

Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken

Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen

Diakonie für kranke Menschen

Handlungsempfehlungen für diakonische Dienste und Einrichtungen in der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe

September 2012

1. Inhalt

4 **Vorwort**

5 **1. Einführende Bemerkungen**

7 **2. Ausgangssituation**

- 7 2.1 Zahlen zu Familien mit suchtkranken und psychisch erkrankten Eltern
- 8 Hohes Risiko für Kinder suchtkranker Eltern, ebenfalls eine Suchtstörung zu entwickeln
- 9 2.2 Beschreibung der familiären Situation
- 10 Lebenswelt der Kinder suchtkranker Eltern sehr belastet
- 12 2.3 Unterstützungsbedarf von Familien mit psychischen Erkrankungen bei den Eltern

13 **3. Entwicklung und Einführung eines Fragebogens über die Situation/Versorgung der Kinder**

- 13 3.1 Einführung einer standardisierten Checkliste zur Einschätzung der Situation beteiligter Kinder
- 15 3.2 Exkurs: Die Situation von schwangeren Frauen
- 15 Der Einsatz von Familienhebammen
- 16 3.3 Abklärung, Einleitung und Koordination des familiären Unterstützungsbedarfs
- 17 3.4 Qualitätsentwicklungsprozesse

18 **4. Einrichten weiterer regionaler Angebote**

- 18 4.1 Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe/Schulprojekte
- 18 Initiieren eines Unterrichtsangebots
- 18 Ansprechpartner für Lehrerinnen und Lehrer
- 19 Unterstützung und Beratung von Schulpsychologinnen und -psychologen
- 19 4.2 Begleitende Hilfen in Form von Paargesprächen sowie Eltern-Kind-Gruppen
- 19 Eltern-, Kind- und Familiengespräche
- 19 Elternt raining
- 20 Angebote für Familien in Gruppen
- 20 4.3 Einzel- und Gruppenangebote für betroffene Kinder
- 20 Beratung für Kinder
- 20 Skills-Training für Kinder
- 20 Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche
- 21 4.4 Familienentlastende Angebote
- 21 Patenmodell
- 21 Individuelle Krisenpläne und Hilfenetze
- 21 4.5 Einzelfallorientierte Beratung von Mitarbeitenden anderer Institutionen

23	5. Aufbau von Netzwerken zum Thema
	„Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern“
25	5.1 Beispiele von Kooperationsmodellen und -vereinbarungen
25	Kooperationsmodelle für Kinder psychisch kranker Eltern
26	Kooperationsmodelle für Kinder suchtkranker Eltern
26	Kooperationsmodelle für Eltern mit einer Suchterkrankung und/oder mit psychischen Erkrankungen
27	5.2 Gemeinsame Fortbildungen von Mitarbeitenden und Fachkräften Sozialer Dienste und gegenseitige Qualifizierung
27	Notwendigkeit des Austauschs
27	Expertise aus den Bereichen der Sozialpsychiatrie und Suchthilfe für die Partner in den Netzwerken
28	5.3 Fallbezogene Zusammenarbeit
28	Fallrekonstruktion als Methode
28	Intervision
28	Überinstitutionelle Fallberatung in Helferkonferenzen
29	Mitwirkung an Hilfeplanverfahren in der Jugendhilfe
29	Fachberatung
29	5.4 Datenschutz
29	Datenschutz bei Nichtgefährdung des Kindeswohls
29	Datenschutz bei Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung
29	Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) und Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)
31	5.5 Öffentlichkeitsarbeit der Netzwerke
32	6. Finanzierung
33	6.1 Besondere Aspekte der Finanzierung
33	Daseinsvorsorge
33	Leistungen im Zusammenhang mit Krankenbehandlung/Reha
33	Leistungsvereinbarung mit Grundlage SGB VIII
34	Projektfinanzierung
35	Literaturhinweise
36	Links zum Thema
37	Mitglieder der Arbeitsgruppe
39	Impressum

Einer mag überwältigt werden, aber zwei können widerstehen, und eine dreifache Schnur reißt nicht leicht entzwei. (Prediger 4,12)

Vorwort

Geteilte Freude ist doppelte Freude! Geteiltes Leid ist halbes Leid? Eltern sind für Kinder die wichtigsten Menschen auf der Welt. Sie unterstützen Kinder in ihrer Entwicklung, fördern ihre Stärken, helfen bei ihren Schwächen und sind ihnen verlässliche Partner. Im Verbund einer Familie erleben Kinder es zumeist, dass Eltern ihnen Halt und Sicherheit geben. Doch was passiert, wenn das System einer Familie durch die psychische Erkrankung oder die Suchterkrankung eines Elternteils aus den Fugen gerät und Eltern diesen Aufgaben gar nicht oder zumindest nicht dauerhaft gerecht werden können? Je nachdem, ob die Erkrankung schubweise auftritt oder chronisch andauert, hat dies weitreichende Konsequenzen, nicht nur für die Gesundheit der Erwachsenen, sondern auch für deren berufliches und privates Umfeld und damit eben auch für die Kinder der Betroffenen. Diese haben zudem selbst ein erhöhtes Risiko, später seelische Störungen beziehungs-

weise eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Besonders schwierig wird die Situation, wenn Vater oder Mutter alleinerziehend ist und weitere Familienangehörige nicht als Rückhalt zur Verfügung stehen. Eine zweifach geknüppte Schnur reißt leichter als eine drei- oder mehrfach geknüpfte Schnur – dies besagt der sogenannte Zahlenspruch aus der alttestamentlichen Weisheitstradition des Volkes Israel (Prediger Salomo 4,12). Gott liegt das Wohlergehen aller Menschen und insbesondere der Kinder am Herzen (siehe auch Matthäus 18,1ff). Das Diakonische Werk der EKD möchte angesichts der Überbeanspruchungen und Überforderungen von Familien mit psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern und ihren Kindern mit dieser Handlungsempfehlung für eine deutlich stärkere Vernetzung der verschiedenen Hilfesysteme als bisher sensibilisieren.

1. Einführende Bemerkungen

In den letzten Jahren wird regelmäßig darauf hingewiesen, dass psychische Erkrankungen immer häufiger diagnostiziert werden. Der sogenannte Morbiditätswandel von den somatischen hin zu den psychischen und chronischen Erkrankungen betrifft alle Altersgruppen. Gleichzeitig rücken Kinder und Jugendliche als bisher vernachlässigte Angehörigengruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen/Abhängigkeitserkrankungen mehr in den Mittelpunkt. Zuletzt wurde im 13. Kinder- und Jugendbericht auf die schwierige Situation von Familien hingewiesen, in denen ein oder beide Elternteile psychisch erkrankt sind beziehungsweise an einer Abhängigkeitserkrankung leiden. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen¹, die von den Hilfesystemen begleitet werden, haben minderjährige Kinder, mit denen sie zusammenleben.

Diese Entwicklungen nimmt das Diakonische Werk der EKD zum Anlass, Handlungsempfehlungen für die Dienste und Einrichtungen in der Psychiatrie und in der Suchthilfe vorzulegen. Ziel dieses Papiers ist, darauf hinzuwirken, dass künftig die Elternschaft von Klientinnen und Klienten stärker und achtsam berücksichtigt wird. Die Situation von deren minderjährigen Kindern soll regelhaft und systematisch in den Blick genommen werden, um diese so als wichtige und besonders verletzte Angehörigengruppe in die eigene Arbeit mit einzubeziehen.

Der vorliegende Text will Impulse für (präventive) Hilfen, für systemübergreifende Vernetzung, für Prozesse der Organisationsentwicklung und für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den verantwortlichen Hilfesystemen geben. Um den Familien wirkungsvolle Unterstützung anbieten zu können, muss arbeitsfeldübergreifend kooperiert werden. Darüber hinaus sind niedrigschwellige Angebote, Öffentlichkeitsarbeit sowie Schulungen von Mitarbeitenden notwendig.

Für die Handlungsempfehlungen wurden bereits vorliegende Konzepte und Materialien zusammengetragen, ausgewertet und zusammengefasst, damit sich die Dienste und Einrichtungen rasch einen Überblick zu folgenden Themen verschaffen können:

- Ausgangssituation mit Informationen zum Thema Eltern mit psychischen Erkrankungen/Abhängigkeitserkrankungen.
- Entwicklung und Einführung eines Fragebogens über die Situation von Kindern und eine daraus resultierende Organisationsentwicklung.
- Einrichten geeigneter Angebote in der Region.
- Aufbau von Netzwerken zum Thema „Kinder psychisch und suchtkrankter Eltern“.
- Finanzierung der Leistungen.

Mit diesem Text will das Diakonische Werk der EKD die (Fach-) Öffentlichkeit weiter für das Thema psychische Erkrankung und psychisch beziehungsweise suchtkranke Eltern sensibilisieren und damit ihrer Stigmatisierung entgegenwirken.

Um den Unterstützungsbedarf der betroffenen Familien deutlich zu machen, werden im Folgenden vorrangig die mit diesen Erkrankungen korrespondierenden Schwierigkeiten und Risiken beschrieben. Es sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass psychische Erkrankungen in Familien diese auch stärken und mit besonderen Fähigkeiten wie Feinfähigkeit und Empathie einhergehen können.

¹ Mit „psychischer Erkrankung“ sind auch alle Abhängigkeitserkrankungen einbezogen. Im Folgenden werden beide Gruppen zusammengefasst als Menschen mit psychischen Erkrankungen bezeichnet. Bei Unterschieden zwischen psychischen und Suchterkrankungen werden diese getrennt dargestellt.

Wie Familien die aufkommenden Belastungen einer Erkrankung bewältigen, hängt nicht nur von der Erkrankung und ihren Besonderheiten ab, sondern auch davon, wie die Gesellschaft und das unmittelbare familiäre Umfeld mit psychischen Erkrankungen umgehen und welche Hilfen möglichst früh und für die gesamte Familie zur Verfügung gestellt werden.

So unterstreichen die nachfolgenden Zahlen über mögliche Risiken, denen Kinder in Familien mit psychisch und suchtkranken Eltern ausgesetzt sind, unseres Erachtens auch die derzeit mangelhafte Unterstützung dieser Familien und die nach wie vor bestehende Tabuisierung und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten und von Abhängigkeitserkrankungen.

2. Ausgangssituation

2.1 Zahlen zu Familien mit suchtkranken und psychisch erkrankten Eltern

Auch wenn über die Zahl psychisch kranker Eltern keine verlässlichen Angaben gemacht werden können, zeigen die vorliegenden Studien übereinstimmend, dass diese keine Randgruppe darstellen. Die Zahlen über den Anteil psychisch erkrankter Eltern mit minderjährigen Kindern variieren zwischen 20 und 60 Prozent (aller Eltern). Diese doch erhebliche Bandbreite beruht darauf, dass den Studien unterschiedliche Populationen zugrundeliegen².

Aktuell leben in Deutschland 18,8 Millionen Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren. Schätzungen zufolge haben zwei bis drei Millionen Kinder mindestens ein Elternteil, das psychisch erkrankt ist und an Depressionen, Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen leidet. Circa 500.000 Kinder wachsen bei einer Mutter oder einem Vater mit schweren psychischen Störungen auf.

Die Kinder sind dabei in besonderem Maße gefährdet, eine eigene psychische Erkrankung und Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln. Das Risiko von Kindern depressiver Eltern, eine affektive Störung zu entwickeln, ist um das Drei- bis Sechsfache höher als bei Kindern mit gesunden Eltern. Bei Eltern mit Angststörungen liegt das Risiko sogar um das Siebenfache höher. 10 bis 15 Prozent der Kinder mit einem Elternteil, das an einer Psychose leidet, entwickeln später selbst eine Psychose. Wachsen Kinder mit zwei psychotischen Eltern auf, erkranken 35 bis 70 Prozent später an dieser schweren psychischen Störung.

Ein Drittel aller Mädchen und Jungen, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden, haben mindestens einen psychisch erkrankten Elternteil; das heißt aber auch, dass dies bei zwei Drittel der Kinder nicht zutrifft.

Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass ein Drittel der Kinder, die mit psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern aufwachsen, auch langfristig keine (gravierenden) Störungen entwickeln. Bedeutsam sind dabei unter anderem das Alter der Kinder bei Beginn der elterlichen Krankheit, die Schwere der Erkrankung, der Umgang in der Familie mit dem Thema und andere persönliche, familiäre und soziale Schutzfaktoren, mit denen die Kinder die Belastung durch die elterliche Erkrankung ausgleichen können.

Angesichts der zahlreichen familiären Belastungen und Risikofaktoren sowie sozialen Problemlagen ist für viele der Kinder und ihrer Eltern von einem speziellen Unterstützungsbedarf auszugehen. So zeigen Studien, dass Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine zwei- bis fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch haben. Bei fast jedem dritten Entzug des Sorgerechts aufgrund einer Kindeswohlgefährdung spielt eine psychische Erkrankung der Eltern beziehungsweise eines Elternteils eine erhebliche Rolle.

Folgende Zahlen unterstreichen die Relevanz des Themas für die Dienste und Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungssystems: 40 bis 50 Prozent der Patientinnen und 20 Prozent der Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern haben Kinder unter 20 Jahren. Nimmt man die ambulant behandelten Erkrankten mit hinzu, gehen Schätzungen davon aus, dass mindestens zwei Drittel der psychisch kranken Frauen und Männer auch Eltern sind. Ungefähr 25 Prozent der Patientinnen und Patienten schätzen ihre Kinder als nicht gesund ein und bestätigen damit den besonderen Unterstützungsbedarf dieser Familien.

Circa 2,7 Millionen Kinder im Alter bis zu 18 Jahren sind von einer elterlichen Alkoholstörung betroffen³. In jeder siebten

² Lenz, A.: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkrankter Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe, Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung, München 2009.

³ Lenz, A.: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkrankter Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe, Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung, München 2009, S. 7.

Familie sind Kinder zeitweise oder dauerhaft von der Alkoholabhängigkeit oder dem Missbrauch wenigstens eines Elternteils betroffen, in circa jeder zwanzigsten Familie sind beide Elternteile alkoholabhängig⁴. Jedes Jahr kommen zwischen 3.000 und 4.000 Kinder mit schwersten Behinderungen durch den Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft – das fetale Alkoholsyndrom⁵ – zur Welt.

Zwischen 40.000 und 50.000 Kinder haben drogenabhängige Eltern⁶. Hierbei handelt es sich in der Mehrzahl um drogenabhängige Mütter. Nahezu 90 Prozent der Säuglinge von drogenabhängigen Müttern werden mit einem Entzugssyndrom geboren.

Während früher circa 60 Prozent dieser Kinder fremd untergebracht wurden, sind es heute nur noch 30 Prozent⁷, das heißt, zwischen 21.000 und 35.000 Kinder leben bei ihren drogenabhängigen Eltern.

Weitere Suchterkrankungen wie die Medikamentenabhängigkeit oder die Verhaltenssuchte sind bisher noch nicht in den Fokus der Betrachtung gelangt.

Auch bei den Kindern von Eltern mit Abhängigkeitserkrankungen handelt es sich um eine zahlenmäßig große Gruppe in unserer Gesellschaft. Sie weisen ein deutlich höheres Entwicklungsrisiko auf.

Hohes Risiko für Kinder suchtkranker Eltern, ebenfalls eine Suchtstörung zu entwickeln

Kinder suchtkranker Eltern sind die größte bekannte Risikogruppe zur Entwicklung eigener Suchtstörungen, insbesondere von Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie von Verhaltenssuchten. Von den Kindern alkoholabhängiger Eltern entwickeln circa 33 bis 40 Prozent selbst eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung⁸.

Im Falle einer Alkoholdiagnose für beide Elternteile steigt das Risiko einer Alkoholabhängigkeit bei Söhnen um das 19fache,

bei den Töchtern um das 28fache⁹. Liegt darüber hinaus bei den Eltern noch eine psychische Störung vor, sind die Risiken für die Kinder noch höher.

