wiederherstellung der Erziehungsfähigkeit der Familie. Auf der anderen Seite werden Kinder und Jugendliche – bei Nicht-Bestehen der Erziehungsfähigkeit in der Familie – in Pflegefamilien, Heimen und sonstigen betreuten Wohnformen untergebracht. Explizit kind- und jugendlichen bezogene Begleit- und Unterstützungsangebote, wie sie das KJHG auch vorsieht (Tagesgruppe, Soziale

Gruppenarbeit, Erziehungsbeistände, intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung), spielen so gut wie keine Rolle. Dies birgt die Gefahr, dass auch im Rahmen der Erziehungshilfen das Thema der psychischen Erkrankung der Eltern weiter verdrängt und gar tabuisiert wird – zumindest, wenn im Rahmen der Fremdunterbringung oder auch in der Sozialpädagogischen Familienhilfe dieses Thema nicht explizit im Umgang mit den Kindern/Jugendlichen zum Thema gemacht wird. So einleuchtend die rechtliche Gestaltung der Sozialleistungsansprüche im Rahmen der Erziehungshilfe auch gestaltet sein mögen, so sehr ist dabei zu berücksichtigen, dass gerade psychisch kranke Eltern ggf. besondere Probleme haben, diese Rechte angemessen und umfassend offensiv selbst wahrzunehmen. Da psychisch Kranke meist – als Ausdruck ihrer Krankheit – in ihrer sozialen Kompetenz eingeschränkt sind und/oder unter krankheitsbedingten Denkstörungen leiden, ist es für sie oft unmöglich, sich im Rechts- und Verwaltungsdschungel zurechtzufinden und zu ihrem Recht zu kommen. Hier sind besondere Anstrengungen der sozialpädagogischen Dienste der Jugendämter erforderlich, den betroffenen Eltern ihre Ansprüche und Rechte verständlich zu machen und die erforderlichen Hilfsangebote von sich aus zu entwickeln und zu unterbreiten. In aller Regel gelingt dies auch relativ gut, wie eine hohe Anzahl an freiwillig in Anspruch genommenen Hilfen zur Erziehung belegt.

Sicherung des Kindeswohls

Ein Problem entsteht allerdings regelmäßig dort, wo psychisch kranke Eltern das Wohl ihrer Kinder nicht (mehr) gewährleisten können und hierüber (möglicherweise in Folge ihrer Krankheit) keine Einsicht haben, bzw. dies billigend in Kauf nehmen und externe Hilfe konsequent ablehnen. Wenn durch so eine Haltung der Eltern (Entwicklungs-) Schäden der Kinder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind, hat das Jugendamt ggf. auch gegen den Willen der Eltern im Rahmen seines staatlichen Wächteramtes zum Schutz der Kinder tätig zu werden. Gelingt es nicht, Eltern im Bedarfsfalle von der Inanspruchnahme von Hilfen zu überzeugen, ist das Jugendamt verpflichtet, zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung das zuständige Familiengericht anzurufen (vgl. § 50 Abs. 3 KJHG). Die Anrufung des Gerichts erfolgt in solchen Fällen zumeist auf der Grundlage des § 1666 BGB: „Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes durch missbräuchliche Ausübung der

elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das Vormundschaftsgericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.“ Für einen Eingriff in die elterliche Sorge, die nur vom Gericht vorgenommen werden kann, sind also drei Faktoren von Bedeutung:

Es muss das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder Jugendlichen tatsächlich gefährdet sein. Gefährdung bedeutet in diesem Zusammenhang das Bestehen einer gegenwärtigen oder zumindest nahe bevorstehenden Gefahr für die Kindesentwicklung, welche so ernst zu nehmen ist, dass sich bei Fortdauer eine erhebliche Schädigung des körperlichen geistigen oder seelischen Wohls des Kindes mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lässt. Eine Prüfung, ob dieser Tatbestand besteht, muss also auch zukünftige Erziehungsvorstellungen der Eltern berücksichtigen (vgl. Münchener Kommentar BGB, 1987, § 1666 Rz. 25).

- Es muss einer der vier im Gesetz genannten Tatbestände (Sorgerechtsmissbrauch, Vernachlässigung, unverschuldetes Versagen, Verhalten eines Dritten) vorliegen. Es geht dabei – wie ausdrücklich hervorgehoben wird – nicht um
 - schuldhaftes Verhalten. Gerade im Kontext der psychischen Erkrankung von Eltern wäre dies auch eine völlig verfehlte Kategorie.
 - Schließlich ist eine zusätzliche Voraussetzung von Maßnahmen der Gefahrenabwehr durch das Gericht, dass die Eltern „nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden“. Dieses Kriterium soll gewährleisten, dass gerichtliche Maßnahmen nur in dem Maße ergriffen werden, wie sie unter Gesamtwürdigung der Elternsituation und des Elternverhaltens notwendig sind. Auch hier ist eine zukunftsorientierte Einschätzung des Beitrags, den Eltern zur Gefahrenabwehr zukünftig leisten können, erforderlich. Erst wenn alle drei Kriterien zutreffen, kann und darf ein Eingriff in das Sorgerecht erfolgen. Die Art solcher Eingriffe ist im Gesetz nicht festgelegt. Das Gesetz spricht nur von den „erforderlichen Maßnahmen“. Dabei ist das jeweils mildeste Mittel zu wählen, um die Kindeswohlgefährdung aufzuheben. In der Praxis haben sich eine Reihe verschiedener Maßnahmetypen herauskristallisiert: Ermahnungen, Verwarnungen,

