



KipE Rheinland

Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen

Präventive und vernetzte Hilfen
für betroffene Kinder und deren Eltern

Fachtagung am 17. November 2011 in Köln

»Kokons« von Barbara Wokurka

Verschiedene Larvenstadien mit unterschiedlichen Entwicklungszyklen sind auf die permanenten Entwicklungsprozesse des menschlichen Lebens übertragbar. Schutz ist während dieser Metamorphose eine wichtige Bedingung. Daher ist das Insekt von der schützenden Hülle des Kokons umschlossen.

Menschen brauchen in Entwicklungsprozessen ebenfalls schützende »Hüllen« um in/aus neue/n Formen und Rollen schlüpfen zu können.

Die Kokons sind abstrahiert in Mischtechnik (Öl/Tusche) auf Leinwand gemalt.

Video über die Entstehung eines Kokon Gemäldes

<http://www.youtube.com/watch?v=MellkHENn-k>

Künstlervita auf FriedensArten

<http://www.friedensarten.de/index.php/kuenstler-a-aktive/barbara-wokurka.html>

www.barbara-wokurka.de

Inhalt

Begrüßung und Einführung Michael van Brederode.....	4
Kinder psychisch kranker Eltern – Notwendigkeit von präventiven Hilfen. Ein Überblick Prof. Dr. Ullrich Bauer	9
Kanu – ein wissenschaftlich begleitetes Präventionsangebot für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil – erste Ergebnisse Dr. Anke Reinisch & Miriam Schmuhl	23
Hilfe konkret: Kipkel, ein Einblick in 13 Jahre praktischer Erfahrung Susanna Staets	36
Arbeit mit Kindern psychisch kranker und substanzabhängiger Eltern – zwei unterschiedliche Problemfelder? Prof. Dr. Michael Borg-Laufs.....	41
Hilfe konkret: Arbeit mit Kindern psychisch kranker und substanzabhängiger Eltern – praktische Erfahrungen Dorothee Koch.....	48
Finanzierung von Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern – Stand der Dinge Birgit Görres	55
Schlusswort Rolf Mertens	62
Pressemitteilung	64

KipE^{Rheinland} Fachtagung am 17.11.2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie hier heute im Namen des Landschaftsverbandes Rheinland zu unserer Fachtagung begrüßen zu können, die sich mit Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern befasst.

Die psychische Erkrankung eines Elternteils oder gar beider Eltern kann den Kommunikations-, Gefühls- und Erfahrungsraum der Eltern-Kind-Beziehung erheblich prägen. Seien es nun

- der angstvolle Rückzug einer depressiven Mutter,
- die zeitweise wahnhaften Vorstellungen eines schizophränen Vaters
- oder die chaotischen Wirren im Gefolge einer Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils,

um nur einige mögliche Konstellationen zu nennen. All dies prägt die kindlichen Erfahrungen – das kindliche WELT-Erleben – in sehr spezifischer Art und Weise. Aus der Wissenschaft wissen wir, dass die psychische Erkrankung der Eltern die Risiken von Kindern und Jugendlichen erheblich erhöht, ebenfalls seelisch zu erkranken. Ergebnisse aus der Hochrisikoforschung verdeutlichen dies beispielsweise für die schizophrenen Störungen:

- Während das Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken in der Gesamtbevölkerung bei ca. 1 % liegt.
- beträgt es für Kinder mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil zwischen 10–15 %.
- Bei zwei schizophren erkrankten Elternteilen erhöht sich das Risiko der Kinder sogar auf ca. 40 %.

Soweit die Ergebnisse einer Studie aus dem Jahr 2005 (Owen & O'Donovan).

Neben verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen verweist aber auch die Empirie unserer Einrichtungen auf erhöhte Erkrankungsrisiken bei Kindern psychisch kranker Eltern: So wurde in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Bedburg-Hau im Rahmen einer Stichtagserhebung ermittelt, dass bei etwa der Hälfte der dort behandelten Kinder und Jugendlichen mindestens ein Elternteil ebenfalls an einer psychischen Erkrankung erkrankt war oder noch litt.

Je nach theoretischer Position werden die Ursachen für die erhöhten Krankheitsrisiken bei Kindern psychisch kranker Eltern unterschiedlich zu beschreiben sein.

Während die Psychoanalyse vor allem die kindlichen Beziehungserfahrungen in der Primärbeziehung zwischen Eltern und Kindern in den Mittelpunkt ihrer Erklärungsansätze stellt, erweitert sich in den aktuellen Ansätzen der Psychiatrie der Erklärungsfokus auf das komplexe Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren als Ausgangskonstellation für eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber psychischen Störungen.

Unbestritten ist jedoch in all diesen theoretischen Ansätzen der Einfluss besonderer familiärer Belastungen, die mit elterlichen psychischen Erkrankungen einhergehen. Diese Belastungen und die damit einhergehenden Risiken nehmen die Eltern häufig auch selbst wahr: So befürchteten laut einer Veröffentlichung von Kölch et al. aus dem Jahr 2007 80 % der untersuchten psychisch kranken Eltern besondere Belastungen und Risiken für ihre Kinder als Folge der eigenen Erkrankung.

Meine Damen und Herren, die Forderung nach mehr und besserer Prävention hat im gesundheitspolitischen Diskurs der letzten Jahre eine zunehmende Popularität erhalten. Das ist ja auch eine schöne, sinnhafte Forderung: Der Entstehung von Krankheiten vorzubeugen und so das damit verbundene Leiden, die mit Krankheit einhergehenden Kosten und gesellschaftlichen Produktivitätsverluste abzuwenden. Prävention indessen, vor allem wenn es um so komplexe Phänomene wie psychische Störungen geht, ist leichter gefordert als umgesetzt. Insbesondere dann, wenn präventive Ansätze der Forderung nach Evidenz gerecht werden sollen. Ungeachtet der methodischen Probleme erscheint die eingangs beschriebene Lage von Kindern psychisch kranker Eltern in idealtypischer Weise präventiven Strategien zugänglich zu sein:

- Wir haben es mit einer, zumindest im Kern, relativ gut identifizierbaren Gruppe von Menschen zu tun,
- für die stark erhöhte Erkrankungsrisiken wissenschaftlich belegt sind
- und zu der wir über die Hilfeeinrichtungen für ihre Eltern auch einigermaßen gut Zugang finden können.

Überdies wissen wir inzwischen viel über die enormen gesellschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen: Behandlungskosten, soziale Transferleistungen, Kosten gesellschaftlicher Produktivitätsverluste. Im Umkehrschluss ist es relativ leicht, die Kosten zu beziffern, die der Gesellschaft erspart bleiben, wenn es gelänge, psychischen Erkrankungen in den nachfolgenden Generationen wirksam vorzubeugen.

Ich bin sicher, das Ergebnis einer solchen Rechnung wäre eindeutig: Prävention bei Kindern psychisch kranker Eltern rechnet sich!

Insofern kann es nur verwundern, dass präventiv ausgerichtete Hilfsangebote für die Hochrisikogruppe Kinder psychisch kranker Eltern nicht längst flächendeckend etablierte und selbstverständliche Bestandteile unseres Sozial- und Gesundheitssystems sind. Sie sind es nicht, meine Damen und Herren, und nicht zuletzt deshalb sitzen wir heute hier zusammen.

Die politische Vertretung des Landschaftsverbandes Rheinland hat im Jahr 2010 ein Förderprogramm aufgelegt, dessen Ziel es ist, die Entwicklung und Verbreitung von Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern zu stimulieren. Das Programm hat sich mittlerweile den Namen KipE^{Rheinland} gegeben.

Im Rahmen von KipE^{Rheinland} werden Netzwerke in neun Modellregionen gefördert und zwar in den Städten Bonn, Köln, Duisburg, Mönchengladbach und Solingen sowie in den Kreisen Euskirchen, Mettmann, Viersen und im Rhein-Sieg-Kreis.

Die geförderten Netze erhalten über einen Zeitraum von drei Jahren Zuwendungen in Höhe von 35.000 € pro Jahr. Das ist zugegebenermaßen pro Region nicht übermäßig viel Geld. Wir hoffen trotzdem, damit auch in Zeiten extrem belasteter öffentlicher Haushalte – insbesondere der Kommunen – einen stimulierenden Beitrag zur Entwicklung von Hilfestrukturen leisten zu können.

Unsere Hoffnung nährt sich daraus, weil mit den Fördermitteln ja kein neues System präventiver Hilfen geschaffen werden muss: Unsere Förderung setzt auf bereits in den Kommunen vorhandene Hilfeangebote und -strukturen auf. Die Mittel sollen insofern nicht grundlegend Neues schaffen – dazu wären sie allerdings auch zu gering bemessen – sondern die Weiterentwicklung vorhandener regionaler Strukturen unterstützen.

Welche Richtung soll diese Weiterentwicklung nehmen? Welche Anforderungen sind also an regionale Hilfesysteme für Kinder psychisch kranker Eltern zu stellen?

Ich will versuchen, dies mit einzelnen zentralen Grundsätzen für die Ausgestaltung von Hilfen zu verdeutlichen:

Grundsatz 1 lautet: Die Gewährleistung von Hilfen für Kinder psychisch kranker Menschen ist in hohem Maße eine Vernetzungsleistung!

Sie erfordert das Zusammenwirken unterschiedlichster Institutionen vor allem der Jugendhilfe und der psychiatrischen Versorgung: Psychiatrische Kliniken und Fachabteilungen, Sozialpsychiatrische Dienste und Zentren, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Angebote flexibler Erziehungshilfen der Jugendhilfeträger, um nur einige zu nennen.

Gute Beispiele aus der Region sind etwa die bereits etablierten Netzwerke in Viersen und Duisburg.

Im **Netzwerk Felix**, das unter Federführung der Arbeiterwohlfahrt im Kreis Viersen aufgebaut wurde, beteiligen sich kreisansässige Träger der Jugend- und Behindertenhilfe sowie aus dem psychiatrischen Bereich an Angeboten für betroffene Kinder und deren Eltern: Dazu gehören Elterntrainings, Gruppenangebote unter fachlicher Anleitung, Flexible Erziehungshilfen, Praktische Hilfen bei der Freizeitgestaltung und Hilfen im Rahmen des Ambulant betreuten Wohnens.

All diese Hilfen werden koordiniert und unterstützt von eigens dafür eingestellten Fachkräften, die auch für betroffene Eltern, Kinder und Jugendliche und Mitarbeiter aus den Einrichtungen und Diensten als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Im **Duisburger Netzwerk** für Kinder psychisch kranker Eltern der örtlichen PSAG leisten vier sozialraumorientierte Netzwerke, die für verschiedene Stadtteile in Duisburg zuständig sind und in denen alle relevanten Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie mit der Jugendhilfe eng kooperieren, einen wesentlichen Beitrag bei der Unterstützung der belasteten Familien.

Erfreulich ist auch die Tatsache, dass es in der Stadt Bonn den geförderten Projektträgern gelungen ist, bereits ein Jahr nach Förderbeginn Vernetzungsstrukturen aufzubauen

und so wichtige Partner wie das örtliche Jugend- und Sozialamt sowie das örtliche Netzwerk Frühe Hilfen in die Arbeit einzubeziehen.

In vielen Regionen ist dieses vernetzte Zusammenwirken also bereits etablierte Praxis. Allerdings ist das Netz der Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern oft noch nicht eng genug geknüpft. Es weist Zuständigkeitslöcher auf, durch die betroffene Kinder und Jugendliche ungeachtet unserer aller Problemwahrnehmung sehr leicht fallen können.

Grundsatz 2 lautet deshalb: Das Netz muss engmaschig geknüpft sein. Unter Verwendung einer gebräuchlichen Metapher könnte man auch sagen: Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern müssen niedrigschwellig sein.

Niedrigschwellig ist inzwischen ja ein gerne und reichhaltig genutztes Wort. Solcherart viel gebrauchter Begriffe laufen Gefahr, dass ihr Bedeutungsinhalt allmählich verblasst.

Ich sage es deshalb einmal so: Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern sollen so ausgerichtet sein, dass auch Menschen sie erreichen, die nicht danach suchen!

Sei es, weil sie gar nicht wissen, dass es so etwas gibt, sei es, weil sie sich nicht trauen oder nicht in der Lage sind, um Hilfe nachzusuchen. Oder sei es, weil sie sich nicht hinreichend bewusst sind, dass Hilfe für sie und ihre Kindern sehr wichtig sein würde.

Eine Voraussetzung für Niedrigschwelligkeit in diesem Sinne ist, dass Elternschaft und Elternbelastungen bei psychisch kranken Menschen dort regelhaft thematisiert werden, wo sie um Hilfe nachsuchen.

Niedrigschwellig heißt – in Verbindung mit der präventiven Zielsetzung – aber auch: Die Hilfen müssen wirksam werden können, bevor aus einem statistischen Risiko ein Fall geworden ist. Das ist aktuell meist noch nicht gewährleistet. Relativ gut funktionieren die Systeme inzwischen, wenn

- psychisch erkrankte Menschen ihre Elternrolle bewusst als zusätzliche Belastung erleben und dementsprechend Hilfebedarf artikulieren,
- das Wohl des Kindes nach allgemeiner Einschätzung gefährdet und eine für das Kind förderliche Erziehung nach Einschätzung von Fachleuten nicht sichergestellt ist
- oder die Belastungen des Kindes gar bereits zu psychischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten geführt haben.

Je diffuser aber die konkreten Belastungs- und Gefährdungsmerkmale sind (weil Belastungen aus der Elternrolle den Betroffenen nicht bewusst sind oder aus Sorge um den Verlust des Sorgerechts verschwiegen werden, weil Kinder noch nicht auffällig geworden sind oder weil sie ihre Belastung still und unauffällig leben), umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Hilfen diese Kinder nicht erreichen. Voraussetzung für Niedrigschwelligkeit ist also ein von der leistungsrechtlich relevanten Definition des Hilfefalls losgelöster zielgruppenspezifischer Präventionsansatz.

Grundsatz 3 lautet: Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern müssen bedarfsgerecht entwickelt sein. Das heißt: Hinsichtlich ihrer Kapazität und Ressourcen so ausgelegt, dass sie dem regionalen Hilfebedarf ausreichend zeitnah gerecht werden können.

Damit das erreicht werden kann, muss **Grundsatz 4** erfüllt sein: Hilfen müssen ausreichend finanziert sein.

Hier allerdings besteht noch erheblicher Entwicklungsbedarf. Die aktuell in vielen Regionen vorhandenen Hilfen halten sich häufig als Projekte mit zeitlich befristeten Finanzierungszusagen über Wasser. Ursächlich hierfür ist, dass zumindest der niedrigschwellig-präventive Teil des Hilfeansatzes in der Logik der verschiedenen Sozialgesetzbücher nicht eindeutig verortbar ist. Also keine eindeutigen Leistungspflichten der Jugendhilfe, der Sozialhilfe, der Krankenkassen oder anderer potentieller Kostenträger auslöst.

Mit seinem Förderprogramm will der LVR einen Impuls dazu leisten, dass das notwendige Leistungsspektrum finanziell besser abgesichert wird.

Vor diesem Hintergrund wurden die Projektträger durch den Förderbescheid dazu verpflichtet, sich aktiv um eine Anschlussfinanzierung zu bemühen.

Wir wissen natürlich, dass unsere Projektträger genauso wenig wie der LVR die gesetzlichen Grundlagen ändern können. Sie können aber vor Ort Überzeugungsarbeit leisten, damit die Jugendhilfe oder andere Kostenträger, die im Gesetz enthaltenen Ermessensspielräume für eine Finanzierung der Angebote weitestmöglich nutzen.

Das ist zugegebenermaßen nur der zweitbeste Weg. Der Beste – also eine gesetzliche Verpflichtung der zuständigen Kostenträger auf einer gesetzlichen Grundlage unter

Einschluss von präventiven Elementen – ist indessen aktuell leider noch Vision. Mit großer Sorge haben wir vor dem Hintergrund der wackeligen Finanzierungsbasis der Projekte in den letzten Monaten mündliche Hinweise aus einigen Regionen zur Kenntnis genommen, dass einzelne Jugendämter zumindest einmal die Idee ventiliert haben, sich aus bisher gewährten Finanzierungen mit Hinweis auf die Projektförderung des LVR, zurück zu ziehen.

Ich kann nur hoffen, dass es sich hierbei um Gerüchte oder reine Gedankenspiele handelt. Öffentlich bestätigt wurden solche Aussagen bisher glücklicherweise nicht. Denn: Ein weiterer Rückzug der örtlichen Jugendhilfe als wesentlich verantwortlicher Kostenträger würde der Intention und Zielsetzung des Programms massiv entgegen laufen.

Meine Damen und Herren, eine weitere Zielsetzung des LVR-Programms ist es, den interregionalen Austausch und Erfahrungstransfer zu fördern. Gerade weil es für Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern noch keine umfassenden rechtlichen Regelungen gibt, wurden in den unterschiedlichen Regionen mit zum Teil viel administrativer Fantasie variierende Modelle und Lösungsansätze entwickelt. Daraus ergibt sich ein fruchtbares Feld für wechselseitige Lernprozesse, die wir im Laufe des Programmzeitraums fördern wollen.

Nutzen wollen wir die vielfältigen Kompetenzen, der in den einzelnen Regionen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch zur Bearbeitung von übergreifenden Fragen im Zusammenhang mit der Implementierung und Weiterentwicklung des Hilfeansatzes.

Vor diesem Hintergrund wurden in 2011 drei übergreifende Workshops durchgeführt. Für die Jahre 2012 und 2013 sind weitere fünf Workshops vorgesehen. Sie dienen dem fachlichen Austausch und der Abstimmung von Arbeitsschritten im Projektverlauf.

Thematisch haben sich die ersten Workshops zunächst mit dem gemeinsamen Arbeitsprogramm, mit konzeptionellen und auch leistungsrechtlichen Fragen auseinandergesetzt. Vorgestellt und erörtert wurden u.a.:

- Zuständigkeiten der Finanzierung von Elterntrainings im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 53 ff SGB VIII
- Leistungen für betroffene Eltern und deren Kinder durch Flexible Erziehungshilfen im Rahmen der Jugendhilfe oder im Rahmen des Betreuten Wohnens als Leistung der

Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behinderungen

- Erfahrungen bei der Bildung einer Kooperationsstruktur in der Stadt Bonn mit Hilfe des geförderten Projektes »JuPs«
- Erfahrungen bei der Netzwerkbildung in Duisburg
- STEP Duo – ein Elterntraining für psychisch kranke Eltern mit Begleiter

Für die weiteren Workshops sind bereits jetzt Themen angemeldet u.a.:

- Rolle und Funktion der psychiatrischen Kliniken im Zusammenhang mit den Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern
- Erfahrungen des Paten-Projektes Köln sowie des Netzwerks Felix im Kreis Viersen
- Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit gesetzlichen Krankenkassen und die weitergehende Prüfung, ob und in welchem Umfang die gesetzlichen Krankenversicherungen Kostenträger für Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern sein können
- Fragen in Bezug auf die Kostenträgerfunktion der Jugendhilfe

Sie sehen: ein vielfältiger Themenkatalog, der sich sicherlich noch weiter ausdifferenzieren wird.

Meine Damen und Herren, eine wesentliche Erkenntnis unseres Programms KipE^{Rheinland} ist bereits jetzt die Vielfalt der Hilfestrukturen vor Ort. Ungeachtet dieser durchaus erwünschten Vielfalt sind wir der Meinung, dass einzelne Einrichtungen und Dienste zwingend in das Hilfesystem gehören.

Hierzu gehören unter anderem die psychiatrischen Krankenhäuser. Denn schließlich sind sie nach wie vor – verzeihen Sie mir die etwas schlampige Charakterisierung – im young-business, also die größten Player in den Regionen. Sei es gemessen an ihrer Finanzkraft, an der Zahl und am professionellen Spektrum der dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder an der Zahl der Patientinnen und Patienten, die dort um stationäre, teilstationäre und ambulante Hilfen nachsuchen. Der LVR als Träger von neun psychiatrischen Kliniken wirkt vor diesem Hintergrund auf eine aktive Beteiligung der LVR-Kliniken in den örtlichen

Netzwerken, aber auch auf die Angebotsentwicklung im Inneren hin.

Bei der Behandlung von Erwachsenen ist damit unter anderem der Prozessstandard verbunden, Fragen der Elternschaft anamnestisch und bei der Behandlungsplanung besonders zu berücksichtigen, Eltern-Kind-Angebote vorzuhalten und bei Bedarf externe Hilfen zu vermitteln. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet selbstverständlich die familiäre Situation der Patientinnen und Patienten und damit auch die Frage psychischer Störungen der Eltern besondere Berücksichtigung. Die LVR-Kliniken halten hier auch besondere Zielgruppenangebote vor.

Darüber hinaus gibt es in den LVR-Kliniken standortspezifisch weitere besondere Angebote. Stellvertretend möchte ich das Elterncafé der LVR-Klinik Köln nennen, das abteilungsübergreifend, wöchentlich, unter Beteiligung jeweils eines Jugendhilfeträgers, an zwei Standorten angeboten wird.

Zum Auftrag an das Projekt KipE^{Rheinland} gehörte auch die Erstellung eines Projektatlanten für das Rheinland. Ziel sollte sein, die bereits erwähnte bunte Landschaft der Hilfestrukturen abzubilden und Orientierung zu geben. Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung wussten wir noch nicht, dass der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. beabsichtigt, einen solchen Projektatlas für das gesamte Bundesgebiet herauszugeben, was wir selbstverständlich sehr begrüßen.

Wir haben deshalb die ursprüngliche Planung eines rheinischen Projektatlantes zugunsten einer Kooperation mit dem Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. bei der Erstellung des Werkes aufgegeben.

Meine Damen und Herren,
mit dem Beschluss zum Förderprogramm »Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern im Rheinland« durch die politische Vertretung des LVR wurde unter anderem auch die Durchführung einer landesweiten Fachtagung beschlossen. Diesen Auftrag lösen wir gerne mit der heutigen Veranstaltung ein. An dieser Stelle möchte ich die teilnehmenden Mitglieder der politischen Vertretung ganz herzlich begrüßen, die uns durch ihre Beschlussfassung überhaupt erst in die Lage versetzt hat, das Programm umzusetzen. Wir freuen uns, dass wir für diese Tagung eine Vielzahl sehr kompetenter Referentinnen und Referenten gewinnen konnten. An dieser Stelle vorab schon einmal einen ganz herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung. Ihre Vorstellung überlasse ich dem Moderator des heutigen Tages, Herrn Mertens, der – neben vielfältigen Aufgaben – auch für die Begleitung des Modellprogramms verantwortlich ist und gemeinsam mit Frau Krämer und Frau Dörter die heutige Tagung vorbereitet hat. Auch dafür einen ganz herzlichen Dank.

Bleibt mir nur noch, mich bei Ihnen für Ihr Interesse und Ihre Aufmerksamkeit zu bedanken und Ihnen einen fruchtbaren, erkenntnisreichen Tag zu wünschen.

Kinder psychisch kranker Eltern – Notwendigkeit von präventiven Hilfen. Ein Überblick



Vielen Dank für die Einladung hier zum Landschaftsverband, vielen Dank, Herr Mertens, für Ihre sehr freundliche Vorstellung meiner Person und für den Kontakt, den wir gerade zu Ihnen in den letzten Jahren haben. Ihre inhaltliche Einleitung zeigt, wie eng der Landschaftsverband mit der Thematik verbunden ist, und das ist überhaupt nichts, was in irgendeiner Weise als normal angesehen werden kann, wenn wir hier über eine Institution sprechen, die sowohl als Leistungserbringer als auch als Kostenträger in Erscheinung tritt und aus meiner Sicht in keiner Weise mit den üblichen Scheren im Kopf arbeitet, wie wir es von anderen Kostenträgern kennen, sondern offen agiert und fachlich kompetent mitreden kann.

Ich habe 60 Minuten Zeit für den Vortrag, vielleicht jetzt schon etwas weniger durch einige Verzögerungen. Wir haben uns vorgenommen, diese Zeit nicht voll auszuschöpfen, sondern hier natürlich auch eine Diskussionsmöglichkeit zu schaffen, im Anschluss. Ich möchte das ergänzen, indem ich Ihnen den Vorschlag mache, wenn Sie Nachfragen haben, direkt nachzuhaken oder mit Kommentierungen zu reagieren. Wir haben hier ja eine Tagung, die mit einem Fachpublikum besetzt ist, so dass wir auch zwischendurch Dinge erörtern können.

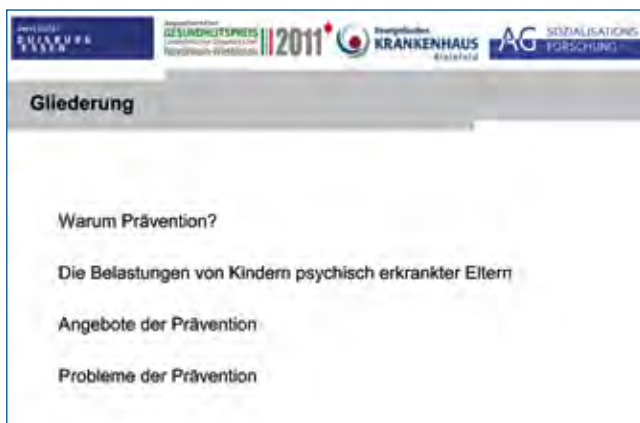
Ich kann mir nicht verkneifen zu sagen, dass Herr Mertens einer unserer ersten Gesprächspartner war, als wir von Bielefeld nach Essen gekommen sind, und als ich ihm sagte, wir seien jetzt nach Essen umgezogen, unterbrach er mich im Satz und sagte: »Herr Bauer, das war kein Umzug, sondern ein sozialer Aufstieg!« So habe ich das Rheinland kennengelernt und in gewisser Hinsicht hat er Recht behalten!

Zur Thematik: Ich habe damit gerechnet, dass wir hier als Fachpublikum direkt einsteigen können und wahrscheinlich nicht zu viel Vorlauf benötigen. Was ich Ihnen als Vorlauf anbiete, ist natürlich das, was wir als Basiswissen einfach benötigen. Der Fokus ist Prävention, die Bedingungen für präventives Handeln, die Möglichkeit mit Prävention etwas zu verhindern, was wir in der ganzen Debatte befürchten, nämlich dass Kinder, die gesund und unbeschädigt aufwachsen sollen, durch die Erkrankung eines Elternteils beeinträchtigt werden. In diesem Sinne sprechen wir im engeren Sinne von primärer Prävention. Wir schützen Kinder, die noch unauffällig sind. Sie wissen, es gibt andere Präventionsarten, die sekundäre Prävention, die tertiäre Prävention, die immer automatisch mitgedacht werden, wenn man in diesem Themenfeld arbeiten will. Denn eine völlige Unversehrtheit in Familien, in denen eine solche Belastung aufkommt, kennen wir eigentlich gar nicht. Das heißt, dieser wissenschaftliche Diskurs über Prävention, den wir führen, in dem Prävention das völlige Unbeschädigtsein bedeutet, ist wahrscheinlich eine Bedingung, die wir in der konkreten Anwendung für Kinder psychisch erkrankter Eltern gar nicht vorfinden. Dies ist nur ein Hinweis, den ich geben möchte.

In der Vorbereitung auf den heutigen Vortrag, in der Bearbeitung des Projektes, das wir »KANU – Gemeinsam weiterkommen« nennen, ist ein anderer Gedanke aufgekommen. Wir reden sehr viel über Prävention, ich komme selbst aus dem Präventionsbereich, aus dem Bereich der schulischen Prävention für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche und ich habe da etwas gelernt, was sich heute aktualisiert: Prävention fängt nicht dort an, wo wir unsere Zielgruppen aussuchen. Prävention fängt bei denen an, die Prävention machen. Also bei uns. Wenn wir präventiv arbeiten wollen, müssen wir erstmal präventiv mit uns selbst umgehen. Und das bedeutet, so viel wie möglich von dem, was wir machen, zur Verfügung stellen; so intensiv wie möglich stabile Strukturen schaffen, damit nicht alle immer wieder von vorne anfangen, wenn Prävention in einem Feld begonnen wird. Ich glaube, der Landschaftsverband denkt bereits in diese Richtung. Viele Träger aber überhaupt nicht. Warum das ein Problem ist, möchte ich noch aufzeigen.

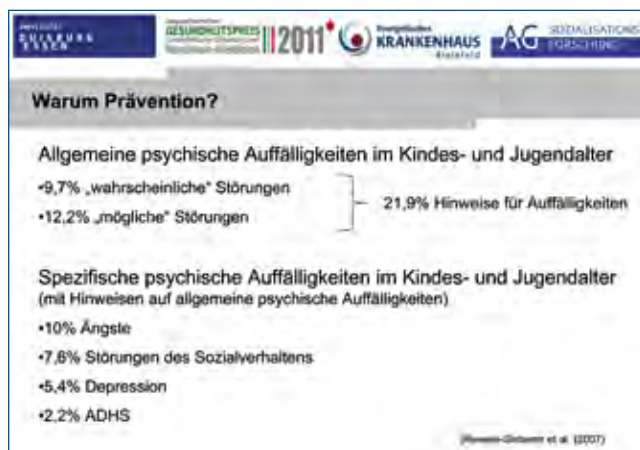
Genug der Vorrede, das, was ich Ihnen vorstellen möchte, ist in vier Abschnitte unterteilt: Das Erste ist ein kurzer Überblick zur Thematik, den ich überschrieben habe: Warum Prävention? Das Zweite sind die Belastungen von Kindern

psychisch erkrankter Eltern, die wir kennen und über die wir kurz sprechen wollen. Das Dritte sind die Angebote der Prävention, über die wir heute allgemein sprechen wollen. Und der für mich wichtigste Abschnitt behandelt die Probleme der Prävention und hier, glaube ich, haben wir auch den größten Diskussionsbedarf, wenn wir fragen, wie Prävention nicht laufen sollte.



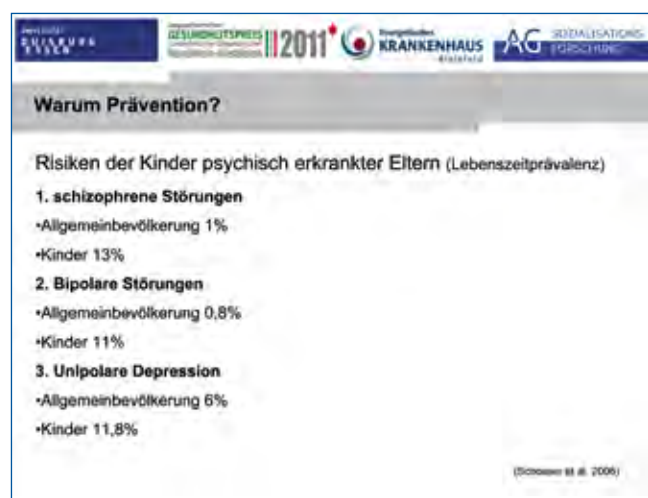
Warum Prävention?

Meine erste präventive Frage an Sie: Können Sie mich verstehen? Ich habe die ganz klare Tendenz, leiser zu werden. Wenn ich das tue, bitte sofort melden.



Warum Prävention? Das, was wir wissen, kommt aus vielen wissenschaftlichen Studien, die die meisten unter Ihnen bereits kennen. Wir haben dabei natürlich auch viel Wissen über psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, die wir relativ universal für Gesellschaften beschreiben können, je nachdem wie differenziert. Dabei haben mögliche Störungen im Kindes- und Jugendalter eine lange Latenzphase, es gibt mit rund 22% Hinweise auf Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, die temporär auftreten und meistens keinen chronischen Charakter haben. Die häufigsten

Störungen, die wir beschreiben können, sind Störungen des Sozialverhaltens, Depression oder ADHS. Dabei ist der für uns wichtige Punkt heute schon genannt worden. Das Erkrankungsrisiko steigt in einer Hochrisikogruppe, also Kinder, die mit psychisch erkrankten Eltern zusammen leben. Wir haben differenzierte Erkrankungsrisiken in der Allgemeinbevölkerung für bestimmte Erkrankungen, die niedrig sind, bei den Kindern von betroffenen Erwachsenen aber exponentiell erhöht.



Etwas Ähnliches zeigt sich bei bipolaren Störungen, die insgesamt noch seltener vorkommen, wenn wir uns die Lebenszeitprävalenzen ansehen, die bei den Kindern aber sehr stark erhöht sind, wenn sie aus den betroffenen Familien stammen. Die Daten, die wir hier aufführen, entstammen Studien, die methodisch gut kontrolliert sind, unter anderem die NEMESIS-Studie zur 12-Monatsprävalenz. Sie beschreibt, dass Kinder von psychisch erkrankten Eltern ein sehr hohes Risiko tragen, eine Erkrankung auszubilden und ein knapp drei Mal so hohes Risiko für zwei oder mehrere Störungen. Aus dieser Studie wissen wir auch, dass 33% der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer mit einem psychisch erkrankten Elternteil mindestens eine psychische Störung aufweisen gegenüber nur 19% ohne betroffene Eltern. Circa 61% der Kinder von Eltern mit einer affektiven Störung entwickeln im Laufe ihres Lebens selbst Auffälligkeiten oder psychische Störungen und das ist ein relativ bekannter Befund.