Bei der Suchtentwicklung der Kinder spielen sowohl genetische als auch Umweltfaktoren eine Rolle. Als genetische Faktoren gelten eine erhöhte Vulnerabilität für Suchtstörungen allgemein und eine subjektiv und objektiv niedrigere sensible Reaktion auf Alkohol (zum Beispiel kleinerer Kater, keine Kopfschmerzen). Als Umweltfaktoren gelten stressvolle Ereignisse in der Familie, Modelllernen in Form von dysfunktionaler Bewältigung von Schwierigkeiten durch Alkohol und positive Erwartungen, die mit dem Trinken von Alkohol verbunden sind.

Insgesamt besteht bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sie

- früher beginnen, Alkohol zu konsumieren als Gleichaltrige aus unbelasteten Familien,
- früher erste Betrunkenerfahrungen sammeln,
- mehr „binge-drinking“ (das sogenannte Rauschtrinken) betreiben und
- früher eine eigene alkoholbezogene Störung entwickeln.

Neben dem erhöhten Risiko für eine eigene Suchterkrankung besteht für Kinder von Suchtkranken eine erhöhte Vulnerabilität für Verhaltens- und Erlebensstörungen gegenüber Kindern, die ohne solche Beeinträchtigungen oder Belastungen im familiären Kontext aufwachsen. Nach Klein entwickelt ein Drittel der Kinder suchtkranker Eltern psychische Störungen wie zum Beispiel Ängste, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen. Differenzierte Untersuchungen von Kindern alkoholkranker Eltern weisen nach, dass Söhne mehr psychische Probleme aufweisen als die Töchter und dass die Probleme im Falle einer mütterlichen Abhängigkeit gravierender sind als bei väterlicher Abhängigkeit¹⁰. Insgesamt werden hier am häufigsten Hyperaktivität, Verhaltensauffälligkeiten, Delinquenz,

4 Ebenda.

5 Schätzung nach FASworld, <http://www.fasworld.de/index.html>.

6 Lenz, A.: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe, a.a.O., S. 8.

7 Ebenda.

8 Klein, M.: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. In: Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung; Bd. 1. Regensburg 2005.

9 Lenz, A.: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe, a.a.O., S. 16f.

10 Werner, E.E.: Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. In: Journal of Studies on Alcohol, 47, 1986, S. 34–40. Elpers, M. & Lenz, K.: Psychiatrische Störungen bei Kindern alkoholkranker Eltern. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 22, 1994, S. 107 - 113.

kognitive Funktionsstörungen, soziale Interaktionsstörungen, Angst und Depressionen genannt.

Trotz dieser Zahlen gilt auch für Kinder suchtkranker Eltern, dass nicht alle Kinder krank oder auffällig werden. In der Fachwelt wird fast einheitlich von einer „Drittelfaustregel“ gesprochen. Für die Entwicklungswege von Kindern suchtkranker Eltern gilt:

- Etwa ein Drittel entwickelt gravierende Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, die zur Chronifizierung neigen.
- Etwa ein Drittel entwickelt leichte bis mittelschwere Probleme, die die Funktionsfähigkeit nur leicht bis mittelschwer beeinträchtigen und oft nur vorübergehender Natur sind.
- Etwa ein Drittel entwickelt keine relevanten Probleme oder bleibt psychisch vollkommen gesund beziehungsweise stabil.

Ein Blick in die Deutsche Suchthilfestatistik 2010 gibt Aufschlüsse darüber, wie viele Klientinnen und Klienten von Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland Eltern beziehungsweise Elternteile mit eigenen Kindern sind und mit ihnen in einem Haushalt leben. Diese Statistik zeigt auch, wie viele Kinder direkt beziehungsweise indirekt von der Suchtberatung und -behandlung ihrer Mütter und/oder Väter profitieren können:

- insgesamt 777 ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, Fach- und Institutsambulanzen Sucht beteiligten sich mit etwa 377.000 Betreuungen; 27,5 Prozent aller Betreuten hatten eigene Kinder, 17,2 Prozent lebten mit diesen Kindern in einem Haushalt, das heißt in Zahlen: etwa 64.100 Klienten mit einem oder mehreren Kindern, das sind etwa 109.000 Kinder insgesamt; davon etwa 39.600 Klienten mit Kindern in einem Haushalt, das sind etwa 67.300 Kinder im Jahr 2010.
- 189 (teil-)stationäre Rehabilitations- und Adaptionseinrichtungen Sucht beteiligten sich mit etwa 44.900 Behandlungen; 21,5 Prozent aller Behandelten hatten eigene Kinder, 19,7 Prozent lebten mit diesen Kindern in einem Haushalt. Das heißt in Zahlen: etwa 7.700 Klientinnen und Klienten mit

einem oder mehreren Kindern, das sind etwa 11.600 Kinder insgesamt; davon etwa 5.240 Klienten mit Kindern in einem Haushalt, das sind etwa 8.380 Kinder im Jahr 2010.

- Zusammengefasst (ambulante und stationäre Suchthilfe) profitierten im Jahr 2010 etwa 72.000 Klienten mit eigenen Kindern von Betreuungen und Behandlungen in Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland, etwa 45.000 leben mit Kindern in einem Haushalt. Direkt und indirekt könnten so etwa 120.700 Kinder durch Suchthilfeeinrichtungen berücksichtigt werden, beziehungsweise etwa 75.600 Kinder, die mit ihren Müttern und/oder Vätern in unmittelbar einem Haushalt leben.

Diese Zahlen unterstreichen die Relevanz des Suchthilfe-systems in diesem Zusammenhang und verdeutlichen den besonderen Unterstützungsbedarf suchtkranker Menschen in ihrer Elternrolle.

2.2 Beschreibung der familiären Situation

Familien, in denen ein oder beide Elternteile an einer psychischen Erkrankung leiden, sind in vielfältiger Weise durch diese Erkrankung geprägt¹¹. Das Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Elternteil stellt für alle Familienmitglieder ein bedeutsames und kritisches Lebensereignis dar, das mit zahlreichen Belastungen einhergeht. Diese reichen von stressbesetzten, alltäglichen Anforderungen, Konflikten auf der Paarebene, familiären Spannungen, Trennungen, Störungen der Eltern-Kind-Kommunikation und Rollenkehr bis hin zur sozialen Isolation, Arbeitslosigkeit sowie finanziellen Schwierigkeiten und problematischen Wohnverhältnissen.

Wenn Eltern unter einer psychischen Störung leiden, zeigen Kinder aller Altersstufen ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen und riskante Konsummuster. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass die frühe Kindheit sowie die Pubertät eine besonders vulnerable Phase darstellen. Die Verlusterfahrung, die eine psychische Erkrankung eines Elternteils durch deren reale oder emotionale Abwesenheit für Kinder mit sich bringen kann, wird nochmals gravierender erlebt, wenn die Mutter beziehungsweise die/der hauptsächlich Erziehungsverantwortliche betroffen ist.

¹¹ Zu den weiteren Ausführungen vergleiche Lenz (2009) und das Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendhilfe (AGJ) „Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern“, 2010.

Insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen ist in akuten Phasen davon auszugehen, dass die Erziehungsfähigkeit des erkrankten Elternteils eingeschränkt ist. Studien konnten nachweisen, dass diese Einschränkungen sich vor allem im Bindungsverhalten der Eltern zeigen. Aufgrund eigener Schuldgefühle und negativer Selbsteinschätzung der elterlichen Kompetenzen kommt es oft auch zu inkonsistentem und für die Kinder nicht berechenbarem Erziehungsverhalten des erkrankten Elternteils. In einer retrospektiven Untersuchung konnte aufgezeigt werden, dass die Tabuisierung der Erkrankung, die fehlende Aufklärung und die soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung des erkrankten Elternteils bei deren Kindern ein Gefühl der Einsamkeit auslöst, das oft in die Isolation führt. Kinder schämen sich für das erkrankte Elternteil und fühlen sich zugleich häufig mitschuldig an deren Erkrankung. Das oft nur diffuse Wissen über die Erkrankung löst Unsicherheiten und Ängste aus. Diese verstärken den sozialen Rückzug und die Isolation. Trennungsängste, Angst vor Verschlimmerung der Krankheit und vor einem möglichen Suizid, Hoffnungslosigkeit und Wut kennzeichnen die familiäre Atmosphäre. Diese Situation spitzt sich mit einer zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustands des erkrankten Elternteils und im Vorfeld einer anstehenden stationären Unterbringung zu. Die Familien und vor allem auch die Kinder müssen mit dieser extrem belastenden Situation meist allein fertig werden.

Die Tatsache, dass ein Elternteil aufgrund einer psychischen Erkrankung entweder real abwesend oder zumindest emotional nicht verfügbar ist, kann dazu führen, dass die Kinder zunehmend elterliche Aufgaben übernehmen, eigene, kindgemäße Bedürfnisse zurückstellen und die eigene Bedürftigkeit nicht wahrnehmen. Wie oben bereits erwähnt, sind darüber hinaus auch traumatisierende Erfahrungen durch Misshandlung und Missbrauch nicht auszuschließen.

Die Situation der erkrankten Eltern ist nicht selten dadurch geprägt, dass sie sich – zumindest phasenweise – mit der Erziehung überfordert fühlen (und es oft auch sind), Angst haben, zu versagen und ihrer Verantwortung gegenüber ihren Kindern nicht gerecht zu werden, Schuld und Scham empfinden. Oft fürchten sie den Entzug des Sorgerechts und sind durch erhebliche Konflikte auf der Paarebene und eine mögliche Trennung zusätzlich belastet.

Lebenswelt der Kinder suchtkranker Eltern sehr belastet

Um einen Eindruck der Lebenswelt der Kinder suchtkranker Eltern zu vermitteln, sind hier typische Lebenserfahrungen und Verhaltensweisen von Kindern alkoholkranker Eltern skizziert¹²:

1. Nicht zu Freunden gehen, um nicht in die Zwangslage zu geraten, diese zu sich nach Hause einladen zu müssen, wo die Eltern sich beschämend verhalten könnten.
2. In der Schule mit den Gedanken zu Hause sein und überlegen, was dort gerade Schlimmes passiert oder bald passieren wird.
3. Andere Kinder beneiden oder eifersüchtig auf diese sein, wenn sie Spaß und Leichtigkeit mit ihren Eltern erleben.
4. Sich als Kind unter Gleichaltrigen isoliert, abgewertet und einsam fühlen.
5. Sich von Eltern vernachlässigt, bisweilen als ungewolltes Kind fühlen.
6. Für die Eltern sorgen, sich um sie ängstigen, insbesondere wenn die Mutter süchtig trinkt.
7. Sich um Trennungsabsichten oder vollzogene Trennungen der Eltern unablässig Sorgen machen.
8. Als Jugendlicher die Eltern nicht im Stich lassen wollen (zum Beispiel nicht von zu Hause ausziehen können).
9. Die Eltern für ihr Fehlverhalten entschuldigen. Lieber andere Menschen oder sich selbst beschuldigen.
10. Vielfache Trennungen und Versöhnungen der Eltern erleben und sich nicht auf einen stabilen, dauerhaften Zustand verlassen können.
11. Wenn der trinkende Elternteil schließlich mit dem Alkoholmissbrauch aufhört, weiterhin selbst Probleme haben oder solche suchen.

¹² Cork, M.R.: The forgotten children: A study of children with alcoholic parents. Von: Addiction Research Foundation. Toronto 1969.

Diese Erfahrungen gelten meist ebenso für Kinder psychisch kranker Eltern. Die Situation von Kindern drogenabhängiger Eltern ist demgegenüber noch einmal deutlich zugespitzt und lässt sich zusammenfassend folgendermaßen charakterisieren:

- Die Kinder sind häufiger von der Abhängigkeit beider Elternteile betroffen, da Drogenabhängige viel häufiger ein entsprechendes Partnerwahlverhalten zeigen als Alkoholabhängige. Das Aufwachsen bei zwei drogenabhängigen Elternteilen erhöht das Entwicklungsrisiko für Kinder.
- Kinder sind häufiger von Trennungen betroffen und wachsen entsprechend häufiger nur bei einem Elternteil auf.
- Kinder erleben typische Konsequenzen der Drogensubkultur wie zum Beispiel Beschaffungskriminalität, Prostitution der Mutter, Verhaftung des Vaters.
- Kinder erleben soziale Isolation und Stigmatisierung, lernen weniger sozial förderliche Verhaltensweisen und sind dadurch in ihrem Selbstwertgefühl insgesamt instabil und gefährdet.
- Kinder leiden unter sozialer Ausgrenzung der Familie, zum Beispiel durch Armut, Arbeitslosigkeit, beengte Wohnverhältnisse.
- Durch die im Vergleich mit Alkoholabhängigkeit höhere Komorbidität (das Auftreten zusätzlicher Erkrankungen im Rahmen einer definierten Grunderkrankung) der Eltern besteht die Gefahr, dass Kinder aufgrund des komplexen Störungsbildes ihrer Eltern stärkere Schädigungen erleiden.

Da eine große Mehrheit der Menschen mit Opiatabhängigkeit inzwischen durch die ambulante Substitutionsbehandlung erreicht wird, wurden die Gefährdungssituationen für die Kinder von drogenabhängigen Eltern deutlich gemildert. Da die Substitutionsbehandlung in der Praxis – von Ausnahmen abgesehen – in einem segmentierten System (Krankenkassenleistung, Suchtberatung, Jugendamt) als Leistung erbracht wird, stellt der Umstand einer Substitutionsbehandlung für sich alleine allerdings keine hinreichende Sicherung des Kindeswohls dar. Vielmehr ist es entscheidend, wie verbindlich die unterschiedlichen Beteiligten systemisch mit Blick auf die Abhängigen und deren Kinder vernetzt zusammenwirken.

Suchtbelastete Familien vermeiden es häufig, spezifische Hilfeinstitutionen aufzusuchen, um Hilfe bei Alltagsproblemen zu bekommen. In anderen Hilfekontexten – wie zum Beispiel der Jugendhilfe – vermeiden sie es, auf die Suchtproblematik aufmerksam zu machen.

„Vielfach fehlt es den Eltern am Bewusstsein, die Situation der eigenen Kinder überhaupt als defizitär oder problembehaftet wahrzunehmen. Suchtmittelabhängige Eltern unterstellen oftmals – auch aus Gründen des Selbstschutzes –, dass ihre Kinder die eigene Sucht gar nicht als problematisch wahrnehmen oder dadurch zumindest nicht gravierend beeinflusst würden.“¹³

Bei Untersuchungen von Eltern mit Suchtstörungen wurden deutlich erhöhte Belastungswerte nachgewiesen. Diese beziehen sich vor allem darauf, dass die Eltern im Verhältnis zu anderen

- sich stärker isoliert fühlen,
- sich selbst wenig zutrauen beziehungsweise sich als wenig kompetent einschätzen,
- stärker zu depressivem Verhalten/Erleben neigen,
- mehr und/oder intensivere Partnerkonflikte haben und
- sich stärker Stress ausgesetzt erleben.

Bei Analysen stellte Stachowske¹⁴ fest, dass dort, wo Kinder zu Tode gekommen sind, die Eltern zusätzlich zur Suchtstörung in der Regel komorbide und dissoziale Störungsbilder aufwiesen. Die untersuchten Fälle zeigen, dass die Eltern wegen dieser Störungen nicht oder nicht in angemessener Behandlung waren. Gleichzeitig waren die betroffenen Familien meist jedoch in einem der sozialen Hilfesysteme bekannt.

In Familien, in denen ein Elternteil eine sogenannte Doppel-diagnose (Psychose und Suchterkrankung) hat, können sich die beschriebenen Risiken potenzieren.

Bei einem Teil der suchtbelasteten Familien, die in äußerst prekären wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen leben, sind darüber hinaus basale Grundbedürfnisse wie angemess-

¹³ Lenz, A: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe, a.a.O., S. 8.

¹⁴ Stachowske, R (2009): Kinderschutz – Kooperation – Perspektiven Berlin. Tagungsdokumentation.

sener Wohnraum mit ausreichend hygienischen Verhältnissen sowie die Absicherung des Lebensunterhalts nicht immer sichergestellt. Dadurch sind die regelmäßige, ausreichende und altersgemäße Versorgung der Kinder (Ernährung, Körperhygiene und so weiter) nicht gewährleistet.

