

Hilfsmöglichkeiten für Kinder
psychisch kranker Eltern
in Baden Württemberg

Diplomarbeit für die Prüfung zur staatlich anerkannten

Diplom – Sozialpädagogin (BA)

Vorgelegt bei der Berufsakademie – Staatlichen Studienakademie –
Villingen Schwenningen

Betreuende Dozentin:

Dordt – Thomalla, Yasmine

vorgelegt von:

Dannecker, Ursula
geb. am: 01. 09. 1980
in: Balingen

Abgabedatum:

05.07.2004

Vorwort

Diese Arbeit ist entstanden, um den Mangel an Hilfsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern, nicht nur in Baden–Württemberg, sondern in der gesamten Bundesrepublik darzustellen. Diese Kinder werden leider oft vergessen und haben deshalb selten einen Ansprechpartner. Ich habe mich für dieses Thema entschieden, um die Schwierigkeiten dieser Kinder ins Blickfeld zu rücken. Es ist wichtig, dass sich gerade Sozialpädagogen im Sozialen Dienst einer Psychiatrie beispielsweise den Problemen der Kinder ihrer Klientel bewusst sind um entsprechend intervenieren zu können. Es war mir bei der Themenwahl aber auch wichtig, vorhandene Hilfsmöglichkeiten in Baden–Württemberg aufzuzeigen und im Vergleich mit anderen Bundesländern noch neue Möglichkeiten anzuregen.

Diese Diplomarbeit richtet sich an Menschen, die mit psychisch kranken Eltern arbeiten und die bisher deren Kinder übersehen haben. Sie richtet sich aber auch an Menschen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten und sich zu wenig mit der Problematik, die durch ein psychisch krankes Elternteil für die Kinder entstehen kann, auskennen oder darüber informiert haben. Und an alle Nachbarn, Angehörige und Freunde, welche die Kinderschreie noch nicht gehört haben, oder keine Hilfsmöglichkeiten sahen.

An dieser Stelle möchte ich bei allen, die zum Gelingen meiner Diplomarbeit beigetragen haben, herzlich bedanken.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Situation der Kinder
 - 2.1. Auswirkung der elterlichen Erkrankung auf den Lebensbereich der Kinder
 - 2.1.1. Schwierigkeiten der Kinder
 - 2.1.2. Besondere Schwierigkeiten der betroffenen Familien
 - 2.2. Erkrankungsrisiko der Kinder
 - 2.2.1. Eltern – Kind - Beziehung
 - 2.2.2. Protektive Faktoren

3. Vorstellung von Hilfsmöglichkeiten in Baden–Württemberg
 - 3.1. Abgeschlossene Projekte
 - 3.1.1. Kinderprojekt Aurn in Freiburg
 - 3.1.2. Kinderprojekt Mannheim
 - 3.2. Bestehende Hilfen
 - 3.2.1 Eltern – Kind Aufnahme im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden
 - 3.2.2 „KipkE“
 - 3.3. Hilfsprojekte in der Anfangsphase
 - 3.3.1. Projekt zur Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern
 - 3.3.2. Arbeitskreis für Kinder psychisch kranker Eltern
 - 3.4. Weitere Möglichkeiten
 - 3.4.1. Jugendamt
 - 3.4.2. Erziehungsberatungsstelle

4. Vorstellung von Hilfsmöglichkeiten in anderen Bundesländern
 - 4.1. Patenschaft
 - 4.2. Netz und Boden

5. Wünschenswerte zusätzliche Hilfen in Baden-Württemberg
 - 5.1. Möglichkeiten
 - 5.2. Umsetzung
 - 5.3. Schwierigkeiten

6. Zusammenfassung
7. Literaturverzeichnis
8. Anhang
9. Selbständigkeitserklärung

1. Einleitung

„ Ein Teil meines Lebens ist verloren gegangen, aufgefressen worden durch die Krankheit meiner Mutter. Ich habe mich aufgelöst an ihrer Seite, war nur da, um sie zu beschützen, sie zu verstehen, sie zu lieben und zu bedauern.“¹