Auflagen, Ersetzung des Elternwillens (z.B. bei notwendiger ärztlicher Behandlung des Kindes), Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechtes, Entzug der gesamten elterlichen Sorge. In der Regel wird es bei psychisch kranken Eltern, denen die Krankheitseinsicht fehlt, nicht damit getan sein, Ermahnungen auszusprechen oder Auflagen zu verfügen. Daher wird es hier in den meisten Fällen um den teilweisen oder vollständigen Entzug elterlicher Sorgerechte gehen, zumal es ja oft gerade ein Merkmal der Krankheit ist, dass Einsichtsfähigkeit (wenn auch manchmal nur vorübergehend) fehlt. Bei (nicht krankheitseinsichtigen) psychisch kranken Eltern wird sich die sozialpädagogische Diskussion in der Regel um die Frage drehen, ob sie in der Lage sind, die bestehende Gefährdung für das Kind abzuwenden, oder positiv ausgedrückt, ob sie grundsätzlich in der Lage sind, eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung zu gewährleisten. Insbesondere spielt diese Frage eine Rolle bei (alleinerziehenden) Müttern mit kleinen Kindern oder Säuglingen, welche auf eine besonders zuverlässige Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse (Essen, Schlafen, Schmerzabwehr etc.) angewiesen sind, da sie sich noch nicht aus eigenen Kräften (lebens-) bedrohenden Situationen entziehen können. (vgl. Schone u.a. 1997)

Ein Rechtsanspruch auf Hilfe zur Erziehung nach § 27 SGB VIII (“... wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist”) schließt immer auch einen Rechtsanspruch im Fall einer Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 BGB mit ein. Die Gefährdung des Kindeswohls ist immer ein Spezialfall der “Nichtgewährleistung einer dem Wohl des Kindes entsprechenden Erziehung”, allerdings mit dem Unterschied, dass in diesem Fall – falls erforderlich – eine gerichtliche Entscheidung im Rahmen von § 1666 BGB herbeigeführt werden kann. Die Übersicht macht diesen Zusammenhang deutlich.

Übersicht: Nichtgewährleistung / Gefährdung des Kindeswohls und Fähigkeit / Bereitschaft der Eltern zur Annahme von Hilfe (zur Erziehung)

	Eltern wollen und können Hilfe (zur Erziehung) annehmen	Eltern wollen und/oder können Hilfe (zur Erziehung) nicht annehmen
Eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung ist “nur” nicht gewährleistet .	A	C
Das Wohl des Kindes oder Jugendlichen ist gefährdet .	B	D

Die Fallgruppen A und B stellen die klassischen Fälle der Hilfen zur Erziehung dar. Häufig wäre das Wohl der Kinder als eindeutig gefährdet anzusehen, jedoch stellt sich diese Frage in der Praxis nicht, da Eltern ihre Bereitschaft und ihre Fähigkeit zeigen, die Situation des Kindes oder Jugendlichen mit Unterstützung des Jugendamtes zu verbessern. Eine Hauptaufgabe der ASD-Fachkräfte ist hierbei die Motivationsarbeit zur Inanspruchnahme bestimmter Hilfeleistungen.