2.3 Unterstützungsbedarf von Familien mit psychischen Erkrankungen bei den Eltern

Welcher Unterstützungsbedarf lässt sich aus der skizzierten Situation von Familien mit einem psychisch erkrankten beziehungsweise suchterkrankten Elternteil ableiten? Kinder brauchen altersgerechte Informationen über die Erkrankung, um deren Tabuisierung aufbrechen zu können und um Schuldgefühlen vorzubeugen. Sie müssen die Möglichkeit haben, über ihre eigenen, auch widersprüchlichen und negativen Gefühle und Erfahrungen mit der schwierigen Familiensituation reden zu können. Es ist wichtig, sie aus der Übernahme elterlicher Verantwortung zu entlassen, damit sie wieder Kind sein können. Besonders bedeutsam sind Kontakte zu Gleichaltrigen.

Die erkrankten Eltern benötigen zum Teil Hilfestellung, um für die Situation ihrer Kinder (wieder) sensibilisiert zu werden und um ihre Elternrolle zu reflektieren. Sie brauchen ebenfalls Informationen über ihre Erkrankung und darüber, wie sie mit ihr umgehen können. Auch hier ist die Entlastung von Scham- und Schuldgefühlen von großer Bedeutung. Aber auch die Stärkung der Paarbeziehung und die Unterstützung zur Einhaltung der familiären Generationengrenzen sind nicht zu vernachlässigen.

In Bezug auf notwendige Veränderungen in den Angebotsstrukturen der Psychiatrie, der Suchthilfe, der Kinder- und

Jugendhilfe sowie der kommunalen Daseinsvorsorge heißt dies:

- Entwickeln von präventiven Angeboten für Kinder und Jugendliche, wie etwa in Gruppen mit Gleichaltrigen in ähnlichen Situationen.
- Bereitstellen von altersgerechten Informations-, Beratungs- und Therapieangeboten für Kinder und Jugendliche sowie für deren Eltern beziehungsweise andere Angehörige.
- Schaffen von niedrigschwelligen, entlastenden und unterstützenden präventiven Angeboten für betroffene Familien und Hilfen zur Betreuung und Versorgung des Kindes in akuten Krisensituationen.
- Verankerung von Hilfen für Kinder psychisch erkrankter und suchtkrankter Eltern als Regelaufgaben im SGB VIII.
- Ermöglichen eines Informationsaustauschs zwischen allen beteiligten Systemen und Ausbau verbesserter Kooperationsstrukturen.
- Entwickeln von interdisziplinären, gegenseitigen Aus- und Fortbildungen der Fachkräfte.
- Familiensituation; Implementierung eines Fragebogens zur Erfassung der Familiensituation sowie eines Verfahrens zur Einschätzung des Hilfe- und Betreuungsbedarfs der Kinder in den Diensten und Einrichtungen, die die Eltern beraten, behandeln und begleiten.
- Implementierung eines Fragebogens zur Erfassung der Familiensituation; Implementierung eines Verfahrens zur Einschätzung des Hilfe- und Betreuungsbedarfs der Kinder in den Diensten und Einrichtungen, die die Eltern beraten, behandeln und begleiten.

3. Entwicklung und Einführung eines Fragebogens über die Situation/Versorgung der Kinder

Kinder psychisch kranker Eltern – insbesondere sehr junge Kinder – werden in der Fachöffentlichkeit und der psychiatrischen Praxis bisher nicht ausreichend wahrgenommen. Die professionellen Helfer sind fokussiert auf die von ihnen betreuten und behandelten Menschen, so dass die Frage, ob diese auch Eltern, Mütter oder Väter sind, häufig nicht gestellt wird. Das ist wahrscheinlich ein Grund, warum in diesem Zusammenhang oft von den „vergessenen Kindern“ gesprochen wird.

Psychisch kranke Menschen können sich zeitweise in ihrem Wesen verändern, ihrer Umwelt fremd und unverständlich werden, teilweise durch eine ernsthafte Krise „nicht erreichbar“ oder durch einen Klinikaufenthalt tatsächlich nicht erreichbar sein. Diese Umstände beschreiben sowohl psychisch erkrankte Menschen in der Retrospektive ihrer Krise als auch deren Angehörige in Selbsthilfegruppen. Doch wer erklärt dieses Verhalten minderjährigen Kindern, die im häuslichen Alltag auf die Sorge und die Versorgung durch ihre Eltern angewiesen sind? Und welche Erklärungen findet das Kind für sich, wenn Mutter oder Vater zu manchen Zeiten so verändert sind, unter Umständen auch beängstigend wirken oder gar gewalttätig werden? Neben dem Mangel an Information und kindgerechter Aufklärung fallen den Kindern – so wie den erwachsenen Angehörigen – zudem verstärkt häusliche Alltagsaufgaben als auch pflegende Tätigkeiten zu.

Die Kinder versorgen, begleiten, ermutigen ihre erkrankten Eltern(teile) und managen auftretende Krisen. Diese Unterstützung ist nicht an ein Alter gebunden. „Aus britischen Studien ist bekannt, dass Kinder, die ihre chronisch erkrankten Eltern pflegen, im Haushalt Aufgaben übernehmen wie Kochen, Putzen und Waschen. Sie unterstützen den erkrankten Elternteil in der persönlichen, auch intimen Pflege ebenso wie bei der Medikamenteneinnahme. Sie leisten emotionale

Unterstützung und in einigen Fällen übernehmen sie das finanzielle Management der Familie, sprechen mit den professionellen Helfern oder leisten Übersetzungsarbeiten in dem Fall, dass die Muttersprache des Elternteils nicht englisch ist. Diese Aufgaben übernehmen die Kinder schon ab dem dritten Lebensjahr.“¹⁵

Die Kinder psychisch erkrankter Eltern verstehen sich selbst aber nicht als pflegende Angehörige, sie wachsen in diese Rolle hinein oder mit ihr auf. Ebenso wenig sind sie in der Lage, exakt ihre spezielle Form der Unterstützung oder Verantwortlichkeit für den erkrankten Elternteil zu benennen. In den meisten Fällen handeln die Kinder, wie es ihnen die individuellen Unterstützungen geboten erscheinen lassen. Sie leisten emotionale Unterstützung wie „einfach da sein“, sie beruhigen den Elternteil, wenn er oder sie aufgeregt ist oder versuchen, die Stimmung aufzuhellen.¹⁶

Wenn man die Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Menschen mit erheben will, dann muss man dies auf der Grundlage dieser Erkenntnisse tun und sie berücksichtigen.

3.1 Einführung einer standardisierten Checkliste zur Einschätzung der Situation beteiligter Kinder

Eine gute Begleitung von psychisch kranken und/oder suchtkranken Müttern oder Vätern wird dauerhaft nur gelingen, wenn deren Kinder von Anfang an mit ihrem spezifischen Unterstützungs- und Informationsbedarf wahrgenommen und einbezogen werden. Dabei sind die Bedarfserhebung und Einschätzung der familiären Situation durchaus mit Schwierigkeiten verbunden. Denn die Befragungen, bei denen es auch darum geht, dass die Mitarbeitenden die Gefahr für das

¹⁵ Herder, K.: Kinder psychisch erkrankter Eltern. Psych. Pflege heute 2010,5. 270.

¹⁶ Literaturhinweise für Kinder siehe <http://www.medizin-fuer-kids.de/forum/showtopic.php?threadid=61>

Kindeswohl und die damit verknüpfte Frage nach der Erziehungsfähigkeit¹⁷ beurteilen sollen, lösen oft Ängste und Sorgen bei den betroffenen Eltern aus, ihre Kinder durch Sorgerechtsentzug zu verlieren. Und in der Tat wird ein hoher Anteil der Unterbringungen von Kindern in Pflegefamilien und Heimen mit der psychischen Erkrankung und/oder Suchterkrankung eines Elternteils begründet. Diese Furcht findet ihre vermeintliche Berechtigung in dem vom Betroffenen entwickelten Selbstbild. Viele suchtblastete Mütter schätzen ihre eigenen erzieherischen Kompetenzen eher negativ ein. Dieses mangelnde Selbstvertrauen schlägt sich teilweise in Unsicherheiten und Inkonsistenzen im konkreten Erziehungsverhalten nieder. Darüber hinaus sind suchtblastete Mütter vielfach stark sozial isoliert.

Trotz aller Belastungen darf nicht außer Acht gelassen werden, dass rund zwei Drittel der Kinder von Eltern mit schweren psychiatrischen Erkrankungen in ihrem späteren Leben gesund bleiben. Für die Beratungsstellen und Einrichtungen gilt es also, Settings zu schaffen, in denen die Familien – Eltern und Kinder – niederschwellige, präventive Maßnahmen zur Unterstützung in Anspruch nehmen können, um krisenhafte Zuspitzungen zu vermeiden.

Das Unterstützungsangebot der Dienste und Einrichtungen muss deswegen um den integralen Bestandteil der „Elternarbeit“ erweitert werden, der den genannten Erfordernissen Rechnung trägt.

Mitarbeitenden aus der Suchthilfe und Sozialpsychiatrie kommt die zunächst ungewohnte Aufgabe zu, Familiensysteme gezielter wahrzunehmen, diesbezügliche Risiken und Unterstützungsbedarfe zu erkennen und die notwendigen präventiven Maßnahmen in Gang zu bringen und gegebenenfalls zu koordinieren. Um Fragen wie die beispielhaft folgenden beantworten zu können, braucht es ein Verfahren der Risikoeinschätzung: „Wann sind Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern erforderlich?“, „welche Sachverhalte sollten dazu führen, dass sich der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin mit dem zuständigen Jugendamt in Verbindung setzt oder die

17 Zu den belastenden Umwelteffekten bei der Ausprägung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen zählen Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit bei psychisch kranken Eltern. Erziehungsfähigkeit umfasst verschiedene Bereiche der elterlichen Fürsorge, Betreuung und der Eltern-Kind-Beziehung. Im Einzelnen werden unter Erziehungsfähigkeit die Fähigkeit der Eltern, Bedürfnisse des Kindes nach körperlicher Versorgung und Schutz zu erfüllen, die Fähigkeit, dem Kind als stabile und positive Vertrauensperson zu dienen, die Fähigkeit, dem Kind ein Mindestmaß an Regeln und Werten zu vermitteln verstanden. Auch die Fähigkeit, einem Kind grundlegende Lernchancen zu eröffnen, zählt dazu. S. Lenz, A.; Kuhn, J. (2011): Was stärkt Kinder psychisch erkrankter Eltern und fördert ihre Entwicklung?

Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter beim Sozialpsychiatrischen Dienst eine Fallbesprechung mit Jugendamt und Psychiatrie initiiert?“, „wie können die Beteiligten erkennen, dass sie ihren Informationsbedarf nur in einem klärenden Gespräch mit anderen Beteiligten decken können?“ Und schließlich „welche Kriterien sind hilfreich, um zwischen den Beteiligten, also den professionellen Helfern und den betroffenen Eltern und womöglich den Kindern zu einer gemeinsamen Problemsicht zu gelangen, damit helfende Maßnahmen entwickelt, abgestimmt und umgesetzt werden können?“

Im Rahmen eines Modellprojekts des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e. V. Bonn zur Situation der Kinder psychisch kranker Eltern wurde eine solche Checkliste entwickelt. Diese Checkliste stellt kein wissenschaftliches Verfahren dar, sondern wurde aus der Praxis für die Praxis entwickelt.

Der Fragebogen ist im Internet im DIN-A4-Format herunterzuladen unter: <http://www.kipsy.net/fileadmin/internet/media/pdf/Checkliste-Risikoeinschaetzung.pdf>

Diese Checkliste kann als Ausgangspunkt für die Arbeit in den Diensten und Einrichtungen der Sozialpsychiatrie und Suchthilfe dienen.

In einem Forschungsprojekt für und in Nordrhein-Westfalen hat Lenz¹⁸ auf der Grundlage der Ergebnisse aus der Resilienz- und Bewältigungsforschung ein familienzentriertes Präventions- und Interventionsprogramm in mehreren Modulen entwickelt. Es zielt darauf, protektive (stärkende) Faktoren bei den Kindern und ihren Familien zu fördern. Als Bestandteil dieses Interventionsprogramms „Ressourcen fördern“ werden Manuale, Checklisten und Beobachtungsbögen zur Verfügung gestellt.

Zudem beinhalten diese Materialien auch Gesprächsleitfäden, Kooperationsvereinbarungen, Techniken und Verfahren zur Verbesserung der Problemlösefähigkeit, zur Förderung sozialer Ressourcen, zur Klärung von Krisenhilfen im Eventualfall. Auch Hinweise für eine altersspezifische Information

18 Lenz, A.: Ressourcen fördern – Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen 2010.

und zur Gesprächsführung finden sich, wie eine Auflistung zusätzlicher Materialien zur Psychoedukation und Hinweise und Hilfsmaterialien für Kooperationen auf interinstitutioneller Ebene.

Explizit für die Suchthilfe wurden beispielsweise in der Berliner Rahmenvereinbarung zum Schutz von Kindern suchtkranker Eltern einheitliche Indikatoren und Risikofaktoren zum Erkennen und Einschätzen von kindlichen Gefährdungssituationen entwickelt. Diese sind im Internet herunterzuladen unter: www.kinderschutznetzwerk-berlin.de

Bei der Verwendung von Checklisten als fachlichem Hilfsmittel kommt es vor allem auf die Integration von möglichst vielfältigen Aspekten der familiären Gesamtsituation an und weniger auf die ausschließliche Betrachtung der Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung eines Elternteils und dem Wohlergehen ihrer Kinder. Die verwendeten Instrumente sollten regional mit den Kooperationspartnern abgestimmt werden, um auf einem gemeinsam entwickelten Verständnis zur Risiko- und Bedarfseinschätzung in einem komplexen Familienzusammenhang schnell und unkompliziert vernetzt handeln zu können.

3.2 Exkurs: Die Situation von schwangeren Frauen

In der frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen liegt eine große Chance für ein intaktes Familienleben. Frühzeitige Hilfen können die Lebensqualität von Familien mit belasteten Eltern sowie die Startbedingungen der Kinder ins Leben verbessern. Die Begleitung von schwangeren Frauen mit einer psychischen und/oder Suchterkrankung spielt dabei eine wichtige Rolle. Insofern bietet es sich an, bei der Einführung einer Checkliste ein Zusatzmodul für die Situation von schwangeren Frauen zu bedenken. Die Erhebung von Daten zu folgenden Bereichen erleichtert die zielgerichtete Begleitung der Klientin:

- Soziales Netzwerk
 - Wie bringt sich der Vater ein?
 - Wie sieht das familiäre und soziale Netzwerk aus? Wer ist verlässlich?
- Existentielle Sicherung
 - Wohnung
 - Einkommen aktuell und mit Kind
 - Krankenversicherung

- Gesundheitliche Versorgung
 - Krankenversicherung
 - Vorsorgeuntersuchungen
 - Geburtsvorbereitungskurse und Ähnliches

- Migrationshintergrund

- Alter der Eltern

Der Einsatz von Familienhebammen

Die Hebammen sind in dieser ersten Phase der Elternschaft ein wichtiger Schlüssel zur Gesunderhaltung von Eltern und Kind, da sie über einen unkomplizierten Zugang verfügen. Der Berufsverband der Hebammen, für den die Gesundheitsvorsorge im Zentrum steht und weniger die Untersuchungspflicht, hat auf die Situation von vielfach belasteten jungen Familien und Müttern mit dem Angebot der Zusatzausbildung zur Familienhebamme reagiert. Diese werden eingesetzt, um Schwangere und junge Mütter in schwierigen Lebenssituationen bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes zu betreuen. Ziel dieser Betreuung ist es, den Aufbau einer tragfähigen Familienstruktur zu unterstützen und das Kindeswohl präventiv zu fördern. Der Ansatz der Familienhebammen unterscheidet sich insbesondere aufgrund seines aufsuchenden Charakters und seiner Niedrigschwelligkeit von anderen Formen früher Hilfen. Dieses Angebot richtet sich an Frauen und Familien in unterschiedlichen psychosozial belasteten Lebenslagen und nicht ausschließlich an Frauen mit einer psychischen Erkrankung.