Dieser kurze Ausschnitt aus der Schilderung der Tochter einer psychisch erkrankten Mutter sagt viel über die Schwierigkeiten der Kinder psychisch kranker Eltern aus. Viele Kinder dieser Eltern, erleben die eigene Hilflosigkeit im Umgang mit ihren kranken Eltern. Viele wissen nicht einmal, dass ihre Eltern krank sind, sondern leiden stumm unter dem „komischen Verhalten“ ihrer Eltern.² Sie fühlen sich allein gelassen und haben niemanden der sie unterstützt. Und professionelle Helfer, die sich um die erkrankten Eltern kümmern, vergessen die Kinder und deren Anrecht auf Information und Unterstützung.³

Aufgrund der umfassenden Problematik der Kinder psychisch kranker Eltern, ist es eine wichtige Frage, welche Hilfsmöglichkeiten die betroffenen Kinder in Baden–Württemberg haben. Woher bekommen diese Kinder Hilfe, wer nimmt sich ihnen an? Welche Chancen in Baden–Württemberg haben sie, sich positiv zu entwickeln?

Der Mangel an Hilfsmöglichkeiten belastet nicht nur die Kinder, sondern bekümmert auch die betroffenen Eltern, wie der Auszug aus dem Brief einer Mutter deutlich macht. „Kinder und Angehörige sind immer Betroffene, und das ist für den Kranken schlimmer, als Sie denken. Aber ich wehre mich dagegen, sie zu Kranken zu machen. Helfen sollte man denen, die Hilfe wollen, unterstützen muss man alle“⁴.

Kinder psychisch kranker Eltern, die sich unauffällig verhalten, werden von ihrer Umgebung übersehen. Erst wenn die Kinder selbst Auffälligkeiten zeigen, werden sie von professionellen Helfern wahrgenommen.

Zu Beginn meiner Arbeit werde ich auf die schwierige Situation der betroffenen Kindern und Jugendlichen eingehen. In diesem Zusammenhang beschäftige ich mich auch mit der psychischen Erkrankung als Familienerkrankung und dem Erkrankungsrisiko der Kinder. Im nächsten Schritt stelle ich die schon beendeten, noch bestehenden und sich noch in der Planungsphase befindlichen Hilfsprojekte vor sowie Hilfsmöglichkeiten, die sich nicht speziell an die Kinder psychiatrisch erkrankter Eltern richten. Der Begriff „psychiatrisch“

¹ Riss in Beeck (1), 2003, S. 40

² Vgl. Internetquelle Nr. 1

³ Vgl. Gundelfinger in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 175f

⁴ Lisofsky in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 179

wird in dieser Arbeit gleichbedeutend mit „psychisch“ verwendet, „psychotisch“ dagegen gilt nur, wenn eine endogene Psychose vorliegt.

Schwierig bei der Informationssammlung ist die starke Abhängigkeit von der Kooperationsbereitschaft der einzelnen Hilfsprojekte. Gleichzeitig gibt es nicht zu jedem Hilfsprojekt dieselbe Menge an Informationsmaterial, so dass die Hilfsprojekte unterschiedlich genau von mir beschrieben werden.

Für einen besseren Vergleich der Hilfsmöglichkeiten in anderen Bundesländern stelle ich die beiden mir am sinnvollsten und am meisten nachahmungswürdig erscheinenden Projekte vor.

Das letzte Kapitel befasst sich mit Hilfsmöglichkeiten, die wir in Baden–Württemberg noch dringend brauchen, und die zum Teil auch leicht umsetzbar wären.