Allerdings gelingt dies in Fällen der Fallgruppe B oft nur unter dem Druck der Lebensverhältnisse und u. U. durch von den Fachkräften zusätzlich ausgeübten Druck der angekündigten Einbeziehung des Gerichts. In diesen Fällen gelingt es auch bei einer angenommenen Kindeswohlgefährdung, eine "freiwillige" Basis in der Zusammenarbeit mit den Eltern herzustellen. Die Ankündigung der Einbeziehung des Gerichts – sofern sie als realistische Maßnahme tatsächlich im Raum steht und keine "leere Drohung" darstellt – ist aus der Sicht der sozialpädagogischen Fachlichkeit die Offenlegung von möglichen zukünftigen Handlungsoptionen. Werden die Eltern mit solchen Prämissen konfrontiert, ist es möglich, dass sie einer Hilfe zur Erziehung zustimmen, ohne dass dies jedoch noch einer positiven Einlösung eines Rechtsanspruchs gleichkommt. In solchen Fällen dient die Annahme der Hilfe oft eher der Abwendung eines möglichen und in den Folgen für sie oft unüberschaubaren Eingriffs. In solchen Fällen geben Eltern zwar ihre „Zustimmung“ oder „Einwilligung“ zum Verwaltungsakt einer Hilfestellung; de facto ist in solchen Situationen die Rechtskonstruktion des § 27 SGB VIII (Hilfen zur Erziehung) jedoch nur noch eine formale Hülle. Der Charakter der Hilfe hat (für die Eltern) oft schon einen informellen Eingriffscharakter angenommen. Oft werden die dann realisierten Hilfsangebote von den Eltern eigentlich nicht gewollt, sondern z. T. nur geduldet oder gar erduldet. Die Fallgruppe C kennzeichnet die Familien, die trotz vorliegender Rechtsansprüche auf notwendige und geeignete Hilfen zur Erziehung diese nicht in Anspruch nehmen – und dazu auch nicht gezwungen werden können. Es bleibt den Eltern – solange keine Gefährdungsschwelle überschritten wird – überlassen, zu entscheiden, ob sie Hilfen annehmen wollen oder nicht, auch dann, wenn die Lebenssituation der Kinder / Jugendlichen objektiv als defizitär und belastend anzusehen ist und geeignete Mittel zur Änderung dieser Situation bereitstünden. Ein solches Verhalten der Eltern ist durch das Elternrecht abgedeckt, nach dem die Eltern selbst die Erziehung ihrer Kinder bestimmen können und über das Maß der ihnen zumutbaren

Belastungen befinden können. Dies trifft sowohl für den Fall zu, dass Eltern nicht willens sind, die Situation zu verändern, als auch für den Fall, dass sie hierzu nicht in der Lage sind (vgl. auch Münder u.a. 1998, § 27 Rz 22, S.267). Eine Verpflichtung, Hilfen in Anspruch zu nehmen, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist, gibt es nicht.

Genau an dieser Stelle eröffnet sich das zentrale Problem sozialpädagogischer Praxis im ASD. Auch wenn die Anspruchsvoraussetzungen eindeutig sind, sind viele Menschen nicht allein dadurch schon gewillt und in der Lage, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Dann stehen die Fachkräfte des Jugendamtes vor einer schwierigen Situation, da sie – unterhalb einer nachweisbaren Gefährdung – nicht ohne Bereitschaft zur Mitarbeit oder zumindest ohne Zustimmung der Eltern tätig werden können. Sie müssen im Interesse der Verbesserung der Situation der Kinder Motivationsarbeit bei den Eltern leisten, da es ihr sozialpädagogischer Auftrag nicht – wie im Bereich anderer Sozialgesetze – zulässt, dass sie tatenlos warten, bis Eltern ihre Rechtsansprüche aus eigener Kraft und Motivation geltend machen.

Anders verhält sich dies mit Fallgruppe D, die die Definition des § 1666 BGB wider spiegelt. Eine nachweisbare Gefährdung des Kindeswohls führt bei gleichzeitiger Verweigerung oder Unfähigkeit der Eltern, Hilfen in Anspruch zu nehmen, zur Verpflichtung des Jugendamtes, das Gericht einzuschalten. Dies wird bei den gegebenen Voraussetzungen die für die Hilfeleistung relevanten Teilrechte elterlicher Sorge entziehen und sie auf andere, im Sinne des Kindeswohls entscheidungsfähige Personen (Vormünder/Pfleger) übertragen. Diese können dann im Rahmen ihres Wirkungskreises alle notwendigen Schritte unternehmen, um für das Kind/den Jugendlichen notwendige und geeignete Hilfen zu realisieren. Durch die Übertragung von Sorgerechten auf handlungsfähige und handlungsbereite Vormünder und Pfleger entsteht dann eine Konstellation, die der Fallgruppe B entspricht, mit dem Unterschied, dass statt der Eltern die Vormünder/Pfleger zu den anspruchsberechtigten Personen werden.

Es lässt sich festhalten, dass sich in der Tätigkeit des ASD im Kontext einer potentiellen Kindeswohlgefährdung kundenorientierte Dienstleistungsaufgaben und wächterorientierte Eingriffsaufgaben auf einem Kontinuum übergangslos miteinander verzahnen und verschränken. Wenn das Jugendamt mit Familien arbeitet, in denen

das Wohl der Kinder potentiell gefährdet ist – und dies beginnt oft schon dann, wenn im Rahmen der Hilfe zur Erziehung festgestellt werden muss, dass eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung **nicht gewährleistet** ist –, verschränken sich dienstleistungs- und wächterorientierte Aufgaben oft so miteinander, dass für die Familien Zwangskontexte unterschiedlicher Dichte und Intensität entstehen.