Kriterien für die Betreuung durch die Familienhebamme

- Minderjährigen-Schwangerschaft
- Verdacht auf Kindswohlgefährdung
- Psychische Erkrankungen
- Mangelnde Sprach- und Sozialsystemkenntnisse aufgrund von Migrationshintergrund
- Familiäre und/oder altersbedingte Überforderung
- Soziale Isolation
- Geringer sozio-ökonomischer Status und/oder Bildungsstand
- Vernachlässigung des Kindes

- Häusliche Gewalt
- Suchterkrankung
- Chronische Erkrankungen beziehungsweise medizinische Auffälligkeiten
- Körperliche oder geistige Behinderung
- Aufenthalt in Mutter/Kind Einrichtung
- Langer stationärer Aufenthalt von Mutter und/oder Kind
- Analphabetentum

Die Begleitung psychisch kranker Frauen durch Familienhebammen stellt eine Betreuungsform im ambulanten Setting dar. Obwohl in Fort- und Weiterbildungen zur Familienhebamme bislang keine systematischen und evaluierten Konzepte zum Umgang mit psychisch erkrankten Müttern empfohlen werden können, lässt die erste Datenanalyse deutlich positive Auswirkungen der Familienhebammenhilfe auf die Lebenssituation und Zufriedenheit auch psychisch kranker Frauen erkennen. So zeigt sich beispielsweise, dass sich die aufsuchende Betreuung durch die Familienhebamme positiv von Kontakten zu anderen professionellen Helfern in dieser Lebensphase abhebt. Im persönlichen Lebensumfeld bietet die Familienhebamme Unterstützung bei der Alltagsbewältigung an. Diese bezieht sich sowohl auf praktische Fragen zur Versorgung und Pflege des Säuglings als auch auf die Gestaltung sozialer Beziehungen. Familienhebammen nehmen dabei vergleichbare Rollen wie psychiatrisch Pflegenden ein und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Ressourcen- und Gesundheitsförderung von Mutter und Kind.¹⁹

Schwerpunkte der Arbeit einer Familienhebamme

- Unterstützung, Beratung und Betreuung von Eltern mit eingeschränkter Fähigkeit in der Alltagsbewältigung
- Motivation von Mutter und Kind in schwierigen Lebensumständen durch Hilfe zur Selbsthilfe
- Förderung und Beobachtung der Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung

- Netzwerk- und Kooperationsarbeit zur Schließung von Versorgungslücken
- Konfliktberatung in allen Lebenslagen rund um die Geburt eines Kindes
- Alltägliche Hebammentätigkeiten (Vorsorge, Wochenbettbetreuung, Nachsorge, Stillberatung und anderes mehr)
- Dokumentation

Auf folgender Web-Site finden sich Kontaktadressen für Familienhebammen: www.familienhebamme.de

3.3 Abklärung, Einleitung und Koordination des familiären Unterstützungsbedarfs

Aus den vorangegangenen Ausführungen ergibt sich die Notwendigkeit für die Praxis der Einrichtungen und Dienste, die Prozessabläufe im Umgang mit Eltern mit psychischer Erkrankung und/oder Suchterkrankung zu definieren, um auch den Bedürfnissen der Kinder Rechnung zu tragen. Durch einen festgelegten Verfahrensablauf gewinnen die Mitarbeitenden eines Dienstes nicht nur Sicherheit im Umgang, sondern das Regelwerk dient auch der transparenten Darstellung des Beratungsprozesses gegenüber Kooperationspartnern. Auf diese Weise können verbindliche Kooperationsstrukturen mit wichtigen Partnern und gemeinsame Arbeitsstandards entstehen.

Der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland hat in seinem Leitfaden zur Suchtberatung bei suchtkranken Eltern vier Prozessschritte als Grundstruktur für einen einrichtungs-internen Verfahrensablauf beschrieben:

1. Schritt: Kontakt zu Einrichtung/Beginn der Beratung oder Betreuung

Situation der Kinder wird strukturiert erfasst (über Anamnese, Checklisten oder ähnliches). Hierbei ist es unerheblich, ob die Kinder selbst in Augenschein genommen werden können oder die Daten erfragt werden.

¹⁹ Makowsky, K., Schucking, B.: Geburtshilfliche Versorgung und Begleitung psychisch kranker Frauen. In THIEME eJournals Psych Pflege 2010.

2. Schritt: Beurteilung der Situation

In der Einrichtung werden verbindlich Diagnoseinstrumente (Fragebögen, Bewertungsmanuale) zur Bewertung der Situation der Kinder angewandt.

3. Schritt: Vorstellung der Familiensituation im Arbeitsteam und Definition des Handlungsbedarfs

In der Praxis hat sich immer wieder gezeigt, dass es nicht sinnvoll ist, Fachkräfte alleine auf sich gestellt eine Situation bewerten zu lassen. Fachlich angemessen ist der interdisziplinäre Blick des gesamten Arbeitsteams auf das familiäre System.

4. Schritt: Festlegen definierter Handlungsabläufe innerhalb der Einrichtung und mit Kooperationspartnern

Beratungsverläufe in der Sozialpsychiatrie und Suchtberatung sind sehr individuelle Prozesse. Deshalb ist es wichtig, eindeutige Situationen oder Ereignisse – sogenannte Schwellen – zu definieren, die im Beratungsprozess die verbindliche Kontaktaufnahme zum Beispiel zur Erziehungsberatungsstelle, zum Jugendamt und zu anderen Kooperationspartnern zur Folge haben.

Selbstverständlich müssen bei der Ausgestaltung dieser zielorientierten Beratungsleistung die Ressourcen und Möglichkeiten der Einrichtung Berücksichtigung finden.

3.4 Qualitätsentwicklungsprozesse

Wenn die Dienste und Einrichtungen der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe die Elternschaft ihrer Klientinnen und Klienten systematisch in den Blick nehmen, hat dies Auswirkungen auf interne Arbeitsprozesse und deren Abläufe.

Die Beratungsleistung für Eltern mit einer psychischen Erkrankung oder Suchterkrankung steht noch am Anfang. Umso wichtiger ist es deswegen, sich um die Qualität dieser Beratungsleistung zu bemühen, sie zu überprüfen und an die Bedürfnisse anzupassen. Um dies zu gewährleisten, ist es hilfreich

- das Arbeitsteam entsprechend zum Thema fortzubilden
- einen oder mehrere Mitarbeitende gezielt zu diesem Thema weiterzubilden
- Schlüsselpersonen zu benennen und
- Kontaktpersonen benennen zu können, die betroffene Kinder altersgerecht über die Erkrankung informieren können.

4. Einrichten weiterer regionaler Angebote

In Abhängigkeit von der regionalen Versorgungssituation können von einer oder unterschiedlichen Einrichtungen/Diensten der Sozialpsychiatrie, der Suchthilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in Kooperation Angebote konzipiert werden, wie sie in den folgenden Unterkapiteln beschrieben sind.

4.1 Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe/Schulprojekte

Aufklärungsarbeit über psychische Erkrankungen ist dann besonders effektiv, wenn sie gemeinsam mit der Selbsthilfe gestaltet wird. Schulprojekte zum Beispiel im Rahmen des Ethik- beziehungsweise Religionsunterrichts ab den 9. Klassen, gemeinsam durchgeführt von Mitarbeitenden aus der psychosozialen Versorgung und Psychiatrie-Erfahrenen, tragen durch das Erlebarmachen von psychischen Erkrankungen und deren Verständnis dazu bei,

- Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen
- für psychische Gesundheitsprobleme zu sensibilisieren
- Ängste und Vorurteile zu reduzieren
- Stigma, Ausgrenzung und Diskriminierung abzubauen
- Psychische Erkrankungen zu enttabuisieren
- und dadurch die Bereitschaft, bei Bedarf Hilfe anzunehmen, zu verbessern.

Initiieren eines Unterrichtsangebots

Weil Krankheit in unserer Gesellschaft oft als Schwäche und Versagen angesehen und Gesundheit auf die Abwesenheit von Krankheit reduziert wird, ist diese Betrachtungsweise gerade in ihrer Wirkung auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung fatal: Stigmatisierung einerseits und Selbstabwertungen andererseits sind die Folgen. Und gleichermaßen

sind sie auch Ursache für die oft verhaltende Annahme von Hilfen. Um einen offenen und unbelasteten Zugang zu diesem Themenkreis zu bekommen, ist es Teil der Präventionsarbeit sowie Aufgabe der Schulen, über Einstellungen zu Gesundheit, Krankheit und seelischen Erkrankungen ins Gespräch zu kommen. Die Dienste und Einrichtungen der Diakonie können dabei helfen, indem sie Unterrichtsangebote und Fortbildungen zum Thema psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen und Trauma-Erfahrungen initiieren, vielleicht koordinieren oder auch anbieten.

Beispiel

Unter dem Motto „Verrückt? – Na und!“ hat der Verein „Irrsinnig menschlich e.V.“ in Leipzig und Hamburg Schulprojekte (<http://www.irrsinnig-menschlich.de/html/schule.html>) entwickelt, bei denen Jugendliche Menschen kennenlernen, die psychisch erkrankt waren und bereit sind, mit Schülern darüber zu sprechen. Durch persönliche Begegnung und Information lassen sich Ängste und Vorurteile am besten abbauen. Das Schulprojektteam besteht aus Moderatoren (unter anderem Mitarbeitenden der psychiatrischen Versorgung) und Experten in eigener Sache (Psychiatrie-Erfahrene), die partnerschaftlich und auf gleicher Augenhöhe zusammen wirken und sich an den Bedürfnissen der Schülerinnen und Schüler orientieren. Diese Projekte sind unter der oben angegebenen Internetadresse beschrieben. Alle dazugehörigen Materialien sind hier hinterlegt.

Ansprechpartner für Lehrerinnen und Lehrer

Die Dienste und Einrichtungen können auch Ansprechpartner für Lehrerinnen und Lehrer sein, wenn diese Fragen zu psychischen Erkrankungen und deren Hintergründen haben. Im Rahmen von Fortbildungen (siehe auch 5. Kap.) besteht die Möglichkeit, die Kenntnisse über seelische Gesundheit bei Lehrerinnen und Lehrern über Lehrerqualifikationsangebote zu vertiefen.

Was die Inhalte dieser Angebote betrifft, so ist für diese Zielgruppe das Thema „Auswirkungen von psychischen

Erkrankungen von Eltern auf deren Kinder“ von besonderer Bedeutung. Kommen bei diesen Kindern beispielsweise noch mögliche negative Erfahrungen wie Lern- und Leistungsprobleme oder auch soziale Probleme mit Lehrern und Mitschülerinnen und Mitschülern hinzu, kann dieser Umstand zu massiven, lang anhaltenden psychischen Belastungen führen und den Schulalltag beschweren. Diese multifaktoriellen Konstellationen gilt es zu berücksichtigen.

Unterstützung und Beratung von Schulpsychologinnen und -psychologen

Über die genannten Qualifizierungsinhalte von 4.1.1 und 4.1.2 hinaus ist es vornehmlich für die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen von Interesse, das Versorgungsnetz und Behandlungsangebot vor Ort gut zu kennen, damit sie den Schülerinnen und Schülern eine angemessene Hilfe vermitteln können. Die Dienste und Einrichtungen können ihr Know-how zur regionalen Versorgungssituation im Rahmen von Schulungen und Informationstagen für Schulpsychologen zur Verfügung stellen:

- Welche Möglichkeiten einer angemessenen Kooperation und Vernetzung mit außerschulischen Fachdiensten, zum Beispiel Erziehungsberatungsstelle, Sozialpsychiatrischer Dienst, Suchtberatungsstelle, Migrationsdienst und anderen gibt es? Wie sieht die Unterstützung im konkreten Fall aus?
- Information und Aufklärung über Prävalenz, Verlauf und Auswirkungen psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, insbesondere bei Depression und Ängsten.

Mit diesem Basiswissen ist eine gute Grundlage für die Beratung betroffener Schülerinnen und Schüler sowie von Schulen und Lehrkräften vor Ort durch die Schulpsychologinnen und -psychologen geschaffen.

4.2 Begleitende Hilfen in Form von Paargesprächen sowie Eltern-Kind-Gruppen

Eltern-, Kind- und Familiengespräche

Im Vordergrund der Familiengespräche stehen die Information und Aufklärung der Eltern über die psychische Erkrankung sowie die altersangemessene Information der Kinder. Die Familiengespräche verfolgen das Ziel, die Eltern und Kinder bei der Bewältigung des Tabuthemas „psychische Erkran-

kung“ zu unterstützen und zu beraten. Damit sollen – unter anderem - mögliche Schuldgefühle bei den Kindern reduziert werden, denn oftmals bringen gerade jüngere Kinder ihr Verhalten in Zusammenhang mit dem Auftreten der elterlichen Erkrankung. Angestrebt werden ein gemeinsam geteiltes familiäres Verständnis der Erkrankung sowie die Verbesserung der Kommunikation und der damit verbundenen familiären Probleme. Zugleich sollen die erkrankten Eltern dabei unterstützt werden, ihren Kindern die Art ihrer Erkrankung kindgerecht zu vermitteln und ein beständiges Gesprächsangebot zu signalisieren. Sie selber sollen für die Bedürfnisse und Gefühle ihrer Kinder sensibilisiert werden. Des Weiteren stehen die Stärkung der Bewältigungsmöglichkeiten in der Familie sowie die Verbesserung der sozialen Netzwerkfähigkeit des erkrankten Elternteils beziehungsweise der Familie im Mittelpunkt der Gespräche.

In den Familiengesprächen können kindliche Ängste thematisiert, die Gesprächsoffenheit in Bezug auf die eigene Erkrankung gefördert und die Eltern über Schutz- und Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung aufgeklärt werden. Familiär bedeutsame konfliktaktualisierende Ereignisse wie Klinikaufenthalte, Arbeitsplatzverlust, Wohnungswechsel und Ähnliches können hier bearbeitet werden.

Elterntraining

In manchen Zusammenhängen ist es angezeigt, ein „Elterntraining“ anzubieten. Zum Beispiel werden von einem Vater mit einer psychischen Erkrankung in der Beratung immer wieder Erziehungsprobleme und -fragen angesprochen. Beim Elterntraining erhält er die Gelegenheit, sein Erziehungsverhalten zu reflektieren und einen anderen Umgang mit den Kindern zu erproben.

Beispiel

Viele Unterstützungsmöglichkeiten für psychisch kranke Eltern und deren Kinder zeigt das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „KANU – gemeinsam weiterkommen“, unter folgender Web-Site abzurufen <http://www.uni-due.de/biwi/bauer/ag-sofo-kanu.shtml>, auf. Unter anderem hat KANU das KANU-Elterntraining-Programm erstellt, das auf dem amerikanischen STEP-Elterntraining aufbaut und durch Methoden der systemischen Familientherapie ergänzt wird. Das Training wird bereits in der Klinik angewendet und umfasst zehn Termine, bei denen den Eltern vermittelt wird, wie der eigene Erziehungsstil ihre Kinder beeinflusst und wie sie ihre Kinder positiv unterstützen können. Die Eltern sollen lernen, wesentliches unangemessenes Verhalten ihrer Kinder zu erkennen und nicht zu verstärken. Die Bedeutung von Ermutigung für

die Entwicklung von Selbstvertrauen der Kinder steht ebenso auf der Agenda wie die Bedeutung eines wertschätzenden und unterstützenden Umgangs mit ihnen.

Angebote für Familien in Gruppen

Beispiel

Die Familienberatungsstelle AURYN in Leipzig ist ein Hilfsangebot für Kinder und Familien mit seelisch belasteten und psychisch kranken Eltern, die aus dem Verein „Wege e. V.“ von Angehörigen psychisch Kranker im Jahr 2006 entstand. Sie ist als Träger der freien Jugendhilfe anerkannt und wird durch das Jugendamt Leipzig finanziert. Anliegen ist, Verbindungselement zwischen Familie, Psychiatrie und Jugendhilfe zu sein. Die langjährigen Erfahrungen zeigen, dass Gruppenangebote für Familien zur Psychoedukation nicht zielführend sind. Vielmehr ist es wichtig, mit einzelnen Familien zu arbeiten, weil die „Bilder“ der Kinder von ihren Eltern und auch das Selbstbild der Eltern sehr individuell und verschieden von anderen Familien sind.