2. Situation der Kinder

Kinder werden erst seit wenigen Jahren als Angehörige von psychisch Kranken wahrgenommen. Erst 1996 wurde zum ersten Mal in dem vom Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen und dem Angehörigenverband veranstalteten Kongress „Hilfen für Kinder psychisch Kranker“ öffentlich auf die Schwierigkeiten und Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksam gemacht.⁵

Dabei sind es gerade die Kinder, die bei ihren Eltern schon sehr früh die Symptome einer psychischen Erkrankung wahrnehmen. Leider vergeht jedoch oft eine sehr lange Zeit von der Wahrnehmung der Symptome durch die Kinder bis zur Diagnose der Krankheit. Das bedeutet, dass die Kinder oftmals eine viele Jahre andauernde Belastung hinter sich haben, bis ihre Eltern überhaupt als psychisch Kranke wahrgenommen werden.

Eine psychische Erkrankung betrifft nicht nur den Erkrankten, es ist immer die ganze Familie involviert. Die psychische Erkrankung innerhalb einer Familie kann zu erheblichen Belastungen und zu lebensweltlichen Veränderungen aller Familienmitglieder führen.⁶

Es gibt in Deutschland laut einer konservativen Schätzung etwa 500.000 Kinder psychotischer Eltern. Diese Zahl beinhaltet nur die Kinder, deren Eltern an Schizophrenie oder einer endogenen Depression erkrankt sind.⁷

Anhand dieser großen Zahl von Kindern psychisch kranker Eltern wird deutlich, wie viele Kinder unter dieser Belastung leiden und dass deshalb dringenden Handlungsbedarf gibt. Die bisher vorhandenen Hilfsmöglichkeiten sind noch nicht ausreichend, um alle betroffenen Kinder und Jugendlichen zu versorgen.

Um die Situation dieser Kinder besser darzustellen, möchte ich an dieser Stelle auf die einzelnen Krankheitsbilder eingehen, um die Auswirkungen auf die Kinder zu verdeutlichen.

Die wohl gravierendsten Krankheitsbilder von Eltern sind für die Kinder die endogenen Psychosen. Darunter fallen:

- die schizophrene Psychose;
- die schizoaffektive Psychose mit manischen und depressiven Phasen;
- die endogene Depression.

Menschen, die an einer schizophrenen Psychose erkranken (kurz: Schizophrenie), verändern sich durch krankhafte Erlebnisse. Diese krankhaften Erlebnisse sind unter

⁵ Vgl. Mattejat/Lisofsky, 1998, nach Wagenblass, 2003, S. 8

⁶ Vgl. Wagenblass, 2003, S. 8-11

anderem das Laut werden von Gedanken sowie das Erleben von Wahn- und Halluzinationsvorstellungen. Das dadurch bedingte Verhalten der Eltern ist für die Kinder häufig nicht nachvollziehbar. Das Auftreten von schizophrenen Menschen kann sowohl distanzlos, enthemmt, ungeniert, albern, frech als auch skurril erscheinen. Auch das äußere Erscheinungsbild kann sonderbar und eigenwillig werden. Häufig fallen schizophrene erkrankte Menschen durch ihre auffällige Kleidung, mangelnde Körperpflege und extremes Makeup auf. An einer schizophrenen Psychose erkrankte Menschen sind in ihrer Gestik und Bewegung starr, eckig, ruckartig, fahrig und verzerrt. Der Gesichtsausdruck kann scheinbar unbegründet geladen, argwöhnisch, versonnen, unfreundlich, leer oder auch ablehnend sein. Häufig tritt dabei ein symptomatischer Augenausdruck auf, der oft verstört, ängstlich und aggressiv erscheinen kann und auf seine Umwelt dadurch auch bedrohlich wirkt.