Wenn wir krankheitsspezifisch differenzieren, dann leben circa 270.000 Kinder mit einem schizophren erkrankten Elternteil zusammen und circa 1.230.000 mit einem affektiv erkrankten Elternteil. Wir orientieren uns seit vielen Jahren

Warum Prävention?

- In Deutschland leben ca. 270.000 Kinder mit einem schizophrenieerkrankten Elternteil und ca. 1.230.000 Kinder mit einem affektiv erkrankten Elternteil zusammen
- Insgesamt gibt es in etwa 3 Mio. Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil

(Bebbington 2000, Lenz 2005, Wittchen & Jacobi 2005)

Warum Prävention?

Risiken der Kinder psychisch erkrankter Eltern

Allgemeine Störungsanfälligkeit (NEMESIS-Studie: 12-Monatsprävalenzen)

- 2,84-fach erhöhtes Risiko für zwei oder mehr Störungen
- 33,2% der Studienteilnehmer mit (vs. 19,2% ohne) psychisch erkrankten Eltern hatten mindestens 1 psychische Störung

(Bjork et al. 1990)

- ca. 61% der Kinder von Eltern mit einer affektiven Störungen entwickeln im Laufe ihres Lebens selbst Auffälligkeiten oder psychische Störungen

(Biederman et al. 1998)

an einer Zahl, die wir als konservative Schätzung beschreiben, danach leben 2,5–3 Millionen Kinder und Jugendliche mindestens temporär mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammen. Das ist eine enorm hohe Zahl, die wir als konservative, also als vorsichtige Schätzung beschreiben. Ich bin vorsichtig mit solchen großen Zahlen, nehme sie aber trotzdem ernst, weil sie etwas veranschaulichen. Nämlich, wie groß die Problemgruppe eigentlich ist. Meine Frage an Sie darum einmal ganz kurz zwischendurch. Bei geschätzten 3 Millionen Kindern und Jugendlichen, was meinen Sie, wie viele Schülerinnen und Schüler haben wir in Deutschland in den Sekundarstufen I und II eigentlich? Geben Sie bitte mal eine Schätzung ab.

[Diskussion]

Ich habe nach dem Bereich Sekundarstufe I und II gefragt und dort haben wir ungefähr 11 Millionen Schülerinnen und Schüler. Der Punkt, um den es dabei geht, ist folgender:

Rund ein Viertel der Schülerinnen und Schüler kennt die Problematik psychisch erkrankter Eltern also aus eigener Erfahrung. Wir machen in Essen in der Universität Erfahrungen in der Lehrerbildung, aber niemand kennt dieses Thema, obwohl so viele Schülerinnen und Schüler betroffen sind. Keiner kennt sich damit aus! Weder die Kollegen, die seit Jahren in der Lehrerbildung tätig sind, noch diejenigen, die von außen kommen. Niemand kennt es, obwohl sie täglich damit zu tun haben. Manchmal ahnen sie, manchmal hören wir Pauschalurteile: »Die Mutter tickt nicht richtig!« Aber sie wissen nicht ein bisschen mehr darüber. Die Gruppe, die täglich mit allen Schülerinnen und Schülern zu tun hat, weiß fast nichts. Für mich ist es im Laufe meiner Tätigkeit zu einem schleichenden Skandal geworden und ich ertrage es kaum, dass diese Curricula-Diskussion, die wir führen in der Lehrerbildung, das Thema der psychisch erkrankten Eltern so weit vernachlässigt. Weil wir hier eine so starke Einschränkung haben, in dem was Kinder und Jugendliche leisten können, in einem System, das so viel verlangt. Dass wir ohne eine Sensibilisierung in diese Richtung gar nicht auskommen, ist wohl evident. Und seitdem wir seit ungefähr zweieinhalb Jahren Lehrerbildung in Essen mitmachen und wir in unseren Lehrveranstaltungen dieses Thema aufgenommen haben, kommen Studierende, die dann in das praktische Lehramt gehen, zu uns und sagen: »Ich bin froh, dass ich das bei Ihnen gemacht habe.« Sie kommen wieder in die Universitäten und sagen »Danke!«. Ich glaube, größer kann der Hinweis gar nicht darauf sein, wie virulent diese Problematik ist und wo sie überall auftaucht. »Warum Prävention?« liegt damit auf der Hand.

Die Belastungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern

Das ist der erste kurze Einführungsabschnitt, mit dem ich Sie konfrontieren wollte. Das zweite ist: Welche Belastungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern kennen wir, worüber sprechen wir? Hier haben wir auch wieder eine gewisse Typik in der wissenschaftlichen Diskussion, die wir abarbeiten können. Seit Jahren ergänzen wir hier nur noch relativ wenig. Eine Typik der Belastung, über die wir sprechen, ist die Angst vor Stigmatisierung, die vor allem von den Eltern ausgeht. Sie führt zu einem Verschweigen, zu unterschiedlichen Etikettierungen der eigenen Erkrankung, führt zu einem Vertuschen, zu Redeverböten gegenüber den eigenen Kindern und damit häufig genug zu einem sozialen Rückzug. Ich glaube noch immer nicht, dass dieses Phänomen des sozialen Rückzugs typisch für alle Eltern ist. Ich glaube, es

ist typisch für Eltern einer ganz bestimmten Gruppe: Eine Gruppe von Eltern, die auch in anderen Belangen nicht gut über sich selbst reden kann, aber dazu später ausführlicher.

The slide is titled "Die Belastungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern" and lists several categories of stressors:

- **Schuld und Ängste der Kinder**
 - Angst vor Krankheitsrückfall/-verschlechterung
 - Eigene Schuldzuschreibungen
 - Angst vor elterlichen Sanktionen
- **Rollenumkehr (Parentifizierung)**
 - Haushaltsaufgaben übernehmen
 - Geschwister versorgen und betreuen
- **Familiäre Konflikte**
- **Unzureichende Aufmerksamkeit/Betreuungsdefizit**
- **Unverständliches/bedrohliches Verhalten**
- **Zu hohe elterliche Erwartungen**

This slide continues the list of stressors for children of mentally ill parents:

- **(Elterliche Angst vor) Stigmatisierung**
 - Verschweigen
 - Etikettieren
 - Verbieten
 - Sich sozial zurückziehen
- **Stigmatisierung: Auswirkungen auf die Kinder**
 - Keine Freunde finden
 - Diskriminiert werden
 - Abgewertet werden
 - Nicht/kaum über die elterliche Erkrankung mit Freunden sprechen

Ein zweiter Bereich ist die Stigmatisierung, Angst vor Stigmatisierung, die konkrete Auswirkungen auf die Kinder hat. Die Angst davor, dass die Kinder geschädigt werden und die Eltern haben selbst Angst davor. Es sind also nicht nur Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und »gute« Menschen, die sagen: »Die Kinder werden beschädigt.« Die Eltern wissen es selbst! Es lastet ein enormer Druck auf den Eltern, weil sie glauben, dass ihre Erkrankung für die Kinder eine Beschleunigung von Nachteilen, Intensivierung von Nachteilen darstellt. Hierzu verfügen wir gerade im anwendungsorientierten Diskurs über viel Wissen. Herr Lamers ist da, der diese Problematik aufnimmt mit seinem Elternbildungskurs. Das ist eine Herausforderung, den Eltern hier eine gewisse Angst zu nehmen vor der Stigmatisierung und auf diese Weise die Lebenslage zu normalisieren. Das

typische Stigmatisierungsphänomen, dabei sozial abgewertet zu werden, ist etwas, das mich sehr interessiert, weil ich das Gefühl habe, dass dieses Gefühl, als »unnormal« angesehen zu werden, fast schlimmer ist als die Belastung durch die Erkrankung, die ja sehr differenziert sein kann. Aus der Eltern- und Kinderperspektive kennen wir hier sehr unterschiedliche Phänomene.

Die Kinderperspektive, die wir selbst bearbeiten, ergibt sehr differenziert die Schuld und Angststruktur. Ich habe hier einige Stichworte aufgenommen: die Angst vor Krankheitsrückfall oder Verschlechterung, eigene Schuldzuschreibungen etc. Das ist etwas, was denjenigen irrational vorkommt, die die Forschung in diesem Bereich nicht kennen: Die Kinder schreiben sich die Schuld für die Erkrankung der Eltern oder für Rückfälle selbst zu. Sie nehmen ihre tragende Rolle in der Familie wahr und glauben durch ihr Verhalten würden sie den elterlichen Krankheitsverlauf steuern. Dadurch übernehmen sie viel, zu viel, Verantwortung. Das ist aber etwas, was man nur beschreiben kann, wenn man die Kinder befragt.

Die Angst vor der elterlichen Sanktion ist fast ein Spezialfall, bedrängt die Kinder aber sehr. Der typische Fall der Belastung, über den wir sprechen, ist die Parentifizierung, die Rollenumkehr, die Übernahme von elterlichen Pflichten und eigentlich elterlicher Rollenzuschreibungen, bei der die Kinder zu Erwachsenen und die Erwachsenen zu Kindern werden. Die Kinder sind sehr schnell dazu gezwungen erwachsen zu werden, weil die Eltern als Erwachsene ausfallen. Häufig werden elterliche Pflichten übernommen. Ich habe den Eindruck, dass es sich hier um die am wenigsten sichtbare Form der Belastung handelt. Weil diese Kinder so schnell erwachsen werden, fallen sie nicht auf und das ist wahrscheinlich auch im schulischen Bereich der Fall. Diese Kinder wollen in der Schule gar nicht auf ihre Erkrankung aufmerksam machen und akkumulieren auf diese Weise noch Belastungen (durch Strategien des Verheimlichens etc.), weil sie in einem zentralen Lebensbereich, der sie berührt, überhaupt keine Kompensationsmöglichkeit haben.

Andere Belastungen, die ich hier nur noch in Stichpunkten nenne, sind die familiären Konflikte, die unzureichende Aufmerksamkeit und ein Betreuungsdefizit, das wir bei vielen chronischen Erkrankungen kennen. Dazu kommt ein häufig unverständliches bedrohliches Verhalten, das von

den Kindern wahrgenommen wird. Die Krankheit wird dabei meistens nicht erkannt, sie wird von den Kindern zwar irgendwie bearbeitet, manchmal auch in ihren Konsequenzen kontrolliert, aber nicht diagnostiziert. So existieren sehr einfache Krankheitsvorstellungen, die das elterliche Verhalten, das als verändert wahrgenommen wird, mit Bedeutungen besetzen, manchmal mit ganz dubiosen Vorstellungen über das, was sich in den erkrankten Elternteil hineinschleicht bzw. den Elternteil verändert hat. Und hiermit entsteht eine subjektiv wahrgenommene Bedrohung, die häufig sehr viel größer ist als die reale Diagnose.

Die Belastungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern

Multifaktorielle Ätiologie

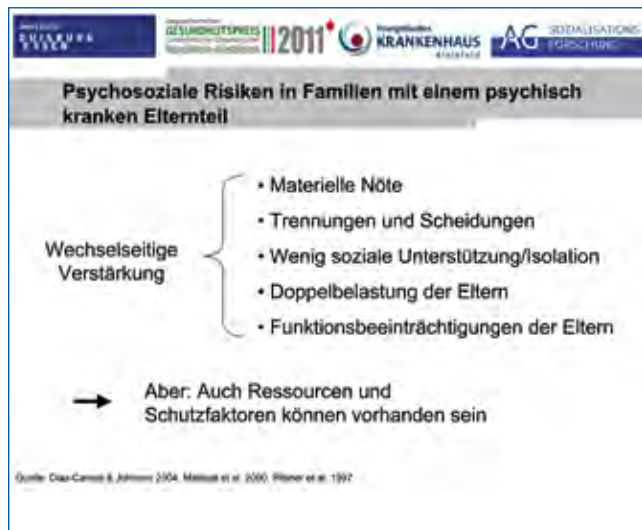
- Persönlichkeitsmerkmale
- Toxische Einflüsse
- Genetische Prädisposition
- Psychosoziale Risikofaktoren**



In der Ätiologie, der Lehre von den Ursachen, der hohen Krankheitsrisiken unter den Kindern lassen sich diesbezüglich noch einmal Ebenen unterscheiden: (1) Wir sprechen in sozialpsychologischer Hinsicht von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, die Risiken speichern. (2) Wir haben immer noch die Diskussion über toxische Einflüsse, die wir fast

marginalisieren können und (3) wir haben die genetischen Prädispositionen und die psychosozialen Risikofaktoren, über die wir eben schon gesprochen haben. In der populären Diskussion, die wir führen, verdichtet sich das Ursachengeflecht auf die Gegenüberstellung von genetischen Risiken auf der einen Seite und psychosozialen Risiken auf der anderen Seite. Von dort aus meinen wir die kindliche Entwicklung beschreiben zu können. Ich habe ein großes Problem damit, weil ich parteiisch bezüglich der Einschätzung der Wirkung genetischer Risiken bin. Der Grund ist folgender: Wir finden auch in der originär psychiatrisch geführten Diskussion immer stärker den Rückgang der generellen Annahme, nach der die Genetik ein ausschlaggebender Faktor für die Entstehung einer psychischen Erkrankung ist. Die genetische Komponente ist damit natürlich noch vorhanden; wir haben hier immer krankheitsspezifisch-genetische Risiken, aber der Diskurs über die vergangenen 20 Jahre zieht sich von der früheren Annahme einer Dominanz der genetischen Risiken immer weiter zurück. Eine reine genetische Verursachungstheorie ist damit nicht mehr zu halten.

Ein weiterer Punkt in diesem Zusammenhang beinhaltet, dass genetische Risiken niemals ohne die Interaktion mit psychosozialen Risiken wirken. Auch hier liegen aus der genuin medizinischen und psychiatrischen Diskussion immer mehr Erkenntnisse darüber vor, wie stark diese Interaktion ein genetisches Potential hat, also die genetische Disposition beeinflusst. Auch dies, die Erkenntnis einer Interaktion zwischen genetischen und psychosozialen Einflüssen, ist ein zentraler Faktor, der die genetischen Risiken in der Diskussion immer weiter zurückdrängt. Sehr wichtig ist zudem ein weiterer Punkt für uns, wenn wir über Prävention reden: Genetische Risiken können wir nicht isolieren, genetische Risiken können wir damit im Bereich der Prävention praktisch überhaupt nicht berücksichtigen. Insofern haben wir, wenn wir über genetische Risiken sprechen, eigentlich eine mehr oder weniger »sinnlose« Diskussion. Wir müssen demgegenüber über die Faktoren sprechen, die wir verändern können und die wir verändern wollen. Und hier sprechen wir nicht über eine genetische Ausstattung, hier sprechen wir natürlich über Belastungs- oder Entlastungsfaktoren, die auf der Seite der psychosozialen Belastungen angesiedelt sind. Deswegen ist unser Vorschlag in der Diskussion, in der wir über Prävention sprechen, natürlich über die psychosozialen Risiken zu sprechen und die Möglichkeiten hier zu intervenieren.



Bei den psychosozialen Risiken finden wir zudem Faktoren, bei denen wir zusätzlich noch von einer wechselseitigen Verstärkung ausgehen müssen. Ich habe sie hier einmal genannt, man müsste eigentlich dazu schreiben, dass hier immer nur eine Auswahl der Faktoren benennbar ist, die auf der psychosozialen Ebene eine Rolle spielen können. Materielle Nöte, Trennung und Scheidung der Eltern und viele weitere Faktoren spielen eine Rolle in dem Beziehungsgefüge einer Familie, z.B. wenig soziale Unterstützung bis hin zur Isolation, die Doppelbelastung der Eltern durch Erkrankung und Erziehungsarbeit, die Funktionsbeeinträchtigung der Eltern. Die elterlichen »Funktionseinschränkungen« bedeuten, dass Eltern nicht mehr »als Eltern« reagieren können. Aber das beinhaltet nicht nur einen Defizitblick, den wir hier verwenden, wir schauen natürlich auch auf Potentiale, die in den Familien entstehen können. Nicht alle Familien, in denen ein Elternteil erkrankt ist, sind also »Defizit-Familien«. Es gibt in den Familien auch die inzwischen

erkannte Potenz, dass sich Ressourcen herausbilden durch eine Erkrankung. Es gibt Ressourcen, die eine Erkrankung überstehen können, die dann vorhanden bleiben und wirken. Hier in der Abbildung sind sie benannt als Schutzfaktoren.

Wir haben also nicht nur Systeme, die pathologisch sind und defizitär. Es sind auch Systeme, die sehr stabil sein können und die Resilienz hervorbringen können. In der Art, in der wir die Interaktionserfahrungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern thematisieren, sieht es ungefähr so aus: Wir haben ein Interaktionsgefüge, in dem das Kind, das uns interessiert, in den Mittelpunkt gestellt wird, die Pfeile symbolisieren Interaktionen und wir haben ein Interaktionsgefüge mit den Eltern mit den Geschwistern, meistens auch mit den Peers – hierbei sprechen wir von der nahräumlichen Umwelt der Heranwachsenden, die hierin ein bestimmendes sozialisatorisches Gefüge vorfinden. Davon abgegrenzt haben wir ein erweitertes sozialisatorisches Gefüge, in dem immer noch gehandelt wird, das können verwandschaftliche Netzwerke und Bezüge sein, das können aber auch Bekannte sein, das engere Wohnumfeld, die Schule etc. Insgesamt sind dies Interaktionsgefüge, die für Präventionsangebote besonders gut ansprechbar sind, weil sie am häufigsten und weil sie am intensivsten die Belastungen und Bewältigungsressourcen der Kinder beeinflussen. Im Hintergrund gibt es andere Faktoren, die wir in der Analyse der Belastungssituationen zumeist nicht berücksichtigen. Hierauf möchte ich zu sprechen kommen. Wir haben Faktoren, die ein nahräumliches Umfeld genau wie das erweiterte nahräumliche Umfeld sehr stark prägen. Das ist das vorhandene ökonomische Kapital und das ist das vorhandene kulturelle und soziale Kapital. Wir haben hier Faktoren, die die Ressourcenausstattung und damit die Potentiale der Belastungsentstehung und -bewältigung sehr stark beeinflussen und damit werden diese Potentiale moderiert, das heißt, sie werden sehr stark beeinflusst. Wir haben also keine typischen »elterlichen« Milieus. Wir haben Milieus, die sich danach unterscheiden, wo sie sozialstrukturell verortet sind. Wir haben ganz unterschiedliche Hilfefotentiale in den Familien, je nachdem über wie viel ökonomisches und kulturelles Kapital sie verfügen. Wir haben Familien, die sich nicht trauen zu einem Arzt zu gehen, weil sie nicht wissen, wie sie über ihre Erkrankung sprechen sollen; wir haben Familien, die nicht zu Arzt gehen, weil sie keinen Termin bekommen. Wir haben völlig unbekannte, völlig umgekehrte Phänomene bei denjenigen, die unsere, also die bildungs-

nahen Milieus repräsentieren, die selbstreflektiert mit einer solchen Erkrankung umgehen können, die das Hilfesuchen gewohnt sind und in dem Moment der Belastung als kompetente Nutzerinnen und Nutzer von Versorgungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem profitieren.

Ich habe jetzt schon einmal zur Präventionsperspektive gewechselt, die beinhaltet, dass diese ressourcenstarke Gruppe in jeder Hinsicht enorm wichtig ist und sie braucht jede Hilfe, die sie bekommen kann. Diese Gruppe ist aber meistens schon selbst kompetent genug, um an Hilfeangebote zu gelangen. Wenn wir über Prävention sprechen, sprechen wir also nicht über potentielle Angebote für Bedürftige, sondern wir sprechen, das werden wir gleich thematisieren, immer darüber, wie wir eigentlich die Gruppen erreichen, die schwer ansprechbar sind. Und hier gibt es einige gute Hinweise darauf, dass nicht nur die Faktoren im engeren Umfeld, sondern eben auch die häufig gar nicht beachteten Faktoren im erweiterten Umfeld, einen Einfluss auf das haben, was wir als Kompetenzentwicklung oder die Entwicklung von Widerstandspotenzial gegen die Belastungen einer Familienerkrankung beschreiben können. Hier ist unsere Arbeitsgruppe in Essen überhaupt noch nicht weit genug, um zu sagen, wie sich diese Interaktionseffekte in bestimmte Profile der Ausbildung von Kompetenz übertragen lassen. Das ist sicherlich etwas, das wir uns für die Zukunft wünschen, damit wir auch in diesem Forschungsbereich verlässliche Aussagen darüber treffen können, wo Ansätze sind, die als Scharniere dienen, um stabile Beziehungen, um Stabilität in den Biographien herzustellen, um wiederum ungünstige Effekte einer unzureichenden Ressourcenverfügbarkeit zu kompensieren.

Angebote der Prävention

Ich möchte damit, nach diesem ganz kurzen Blick auf die Belastungen der Kinder und Jugendlichen, auf das kommen, was wir als verfügbare Angebote der Prävention beschreiben können. Wenn Sie erlauben, bin ich hier etwas schneller (weil es ein Überblick über Angebote ist, die Sie zum Teil kennen, zum anderen Teil hier auch sehr gut abrufen können). Wir haben die Möglichkeit, über die Speicherung dieser Vorträge allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieses Material zugänglich zu machen. Darauf möchte ich gerne zurückgreifen, damit wir vielleicht bei den einzelnen Präventionsangeboten, die wir einfach in die Diskussion hineinbringen müssen, trotzdem nicht zu viel Zeit verlieren.

Die wissenschaftliche Ausrichtung, die wir im Präventionsbereich erleben, lebt von einem Boom, der in den 1990er Jahren entstand, der das Thema Prävention und Gesundheitsförderung umfasst und eigentlich neben dem Bereich der psychiatrischen Versorgung gelagert ist. Populäre Ansätze der Prävention greifen zurück auf ein multifaktorielles Gesundheitsmodell, das in den 1980er Jahren entwickelt und was in den darauf folgenden 90er Jahren popularisiert wurde. Dies ist das sogenannte Belastungs-Bewältigungs-Paradigma. Mit diesem ist die inhaltliche Kernannahme verbunden, dass Belastungen immer nur so stark empfunden werden wie die Bewältigungsressourcen derjenigen, die sie erfahren, eine Kompensation zulassen. Gesundheit wird hiernach als Balancezustand verstanden, Gesundheit kann nie vollständig hergestellt werden und Gesundheit ist mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit und die zugrunde liegende Idee ist, dass sich belastende Faktoren in der individuellen Lebensführung mit den entlastenden oder Schutzfaktoren in einem Balancezustand befinden müssen.

Prävention – die wissenschaftliche Ausrichtung

Basis

- multifaktorielles Gesundheitsmodell der WHO
- Belastungs-Bewältigungs-Paradigma
- Gesundheit als „Balancezustand“

Prävention im individuellen Zuständigkeitsbereich

- der einzelne wird zum Subjekt der Gesundheitsförderung



In dem Moment, in dem wir von Balance sprechen und den Potenzialen der Gesundheitsförderung, sind wir automatisch bei der Perspektive des Einzelsubjektes, das zum Gegenstand von Gesundheitsförderung wird. Wir sprechen viel weniger über gesundheitsförderliche Strukturen, viel mehr über gesundheitsförderliche Kompetenzen und das Modell des gesundheitlichen Risikoverhaltens, das ich in der Abbildung folgendermaßen zusammengefasst habe: Es gibt bestimmte Entwicklungsanforderungen und Belastungspotenziale; wenn zur Bewältigung dieser Belastungspotenziale keine Kompetenzen vorhanden sind, dann haben wir ein Ausweichverhalten im Jugendalter, das Suchtverhalten steht dafür prototypisch. Eine Alternative ist das Problemverhalten, das wir von den Kindern psychisch erkrankter Eltern kennen. Wenn Ausweichverhalten einsetzt, haben wir meistens keine Lösung von Belastungen oder Entwicklungsanforderungen, sondern es setzt häufig sogar ein Belastungsanstieg ein, weil zu den ungelösten Anforderungen neue Anforderungen und Belastungen hinzukommen, die durch das Ausweichverhalten provoziert werden. Hierdurch haben wir Konflikte im sozialen Umfeld, alte und neue Anforderungen kumulieren und erhöhen die Belastung. Das ist ein Kreislauf, in dem einmal eingetreten, gerade für die Kinder psychisch erkrankter Eltern, ein Teufelskreis beginnt. Sie kommen aus einer Situation, in der sie sich eingeschränkt fühlen, in Situationen, in denen sie eingeschränkt sind, weil sie zudem über ihr Ausweichverhalten immer mehr Belastungen anhäufen. Die WHO hat daraufhin ein Konzept entwickelt, das wir heute als Skill-Förderung bezeichnen: Die Förderung von individuellen Kompetenzen und Fähigkeiten, um belastende Ereignisse zu bewältigen.

Prävention heute

- Interpersonale Kompetenzen**
 - Verbale/nonverbale Kommunikationsfähigkeit
 - soziales Konfliktmanagement
 - Empathie-/Kooperationsfähigkeit
 - Ambiguitätstoleranz
- Internale Problemverarbeitungs-kompetenzen**
 - stabile Ich-Identität
 - Kontrol-/Selbstwirksamkeitüberzeugungen
 - Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein
 - Selbstbeurteilung/Selbstbeobachtung
 - erfolgreiches Emotionsmanagement (z.B. Angstbewältigung)
 - erfolgreiches Stressmanagement
- Personale Problemlösekompetenzen**
 - Informationsbeschaffung
 - Entscheidungsfähigkeit
 - Antizipationsfähigkeit (von eigenen und fremden Handlungskonsequenzen)
 - Kritikfähigkeit (gegenüber eigenen Handlungs-routinen und fremden Handlungserwartungen)

Life Skills in der Gesundheitsförderung in Anlehnung an UNICEF/WHO 2002

Wie die WHO Anfang der 2000er Jahre sehr klug das Paradigma der Gesundheitsförderung an das Paradigma der Prävention angedockt hat, kann ich hier nur im Schnelldurchlauf anfügen. Es ist indes wichtig, weil wir an diese Grundkonzeption in unserem Diskurs über Prävention für Kinder psychisch erkrankter Eltern andocken. Wir müssen also unterschiedliche Bereiche der Kompetenz fördern: Etwa interpersonale Kompetenzen, also Kompetenzen, die sich auf das Interagieren miteinander konzentrieren. Wir sprechen von internalen Problemverarbeitungs-kompetenzen, hier haben wir eher psychometrische Indikatoren, Fähigkeiten, die wir ableiten aus einer sehr psychologisch

Prävention – die wissenschaftliche Ausrichtung

- Basis Skillförderung**

„Life skills are abilities for adaptive and positive behaviour that enable to deal effectively with the demands and challenges of everyday life. In particular, life skills are a group of psychosocial competencies and interpersonal skills that help people make informed decisions, solve problems, think critically and creatively, communicate effectively, build healthy relationships, empathize with others, and cope with managing their lives in a healthy and productive manner. Life skills may be directed toward personal actions or actions towards others, as well as to actions to change the surrounding environment to make it conducive to health.“ (UNICEF/WHO 2002: 15)



orientierten Forschung, die danach fragt, wann Kinder stabil sind, die Stabilität beeinträchtigt wird etc. Ich habe hier ein paar Hinweise darauf gegeben, was als interne Problemverarbeitungs-kompetenz verstanden wird. So die Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, das Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein etc. Und zuletzt die sogenannten personalen Problemlösekompetenzen. Sie stellen etwas ganz Entscheidendes auch in unserer Präventionsarbeit dar, so die Fähigkeit, Informationen zu beschaffen, Antizipationsfähigkeit, die Kritikfähigkeit in so einem konflikthafte Gefüge wie den Familien mit einem erkrankten Elternteil bestehen zu können etc. Das sind drei unterschiedliche Ebenen, die wir ansprechen, wenn wir von Skill-Förderung im neueren Paradigma der Gesundheitsförderung und Prävention sprechen. Angebote der Prävention, die wir im Bereich Kinder psychisch erkrankter Eltern haben, richten sich nach diesen Vorgaben der WHO, die vor zwei bis drei Jahrzehnten entwickelt und seitdem immer weiter präzisiert wurden.

Für den Angebotsüberblick der Prävention, die unsere Arbeitsgruppe entwickelt hat, hier ganz knapp ein Schema, mit dem ich den Überblick strukturieren möchte: Wir haben Präventionsangebote allgemeiner Art differenziert in die sogenannte fallbezogene und fallübergreifende Prävention, wobei die fallbezogene Prävention unterscheidet zwischen kind- und familienbezogener Intervention. Und das ist ungefähr auch das Raster, mit dem ich Ihnen ganz kurz vorstellen möchte, was wir im Präventionsbereich unterscheiden können.

Logo: UNIVERSITÄT WÜRZBURG, GEMEINSCHAFTLICHES KRANKENHAUS WÜRZBURG, AG SOZIALISATIONSFORSCHUNG

Fallbezogene Prävention im Kindes- und Jugendalter (International)

Projektname	Zielgruppe	Wirksamkeit
SMILES (Australien)	8 bis 16 Jahre	Evaluation liegt vor
Positive Connections (USA)	8 bis 13 Jahre mit emotionalen Problemen	Evaluation liegt vor

- Logo: UNIVERSITÄT WÜRZBURG, GEMEINSCHAFTLICHES KRANKENHAUS WÜRZBURG, AG SOZIALISATIONSFORSCHUNG
- Evaluationsergebnisse fallbezogener Prävention im Kindes- und Jugendalter (International)**
- Das Beispiel des Programms „Positive Connections“:**
- Wissenszunahme über psychische Erkrankungen
 - Steigerung des Selbstbewusstseins
 - Verbesserung kommunikativer Fähigkeiten und des Ausdrucks von Gefühlen
 - Höhere Kontrollüberzeugung
 - Verbesserte Akzeptanz in der Familie

Logo: UNIVERSITÄT WÜRZBURG, GEMEINSCHAFTLICHES KRANKENHAUS WÜRZBURG, AG SOZIALISATIONSFORSCHUNG

Fallbezogene Prävention im Kindes- und Jugendalter (national)

Projektname	Zielgruppe	Wirksamkeit
KIPKEL	5 bis 17 Jahre	Nicht evaluiert
Auryn-Gruppen	4 bis 16 Jahre	Nicht evaluiert
Kleine Angehörige	8 bis 14 Jahre	Nicht evaluiert
Sonne-und-Wolken-Gruppe	> 1 Jahr stationärer Aufenthalt	Nicht evaluiert

Logo: UNIVERSITÄT WÜRZBURG, GEMEINSCHAFTLICHES KRANKENHAUS WÜRZBURG, AG SOZIALISATIONSFORSCHUNG

Fallbezogene Prävention für Familien (national)

Projektname	Zielgruppe	Wirksamkeit
FIPS - Familien in psychischer Notlage	Familien mit psychisch kranken Eltern und Kindern < 18	Evaluation liegt vor
CHIMPs – Children of Mentally Ill Parents	Familien mit psychisch kranken Eltern und Kindern < 18	Evaluation liegt vor
Balance	Familien mit psychisch kranken Eltern und Kindern > 5 Jahre	Nicht evaluiert

Evaluationsergebnisse fallbezogener Prävention für Familien (national)

- am Beispiel des Programms „FIPS“:
- Kontinuierliche Ansprechpartner haben entlastende Funktion
- Gemeinsame Auseinandersetzung mit der familiären Situation → Initiierung von Hilfen, Begleitung zu Behörden
- Wissenserwerb über die Erkrankung führt zu vermehrter Rücksichtnahme auf sich selbst, veränderter Umgang mit Kindern und Partner
- Wohl des Kindes wird an erste Stelle gesetzt

Fallübergreifende Präventionsangebote (national):

Projektname	Zielgruppe	Wirksamkeit
Die vergessenen Kinder	Psychiatrisches Fachpersonal, allgemeine Öffentlichkeit	Nicht evaluiert
Netz und Boden	Betroffene Kinder, Professionelle aus Psychiatrie und Jugendhilfe, allgemeine Öffentlichkeit	Nicht evaluiert

Fallbezogene Prävention für Familien (international)

Projektname	Zielgruppe	Wirksamkeit
PFI – Preventive Family Intervention (USA)	Familien mit depressiv erkrankten Eltern und Kindern 8 bis 15 Jahre	Umfassende Evaluation liegt vor
EFP – The Effective Family Program (Finnland)	Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegekräfte etc.	Evaluation liegt vor

Angebote zur allbezogenen Prävention im Kindes- und Jugendalter sind hier nach Projektbezeichnung, Zielgruppe und Angaben zur Wirksamkeit differenziert. Sie erkennen, wir haben hier eine ganze Gruppe von bekannten Projekten, die uns schon gut bekannt sind. Es sind Projekte, die unterschiedliche Zielgruppen definieren, aber häufig in der Wirksamkeit, was die Evaluationskriterien angeht, als nicht evaluiert angesehen werden. Die Klassifizierung als nicht-evaluiert ist natürlich eine problematische Formulierung, die zurecht anstößt, weil diejenigen, die in diesen Projekten tätig sind, sehr gut über die Wirksamkeit ihrer Maßnahmen wissen. Hier orientieren wir uns also sehr medizinnah: Wir beurteilen Interventionen – und Prävention ist eine Intervention – sehr stark nachdem, was wir »objektiv« als Wirksamkeit messen können. Hier wirkt also die sogenannte Evidenzbasierung in der Medizin, die auch zugrunde liegen soll, wenn Medikamente zugelassen werden, neue Therapien etc. Wir orientieren uns an diesem Maßstab, weil er gewollt ist, auch wenn er in einem speziellen Bereich der psychosozialen Förderung nicht immer ernstzunehmen ist.