Die Angebote für die gesamten Familien umfassen

- „Bilderwelten“: eine beliebte Gruppe für die ganze Familie, in der am Nachmittag freies Malen mit einem Psychologen angeboten wird;
- FLOTT – Sport und Bewegung unter dem Motto „flitzen – lachen – tanzen“;
- Familientage;
- Gemeinsame Feste.

Weitere Informationen finden sich unter:
www.wege-ev.de/html/auryn.html

4.3 Einzel- und Gruppenangebote für betroffene Kinder

Ergänzend zur Beratung und Unterstützung von psychisch kranken Eltern sind begleitende Angebote für Kinder – einzeln oder in Gruppen – zu sehen. Diese können vornehmlich von Diensten aus der Kinder- und Jugendhilfe vorgehalten werden.

Die Gruppenangebote erstrecken sich über die Gestaltung von Freizeit bis hin zu einem Skills-Training für Kinder. Neben der Vermittlung an Erziehungsberatungsstellen bei einer kon-

tinuierlichen Einzelbegleitung des Kindes ist es auch möglich, Kinderpatenschaften zu fördern und zu begleiten.

Beratung für Kinder

In der Beratung von Kindern ist es sehr wichtig, ein Umfeld zu schaffen, in dem sie vertrauensvoll über die Situation zu Hause und ihre Sorgen sprechen können. Dabei sollen sie erfahren, was mit der Mutter oder dem Vater los ist und lernen, was sie tun können und wo sie Hilfe bekommen, wenn es der Mutter oder dem Vater einmal nicht gut geht.

Thematisiert werden ebenfalls die Problemlösungsversuche der Kinder und wo beziehungsweise wie sie Unterstützung bei ihren Problemen erhalten.

Die Dienste und Einrichtungen sollten einen Weg finden, wie sie prompt und kurzfristig Beratung für Kinder und Jugendliche anbieten können. Mit Blick auf die weite Verbreitung elektronischer Medien ist es sicherlich von Interesse, über eine online-Beratung nachzudenken.

Skills-Training für Kinder

Ein Skills-Training für Kinder psychisch kranker Eltern soll deren Lebenskompetenzen fördern. Im Zentrum des Trainings stehen die Artikulation und der Umgang mit Gefühlen, Belastungen und Krisensituationen. Durch die psychische Erkrankung eines Elternteils erleben Kinder häufig eine Rollen-umkehr – Parentifizierung genannt –, die dazu führt, dass bereits in früher Kindheit Verantwortung für den familiären Haushalt, jüngere Geschwister oder den erkrankten Elternteil übernommen wird. Kreative und spielerische Angebote können dazu beitragen, dem Kind Gelegenheit zu geben, wieder Kind sein zu dürfen. Durch den Kontakt mit anderen betroffenen Kindern in Gruppen lernen sie, dass sie kein „Einschicksal“ sind und keine „Schuld“ an der Situation tragen. Dies führt zu einer ersten Entlastung und trägt im Weiteren zur Entwicklung eines Wir-Gefühls und zur Stärkung des Ichs bei. Die Wahrnehmung der eigenen Gefühle in Abgrenzung zu den Gefühlen anderer wird geübt und damit sensibilisiert. Durch diese Förderung der Selbstreflexion und des Selbstwertgefühls im Skills-Training wird auch eine Abgrenzung nicht zum Elternteil sondern zur elterlichen Erkrankung möglich.

Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche

Die Stärkung und Schaffung von Gruppenangeboten, in denen präventive und resilienzfördernde Aktivitäten im Vor-

dergrund stehen, ist für Kinder und Jugendliche unersetzlich. In Gruppen mit Gleichaltrigen, die sich in einer ähnlicher Situation befinden, können Mädchen und Jungen ihre Erfahrungen austauschen und soziale Kontakte knüpfen, aber auch gemeinsam ihren Freizeitaktivitäten nachgehen und diese genießen.

4.4 Familienentlastende Angebote

Patenmodell

Mit einer psychischen Erkrankung verändert sich das Erleben und Verhalten des betroffenen Elternteils und beeinträchtigt oft die Lebensqualität aller Familienmitglieder. Gerade für Kinder von Müttern oder Vätern mit einer psychischen Erkrankung können die Lebensumstände belastend und beängstigend sein. Familien mit einem psychisch kranken Elternteil kommen im Alltag deutlich besser zurecht, wenn sie eine Familie haben, die ihnen zur Seite steht. Dem von allen in der Familie immer wieder empfundenen Stress und der wiederkehrenden, situationsbedingten Überforderung jedes Familienmitglieds kann durch den Kontakt mit einer Patenfamilie in vielfältiger Weise begegnet werden: durch – auch generationenübergreifende – verlässliche Beziehungen, durch das Ansprechen von Sorgen und Nöten, durch gemeinsame Aktivitäten mit den Kindern. In Krisenfällen können die Kinder auch mal bei der Patenfamilie übernachten und generell am Familienalltag teilhaben.

Die Idee, Kindern mit psychisch erkrankten Eltern Paten an die Seite zu stellen, hatte im Jahr 2000 der Hamburger Pflegekinderverein Pfiff e. V. Seitdem haben verschiedene Träger in Deutschland diese Idee aufgegriffen und eigene Konzepte entwickelt. Dahinter steht der Gedanke, dass eine Einzelperson, ein Paar oder eine Familie die Patenschaft eines Kindes mit einem psychisch kranken Elternteil übernehmen kann. Die Paten sollten möglichst bereits Erfahrungen im Umgang mit Kindern haben. Ziel ist es, dass sich die Paten regelmäßig Zeit für ihr Patenkind nehmen – zum Beispiel einmal die Woche –, um eine tragende Beziehung mit ihm aufzubauen und ihm so ein verlässlicher Partner zu sein. Beim Patenmodell ist es wichtig, dass die Patin beziehungsweise der Pate mit dem Kind gemeinsam Freizeit verbringt, dem Kind zum Beispiel bei Problemen in der Schule zur Seite steht, bei einer psychischen Krise des Elternteils diesem und dem Kind Entlastung anbietet und das Kind – wenn nötig – auch mal über Nacht bei sich aufnimmt.

Die Beratungsstelle/die Einrichtung stellt dem Paten eine professionelle Fachkraft als Ansprechpartner zur Seite, die ihn in Einzelgesprächen und in der Gruppe auf die Aufgaben einer Patenschaft vorbereitet, den Kontakt zu dem Kind vermittelt und die Patenschaft begleitet. Darüber hinaus unterstützt die Fachkraft die Familie und den Paten in Krisensituationen, organisiert, moderiert und leitet den Erfahrungsaustausch der Paten untereinander und macht Angebote zur regelmäßigen Schulung und Weiterbildung.

Beispiel

Das FrauenTherapieZentrum, das Klinikum Rechts der Isar, der Sozialdienst katholischer Frauen und der Sozialpsychiatrische Dienst Giesing haben in München ein Patenschaftsprojekt ins Leben gerufen, das durch die gemeinsame Kooperation der dort arbeitenden Fachkräfte umgesetzt wird, siehe

<http://www.skf-muenchen.de/index.php/patenschaften/paten-fuer-kinder-psychisch-erkrankter-eltern.html>.

Weitere Projekte finden Sie auf folgender Website:
<http://www.bag-kipe.de/einrichtungen-projekte.html>.

Individuelle Krisenpläne und Hilfenetze

Krankheitsbedingte Krisen und Lebenskrisen sind nicht immer vermeidbar. Deswegen kann es als sehr entlastend empfunden werden, wenn sich Familien für einen solchen möglichen Fall vorbereiten und gemeinsam mit einer Fachkraft einen individuellen Krisenplan erstellen: Was passiert wann? Wer wird wann kontaktiert? Welche Hilfen sind nötig und was braucht jeder Einzelne in der Familie? Wer soll die Koordination übernehmen? ... In der Regel ist es sinnvoll, ein Hilfsnetz zu entwerfen, das in einer Krisensituation auch wirklich trägt. Dabei gilt es, die notwendigen Akteure mit einzubeziehen und so zu einem umsetzbaren, hilfreichen Procedere zu kommen.

4.5 Einzelfallorientierte Beratung von Mitarbeitenden anderer Institutionen

Um Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil zu unterstützen, braucht es eine Vielzahl verschiedener Kompetenzen. Zu nennen sind hier Kenntnisse über psychiatrische Erkrankungen, über die Entwicklung und Erziehung von Kindern und über die Folgen einer Erkrankung für die Familie. Außerdem bedarf es bestimmter Gesprächs- und Beratungsstrategien, um in diesem sensiblen Feld mit Kindern und psychisch kranken Eltern offen und hilfreich zu arbeiten. Auch

bei der Kooperation mit Fachkräften anderer Einrichtungen und Hilfesysteme sind spezielles Wissen und Geschick erforderlich.

Neben fachübergreifenden, gemeinsamen Fortbildungen und Fachtagungen zur Begleitung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil, gegenseitigen Indoor-Schulungen (siehe Beispiel „Das Würzburger Präventions- und Qualifizierungsprojekt“ unter www.wuerzburger-projekt.de), wechselseitigen Sprechstunden, Konsiliartätigkeit, Fallbesprechungen

und Supervision kommt der effektiven Kooperation im konkreten Einzelfall die größte Bedeutung zu. Mitarbeitende aus der Sozialpsychiatrie können durch ihre Kenntnisse im Umgang mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung die krankheitsbedingten Belastungs- und Bewältigungsfaktoren individuell einschätzen und die sozialpsychiatrische Sichtweise einbringen. Zudem sind sie Expertinnen und Experten der regionalen sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft und können hier notwendige zusätzliche Hilfen vermitteln.

5. Aufbau von Netzwerken zum Thema „Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern“

Unterschiedliche Zuständigkeiten der Leistungsträger führen häufig zu Abgrenzungen, um die Kosten im eigenen Verantwortungsbereich zu begrenzen beziehungsweise zu reduzieren. Bedarfe von Kindern und Jugendlichen und ihren suchtkranken und psychisch kranken Eltern können so individuell wie auch vielschichtig sein, dass sie weder vom Gesundheitssystem, noch der Suchthilfe oder der Jugendhilfe allein ausreichend abgedeckt werden können. Erschwerend kommt hinzu, dass Eltern Ängste vor Kontrolle, Stigmatisierung und Sorgerechtsentzug entwickelt haben und eine Einbeziehung weiterer Akteure aus dem Helfersystem oft ablehnen.

Das so umrissene Dilemma versuchten bisher schon einzelne Modellprojekte aufzulösen; zumeist aber waren sie regional beschränkt und mussten nach der Förderung wieder eingestellt werden.

Tatsache ist aber, dass Hilfen für betroffene Familien nur durch eine verzahnte Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Institutionen sinnvoll bereitgestellt werden können. Durch den Aufbau von regionalen Netzwerken mit der Entwicklung eines gemeinsamen Problem- und Fallverständnisses können Angebote in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen geschaffen werden, die die regionalen Gegebenheiten berücksichtigen.

„(Die Erfahrungen) zeigen, dass eine kooperative vernetzte Zusammenarbeit verschiedener Institutionen und Berufsgruppen wie der Drogen- und Jugendhilfe, der Gynäkologie, Geburtshilfe, Kinderheilkunde und Kliniken nicht nur möglich, sondern auch für alle Beteiligten gewinnbringend ist, wenn sie verbindlich und eindeutig strukturiert festgeschrieben ist.“²⁰

Netzwerke in den Kommunen und Regionen sollten folgende Ziele verfolgen:

- Elternschaft und Erziehungskompetenz werden in der Arbeit mit such- und psychisch kranken Menschen stärker berücksichtigt.
- Die Fachkräfte der Einrichtungen werden für die Bedarfe und Bedürfnisse von kranken Eltern und ihren Kindern sensibilisiert.
- Die Resilienz von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit suchterkrankten oder psychisch kranken Eltern wird gestärkt, Präventionsangebote werden entwickelt.
- Die zentralen Lebensräume der Kinder und Jugendlichen – Kindertagesstätten und Schulen werden angemessen einbezogen.
- Durch eine optimale Zusammenarbeit verschiedener Hilfesysteme werden Interventionen wirkungsvoller, die Abstimmung der verschiedenen Fachkräfte im Hilfeverlauf ermöglicht die richtige Hilfe zur richtigen Zeit, Fehlfinanzierungen werden vermieden.
- Es werden ein verzahntes Angebot von Informations-, Beratungs- und Therapieangeboten für Kinder und Jugendliche aber auch Informations- und Beratungsmöglichkeiten für die Eltern geschaffen.
- Eine Bedarfsanalyse in der Region wird erstellt und regelmäßig überprüft.

²⁰ Tödte, M.: Drogenabhängige Schwangere und Mütter. Die Arbeit der Drogenberatungsstelle BELLA DONNA und das Modellprojekt Viola. In: Konturen, 2/2010, S.33.

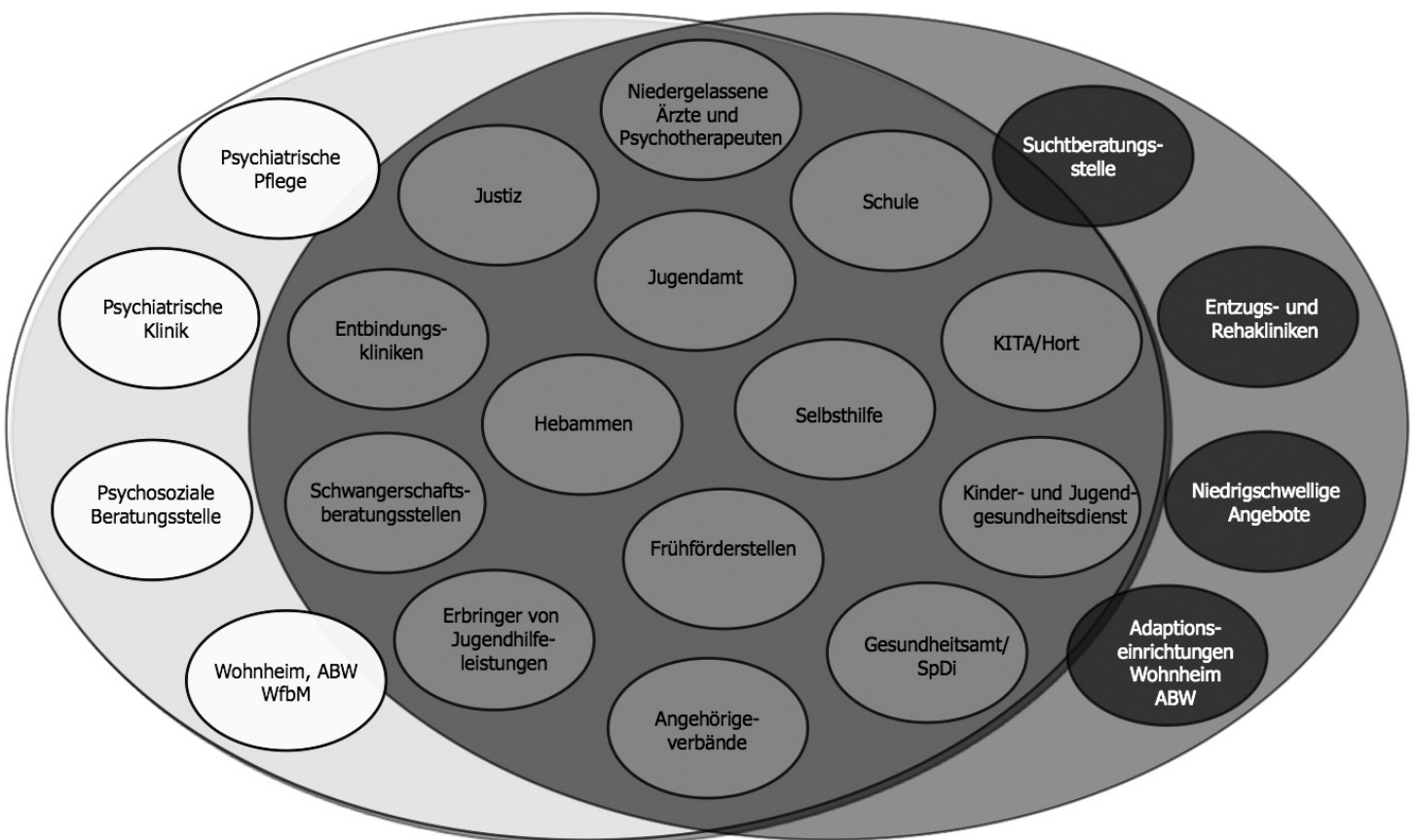
- Dem Bedarf an Information und Austausch der beteiligten Fachkräfte wird Rechnung getragen.
- In einrichtungsinternen Konzept- und Organisationsentwicklungsprozessen wird die Arbeit mit den Familien und beteiligten Institutionen angemessen berücksichtigt, Ansprechpartner in den Einrichtungen werden festgelegt und wenn möglich geschult.