Zu einer besonderen Problematik, die in diesem Aufgabenzuschnitt liegt (**Anhang III**): Für die erkrankten Eltern ist das Jugendamt aber – mit einseitigem Blick auf das Wächteramt – nicht selten in erster Linie eine Kontrollinstitution. Diese negative Einstellungen und Ängste der Eltern, die bereits vor dem Zustandekommen von konkreten Erfahrungen mit der Jugendhilfe vorhanden sind, verhindern oft eine Inanspruchnahme von präventiven Angeboten. Die Familien versuchen, ohne Hilfe des Jugendamtes die familiären Problemlagen zu bewältigen. Das Jugendamt wird der Regel nur bei Krisensituationen eingeschaltet. Geprägt durch ähnliche Sichtweisen wird auch auf Seiten psychiatrischer Fachkräfte eine Kontaktherstellung zum Jugendamt bzw. eine Meldung an das Jugendamt so lange wie möglich vermieden. Wenn dann ein Kontakt zum Jugendamt erfolgt (unvermeidlich ist), dann geht es aber meist schon um die Frage, ob das Kind noch in der Familie bleiben kann oder nicht. Kommt es dann aufgrund der zugespitzten Krise zu einer Herausnahme der Kinder verfestigt und verstärkt sich das öffentliche Bild des Jugendamtes bei Eltern, aber auch bei den psychiatrischen Fachkräften als „Kinder-weg-nehm-Amt“, was wiederum für zukünftige Fälle einen präventiven Einbezug des Jugendamtes erschwert.

Kinderschutz in der Hilfeplanung

Im Umgang mit den psychisch kranken Eltern wird der Kontrollaspekt der sozialpädagogischen Tätigkeit nur selten offen thematisiert. Die Familien allerdings wissen um diesen Auftrag – und spüren ihn in der gesamten Kommunikation – und werden umso misstrauischer, je versteckter die Fachkräfte damit umgehen. So entsteht in der Folge jeweils ein unterschiedlich fokussierter Blick auf die beiden Aspekte sozialarbeiterischer Tätigkeit, der einen fruchtbaren gemeinsamen Dialog verhindert.

Die Folgerung hieraus ist – aller Umprofilierung der Jugendhilfe von der Ordnungstätigkeit zur Dienstleistung (die damit nicht in Frage gestellt werden soll!) zum Trotz –, dass der Handlungsauftrag der Fachkräfte von Anfang an in beiden Teilen –

Leistungsaspekt und Schutz- und Kontrollaspekte – gegenüber den Eltern thematisiert werden muss, sobald die Einschätzung besteht, dass das Kind gefährdet ist. Konkret bedeutet dies, dass es zunächst im Rahmen der kollegialen Beratung und dann auch gegenüber den Familien notwendig ist, den Doppelcharakter der eigenen Rolle zu thematisieren, damit er sich nicht unter der Hand durchsetzt und mögliche Hilfeansätze zunichte macht.

Gerade in Gefährdungssituationen von kleinen Kindern, wo nicht davon auszugehen ist, dass diese sich selbst aktiv Gehör verschaffen können, müssen Hilfeplanungsprozesse immer auch unter dem Aspekt gestaltet und geplant werden, welche Wirkungen von den eingeleiteten Hilfen erwartet werden und wer, wann, wo und wie oft diese Wirkungen kontrolliert. Das heißt, jedes Hilfskonzept (**in Fallgruppe B**) bedarf im Falle einer (drohenden) Kindeswohlgefährdung neben dem auf den Einzelfall abgestimmten **Leistungskonzept** (Hilfen zur Erziehung) auch ein dazugehöriges **Schutz- und Kontrollkonzept**, welches sowohl für Eltern als auch für den ASD die notwendige Verbindlichkeit und Eindeutigkeit herstellt.

Leistungskonzept und Schutzkonzept sind beides Bestandteile einer umfassenden Hilfeplanung bei Familien, in denen das Wohl der Kinder gefährdet ist. Dass auch das Schutzkonzept Teil (und nicht Antipode) des Hilfskonzeptes ist, ergibt sich daraus, dass ein solches Schutzkonzept gerade dazu dient, die Hilfe gegenüber dem Kind auch dann sicherzustellen, wenn Eltern nicht (mehr) in der Lage sind, Hilfen anzunehmen und damit Gefährdungen für das Kind abzuwenden. Insofern hat auch das Schutzkonzept und ein daraus ggf. resultierender Eingriff ins Elternrecht einen Hilfe- und Leistungscharakter gegenüber dem Kind.

Fazit

Abschließend lässt sich festhalten: Im Feld der Arbeit mit psychisch kranken Eltern und ihren Kindern gibt es keine einfachen, monoprofessionellen Handlungs- und Lösungskonzepte. Eine Hilfe für alle Beteiligten kann nur dann wirksam sein, wenn diese sich nicht auf eindimensionale Blick- und Handlungsweisen verengt. Dies erfordert von einer familienbezogenen sozialen Arbeit eine Perspektivenerweiterung und den Einbezug anderer Fachkräfte, Dienste und Disziplinen. (**Anhang IV**)

In der Konsequenz bedeutet dies, dass der Aufbau stützender interdisziplinärer und gemeinwesenorientierter Arbeitsansätze erforderlich ist. Es wäre ein Paradoxon,

wenn diejenigen, die isolierten Familien helfen wollen, selbst nicht in der Lage wären, sich untereinander zu verständigen und ihre eigene Isolation innerhalb des Hilfe-systems wirkungsvoll aufzuheben.