Evaluationsergebnisse fallbezogener Prävention für Familien (international)

Das Beispiel „PFI“:

- Wissenszunahme über die Erkrankung
- Verhaltensänderungen in Interventionsfamilien ausgeprägter (z.B. Kommunikation in der Familie, Verhaltensänderungen gegenüber Kindern/Partnern)
- Positive Langzeitwirkung: Neue Informationen werden in Alltag und Verhalten integriert

Die fallbezogene Prävention für Kinder und Jugendliche haben wir in internationaler Hinsicht stark differenziert. Ich gebe Ihnen hier nur ein bisschen Futter, damit sie vielleicht wissen, wo sie weiter stöbern wollen. Auch hierbei gibt es eine Differenzierung nach Altersgruppen; wir haben bei internationalen Programmen häufiger die Möglichkeit, in bestehende Evaluationen hineinzuschauen. Ich selbst komme ja aus dem Evaluationsbereich und kann Ihnen bei vielen Dingen, die als evaluiert gelten, sagen, dass die Evaluationskriterien, die angelegt wurden auch nicht so

verlässlich sind und erst Recht nicht immer einen Hinweis darauf geben, dass methodisch so kontrolliert gearbeitet wird, dass wir hier jetzt eine Maßnahme oder ein Präventionsangebot haben, was unbedingt besser sein muss als ein nicht-evaluiertes Angebot. Wir dürfen uns hier nicht leiten lassen von diesem »Evaluationsgold«, das irgendwo liegt. So etwa, dass man denkt, sobald Evaluation dran steht, ist alles sofort wirksam. Im Gegenteil, wir müssen genau hinschauen, wie evaluiert wurde, wer evaluiert hat etc. Wenn man sich also auf dieses Spiel einlässt, muss man es auch komplett spielen.

Die fallbezogene Prävention, die sich direkt an Familien richtet, sehen Sie auch noch einmal für den deutschsprachigen Raum differenziert. Auch hier haben wir einige Evaluationserkenntnisse. Das Gleiche gilt international, wo wir Evaluationsdaten, wie gesagt, häufiger vorliegen haben und auch hier typische Evaluationserkenntnisse, die häufig auf die Wirksamkeit hinweisen, gerade wenn es darum geht, Konfliktpotenziale in den Familien zu verringern, Informationsdefizite zu beheben, den Kindern kognitive Kompetenzen an die Hand zu geben, damit sie für die Krankheit einen Namen bekommen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit den Eltern erlernen.

Probleme der Prävention

Die Verbindung von fallbezogener und fallübergreifender Prävention ist auch eine Idee von unserem eigenen KANU-Projekt. Schauen wir einmal gleich im Vortrag von Frau Reinisch und Frau Schmuhl, inwiefern wir das tatsächlich einlösen können. Worauf ich hier aber noch hinaus möchte, ist der vierte und letzte inhaltliche Abschnitt: die Probleme der Prävention. Kann Prävention denn auch Probleme machen? Ist Prävention nicht immer gut? Welche Probleme können auftauchen, wenn wir Prävention betreiben?

Hierzu ganz knappe Daten aus einer ganz kleinen Erhebung, die wir gemacht haben in Ostwestfalen-Lippe. Wir haben dort in Einrichtungen gefragt, die sich mit der Thematik auseinandersetzen, ob und wie man Unterstützungsangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern in der jeweiligen Einrichtung oder Praxis implementieren kann. Sie sehen, wir haben bei den Gruppen, die wir befragt haben, hier noch einmal zusammengefügt, Mitarbeiter in der Psychiatrie und im ambulanten betreuten Wohnen gefragt, wir haben Mitarbeiter in der Psychotherapie und in der Erziehungsberatung

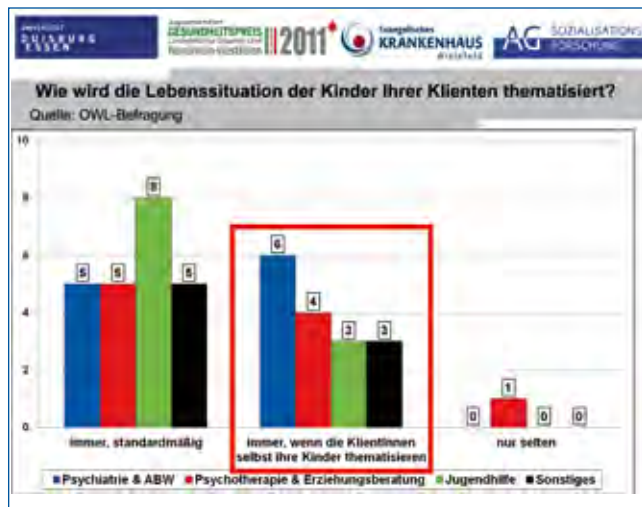
befragt, in Früherkennungszentren, in der Jugendhilfe etc.

The screenshot shows a survey titled "Bedarfserhebung in OWL" with the question: "Meinen Sie, dass man Unterstützungsangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern in Ihrer Einrichtung/Praxis implementieren kann?". The results are as follows:

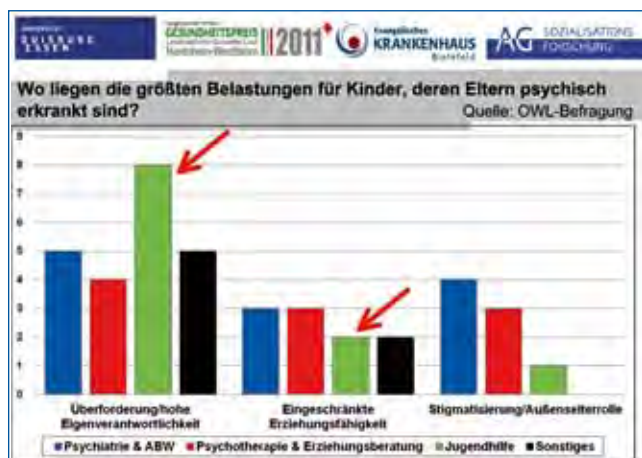
Kategorie	Ja	Nein	Weiß nicht
Psychiatrie & ABW	4	2	6
Psychotherapie & Erziehungsberatung, FEZ	6	2	2
Jugendhilfe	8	2	1
Sonstiges	5	1	1

Ich hoffe, Sie können das gut erkennen, dass die Psychiatrie, das ambulante betreute Wohnen, die Psychotherapie und Erziehungsberatung eine relativ kleine Gruppe stellt, die zuverlässig sagt, »Ja, wir können einiges bei uns implementieren«, eine relativ große Gruppe existiert, die sagt, »Nein!« oder »Weiß nicht!«. Es ist ehrlich gesagt, ein überraschender Befund, weil es nicht akzeptabel für uns ist! Wir können auf diese Einrichtungen in diesem Bereich, die Unterstützungsangebote für unsere Zielgruppe anbietet, nicht verzichten und das heißt nicht, dass diejenigen, die hier »Nein!« oder »Weiß nicht!« äußern dies auch auf keinen Fall wollen. Wir haben einfach einen durch die Realität geschulten Realitätsblick vorgefunden. Die Befragten kennen die Beschränkungen in der Praxis und wissen, was in ihren Einrichtungen geht, was die täglichen Arbeitsbelastungen möglich machen und die Trägerstrukturen zulassen. Und meistens ist das nicht das, was wir glauben, was das integrative Versorgungsangebot leisten müsste. Alle, die hier sitzen, wissen das. Wir reden über einen Bereich von Prävention, der sich mit dem kurativen Bereich verbindet. Wir haben hier eine Schnittstellenproblematik von ganz besonderer Natur.

Ein anderer Punkt: Wie wird die Lebenssituation der Kinder Ihrer Klienten thematisiert? Wir haben wieder diese vier Gruppen unterschieden in Psychiatrie, ambulantes betreutes Wohnen, die Psychotherapie und Erziehungsberatung. Wir haben hier unterschieden in »immer« oder »standardmäßig« oder »wenn die Klienten oder Klientinnen selbst ihre



Kinder thematisieren«. Und wieder ein Ergebnis, das uns überrascht: »Die Lebenssituation der Kinder wird thematisiert, wenn die Klienten das selbst tun.« Das war unser Überraschungseffekt, als wir in dieses Projekt eingestiegen sind. Wir arbeiten mit Kliniken zusammen, die die Kinder nur dann in den Blick nehmen, wenn sie sich aufdrängen, nicht aber von allein. Die vielfältigen Gründe dafür, auch die sehr wohlwollenden Gründe, nicht auf das Schicksal der Kinder einzugehen, damit hier nicht eventuell die Eltern verschreckt werden, sind bekannt. Das wissen wir alles, nur, das ist ein unhaltbarer Zustand. Das in einem Setting, wo die Eltern mit Problemen aufgenommen werden, also »problembewusst« aufgenommen werden, unhaltbar, weil die Situation genutzt werden kann, präventiv für die Kinder zu wirken.



Ein letzter Punkt, den wir aus der OWL-Befragung herausnehmen, ist die Frage: »Wo liegen die größten Belastungen für Kinder, deren Eltern psychisch erkrankt sind?« Die Antwortbereiche sehen Sie, sie beinhalten Überforderung,

hohe Eigenverantwortlichkeit als große Belastung für die Kinder oder die eingeschränkte Erziehungsfähigkeit durch die Eltern. Ich habe hier einmal den Balken markiert, der am interessantesten ist: Das ist nämlich die Jugendhilfe. Die Jugendhilfe hat ein enorm hohes Problembewusstsein dafür, wie die Kinder psychisch erkrankter Eltern leben. Ich habe diesen Punkt markiert, um etwas zu demonstrieren, was wir seit vielen Jahren praktizieren, was aber noch lange nicht weit genug gegangen ist: Wir müssen Schnittstellenproblematiken, die gerade immer noch zwischen der Psychiatrie und der Jugendhilfe existieren, ebnen. Wir müssen hier Scharniere schaffen, die die Kommunikation gerade bei denen, deren Arbeit zusammen gehört, verbessern. Ich habe das im ersten Punkt meines Fazits folgendermaßen genannt: Schnittstellenprobleme in der Versorgung, Leistungserbringer müssen an einen Tisch und die Leistungsträger müssen dies unterstützen gegen ein »feindliches« Klima.

Probleme der Prävention – Vernetzung und die Rolle der Hilfesysteme

- 1. Schnittstellenprobleme in der Versorgung**
Leistungserbringer müssen an einen Tisch – und die Leistungsträger müssen dies unterstützen können – gegen ein feindliches Klima
- 2. Vernetzung und Qualifizierung**
Alle müssen wissen, welche Möglichkeiten Prävention bietet
- 3. Dem Präventionsdilemma entgegen arbeiten**
Die Präventionsprogramme dürfen nicht am Reißbrett entstehen
Zielgruppenspezifisches Vorgehen (Settingorientierung etc.)

Vernetzung und Qualifizierung: Wir haben immer noch mit vielen in den Einrichtungen zu tun, die gar nicht wissen, was man für diese Familien tun kann. Deswegen: Alle müssen wissen, welche Möglichkeiten Prävention bietet. Der dritte Punkt beinhaltet, einem Präventionsdilemma entgegen zu arbeiten. Das heißt, dass wir nicht diejenigen Gruppen erreichen mit den präventiven Angeboten, die den höchsten Bedarf haben. Prävention, ich hatte es eben schon einmal angedeutet, kann auf dem Schreibtisch entstehen. Wir können uns wunderbare Präventionsangebote ausdenken, Prävention ist aber nur so wirksam, wie sie auch die Fähigkeit besitzt, ihre Zielgruppen zu erreichen. Wir haben inzwischen eine 30-jährige Erfahrungsgeschichte mit Präventionsangeboten, die, wenn wir sie entwerfen, alle wunderbar klingen. Aber sie sind nichts wert, weil sie die

Zielgruppe nicht ansprechen können, weil sie die Zielgruppe nicht erreichen und wenn die Zielgruppe erreicht wird, dann so selektiv, dass auch wieder nur diejenigen zu uns kommen, die die geringsten Belastungen haben. Wir sehen aber meistens nicht dorthin, wo diejenigen übrig bleiben, die einen viel höheren Bedarf haben, die aber nicht zu uns kommen. Und das ist nichts, was wir uns bei der Beschäftigung mit Kindern psychisch erkrankter Eltern aus den Fingern saugen, sondern eine generelle Erkenntnis aus dem Präventionsbereich, die wir seit vielen Jahren umgehen müssen. Das Präventionsdilemma besteht also darin, dass die Gruppen, die den höchsten Bedarf haben, am unzuverlässigsten erreicht werden. Der Grund liegt in dem, was ich eben schon mal angesprochen habe: Mit dem verfügbaren ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapital variiert die Erreichbarkeit der Zielgruppe. In der Präventionsforschung arbeiten wir fast mit einer Faustregel, für fast alle Präventionsfälle gilt hiernach: Viele Ressourcen und die Bewältigung gelingt leichter (das heißt überhaupt nicht, dass sie immer gelingt aber sie gelingt leichter), wenige Ressourcen und Bewältigung gelingt schwerer.

Das Präventionsdilemma, von dem ich glaube, dass der Diskurs hier jetzt soweit ist, sich auch damit auseinanderzusetzen, ist also virulent. Umsetzungsmöglichkeiten für Prävention bestehen danach darin, dass wir ein Krankheitsrisiko haben, das in den ressourcenschwachen Gruppen höher ist. Dies gilt auch für die psychischen Erkrankungen. Wir haben einen ganz ausgeprägten sozialen Gradienten: Psychische Erkrankung betreffen also nicht alle Bevölkerungsschichten in gleich hohem Maße. Die Belastung durch psychische Erkrankung ist wiederum in den ressourcenschwachen Gruppen am höchsten. Nach der Präventionsvorgabe, die wir international diskutieren, muss sich Prävention an die Gruppen richten, die die höchste Krankheitslast haben. Das ist auch in Deutschland die Gruppe mit den geringsten Ressourcen und zwar ökonomischen, kulturellen und sozialen Ressourcen. Das Präventionsdilemma besteht im erweiterten Sinne darin, dass gerade diese Gruppen die geringsten Kompensations- und Selbsthilfepotenziale haben. Wenn wir also diese Gruppen in das Zielfernrohr von Prävention nehmen, müssen wir berücksichtigen, dass diese Gruppe uns nicht ähnlich ist. Da sind nicht die häufig akademischen Milieus mit viel Kapital (ökonomisch, kulturell, sozial) im Hintergrund. Es sind Milieus, die von den materiellen bis hin zu den kognitiven Ressourcen eher benachteiligt sind.



Das Problem in der Prävention

„Je besser die soziale Lage der Familie ist, desto besser ist der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Kinder.“
(Klocke/Becker 2003: 237)

Sozialer Gradient des Krankheitsrisikos bei allen Erkrankungen

Besondere Lebenslagen wie Krankheit treffen also alle Bevölkerungsgruppen

... das Risiko, betroffen zu sein und die jeweiligen Bewältigungschancen variieren aber nach der Verfügbarkeit über Ressourcen



Mein Fazit: In der Prävention und Gesundheitsförderung versuchen wir davon auszugehen, dass wir bedarfsangemessen Angebote entwickeln und die bekannteste Strukturierung von einer Problemdefinition bis zur Angebotsentwicklung habe ich einmal mitgebracht, den Public-Health-Action-Cycle: Ein Problem muss definiert werden, in diesem Prozess sind wir seit Langem, wir wissen, welche Gruppe als Hochrisikogruppe angesehen wird. Es müssen Ziele definiert, eine Strategie entwickelt werden, von dort aus muss eine Phase der Umsetzung geschehen, indem Projekte im präventiven Bereich verankert werden, in der Realität erscheinen und dort permanent evaluiert, das heißt erst einmal überprüft, begleitet, reflektiert werden, um immer wieder eine Neuanpassung vorzunehmen. Wir brauchen also immer eine Reflexionsmöglichkeit, um eventuell auch etwas anders machen zu können. Dafür ist Evaluation gut.

Wenn wir evaluieren und immer wieder neu erfassen, dann übernehmen wir eine erneute, meist veränderte Problemdefinition, die uns dann wieder erlaubt, Ziele zu verändern, die Strategien weiterzuentwickeln. Und wenn Sie mich fragen, wo wir eigentlich gegenwärtig stehen, wenn wir über Prävention für Kinder psychisch erkrankter Eltern sprechen,

dann antworte ich: Irgendwo zwischen Problemdefinition und der Entwicklung von Zielen, der Strategieentwicklung, manchmal aber auch in der Umsetzungsphase. Das ist aber die positive Lesart, die pessimistische beinhaltet: Manchmal wissen wir noch gar nicht genau, welche Gruppen wir wie ansprechen, welche Gruppen mit welchen Belastungen leben etc.

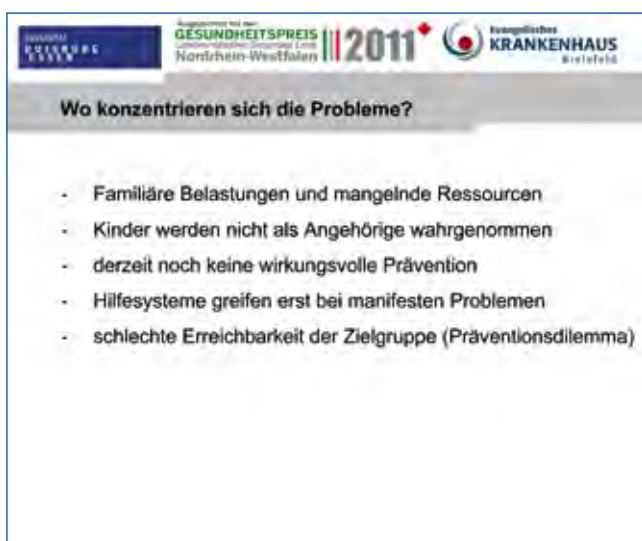
Es gibt also viel zu tun!



Kanu – ein wissenschaftlich begleitetes Präventionsangebot für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil – erste Ergebnisse

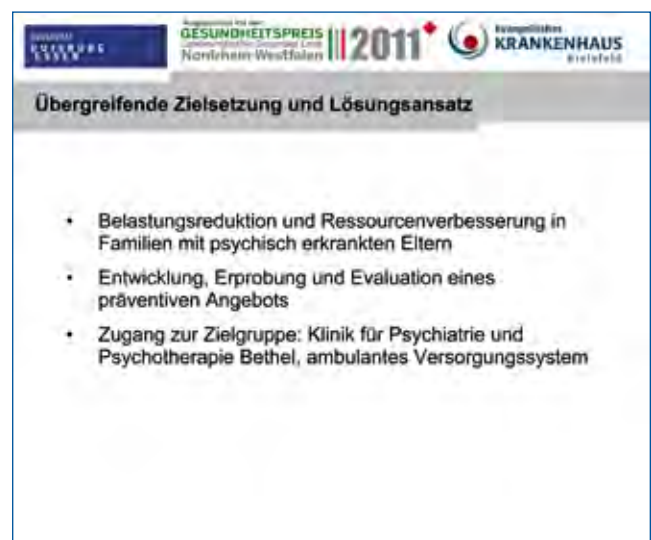


Meine Kollegin Anke Reinisch und ich freuen uns, Ihnen heute unser wissenschaftlich begleitetes Präventionsangebot für Kinder psychisch erkrankter Eltern »Kanu - Gemeinsam weiterkommen« vorstellen zu können. Im Folgenden werden wir Ihnen den Projekthintergrund und die einzelnen Module im Angebot »Kanu – Gemeinsam weiterkommen« präsentieren, um anschließend erste Ergebnisse zu der Zielgruppe berichten zu können. Darüber hinaus wird Anke Reinisch erste Erfahrungen mit der Intervention vorstellen, da sie das Projekt, neben der wissenschaftlichen Begleitung, einige Zeit praktisch mit durchgeführt hat.



Wenn wir einmal zusammenfassen, wo sich die Probleme von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil konzentrieren, dann ist zu konstatieren, dass wir auf der einen Seite familiäre Belastungen haben, die sowohl genetisch als auch psychosozial bedingt sind, und dass wir bei diesen

Familien oftmals mangelnde Ressourcen feststellen. Viele betroffene Kinder werden von den professionellen Akteuren bis jetzt noch nicht als Angehörige wahrgenommen und es stellt in den meisten Fällen eine Ausnahme dar, wenn Eltern bereits zu Beginn ihrer Behandlung nach der Versorgungssituation ihrer Kinder gefragt werden. Die bereits bestehenden Präventionsangebote sind in der Regel noch nicht wissenschaftlich begleitet, das heißt die Wirksamkeit konnte hier noch nicht nachgewiesen werden. Zudem greifen die bereits bestehenden Hilfesysteme meist erst, wenn Probleme bei den Kindern bereits manifest sind. Auch haben wir nach wie vor eine schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppe, wir sprechen hier von dem Präventionsdilemma (Zielgruppen mit besonderem Unterstützungsbedarf können von präventiven Maßnahmen nicht erreicht werden).



Vor diesem Hintergrund ergab sich für uns das Ziel, ein präventives Angebot zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren, das die Belastungen in betroffenen Familien reduziert und die Ressourcensituation verbessert. Der innovative Charakter des Vorhabens zeigt sich am Zugang zu der Zielgruppe, der über die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel in Bielefeld und über das ambulante Versorgungssystem in Bielefeld gewählt wurde. Das bedeutet, die Eltern werden zum Ende ihrer stationären Behandlung von den Mitarbeitern angesprochen und auf das Angebot aufmerksam gemacht und anschließend an das Kanu-Team weitervermittelt. Des Weiteren haben wir unser Projekt auf den ambulanten Bereich ausgeweitet, das heißt die Familien werden an uns auch durch niedergelassene Psychologen und Psychotherapeuten verwiesen.



Zielgruppe

- Eltern, die an einer affektiven oder schizophrenen psychischen Störung leiden
- unauffällige und bereits auffällige (diagnostische Abklärung obligatorisch) Kinder und Jugendliche
- Alter der Kinder und Jugendlichen: 6 bis 14 Jahre

Das Angebot richtet sich an Eltern mit einer affektiven oder schizophrenen psychischen Störung und an ihre Kinder im Alter von sechs bis vierzehn Jahren, die entweder bisher unauffällig sind oder die bereits erste eigene Auffälligkeiten entwickelt haben, die wir mit Hilfe eines Screenings feststellen können. Wenn dieser Fall eintritt, werden die Kinder zur diagnostischen Abklärung weitervermittelt.



Projekthintergrund

Projektdurchführung

- Fakultät für Bildungswissenschaften (Universität Duisburg-Essen)
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel

Kooperationspartner

- Stadt Bielefeld (Jugendamt), Kinderschutzbund Bielefeld, LWL-Klinik Gütersloh

Förderung

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Projektlaufzeit

- Oktober 2008 – Juni 2012

Das Projekt wird von der Fakultät für Bildungswissenschaften der Universität Duisburg-Essen in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel durchgeführt. Unter den Kooperationspartnern sind das Jugendamt der Stadt Bielefeld, der Kinderschutzbund in Bielefeld und die LWL-Klinik in Gütersloh. Unser Projekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert und ist bereits im Oktober 2008 an den Start gegangen und wird jetzt noch voraussichtlich bis Juni nächsten Jahres durchgeführt.

Im Rahmen des Projekts haben wir zunächst eine Literaturanalyse zu bereits bestehenden nationalen und internationalen Präventionsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern durchgeführt.



Projektstand

Oktober 2008 – Dezember 2009

- Literaturanalyse
- Interviews mit Eltern und Kindern
- Gespräche / Workshops mit Experten
- Erarbeitung eines Präventionsbaukastens

März 2010 - ca. Juni 2012

- Erprobung und Evaluation
- Interventionsgruppe: Bielefeld
- Kontrollgruppe: Gütersloh

Insbesondere lag unser Interesse auf Präventionsmaßnahmen, die bereits wissenschaftlich evaluiert worden sind. Zudem haben wir eine Bedarfsanalyse durchgeführt, indem wir in 22 Familien Interviews mit depressiv und schizophren erkrankten Eltern und ihren Kindern geführt haben. Ziel war es, die Belastungssituation der Eltern und Kinder festzustellen und den Hilfe- und Unterstützungsbedarf zu identifizieren, um kein Angebot zu schaffen, das an den Bedarfen der Zielgruppe vorbei geht. Wir haben zudem das Gespräch mit Experten gesucht, indem wir bei Workshops unsere Ideen vorgestellt und das Feedback bei der Entwicklung des Präventionsbaukastens mit einbezogen haben. Wichtig waren zudem die Rückmeldungen der Psychiatrieerfahrenen, z.B. der Selbsthilfevereinigung in Bielefeld, um die Zielgruppenspezifität des Angebots gewährleisten zu können. Das Angebot wird seit März 2010 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel erprobt und evaluiert. Neben der Interventionsgruppe in Bielefeld war es uns möglich, eine Kontrollgruppe in der Klinik in Gütersloh zu rekrutieren. Diese Gruppe erhält im Moment kein Angebot, wird aber trotzdem zu drei Erhebungszeitpunkten – genau wie in Bielefeld – von uns befragt, um die Effekte der Intervention besser nachweisen zu können. Damit kann unterschieden werden, ob positive Ergebnisse auf das Angebot zurückzuführen sind oder lediglich von der Behandlung des Elternteils herrühren.



Damit komme ich zu den Bausteinen des Angebots, bei denen es sich um die Eltern-, Kind- und Familiengespräche, das Kanu-Gruppenangebot für Kinder und Jugendliche, das Kanu-Elterstraining und die Patenschaften handelt. Das Logo von »Kanu - Gemeinsam weiterkommen« ist ein Kanu, in dem eine Erdmännchenfamilie sitzt. Das steht symbolisch dafür, dass von einer psychischen Erkrankung des Elternteils immer das gesamte System Familie betroffen ist und, dass deshalb auch die Belastungen gemeinsam bewältigt werden müssen. Es gibt noch einen fünften Baustein, der sich an die professionellen Akteure aus der Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe richtet und die Vernetzung und Qualifizierung zum Ziel hat. Zum Beispiel wird durch Workshops oder Tagungen versucht, die Vernetzung beider Professionen zu unterstützen. Im Folgenden möchte ich Ihnen die Bausteine vorstellen, die sich direkt an die Familien richten. Um es ein bisschen anschaulicher zu gestalten, habe ich Ihnen jeweils ein Interviewzitat mitgebracht, welches aus der besagten Bedarfsanalyse in 22 Familien stammt. Ich werde jeden Baustein mit einem Interviewzitat einleiten, um zu verdeutlichen, auf welcher Grundlage der Baustein entstanden ist.

Ich beginne mit dem Interviewzitat von Jasmin Petschulat (Anmerkung: Die Namen aller Interviewpartner sind in dieser Darstellung verändert worden). Sie ist 12 Jahre alt und Tochter einer depressiv erkrankten Mutter, die mit fünf Kindern alleinerziehend ist. Jasmin wird im Interview gefragt: »Möchtest du denn nochmal mehr darüber wissen, was deine Mama für eine Krankheit hat?« Und sie antwortet sehr zögerlich: »Ja, geht so.« Und dann sagt sie: »Im Moment ist ja eigentlich alles okay so, da ist es nicht so wichtig.



Wenn man erst wieder mit dem Thema anfängt, dann wird es, glaube ich, wieder ein bisschen schlimmer.« Der Interviewer fragt: »Ah ja okay, hast du Angst, dass es dann wieder schlimmer wird?« Und sie sagt: »Ja«. Hieran sind die subjektiven Krankheitstheorien der Kinder zu erkennen.



Damit leite ich in unseren ersten Baustein ein, der für die Teilnahme an dem Projekt obligatorisch ist. In den Eltern-, Kind- und Familiengesprächen ist das primäre Ziel, das familiäre Krankheitsverständnis zu fördern und die Erkrankung innerhalb der Familie zu enttabuisieren. Außerdem sollen Schuldgefühle sowohl auf Seiten der Eltern als auch auf Seiten der Kinder abgebaut werden. In diesen Gesprächen werden die Eltern zunächst zu ihrer Krankheitsgeschichte und zu ihren Symptomen befragt. Auf dieser Grundlage wird dann eine Psychoedukation durchgeführt, das heißt mit den Eltern wird über Anzeichen und auch Symptome ihrer jeweiligen Erkrankung gesprochen und es wird mithilfe von Informationsbroschüren und Arbeitsblättern

über die Erkrankung aufgeklärt. Ganz wichtig ist uns in diesen Gesprächen, den Eltern Wege aufzuzeigen wie sie ihre Kinder altersangemessen über ihre Erkrankung aufklären können. Das war ein ganz wichtiges Ergebnis unserer Interviews, dass die Eltern stets den Wunsch haben, ihre Kinder schützen zu wollen und auch große Schwierigkeiten bestehen, eine kindgerechte Erklärung für die Erkrankung zu finden, die viele Facetten hat und die oftmals selber nicht in allen Details von den Eltern verstanden wird. Das bedeutet, mit Hilfe dieses Bausteins werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie man mit den Kindern altersgerecht über die Erkrankung sprechen kann und es werden gemeinsam Vereinbarungen mit den Mitarbeitern getroffen, ob die Eltern die Aufklärung alleine übernehmen oder ob dies im Rahmen eines gemeinsamen Gesprächs geschieht.

Im Gespräch mit den Kindern wird die Informiertheit und das Krankheitsverständnis erfasst. Die Kinder werden beispielsweise gefragt, ob sie bereits mit dem betroffenen Elternteil über die Erkrankung gesprochen haben und ob sie eine Erklärung dafür haben, wie die Erkrankung ihrer Eltern entstanden ist. Somit können subjektive Krankheitstheorien der Kinder erfasst werden. Die anschließende Psychoedukation soll das kindliche Krankheitsverständnis fördern und den Abbau von Schuldgefühlen begünstigen. Zur Erläuterung der Entstehung der elterlichen Erkrankung wird den Kindern altersangemessene Literatur an die Hand gegeben und es wird zum Beispiel eine Holzwaage mit grünen und blauen Gewichten eingesetzt, um das Resilienz-Vulnerabilitäts-Modell plastisch erfahrbar zu machen. Darüber hinaus wird geklärt, inwieweit das soziale Umfeld wie Großeltern, Freunde oder Lehrer des Kindes über die Erkrankung der Eltern unterrichtet sind.

Logo: UNIVERSITÄT DUISBURG ESSEN | Begleitet von dem **GESUNDHEITSPREIS** Lebensmittelmittel, Gesundheitsforum, Nordrhein-Westfalen | **2011** | Evangelisches **KRANKENHAUS** Bielefeld

Baustein 1: Eltern-, Kind- und Familiengespräche

- 2-3 Gespräche mit dem psychisch erkrankten Elternteil und ggf. dem Partner
- 1 Einzelgespräch mit jedem Kind
- 3 Familiengespräche
- 1-2 telefonische Nachsorgegespräche nach Abschluss der Projektteilnahme

Bei den Familiengesprächen werden die Erkrankung und die damit einhergehenden Belastungen gemeinsam besprochen. Zudem werden familiäre Ressourcen identifiziert, die es zu fördern gilt.

Wir führen zwei bis drei Gespräche mit dem erkrankten Elternteil und, wenn vorhanden, auch mit dem gesunden Partner durch, zudem gibt es ein Einzelgespräch mit jedem Kind und ca. drei Familiengespräche. Die Familien absolvieren die Gespräche nach Möglichkeit zu Beginn der Intervention und nach Abschluss des Angebots werden sie zweimal telefonisch für ein Nachsorgegespräch kontaktiert.

Logo: UNIVERSITÄT DUISBURG ESSEN | Begleitet von dem **GESUNDHEITSPREIS** Lebensmittelmittel, Gesundheitsforum, Nordrhein-Westfalen | **2011** | Evangelisches **KRANKENHAUS** Bielefeld

Baustein 1: Der „Krisenpass“ für die Kinder



Wenn es Mama oder Papa ganz besonders schlecht geht, rufe ich hier an:

Elternteil geben an:

Was sonst noch wichtig ist:

Dr. „Sonnen gegen Kummer“ (Eingangsnum.) 0909 111 0 333

Ich habe Ihnen einen Ausschnitt an Informationsmaterialien mitgebracht, die wir beispielsweise in diesem ersten Baustein verwenden. Sowohl für die Eltern als auch die Kinder und die gesamte Familie wird ein Krisenpass erstellt. Hier sehen Sie exemplarisch den Krisenpass für die Kinder, in dem Ansprechpartner aus dem Umfeld des Kindes oder auch professionelle Ansprechpartner notiert werden, die kontaktiert werden können, wenn es dem erkrankten Elternteil wieder schlechter geht.