Eine weitere Form der Psychose, die sich auch gravierend auf die Kinder auswirken kann, ist die schizoaffektive Psychose. Man nennt die schizoaffektive Psychose auch eine Gemüts- und Gefühlspsychose zu welcher man auch die Depression und die Manie zählt. In der Manie weist der erkrankte Mensch eine stark gehobene Stimmung mit Heiterkeit und strahlendem Optimismus auf, die jedoch in Aggressivität und Missstimmung umschlagen kann, wenn sich der Maniker in seiner Aktivität bedroht fühlt. Ein Maniker hat außerdem Probleme, seine eigenen Grenzen und die seiner Mitmenschen wahrzunehmen. Für die Erkrankung kennzeichnend ist eine starke Enthemmung, ein ungewöhnlicher Rededrang und ein krankhaft gesteigerter Taten- und Beschäftigungsdrang in Verbindung mit einem verringerten Schlafbedürfnis und einer Überlautstärke, z.B. durch laute Musik zu jeder Tages- und Nachtzeit. Hinzu kommt ein überzogenes Selbstwertgefühl mit grotesker Selbstüberschätzung bis hin zu Größenideen, die sich auf sexuelle, religiöse, politische, wirtschaftliche, finanzielle und künstlerische Inhalte beziehen können. Der Maniker gründet Firmen oder schließt Verträge ab und verliert dabei den Bezug zu seiner tatsächlichen finanziellen Situation und seinen tatsächlichen Fähigkeiten.⁸

Depression ist die Bezeichnung für eine traurige, niedergedrückte, pessimistische Stimmungslage mit einem starken Antriebsverlust. Hinzu kommt ein starker Rückgang des Interesses für die Außenwelt in Verbindung mit einer Einschränkung der

⁷ Vgl. Remschmidt/ Mattejat, 1994, S.5

⁸ Vgl. Internetquelle Nr. 4

Liebesfähigkeit und einer starken Minderung des Selbstwertgefühls. Häufige Begleiterscheinungen sind vegetative Beschwerden wie Schlafstörungen und Schwindel. In der Psychiatrie unterscheidet man verschiedene Depressionsformen nach ihrem Verlauf und ihren Ursachen,⁹ wobei sich die seelischen Symptome immer ähnlich sind. Bei der endogenen Depression kommen die Ursachen für die Erkrankung immer von innen heraus, ohne dass exogene Faktoren das Stimmungstief begründen. Die Seelische Symptome sind der Verlust von Interesse und Freude, bei gleichzeitigem Auftreten von Hoffnungslosigkeit und Schwermut bis hin zu ständigen Todesgedanken und Suizid.

Die körperlichen Symptome zeigen sich neben den Schlafstörungen auch durch ein verändertes Essverhalten und einem allgemeinen „Elendigkeitsgefühl“¹⁰. Der Antrieb ist massiv gestört und geht von einer tiefen Müdigkeit bis zur Apathie. Depressive Menschen verlieren die Fähigkeit mit anderen mitzufühlen und Zuwendung und Wärme zu vermitteln. Bei erkrankten Eltern ist dies besonders gravierend für die Kinder.¹¹

Weitere psychische Erkrankungen der Eltern unter denen die Kinder leiden können, sind Angst- und Zwangsstörungen.

Bei den Angststörungen unterscheidet man zwischen phobischen Störungen, Panikstörungen und generalisierten Angststörungen. Zu den phobischen Störungen gehören Ängste die sich auf bestimmte Situationen und Dinge richten. Panikstörungen zeichnen sich durch plötzliches Auftreten von Angstsymptomen, wie starkes Herzklopfen, Schwindel und Erstickungsgefühle, aus, ohne dass sichtbare Faktoren diese bedingen. Die generalisierte Angststörung ist kennzeichnend für das permanente Vorhandensein von Angstsymptomen. Solche Menschen beziehen ihre Ängste auf nächste Angehörige, denen etwas zustoßen könnte. Oft ist diese Angst auch mit einem Gefühl der Vorahnung verbunden.¹²

Menschen, die unter einer Zwangsstörung leiden, zeigen in ihrem Verhalten unterschiedliche Auffälligkeiten, die als bloße Gedanken, Vorstellungen, Handlungsimpulse und ein konkretes Verhalten auffallen und für die charakteristisch ist, dass die erkrankten Personen das Auftreten ihrer Zwänge nicht unterdrücken können.¹³

⁹ Vgl. Haselbeck, 1997, S. 200

¹⁰ Internetquelle Nr. 4

¹¹ Vgl. Internetquelle Nr. 4

¹² Vgl. Hoffmann- Richter/Finzen, 2001, S. 42f

¹³ Vgl. Barkey, 1997, S. 1058

Zusammenfassend kann man sagen, dass eine psychische Erkrankung der Eltern für die Kinder immer ein Einschnitt in ihre Kindheit bedeutet. Alle psychischen Erkrankungen beinhalten eine Veränderung der Persönlichkeit. Häufig sind die Eltern durch ihre Erkrankung auch zu stark mit sich selbst beschäftigt. Das verschlimmert die Situation für die Kinder noch zusätzlich.