...

Literatur:

Coestner, M.: Das Kindeswohl als Rechtsbegriff, Frankfurt/M. 1983

Münchener Kommentar zum BGB Bd.8: Familienrecht II, 3.Auflage, München 19772

Münder, J.: Probleme des Sorgerechts bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern. Herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz, Berlin 1994

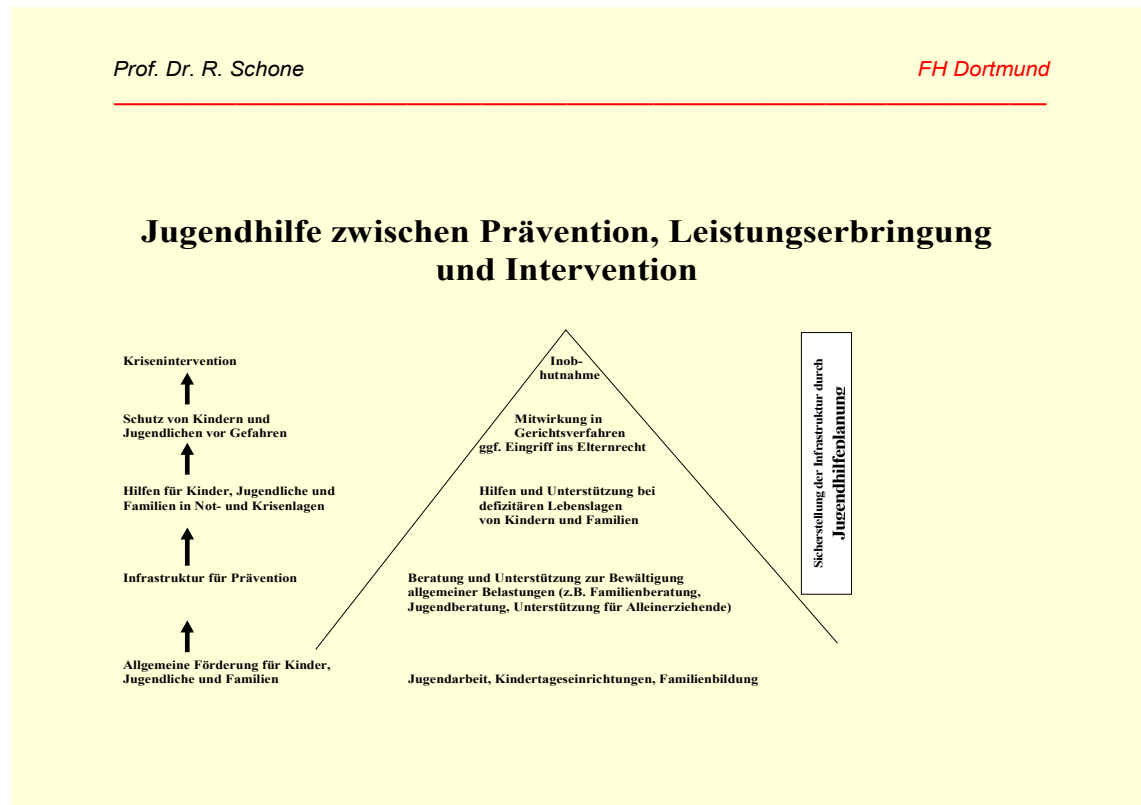
Münder, J., Mutke, B., Schone, R.: Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz – Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren, Münster 2000

Remschmidt, H., Mattejat, F.: Kinder psychotischer Eltern – Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung, Göttingen 1994