Zudem erhalten alle Familien im Rahmen der Familiengespräche das Buch »Sonnige Traurigtage« von Schirin Homeier. Wir halten es für besonders geeignet, weil zu Beginn eine Geschichte enthalten ist, die von den Familien gemeinsam gelesen werden kann und im hinteren Teil des Buches sind Informationen für die erkrankten Elternteile enthalten. Außerdem geben wir noch weitere Literaturempfehlungen, wie zum Beispiel das Buch von Kirsten Boje »Mit Kindern redet ja keiner«.



Baustein 2: Kanu-Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche

Interview K08-1A, Evelyn Horvath (9 Jahre)

I Und was hat dich an deinen Klassenkameraden genervt?

A Also, die waren von Anfang an, die waren fies zu mir. Ich hab sie gefragt, ich hab sie was gefragt (.) Erste Tage hab ich gedacht: „Hä, was haben die? Also, was haben die Eltern, wir können doch trotzdem noch Freunde sein.“ Hab ich die gefragt, ob wir zusammen spielen, da haben sie „Nee“ gesagt. Und dann haben sie mich (.), da waren die fies zu mir und dann wollte ich von denen auch nichts mehr. (.) Jetzt nervt mich das eigentlich auch nicht mehr so. (.)

I Hast du jetzt andere Freunde?

A Ja. Aber die Freunde, die ich jetzt hab, die haben sie auch schon wieder von mir abgekapselt. Ich weiß nicht wieso. (.)

Damit komme ich zu unserem zweiten Baustein, dem Kanu-Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche. Hier habe ich ein Interviewzitat von Evelyn Horvath mitgebracht. Sie ist neun Jahre alt und Tochter einer depressiv erkrankten Mutter, die alleinerziehend ist. Im Fall von Evelyn kommt neben der mütterlichen Erkrankung erschwerend hinzu, dass die Familie einen sehr niedrigen sozioökonomischen Status hat. Sie erlebt Abwertungs- und auch Diskriminierungserfahrungen in der Schule über die sie im Interview berichtet. Der Interviewer fragt sie: »Und was hat dich an deinen Klassenkameraden genervt?« Sie antwortet: »Also die waren von Anfang an, die waren fies zu mir. Ich habe sie was gefragt, die ersten Tage habe ich gedacht, hä was haben die, also was haben die Eltern, wir können doch trotzdem Freunde sein. Habe ich die gefragt ob wir zusammen spielen und da haben sie »Ne« gesagt. Und dann haben die mich, da waren die fies zu mir und dann wollte ich von denen auch nichts mehr. Jetzt nervt mich das eigentlich nicht mehr so.« Und der Interviewer fragt: »Hast du jetzt andere Freunde?«

Und sie antwortet: »Ja, aber die Freunde, die ich jetzt habe, die haben sich auch schon von mir abgekapselt, ich weiß nicht wieso.« Ich denke an diesem Interviewzitat zeigt sich noch einmal sehr deutlich, wie wichtig es für die Kinder ist, andere Gleichaltrige kennen zu lernen, die von denselben familiären Problemlagen betroffen sind, sodass sie merken, dass sie kein Einzelschicksal haben.

Baustein 2: Kanu-Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche

Ziele



- Normalisierung
- Umgang mit Gefühlen
- Bewältigung von Belastungen und Krisensituationen

Inhalte

- Spielerische Aktivitäten und kreative Übungen
- Rollenspiele im Rahmen einer theaterpädagogischen Einheit

(Stebitz 2009)


Damit komme ich zum Kanu-Gruppenprogramm, bei dem unsere vorrangigen Ziele sind: (1) Die Normalisierung der kindlichen Lebenswelt, (2) den Umgang mit Gefühlen zu erlernen und (3) die Bewältigung von Belastungen und Krisensituationen zu unterstützen. Für das erste Ziel, der Normalisierung, werden vor allem spielerische Aktivitäten angeboten, zum Beispiel gibt es ein Eingangsritual bei den Gruppen, sodass zunächst zehn Minuten gemeinsam gespielt wird, bevor die eigentlichen Inhalte beginnen. Am Ende des Kurses findet außerdem ein gemeinsamer Nachmittag beim Kanufahren statt und es werden darüber hinaus kreative Übungen angeboten, wie zum Beispiel gemeinsam Collagen basteln oder Masken erstellen. Bei dem Umgang mit Gefühlen versuchen wir vor allem die Selbstreflexion der Kinder zu verbessern, indem sie ein Gefühl dafür kriegen, wie Gefühle von anderen wahrgenommen oder wie eigene Emotionen ausgedrückt werden können. Da gibt es zum Beispiel ein Hinweiskartenspiel, mit dem die Kinder pantomimisch Gefühle darstellen und jeweils ein anderes Kind diese erraten muss. Wir haben auch eine theaterpädagogische Einheit, in der es für die Kinder darum geht zu erlernen, wie mit Belastungs- und Krisensituationen gezielt umgegangen werden kann. Dabei werden Situationen in der Familie oder in der Schule nachgespielt, denen die Kinder begegnen können.

Baustein 2: Kanu-Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche

- 10 Termine à 1,5 Stunden
- Ein 11. Treffen findet gemeinsam mit den Eltern statt
- Nachbereitungstreffen 4 Wochen nach Kursende
- Kanu-Gruppenprogramm findet parallel zum Kanu-Elterstraining in Räumlichkeiten der Klinik statt

Das Kanu-Gruppenprogramm für die Kinder und Jugendlichen findet an zehn Terminen statt und umfasst immer 1,5 Stunden. Die Kinder sind dabei in einer für sich geschlossenen Gruppe, nur das elfte Treffen findet gemeinsam mit den Eltern statt. Wir bieten vier Wochen nach Kursende für alle Kinder ein Nachbereitungstreffen an. Besonders wichtig war uns, dass das Angebot für die Kinder parallel zu dem Elterstraining durchgeführt wird, um den Aufwand für die erkrankten Familien möglichst gering zu halten. Wir konnten glücklicherweise für die Familien einen Fahrdienst einrichten, sodass die Hemmschwelle dadurch gesenkt wurde, an dem Angebot teilzunehmen. Das betrifft vor allem Familien, die über kein eigenes Auto verfügen und dadurch relativ lange Anfahrtswege hätten oder auch die Kosten für öffentliche Verkehrsmittel ohne diesen Fahrdienst selbst tragen müssten.






Baustein 3: Kanu-Elterstraining

Interview E02-1A, Frau Petschulat (52 Jahre)

Können Sie das noch mal genauer erzählen, was jetzt anders ist?
 A Ich schreie nicht mehr gleich los. Obwohl vom Kopf her sage ich dann immer: Verdammt noch mal, jetzt pack ich dich in die Tonne, ne. Mein Wortlaut ist ein ganz anderer. Ich sage zum Beispiel jetzt nicht: Du räumst das jetzt weg. Oder: Weil, du das jetzt nicht gemacht hast, gehst du erst mal heute gar nicht erst raus. Fernsehen ist gestrichen. Ich habe immer ganz, ganz schnell Verbote ausgesprochen. (.) Und wenn die mir dann einen Kaffee hingestellt haben und haben mir meinen Aschenbecher leer gemacht. Ach komm ja, geh noch 'ne Stunde. (.) Jetzt können die mir 'nen Kaffee hinstellen, die können mir den Aschenbecher sauber machen, die können mir meine Schuhe putzen, wenn ich Nein gesagt habe, bleibt es bei Nein. (.) Ich erkläre, warum, was vorher auch nicht der Fall war. Ich hab dann immer gesagt, wenn ich etwas sage und etwas anordne, dann muss ich nicht mit euch diskutieren, das muss ich euch nicht erklären. Und jetzt sage ich so: Ihr dürft das nicht, weil du hast deine Hausaufgaben nicht gemacht, du hast mir gesagt zum Beispiel: Ich hab keine auf.

Damit komme ich zum dritten Baustein, das ist das Kanu-Elterstraining. Wir haben hier ein Interviewzitat von Frau Petschulat, das ist die Mutter von Jasmin Petschulat, die wir eingangs bereits kennen gelernt haben. Sie ist depressiv erkrankt, alleinerziehend mit fünf Kindern und sie berichtet im Interview, was sich durch die Behandlung in der Tagesklinik an der familiären Situation verändert hat. Der Interviewer fragt sie: »Können Sie mir das nochmal genauer erzählen, was jetzt anders ist, nach der Behandlung?« Und sie führt aus:

»Ich schreie nicht mehr gleich los. Obwohl vom Kopf her sage ich dann immer: Verdammt noch mal, jetzt pack ich dich in die Tonne, ne. Mein Wortlaut ist ein ganz anderer. Ich sage zum Beispiel jetzt nicht: Du räumst das jetzt weg. Oder: Weil, du das jetzt nicht gemacht hast, gehst du erst mal heute gar nicht erst raus. Fernsehen ist gestrichen. Ich habe immer ganz, ganz schnell Verbote ausgesprochen. (.) Und wenn die mir dann einen Kaffee hingestellt haben und haben mir meinen Aschenbecher leer gemacht. Ach komm ja, geh noch 'ne Stunde. (.) Jetzt können die mir 'nen Kaffee hinstellen, die können mir den Aschenbecher sauber machen, die können mir meine Schuhe putzen, wenn ich Nein gesagt habe, bleibt es bei Nein. (.) Ich erkläre, warum, was vorher auch nicht der Fall war. Ich hab dann immer gesagt, wenn ich etwas sage und etwas anordne, dann muss ich nicht mit euch diskutieren, das muss ich euch nicht erklären. Und jetzt sage ich so: Ihr dürft das nicht, weil du hast deine Hausaufgaben nicht gemacht, du hast mir gesagt zum Beispiel: Ich hab keine auf.«

Baustein 3: KANU-Elterstraining

Ziele

- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit
- Förderung der eigenen Abgrenzungsfähigkeit
- Reduzierung psychischer Krisen

Inhalte

- Einfluss eigener Wertvorstellungen auf Erziehungsverhalten
- Einfluss des Erziehungsstils auf Verhalten der Kinder
- Vermittlung von Kommunikationsstrategien

(Köln u. Peltov 2005)

Das übergreifende Ziel des Elterntrainings ist es, die erkrankten Eltern und Partner in ihrer Rolle als Elternteil zu stärken und ihre Erziehungskompetenzen zu erweitern. Damit soll langfristig eine Steigerung des Selbstwertgefühls erreicht werden. Durch eine Erweiterung der Erziehungskompetenzen wird eine verbesserte Eltern-Kind-Kommunikation angestrebt, die wiederum die Beziehung zwischen Eltern und Kindern verbessern und zu einer Entlastung der familiären Situation beitragen kann. Eltern lernen dabei, nicht alle Probleme, die beispielsweise durch das Alter der Kinder bedingt sind, auf ihre Erkrankung zurückzuführen. Hierbei nimmt der Austausch mit anderen betroffenen Eltern einen hohen Stellenwert ein, denn in den Interviews haben wir häufig erlebt, dass gerade sozial isolierte Eltern alle Probleme ihrer Kinder auf die eigene Erkrankung zurückführen und ganz erleichtert reagieren, wenn die Therapeutin zum Beispiel berichtet, dass diese Probleme in ihrer Familie genauso vorkommen. Durch diese Entlastung der Eltern wird eine Reduktion der psychischen Krisen unterstützt. Inhalte des Elterntrainings sind z.B. geeignete Kommunikationsstrategien, die eine wertschätzende Kommunikation mit dem Kind fördern. Zudem werden Wege aufgezeigt wie sich die Kinder zur Kooperation und Mithilfe gewinnen lassen und wie die Eltern freundlich und bestimmt konsequente Grenzen setzen können.

The slide is titled 'Baustein 3: Kanu-Elterntaining' and features logos for 'UNIVERSITÄT DUISBURG ESSEN', 'GESUNDHEITSPREIS 2011', and 'Evangelisches KRANKENHAUS Bielefeld'. The content is as follows:

- 10 Termine à 1,5 Stunden
- 11. Treffen gemeinsam mit den Kindern
- Nachbereitungstreffen 4 Wochen nach Kursende
- Kanu-Elterntaining findet parallel zum Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche statt

Auch das Elterntaining findet an zehn Terminen à 1,5 Stunden und ein elftes Treffen gemeinsam mit den Kindern statt. Dabei wird ein gemeinsames Kaffeetrinken initiiert und auch ein thematisch adäquater Film geschaut.

The slide is titled 'Baustein 4: Patenschaften' and features logos for 'UNIVERSITÄT DUISBURG ESSEN', 'GESUNDHEITSPREIS 2011', and 'Evangelisches KRANKENHAUS Bielefeld'. The content is as follows:

Interview K03-1A, Daniela Lorenz (12 Jahre).

I Bei deinem Patenonkel, das fandest du- magst du mir das mal ein bisschen genauer erzählen, wie das war?

A Ähm, (.) ja also, ich bin, (.) die haben das vorgeschlagen, mein Patenonkel und der sagt, hat dann auch gesagt, dass er mich hier abholt und so und dann (.) habe ich da mal geschlafen und mich da fertig gemacht, zur Schule, zurück, da gegessen, Hausaufgaben gemacht, mit meiner Cousine gespielt, ich konnte mich auch verabreden wenn ich wollte und so, also richtig, **als ob ich zu Hause wäre.** (..) Ja.

Damit komme ich zu dem letzten unserer vier Bausteine, den Patenschaften. Dafür habe ich das Interviewzitat von Daniela Lorenz ausgewählt. Sie ist 12 Jahre alt und hat eine depressiv erkrankte, alleinerziehende Mutter und einen Bruder. Die Mutter musste sich wiederholt in stationäre Behandlung begeben und sie berichtet im Interview, dass sie in dieser Zeit vorübergehend in die Familie ihres Patenonkels aufgenommen wurde.

Der Interviewer fragt: »Bei deinem Patenonkel, das fandest du- magst du mir das mal ein bisschen genauer erzählen, wie das war?« Sie entgegnet: »Ähm, (.) ja also, ich bin, (.) die haben das vorgeschlagen, mein Patenonkel und der sagt, hat dann auch gesagt, dass er mich hier abholt und so und dann (.) habe ich da mal geschlafen und mich da fertig gemacht, zur Schule, zurück, da gegessen, Hausaufgaben gemacht, mit meiner Cousine gespielt, ich konnte mich auch verabreden wenn ich wollte und so, also richtig, **als ob ich zu Hause wäre.** (..) Ja.«

An diesem Beispiel zeigt sich, dass hier familiäre Unterstützung gewährleistet war, was aber nicht bei allen betroffenen Familien der Fall ist. Wir haben sehr oft alleinerziehende Elternteile, die über wenig soziale Netzwerke verfügen. Dies kann ein ausschlaggebender Grund sein, dass die Eltern sich keiner indizierten stationären Behandlung unterziehen, weil die Kindesversorgung nicht gesichert ist.

Dies bedeutet, es war für uns von prioritärer Bedeutung, dieses Patenschaftsprojekt mit zu initiieren. Das konnten wir





Baustein 4: Patenschaften

- **Kooperation mit dem Bielefelder Kinderschutzbund**
 - Rekrutierung und Vorbereitung der Paten
- **Finanzierung: Stadt Bielefeld/Bielefelder Jugendamt**
 - Fachleistungsstunden Kinderschutzbund
 - Monatliche Aufwandsentschädigungen für Paten

allerdings nicht als Solist und haben uns deshalb mit dem Kinderschutzbund einen starken Partner an die Seite geholt. Dieser hat bereits ein bestehendes Patenschaftsprogramm im Rahmen der frühen Hilfen und ist in diesem Bereich fachlich kompetent. Der Kinderschutzbund hat bereits personell aufgestockt und rekrutiert für uns Paten und bereitet sie auf ihre Aufgaben vor. Bei der Finanzierung werden wir durch das Jugendamt der Stadt Bielefeld unterstützt, indem sie zum einen die Fachleistungsstunden für den Kinderschutzbund und zum anderen eine monatliche Aufwandsentschädigung für die Paten übernehmen. Letzteres ist zum Beispiel für den Eintritt für gemeinsame Aktivitäten oder als Spritzgeld gedacht, das anfällt, wenn die Paten die Kinder abholen und wieder nach Hause bringen.





Baustein 4: Patenschaften

Ziele und Umsetzung

- Längerfristige regelmäßige Unterstützung der Kinder
- Normalität und Orientierung
- Entlastung und soziale Unterstützung
- Vermeidung von Fremdunterbringung der Kinder

(Beckmann u. Szyjowski 2008)

Ziel unserer Patenschaften ist es, den Kindern eine langfristige und regelmäßige Unterstützung in Form einer erwachsenen Bezugsperson zur Verfügung zu stellen, die ihnen

Normalität und Orientierung bietet. Das heißt, es werden in der Regel zwei Nachmittage die Woche gemeinsam mit dem Kind verbracht, es werden Hausaufgaben betreut, es werden gemeinsame Aktivitäten unternommen, es werden aber auch lebenspraktische Verrichtungen erprobt, wie zum Beispiel Bus fahren, zur Schule gehen, oder es wird zu Arztbesuchen begleitet. Natürlich soll das Angebot auch für die Eltern eine Entlastung und eine soziale Unterstützung darstellen. Für die Eltern ist wichtig – falls es zu einer erneuten stationären Behandlung kommen sollte –, dass das Kind nicht fremd untergebracht werden muss. In diesem Fall besteht bei allen Patenschaften die Möglichkeit, dass das Kind vorübergehend in die Familie des Paten aufgenommen wird. Wichtig ist außerdem, dass die Familien bis zu diesem Punkt der vorübergehenden Unterbringung des Kindes in der Patenfamilie gegenüber dem Jugendamt anonym bleiben können. Um Familien nicht von vornherein abzuschrecken, war uns diese Vorgehensweise sehr wichtig. Denn es ist evident, dass psychische Erkrankungen hoch stigmatisiert sind und dass die Eltern häufig die Befürchtung haben, das Sorgerecht für die Kinder zu verlieren.



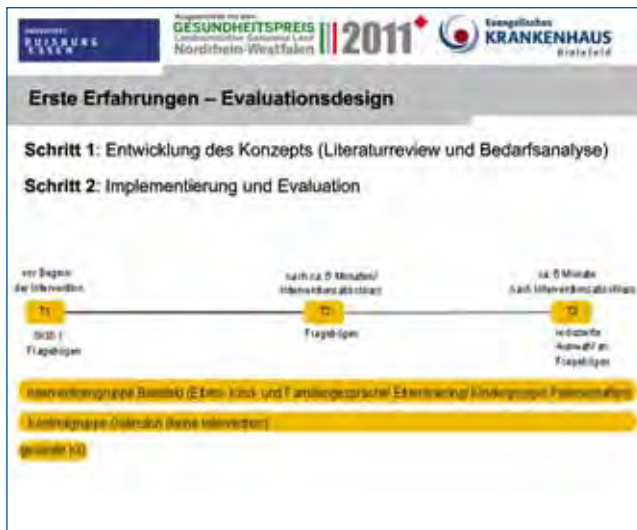


Gliederung:

- Präventive Intervention am Beispiel von „Kanu – Gemeinsam weiterkommen“
- Erste Erfahrungen der Intervention

Ich möchte Ihnen jetzt über erste Erfahrungen mit der Intervention berichten und ich kann das aus zweierlei Perspektiven tun, weil ich zwei Jahre auf Seiten der universitären Begleitforschung dabei war und jetzt für ein Jahr auch in der Intervention mitgearbeitet habe. Frau Schmuhl hat vorgestellt, dass wir ein Konzept entwickelt haben, das wir in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel erprobt haben. Diese Erprobung fand mit Hilfe der LWL-Klinik in Gütersloh statt, die bereit war, uns mit einer Vergleichsgruppe (Kontrollgruppe) weiter zu unterstützen. Deshalb gilt das Evaluationsdesign, das ich Ihnen im Folgenden vorstellen werde, sowohl für die Bielefelder Interventionsgruppe, wo

die Familien aktiv an dem Angebot teilnehmen, als auch für die Gütersloher Kontrollgruppe, wo die Familien zwar Fragebögen ausfüllen und die Diagnostikphase durchlaufen, aber keine Intervention erhalten.



Wenn wir uns einmal die Bielefelder Interventionsgruppe anschauen, steht am Anfang die Frage, wie man Familien rekrutieren kann. Die Teilnehmergewinnung ist ein sensibles Thema, der Zugang zu der Zielgruppe ist schwierig und daher sind wir sehr darum bemüht gewesen, auf den Stationen der Psychiatrie immer wieder präsent zu sein und vor Ort die Patienten anzusprechen, von denen wir wussten, dass sie Kinder zwischen sechs und vierzehn Jahren haben. Diese Eltern haben wir zu einem Informationsgespräch eingeladen. Diejenigen, die sich bereit erklärt haben, hatten dann etwa eine Stunde lang die Möglichkeit, sich persönlich über unser Projekt zu informieren. Wir haben die Eltern mit ihren Kindern eingeladen, weil wir festgestellt haben, dass es unumgänglich ist, die Kinder im Vorfeld mit zu informieren und auch zu hören, was sie wollen und was sie für Fragen und für Befürchtungen das Angebot betreffend haben. Diejenigen Familien, die sich bereit erklärt haben an dem Angebot und der damit verbundenen Studie teilzunehmen, sind zum überwiegenden Teil dabei geblieben und haben nur in Einzelfällen abgebrochen. Nach diesem Informationsgespräch schloss sich eine Diagnostikphase an. Die Eingangskriterien für diese Studie waren, dass es sich um Familien handelt, in denen mindestens ein Elternteil an einer affektiven Störung oder einer schizophrenen Erkrankung leidet. Nicht in jedem Fall hatten wir von den bereitwilligen Eltern eine Diagnose vorliegen, was auch daran lag, dass zum Teil Zuweisungen aus dem ambulanten Hilfesystem vorlagen.

Deshalb brauchten wir ein diagnostisches Instrumentarium, um sicherzustellen, dass wir nur in Frage kommende Familien im Sinne der Eingangskriterien einschließen. Dafür haben wir bei den erkrankten Eltern den sogenannten SKID (Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV) Fragebogen als Diagnoseinstrument eingesetzt. Dies ist ein im psychiatrischen Bereich gängiges Instrument, welches sich dazu eignet, sowohl affektive Erkrankungen unterschiedlicher Ausprägung als auch schizophrene Störungen zu erfassen. Auch die Kinder haben zu Beginn eine kleine Diagnostik durchlaufen, wobei hier der Begriff Diagnostik etwas hochgegriffen ist. Es handelt sich im engeren Sinne um ein Screening. Wir haben hier einen Kurzfragebogen mit dem Namen SDQ (strengths and difficulties Questionnaires) verwendet, also ein Fragebogen für die Stärken und Schwächen der Kinder, den wir im Vorfeld ausgewertet haben. Wenn sich für uns Hinweise ergaben, dass sich das Ergebnis im auffälligen bzw. grenzwertigen Bereich bewegt, haben wir den Eltern nahegelegt, bei einem Kinder- und Jugendlichen-therapeuten eine umfassende diagnostische Abklärung vornehmen zu lassen und haben entsprechend weitervermittelt. Diese Diagnostik hat sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe stattgefunden. Sobald die Diagnostikphase abgeschlossen war, konnten die Bielefelder Familien mit der Intervention beginnen.

Das Evaluationsdesign besteht aus vier verschiedenen Messzeitpunkten, zu denen wir mit Fragebögen, die unterschiedliche Parameter abgefragt haben, an die Familien heran getreten sind. Die erste Fragebogenerhebung war gleich am Anfang im Zusammenhang mit der Diagnostikphase. Sowohl Eltern als auch Kinder haben unterschiedliche Fragebogenpakete ausgefüllt, in denen es um Parameter wie z.B. Selbstwirksamkeitserwartungen, Eltern-Kind Beziehung und vieles mehr ging. In dem anschließenden Zeitraum von etwa sechs Monaten haben die meisten Familien das Angebot durchlaufen und abgeschlossen. Unmittelbar nach Abschluss der Intervention haben die Familien abermals Fragebögen zu genau denselben Parametern ausgefüllt. Sechs Monate nach Interventionsende wurden wiederholt die gleichen Fragebogensets ausgefüllt, um zu überprüfen, ob es im Laufe der Zeit zu Veränderungen gekommen ist, ob z.B. nachlassende Effekte zu verzeichnen oder ob konstante Effekte zu beobachten sind. Die Kontrollgruppe in Gütersloh hat genau die gleichen Erhebungszeitpunkte mit kongruenten Instrumenten mitgemacht, lediglich ohne Durchfüh-

zung der Intervention. Wie sie sich vorstellen können, war das für diese Gruppe wenig reizvoll, das heißt wir konnten dort auch nicht ganz so viele Familien gewinnen. Trotzdem ist es uns gelungen eine Kontrollgruppe einzurichten. Es haben Familien aus den unterschiedlichsten, altruistischen Motiven teilgenommen, denen wir sehr dankbar sind.

Erste Erfahrungen – Zielgrößen der Evaluation

Hauptzielgrößen der Evaluation

Psychische Beeinträchtigung, v.a. der Kinder
 Eltern-Kind- Beziehung/ Erziehungsverhalten
 Lebensqualität/ Lebenszufriedenheit
 Selbstwertgefühl/ Selbstwirksamkeit

➤ bisherige Befunde anderer Studien weisen auf Beeinträchtigungen in diesen Parametern bei hin

Die Hauptzielgröße der Evaluation, die wir versucht haben zu beeinflussen, war die psychische Beeinträchtigung der Kinder, die wir möglichst im Entstehungsprozess vermeiden wollten. Weitere kardinale Größen waren die Beziehung zwischen Eltern und Kindern sowie das Erziehungsverhalten der Eltern und die Lebensqualität bzw. die Lebenszufriedenheit – in erster Linie bei den Kindern –, aber im System Familie natürlich untrennbar miteinander verbunden, auch bei den Eltern. Des Weiteren waren Zielgrößen das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit. Diese Parameter haben wir zunächst ausgewählt, haben dann entsprechende Messinstrumente dafür gesucht und haben diese eingesetzt.

Aktueller Projektstand am Standort Bielefeld

- **Insgesamt konnten bisher in Bielefeld 51 (bzw. 55) Familien für eine Teilnahme gewonnen werden**
 - 4 Familien befinden sich derzeit in der Diagnostikphase
 - 37 Familien haben die Intervention bereits beendet
 - 4 Familien haben das Projekt abgebrochen
- **Anzahl der teilnehmenden Kinder in den Familien:**
 - 37 Familien mit 1 Kind in der Intervention
 - 11 Familien mit 2 Kindern in der Intervention
 - 3 Familien mit 3 Kindern in der Intervention




Im Folgenden möchte ich Ihnen den aktuellen Projektstand in der Bielefelder Interventionsgruppe vorstellen. Insgesamt konnten 51 Familien für die Teilnahme gewonnen werden, ursprünglich waren es 55. Vier Familien haben das Projekt jedoch während der Intervention verlassen. Von diesen 51 Familien befinden sich derzeit vier in der Diagnostikphase, zehn Familien sind gerade aktiv in die Intervention eingebunden und 37 Familien haben die Intervention bereits abgeschlossen. Schaut man sich die Anzahl der teilnehmenden Kinder (Bielefeld) an, sind es 37 Familien mit einem Kind in der Intervention, 11 Familien mit zwei teilnehmenden Kindern sowie drei Familien mit drei Kindern. Der überwiegende Teil der Familien nimmt mit einem Kind an dem Angebot teil. Wir haben einen großen Anteil an Alleinerziehenden, insbesondere Mütter, die an dem Projekt partizipieren.

Aktueller Projektstand am Standort Gütersloh

- **Insgesamt konnten bisher in Gütersloh 23 (bzw. 21) Familien für eine Teilnahme gewonnen werden**
 - 5 Familien haben die Kontrollspanne von acht Monaten bereits abgeschlossen
 - 16 Familien befinden sich noch in der Diagnostikphase (Prä, Post und Follow-Up)
 - 2 Familien haben das Projekt abgebrochen
- **Anzahl der teilnehmenden Kinder in den Familien:**
 - 10 Familien mit 1 Kind in der Intervention
 - 8 Familien mit 2 Kindern in der Intervention
 - 3 Familien mit 3 Kindern in der Intervention

Im Vergleich dazu konnten in der Gütersloher Kontrollgruppe 23 bzw., nach dem Abbruch von zwei Familien, 21 Familien rekrutiert werden. Fünf Familien haben die erste Kontrollspanne von acht Monaten abgeschlossen, in der die Interventionsgruppe das eigentliche Angebot wahrnimmt. 16 Familien befinden sich noch in der Prä-Post und Follow-up-Phase. Hier verteilt sich die Anzahl der teilnehmenden Kinder so, dass 10 Familien mit einem Kind, acht Familien mit zwei Kindern sowie drei Familien mit drei Kindern an der Befragung teilnehmen.

Im Hinblick auf die Verteilung der Diagnosen bei den erkrankten Elternteilen wird erkennbar, dass in beiden Gruppen deutlich mehr Personen an einer affektiven Störung erkrankt sind. Dies liegt zum einen daran, dass Depressionen im Krankheitspanorama deutlich häufiger auftreten als schizophrene Erkrankungen, zum anderen ist die Gruppe

Diagnosen der erkrankten Elternteile




Bielefeld:

- 46 Eltern mit einer affektiven Erkrankung (davon 3 bipolar)
- 5 Eltern mit einer psychotischen Erkrankung

Gütersloh:

- 19 Eltern mit einer affektiven Erkrankung (davon 1 bipolar)
- 2 Eltern mit einer schizoaffektiven Erkrankung

der schizophrenen Familien aufgrund ihrer Symptomatik wesentlich schwerer zu erreichen. Dies hängt mit der Störung an sich zusammen, dass ein höheres Misstrauen gegenüber dem Kanu Team vorhanden war, aber auch damit, dass schizophren erkrankte Menschen seltener Kinder haben. Häufig tritt diese Erkrankung bereits im früheren Lebensalter erstmalig auf, was dazu führt, dass dadurch keine langfristige Partnerschaft aufgebaut und keine Familie gegründet wird. All diese Punkte können dazu beitragen, diesen Effekt zu erklären.

Demografischer Überblick der erkrankten Elternteile

	Bielefeld	Gütersloh
Geschlecht	36 Mütter 15 Väter	13 Mütter 8 Väter
Durchschnittsalter	40,21	39,3
Muttersprache deutsch	72,9%	76,2%
Familieneinkommen		
- < 10.000 €	27,9%	0,0%
- 10.000€ - 17.999€	32,6%	6,3 %
- 18.000€ - 29.999€	14,0%	25,0%
- 30.000€ - 59.999€	23,3%	50,0%
-> 60.000€	2,3%	18,8%

Hier habe ich Ihnen einen demographischen Überblick zu den erkrankten Elternteilen mitgebracht. In Bielefeld sind das 36 Mütter und 15 Väter, die im Durchschnitt etwa 40 Jahre alt sind. Etwa 72% sind deutsche Muttersprachler. Ansonsten hatten wir auch einen großen Teil Migranten im Projekt. Das Familieneinkommen der Bielefelder Gruppe ist im Vergleich mit der Kontrollgruppe relativ niedrig. Bielefeld ist eine kreisfreie, urban strukturierte Stadt, ganz anders als der relativ saturierte Kreis Gütersloh. Die Vergleichsgruppe

ist nicht wirklich komparierbar, was das Einkommen betrifft. In Gütersloh haben 13 Mütter und 8 Väter teilgenommen, das Durchschnittsalter und der Anteil deutscher Muttersprachler sind mit der Bielefelder Gruppe vergleichbar. Bedauerlicherweise konnten wir viele Familien mit Migrationshintergrund nicht in das Projekt einbinden, obwohl mit Sicherheit ein Bedarf vorhanden gewesen wäre. Das liegt daran, dass das Ausfüllen der Fragebögen eine sprachliche Kompetenz erfordert, welche bei vielen nicht vorhanden war. Dies ist ein Manko der Modellphase, wir hoffen, dass das Projekt sich etabliert und dass wir dann auch die Familien berücksichtigen können, die sprachlich vor größeren Barrieren stehen.








Demografischer Überblick: Kinder

- In Bielefeld nehmen insgesamt 66 Kinder an der Intervention teil (34 Mädchen, 32 Jungen)
 - Altersdurchschnitt: 9,7 Jahre
- In der Kontrollgruppe Gütersloh nehmen insgesamt 33 Kinder teil (19 Mädchen, 14 Jungen)
 - Altersdurchschnitt: 10,4 Jahre

Ein kurzer demographischer Überblick zu den Kindern: In Bielefeld nehmen in toto 66 Kinder an der Intervention teil, in Gütersloh sind es 33 Kinder. Majoritär sind Mädchen vertreten, das Alter ist in etwa vergleichbar.