Netzwerke können sowohl durch neue Initiativen, zum Beispiel „Runder Tisch“, als auch durch bestehende Arbeitskreise, etwa die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAGen) oder die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV), entwickelt werden. Die Beteiligung der Institutionen erfolgt auf Leitungsebene.

Aufgaben einer Arbeitsgruppe könnten nach Lenz und Brockmann sein²¹:

- Verständigung über Erwartungen und Ziele, die mit der Kooperation verknüpft werden.
- Einblick in Zuständigkeiten und Grenzen der Einrichtungen.
- Planung und Durchführung von gemeinsamen Aktivitäten, wie zum Beispiel gegenseitige Fortbildungen.
- Sensibilisierung und Aufklärung der Fachöffentlichkeit durch Veranstaltungen, Antistigmatisierungs-Kampagnen und Zeitungsartikel.
- Verankerung des Themas in der regionalen Versorgungsstruktur (Jugendhilfeausschuss, Gesundheitskonferenz und andere).
- Aufgreifen sozialpolitischer Fragen, wie Lücken in der Finanzierung oder in der Versorgungslage.

Mögliche Partner in einem Netzwerk können sein:



21 Brockmann, E.; Lenz, A. „Beziehung gestalten – eine Voraussetzung für wirksame interinstitutionelle Kooperation bei Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“, In: Praxis Kinderpsychologie. Kinderpsychiatrie. 59: 687-703, Göttingen, 2010, S. 697.

- Entwicklung von Informationsmaterialien für Schule, Kindergärten und so weiter.
- Erstellen von Adresslisten/in den Einrichtungen stehen besondere Ansprechpartner bereit.
- Absprachen und Vereinbarungen für die konkrete fallbezogene Arbeit.

In dieser Übersicht sind mögliche Kooperationspartner dargestellt. Anhand der Grafik wird ersichtlich, wie komplex so ein Netzwerk gestaltet sein kann. Je nach regionalen Besonderheiten werden sich mehr oder auch weniger Kooperationspartner zusammenfinden. Je größer ein Netzwerk ist, umso wichtiger sind verbindliche Vereinbarungen über Kommunikationsstrukturen/Informationswege und die Frage der Steuerungsverantwortung.

5.1 Beispiele von Kooperationsmodellen und -vereinbarungen

In der Recherche wurde festgestellt, dass die meisten Kooperationsvereinbarungen und -modelle unterschiedliche Arten von Belastungen unterscheiden, die in den Familien vorherrschen. In den existierenden Netzwerkverbänden für Familien mit einer psychischen Erkrankung stehen die Zusammenführung/ Schaffung/ Weiterentwicklung der verschiedenen Angebote für Kinder und deren Eltern, die kollegiale Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen – abhängig und unabhängig vom konkreten Fallgeschehen – sowie die Öffentlichkeitsarbeit im Fokus der gemeinsamen Arbeit. In den Vereinbarungen der Hilfeinstitutionen, die mit suchtkranken Eltern und deren Kindern zusammenarbeiten, liegt ein Schwerpunkt in der Gewährleistung des Kindeswohls der betroffenen Kinder. Im Folgenden sollen einige Netzwerkverbände exemplarisch vorgestellt werden.

Kooperationsmodelle für Kinder psychisch kranker Eltern

Duisburger Netzwerk www.psag-netzwerk.de

Das Duisburger Netzwerk entstand 2005 durch die Initiative der PSAG Duisburg. Der Arbeitskreis verständigt sich in regelmäßigen Treffen. Die Angebote wurden sozialräumlich untergliedert, Ansprechpartner der einzelnen Institutionen sind festgelegt. Angebote, die als Resultat der Arbeit des Netzwerks benannt werden, sind: regelmäßige Sprechstunden für betroffene Eltern in der Klinik durch eine Kinder- und Jugend-

psychotherapeutin aus dem Netzwerk, Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche bei verschiedenen Trägern, kunsttherapeutische Angebote, Patenschaftprojekte und Unterrichtsangebote für Schulen. Das Duisburger Netzwerk wurde 2010 durch den „Integrationspreis Impuls für Seelische Gesundheit“ ausgezeichnet.

Forum Kinder psychisch kranker Eltern Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis

www.rhein-neckar-kreis.de/servlet/PB/show/1519022_I1/60_Kinderpsy_Broschuere.pdf

In dem Forum, das sich 2001 gründete und in dem sich diverse Einrichtungen der Familienhilfe und Psychiatrie zusammengeschlossen haben, arbeiten auch erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern mit. Neben dem Aufbau von Netzwerken und der Stärkung von Kooperationsbeziehungen sind die Sensibilisierung für die Nöte der Kinder und die Entstigmatisierung der Betroffenen oberstes gemeinsames Ziel. Das Netzwerk ist nicht auf eine Kommune beschränkt, sondern erstreckt sich über einen Landkreis.

Ki.ps.E Arbeitskreis Kinder psychisch kranker Eltern München

www.kipse.de

Der Arbeitskreis, der 1997 gegründet wurde, ist ein Zusammenschluss von Mitstreitern aus Einrichtungen der Jugendhilfe, der Psychiatrie, weiterer Institutionen sowie Betroffenen und Angehörigen. Die Beteiligten tauschen sich untereinander aus und vernetzen sich. Ziele sind: die Bedarfe zu erkennen, Angebote zu schaffen und der Austausch fachlicher Kompetenzen. Der Münchener Arbeitskreis ist mit über 100 beteiligten Institutionen und interessierten Bürgern einer der größten in Deutschland.

Würzburger Kooperationsverbund in Unterfranken

www.wuerzburger-projekt.de

Das Projekt, tätig in Würzburg und Unterfranken, entstand 2008 mit der Unterstützung von verschiedenen Förderern. Initiator war das evangelische Beratungszentrum Würzburg. Im Würzburger Kooperationsverbund werden Beratungs- und Gruppenangebote für betroffene Eltern und ihre Kinder unterbreitet; regelmäßig trifft sich eine Selbsthilfegruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern. Es finden Familiensprechstunden in der Psychiatrie statt. Für Fachkräfte anderer Einrichtungen und Institutionen besteht das Angebot von Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen sowie von fallbezogenen Beratungsleistungen. Die weitere Vernet-

zung und der Aufbau von Kooperationen: Dies wird durch den Würzburger Kooperationsverbund initiiert und vorangetrieben.

Ein Überblick über weitere Kooperationsverbünde findet sich auf der Seite der „Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch kranker Eltern“

www.bag-kipe.de/einrichtungen-projekte.de

Kooperationsmodelle für Kinder suchtkranker Eltern

Vereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem ASD Hamburg

www.hamburg.de/startseite-drogen-sucht/2452200/kooperationsvereinbarung-suchthilfe-asd.html

2009 entstand nach einem Workshop von Sucht- und Jugendhilfe eine Kooperationsvereinbarung, die die Arbeit mit der gemeinsamen Zielgruppe „suchtkranke Eltern mit ihren minderjährigen Kindern“ beschreibt und regelt. Der Leitfaden beinhaltet eine Darstellung der Aufgabenfelder der beteiligten Institutionen und der verschiedenen Formen der Zusammenarbeit. Zum Beispiel werden Modalitäten der wechselweisen Kontaktaufnahme geregelt, die Gestaltung von Hilfeprozessen sowie das Verhalten in Krisensituationen konkretisiert. Weiterhin wird zwischen den beteiligten Institutionen ein regelmäßig stattfindender Fachaustausch vereinbart.

Rahmenvereinbarung zum Schutz von Kindern suchtkranker Eltern vor der Gefährdung des Kindeswohls – Berlin

www.kinderschutznetzwerk-berlin.de

Die Rahmenvereinbarung gilt als Handlungsanleitung von einzeln zu erarbeitenden Bezirksvereinbarungen und wurde im Frühjahr 2010 verabschiedet. Nach einem „Konzept für ein Netzwerk Kinderschutz“ von 2007 und dem „Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes“ von 2009 wurde die vorliegende Rahmenvereinbarung als Spezifizierung und Ergänzung der vorangegangenen verabschiedet. Der Fokus liegt in dieser Vereinbarung auf der Gewährleistung des Kindeswohls von Kindern, die in Familien mit suchtkranken Elternteil(en) leben beziehungsweise in solche hineingeboren werden. Der Rahmenvereinbarung ist eine Vielzahl gut verständlicher Erklärungen – zum Beispiel Definition und Erkennungshin-

weise von Kindeswohlgefährdungen – beigefügt, ebenso Checklisten.

Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Betreuung von drogenkonsumierenden Müttern/ Vätern/Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppen innerhalb der Stadt Essen

www.nacoa.de/index.php/infos-fuer-profis/infos-fuerjugend-aemter

Die Stadt Essen hat als eine der ersten Kommunen Deutschlands eine Kooperationsvereinbarung zwischen den Akteuren auf dem Gebiet der Suchtkranken- und Jugendhilfe sowie dem Gesundheitswesen abgeschlossen. Diese dient als Arbeitshilfe für die Arbeit im Helfersystem. Unter der Federführung der Landesfachstelle Frauen und Sucht NRW wurde die Kooperationsvereinbarung mit allen Beteiligten ab 1998 erarbeitet, erprobt und 2002 gemeinsam verabschiedet. Ziel aller ist, ein gemeinsames Leben der Kinder mit ihren Eltern zu ermöglichen. Vorrangig ist die konstruktive Zusammenarbeit der Beteiligten in der Arbeit mit der Familie.

Weitere Beispiele von Kooperationen finden sich auf www.proli-sucht.de oder www.nacoa.de.²²

Kooperationsmodelle für Eltern mit einer Suchterkrankung und/oder mit psychischen Erkrankungen

Projekt „Echt stark“ der Uni Ulm

www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugend-psychiatriepsychotherapie/home/forschung/staerkung-von-kindern.html

Das Projekt wird von 2009 bis 2012 von verschiedenen Initiativen gefördert. Aufgabe ist es, bei einem Krankenhausaufenthalt der Eltern zur psychiatrischen- oder Entzugsbehandlung ein standardisiertes Verfahren zu entwickeln, welches die Belastungen in der Familie und die der Kinder sowie den Hilfebedarf ermittelt. Das Projekt bietet auch Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche sowie Beratungsangebote für betroffene Eltern an. Der Aufbau von Kooperationsstrukturen in Ulm und Alb-Donau-Kreis soll unterstützt und gefördert werden.

²² Umfangreiche Materialien, Links sowie Adressen zum Thema Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe finden sich in einer Veröffentlichung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe aus dem Jahr 2011.

Netzwerk „Frühe Hilfen“

www.fruehehilfen.de

Das Netzwerk „Frühe Hilfen“ wurde durch ein Bundesmodellprogramm 2005 initiiert und in einigen Regionen Deutschlands in die Praxis umgesetzt, um Familien frühzeitig Hilfen in vielfältigster Form anbieten zu können und somit Situationen der Kindeswohlgefährdung abzuwenden und gesunde Entwicklungschancen zu bieten. Im Zentrum des Netzwerks stehen Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, die aus den unterschiedlichsten Gründen Hilfen benötigen könnten. Neben der Stärkung der Eigenverantwortung der Eltern ist eine Stärkung der staatlichen Mitverantwortung das Ziel. Dies soll durch eine bessere Verzahnung und Abstimmung von Leistungen aus Jugendhilfe und Gesundheitssystem erreicht werden. Ein verankertes Ziel des Netzwerks ist es, Risiken zu erkennen (medizinische, soziale; Risiken, die von der Persönlichkeit der Eltern ausgehen, sind zum Beispiel Suchterkrankungen oder psychische Erkrankungen; Risiken durch festgestellte frühe Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder), die Familie zur Annahme von Hilfen zu motivieren und diese Hilfen passgenau anzubieten. Von 2006–2010 wurde das Projekt vom Bund gefördert. In der Folge des Bundeskinderschutzgesetzes wurde im Sommer 2012 die Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen beschlossen. Als Koordinierungsstelle der Bundesinitiative fungiert das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Die Bundesinitiative fördert den Aus- und Aufbau sowie die Weiterentwicklung der Netzwerke Früher Hilfen. Die Länder sind zuständig für die Qualifizierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung.

Da in den verschiedenen Netzwerken sowohl für suchtkranke als auch für psychisch kranke Eltern durchaus die gleichen Akteure vor Ort zusammenarbeiten, empfehlen wir schon aus Ressourcengründen, ein Netzwerk mit den verschiedenen Angeboten und nötigen Partnern zu etablieren, soweit es die regionale Versorgungslandschaft möglich macht.

5.2 Gemeinsame Fortbildungen von Mitarbeitenden und Fachkräften Sozialer Dienste und gegenseitige Qualifizierung

Notwendigkeit des Austauschs

Als zentraler Punkt in Kooperationsbeziehungen ist der fachliche Austausch zwischen den Institutionen anzusehen. Dieser kann nur durch offene, lebendige Kommunikation gelingen.

Nicht selten allerdings prägen vorgefertigte Meinungen, Unwissenheit und unterschiedliche Sprachen die bisherigen Kontakte. Das kann dazu führen, dass ein unklares beziehungsweise unvollständiges Bild des anderen, seines Arbeitsauftrags und der Arbeitsweise entsteht. So kann es geschehen, dass Zusammenarbeiten durch Gefühle wie Unverständnis, mangelnde Wertschätzung, des Wegdelegierens von Problemen belastet sind, verbunden mit dem Gefühl des Missbrauchtwerdens; auch Schuldzuschreibungen und Zementierung von Vorurteilen kommen vor. Aus diesen Gründen besteht die unbedingte Notwendigkeit, die beteiligten Fachkräfte über Auftrag, Arbeitsweise, Methoden/Hilfsmöglichkeiten und deren Grenzen in gemeinsamen Fortbildungen und Qualifizierungen weiterzubilden und sich darüber auszutauschen. Auch die Bedeutung, die der eigene Blickwinkel für Wahrnehmung und Beurteilung eines Problems hat, sollte Thema sein.

Das Wissen sowie das Verständnis um die Arbeit des anderen kann im Hilfeprozess bei den Eltern Ängste – zum Beispiel um Fremdplatzierung ihrer Kinder und vor Stigmatisierung – abbauen und sie für die Inanspruchnahme von möglichst frühen und präventiven Hilfen gewinnen. So lässt sich auch das Einverständnis der Familie zur Einbeziehung weiterer Fachleute fördern.

Da es nicht immer notwendig und sinnvoll ist, neue Angebote für die Familien zu schaffen, sollten bestehende weiterqualifiziert werden. Gerade Anbieter von Jugendhilfeleistungen wie Erziehungsberatung oder Sozialpädagogische Familienhilfe bewegen sich in schwierigen Familiensituationen. Qualifizierungen im Umgang mit suchtkranken und/oder psychisch kranken Eltern und deren Kindern tragen dazu bei, dass Interventionen wirkungsvoll und nachhaltig sind.