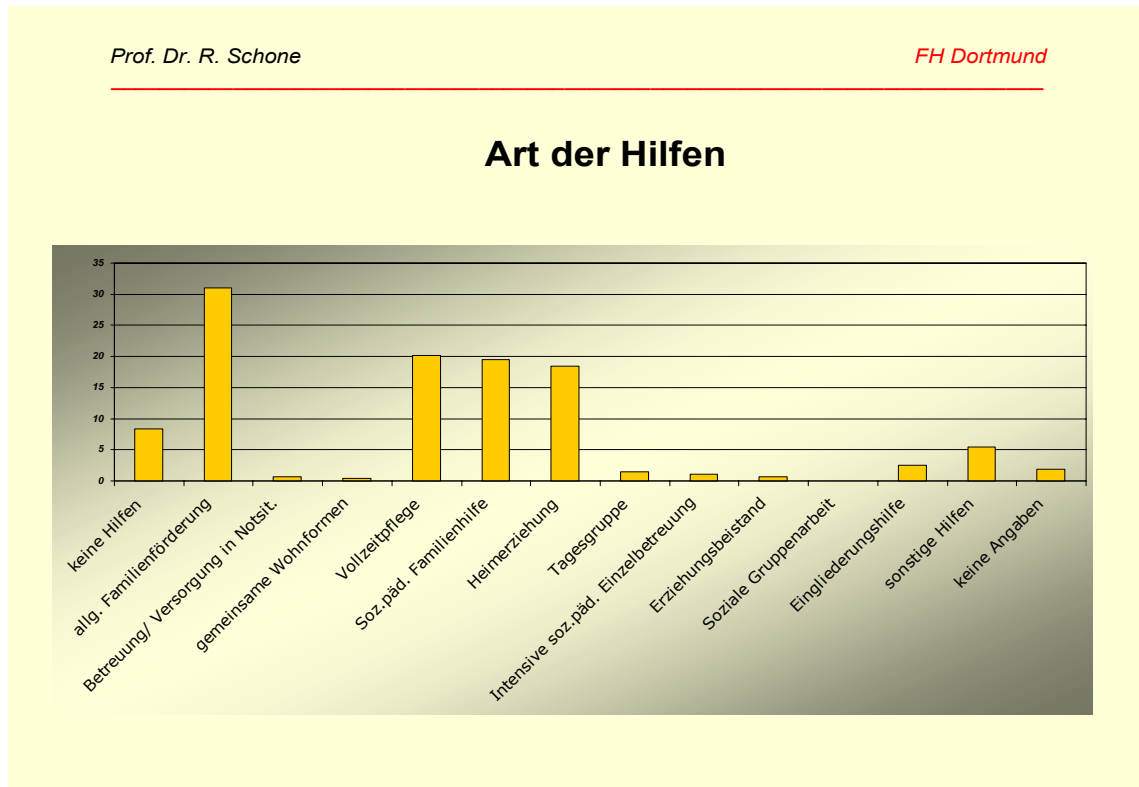
Schone, R., Gintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M., Münder, J.: Kinder in Not – Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit, Münster 1997

Schone, R., Wagenblass, S.: Wenn Eltern psychisch krank sind... – Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster, Münster 2002

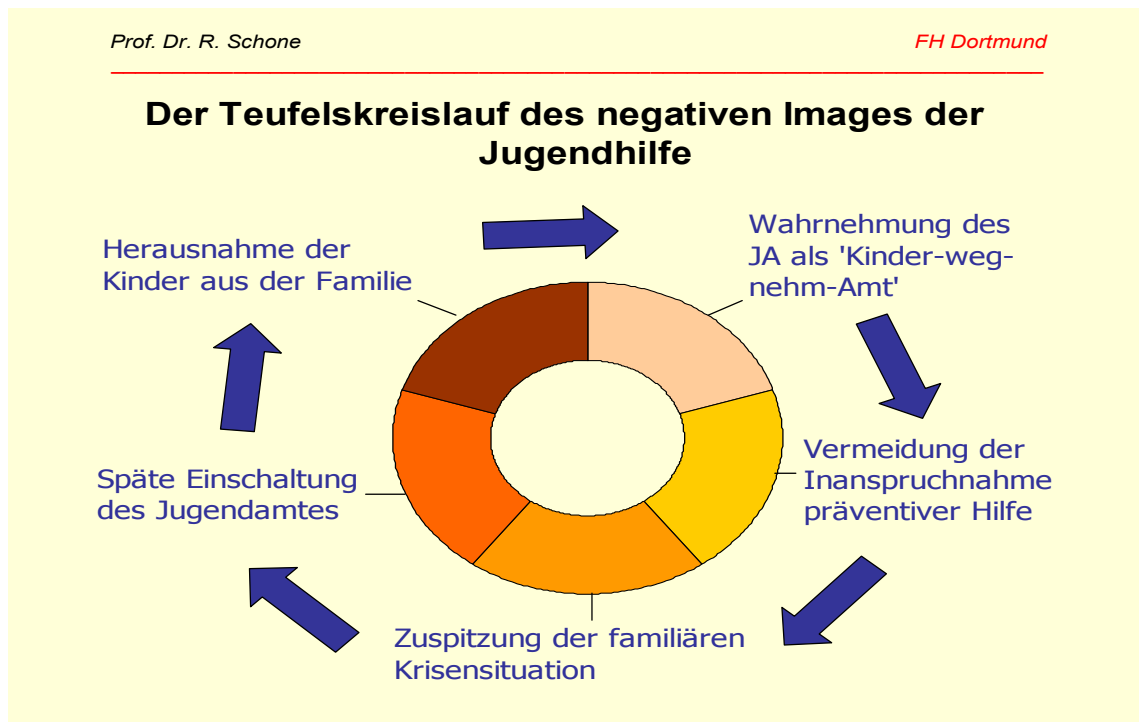
Anhang I:



Anhang II:



Anhang III:



Anhang IV:

Prof. Dr. R. Schone

FH Dortmund

Zentrale Folgerungen der Jugendhilfe

- 1.) Jugendhilfe braucht den Rückgriff auf psychiatrische Kompetenz bei der Realisierung von Hilfen zur Erziehung und von Schutzkonzepten für Kinder von psychisch kranken Eltern (Supervision, Fallberatung).**
- 2.) Erziehungshilfen (ambulant und stationär) müssen sich zunehmend mit der Frage auseinandersetzen, welche Bewältigungs- und Verarbeitungsangebote sie Kindern und Jugendlichen machen wollen und können, deren Eltern psychisch krank sind.**
- 3.) Jugendhilfe (ASD) muss die Kooperation mit den sozialpsychiatrischen Diensten der öffentlichen Träger der Gesundheitshilfe suchen. Diese sollten eine stärkere Drehpunktfunktion zwischen den Institutionen Psychiatrie und Jugendhilfe übernehmen.**

6 Ergebnisse der Tagung

Peter Möller

LVR, Dez. Jugend / Landesjugendamt und

Rolf Mertens

LVR, Dez. Gesundheit / Heilpädagogische Heime

Die Fachtagung < „EINE/R IST KRANK – ALLE LEIDEN“ - **Perspektiven gegen Angst und Überforderung** > verstand sich auch als Arbeitstagung. Auf vielfachen Wunsch von Teilnehmerinnen und Teilnehmern der im September 2002 vorangegangenen Veranstaltung < „KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN“ - **Wer hilft, die familiären Belastungen zu tragen?** > war es u. a. Ziel, Leitlinien bzw. eine Ideensammlung für gelingende Kooperationen zwischen den Hilfesystemen zu entwickeln. Dazu wurden am Nachmittag des Veranstaltungstages drei von den Referenten und Referentinnen moderierte Workshops angeboten. Die hier erarbeiteten Ideen, Themen und Aspekte wurden dokumentiert und durch die Kolleginnen und Kollegen unter dem Gesichtspunkt der subjektiven Bedeutung durch Zuteilung von Punkten bewertet. Die drei jeweils am häufigsten gepunkteten Aussagen wurden anschließend im Plenum vorgestellt und diskutiert. Um zu einer für diese Tagungsdokumentation lesbaren Form zu gelangen, wurden die über 70 Aussagen der Workshops nach der Tagung auf Metaplankarten übertragen und unter Berücksichtigung ihres jeweiligen Punktranges zusammengestellt. Die beiden Aussagen “regionale Bündnisse schließen“ und “familienzentrierte Vernetzung der Hilfesysteme“ waren die am höchsten bewerteten Aussagen. Damit wurde deutlich, dass sich die Blickwinkel der TeilnehmerInnen vorrangig auf die Strukturen von Zusammenarbeit richteten. Dies galt besonders für die strukturellen Aspekte, die unter den Stichworten Vernetzung und Zusammenarbeit zusammengefasst werden können (1).

Zahlreiche der genannten Gesichtspunkte beschäftigen sich mit weiteren Merkmalen, Bedingungen und Bausteinen künftiger Hilfesysteme (2).

Ein dritter Schwerpunkt rückt einen unterstellten Informationsmangel in den Mittelpunkt: Viele Äußerungen beziehen sich auf die Notwendigkeit geeigneter Informationsstrategien für die aktuell oder potentiell betroffenen Familien und professionellen HelferInnen aus den beteiligten Hilfesysteme (3).

Aspekte der Finanzierung bzw. Verortung von Hilfen im Sozialleistungssystem bilden einen weiteren Schwerpunkt bezüglich der Realisierung geeigneter Maßnahmen (4).

Fragen, wie einzelne Hilfeleistungen inhaltlich gestaltet werden können, welche Methoden und Ziele im Mittelpunkt stehen sollten, wurden von den TeilnehmerInnen, nicht thematisiert. Nachstehend sind die Beiträge der Kollegen und Kolleginnen unter den oben genannten Schwerpunkten zusammengefasst.

1. Als Möglichkeiten, **Zusammenarbeit** bzw. Vernetzung **Erfolg versprechend zu strukturieren**, wurde vorgeschlagen:

- Koordinierungsstellen einzurichten,
- Helferkonferenzen zu initiieren,
- interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaften zu schaffen oder runde Tische ein zu berufen, die Vorhandenes koordinieren,
- Jugendämter, Gesundheitsämter und Kliniken in Arbeitskreisen zu vereinen,
- die kommunalen psychosozialen Arbeitsgruppen (PSAGs) zu Koordinationsstellen auszubauen,
- die kommunalen Jugendämter in die PSAG-Gruppen zu integrieren,
- interdisziplinäre Teams mit Fallverantwortung anzustreben,
- den fachlichen Austausch zu intensivieren, um die Leistungssysteme gegenseitig transparenter zu machen,
- häufiger gemeinsame Fallsupervisionen durch zu führen,
- Fachberater für Jugendämter, v. a. bei der Hilfeplanung, bereit zu stellen,
- wechselseitiges Consulting und
- gegenseitige Sprechstunden zu ermöglichen,
- die Zusammenarbeit zwischen den Dezernaten 4 und 8 im LVR zu intensivieren und
- gegenseitige Hospitationen und Praktika (Türen auf!) durch zu führen.