Gründe für einen Abbruch/Nichtteilnahme am Projekt

- **Eltern:**
 - Akuter Behandlungsbedarf
 - Wegzug aus der Region
 - Veränderte Motivation (z.B. fehlendes Gruppenzugehörigkeitsgefühl, Unlust)
 - Beginn einer Arbeitsstelle
 - Sprachbarrieren
- **Kinder:**
 - Stundenplanänderung des Kindes, Kinder möchten sich nicht auf die Gruppe einlassen (Angst, Verzicht auf Aktivitäten nötig)
 - Gruppe zu „kindlich“ für ältere teilnehmende Kinder

Hier werden ein paar Gründe für den Abbruch des Projektes benannt: Da geht es u.a. um virulente Krisen, Wegzug aus der Region, veränderte Motivlagen der Familien, dass sie aus unterschiedlichsten privaten Gründen nicht mehr teilnehmen wollten, eine Vollzeitstelle angetreten wurde, die eine zeitliche Belastung dargestellt hat, Sprachbarrieren, organisatorische Schwierigkeiten bei den Kindern wie Stundenplanänderungen, sich nicht auf die Gruppe einlassen können/wollen bzw. ein altersinadäquates Gruppenklima für bereits fast Jugendliche.

Erste Erfahrungen der Intervention

- **Baustein 1: Eltern-, Kind- und Familiengespräche**
 - Umfang der Gespräche angemessen, je nach Motivation der Eltern zwischen 1-4 Familiengespräche
 - Ein Schwerpunkt bildete die Psychoedukation und die Frage nach der Vererbbarkeit der elterlichen Erkrankung
 - Sehr junge Kinder hatten größere Schwierigkeiten in den Einzelgesprächen, ältere Kinder und Jugendliche scheinen stärker davon zu profitieren
 - Kinder konnten sich nicht immer anschließen, im Einzelgespräch thematisierte Probleme vor den Eltern anzusprechen

Damit komme ich zu den ersten Erfahrungen mit der Intervention, erläutert an den einzelnen Bausteinen: Wir haben festgestellt, dass der Umfang der Gespräche, wie wir es geplant hatten, angemessen war. Wir haben zwei bis drei Gespräche mit den Eltern geführt, ein Einzelgespräch mit den Kindern und ein bis vier Familiengespräche. Dieser zeitliche Rahmen hat sich als geeignet erwiesen, außerdem hat sich bewährt, dass wir einen Schwerpunkt in den Gesprächen darauf gelegt haben, über die Krankheit zu informieren und auch die Eltern anzuleiten, ihren Kindern altersangemessen ihre Erkrankung zu erläutern. Dies hatten wir bereits vermutet und genau dies ist eingetreten. Weiterhin war auch die Schuldfrage immer wieder Gegenstand der Gespräche, aber auch die Frage der Vererbbarkeit der elterlichen Erkrankung und die damit verbundenen Ängste der Kinder und Jugendlichen. Wir konstatierten, dass ältere Kinder eher von den Einzelgesprächen profitiert haben als die jüngeren Kinder, wo man sich auf ein niedrigeres Erklärungsniveau einlassen musste. Ältere Kinder haben hier auch intensiver und differenzierter nachfragen können. Weiterhin haben wir festgestellt, dass sich die Kinder sehr unterschiedlich in den Gesprächen geöffnet haben und auch sehr verschiedene Fra-

gen gestellt haben. Auch hier haben die älteren Kinder diese Einzelgespräche stärker für sich nutzen können, indem sie nachfragten oder darum baten gewisse Themen noch einmal im gemeinsamen Familiengespräch anzusprechen.

Erste Erfahrungen der Intervention

- **Baustein 2: Kanu-Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche**
 - 11 Termine stellen ein Minimum dar, um die Teilnehmer mit bestimmten Themen zu erreichen
 - Eine gute Gruppengröße stellten 8-9 Kinder dar, von Vorteil war die Durchführung von 2 Mitarbeitern
 - Unterteilung des Kurses in zwei Altersspannen konnte aufgrund der Teilnehmerzahl nicht langfristig realisiert werden
 - Es erwies sich als wichtig, zu Beginn den Grund für das Gruppenangebot zu besprechen und die Kinder zu ermutigen, über Schwierigkeiten in der Familie zu sprechen

Wir haben festgestellt, dass diese elf Termine ein absolutes Minimum darstellen, ein längerer Zeitraum wäre wünschenswert gewesen. Als gute Gruppengröße haben wir acht bis neun Kinder ausgemacht, mit dieser Anzahl kann man vor allem dann gut arbeiten, wenn man zu zweit und gegengeschlechtlich ist. Leider konnten wir eine Unterteilung in unterschiedliche Altersgruppen (zunächst war angedacht 6-9 Jahre und 10-12 Jahre) nicht immer realisieren, weil wir zum Teil Gruppen mit nur sechs Kindern dabei hatten. Es hat sich bewährt, bereits in der ersten Gruppenstunde den Grund der Zusammenkunft zu benennen, nämlich, dass in jeder Familie ein psychisch krankes Elternteil vorhanden ist. Für viele war es eine Erleichterung direkt darüber sprechen zu können, gerade wenn jemand anderes angefangen hat.

Erste Erfahrungen der Intervention

- **Baustein 3: Kanu-Eltertraining**
 - Durchführung durch zwei erfahrene Moderatorinnen erwies sich insbesondere für die Kleingruppenarbeit und Rollenspiele als notwendig
 - Kursinhalte waren (in Anlehnung an „STEP-Duo“) zu stark strukturiert und die eigene psychische Erkrankung wurde zu wenig einbezogen
 - Eltern zeigten vor allem den Wunsch nach Austausch über Schwierigkeiten und Probleme im Alltag
 - Heterogenität der Gruppe machte es erforderlich, den Ablauf und die Inhalte jeder Sitzung individuell auf die Bedürfnisse abzustimmen

Auch bei dem Elterntaining hat es sich als dienlich erwiesen, dieses mit zwei Moderatoren zu besetzen. Insbesondere die Kleingruppenarbeit und die Rollenspiele profitierten davon. Wir haben ermittelt, dass Kursinhalte, die wir zunächst stark an STEP-Duo angelehnt hatten, für unsere Bedürfnisse zu strukturiert waren und dass wir die elterlichen psychischen Erkrankungen nicht genug berücksichtigt hatten. Bei einer Fortsetzung des Angebotes würden wir an dieser Stelle Modifikationen vornehmen. Die Eltern haben vor allem eine Möglichkeit nach Austausch über Schwierigkeiten des Alltags gesucht. Die Gruppenzusammensetzung war partiell so heterogen, dass es notwendig war, Ablauf und Inhalte jeder einzelnen Sitzung in Bezug auf die folgende Sitzung noch einmal zu reformieren.

Wir haben derzeit 10 Patinnen und 13 Patenkinder. Wir haben herausgefunden, dass dies eine sehr sinnvolle Unterstützung bzw. Ergänzung für die Familien ist und dass die Kinder in sehr hohem Maße davon profitieren. Ältere Kinder konnten sich zum Teil pubertätsbedingt nicht richtig auf die Patenschaften einlassen. Die jüngeren Kinder nahmen dieses Angebot mit großer Begeisterung an, die Paten sind hier sehr beliebt für jegliche Freizeitaktivitäten. Einige Familien standen dem Angebot anfänglich sehr kritisch gegenüber, dies hat sich im Verlauf der Patenschaften verändert. Hier hat sich sehr viel Vertrauen entwickelt. Wir sehen diese Patenschaften, sowohl für die Kinder als auch für die Eltern, als absoluten Gewinn.

Logo: Gesundheitszentrum Westfalen 2011, Evangelisches KRANKENHAUS Bielefeld

Erste Erfahrungen der Intervention

- **Baustein 4: Patenschaften:**
 - derzeit gibt es 10 Patinnen und 13 Patenkinder
 - Betreuung durch Paten stellt eine sinnvolle und bereichernde Ergänzung für die Kinder dar
 - Ältere Kinder konnten sich weniger gut auf eine Patenschaft einlassen und fühlten sich häufig schon zu erwachsen für das Angebot
 - Einige Familien standen dem Angebot am Anfang kritisch gegenüber, erkannten aber schnell, dass es eine Entlastung für sie bedeutet
 - Bisher musste nur eine Patenschaft aus persönlichen familiären Gründen beendet werden

Logo: Gesundheitszentrum Westfalen 2011, Evangelisches KRANKENHAUS Bielefeld

Weiterführende Literatur:

- Kanu – Gemeinsam weiterkommen: Prävention für Familien mit psychisch kranken Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (erscheint voraussichtlich Februar 2012)
- Manual des Präventionsprojekts „Kanu – Gemeinsam weiterkommen“ für Kinder psychisch erkrankter Eltern (erscheint voraussichtlich Frühjahr 2012)

Hilfe konkret: Kipkel, ein Einblick in 13 Jahre praktischer Erfahrung

Ich möchte mich sehr herzlich für Ihre Einladung bedanken und Ihnen über meine langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern im Projekt Kipkel berichten. Zunächst zeige ich Ihnen einen kurzen Filmausschnitt, indem Sie Objekte der Kinder sehen, die ich im Projekt betreut habe. Ich würde Sie bitten, sich nicht nur auf die Problematik zu konzentrieren, sondern auch Lösungsversuche und Lösungsentscheidungen der Kinder wahrzunehmen.

Dies sind sehr beeindruckende Arbeiten. Es ist eine gute Möglichkeit, mit den Kindern auf der nonverbalen Ebene zu arbeiten. Es fällt ihnen dabei oft leichter, ihre Gefühle zuzulassen und auch Lösungen zu finden. Diese Arbeit mit den Kindern hat auch mich immer wieder sehr berührt.

Nun möchte ich mit zwei persönlichen Erfahrungen beginnen. Als 1998 die Arbeit im Projekt begann, war ich noch unsicher, wie Gespräche mit Kindern über die Erkrankung ihrer Eltern erfolgen konnten. In prägender Erinnerung ist mir die Erfahrung mit einem neunjährigen Mädchen geblieben, das in ihrer Familie mit einer psychotischen Mutter und einem alkoholkranken Vater sehr viel Verantwortung übernahm und auch großes Wissen erworben hatte. Nach einigen Stunden, sie merkte meine Verunsicherung und meine Zögerlichkeit, sagte sie: »Frau Staets, jetzt werde ich ihnen sagen, wie man mit einem Kind spricht, was kranke Eltern hat.« Dafür war ich ihr sehr dankbar, sie hatte mich ermutigt, mein Wissen und meine Kompetenz nicht in wohlgeformte Sätze zu fassen, sondern auf persönliche Art und Weise zu vermitteln. Für meine folgende, langjährige Arbeit war dies von großer Bedeutung, um Ängste ab- und Vertrauen aufzubauen.

1998, als die Arbeit begann, gab es noch keine Projekte, an denen man sich orientieren konnte und es gab auch noch keine Erfahrungen in kindgerechter, altersentsprechender Vermittlung von psychischen Krankheitsbildern. Das heißt, wir standen am Anfang eines mühsamen Weges mit dem Ziel, Kinder kompetent und sensibel zu begleiten und zu unterstützen, Ängste abzubauen und Beziehungen zu knüpfen.

Heute, zwölf Jahre später, meine zweite Erfahrung ist gerade einige Monate her.

Ein inzwischen zwanzigjähriger junger Mann, dessen Familie ich über lange Jahre betreut habe, wurde auf Anregung

der Bundestagesabgeordneten Frau Noll in die Kinderkommission des Bundestages eingeladen. Wir bereiteten diesen Auftritt vor. Er sprach sehr eindrucksvoll über das Leben mit seiner psychisch kranken Mutter und bat anschließend die Politiker und Zuhörer um finanzielle Unterstützung für Projekte wie Kipkel. Er beantwortete Rückfragen offen und souverän und endete mit dem Satz: »Wenn ich und meine Familie, das heißt mein Zwillingbruder und meine Eltern, nicht die intensive Unterstützung durch das Projekt gehabt hätten, könnte und würde ich heute hier nicht stehen und in dieser Offenheit reden.«

Ich muss sagen, diese Rede hat mich berührt und auch stolz gemacht, ich hatte großen Respekt vor dem Mut dieses jungen Mannes, er bekam viele positive Rückmeldungen. Auf dem Rückflug sprachen wir über die Ängste vieler Kinder psychisch kranker Eltern. Sie haben Angst Kontakte zu knüpfen, Angst vor Stigmatisierung, Angst vor Ablehnung und das erzeugt große Unsicherheit. Spontan bot er mir an, mit zwei Kindern einer Familie, die ich nun ehrenamtlich als vertraute Person nach dem Ausscheiden aus der Arbeit begleite, ein Gespräch zu führen. Als von der Familie die Einwilligung vorlag, traf ich mich mit ihm dort. Er begann das Gespräch mit dem Hinweis: »Wisst ihr, wir sind eigentlich ganz normale Kinder, nur die Erwachsenen wissen das oft nicht.« Er sprach über seine Unsicherheit im Umgang mit Freunden und Klassenkameraden, die ihn nach der Mutter fragten. Er habe ihnen erzählt, dass sie zum Beispiel im Urlaub sei, obwohl sie in der Psychiatrie war. Anschließend berichtete er, wie er es nun aber schaffe, offen über die Problematik in seiner Familie zu sprechen. Die beiden Kinder, neun und zwölf Jahre alt, hörten aufmerksam zu, stellten jedoch noch keine Fragen. Erst später, als wir wieder zusammen kamen, fragten sie mich: »Wie wollen wir es anderen Kindern sagen?« und »Was sagen die Klassenkameraden?« und »Was können wir erzählen?« und »Was haben die anderen Kinder gesagt?«. Sie hatten viele Ideen, viele Fragen und viel zum Nachdenken.

Diese beiden persönlichen Erfahrungen zeigen sehr deutlich, wie wichtig und sinnvoll die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern ist, wie Selbstbewusstsein wachsen und Kinder stärken kann. Kindliche Kompetenzen werden angesprochen, genutzt und gefördert. Kinder bringen von sich aus schon ein großes Potential an Kompetenzen mit, das sollten wir immer im Blick haben.

Die Situation heute: Ich möchte keine Zahlen vorstellen, sondern Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven aufzeigen. Die Situation Kinder psychisch kranker Eltern hat sich in den letzten zehn bis zwölf Jahren verändert. Es gibt inzwischen bundesweit viele verschiedene, auch wissenschaftlich begleitete Betreuungsangebote. In der Öffentlichkeit und in den Medien zeigt sich, dass das Thema psychische Krankheit mit weniger Tabus belegt ist. Es melden sich immer mehr Betroffene zu Wort und fordern Hilfe für sich und ihre Kinder. Das Thema psychisch kranke Eltern und deren Not ist inzwischen auch in verschiedenen psychiatrischen Kliniken bekannt und es gibt gute Ansätze einer Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe.

Als ich vor zehn, zwölf Jahren zum ersten Mal in der zuständigen Klinik war, wurde der Blick nicht auf die Kinder der Patienten gerichtet. Heute ist es selbstverständlich, dass auf den Stationen, in der Tagesklinik, auf der Therapiestation, sofort gefragt wird: »Haben sie Kinder? Wer betreut sie in ihrer Abwesenheit?« usw.

Es gibt unterschiedliche Präventions- und Betreuungskonzepte in Deutschland, die meines Erachtens erweitert und ergänzt werden müssen. Als wir im Projekt Kipkel 1998 mit der Arbeit begannen, gab es mein schlüssiges Konzept, den damals erforderlichen Notwendigkeiten angemessen. Wir hatten es mit vielen Kindern zwischen dem fünften und vierzehnten Lebensjahr zu tun, die nun jugendlich oder erwachsen sind. Sie haben andere, ihrem Alter entsprechende Fragestellungen und Probleme. Erwachsenwerden, sich aus der Familie ohne Schuldgefühle lösen können - das betrifft insbesondere Kinder von alleinerziehenden Müttern - eine Ausbildung machen, einen Beruf ergreifen oder ein Studium beginnen, ein eigenständiges Leben führen wollen, neue Erfahrungen mit Freunden und in Partnerschaften machen, das sind ihre Themen. Die Probleme dieser jungen Menschen sind umfassend und zeigen deutlich die besonderen Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern. Wer betreut die zurückgelassenen Eltern? Wer ist da, wenn es um Fragen der Arbeits- und Wohnungsvermittlung geht? Wer begleitet den Weg in eine andere, nicht so beengte Welt? Wer vermittelt, wenn vom ersten Lehrgeld auch zum Unterhalt der psychisch kranken Eltern beigesteuert werden muss? Wer vermittelt z.B. in Wohngruppen?

Diese Hilfsangebote sind vorhanden und werden auch

durchgeführt. Leider fehlt es häufig an der notwendigen Kooperation zwischen Jugendhilfe und ambulanten psychiatrischen Einrichtungen. Es sind nicht nur rechnerische, technische Fragen. Ich erlebe hier, dass es zu heftigen Auseinandersetzungen und aggressiven Äußerungen in der Familie kommen kann. Lang angestautes, verantwortliches Mittragen kann sich in Ablehnung und Wut entladen. Oft bleiben völlig hilflose Eltern zurück, die von den Kindern mitbetreut wurden. Wie kann betreutes Wohnen für die betroffenen Eltern eingeleitet werden?

Vertraute Personen: Hier zeigt sich, wie sinnvoll und notwendig vertraute Personen sind, die aus dem innerfamiliären Kontext stammen oder von außen eingesetzt werden. Ich habe sie in meinem Konzept »vertraute Personen« genannt. Dieser Begriff gefiel mir, er macht den persönlichen Kontakt zu den Kindern und Eltern deutlich. Diese vertrauten Personen sollten schon möglichst früh zum Zeitpunkt der Betreuung gefunden werden. Viele Kinder nennen spontan eine solche Person. Vertraute Personen, die im außerfamiliären Bereich gesucht werden müssen, sollten unbedingt, in der Vorbereitung auf diese Arbeit, informiert und begleitet werden. Dies erfolgt beispielsweise von einem Facharzt und von den zuständigen Mitarbeitern des Jugendamtes. Das Jugendamt sollte über die Inhalte der Arbeit informieren um auch Mitverantwortung übernehmen und Stütze sein und eben nicht nur die Kontrollfunktion erfüllen. So kann sich auch die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern verändern und positiver gestaltet werden.

Der bekannte Umgang mit diesen vertrauten Personen kann sehr hilfreich sein beim Übergang ins Erwachsenenalter und in ein Erwachsenenleben.

Ich habe mich über einen längeren Zeitraum mit jungen, erfolgreich im Berufsleben stehenden Frauen getroffen, die alle psychisch kranke Mütter haben. Wir haben uns mit der Frage befasst: »Was hätte ich als Kind gebraucht? Welche Unterstützung hätte mir geholfen?«. Übereinstimmend waren ihre Antworten: »Jemand, mit dem ich hätte reden können und jemand, der sich um meine Mutter gekümmert und mich aus der Verantwortung genommen hätte.« Konform waren sie auch hinsichtlich ihrer Rolle im Berufsleben und in ihren Beziehungen. Sie übernehmen immer wieder die Rolle der Helferin und überfordern sich dabei häufig. So ist das Thema auch im Erwachsenenalter noch vorhanden.

Trennung und Scheidung der Eltern ist für viele Kinder eine belastende Erfahrung. 60 bis 70 % der Kinder psychisch kranker Eltern erleben Trennung bzw. Scheidung. Sie sind damit quasi doppelt betroffen. Viele Kinder bleiben nach der Trennung mit ihren oft restlos überforderten Müttern zurück. Wir werden den betroffenen Kindern nur teilweise gerecht, wenn wir sie lediglich in Programme für Kinder psychisch kranker Eltern einbinden. Hier zeigt sich eine gute Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Beratungsstellen, in denen Trennungs- und Scheidungsgruppen angeboten werden. Die Kinder haben so die Möglichkeit, andere Probleme und andere Lösungswege von Kindern kennen zu lernen, sodass sich dadurch sowohl die Kinder als auch die Profis vernetzen können. Dies ist ein ganz wichtiger Punkt, weil das oft noch so nebeneinander steht, obschon alle davon profitieren können.

Ähnliche Erfahrungen betreffen auch die Gruppenangebote. Viele Kinder bleiben meines Erachtens zu lange im eigenen Themenbereich verhaftet. Sie sollten die Chance des Austausches mit Gleichaltrigen z. B. in Sport-, Musik-, Tanz- oder Theatergruppen haben. Die Integration der Kinder in die sogenannte »normale Welt«, in Lebensfelder, die sie fördern, ihnen eigenes Gestalten ermöglichen und ihnen

helfen Freundschaften aufzubauen. Auch können in die Abschlussrunden einer Gruppe eventuell Gruppenleiter aus den genannten Gruppen (z.B. Pfadfinder, Sport, Musik) eingeladen werden, um zu informieren und zu werben. Dieses persönliche Ansprechen und Kennenlernen kann neugierig machen und den Wechsel in eine offene Gruppe erleichtern. Die Teilnahme an einer solchen Gruppe kann, wenn erforderlich, in vertrautem Kreis begleitet werden.

Ältere Jugendliche können meiner Meinung nach, wenn Impulse von ihnen kommen und sie nicht instrumentalisiert werden, durchaus als Mitarbeiter im Bereich Gruppenarbeit informierend und unterstützend tätig sein. Wir haben ein wunderbares Beispiel eben aus Berlin gehört. Sie können in die letzte Phase der Gruppenarbeit für Kinder psychisch kranker Eltern eingeladen werden und eigene Erfahrungen weitergeben. Sie sind als Betroffene in der Lage direkten Zugang zu den Kindern zu finden. Ich weiß von einem Jugendlichen, der im Jugendparlament ist und sich einsetzt, dass das Thema »Kinder psychisch kranker Eltern« auf der politischen Ebene behandelt wird. Er hat auch nach Fortbildungen für Gruppenleiter gefragt.

Seit Jahren denke ich an ein Kinder- und Jugendforum. Hier könnten die Betroffenen als Fachleute zu Wort kommen. Sie könnten evtl. auch in bestehende Parlamente einbezogen werden. Ein Jugendlicher, der alleine lebt mit seiner psychisch kranken Mutter, macht diese Arbeit. Er hat so



viel Potential und Kompetenzen, dass das möglich ist. Er ist aber auch begleitet und unterstützt worden.

In der Aufklärungsarbeit an Schulen zum Thema »Kinder psychisch kranker Eltern« sollte bei den Vorbereitungstreffen neben Lehrern, auch ein betroffener Elternteil und ein Jugendlicher einbezogen werden. Die informative Arbeit mit den Lehrern kann sie kompetenter und sensibler im Umgang mit den betroffenen Schülern machen. Schüler verschiedener Schulsysteme schlugen vor, die Aufklärungsarbeit in den Klassen zunächst in den Wahlfächern anzubieten in denen interessierte Schüler sind. Das Thema »Kinder psychisch kranker Eltern« sollte in der Vorbereitungsphase für diese Aufklärungsarbeit an den Elternabenden angesprochen werden.

Elternarbeit: Diese Form der Arbeit mit den Kindern kann unter Umständen ihr Verhalten in der Familie verändern. Sie entdecken ihre Fähigkeiten und ihre Wünsche. Sie sind mitunter nicht mehr bereit, ihnen aufgetragene Aufgaben in der Familie z. B. Versorgung des kranken Elternteils, Aufsicht der Geschwister, Aufgaben im Haushalt usw. zu erfüllen. Es ist darum dringend erforderlich, dass die Eltern, die auf die Mithilfe der Kinder verzichten müssen, eine gute Begleitung und Unterstützung erfahren. Das heißt, sie müssen auf das veränderte Verhalten der Kinder vorbereitet und sie müssen aufgeklärt werden. Es müssen unbedingt zeitgleich alternative Möglichkeiten der Unterstützung und Betreuung der Eltern gesucht werden, beispielsweise im Rahmen betreuten Wohnens.

Die Arbeit mit den Kindern und den Eltern kann sowohl Strukturen in der Familie aufbauen wie auch festgelegte Strukturen im Familiensystem verändern. Dann gibt es Entwicklungen bei den Kindern und den Eltern. In der Elternarbeit wird deutlich, dass ihre eigenen familiären Erfahrungen aktualisiert werden können, das heißt nicht nur die traumatischen, sondern auch die positiven Erlebnisse und Fähigkeiten. So können Eltern auch wieder ihre kreativen Seiten entdecken und darum sollten sie auch Möglichkeiten haben, ihre Ressourcen einzusetzen und das kann zu gemeinsamen Erlebnissen mit den Kindern führen.

Aber auch der nicht erkrankte Elternteil braucht Unterstützung. Ich weiß von einem Ehemann einer schwerst psychisch und physisch erkrankten Frau, dass er wieder zu sei-

nem Posaunenverein gehen konnte, nachdem die Betreuung der Kinder gewährleistet wurde. Seine zwölfjährige Tochter spielt Trompete, sie haben ein gemeinsames Hobby. Dies ist so wichtig. Wir sollten die vorhandenen Kompetenzen der Eltern wahrnehmen und diese fördern.

Die begleitende Gruppenarbeit mit den Eltern in den Projekten und in den (Tages-) Kliniken fördert das Verständnis der Eltern für die Situation ihrer Kinder. Sie lernen, ihre Kinder als Betroffene wahrzunehmen. In der Elterngruppenarbeit werden die Eltern informiert, dass Verhaltensweisen ihrer Kinder auch entwicklungsbedingt sind und nicht nur im Zusammenhang mit der elterlichen psychischen Erkrankung gesehen werden sollten. Eltern fühlen sich oft schuldig, wenn sie in Krisenzeiten die Versorgung der Kinder nicht alleine bewältigen können. Dieses Wissen um die normale Entwicklung und normalen Entwicklungsschritte der Kinder kann das Zusammenleben in der Familie erleichtern. Ich erinnere mich an eine Gruppe in der Klinik, die sich darüber austauschte, wie es ist, wenn Kinder in der Pubertät sind oder sonst irgendwelche Krisenphasen haben. Die Eltern teilten ihre Erfahrungen, lachten und erzählten gemeinsam, erlebten sich selbst wieder.

Entwicklungspsychologische Beratung von jungen Müttern in der vorgeburtlichen Phase und in den ersten drei Lebensjahren der Kinder fördert und stärkt die Beziehung zwischen den Müttern und ihren Kindern. Ich kenne Projekte, die diese Arbeit erfolgreich durchführen. Die Chance der Vernetzung und Begleitung nach Abschluss dieser intensiven Mutter-Kind-Arbeit ist groß. So werden Übergänge geschaffen zu anschließenden Projekten, die helfen und weiter begleiten. Hier gibt es heute schon sehr schöne Beispiele.

Ich bin noch dabei zu schauen, welche Angebote es überhaupt gibt. Ich habe mich informiert, es gibt in Düsseldorf die sogenannte »Singpause«. Da kommen professionelle Sänger in die Klassen und singen 20 Minuten mit den Kindern und zwar während des Unterrichts, nicht in der Pause. Man hat festgestellt und das ist auch evaluiert, dass Kinder davon unglaublich profitieren. Sie erleben einfach eine Freiheit. Ich denke, das kennen sie alle, wenn was mit einem passiert, wenn man singt. Auch unsere betroffenen Kinder profitieren davon. Sie sind nämlich in den Klassen, in denen gesungen wird und sie erleben, dass sie eine Stimme haben, dass sie vielleicht besser singen als ihr Nachbar und sie

erleben, dass auch ein anderer brummt, der dann mitgetragen wird. Das sind einfach Erfahrungen aus den Projekten, die meines Erachtens vielmehr gefördert werden sollten. Es gibt ja auch andere Bereiche z. B. im Theater in denen diese Form der Unterstützung für Kinder möglich und kostenfrei zugänglich ist.

Auch für Eltern z. B. im stationären Bereich könnte das ein Angebot sein. Diese Aktivitäten können dazu beitragen, dass sich Momente im gemeinsamen Leben der Familie ergeben, die die Eltern mitgestalten können. In einer Tagesklinik wird ein solches Modellprojekt derzeit angeboten und erprobt. Ich bin sehr gespannt wie das ist, wenn Eltern selber singen und vielleicht dann zuhause auch mit ihren Kindern wieder singen.

Leider läuft es nicht immer so wie dargestellt, es gibt Familien in denen sich diese Angebote nicht realisieren lassen und Kinder stationär untergebracht werden müssen. Hier sollte sowohl für die verlassenen Eltern, als auch für die Kinder, die oft unter Versagensängsten und Schuldgefühlen leiden, eine begleitende Trauerarbeit angeboten werden, damit die Begegnung zwischen den erkrankten Eltern und ihren Kindern unbelastet und eine Rückführung der Kinder vielleicht auch wieder möglich ist. In einem Workshop war dies das große Thema. Kinder werden aus der Familie genommen, keiner ist mehr da, keiner fühlt sich zuständig und irgendwann steht dann die Frage an: »Können die Kinder jetzt in die Familie zurück?« Auf beiden Seiten ist vieles passiert. Um Entfremdung vorzubeugen, muss behutsam darauf geachtet werden, dass sowohl Kinder als auch Eltern begleitet werden. Das betrifft auch die Familien in denen Eltern für längere Zeit stationär in einer Klinik sind. Wir erleben immer wieder, dass diese Begleitung zu wenig Raum einnimmt.

In einer Familie, in der ich ehrenamtlich tätig bin, muss die Mutter sehr wahrscheinlich bald stationär versorgt werden.

Meine »Arbeit« ist es nun, mit den Kindern darüber zu reden, sie auf diese Situation vorzubereiten. Sie sind immens belastet und ich weiß, dass sie beide große Schuldgefühle haben. Sie werden einbezogen in diese ganzen Vorbereitungen und Überlegungen, die wichtig und weichenstellend für die Zukunft aller Beteiligten sind.

Wir professionellen Helfer haben meiner Meinung nach große Möglichkeiten neben unserem Wissen und unseren Erfahrungen auch eigene kreative Ideen einzubringen und zu ermutigen, dass es solche Angebote gibt und die Finanzierung gesichert ist. Wenn wir uns mit dem Gedanken der Prävention auseinandersetzen, dürfen wir die eigenen Potentiale nicht verkennen.

Leider ist es heute auch oft noch immer so, dass diese Arbeit vom Engagement Einzelner abhängig und noch keine Selbstverständlichkeit ist. Ich wünsche mir sehr, dass diese Selbstverständlichkeit Realität wird. Danke.

Über das Projekt Kipkel können Sie sich im Internet informieren. Der gezeigte Filmausschnitt ist vollständig auch im Netz unter www.kipkel.de zu finden. Bei Fragen können Sie sich an das Projekt wenden.

Ich bin jetzt mehr »politisch« tätig, weil ich denke, wir müssen noch viele Möglichkeiten der Finanzierung ausschöpfen und die Projekte erhalten. Eine äußerst spannende Erfahrung für mich ist, dass ich jetzt als vertraute Person »arbeite«, das heißt ich bin ehrenamtlich tätig. Vertraute Personen haben einen total anderen Zugang zu den Kindern. Dieser ist sehr persönlich und die Kinder haben ein ganz anderes Vertrauen, wenn sich das Verhältnis etabliert hat. Ich wünsche mir sehr, dass es diese Personen gibt, die gut angeleitet und begleitet werden. Kinder können davon unendlich profitieren - und nicht nur die Kinder.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Arbeit mit Kindern psychisch kranker und substanzabhängiger Eltern – zwei unterschiedliche Problemfelder?

Einführung: Die »vergessenen Kinder«

Es ist davon auszugehen, dass etwa 11 % der männlichen und 26 % der weiblichen PsychatriepatientInnen ihren Haushalt mit mindestens einem minderjährigen Kind teilen (vgl. Lenz, 2005). Mattejat (2008) schätzt aufgrund der Versorgungsdaten, dass etwa 175.000 Kinder in Deutschland davon betroffen sind, dass mindestens ein Elternteil stationär psychiatrisch behandelt wird. Noch erheblich höher dürfte diese Zahl bei ausschließlich ambulant behandelten PatientInnen liegen. Für Eltern mit Substanzmissbrauch liegen ebenfalls einige Zahlen vor, so weiß man, dass etwa 40-50 % der Klienten ambulanter Suchthilfe mit Kindern leben (Baumgärtner & Scharping, 2006) und dass etwa 30 % der heroinsüchtigen Mütter und 13 % der heroinsüchtigen Väter mit Kindern zusammenleben (Brandhorst, 2005). Die betroffenen erwachsenen Patientinnen und Patienten wurden häufig in der Vergangenheit gar nicht in ihrer Elternrolle wahrgenommen (vgl. etwa Franz, 2008). Die in ihrer Not alleingelassenen Kinder werden heute nicht selten als die »vergessenen Kinder« bezeichnet (Borg-Laufs, 2011). Die Eltern selber wollen häufig keine Hilfe in Anspruch nehmen, weil sie Angst vor Bevormundung oder gar dem Entzug der elterlichen Sorge haben (Kölch & Schmid, 2008).