Expertise aus den Bereichen der Sozialpsychiatrie und Suchthilfe für die Partner in den Netzwerken

Dienste und Einrichtungen aus dem Bereich der Suchthilfe und (Sozial-) Psychiatrie verfügen über umfangreiches Expertenwissen, das den Partnern in geeigneter Weise zur Verfügung gestellt werden soll. Sie können Erkrankungsbilder, Therapiemöglichkeiten und Krankheitsverläufe darstellen und erklären und ebenso Auskünfte geben über die spezifischen Helfersysteme, deren Selbstverständnis und Arbeitshaltungen.

Beispielhafte Inhalte/Module von Weiterbildungsveranstaltungen für beteiligte Partner können sein:

- Sucht/psychische Erkrankung: Informationen zu Krankheitsbildern, Prävalenz und Therapiemöglichkeiten, Hilfe- und Handlungsbedarf, Überblick über die Hilfesysteme.
- Systemische Dimension der Erkrankung – Auswirkungen auf das Familiensystem.
- Rolle/Haltung der Mitarbeitenden in der Familiendynamik – „Risiken“ für ambulante Fachkräfte.
- Auftrag, Haltung, Fallstricke, Handlungsbedarf und Handlungsstrategien in der Arbeit mit Familien mit suchtkranken und/oder psychisch kranken Eltern.

5.3 Fallbezogene Zusammenarbeit

Fallrekonstruktion als Methode

Die Fallrekonstruktion ist eine Methode des sozialpädagogischen Fallverstehens. Das retrospektiv vorgetragene Fallgeschehen dient zum Verstehen von Diagnose-, Interventions- und Erziehungsproblematiken²³. In der Falldarstellung wird der spezifische Werdegang des Falls und seiner zugrundeliegenden Ordnung beschrieben. Fallrekonstruktionen bieten sich an zum Nachbesprechen von problematischen aber auch von optimalen Hilfeverläufen. Sie sind Angebote für alle beteiligten Institutionen eines Kooperationsverbundes, um Sichtweisen, Interventionsmodelle und Hilfeverfahren der Beteiligten transparent und verstehbar darzustellen. Erkenntnisse aus dem Fallgeschehen werden diskutiert und Schlussfolgerungen in die weitere Arbeit transportiert. Fallrekonstruktionen finden regelmäßig statt und sollen anonymisiert vorgestellt werden.

Intervision

Als Form der kollegialen Beratung kann auf entsprechenden Wunsch Intervision durchgeführt werden. In der Intervision beraten sich die Teilnehmenden gegenseitig und tragen ihre praktischen Erfahrungen zur Problemlösung bei. Intervision kann ohne externe Begleitung stattfinden, geleitet wird der Prozess abwechselnd durch die Gruppenmitglieder. Im Fokus der Intervision können die Bewältigung neuer Aufgaben, die

Reflexion der eigenen Arbeitsweise und Probleme in der Arbeit mit den Familien stehen. In der Regel wird die Intervision im Team durchgeführt. Sie kann aber bei einer vertrauensvollen Zusammenarbeit auch teamübergreifend mit den Partnerinnen/Partnern eines gemeinsamen Falls durchgeführt werden.

Überinstitutionelle Fallberatung in Helferkonferenzen

Eine Helferkonferenz kann von jeder beteiligten Institution/Fachkraft einberufen werden, die einen Bedarf nach Austausch und Abstimmung sieht. Sind Fachkräfte aus verschiedenen Einrichtungen an einem Hilfeprozess in der Familie beteiligt, soll in einer Helferkonferenz mit der Familie das gemeinsame und aufeinander abgestimmte Vorgehen Inhalt sein. Dadurch wird eine größtmögliche Transparenz der Aufgaben und Ziele für alle Beteiligten erreicht. Die betroffene Familie ist orientiert über das weitere Vorgehen im Hilfeprozess und bekommt Klarheit über die Kommunikationswege (wer informiert wann wen mit welchem Inhalt). Das (gemeinsame) Vorgehen der Beteiligten in krankheitsbedingten Krisensituationen sollte in Helferkonferenzen besprochen werden.

Inhalte einer Helferkonferenz können sein²⁴

- Austausch über die bestehende Situation (Ressourcen, Erfüllung der Basiskriterien)
- Klärung der verschiedenen Positionen und Wünsche
- Austausch über die verschiedenen Hilfemöglichkeiten und deren Zielsetzung
- Aushandlungsprozess und Einigung auf das weitere Vorgehen
- Verbindliche Vereinbarung mit den Eltern treffen und Festlegung ihrer Aufgaben
- Die weiteren Aufgaben und Verantwortungen der Kooperationspartner klären und festlegen
- Klärung der Federführung für die nächste Helferkonferenz sowie der weiteren Betreuung

²³ Kraimer, K.: Die Fallrekonstruktion – Bezüge, Konzepte, Perspektiven. Frankfurt 2000.

²⁴ Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Betreuung von drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppen innerhalb der Stadt Essen, S. 8, <http://www.belaladonna-essen.de/fachstel/documents/Kooperationsvereinbarung2002.pdf>

Über eine Helferkonferenz ist ein Protokoll anzufertigen, das allen Beteiligten zur Kenntnis gegeben und durch Unterschrift bestätigt wird.

Während der Helferkonferenz ist immer darauf zu achten, dass die Familie aktiv mit einbezogen wird, die Ressourcen der Familie Berücksichtigung finden und der aktuelle Gesundheitszustand der Eltern berücksichtigt wird, um eine Bevormundung zu vermeiden.

Mitwirkung an Hilfeplanverfahren in der Jugendhilfe

Das Hilfeplanverfahren in der Jugendhilfe ist im § 36 SGB VIII gesetzlich verankert. Vor der Installation einer Hilfe zur Erziehung hat ein Hilfeplanverfahren stattzufinden. Als Ergebnis werden die Ziele und Rahmenbedingungen der Hilfe festgeschrieben. Beteiligt am Hilfeplanverfahren sind neben den Eltern die Leistungserbringer und je nach Problemlage weitere mit dem Kind/der Familie betraute Personen. Arbeiten verschiedene Dienste und Institutionen gemeinsam in einer Familie mit dem Ziel der Stärkung der elterlichen Kompetenz und Erziehungsfähigkeit sowie der Förderung der gesunden Entwicklung der Kinder, sollten alle Beteiligten in das Hilfeplanverfahren einbezogen werden.

Fachberatung

Die Fachkräfte der beteiligten Institutionen leisten bei Bedarf gegenseitige Fachberatung zu Fragen aus ihrem jeweiligen Fachgebiet, unabhängig vom Einzelfall. Dabei sind die Datenschutzbestimmungen einzuhalten (siehe auch 4.5).

5.4 Datenschutz

Datenschutz bei Nichtgefährdung des Kindeswohls

Der Schutz der persönlichen Daten hat in einer auf Vertrauen beruhenden (Hilfe-) Beziehung höchste Priorität. Prinzipiell können keine personenbezogenen Daten an andere Institutionen ohne Schweigepflichtentbindung weitergegeben werden. Das Ziel in der Betreuung von betroffenen Familien muss beinhalten, dass die Klienten zu der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen motiviert werden und einwilligen. Eine fundierte Information der Eltern über mögliche Hilfsangebote ist diesem Ziel förderlich. Dabei ist eine wertschätzende und vertrauensvolle Beziehung zu den Kooperationspartnern dienlich. Willigt die Familie zu einer Informationsweitergabe beziehungsweise zum Einholen von Informationen ein, ist in

der Schweigepflichtentbindung so konkret wie möglich zu formulieren, welche Informationen von wem und zu welchem Zweck eingeholt beziehungsweise weitergegeben werden dürfen.

Datenschutz bei Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung

Werden während des Hilfeprozesses Umstände bekannt, die auf eine Gefährdung des Kindeswohls hinweisen, müssen die institutionsintern festgelegten Abläufe zum Umgang mit Hinweisen bei Kindeswohlgefährdung unbedingt eingehalten werden. Die Einschätzung der individuellen Gefährdungssituation muss im Austausch mit dem Team und der Leitung erfolgen. Empfehlenswert ist zudem eine Fallberatung mit dem zuständigen öffentlichen Träger der Jugendhilfe zur Einschätzung der Gefährdungssituation und der möglichen Handlungsschritte. Diese darf aber nur anonymisiert erfolgen. Ergibt die Analyse, dass eine Gefährdungssituation vorliegt und sie nicht durch die zur Verfügung stehenden Methoden und Angebote abgewendet werden kann, muss eine Meldung über eine mutmaßliche Kindeswohlgefährdung erfolgen. Informationen dürfen dann ohne Einverständnis beziehungsweise gegen den Willen, sollen aber nie ohne das Wissen der betroffenen Familie weitergegeben werden.

Die Entscheidung, weitere Institutionen mit einzubeziehen oder nicht, muss später immer nachvollziehbar sein. Deshalb ist eine ausführliche und sorgfältige Dokumentation zwingend erforderlich. Sie muss eine differenzierte Beschreibung der Wahrnehmungen und Einschätzungen zur Gefährdung des Kindes/der Kinder enthalten. Weiterhin ist detailliert zu dokumentieren, wann und wie mit den Beteiligten über die Gefährdungseinschätzung gesprochen, welche konkreten Hilfen zur Abwendung der Gefährdung empfohlen wurden und ob die Beteiligten diese Hilfen tatsächlich in Anspruch genommen haben.

Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) und Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

Mit dem Inkrafttreten der Gesetze zum 01.01.2012 ergeben sich auch für Dienste und Einrichtungen der Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe Aspekte, die in der Arbeit beachtet werden müssen. So wurden im KKG Aussagen zur Bildung von verbindlichen Netzwerken, Regelungen zu Beratungs- und Übermittlungsbefugnissen und -verpflichtungen an das Jugendamt wie auch der Anspruch auf Beratung durch eine „insoweit

erfahrene Fachkraft“²⁵ formuliert. Netzwerke nach § 3 KKG haben das Ziel, verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der Träger/Institutionen im Kinderschutz regional zu schaffen. Als Mitglieder in den Netzwerken werden beispielhaft folgende Institutionen genannt:

- Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe
- Einrichtungen und Dienste, mit denen Verträge nach § 75 Abs. 3 SGB XII bestehen
- Gesundheits- und Sozialämter
- Gemeinsame Servicestellen
- Schulen
- Polizei und Ordnungsbehörden
- Agentur für Arbeit
- Krankenhäuser
- Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderstellen
- Beratungsstellen für soziale Problemlagen
- Beratungsstellen nach §§ 3 und 8 SchKG
- Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen
- Familienbildungsstätten
- Familiengerichte
- Angehörige von Heilberufen
-

Der Gesetzgeber hat von einer Verpflichtung zur Kooperation abgesehen.

Weiterhin haben nach § 4 KKG folgende Berufsgruppen einen Beratungsanspruch durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ bei Hinweisen auf Gefährdungssituationen:

- Lehrerinnen und Lehrer an staatlich anerkannten privaten und öffentlichen Schulen
- Hebammen, Entbindungspfleger oder Angehörige sonstiger Heilberufe
- Ärztinnen/Ärzte
- Berufspsychologen/-innen mit einer staatlich anerkannten wissenschaftlichen Abschlussprüfung
- Ehe-, Familien-, Erziehungs- und Jugendberater/-innen
- Berater/innen für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist
- Beauftragte/Mitglieder einer anerkannten Beratungsstelle nach §§ 3,8 SchKG
- staatlich anerkannte Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen.

Werden gewichtige Anhaltspunkte wahrgenommen, die auf eine Kindeswohlgefährdung hinweisen können, soll eine Erörterung mit dem Kind oder Jugendlichen und Personensorgeberechtigten erfolgen und auf die Inanspruchnahme von Hilfen hingewirkt werden. Eine Gefährdungseinschätzung kann durch eine anonymisierte oder pseudonymisierte Darstellung mit einer „insoweit erfahrenen Fachkraft“ erfolgen.

Die regionalen Jugendämter müssen Verzeichnisse mit den „insoweit erfahrenen Fachkräften“ und deren jeweiligen Spezialisierungen zur Verfügung stellen.

Zu Fragen der Ausgestaltung und des Datenschutzes sowie Zuständigkeiten des KKG müssen die Länder eigene Regelungen verabschieden. Diese sind bei den zuständigen Stellen zu erfragen.

²⁵ Zu den fachdienstlichen Aufgaben einer „insoweit erfahrenen Fachkraft“ finden sich Informationen im Diakonie Text 18.2008, der von der Homepage des Diakonie Bundesverbandes heruntergeladen werden kann. Aktuell erfolgt eine Überarbeitung des Textes.

Die Neuerungen des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) und des KKG erfordern die Erarbeitung von Verfahrensabläufen in den Diensten und Einrichtungen zu allen Aspekten von Information/Kommunikation/Dokumentation. Konkrete Umsetzungsschritte sind zu planen.

5.5 Öffentlichkeitsarbeit der Netzwerke

Werden Kooperationen zur Zusammenarbeit geschlossen, sollte es keinesfalls versäumt werden, dieses Bündnis in der Region den Bürgern, weiteren Akteuren im Sozialraum und den Klienten bekannt zu machen. Dies trägt ganz maßgeblich zur Transparenz der Zusammenarbeit gegenüber den Klienten bei und wirbt um die Mitarbeit weiterer Akteure. Durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit des Bündnisses besteht die Chance, dass politische Entscheidungsträger schneller auf festgestellte Versorgungslücken aufmerksam werden.

6. Finanzierung

Die Elternschaft von suchterkrankten oder psychisch erkrankten Menschen²⁶ bei ihrer Beratung und Unterstützung in den Blick zu nehmen, ist im Kern kein Finanzierungsproblem. Unter der Perspektive, dass psychische Erkrankungen immer auch den sozialen Kontext mit betreffen, ist die Berücksichtigung der Elternschaft eher Kennzeichen einer fachgerechten Beratung. Dies allein löst also keinen zusätzlichen Finanzierungsbedarf aus.

Gleichwohl löst die konsequente Umsetzung der Berücksichtigung von Elternschaft und des Kindeswohls zusätzlichen Ressourcenbedarf aus, wenn das Hilfe- und Beratungssystem neu auszurichten ist, zusätzliche Vernetzungsbedarfe entstehen oder Versorgungslücken im Gemeinwesen erkannt werden, die vom Beratungssystem allein oder gemeinsam mit anderen Fachlichkeiten zu schließen sind.

Die strikte Berücksichtigung von Elternschaft bei der Beratung und Unterstützung psychisch erkrankter Personen kann – sofern in geeigneter Weise dokumentiert und als Faktum bekannt – im Übrigen dazu beitragen, dass die wirtschaftliche Absicherung der Beratungsstelle im kommunalen Raum gestärkt wird.

Das Anliegen der Kommune, wirkungsvolle Hilfen in der Prävention und Unterstützung teilhabegefährdeter Personen im Gemeinwesen vorzuhalten, wird unterstützt, indem Vernetzung der Hilfen, Gemeinwesenorientierung und fachliche Übernahme von Verantwortlichkeit systematisch nach außen kommuniziert werden.

Die ökonomische Stabilität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten im kommunalen Raum wird künftig immer weniger

lediglich durch Zuwendungen der zuständigen Kommune hinreichend zu sichern sein.

Die fachliche Ausrichtung auf die Tatsache von Elternschaft psychisch kranker Personen lässt sich auch nicht ausschließlich auf die Individualleistungsansprüche abbilden und bei den Entgelten im Rahmen des Sozialleistungsrechts (z. B. SGB V, VI, VIII, XII) berücksichtigen.

Vielmehr ist von einem systematisch zu pflegenden Finanzierungsmix auszugehen, der sich aus der Erfüllung sozialgesetzlicher Leistungen, aus Projektfinanzierung und Zuwendungen zusammensetzt. Auch Spenden oder Stiftungsmittel erhalten eine wachsende Bedeutung.

Grundlage der ökonomischen Absicherung des Dienstes ist das Vertrauen der Finanzierungspartner in die Problemlösungskompetenz der Beratungs- und Hilfeeinrichtung. Daher müssen systematische Kommunikation, Leistungstransparenz und lokale fachliche Präsenz notwendig vorausgesetzt werden, um die Bereitschaft von Leistungsträgern und Mittelgebern zu wecken und zu erhalten.