Außerdem wurde angeregt

- die Sozialzentren und sozialpsychiatrischen Dienste in Beratungen ein zu beziehen,
- gemeinsame und gegenseitige, regionale und kommunale Fortbildungen (Information, grenzüberschreitende Hilfekonstruktionen, kollegiale Beratung) zu konzipieren,

- gemeinsame themenbezogene Tagungen zu organisieren,
- regionale Kooperationsverträge (nicht erst in Krisensituationen!) ab zu schließen,
- Fachkonferenzen der Jugendämter mit Fachleuten der Psychiatrie zu ermöglichen,
- die Thematik in die Arbeitsgemeinschaften nach § 78 KJHG ein zu bringen,
- die jeweils anderen Disziplinen in der Ausbildung zu berücksichtigen,
- die verschiedenen Hilfen inhaltlich und zeitlich nahtlos in einander übergehen zu lassen (Casemanagement!)
 - das Einholen von Schweigepflichtentbindungen gegenüber den Jugendämtern zur Regel werden zu lassen, um inhaltliche Zusammenarbeit zu ermöglichen,

2. Als weitere wichtige Bestandteile künftiger Hilfsangebote wurden empfohlen:

- Betreuungsangebote für Angehörige in der Klinik (z. B. Angehörigenbeauftragte)
- niederschwellige Anlaufstellen
- die Berücksichtigung der Geschwisterkinder
- der Aufbau von Selbsthilfegruppen
- die Erarbeitung eines Leitfadens zum Thema Erziehungsfähigkeit und Fremdplatzierung
- das Einbeziehen der Familien in die Therapien
- das Erarbeiten von Handlungsempfehlungen für Grenzsituationen
- das Entwickeln eines Kinder-Fragebogens (Haben Sie Kinder?)
- die Schaffung von Möglichkeiten der professionellen Begleitung von Eltern und Kindern (auch am Wochenende!),
 - das Benennen von Vertrauensleuten für Patienten
 - der Aufbau von „Häusern der Kinder“ in den Kliniken
 - mehr betreutes Wohnen für Eltern und Kinder
 - das Einführen von Evaluation, um gute Modelle transportieren zu können
 - Räume, in denen sich Psychiatrie-Eltern mit ihren Kindern treffen können und
 - kontinuierlich gestaltete Nachsorgephasen, bei denen Ansprechpartner erhalten bleiben

3. Eine verbesserte Information der Betroffenen kann durch folgende Mittel erreicht werden:

- verstärkte und gezielte Öffentlichkeitsarbeit

- Hinweise auf Hilfsangebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Jugendhilfe und umgekehrt
- das Publizieren einer Infobroschüre für Eltern (mit Kontaktadressen!)
- das Durchführen von Infoveranstaltungen an den Schulen (vgl. Suchtbeauftragte im Schulbereich!)
- die Sensibilisierung des sozialen Umfeldes (Ärzte, Hebammen, Erzieher, Lehrer...) und
- die Gestaltung eines Internetforums für die betroffenen Kinder

4. Themen der **Finanzierung** sind:

- Mischfinanzierungen!
- das Einbeziehen von Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen (Prävention!).
- das Einrichten von Pools zur Finanzierung der Integration (gegen Finanzierungs- und Zuständigkeitsgerangel!)

Der nicht gerade tief angesetzte Anspruch der Veranstaltung, ausgedrückt im Untertitel durch die Formulierung **< Perspektiven gegen Angst und Überforderung >** wurde in unseren Augen, soweit dies das Trockenschwimmen auf einer Tagung zulässt, eingelöst. Die Inhalte der Tagungsreferate und der sich anschließenden Diskussionsprozesse und die Fülle der Ideen aus der Workshoparbeit lassen sich zu einer **Quintessenz der Tagung** zusammenfassen:

☞ Zur fachlichen Vernetzung der Hilfesysteme gibt es keine Alternative!

Erfreulicherweise blieb dieser Appell nicht isoliert stehen, sondern wurde durch die Arbeitsgruppen um eine Vielzahl von Vorschlägen für die Umsetzung in der Praxis ergänzt, die sich zu der Kernaussage verdichten lassen:

☞ Kooperationen der Hilfesysteme werden gelingen, wenn diese sich auf der Basis regionaler Bündnisse familienorientiert vernetzen. Bedingung sind verlässliche Absprachen über die Organisationsformen der Kooperationen, die konkrete, alltägliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit und eine Verständigung

darüber, welche kurz-, mittel- und langfristigen Ziele für die Verbesserung der Situation der Betroffenen gemeinsam erreicht werden sollen.

Wir möchten noch hinzufügen, was nicht schriftlich festgehalten, aber häufig während der Tagung angesprochen wurde:

☞ Beginnende Kooperationen haben nur Aussicht auf Verwirklichung und Erfolg, wenn sie in beiden Hilfesystemen von leitenden Persönlichkeiten und MeinungsführerInnen unterstützt werden.

...