2.1. Auswirkung der elterlichen Erkrankung auf die Lebensbereiche der Kinder

Kinder, deren Eltern psychisch erkrankt sind, müssen in vielen Lebensbereichen mit Einschränkungen rechnen.

In der Schule z.B. sind diese Kinder oft vom Klassenverband isoliert. Sie sind viel erwachsener und reifer als ihre gleichaltrigen Klassenkameraden, da sie sich mit anderen Themen und Problemen auseinandersetzen müssen. Außerdem schämen sie sich für ihre Eltern und haben Angst vor den Reaktionen ihrer Klassenkameraden auf diese. Gerade im Schulalter können Klassenkameraden sehr verletzend sein, da sie sich über alles andersartige lustig machen. Aus diesem Grund versuchen die Kinder möglichst unauffällig und angepasst zu sein, um nicht aus dem Rahmen zu fallen und nicht in den Blickpunkt der Spötter zu kommen, um so zur Zielscheibe gemeiner Kommentare und allgemeinen Belustigungen zu werden. Deshalb ziehen sich Kinder psychisch kranker Eltern stark zurück. Sie wollen nicht, dass ihr Vater oder ihre Mutter Zielscheibe des Spottes für ihre Klassenkameraden werden. Sie werden so oft zu Außenseitern.¹⁴

Dabei ist gerade für Kinder im Schulalter die Peergroup ein wichtiger Bezugspunkt in ihrer sozialen Umwelt. In der Gruppe von Gleichaltrigen werden die sozialen Regeln, Verhaltensmuster und Beziehungsmuster erprobt. Die Jugendlichen können in der Peergroup Erfahrungen austauschen und erfahren in einem positiven Gruppenerlebnis auch soziale Akzeptanz und Sicherheit. Durch die Peergroup wird auch die Ablösung vom Elternhaus erleichtert.¹⁵

Das alles kann für Kinder psychisch kranker Eltern erschwert werden, da sie aus Angst vor den Reaktionen auf ihre kranken Eltern, oder aus mangelnder Freizeit durch

¹⁴ Vgl. Beeck (1), 2003, S. 46

¹⁵ Vgl. Schneider, 1994, nach Straub/Kempf/Webrik, 1997, S.429

Mehrverantwortung im Haushalt und der Familie, nur schwer einen Zugang zu einer entsprechenden Peergroup finden können. Wobei gerade Kinder von psychisch kranken Eltern, von positiven Gruppenerfahrungen außerhalb der Familie sehr viel profitieren könnten.

In der Institution Schule wäre ein größeres Engagement der Lehrer im Umgang mit psychisch kranken Menschen wünschenswert. Wenn die Lehrer sich die Problematik der Kinder von psychisch kranken Eltern bewußt machen, und die Schüler innerhalb des Klassenverbandes über psychische Erkrankungen aufklären, dann könnten sie so die Toleranz für Menschen, die anders sind, stärken.

Die Kinder psychisch kranker Eltern können auch in ihrem Freizeitverhalten sehr eingeschränkt sein. Diese Kinder haben häufig viel weniger Freizeit als andere Kinder, da sie innerhalb der Familie mehr Verantwortung übernehmen. Sie erledigen z.B. die Hausarbeit oder die Versorgung von jüngeren Geschwistern. Das geht zum Teil sogar soweit, dass die betroffenen Kinder deshalb ihre Hobbys aufgeben. Durch die starke Übernahme von Verantwortung sind die Kinder psychisch kranker Eltern häufig nicht so unbeschwert wie andere Kinder in ihrem Alter oder sie wollen nicht länger als nötig das Haus verlassen, aus Angst, daheim könnte etwas Schlimmes passieren. Aufgrund der genannten Punkte kommt es oft noch zusätzlich zur sozialen Isolation.¹⁶

Ein weiteres Problem für die Kinder psychisch kranker Eltern ist der oft mit einer psychischen Erkrankung verbundene soziale Abstieg der Familie.