Dass Kinder psychisch kranker Eltern mit ihrer Not so lange »vergessen« wurden, wird vermutlich damit zusammenhängen, dass allgemein diejenigen, die mit den Elternteilen psychiatrisch oder psychotherapeutisch gearbeitet haben, sehr unsicher waren, wie sie den Kindern helfen könnten, wenn sie ihren erwachsenen PatientInnen die Erziehung nicht mehr zutrauten. In diesem Zusammenhang ist es sehr hilfreich, wenn die PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen Erwachsener über Netzwerkverbindungen in Richtung Jugendhilfe verfügen (vgl. Borg-Laufs, Gahleitner & Hungerige, 2012).

Erfreulicherweise hat sich Vieles in den letzten Jahren geändert. Das Thema wird intensiv bearbeitet, viele psychiatrische Kliniken denken über Angebote für die Kinder ihrer PatientInnen nach oder haben solche schon installiert. Auch wurden verschiedene Jugendhilfeprojekte gestartet, etwa Patenprojekte, die zum Ziel haben, den Kindern Ansprechpartner außerhalb der Familie zu vermitteln, bei denen sie etwa im Krisenfall (z.B. wenn für einen alleinerziehenden Elternteil ein Klinikaufenthalt ansteht) auch vorübergehend

Aufnahme und Betreuung finden können. Andere Jugendhilfeangebote sind z.B. besondere Gruppen- und Therapieangebote für Kinder psychisch kranker Eltern.

Probleme in Familien mit Alkohol- und Drogenproblemen

Elterlicher Drogenkonsum oder elterliche Substanzabhängigkeit hat in der Regel massive Belastungen für betroffene Kinder zur Folge (vgl. Zobel, 2000). Wichtige Pflichten der Eltern – auch in der Versorgung ihrer Kinder – werden vernachlässigt zugunsten des Drogenkonsums oder der Drogenbeschaffung. Sozialer Abstieg und familiäre Gewalt sind häufige Begleiterscheinungen (s. auch Zobel, 2005). Bei vielen der in den letzten Jahren in den Medien dargestellten dramatischen Fälle von Kindstötungen durch ihre Eltern spielten Suchtprobleme der Eltern eine herausragende Rolle. Aber auch unterhalb dieser Schwelle ist die Alkohol- oder Drogenabhängigkeit der Eltern als massiver Risikofaktor für die kindliche Entwicklung zu sehen. Verhaltensauffälligkeiten der Kinder sind in der Regel zu beobachten, das Risiko, selber eine Suchtstörung zu entwickeln, ist massiv erhöht (Klein, 2005). Sehr häufig leiden die Kinder unter der Unzuverlässigkeit ihrer Eltern, an fehlender Wertschätzung, an Scham- und Schuldgefühlen, Isolation der Familie, Parentifizierung, Gewalterfahrungen und Vernachlässigung (Baumgärtel & Scharping, 2006; Kröger, 1994).

Speziell bei Eltern mit Opiatkonsum ist in der Regel von prekären Lebensverhältnissen und von Diskontinuitäten in vielerlei Hinsicht auszugehen. Meist sind beide Eltern abhängig, Gewalt, Isolation und Vernachlässigung sind häufige Probleme (Klein, 2001). Bei den betroffenen Kindern kommt es nicht selten zu Entwicklungsverzögerungen, Störungen des Sozialverhaltens, Schulproblemen, Delinquenz und zu einem frühen Alkohol- und Drogenkonsum (Englert & Ziegler, 2001).

Probleme bei weiteren relevanten Störungsbildern

Ohne einen umfassenden Überblick geben zu können, sollen hier einige der relevanten Störungsbilder kurz mit ihren Auswirkungen auf die Erziehung von Kindern vorgestellt werden (vgl. auch Borg-Laufs & Lüpertz, 2009).

Depression. Die herausragenden Merkmale dieser Störung sind Antriebsschwäche, starke Traurigkeit, Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld, sowie der Verlust von Interesse und Freude. Bei Betrachtung dieser Symptome wird unmit-

telbar deutlich, dass die Betroffenen mit hoher Wahrscheinlichkeit kaum in der Lage sein werden, die physischen und psychischen Grundbedürfnisse von Kindern zu befriedigen. Es fehlt an der nötigen Energie, die aufreibende Arbeit der Kindererziehung zu bewältigen. Häufig müssen die Kinder in ihrem Entwicklungsstand völlig unangemessener Weise Verantwortung für ihren kranken Elternteil und für das familiäre Zusammenleben tragen. Darüber hinaus werden sie mit den schon für erwachsene Angehörige depressiver Menschen schwierig zu ertragenden Affektlagen konfrontiert. Bei den Kindern ist zu beobachten, dass etwa die Hälfte von ihnen bei einer schweren depressiven Erkrankung der Mutter selber eine depressive Störung entwickelt. Darüber hinaus fallen sie auch durch aggressives Verhalten und häufig durch schlechte Schulleistungen auf (Lexow, Wiese & Hahlweg, 2008). Wüthrich, Mattejat und Remschmidt (1997) berichten von einer Häufung psychosozialer Belastungsfaktoren.

Schizophrenie. Die Patienten zeigen bei ausgeprägter Minus-Symptomatik Anhedonie, Antriebsschwäche und einen verflachten Affekt. Für die Kinder noch verstörender ist aber die Plus-Symptomatik, etwa mit Halluzinationen, Wahnideen und desorganisiertem Sprechen. Gerade diese Symptome sind für Kinder sehr verwirrend und ängstigend, dazu kommen nicht selten Versorgungsdefizite. Die Kinder zeigen häufig Auffälligkeiten im kognitiven und emotionalen Bereich oder entwickeln aggressive Verhaltensprobleme. Die Lebenszeitprävalenz für eine schizophrene Störung steigt – im Vergleich mit der üblicherweise bei 1 % liegenden Prävalenz – bei Kindern eines schizophrenen Elternteils auf 15 %, bei Kindern von zwei schizophrenen Elternteilen auf 40 % an (Remschmidt & Mattejat, 1994).

Persönlichkeitsstörungen. Das Verhalten persönlichkeitsgestörter Menschen ist von extremen Charakterausprägungen dominiert. Für das Kindeswohl besonders relevant sind sicher dissoziale Persönlichkeitsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Die Hauptsymptome einer dissozialen Persönlichkeitsstörung sind Verantwortungslosigkeit, mangelnde Empathiefähigkeit, Beziehungsunfähigkeit, Gefühlsverarmung und eine niedrige Aggressionsschwelle. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung imponiert durch massive Schwankungen im Gefühlsleben, in der Beziehungsgestaltung und im Selbstwertgefühl. Nicht selten gehört auch impulsiv-aggressives Verhalten sowie begleitender Alkohol- oder Drogenmissbrauch zur Sympto-

matik. Die Problematik für die Erziehung von Kindern drängt sich bei diesen Störungen unmittelbar auf: Kinder sind für eine gelingende Entwicklung auf eine sichere Bindung zu ihren Eltern angewiesen. Bei den genannten Störungen ist zu befürchten, dass dies nicht realisiert werden kann. Darüber hinaus ist auch die Gefahr von körperlicher Misshandlung bei beiden Störungen erhöht (Oates, 1997).

Angst- und Zwangserkrankungen. Angst- und Zwangserkrankungen haben üblicherweise weniger dramatische Auswirkungen auf das Wohlergehen und die Entwicklung der Kinder. Allerdings können die Kinder in die Angst- und Zwangssysteme der Eltern einbezogen werden. Die Gefahr der Entwicklung einer Angststörung ist bei den betroffenen Kindern deutlich erhöht (vgl. etwa Schneider, 1998).

Folgen für die Kinder

Zwar wurden bislang spezifische Folgen der einzelnen Störungsbilder dargestellt, es lassen sich aber auch Gemeinsamkeiten zwischen allen Gruppen einschließlich der Kinder suchtkranker Eltern finden: So leiden die betroffenen Kinder oft an Einsamkeit, Gefühlen der Entfremdung, Schamgefühlen, Unsicherheiten und Ängsten und zeigen eher defensiv-vermeidende Coping-Strategien (Jungbauer & Lenz, 2008). Für alle psychischen Störungen (einschließlich des Substanzmissbrauches) ist es typisch, dass die Betroffenen aufgrund der Erkrankung nicht in der Lage sind, ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen, um die Bedürfnisse ihrer Kinder zu befriedigen. Ob Zwangshandlungen oder die Stimmungsschwankungen, die mit manchen Störungsbildern verknüpft sind, ob »Suchtdruck«, Halluzinationen (bei Psychosen) oder ganz selbstverständlich für angemessen erachtete, für die Umwelt aber schädliche Handlungen (dissoziale Persönlichkeitsstörung): Die durch die Störung verursachten Handlungsimpulse sind so zwingend, dass sie nicht zurückstellbar sind und der Bedürfnisbefriedigung der Kinder übergeordnet sind. Aus diesem Grund ist bei psychischen Störungen eines Elternteils durchaus die Frage nach einer möglichen Kindeswohlgefährdung angebracht (vgl. Dittrich & Borg-Laufs, 2010). Die Kinder sind möglicherweise einerseits genetisch/biologisch belastet, andererseits führen die eingeschränkte Erziehungsfähigkeit, die hohe Stressbelastung in der Familie (ggf. Partnerschaftskonflikte, sozialer Abstieg) und die krankheitsbedingten Affekte zu den hohen Belastungen und starken Auswirkungen auf die Kinder (Goodman & Gotlib, 1999; Lexow, Wiese & Hahlweg, 2008).

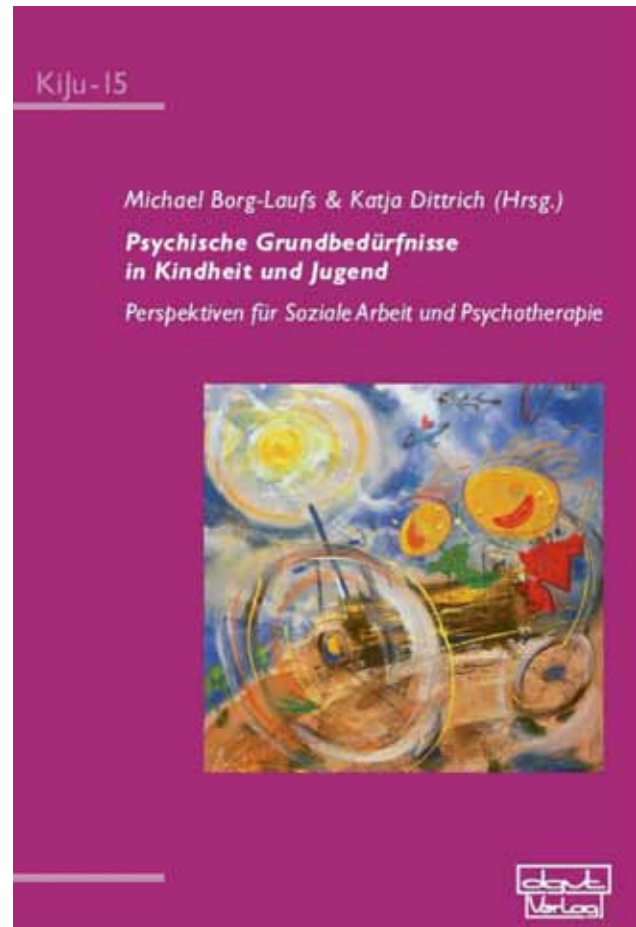
Mattejat und Lisofsky (2008, S. 207 ff.) haben eine Risikoliste erstellt, die erleichtern soll, mögliche Kindeswohlgefährdungen in Familien mit psychisch kranken Eltern zu erfassen. Als wichtige Merkmale einer Hochrisikokonstellation sehen sie eine psychische Erkrankung beider Elternteile, den Ausfall der Alltagsversorgung, keinen offenen Umgang mit der Krankheit in der Familie, vorausgegangene Trennungen von wichtigen Bezugspersonen und das Fehlen einer guten Beziehung zu einem ggf. vorhandenen psychisch gesunden Elternteil.

Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen eines Elternteiles sind je nach Lebensalter der Kinder unterschiedlich (Lenz, 2005). So leiden jüngere Kinder oft unter Trennungs- und Verlustängsten, sie sind wütend auf die Eltern und häufig resigniert. Jugendliche hingegen quält im Zusammenhang mit ihrer Identitätsentwicklung die Frage, ob sie selber die psychische Störung ihres Elternteils entwickeln werden. Darüber hinaus kommt es im Jugendalter zu einem entwicklungsbedingten Konflikt: Einerseits wollen die Jugendlichen die Eltern schützen, sich ihren Eltern gegenüber verantwortungsvoll verhalten und andererseits ist einer ihrer Entwicklungsaufgaben, sich von den Eltern zu lösen und zu einem autonomen Leben zu finden (vgl. Borg-Laufs, 2010). So schwanken sie zwischen den entwicklungsangemessenen Autonomiebestrebungen und dem Mitgefühl und der Verantwortung dem Elternteil gegenüber, was nicht selten dazu führt, dass sie ihre Autonomiebestrebungen negativ als »im-Stich-lassen« der Eltern bewerten.

Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse

Es ist eine zentrale Anforderung gelingender Elternschaft, die eigenen Bedürfnisse zugunsten der Kinder zurückstellen zu können. Wie bereits erwähnt, sind psychisch kranke Eltern dazu häufig nicht in der Lage. Dabei geht es nicht nur um die physischen Bedürfnisse wie Ernährung, Hygiene, Wärme und Schlaf. Auch die psychischen Grundbedürfnisse nach Orientierung/Kontrolle, Selbstwertstabilisierung, Lustgewinn/Unlustvermeidung und vor allem nach Bindung sind für eine gesunde Entwicklung von Kindern zentral (Borg-Laufs & Dittrich, 2010).

Sind Kinder sehr jung, so sind sie umso mehr darauf angewiesen, dass die Eltern ihre Bedürfnisse befriedigen. Bei Kleinstkindern muss die Bedürfnisbefriedigung fast vollständig über die Eltern erfolgen, da die Kinder selbst



überhaupt noch nicht in der Lage sind, ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Sie benötigen daher feinfühligere Eltern, die die Signale ihrer Kinder richtig zu deuten wissen und dann angemessen darauf reagieren. Obwohl die Eltern während des gesamten Entwicklungsverlaufes ihrer Kinder eine wichtige Rolle spielen, nimmt diese doch mit dem Lebensalter der Kinder ab. Jugendliche etwa benötigen immer noch Selbstwertbestätigung durch ihre Eltern, aber sie sind doch weitgehend in der Lage, die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse ohne externe Hilfe zu erreichen.

Grawe (2004) unterscheidet vier psychische Grundbedürfnisse, die nach Borg-Laufs & Spancken (2010) auch für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von hoher Relevanz sind. Es handelt sich dabei um die Bedürfnisse nach Bindung (tiefgehende emotionale Beziehungen zu nicht ohne Weiteres auswechselbaren Bezugspersonen), Orientierung und Kontrolle (die Welt verstehen, vorhersagen und einschätzen zu können), Selbstwertschutz/Selbstwerterhöhung (sich selbst als »gut« erleben), sowie Lustgewinn/Unlustvermeidung (angenehme Zustände erleben und

unangenehme Zustände vermeiden). Bei psychisch erkrankten Eltern (einschließlich suchterkrankter Eltern) ist davon auszugehen, dass psychische Grundbedürfnisse der Kinder häufig nicht befriedigt werden.

- Die in vielen Fällen anzunehmende mangelnde elterliche Responsivität, die sich durch die Symptomatik ergibt und die nur eingeschränkte Fähigkeit und/oder Bereitschaft, in Notsituationen angemessen auf kindliche Ängste und Sorgen zu reagieren, führen zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Entstehen unsicherer Bindungen.
- Psychisch erkrankte und suchtkranke Eltern reagieren häufig unvorhersehbar, mitunter sogar verwirrend und ängstigend für die Kinder. Insofern wird den Kindern die Möglichkeit genommen, ihre relevante Umwelt im Sinne des Bedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle verstehen und beeinflussen zu können.
- In vielen Fällen besteht die Gefahr, dass die Kinder von den Eltern nicht genügend Wertschätzung erfahren. Darüber hinaus wird die Befriedigung des Bedürfnisses nach Selbstwertschutz auch dadurch erschwert, dass die Kinder sich für ihre Eltern schämen und dadurch, dass sie sich Sorgen darüber machen, selber eine psychische Störung zu entwickeln.
- Bei jungen Kindern sind Erfahrungen von Lustgewinn und Unlustvermeidung in hohem Maße davon abhängig, ob die Eltern dieses Bedürfnis befriedigen. Durch die beschriebenen eingeschränkten Möglichkeiten der Eltern sind auch hier ungünstige Erfahrungen wahrscheinlich.

Sind die Probleme von Kindern substanzabhängiger Eltern grundsätzlich verschieden von den Kindern von Eltern mit anderen psychischen Störungen?

So wie bei jedem anderen Störungsbild auch gibt es Spezifika bei Kindern von Eltern, die Alkohol oder illegale Drogen missbrauchen. Gemeinsam sind ihnen aber die Ängste, die Scham, die Gefährdung des Kindeswohles und vor allem die Nicht-Befriedigung ihrer psychischen Grundbedürfnisse infolge der elterlichen Erkrankung. Bezüglich dieser Themen gibt es keine grundlegenden Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Zusätzlich ist noch zu berücksichtigen, dass es eine hohe Komorbidität zwischen Abhängigkeitserkrankungen einerseits und anderen psychischen Störungen andererseits gibt. Einer Studie der Barmer Ersatzkasse (Marschall, Ulrich & Sievers, 2009) zufolge leiden 39 % der

alkoholabhängigen PatientInnen an einer Depression, bei drogenabhängigen PatientInnen sind es fast 47 % und bei Personen mit multiplen Substanzmissbrauch fast 51 %. Etwas niedriger, aber dennoch bedeutsam sind die Zahlen für komorbide Angststörungen (14,5 % bei Alkoholabhängigkeit, 18,3 % bei Drogenabhängigkeit, 22,5 % bei multiplen Gebrauch) und bei Persönlichkeitsstörungen (9 % bei Alkoholabhängigkeit, 19 % bei Drogenabhängigkeit und 18,6 % bei multiplen Gebrauch).

Schon allein vor diesem Hintergrund ist es nicht möglich, die betroffenen Kinder auseinander zu dividieren. Insofern werden nachfolgend die Kinder suchtkrankter Eltern als eine Subgruppe der Kinder psychisch kranker Eltern behandelt, zwar mit störungsspezifischen Bedarfen, wie alle anderen Betroffenen auch (so unterscheiden sich auch die Probleme von schizophrenen und von depressiven Kindern voneinander in bestimmten Punkten), dennoch aber als eine Gruppe von Kindern, die viele Probleme mit den Kindern von Eltern mit anderen psychischen Störungen gemeinsam hat.

Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern

Die Hilfsangebote können – bei Kindern psychisch kranker Eltern ebenso wie bei Kindern suchtkrankter Eltern – auf verschiedenen Ebenen ansetzen (vgl. ausführlich Borg-Laufs, Gahleitner & Hungerige, 2012).

Zunächst ist es wichtig, dass die betroffenen Elternteile sich in psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung begeben bzw. entsprechende Angebote wahrnehmen, die ihr Suchtproblem verringern. Eine Langzeitstudie von Schneider (2010) belegt, dass Kinder in ihrer Entwicklung davon profitieren, wenn psychisch kranke Elternteile sich in psychotherapeutische Behandlung begeben. Vorsicht ist allerdings geboten, wenn dies als alleinige Hilfsmaßnahme gedacht ist. Die Kinder sind durch ihre Erfahrungen geprägt und haben bestimmte Rollen innerhalb der Familie eingenommen, die keinesfalls automatisch keine Bedeutung mehr haben, wenn sich das Verhalten der Eltern ändert. Dennoch ist eine psychotherapeutische und/oder psychiatrische Behandlung des betroffenen Elternteiles sicher in den meisten Fällen unverzichtbar für eine zufriedenstellende Verbesserung der Situation des Kindes. Es muss daher ein Ziel jeder Betreuung/Beratung psychisch kranker Eltern sein, sie zur Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung zu motivieren, wenn eine solche Behandlung noch nicht initiiert wurde.

Eltern müssen darüber hinaus aber in ihrer Be- und Erziehungsfähigkeit gestärkt werden. Hier können die auch in anderen Kontexten eingesetzten üblichen Elterntrainings sehr hilfreich sein, wobei die besonderen Bedürfnisse der psychisch kranken Elternteile beachtet werden sollten. Häufig muss zunächst auch eine angemessene Alltagsstruktur als verlässliche häusliche Umgebung hergestellt werden. Außerdem ist es wichtig, dass die Eltern dazu gebracht werden können, den Kindern gegenüber offen mit ihrer Problematik umzugehen. Zusätzliche Jugendhilfemaßnahmen können die Familie unterstützen, bei Eltern von jüngeren Kindern sind auch bindungsorientierte Interventionen (vgl. Gloger-Tippelt, 2007; Kißgen & Suess, 2005; Ziegenhain et al., 1999) sinnvoll. Gute Ergebnisse zeigen auch auf die Problematik der Familie zugeschnittene familientherapeutische Interventionen, wie sie etwa speziell für Familien mit einem depressiven Elternteil vorgestellt wurden (Beardslee, 2009). Die Aktivierung des sozialen Netzwerkes und die Erstellung eines Krisenplanes für den Fall einer überraschenden Krankenhausaufnahme sind in diesem Zusammenhang ebenfalls wichtige Maßnahmen.

Die Hilfe für die betroffenen Kinder und Jugendlichen kann ebenfalls an verschiedenen Punkten ansetzen. Die Kinder suchen eine kompetente Vertrauensperson, mit der sie über ihre Schwierigkeiten und die Krankheit des Elternteils reden können. Um ihre Welt besser verstehen zu können (Grundbedürfnis nach Orientierung, s.o.), benötigen sie eine entwicklungsangemessene Aufklärung über die Krankheit des Elternteils, die i.d.R. für sie nur schwer verstehbar ist. Ebenfalls müssen die Ängste der Kinder aufgegriffen werden, sei es die Angst, einen Elternteil zu verlieren oder sei es die Angst, selbst eine psychische Krankheit zu entwickeln. Die Auseinandersetzung mit der elterlichen Krankheit kann auch durch das gemeinsame Lesen thematisch passender Kinder- und Jugendliteratur unterstützt werden¹.

Bewährt haben sich auch Kindergruppen von Kindern psychisch kranker Eltern. Die teilnehmenden Kinder erleben es als entlastend, ihre Erfahrungen mit anderen Betroffenen austauschen zu können (Deneke, Beckmann & Dierks, 2008). Auch bei solchen Gruppenangeboten sind altersangemessene Aufklärung, Identifikation und Ausdruck von Gefühlen und verhaltensorientierte Übungen (Problemlösung, Bewältigungsverhalten) wesentlich.

Grundbedürfnisorientierte Hilfen sollten darüber hinaus gezielt auch beim Selbstwert der Kinder ansetzen. Wichtig sind in diesem Zusammenhang altersangemessene Außenkontakte, etwa in Sportvereinen, Kirchengruppen usw. Neben möglichen Selbstwertstärkungen können hier auch wichtige Beziehungserfahrungen (Bindungsbedürfnis) gemacht und attraktive Tätigkeiten (Bedürfnis nach Lustgewinn) durchgeführt werden. Solche Freiräume außerhalb der belastenden Familiensituation können für die Kinder außerordentlich wertvoll sein.

Lägel (2009) berichtet von einem sehr umfassenden ressourcenorientierten Ansatz, der von Betroffenen sehr gut angenommen wird. Bei diesem Konzept werden die unterschiedlichen Angebote einzelfallangepasst miteinander kombiniert. Dazu gehören Einzelgespräche mit Eltern und Kindern, Familiengespräche, Paargespräche, Angebote zur Krisenintervention und Maßnahmen zur Erhöhung der Bindungsqualität, Psychoedukation für die Eltern, Kinder- und Jugendlichengruppen (u.a. Soziales Kompetenztraining), Hausaufgabenunterstützung, kunsttherapeutische Angebote, Elterntrainings und Freizeitangebote.

Die dargestellten Maßnahmen sind letztlich alle geeignet, die Kinder bei der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse zu unterstützen. Die Förderung guter inner- und außerfamiliärer Beziehungen, die Stärkung des Selbstwertgefühles durch kompetenzorientierte Maßnahmen, die Vermittlung von Orientierung und Kontrollmöglichkeiten durch die Veränderung von Alltagsstruktur und durch die Vermittlung neuer Handlungsmöglichkeiten und die Ermöglichung lustbringender Tätigkeiten auch unabhängig von der Familie sollte bei allen Maßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern im Vordergrund stehen. Hierbei kann aus dem aktuellen Erkenntnisstand kein wesentlicher Unterschied in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern einerseits und suchterkrankter Eltern andererseits abgeleitet werden. Zu groß scheinen die Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Probleme der Kinder. Ob zukünftige Forschungsarbeiten noch für die Interventionen wichtige Unterschiede aufzeigen werden, bleibt abzuwarten.

Abschließend sei der Hinweis gegeben, dass in manchen Fällen eine Veränderung des Lebensortes der Kinder – auch gegen ihren Willen – notwendig sein kann, um das Kindeswohl zu sichern. Beispielhaft kann eine junge Frau

zitiert werden, die bei einer schizophren erkrankten Mutter aufwuchs: »Man soll doch keine Experimente machen mit diesen Kindern. ... Es war gut, dass ich ins Heim gekommen bin. ... Vor allem, wenn die Eltern nicht einsehen, dass sie krank sind, dann sofort die Notbremse ziehen, raus. ... Ich hatte ein schöneres Leben im Heim gehabt 6 Jahre als manche Kinder 18 Jahre zu Hause.« (Borg-Laufs, 2008).

¹ Eine Internetsuche mit dem String »Bücher für Kinder psychisch kranker Eltern« fördert eine Menge brauchbarer Tipps zutage.

Literatur

- Baumgärtner, T. & Scharping, C. (2006). Kinder aus suchtbelasteten Familien: Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der evaluativen Begleitung des Modellprojekts connect. *BfS-Berichte EVA, 23*. Hamburg: Büro für Suchtprävention.
- Beardslee, W. J. (Hrsg.) (2009). Hoffnung, Sinn und Kontinuität. Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern – ein Interview (DVD). Tübingen. Borg-Laufs, M. (2010). Die vergessenen Kinder: Über die Auswirkungen psychischer Krankheit von Eltern auf Kinder. In S. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 122-130). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Borg-Laufs, M. & Dittrich, K. (Hrsg.) (2010). *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend – Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M., Gahleitner, S. & Hungerige, H. (2012). *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern, Jugendlichen und Familien*. Weinheim: Beltz.
- Borg-Laufs, M. & Lüpertz, S. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. *Pädiatrische Praxis, 74*, 23-29.
- Borg-Laufs, M. & Spancken, A. (2010). Psychische Gesundheit bei gesunden und bei psychisch kranken Kindern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.): *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 23-38). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Brandhorst, P. (2005). Alleine kommt man aus diesem Sumpf nicht raus. *die taz vom 07.12.2005*. online unter <http://www.taz.de/1/archiv/archiv/?dig=2005/12/07/a0048> [Zugriff am 10.02.2012].
- Deneke, C., Beckmann, O. & Dierks, H. (2008). Präventive Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen* (S. 63-80). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Dittrich, K. & Borg-Laufs, M. (2010). Kindeswohlgefährdung und psychische Grundbedürfnisse. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 87-98). Tübingen: DGVT.
- Englert, E. & Ziegler, M. (2001). Kinder opiatabhängiger Mütter – ein Überblick. *Suchttherapie, 2*, 143-151.
- Franz, M. (2008). Welche Hilfen sind sinnvoll und wie lassen sich die Hilfen für eine Familie verbinden? In F. Matzejat, F. & B. Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (S. 106-113). Bonn: Balance.
- Gloger-Tippelt, G. (2007). Präventive Programme zur Stärkung elterlicher Beziehungskompetenzen. In U. Ziegenhain & J. Fegert (Hrsg.), *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung* (S. 128-141). München: Reinhardt.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen.
- Goodman, S. H. & Gottlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review, 106*, 458-490.
- Jungbauer, A. & Lenz, A. (2008). Psychische Krankheit, Partnerschaft und Elternschaft: Perspektiven für Forschung und Praxis. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen* (S. 7-35). Tübingen: DGVT.

- Kißgen, R. & Suess, G. J. (2005). Bindungstheoretisch fundierte Intervention in Hoch-Risiko-Familien: Das STEEPTM-Programm. *Frühförderung interdisziplinär*, 24, 124-133.
- Klein, M. (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien – ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie*, 2, 118-124.
- Klein, M. (2005). Kinder aus suchtbelasteten Familien. *Unsere Jugend 02/2005*, 83-93.
- Kölch, M. & Schmid, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 774-788.
- Kröger, F. (1994). *Familiäre Intervention bei Suchtkranken*. Frankfurt a.M.: VAS.
- Lägele, I. (2008). Präventive Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. Ein multidimensionaler Ansatz zur Förderung protektiver Faktoren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 789-801.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lexow, A., Wiese, M. & Hahlweg, K. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern: Ihre Chancen, im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie der Eltern zu profitieren. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen* (S. 91-112). Tübingen: DGVT.
- Marschall, U., Ullrich, W. & Siever, C. (2009). Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. *Gesundheitswesen aktuell 2009*, 252-276. Online unter http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Publikationen/12-20Sievers,property=Data.pdf (Zugriff v. 10.02.2012).
- Mattejat, F. (2008). Kinder mit psychisch kranken Eltern – was wir wissen und was zu tun ist. In F. Mattejat, F. & B. Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (S. 68-98). Bonn: Balance.
- Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.). *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Bonn: Balance.
- Oates, M. (1997). Patients as parents: the risk to children. *British Journal of Psychiatry*, 170, Supplement 32, 22-27.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S. (1998). Wie die Eltern, so das Kind? Protektive und pathogene Faktoren in der Entwicklung von Angsterkrankungen. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie* (S. 161-167). Berlin: Springer.
- Schneider, S. (2010). Kinder psychisch kranker Eltern. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 843-854). Heidelberg: Springer.
- Wüthrich, C., Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1997). Kinder depressiver Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 141-146.
- Ziegenhain, U., Dreisörner, R. & Derksen, B. (1999). Intervention bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen. In G.J. Suess & W.K.P. Pfeiffer (Hrsg.): *Frühe Hilfen* (S. 222-245). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zobel, M. (2000). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen*. Göttingen: Hogrefe.
- Zobel, M. (2005). Misshandlung und Vernachlässigung durch süchtige Eltern. In G. Deegener, G. & W. Körner (Hrsg.): *Kindesmiss-handlung und Vernachlässigung* (S. 155-170). Göttingen: Hogrefe.

Hilfe konkret: Arbeit mit Kindern psychisch kranker und substanzabhängiger Eltern – praktische Erfahrungen



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der Vorbereitung auf diese Fachtagung war ich sehr froh darüber, Ihnen heute über unser Projekt und meine Arbeit mit Kindern von psychisch kranken und/oder suchtkranken Eltern berichten zu können.

So bedanke ich mich zunächst beim Landschaftsverband zum einen für die heutige Einladung und zum anderen für die Auswahl als eine der neun Modellregionen, die uns ermöglicht, mit dem Projekt Netzwerk FREIO neue Impulse zu setzen, die vielleicht auch im Sinne einer Verbindung von Angeboten für Kinder von psychisch kranken Eltern und den Kindern von suchtkranken Eltern über den Kreis Euskirchen hinausgehen.

Mein Name ist Dorothee Koch. Ich bin seit Juli 2002 in dem Fachbereich Sucht- und Wohnungslosenhilfe des Caritasverbandes Euskirchen für das Kinderprojekt zuständig. Das Projekt FREIO ist in den Fachbereichen Sucht- und Wohnungslosenhilfe sowie Eingliederungs- und Behindertenhilfe des Caritasverbandes für das Kreisdekanat Euskirchen angesiedelt.

FREIO, so bezeichnen spielende Kinder im Rheinland seit Jahrzehnten den Ort, an dem sie in Sicherheit sind. Ein selbstgewählter Schutzraum, eine Tabuzone, eine klar definierte Ruhezone. Von all dem möchten wir mit unseren Angeboten den Kindern etwas ermöglichen.

Zunächst werde ich Ihnen über die Entstehung und die weitere Entwicklung des Projektes berichten und Ihnen dann einen Einblick in die konzeptionellen Bausteine unseres Projektes geben. Als letzten Punkt möchte ich mit Ihnen meine Schlussfolgerungen und Hypothesen erörtern, die – wie ich aus neun Jahren Projekterfahrung und Netzwerkarbeit denke –, dass sie ausschlaggebend dafür sind, dass es im Kreis Euskirchen gelungen ist, Kindern von psychisch kranken Eltern und Kindern von suchtkranken Eltern gemeinsame Hilfen anzubieten und eine Vernetzung sowie Kooperationsstrukturen zu schaffen, so dass Psychiatrie, Suchthilfe und Jugendhilfe gemeinsam an einem Strang ziehen.