Wichtig ist dabei, dass Leistungsträger und Mittelgeber davon überzeugt werden können – und dann auch dauerhaft überzeugt bleiben –, dass die Beratungs- und Hilfeeinrichtung ein kompetenter Partner ist und die Kommune insgesamt stärkt.

Aus diesem Grunde ist die Orientierung auf die Elternschaft psychisch kranker Menschen kein zusätzlich zu finanzierender Aspekt, sondern stützt die dauerhafte wirtschaftliche Absicherung des alltäglichen Beratungs- und Hilfeangebots.

²⁶ Im Folgenden werden beide Gruppen zusammengefasst als Menschen mit psychischen Erkrankungen bezeichnet. Die Fragen der Finanzierung gelten für beide Hilfesysteme – der ambulanten Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und den Suchtberatungs- und Behandlungsstellen – gleichermaßen. Dort, wo Abweichendes notwendig erscheint, wird dies speziell für das jeweilige Hilfesystem beschrieben.

Es mag sinnvoll sein, entweder als einziger Dienst oder im Zusammenhang mit Partnern besondere Hilfen im Zusammenhang mit der Elternschaft von psychisch erkrankten Menschen anzubieten. Dabei stellt sich zunächst die Frage, ob diese Hilfen dauerhaft einzurichten sind oder ob sie als Projekt den Charakter der Erprobung oder der Implementation haben. In Abhängigkeit davon sind differenzierte Finanzierungsstrategien zu planen.

Soll der Dienst etwa so ausgestattet werden, dass allein-erziehende Personen ihre Kinder in die Beratung mitbringen können, betrifft dies die Struktur des Dienstes. Nach Ermittlung des Bedarfs kann es dann sinnvoll sein, eine solche Umstrukturierung modellhaft zu erproben. Dafür sind entsprechende Projektmittel einzuwerben. Ansprechpartner sind hier neben der Kommune und den Bundesländern lokale oder überregionale Stiftungen. Gleiches gilt für andere Projekte, die sich insbesondere auf die Unterstützung der Kinder beziehen.

6.1 Besondere Aspekte der Finanzierung

Daseinsvorsorge

Zuwendungen

Viele Kommunen finanzieren nach wie vor die lokalen Beratungsdienste durch jährliche Zuwendungen. Die Mittelverwaltung ist häufig kompliziert und erfolgt meist als Projektfinanzierung, die eine langfristige Planungssicherheit des Dienstes eigentlich nicht ermöglicht.

Leistungsvereinbarung

Inzwischen greifen viele Kommunen zur Finanzierung von Beratungs- und Hilfeleistungen auf ein Verfahren des Leistungsaustauschs zurück. Dies hat die Vorteile, dass die Leistungen zum einen genau beschreibbar sind und dass zum anderen häufig mehrjährige Laufzeiten verabredet werden, was zu einer mittelfristigen ökonomischen Sicherung des Dienstes beiträgt. Allerdings wird dieses Verfahren oft erst über Ausschreibungen oder vergleichbare Praxen der Leistungsvergabe in Gang gesetzt, die besondere Risiken für örtliche Dienste beinhalten.

Angebote für andere Dienste und Einrichtungen

Die Beratungs- und Hilfeeinrichtungen haben in Hinblick auf psychischen Erkrankungen von Klienten spezifische Kompetenzen, die anderen Diensten – zum Beispiel der Jugendhilfe, Schulen, Kindertagesstätten, Pflegediensten – nicht per se zur Verfügung stehen. Fortbildungen, Informationsvermittlung

und Fach- und Fallsupervisionen für diese Dienste können in Form eines zu entgeltenden Leistungsaustauschs erbracht werden.

Leistungen im Zusammenhang mit Krankenbehandlung/Reha

Leistungen nach dem SGB V: Zum Beispiel § 38 Haushaltshilfe

Versicherte erhalten Unterstützung für den Haushalt, wenn die Haushaltsführung wegen Vorsorge, Erkrankung oder Reha (s. SGB V § 23 ff.) nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind unter 12 Jahren lebt. Dabei ist zu prüfen, inwieweit eine Beratungs- und Hilfeeinrichtung – womöglich in Kooperation mit einem Pflegedienst – Leistungen nach dem SGB V erbringt, die insbesondere den Umstand der Elternschaft berücksichtigen oder die gesundheitliche Entwicklung des Kindes/der Kinder betreffen, die durch die psychische Erkrankung der Eltern gefährdet ist. Hier sind Klärungsgespräche mit Pflegediensten und örtlichen Krankenversicherungen dann zu führen, wenn konkrete Bedarfe und Leistungsansätze beschrieben werden können.

Leistungen im Rahmen der Rentenversicherung (SGB VI)

Die Rentenversicherungsträger werden regelmäßig anzusprechen sein, wenn es um die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit psychisch kranker Personen geht. In diesem Zusammenhang wird ambulante oder stationäre Rehabilitation nach § 15 SGB VI durchgeführt. Die Träger der Rentenversicherung sind Rehabilitationsträger nach dem SGB IX. Entsprechend unterliegen sie den Vorgaben und Normierungen dieses Gesetzbuches, soweit die für sie zuständigen Einzelgesetze nichts anderes formulieren. Das SGB IX formuliert im § 9 (Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten), dass „den besonderen Bedürfnissen behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder (...) Rechnung getragen“ wird. Entsprechend sollten SGB-Leistungen grundsätzlich so gestaltet sein, dass sie explizit die Elternschaft berücksichtigen. Dies sollte konzeptionell beschrieben sein und bei zusätzlichem Ressourcenbedarf mit dem zuständigen Reha-Träger ausgehandelt werden.

Leistungsvereinbarung mit Grundlage SGB VIII

Die Beratungs- und Hilfeeinrichtungen für psychisch kranke Personen oder suchterkrankte Menschen sind prinzipiell keine Leistungserbringer im Rahmen der Jugendhilfe. Sollte eine solche Einrichtung Leistungen im Rahmen der Jugend-

hilfe erbringen wollen, ist die Anerkennung als Träger der freien Jugendhilfe nach SGB VIII § 75 notwendig und ebenso der Abschluss von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach SGB VIII § 77.

Vorderhand erscheint es sinnvoller, mit vorhandenen freien Trägern der Jugendhilfe zu kooperieren und auf dieser Ebene Leistungen gemeinsam zu erbringen.

Leistungsvereinbarung mit Grundlage SGB XII

Menschen mit psychischen Behinderungen sind leistungsberechtigt nach SGB XII § 53 und haben Anspruch auf Leistungen nach SGB XII § 54. Für die Beratungs- und Hilfeeinrichtungen sind Leistungserbringungen etwa im Rahmen der ambulanten Assistenz und Unterstützung, zum Beispiel das sogenannte „ambulant betreute Wohnen“, sehr sinnvoll. Auch hier sind Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach SGB XII §§ 75 ff. abzuschließen.

Wie bereits für die Renten- und Krankenversicherung ausgeführt, gilt auch für den Sozialhilfeträger die Orientierung nach dem SGB IX. Entsprechend sind bei der Leistungserbringung die Elternschaft und das Kindeswohl besonders zu berücksichtigen und bei der Leistungsgestaltung auch vergütungsrelevant.

Damit sind alle Aspekte des Leistungsgeschehens, die auch die Elternschaft psychisch behinderter Menschen betreffen, vergütungsrelevant, soweit sie einen zusätzlichen Ressourcenbedarf auslösen und von Bedeutung zur Verwirklichung der Rehabilitation und Teilhabe sind.

Projektfinanzierung

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass es sinnvoll ist, entweder als einzelner Träger oder in Kooperation mit anderen Diensten Projekte durchzuführen, deren Ziel die Lösung eines besonderen kommunalen Problems ist. Dies kann zum Beispiel die besondere Unterstützung von drogenabhängigen Müttern und Vätern sowie deren Kinder sein. Zur Projektfinanzierung bieten sich lokale oder überregionale Stiftungen (zum Beispiel Aktion Mensch, Glücksspirale) an. Die Verfahren der Mittelbeantragung und -verwaltung sind von Stiftung zu Stiftung verschieden und sollten gesondert erfragt werden. In jedem Fall ist bei der Mittelverwaltung äußerst sorgfältig zu verfahren.

Dies gilt selbstverständlich auch für Spenden, die zweckgebunden oder frei eingeworben werden.

Grundsätzlich sind Projekte und Vorhaben sehr wichtige Themen für das „Marketing“ der Dienste. In diesem Zusammenhang können sie sehr wirksam zur Sicherung anderer Finanzierungssäulen – etwa Zuwendungen oder gesetzliche Leistungen – sein, weil sie die Kompetenz für die Lösung wichtiger kommunaler Probleme unter Beweis stellen.

Weitere Hinweise finden sich im Projekte- und Finanzierungshandbuch „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“, das vom Dachverband Gemeindepsychiatrie 2011 veröffentlicht worden ist und unter http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/Finanzierungshandbuch_Kinderprojekte_2011-11-07.pdf im Internet herunter geladen werden kann.

Literaturhinweise

Brockmann, E., Lenz, A.: Beziehung gestalten – eine Voraussetzung für wirksame interinstitutionelle Kooperation bei Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Praxis Kinderpsychologie. Kinderpsychiatrie 59: 687-703, Göttingen, 2010, S. 697.

Cork, M.R.: The forgotten children: A study of children with alcoholic parents. Von: Addiction Research Foundation. Toronto 1969.

Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendhilfe (AGJ) „Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern“, 2010.

Elpers, M., Lenz, K.: Psychiatrische Störungen bei Kindern alkoholkranker Eltern. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 22, 1994, S. 107 – 113.

Herder, K.: Kinder psychisch erkrankter Eltern. Psych. Pflege heute 2010, Heft 5, S. 270–275.

Kraimer, K.: Die Fallrekonstruktion – Bezüge, Konzepte, Perspektiven. In: Ders. (Hg). Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung, S. 23–57. Frankfurt am Main, 2000.

Makowsky, K., Schucking, B.: Geburtshilfliche Versorgung und Begleitung psychisch kranker Frauen. In THIEME eJournals Psych. Pflege 2010.

Landschaftverband Westfalen-Lippe (Hg): Jugend Sucht Hilfe. 2011. Materialien. Links und Adressen.

Lenz, A.: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe, Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. München 2009.

Lenz, A.: Ressourcen fördern – Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen 2010.

Lenz, A., Kuhn, J.: Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Coping-Forschung. In: Wiegand-Grefe, Matthejat, F., Lenz, A. (Hrsg): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Göttingen 2011.

Klein, M.: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. In: Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung; Bd. 1. Regensburg 2005.

Stachowske, R.: Kinderschutz – Kooperation – Perspektiven. Tagungsdokumentation. Berlin 2009.

Tödtte, M.: Drogenabhängige Schwangere und Mütter. Die Arbeit der Drogenberatungsstelle BELLA DONNA und das Modellprojekt Viola. In: Konturen, 2/2010, S.33

Werner, E.E.: Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. In: Journal of Studies on Alcohol, 47, 1986, S. 34–40.

Links zum Thema

Buchtipps für Kinder und Jugendliche:

- <http://www.medizin-fuer-kids.de/forum/showtopic.php?threadid=61>

Beispiel mit Checklisten zur Risikoeinschätzung:

- <http://www.kipsy.net/fileadmin/internet/media/pdf/Checkliste-Risikoeinschaetzung.pdf>

Adressen von Familienhebammen:

- www.familienhebamme.de

Beispiel für Unterrichtsangebote:

- <http://www.irrsinnig-menschlich.de/html/schule.html>

Präventionsmodell für Kinder psychisch kranker Eltern:

- <http://www.uni-due.de/biwi/bauer/ag-sofo-kanu.shtml>

Angebote für Familien:

- www.wege-ev.de/html/auryn.html

Projekte der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern:

- www.skf-muenchen.de/index.php/patenschaften/paten-fuer-kinder-psychisch-erkrankter-Eltern.html
- <http://www.bag-kipe.de/einrichtungen-projekte.html>

Beispiele für Kooperationsmodelle für Kinder psychisch kranker Eltern:

- www.psag-netzwerk.de
- www.rhein-neckar-kreis.de/servlet/PB/show/1519022_11/60_Kinderpsy_Broschuere.pdf
- www.kipse.de
- www.wuerzburger-projekt.de

Beispiele für Kooperationsmodelle für Kinder sucht-kranker Eltern:

- www.hamburg.de/startseite-drogen-sucht/2452200/kooperationsvereinbarung-suchthilfe-asd.html
- www.kinderschutznetzwerk-berlin.de
- www.nacoa.de/index.php/infos-fuer-profis/infos-fuer-jugend-aemter
- www.proli-sucht.de oder www.nacoa.de

Beispiele für Kooperationsmodelle für Eltern mit einer Sucht- und psychischen Erkrankung:

- www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugend-psychiatriepsychotherapie/home/forschung/staerkung-von-kindern.html
- www.fruehehilfen.de
- http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/Finanzierungshandbuch_Kinderprojekte_2011-11-07.pdf

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen wurden im Rahmen einer Arbeitsgruppe im Diakonischen Werk der EKD erarbeitet.

Gudrun Mahler,
Diakonisches Werk Bayern

Peter Petersen,
Diakonisches Werk Schleswig-Holstein

Dr. Katharina Ratzke,
Diakonisches Werk der EKD, Leitung der AG

Beate Schröder,
Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe

Andrea Spanuth,
Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe

Dr. Theo Wessel,
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe

Sabine Wetzel-Kluge,
Diakonie Mitteldeutschland

Notizen

Auszug Diakonie Texte 2011/2012

- 06.2012 Soziale Daseinsvorsorge in den Kommunen: Zivilgesellschaft stärken, Solidarität und Teilhabe sichern
- 05.2012 Rechtssicherheit und Fairness bei Grundsicherung nötig
Diakonie-Umfrage ergibt: SGB-II-Rechtsansprüche regelmäßig nicht umgesetzt
- 04.2012 Freiwilliges Engagement in Einrichtungen und Diensten der Diakonie – Eine repräsentative Studie
- 03.2012 Leitlinien Arbeitsmigration und Entwicklung
– Guidelines on Labour Migration and Development
Art.-Nr: 613 003 032ENGL
– Principes directeurs pour les migrations et le développement
Art.-Nr: 613 003 032FR
- 02.2012 Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche – eine Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der Diakonie
- 01.2012 Diskriminierungsschutz in diakonischen Arbeitsfeldern
- 16.2011 50 Jahre Zivildienst
- 15.2011 Pflegestatistik – zum 15. Dezember 2009
- 14.2011 Einrichtungsstatistik – Regional – zum 1. Januar 2010
- 13.2011 Vorstandsbericht
- 12.2011 Sozialleistungen für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in Deutschland
- 11.2011 Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen sichern
- 10.2011 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2010
- 09.2011 Altenarbeit im Gemeinwesen
Demografisch geboten – politisch notwendig – verlässlich finanziert
- 08.2011 Prozesse interkultureller Öffnung konkretisieren, kommunizieren, kultivieren
- 07.2011 Kommunikation von Qualität in der stationären Altenhilfe
- 06.2011 Mitarbeitendenstatistik zum 1. September 2008
- 05.2011 Chancen für Kinder eröffnen – Teilhabe durch Kinder- und Jugendrehabilitation
- 04.2011 Der Tod gehört zum Leben
- 03.2011 Abschiebungshaft in Deutschland – Positionen und Mindestforderungen der Diakonie
- 02.2011 Migrationsberatung für erwachsene Zugewanderte 2009
- 01.2011 Prävention in der Schuldnerberatung der Diakonie

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
Diakonie Deutschland

Impressum

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Telefon: +49 711 21 59-454
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de
ab 15.10.2012:
Telefon: +49 30 65211-1779

Kontakt:
Dr. Katharina Ratzke
Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie
und Suchthilfe
Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege
Telefon: +49 30 65211-1659
Telefax: +49 30 65211-3659

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des
Diakonischen Werkes
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

© September 2012 – 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-941458-57-4

Art.-Nr. 613003072

**Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1

10115 Berlin

Telefon: +49 30 65211-0

Telefax: +49 30 65211-3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de