Entstehung und Entwicklung des Projektes

Vorab möchte ich Ihnen ein paar Informationen zum Kreis Euskirchen nennen. Der Kreis Euskirchen ist ein ländlich strukturierter Flächenkreis [ca. 1.250 km²] mit fast 200.000 Einwohnern. Im Durchschnitt leben 202 Kinder je 1.000 Einwohner. Der Kreis Euskirchen hat eine maximale Ausdehnung in Nord-Süd-Richtung von 47 km sowie in Ost-West-Richtung von 42 km.

Im Kreis Euskirchen sind zwei Caritasverbände tätig, einer im südlichen Kreisgebiet, der Caritasverband für die Region Eifel mit Sitz in Schleiden (zugehörig zum Bistum Aachen) und im nördlichen Kreisgebiet, der Caritasverband für das Kreisdekanat Euskirchen e.V. mit Sitz in Euskirchen (zugehörig zum Erzbistum Köln).

Bei der Entstehung und der Entwicklung des Projektes gehe ich nur auf die für den Vortrag relevanten Ereignisse ein.





Projektverlauf von 1998 bis 2011

1998 Vor dreizehn Jahren wurden auch die Kinder als »mitbetroffene kleine Angehörige« im Rahmen unserer Tätigkeiten in der Suchtvorbeugung und in der Beratung sowie Behandlung der Suchthilfe des Caritasverbandes verstärkt in den Blick genommen. Außerdem gab es in diesem Jahr erste Informationen und Gespräche bezüglich der Thematik mit KollegInnen, den Selbsthilfegruppen und der Fachöffentlichkeit, insbesondere in verschiedenen Arbeitskreisen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft im Kreisgebiet.

1999 Eine Erhebung unter den Selbsthilfegruppen für ein spezielles Angebot für mitbetroffene Kinder und Jugendliche ergab nur einen geringen Bedarf, weil die meisten dieser Kinder bereits erwachsen waren. In verschiedenen sozialen Institutionen und unserer Suchtberatungs- und -behandlungsstelle zeigte sich ein Bedarf für eine Kindergruppe im Alter von 8 bis 12 Jahren. Der Aufbau eines solchen Angebotes wurde von allen Beteiligten zunehmend als erforderlich erachtet. Dementsprechend wurde eine erste Konzeption erstellt und eine Spendenaktion initiiert, um die Öffentlichkeit zu gewinnen und die Mitfinanzierung einer »Gruppe für Kinder aus suchtbelasteten Familien« zu erreichen.

2000 Mittels der Spendenaktion konnte eine große Resonanz in der Öffentlichkeit über das Thema und die Finanzierung einer Kindergruppe erreicht werden. Nach Vorstellung der »Kindergruppe« bei beteiligten Gruppierungen, Institutionen und Vorgesprächen mit zahlreichen Eltern konnte im März 2000 mit einem wöchentlichen Gruppenangebot mit zunächst vier Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren begonnen werden.

Bereits nach wenigen Treffen gaben die Kinder ihrer Gruppe den Namen »Regenbogengruppe«. Der Name entstand in Anlehnung an das Kinderbuch »Der Regenbogenfisch«, eine Geschichte, die den Weg eines Außenseiters zu einem Platz in der Gemeinschaft beschreibt. Die Kinder haben mit dem Namen symbolhaft sowohl das Thema »Außenseiterdasein«, als auch »Aufbruch« und »Hoffnung« thematisiert. Seitdem fand eine intensive Auseinandersetzung mit der Problematik dieser Kinder statt und aufgrund der Erprobung und der Erfahrungen im Jahre 2000 wurde der Fortbestand und die Weiterentwicklung von 2001 bis 2003 durch das Projekt »Die Regenbogengruppe« als Modellprojekt gemäß dem Landesprogramm gegen Sucht NRW abgesichert und gefördert.

2001 - 2003 In dieser Zeit standen die Umsetzung des Konzeptes mit Angeboten für die Kinder, Eltern und Bezugspersonen sowie erste Ansätze zum Aufbau von Kooperationen und Vernetzungen mit ebenfalls beteiligten Einrichtungen und Diensten [z.B. ASD] im Mittelpunkt.

Die konkrete Arbeit im Projekt wurde durch weitere Angebotsformen wie Elterngespräche, Elterngruppe und Aktionstage sowie Ferienwochen ergänzt. Ende 2002 fand die von uns ausgerichtete Fachtagung »Eltern – Kinder – Sucht« [Netzwerk für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften] statt. Ziel der Fachtagung war es, zu informieren, Perspektiven für eine zukünftige Entwicklung aufzuzeigen und einen ersten Schritt in Richtung einer Vernetzung zu etablieren.

2003 Zum Abschluss des Modellprojektes entstand im Rahmen fallspezifischer Zusammenarbeit zur Thematik im Kreisgebiet nicht nur die Vernetzung mit den verschiedenen Institutionen, sondern es kam zu Überlegungen über die weitere Finanzierung und Fortsetzung des Projektes.

2004 Nach dem Auslaufen des Modellprojektes konnten wir ausschließlich das Gruppenangebot und einige Einzelbetreuungen für die Kinder mittels Spendengelder und Eigenmittel aufrechterhalten.

Aufgrund der gewonnenen Erfahrungen und der Evaluation des abgeschlossenen Projektes, dem damit verbundenen Wissen in Bezug auf die Thematik sowie einer verstärkten Auseinandersetzung mit dem Thema »Kinder von psychisch kranken Eltern« in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft des Kreises (PSAG) und den Fachinstitutionen, gab es im

Frühjahr 2004 zunehmend die Anfrage an uns, auch ein Angebot für Kinder von psychisch kranken Eltern zu initiieren oder in die noch bestehende Gruppe zu integrieren. Dieser Anfrage war die Durchführung einer Fragebogenaktion des Kreises Euskirchen zum Thema »Präventionsprojekt: Kinder und Jugendliche psychisch kranker oder suchtkranker Eltern« vorausgegangen.

Aufgrund der stetig steigenden Anfragen nach Hilfeangeboten für Kinder von psychisch kranken Eltern und der einmaligen Zuwendung eines Versicherungsunternehmens konnten wir bei einzelnen Aktionstagen den Versuch unternehmen, sowohl Kinder aus suchtblasteten Familien als auch Kinder von psychisch kranken Eltern gemeinsam in einem offenen Angebot anzusprechen. Darüber hinaus wurden vereinzelt Kinder von psychisch kranken Eltern in die bestehende Gruppe aufgenommen.

Ziel war es, herauszufinden, ob eine Initiative für ein integriertes Projekt für Kinder von Suchtkranken und/oder psychisch kranken Eltern sinnvoll erscheint. Hierbei konnten wir feststellen, dass die bisher nur fachtheoretisch bekannte Auseinandersetzung mit der gemeinsamen Problematik von Kindern von Suchtkranken und Kindern von psychisch kranken Eltern in der Praxis umsetzbar ist und dass es zunächst keine differenzierten Ausschlusskriterien gibt, diese Kinder nicht gemeinsam in einem Angebot anzusprechen.

Eine konzeptionelle Weiterentwicklung des Projektes wurde vorgenommen – die Erweiterung unseres Hilfeangebotes auch für Kinder von psychisch kranken Eltern.

Auf Kreisebene wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, bestehend aus dem Psychiatriekoordinator der Abteilung Gesundheit des Kreises, einer Teamkoordinatorin der Abteilung Jugend und Familie des Kreises, einer Vertreterin der Erziehungsberatungsstelle und meiner Person, um das weitere Vorgehen im Sinne einer Vernetzung anzugehen. Diese Arbeitsgruppe implementierte dann 2005 die Arbeitsgruppe »Kinder von psychisch kranken und/oder suchtkranken Eltern« im Rahmen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft im Kreis Euskirchen. Dieses war ein entscheidender Schritt für die weitere Entwicklung der Hilfen für Kinder von psychisch kranken und/oder suchtkranken Eltern und der Erarbeitung von Netzwerkstrukturen auf Kreisebene.

2005 Im Januar 2005 kam es dann zu der Gründung des Netzwerkes für Kinder von psychisch kranken und/oder suchtblasteten Eltern und eine entsprechende Arbeitsgruppe der PSAG wurde eingerichtet. Neben der Koordina-

tion, die bei der Abteilung Jugend und Familie sowie dem Psychiatriekoordinator liegt, gibt es noch die Arbeitsgruppensprecherin.

2006 und 2009 wurden von dieser Arbeitsgruppe erfolgreich zwei Fachtagungen zu der Thematik auf Kreisebene durchgeführt. In der Arbeitsgruppe gab es neben der Vorbereitung und Durchführung der Fachtagungen, einen regen Austausch mit Vorstellung der einzelnen Institutionen und Praxen, Fallbesprechungen, die Erstellung eines Flyers, auf den ich später noch zurückkommen werde sowie die Überlegungen zum Bedarf an Hilfeangeboten und ihrer Finanzierung. Die Erarbeitung einer Kooperationsvereinbarung, die unsere Arbeit sowohl sicherstellt als auch das Vorgehen bestimmt, konnte 2010 abgeschlossen und 2011 verabschiedet werden.

2010 haben wir uns mit dem Konzept Netzwerk FREIO um die Förderung als eine Modellregion für »Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern im Rheinland« beim Landschaftsverband Rheinland beworben. Die Abteilung Gesundheit und die Abteilung Jugend und Familie des Kreises haben uns mit ihren Stellungnahmen unterstützt. Mit der Berücksichtigung unserer Bewerbung begann im letzten Quartal die Umsetzung unseres träger- und sektorenübergreifenden Konzeptes Netzwerk FREIO. Eine Lenkungsgruppe wurde auf Kreisebene eingerichtet, in der alle Beteiligten, die Abteilungen Jugend und Familie sowie Gesundheit der Kreisverwaltung und die Vertreter der beiden SPZ der Caritasverbände mit dem Projektträger vertreten sind. Zudem wurde dort festgelegt, dass die Arbeitsgruppe der PSAG in die Entwicklung des Projektes einbezogen wird.

2011 In der Arbeitsgruppe der PSAG wurden erste Schritte für die weitere Umsetzung unserer Ziele, wie z.B. die Erweiterung der Arbeitsgruppe im Sinne einer verbesserten Vernetzung besprochen. Über die einzelnen Elemente, die in der konkreten Arbeit etabliert wurden, berichte ich Ihnen nun bei der Vorstellung des Konzeptes Netzwerk FREIO.

Zunächst sehen Sie die konzeptionellen Bausteine des Projektes **Netzwerk FREIO**.



Es gibt in unserem Projekt drei Schwerpunkte: Angebote für Kinder, Angebote für Eltern und Familien und Vernetzung und Kooperation schaffen.

Die Ziele, die mit den einzelnen Bausteinen erreicht werden sollen, sind: Kindern Halt geben, Eltern entlasten und unterstützen und Multiplikatoren stärken.

Ich werde die Bausteine im Einzelnen vorstellen.



Angebote für Kinder

Bei dem *präventiven* Gruppenangebot handelt es sich um die **Regenbogengruppen** für Kinder von 6 bis 14 Jahren.

Derzeit gibt es drei Gruppen, zwei im nördlichen Kreisgebiet in Euskirchen und eine im Südkreis in Schleiden. Es besuchen 22 Kinder im Alter von 6 bis 13 Jahren die Gruppen.

Voraussetzung für die Gruppenteilnahme ist ein Infogespräch mit den Eltern oder einem Elternteil und dem Kind. Dabei wird zum einen das Gruppenkonzept erläutert und zum anderen werden die Erwartungen sowie Bedenken der Eltern und des Kindes abgeklärt und welche Entwicklungsschritte dem Kind innerhalb der Gruppe ermöglicht werden sollten – immer auch mit dem Blick, ob es ein geeignetes Angebot für das Kind ist.

Die Regenbogengruppe findet wöchentlich für 90 Minuten statt. Die Gruppenarbeit lässt sich in verschiedene Phasen aufteilen, wobei die Kindergruppe selbst von einer durchlässigen Struktur geprägt ist.

Die Phasen möchte ich nur kurz erwähnen: Mittels Smilies wird mit einer Runde begonnen, in denen die Kinder ihre aktuelle Befindlichkeit ausdrücken. In der Regel schließt sich eine Bewegungsphase an, auf die eine sogenannte Pause mit kleinem Imbiss folgt. Im letzten Teil der Gruppenstunde arbeiten wir mit den Kindern thematisch.

Diese Struktur ist nicht starr, sondern je nach Prozess und Erfahrungen in der Gruppe veränderbar. Das Arbeiten in der Gruppe erfolgt ressourcen- und prozessorientiert.

Darüber hinaus gibt es bei Bedarf **Einzelgespräche** mit den Kindern und in den Ferien meistens zusätzlich zur Gruppe noch **Aktionstage**.

Ziel der Aktionstage ist es, unter anderem intensiver miteinander in den Kontakt zu kommen, einen ganzen Tag miteinander zu erleben und einen größeren Gestaltungsraum zu bieten. Diese Tage ermöglichen den Kindern eine klare Struktur zu erleben, mit viel Freiraum für Spiel, Aktion und Gespräch im Miteinander (z. B. Theaterworkshop, Zirkusworkshop).

Ein Kind verbleibt in der Regel ein bis zwei Jahre in der Gruppe. Die Abschiedsphase erfolgt bei jedem Kind zeitlich und gestalterisch individuell, d. h. prozessorientiert und situationsbedingt werden Dauer und Abschied festgelegt.

Angebote für Eltern und Familien

In der **Elternarbeit** ist zunächst der **Elterntreff** zu nennen. Bei dem Elterntreff, der während der Gruppenstunde der Kinder in unseren Räumen stattfindet, bieten wir den Eltern die Möglichkeit, bei Kaffee und Gebäck sich gegenseitig auszutauschen und zu unterstützen.



Begleitend zur Kindergruppe gibt es außerdem regelmäßig vor und nach der Gruppe kurze und alle drei bis fünf Wochen terminierte **Gespräche** mit den Eltern bzw. Elternteilen. Hier erhalten die Eltern durch uns einen Einblick in das Gruppengeschehen. Sie erfahren, wie wir die Kinder erleben und welche Bedürfnisse sie zeigen. So können wir mit ihnen besprechen, auf was wir gemeinsam achten können, um dem Kind in seiner jeweiligen Situation weiterzuhelfen. Außerdem kann für jedes Kind individuell geschaut werden, ob andere oder weitere Hilfen erforderlich sind, um gegebenenfalls komplementäre Angebote zu vermitteln. Diese bieten wiederum Entlastung und Unterstützung. Sie ermöglichen auch intensiver mit den Eltern neue Perspektiven zu erarbeiten und schneller in Krisensituationen entsprechende Interventionen anzubieten.

Neben der individuellen Beratung der Eltern findet seit den Sommerferien vierzehntägig eine **Elterngruppe** statt. Hier kommen derzeit sechs Mütter, die entweder selber psychisch erkrankt sind, einen Partner haben, der psychisch erkrankt ist oder wo eine Suchterkrankung vorliegt. Die Teilnahme an der Elterngruppe ist unabhängig von einer Teilnahme des Kindes an der Regenbogengruppe. In der geleiteten Elterngruppe fällt es den Eltern oft leichter, Schwierigkeiten im Kreis von Gleichbetroffenen anzusprechen und dabei festzustellen, dass es anderen ähnlich geht und sie gar nicht so »schlechte« Eltern sind.

Dies war für mich auch ein Versuch, ob es möglich ist, die beiden unterschiedlichen Elterngruppierungen gemeinsam in einer Elterngruppe anzusprechen. In der Vergangenheit gab es nur eine Elterngruppe, begleitend zur Regenbogen-

gruppe und für suchtbelastete Familien. Meine bisherigen Erfahrungen sind durchweg positiv und zeigen mir, dass sich auch in diesem Angebot die psychisch erkrankten Elternteile und die suchtkranken Elternteile sowie die entsprechenden Angehörigen verbinden lassen.

Bei all diesen Angeboten sollen sowohl Bedürfnisse und Fragen hinsichtlich der Elternschaft geklärt werden, Schuldgefühle der Eltern möglichst abgebaut und ihre Erziehungskompetenz gestärkt werden.

Familienarbeit

Die von uns durchgeführten Familienfreizeiten in Form von gemeinsamen Aktionstagen, mit thematischen und erlebnispädagogischen Elementen haben zum Ziel, sich bewusst als Eltern zu erleben. Die Aktionen sind nicht an Leistungen und Erwartungen geknüpft, sondern es geht uns darum, dass Eltern und Kinder sich z.B. im gemeinsamen Bewältigen von Aufgaben erleben, das Vertrauen zueinander wächst und der Respekt voreinander – wichtige Grundlagen für eine positive Beziehungsgestaltung.



Netzwerk – Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit

Bei dem letzten Baustein geht es darum, mit den einzelnen Elementen die Multiplikatoren zu stärken sowie Kooperation und Vernetzung zu schaffen.

Aufgrund einer gut funktionierenden PSAG im Kreis Euskirchen kann diese vielseitig genutzt werden, in dem die Arbeit mit Kindern von psychisch kranken und/oder suchtkranken Eltern in den verschiedenen relevanten Arbeitskreisen der PSAG vorgestellt und immer wieder in Erinnerung geru-

fen wird, werden zum einen alle beteiligten Institutionen vernetzt und weitere zur Mitarbeit gewonnen. Zum anderen wird eine Verbesserung der Zusammenarbeit und des gegenseitigen Verständnisses ermöglicht.



Ziel unseres Netzwerkes FREIO ist es, möglichst alle relevanten Kooperationspartner zu vernetzen, z.B. durch unsere vorhandene Kooperationsvereinbarung, die u.a. die Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen und Praxen im Kreis Euskirchen regelt.

In der weiteren strukturellen Vernetzung geht es um die Zusammenarbeit mit anderen relevanten Hilfesystemen sowie Personen und Institutionen aus dem sozialen Umfeld, die zur Förderung der Kinder und deren familiärer Systeme einbezogen werden.

Den Multiplikatoren werden Fortbildungsreihen angeboten. Die Schulung beinhaltet die für den Arbeitsbereich erforderlichen Kenntnisse und ist immer verbunden mit einem Erfahrungsaustausch und Fallarbeit. Begonnen haben wir mit Fortbildungen für die Kindertagesstätten und Familienzentren im Kreis Euskirchen.

Im Rahmen unserer Öffentlichkeitsarbeit nehmen die Flyer einen besonderen Stellenwert ein. Zum einen gibt es die Flyer zu den Regenbogengruppen, die den erkrankten Eltern und ihren Kindern zur Verfügung stehen, dann den Flyer der Arbeitsgruppe der PSAG, bei dem es um die Vorstellung der Arbeitsgruppe und deren Arbeit sowie um die Sensibilisierung für die Thematik im Kreis Euskirchen geht. Und last but not least unser Flyer Netzwerk FREIO, der über das Projekt und seine Ziele informiert.



Fortbildung und Fachtagung

MULTIPLIKATOREN STÄRKEN – VERNETZUNG UND KOOPERATION SCHAFFEN
Fortbildungsreihe für Kindertagesstätten und Familienzentren 2011
„Kinder von psychisch erkrankten Eltern oder aus suchtbelasteten Familien“

1. Grundlagen zur psychischen Erkrankung und zur Suchterkrankung
2. Die Arbeit mit den Eltern
3. Die Arbeit mit den Kindern

Öffentlichkeitsarbeit

Netzwerk FREIO
Flyer für Kinder psychisch-erkrankter Eltern
Physiologische Erkrankung

Mit dem letzten Punkt meines Vortrags komme ich zu den Hypothesen und Schlussfolgerungen.

Hypothesen

Um ein gemeinsames Angebot für Kinder von psychisch kranken und suchtkranken Eltern anbieten zu können,

- bedarf es der »überschaubaren« Größe einer kommunalen Infrastruktur.
- bedarf es des klaren Wunsches aller Beteiligten, ein entsprechendes Angebot für die Betroffenen zu schaffen.
- bedarf es des Miteinanders.
- ist es von Vorteil, wenn eine Struktur vor Ort ist, in die die Arbeit eingebunden werden kann (z.B. PSAG).

Schlussfolgerungen

- Niedrigschwellige Angebote sind für Kinder von psychisch kranken und/oder suchtkranken Eltern kompatibel.
- Eine gute Vernetzung von Psychiatrie, Suchthilfe, Jugendhilfe und Gesundheitshilfe ist erforderlich.
- Eine Bündelung der unterschiedlichen Kompetenzen und Ressourcen aus den einzelnen Einrichtungen im Sinne einer effektiven Zusammenarbeit für das Kind und einer notwendigen Weiterentwicklung sozialraumnaher Hilfen kann so erfolgen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und stehe Ihnen nun gerne für Fragen zur Verfügung.

Hypothesen

- Um ein gemeinsames Angebot für Kinder von psychisch kranken und suchtkranken Eltern anbieten zu können,
 - bedarf es der „überschaubaren“ Größe einer kommunalen Infrastruktur.
 - bedarf es des klaren Wunsches aller Beteiligten, ein entsprechendes Angebot für die Betroffenen zu schaffen.
 - bedarf es des Miteinanders.
 - ist es von Vorteil, wenn eine Struktur vor Ort ist, in die die Arbeit eingebunden werden kann (z.B. PSAG).

LVR KipE
Qualität für Menschen

Schlussfolgerungen

- Niedrigschwellige Angebote sind für Kinder von psychisch kranken und/oder suchtkranken Eltern kompatibel.
- Eine gute Vernetzung von Psychiatrie, Suchthilfe, Jugendhilfe und Gesundheitshilfe ist erforderlich.
- Eine Bündelung der unterschiedlichen Kompetenzen und Ressourcen aus den einzelnen Einrichtungen im Sinne einer effektiven Zusammenarbeit für das Kind und einer notwendigen Weiterentwicklung sozialraumnaher Hilfen erfolgt.

LVR KipE
Qualität für Menschen

Finanzierung von Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern – Stand der Dinge

Die Situation der Kinder psychisch erkrankter Eltern rückt in den letzten Jahren verstärkt in den Aufmerksamkeitsfokus von ambulanter Gemeindepsychiatrie und stationärer Psychiatrie, der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychotherapie und inzwischen auch der Schulen und Kitas. Die aktuelle Diskussion um die Förderung von Inklusion und eines lebensweltorientierten Ansatzes bei der Organisation von Hilfen für psychisch erkrankte Menschen und ihre Kinder macht den Bedarf an kreativer und verbindlicher Vernetzung von Hilfen für die genannte Personengruppe deutlich.

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie fand in den Jahren 2010/2011 eine umfangreiche bundesweite Befragung zum Entwicklungs- und Finanzierungsstand von Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern statt (www.psychiatrie.de/dachverband). Bei diesem Projekt wurden neben der Befragung von Praktikern unterschiedlicher Disziplinen u.a. zu länderbezogenen Bedarfen, bundesweit praxisbezogene Projekte für Kinder psychisch erkrankter Eltern eruiert und zusammengestellt. Dabei wurden auch die länderspezifischen Finanzierungen von unterschiedlichen Hilfen erfasst. Akteure aus Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten gleichermaßen für eine Mitarbeit gewonnen werden.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie als Zusammenschluss von 210 gemeindepsychiatrischen Trägerorganisationen auf Bundesebene thematisiert seit vielen Jahren die Notwendigkeit des Aufbaues und der Vernetzung von Hilfen für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder. [Neben der Unterstützung seiner Mitglieder beim Aufbau entsprechender Hilfen führt der Dachverband Gemeindepsychiatrie zur Förderung der interdisziplinären Vernetzung – teilweise gefördert durch das BMG und einige Krankenkassen – Fachtagungen und Workshops in Kooperation mit Trägern der Jugendhilfe, der Gemeindepsychiatrie sowie mit Verbänden der Jugendhilfe und der Bundespsychotherapeutenkammer durch.] Nicht zuletzt durch die trialogische Ausrichtung und der Einbeziehung engagierter Bürger in die betreuende und begleitende Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen ist in den Mitgliedsorganisationen im Dachverband Gemeindepsychiatrie der lebensweltliche Ansatz handlungsleitend. Daher haben viele im Dachverband organisierte Träger ambulanter gemeindepsychiatrischer Hilfen in den vergangenen Jahren

Pionierarbeit beim Aufbau von regionalen Hilfenetzen für psychisch erkrankte Eltern geleistet. Inzwischen gibt es eine Vielzahl von gut funktionierenden Unterstützungsmodellen.

Jedoch ist die Sicherung der Nachhaltigkeit bei der Überführung in eine Regelfinanzierung in den meisten Fällen noch nicht gelöst.

Die Bedeutung präventiver Arbeit

Die gemeinsame Verantwortung der Kinder- und Jugendhilfe, Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychotherapie und ggf. der Suchthilfe für die Förderung von Kindern psychisch erkrankter und suchtkrankter Eltern wird im 13. Kinder- und Jugendbericht (2009) gefordert. Auch das Grünbuch der Europäischen Kommission (2005) betont »Die Bedeutung früher und rechtzeitiger Angebote für Familien zeigt sich auch in den Folgekosten von nicht frühzeitig erkannten Verhaltensauffälligkeiten bzw. fehlenden präventiven Angeboten.« Gemäß einer jüngeren Kosten-Nutzen-Analyse, die die finanziellen Belastungen bei zehnjährigen Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten berechnete, zeigten sich erhebliche Folgekosten in allen gesellschaftlichen Bereichen.

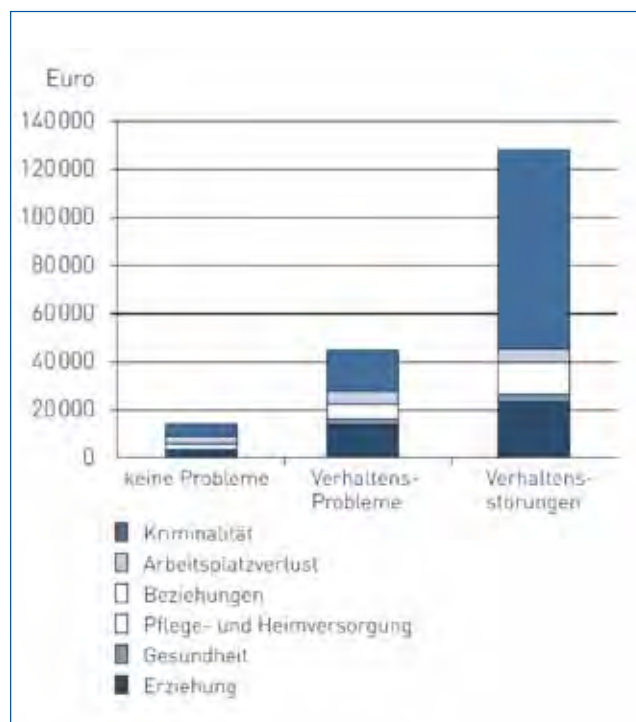


Abb. 1: Kosten der sozialen Ausgrenzung: Langzeit-Follow-Up von Kindern mit und ohne Verhaltensstörungen und psychischen Störungen (Quelle: Grünbuch der EU 2005)

Insbesondere im Bereich der Justiz, des Bildungswesens und später der Sozialhilfe entstehen Folgekosten dann, wenn es nicht gelingt, frühe Verhaltensauffälligkeiten durch frühe Förderung zu vermeiden. Fachleute betonen neben der Notwendigkeit frühzeitiger präventiver Hilfen für betroffene Kinder und ihre Eltern die Wirtschaftlichkeit einer entsprechenden Investition. »Obwohl Kindesmisshandlung und Vernachlässigung nicht vollständig verhindert werden können, ist die Investition in Prävention – selbst bei einer angenommenen mäßigen Verringerungsrate (Effektivität) – gemäß Hochrechnungen wirtschaftlich effizient« (Caldwell 1992).

Aktuelle Situation

Bundesweit existiert eine Vielzahl von Hilfen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Viele innovative Hilfestrukturen entstanden durch das Engagement von Einzelpersonen und Organisationen und sind keinem der durch die Sozialgesetzbücher definierten Bereiche zugeordnet, sondern an den direkten Bedarfen und Wünschen betroffener Familien orientiert. Die jeweiligen Unterstützungsangebote für betroffene Familien werden von – meist freien – Trägern der ambulanten Gemeindepsychiatrie, einigen psychiatrischen Krankenhäusern, Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie von öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe, niedergelassenen Erwachsenenpsychiatrischen Praxen, Kinder- und Jugendpsychiatrischen und Psychotherapeutischen Praxen und einigen wenigen Gruppen aus dem Bereich des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe getragen. Viele Angebote sind aus Forschungsprojekten oder Stiftungen hervorgegangen, sind mit viel Engagement initiiert worden, haben durch Evaluation ihre Nachhaltigkeit und Wirksamkeit erwiesen und kämpfen dennoch Jahr für Jahr um ihre Verstärkung.

Rechtliche Grundlagen für Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern

Unterschiedliche Sozialgesetze bestimmen in Deutschland den Rahmen für die Leistungsgewährung für Hilfen für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder. Die Leistungen und Angebote des Gesundheitswesens sind im SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) sowie im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen), die der Kinder und Jugendhilfe im SGB VIII verortet. Dazu kommen noch Hilfen aus dem Bereich des SGB XII (Eingliederungshilfe), die für betroffene Familien bereit gestellt werden.

Als eine bedeutsame Hürde beim Aufbau von Hilfen für betroffene Familien ist die »Versäulung der verschiedenen Sozialleistungsbereiche« anzusehen. »Trotz dieser vielfältigen, rechtlich abgesicherten Finanzierungsmöglichkeiten, zeigt die Praxis dennoch, dass Betroffene oftmals nicht die notwendigen Hilfen erhalten. Dies ist zum einen im mangelnden Wissen über die vorhandenen Möglichkeiten begründet. Zum anderen fehlt es an einem bedarfsgerechten Zuschnitt der Hilfen oder auch in den insgesamt verfügbaren Kapazitäten« (Schmutz 2011). Es besteht die fachliche Notwendigkeit über die Regelfinanzierung einzelner Leistungen hinaus für die meist sehr komplexen Hilfebedarfe Betroffener Modelle gelungener Mischfinanzierungen über verschiedene Leistungsbereiche hinweg bekannt zu machen und ihre Verbreitung zu fördern (siehe Görres B., Pirsig T., Projekte- und Finanzierungshandbuch zu Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern. www.psychiatrie.de/dachverband).

Komplexleistung Frühe Hilfen und Persönliches Budget

Nur in dem Bereich der Frühförderung (§ 16 SGB VIII oder § 31 SGB VIII, Modellprojekte Frühe Hilfen) sowie im Rahmen des Persönlichen Budgets (§ 17 SGB IX) ist bislang die Finanzierung von Komplexleistungen für das Kind und seine Familie, regelfinanziert durch Gesundheitssystem, Jugendhilfe sowie Sozialhilfe - theoretisch - möglich. Jedoch sind diese Komplexleistungen bislang noch kaum realisiert. *Die Umsetzung wird in der Praxis durch unterschiedliche Zuständigkeiten erschwert. Es bedarf verpflichtender Regelungen, die einen Rahmen für den Abschluss von faireren Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern und den Trägern von Frühförderstellen ermöglichen (DPWV Juli 2011).*

Die Bündelung der Hilfen und der Finanzierungen sind für betroffene Eltern vom Grundsatz her über das Persönliche Budget möglich. Einzelfallbezogen können sich Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Krankenkasse und Agentur für Arbeit an der Finanzierung der Hilfen beteiligen. Jedoch liegt hier eine große Hürde für psychisch erkrankte Eltern bei der persönlich konkret zu beantragenden und organisierenden Hilfe. Bislang sind diese Hilfen noch nicht im möglichen Umfang für den genannten Personenkreis umsetzbar, so erfolgte bei unserer Befragung keine Nennung von Anwendung des Persönlichen Budgets für den genannten Personenkreis. Jedoch bedeuten die geschaffenen Rahmenbedingungen bei der Entwicklung von Komplexleistungen einen großen Fortschritt für die Stärkung der Vernetzung von

Hilfen und werden in den nächsten Jahren von den Trägern stärker mit Leben gefüllt werden.

Unterstützungswünsche betroffener Eltern

Für psychisch erkrankte Eltern ergibt sich die Schwierigkeit, einerseits die Versorgung der Kinder aufrecht erhalten zu müssen, andererseits aber auch ohne die notwendige Behandlung und Therapie die Erkrankung nicht angemessen bewältigen zu können. Oft sind erkrankungsbedingt Basisfähigkeiten zur Haushaltsführung und Versorgung der Kinder eingeschränkt. Psychisch erkrankte Eltern aus der Betroffenenbewegung weisen auf die positiven Unterstützungserfahrungen durch hinterlegte Behandlungsvereinbarungen sowie durch beim Jugendamt hinterlegte Willenserklärungen zu Hilfen für ihre Kinder im Krankheitsfall hin.

Bei Befragungen von Eltern in psychiatrischen Kliniken wünschten sich die betroffenen Eltern unter anderem Unterstützung bei der Besprechung der Symptome ihrer Erkrankung mit ihren Kindern und relativ konkrete Fertigkeiten für den Umgang mit ihren Kindern in Form von Elterntrainings. Daneben benannten sie:

- Hilfe zur Krankheitsbewältigung
- Aufklärungs- und Informationsgespräche durch Ärzte bzw. Therapeuten
- Bei Kleinkindern eine gemeinsame stationäre Aufnahme von Mutter und Kind
- Einbeziehung der Kinder in die Behandlung (Einzelgespräche, Familiengespräche)
- Altersgerechte Information der Kinder über Erkrankung und Behandlung der Eltern
- Therapie für das Kind

Viele Eltern wünschten sich von den professionellen Hilfesystemen außerhalb des Gesundheitswesens wie der Jugendhilfe eine Unterstützung bei der Organisation einer gezielten Förderung ihrer Kinder. Als weitere Entlastungswünsche für das Familiensystem wurden von psychisch erkrankten Eltern genannt:

- Organisation von Familienhilfen
- Außerfamiliäre Unterstützung (z.B. Tagesmutter)
- Aktivierung anderer Ressourcen
- Intensivierung familienexterner Kontakte
- Verbesserung des kommunikativen Milieus in der Familie
- Befähigung zum Gespräch mit den Kindern
- Stärkung der Erziehungs Kompetenzen (Elterntrainings)

- Erlernung von Strategien zur Stressbewältigung
- Unterstützung im Haushalt
- Unterstützung bei den Schularbeiten
- Gezielte Förderung der Kinder

Die von den Eltern gewünschten Hilfen werden bundesweit durch eine Vielzahl von Kinderprojekten realisiert. Das Feld der Akteure der Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Menschen ist jedoch vielfältig und für die Betroffenen unübersichtlich. Es gibt eine hohe Anzahl von Akteuren wie die Träger ambulanter psychiatrischer Hilfen, Psychiatrische Krankenhäuser und Stationen, niedergelassene Psychiater, sozialpsychiatrische Dienste im Gesundheitsamt, Jugendämter, Familienbildungsstellen, Erziehungsberatung, Träger der freien Jugendhilfe, Träger der Frühförderung, Hebammen, niedergelassene Ärzte der Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, gesetzliche Betreuer und sicher noch einige mehr. Zusätzlich kompliziert wird ein Auffinden einer passgenauen Hilfe durch die von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedliche Auslegung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und damit der Förderungen.

Die bundesweite Onlinebefragung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie

Die bundesweite und länderbezogene Abfrage von Kinderprojekten, fachlichen Bedarfseinschätzungen sowie deren Finanzierungsgrundlagen erfolgte im Rahmen des genannten Projektes erstmalig. Dabei wurden Akteure aus Jugendhilfe, Gesundheitswesen sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie gleichermaßen zur Mitarbeit gewonnen. Der Zugang zur Onlinebefragung wurde an 3.600 Praktiker aus den unterschiedlichen Bereichen versandt. Der Rücklauf zu unserer Befragung lag bei 406 Antworten. Davon ordneten sich 166 Befragte dem Bereich der Jugendhilfe, 124 dem der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie 100 Teilnehmer dem Bereich der Frühen Hilfen zu. 93 Teilnehmer kamen aus dem Bereich der ambulanten Psychiatrie, 90 aus dem der Kinder- und Jugendpsychotherapie und 24 aus dem der klinischen Psychiatrie. 90 Teilnehmer gaben als Bereich Sonstiges an. Die Rückläufe zeigen, dass die meisten Praktiker in verschiedenen Bereichen arbeiten. Diese Mehrfachnennungen der Arbeitsbereiche (687 genannte Arbeitsbereiche bundesweit, NRW 102 TN = 215 Arbeitsbereiche) der Befragten sowie die Good Practice Beispiele geben einen Hinweis auf

eine umfangreiche trägerinterne Netzwerkstruktur bei der Realisierung von Hilfen für von psychischer Erkrankung betroffenen Familien.

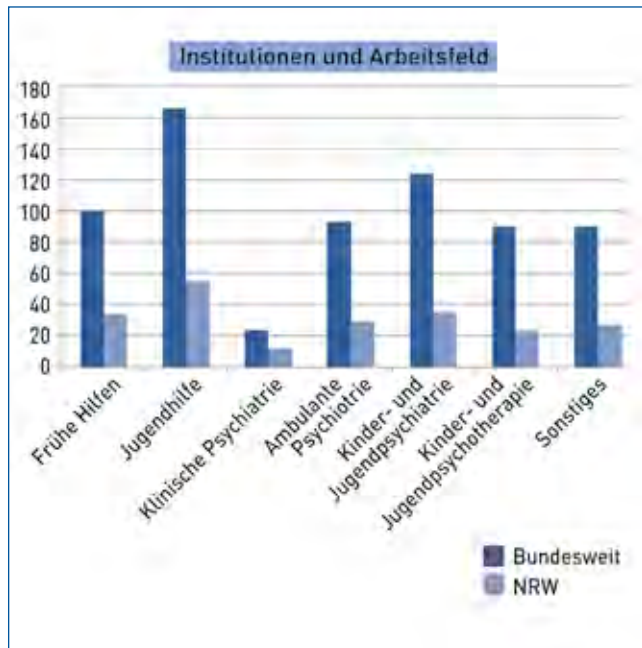


Abb. 2: Institutionen und Arbeitsfeld, Dachverband Gemeindepsychiatrie, 2011

Die bei weitem größte Teilnehmergruppe kam mit 102 Teilnehmern (29 %) aus Nordrhein-Westfalen. Bayern (35 Teilnehmer = 10 %) und Schleswig-Holstein (34 Teilnehmer = 10 %) sowie Niedersachsen (30 Teilnehmer = 9 %) und Baden-Württemberg (29 Teilnehmer = 8 %) folgten erst in einigem Abstand. Die Teilnahmebereitschaft aus Hessen (19 Teilnehmer = 5 %), Rheinland-Pfalz (16 Teilnehmer = 5 %), Brandenburg (15 Teilnehmer = 5 %), Berlin (13 Teilnehmer = 4 %), Mecklenburg-Vorpommern (12 Teilnehmer = 4 %), Sachsen (12 Teilnehmer = 3 %) sowie Bremen (11 Teilnehmer = 3 %) zeigten, dass unabhängig von länderbezogenen Modellprojekten in der Fläche erst wenige Akteure in dieses Thema involviert sind. Die Ergebnisse könnten ein Hinweis auf die überwiegende Projektform von aktuellen Hilfen sein. In Hamburg (9 Teilnehmer = 3 %), Sachsen-Anhalt (6 Teilnehmer = 2 %), Saarland (4 Teilnehmer = 1 %) sowie Thüringen (4 Teilnehmer = 1 %) sind anscheinend Projekte für Kinder psychisch erkrankter Eltern noch nicht sehr verbreitet.

Beschäftigung der Einrichtung mit der Problematik

Auffällig ist, dass sich in beinahe allen Bundesländern fast nur diejenigen beteiligt haben, die seit länger als drei Jahren oder seit mindestens einem Jahr mit dem Aufbau und der Etablierung von Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Menschen beschäftigt sind. So gaben 69% der Befragten an, sich seit mehr als drei Jahren mit der Fragestellung des Unterstützungsaufbaues für Kinder psychisch erkrankter Eltern zu beschäftigen. 21% der Teilnehmenden beschäftigen sich seit ein bis drei Jahren mit dieser Aufgabe, 10% der Teilnehmenden bislang nicht bzw. seit weniger als einem Jahr. Ebenso wurde deutlich, dass sich die Akteure der realisierten Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Menschen überwiegend mehreren Arbeitsbereichen zuordnen. Das war durchgängig in allen Bundesländern der Fall. Dies deutet auf das Bemühen der Akteure unterschiedlichster Bereiche hin, die Schnittstellen der Hilfesysteme bei der Unterstützung für Kinder psychisch erkrankter Eltern zu minimieren und komplexe Hilfestrukturen trägerintern aufzubauen. Diese sind jedoch, wie die folgenden Rückmeldungen im Rahmen unserer Befragung zeigen, bislang nur zum Teil regelfinanziert und leben durch das Engagement der Beteiligten. Nachfolgend weitere Ergebnisse:



Abb. 3: Angebotsstruktur für Kinder und Eltern, Dachverband Gemeindepsychiatrie, 2011

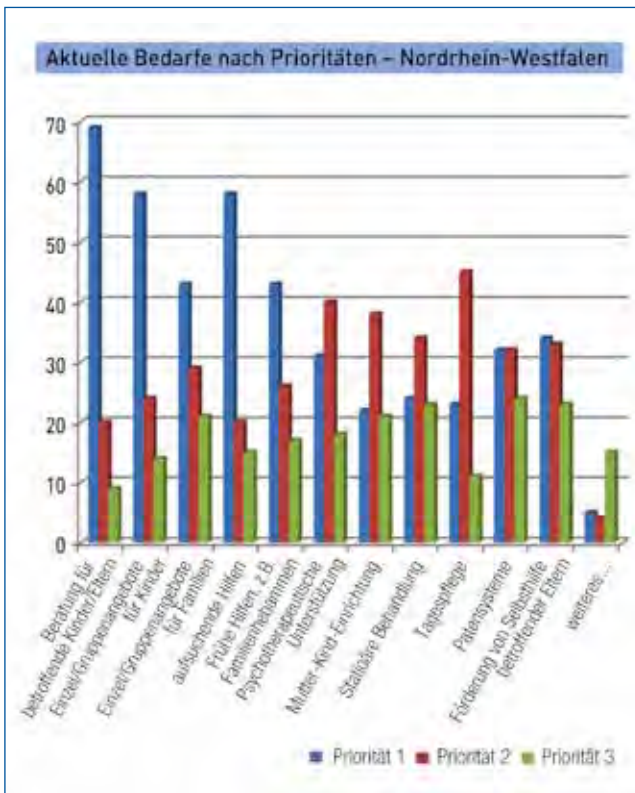


Abb. 4: Aktuelle Bedarfe und Prioritäten, Dachverband Gemeindepsychiatrie, 2011

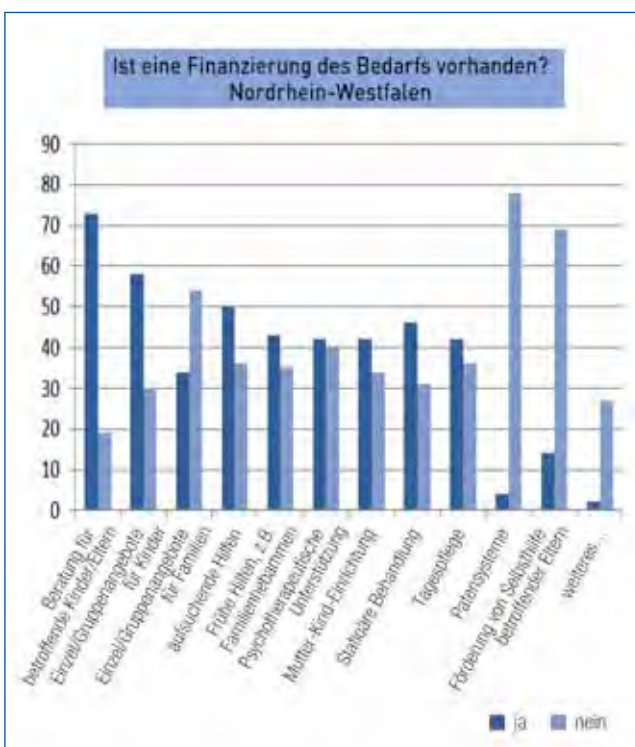


Abb. 5: Finanzierung des Bedarfs vorhanden?, Dachverband Gemeindepsychiatrie, 2011

Finanzierungsbeispiele

Gruppenangebote für Kinder

Die gesetzlichen Grundlagen für eine Finanzierung von Einzel- und Gruppenangeboten für Kinder bestehen im SGB VIII, Hilfen zur Erziehung § 27 & § 29 oder bei der Heilpädagogischen Förderung § 35. Sie werden jedoch in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich auf dieser gesetzlichen Grundlage umgesetzt. Häufig ist eine Zuschuss- oder Projektfinanzierung dieser Unterstützungsangebote für Kinder. Den Stand der Umsetzung gibt die nachfolgende Graphik wieder.

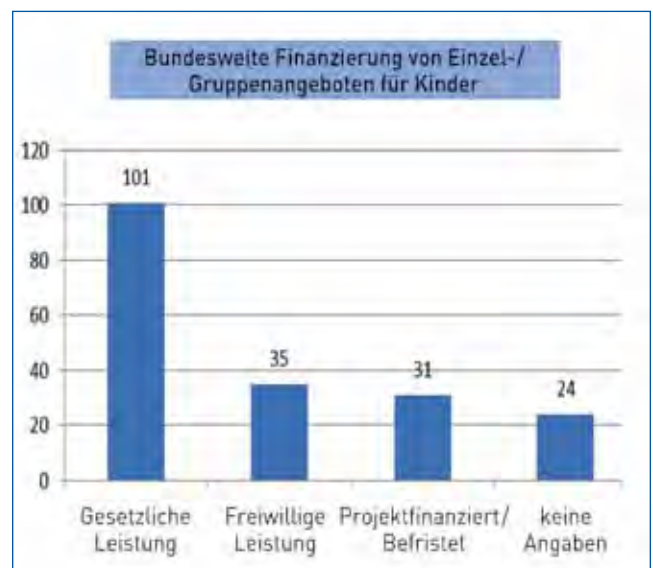


Abb. 6: Bundesweite Finanzierung von Einzel-/Gruppenangeboten für Kinder, Dachverband Gemeindepsychiatrie, 2011

Beratung von erkrankten Eltern

Die gesetzlichen Grundlagen zur Finanzierung von Beratung für betroffene Eltern sind vielfältig und werden bundeslandbezogen unterschiedlich genutzt. Die nachfolgende Graphik zeigt die von den Befragungsteilnehmern genannte Verteilung von Beratungsleistungen durch Hebammen (§134 a SGB V & SGB VIII), im Rahmen von Psychotherapeutischer Behandlung (SGB V), im Rahmen von Psychiatrischer ambulater Behandlung, im Rahmen von stationärer Behandlung/Sozialdienst in Klinik (SGB V), im Rahmen von ausgelagerter Erziehungsberatung in einer Klinik (SGB VIII), durch die Jugendhilfe (SGB VIII), durch Psychosoziale Beratungsstellen (SGB XII) und durch das Sozialamt (SGB XII). Daneben wird vorwiegend niedrigschwellig organisierte Beratung von erkrankten Eltern durch zuschuss- oder spendenfinanzierte Kinderprojekte angeboten.

Die Graphik gibt die bundesweite Umsetzung wieder.

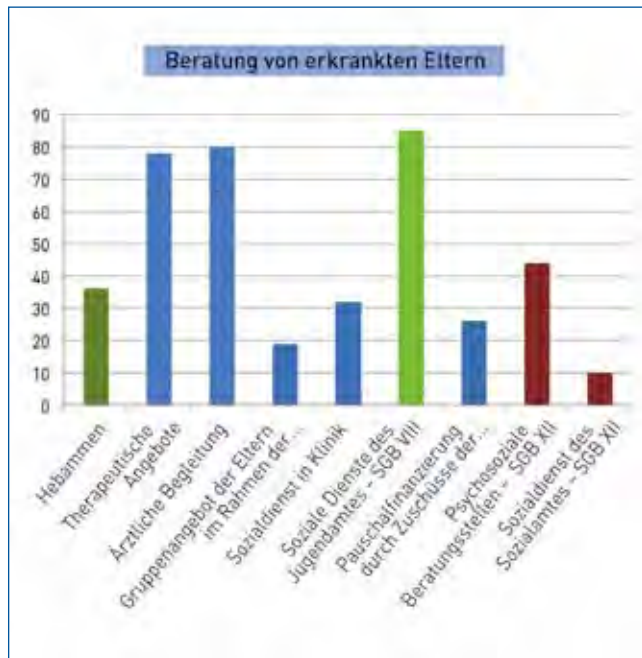


Abb. 7: Beratung von erkrankten Eltern, Dachverband Gemeindepsychiatrie, 2011

Fazit:

Bei der Befragung der Praktiker und auch in der Struktur der Good Practice Modelle wurde deutlich, dass die vorhandenen Rechtsgrundlagen in den meisten Fällen genügen würden, um ein differenziertes regionales Unterstützungssystem für betroffene Familien aufzubauen. Jedoch ist die Auslegung bestehender Gesetze bestimmt durch regionale politische Entscheidungen. Daher sind die Hilfemöglichkeiten für betroffene Eltern und ihre Kinder – bei bundesweit einheitlicher Gesetzeslage – abhängig von regionalen Entscheidungen der Leistungsträger und können von Bundesland zu Bundesland erheblich differieren.

Daneben sind die multiplen Überschneidungen zwischen den einzelnen Sozialgesetzbüchern bei der Organisation und

Refinanzierung von Hilfen eine Hemmschwelle bei der Realisation. Problematisch ist zusätzlich, dass die meisten Hilfen von den Betroffenen strukturell jeweils einzeln beantragt und bewilligt werden müssen und es in aller Regel bei diesen Hilfen nur wenige Möglichkeiten für ein - von allen Fachleuten gefordertes - niedrighschwelliges Hilfeangebot gibt. Die Schaffung und Vorhaltung von Komplexleistungen ist ein wichtiger Schritt hin auf die von Fachleuten empfohlene künftig noch zu realisierende Budgetfinanzierung als Regelfinanzierung. Jedoch sind diese sowohl in den Bereichen der Frühförderung/Frühen Hilfen als auch im Bereich des Persönlichen Budgets bislang für betroffene Eltern und Kinder kaum umgesetzt.

Aktuell werden für Hilfsangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern oftmals nur projektbezogene und damit befristete Finanzierungsvereinbarungen getroffen. Für die Zukunft gilt, dass eine Gewährleistung von nachhaltigen Hilfen nur über eine Verankerung in der Regelfinanzierung möglich ist. Dazu sind fachlicher Austausch, geregelte und anerkannte Kooperationsbeziehungen sowie der politische Wille auf kommunaler Ebene, die vernetzten, sozialraumorientierten Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Menschen zu etablieren, erforderlich. Die Befragung zeigte, dass die Verankerung von Kinderprojekten auf regionaler Ebene erleichtert wurde, wenn es gelang, die kommunale Verwaltung stärker in die Verantwortung zu nehmen. Wichtig ist dabei, wie das Bremer Patenprojekt zeigt, eine seriöse Evaluation der Arbeit zur Sicherung von Qualität und Nachhaltigkeit sowie eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit.

Jedoch sind im Projektzeitraum einige Initiativen mit diesen Versuchen gescheitert und sehr erfolgreiche Kinderprojekte mussten eingestellt werden.

Dies gilt es künftig zu verhindern.

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg) (2009) 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland.

- Görres B., Pirsig T., Projekte- und Finanzierungshandbuch zu Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern, Stand der Dinge 2011, Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Bonn, veröffentlicht unter www.psychiatrie.de/dachverband

- Görres B., Pirsig T., Wahlverwandtschaft – Engagiert in Patenprojekten, Praxis der Gemeindepsychiatrie, Bd. 3, Dachverband Gemeindepsychiatrie 2010, Bonn

- Guter Start ins Kinderleben, Werkbuch Vernetzung – Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz, Herausgeber Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2010

- Grünbuch der EU

- Herberhold M., Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen – die Versorgungslage im Überblick, in Seelische Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe, Aktion psychisch Kranke, Bonn 2011

- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg) (2010) Modellprojekte in den Ländern, Zusammenfassende Ergebnisdarstellung

- Schepker R., Gute Hilfe braucht Finanzierung, in Seelische Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe, Aktion psychisch Kranke, Bonn 2011

- Schmid M., Kinder, deren Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden – eine kooperative Herausforderung, in Seelische Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe, Aktion psychisch Kranke, Bonn 2011

- Schmutz E., Kinder psychisch kranker Eltern – Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie – Eine Arbeitshilfe auf der Basis von Ergebnissen des gleichnamigen Landesmodellprojektes, ISM 2010, Mainz

Schlusswort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Regie dieser Fachtagung hat es so gewollt, nach der Moderation ist mir zusätzlich die Aufgabe zugefallen diese Tagung mit einem Schlusswort zu beenden.

Ich habe den Eindruck, wir haben durch die Vorträge und die vertiefende Diskussion viele Anregungen erhalten.

Herr van Brederode hat mit seiner Einführung zunächst den Rahmen abgesteckt und in die wesentlichen Problemstellungen der Thematik eingeführt. Er hat aufgezeigt, dass diese Fachtagung als Teil des Konzeptes zur Modellförderung des LVR »KipERheinland« geplant wurde und einen Beitrag zur weiteren Vernetzung der Aktivitäten im Rheinland leisten kann.

Aus dem engagierten und facettenreichen Vortrag von Herrn Professor Dr. Bauer habe ich mir vor allem zwei Aspekte gemerkt, die wir in der Weiterentwicklung der Arbeit mit den Modellregionen möglichst nicht aus den Augen verlieren sollten.

Mahnung ist der Befund von Professor Dr. Bauer, dass die Problematik von psychisch erkrankten Eltern und die Situation der betroffenen Kinder in den Schulen weitgehend unbekannt ist. Und das bei einem Anteil von geschätzten über 2 Millionen betroffenen Schülerinnen und Schülern. Wir werden diesen Hinweis aufnehmen und uns in den begleitenden Workshops zur Modellförderung mit den Projektträgern und den einbezogenen Interessierten um die Einbeziehung der Schulen und Einrichtungen für Kinder im Alter von unter sechs Jahren kümmern.

Mit den grundlegenden Überlegungen zur Prävention hat Professor Dr. Bauer auch auf Probleme der Prävention hingewiesen, u.a. auf das Präventionsdilemma, dass ich für mich mit folgender Frage zusammengefasst habe: Erreichen wir die, die wir erreichen wollen? Dazu versuchen wir im Rahmen unserer Modellförderung Antworten zu finden und nutzen dazu verschiedene Erhebungsinstrumente. Zu den vereinbarten Projektzielen gehört auf jeden Fall die Schaffung konkreter Angebote für betroffene Eltern und Kinder.

Das führt mich zu einem weiteren Gedanken, der von Professor Dr. Bauer und von Frau Staets aufgegriffen wurde. Man muss das Rad nicht immer neu erfinden – es kann an bereits Vorhandenem angesetzt werden.

Mir fallen dazu die Aktivitäten zu den Frühen Hilfen ein, die meines Erachtens durchaus eine nicht unerhebliche Schnittmenge zu den »Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern« aufweisen. In manchen Regionen sind hier – so weit ich das überblicke – auch bereits belastbare Netzwerke Früher Hilfen entstanden. Ich könnte mir vorstellen, dass man da einiges für die Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern übernehmen bzw. auch gemeinsam leisten kann.

Frau Dr. Reinisch und Frau Schmuhl haben mit den ersten Ergebnissen des Projektes »Kanu – Gemeinsam weiterkommen« die Bausteinphilosophie, wie wir sie auch in unseren Modellregionen vertreten, bestätigt. Ich würde mich freuen, wenn wir abschließende Ergebnisse des Kanu-Projektes in einer weiteren Veranstaltung in Verbindung mit KipERheinland vorstellen könnten.

Mit einem zweiten Block – nach dem Mittagessen – haben wir uns, nicht zuletzt auf Grund von Nachfragen aus den Modellregionen, mit der Frage beschäftigt, ob eine Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter und substanzabhängiger Eltern innerhalb eines Projektes oder Angebotes möglich ist. Herr Professor Dr. Borg-Laufs hat dazu mit den grundlegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und dem aktuellen Sachstand einen guten Überblick und auch einige konkrete Anregungen für die praktische Arbeit gegeben.

Besonders gefreut hat mich, dass Frau Koch – vor allem in der Diskussion im Anschluss an ihren Vortrag – die Frage, ob die beiden in Rede gestellten Gruppen auch zusammen betreut werden können, eindeutig bejaht hat. Sie hat einschränkend auf einige Randbedingungen hingewiesen. Aber wie oft kommt das vor, dass man auf eine solch schwierige Frage im Rahmen einer Fachtagung eine so eindeutige und wohlbegründete Antwort erhält. Dafür nochmals meinen herzlichen Dank.

Herr van Brederode hatte in seiner Einführung bereits darauf verwiesen, dass die Sicherstellung einer Regelfinanzie-



rung noch nicht erreicht wurde. Frau Görres hat mit ihrem Vortrag verdeutlicht, welche Finanzierungsmöglichkeiten zur Zeit bestehen und wie man mit einer Finanzierung aus verschiedenen Quellen – von mir auch gerne Patchworkfinanzierung genannt – eventuell die benötigten Mittel akquirieren kann. Hier zu befriedigenden Lösungen zu kommen ist sicherlich eine der wichtigsten Herausforderungen der nächsten Zeit.

Ich nehme zum Schluss der Veranstaltung noch einmal die Gelegenheit wahr, Sie an das Ausfüllen und vor allem an die Abgabe der Evaluationsbögen zu dieser Tagung zu erinnern. Abschließend danke ich Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und Ihre fachkundige und rege Teilnahme. Es bleibt mir, Ihnen noch einen schönen Tag bzw. Abend zu wünschen und kommen Sie gut nach Hause.

Hilfe konkret: ein Netz für Kinder psychisch kranker Eltern

Fachtagung in Köln stellt gezielte Unterstützung vor/Hilfsangebote aus neun Modellregionen im Rheinland nehmen am Förderprogramm teil/Ziele: Konkrete Maßnahmen in die Praxis umsetzen, tragfähige Netzwerke aufbauen und nachhaltige Finanzierung sichern

Köln. 17. November 2011. Unter dem Namen KipE^{Rheinland} fördert der Landschaftsverband Rheinland (LVR) bis 2013 Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern mit jeweils 105.000 Euro in neun Modellregionen im Rheinland: Bonn, Duisburg, Köln, Kreis Euskirchen, Kreis Mettmann, Mönchengladbach, Rhein-Sieg-Kreis, Solingen und Viersen. Ein Hauptziel des Projektes ist die konkrete Unterstützung der betroffenen Kinder und ihrer Familien. Neben der Betreuung, Beratung und Versorgung soll während der dreijährigen Projektzeit (36 Monate) ein tragfähiges Netzwerk in den

Regionen geschaffen werden. Auch die erkrankten Eltern werden beraten und unterstützt. Im Rahmen einer begleitenden Fachtagung treffen heute Hochschulexperten auf Fachleute aus der Praxis: Beispielhafte Projekte stellen ihre bisherige Arbeit in Köln-Deutz vor. Darüber hinaus stehen der Erfahrungsaustausch und die Vernetzung im Vordergrund. Referenten geben einen Überblick über die Notwendigkeit von vorbeugenden Hilfen, berichten über die Arbeit mit Kindern von suchtkranken Elternteilen und stellen die Finanzierungsgrundlagen von Hilfsprojekten vor.

Kinder psychisch erkrankter Eltern sind oft besonderen familiären Belastungen ausgesetzt. Ihr Risiko selbst seelisch zu erkranken oder verhaltensauffällig zu werden, ist deutlich erhöht. Ein erheblicher Teil der Kinder in Jugendhilfemaßnahmen und die Hälfte von Kindern, die in einer



Die LVR-Fachtagung »Präventive und vernetzte Hilfe für betroffene Kinder und deren Eltern« in Köln-Deutz begleitet das Förderprogramm des LVR »Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern in neun Modellregionen im Rheinland«. Die Referentinnen und Referenten kommen aus Wissenschaft und Praxis (v.l.n.r.): Michael van Brederode (LVR-Fachbereichsleiter Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement), Prof. Dr. Ullrich Bauer (Universität Duisburg-Essen) beide hinten. Dorothee Koch (Caritasverband für das Kreisdekanat Euskirchen e.V.), Dr. Anke Reinisch (Volkshochschulverband Gütersloh), Miriam Schmuhl (Universität Duisburg-Essen), Susanna Staets (Kipkel e.V., Haan). fehlend: Birgit Görres (Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.), Prof. Dr. Michael Borg-Laufs (Hochschule Niederrhein). (Foto: Landorff, LVR).

psychiatrischen Einrichtung behandelt werden, kommen aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Die Ursachen für die erhöhten Risiken liegen häufig in den besonderen familiären Belastungen, die durch die elterlichen psychischen Erkrankungen entstehen können. Diese Belastungen nehmen die Eltern häufig auch selber wahr.

»KipE^{Rheinland} zeigt deutlich, dass die Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern aus einem bunten Strauß von Maßnahmen, Entwicklungen und Strukturen bestehen. Aktuell ist der Standard in den einzelnen Regionen noch unterschiedlich. Wir hoffen, dass wir mit unserer Arbeit dazu beitragen können, dass fach- und sachgerechte Standards gebildet werden können«, macht Martina Wenzel-Jankowski, zuständige LVR-Dezernentin Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen, deutlich.

Im Rahmen der Fachtagung konnte eine erste Bilanz des Förderprogrammes gezogen werden:

In allen Modellregionen gibt es spezifische Angebote für psychisch kranke Eltern und deren Kinder. Ein Beispiel sind »Elterntrainings«, in denen Eltern ihre Sicherheit im Umgang mit den Kindern wiedererlangen können.

In fast allen Modellregionen gibt es niederschwellige Angebote, in der Regel Sprechstunden oder Beratungstermine für Betroffene, die oftmals als Einstieg in geeignete Hilfen genutzt werden. Einige Modellregionen verwenden gerade die Projektmittel des Landschaftsverbandes Rheinland zum

Aufbau eines solchen Angebotes, neben bereits vorhandenen Angeboten.

In allen Modellregionen gibt es vernetzte Strukturen, wobei sich der Ausprägungsgrad und die Verbindlichkeit noch zum Teil erheblich unterscheiden.

Eine nachhaltige Finanzierung von Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern und ihren Eltern, insofern diese nicht integriert in andere Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern erbracht werden, konnte bisher als Regelfinanzierung noch nicht erreicht werden.

In den Jahren 2012 und 2013 sind fünf weitere Workshops mit den Projektteilnehmern geplant. Sie dienen dem fachlichen Austausch und der Abstimmung von Arbeitsschritten im Verlauf des Förderprogrammes. Der LVR evaluiert das Förderprogramm zusammen mit den Teilnehmern und beteiligt sich an einem bundesweiten Projektatlas »Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern« des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V.

Ansprechpartnerin für redaktionelle Rückfragen:

Katharina Landorff

LVR-Kommunikation

Landschaftsverband Rheinland

Telefon: 0221 809-2527

E-Mail: katharina.landorff@lvr.de

Referentinnen und Referenten

Prof. Dr. Ullrich Bauer

Universität Duisburg-Essen
Fakultät für Bildungswissenschaften,
Institut für Pädagogik, AG Sozialisationsforschung
Weststadttürme Berliner Platz 6-8
45127 Essen
Tel.: 0201 1834956
Mail: ullrich.bauer@uni-due.de

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs

Hochschule Niederrhein
Fachbereich Sozialwesen, Theorie und Praxis
psychosozialer Arbeit mit Kindern
Richard-Wagner-Str. 101
41065 Mönchengladbach
Tel.: 02161 1865627
Mail: michael.borg-laufs@hs-niederrhein.de

Michael van Brederode, Fachbereichsleiter

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und
Innovationsmanagement
Hermann-Pünder-Straße 1
50679 Köln
Tel.: 0221 8096640
Mail: michael.vanbrederode@lvr.de

Birgit Görres

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
Oppelner Str. 130
53119 Bonn
Tel.: 0228 96399223
Mail: goerres@psychiatrie.de

Dorothee Koch

Projekt Netzwerk FREIO
Fachbereich Sucht- und Wohnungslosenhilfe des
Caritasverbandes für das Kreisdekanat Euskirchen e.V.

Kapellenstr. 14
53879 Euskirchen
Tel.: 02251 650350
Mail: d.koch@caritas-eu.de

Rolf Mertens, Projektleiter KipE^{Rheinland}

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund
Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Fachbereich Planung,
Qualitäts- und Innovationsmanagement
Hermann-Pünder-Straße 1
50679 Köln
Tel.: 0221 8096938
Mail: rolf.mertens@lvr.de

Dr. Anke Reinisch

vormals: Universität Bielefeld und Universität
Duisburg-Essen, Projekt KANU
jetzt: Volkshochschule Verl, Harsewinkel
und Schloß Holte-Stukenbrock
Kirchstr. 2
33758 Schloß Holte-Stukenbrock
Tel.: 05207 917418
Mail: anke.reinisch@gt-net.de

Miriam Schmuhl

vormals: Universität Bielefeld und Universität Duisburg-
Essen, Projekt KANU
jetzt: Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Bielefeld
Mail: miriam.schmuhl@web.de

Susanna Staets

Initiatorin des Präventionsprojektes »KIPKEL«
Holbeinstr. 22
42781 Haan
Tel.: 02129 341735
Mail: susanna.staets@web.de

Impressum

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement
Hermann-Pünder-Straße 1, 50679 Köln, www.lvr.de

Redaktion: Isabel Krämer

Layout: Beate Lennartz, www.beatelenartz.de

Druck: LVR-Druckerei

Titelbild: »Kokons« von Barbara Wokurka, www.barbara-wokurka.de

Köln, März 2012

1. Auflage: 1.000 Stück

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