Eine lang andauernde psychische Erkrankung führt zu einer Verschlechterung der Lebensbedingungen für die gesamte Familie. Eine psychische Erkrankung ist häufig der Auslöser für Arbeitslosigkeit des betroffenen Elternteils. Dies ist besonders schwerwiegend, wenn der Alleinverdiener der Familie erkrankt, oder das erkrankte Elternteil allein erziehend ist. Die Arbeitslosigkeit kann dann zu Armut, schlechteren Wohnbedingungen und sozialer Isolation führen. Gleichzeitig haben die Kinder dadurch und aufgrund der finanziellen Situation eingeschränkte Möglichkeiten in ihrem Freizeitverhalten.¹⁷

Ein weiterer wichtiger Punkt, in dem Kinder in ihren Lebensbereichen beeinträchtigt sind, ist die Stigmatisierung durch ihr Umfeld. Kinder erleben negative Äußerungen von Nachbarn und Freunden über ihre kranken Eltern. Ihre Lebenswelt wird somit immer mehr eingeschränkt. Es kommt zur Abkapselung der Familie durch Tabuisierung und

¹⁶ Vgl. Beeck (1), 2003, S.47

¹⁷ Vgl. Deneke, in Matzejat/Lisofsky, 2001, S.87 - 91

zusätzliche Schamgefühle. Durch diese Isolierung des gesamten Familiensystems verlieren die Kinder die Möglichkeit, im Austausch mit Personen, die nicht zur Familie gehören korrigierende Erfahrungen zu machen.¹⁸

2.1.1. Schwierigkeiten der Kinder

Kinder psychisch kranker Eltern leiden unter besonderen Schwierigkeiten, deren Stärke der Beeinträchtigung je nach Art der elterlichen Erkrankung und dem Alter der Kinder bei Krankheitsbeginn variiert. Die jüngeren Kinder erleben das krankhafte Verhalten der Eltern noch als Realität. Sie lassen sich in die Erkrankung leichter mit einbeziehen. Denn je jünger ein Kind ist, desto weniger kann es begreifen, dass die Eltern eine eigene innere Realität haben und in einer anderen Realität leben als sie selbst. Bei jüngeren Kindern ist die Gefahr, sich in das krankhafte Erleben mit einbeziehen zu lassen, wesentlich größer.¹⁹ Die Einflussnahme auf das Kind steigt, je intensiver die Kinder in die Wahnvorstellungen mit einbezogen sind.²⁰

Bei jüngeren Kinder ist es auch wahrscheinlicher, dass das krankheitsbedingte Verhalten des erkrankten Elternteils als „normal“ hinnehmen. Kinder bis zu ihrem zehnten Lebensjahr nehmen das Verhalten ihrer Eltern als Erziehungsverhalten wahr und suchen deshalb die Gründe für jedes ungewohnte Verhalten ihrer Eltern bei sich selbst. Dies führt zu enormen Schuldgefühlen bei den betroffenen Kindern.²¹ Betrachtet man im Vergleich dazu das Modell der geistigen Entwicklung nach Piaget, wird deutlich, dass das Kind aufgrund seiner Denkfähigkeit noch nicht in der Lage ist, die Situation der Eltern differenziert zu betrachten. Kinder befinden sich zwischen ihrem zweiten und siebten Lebensjahr in der „Stufe der prä-operationalen Intelligenz“²². Diese Stufe ist geprägt von starkem Egozentrismus, der es dem Kind unmöglich macht, Sachverhalte aus der Perspektive von anderen zu sehen. Es bezieht also jedes Verhalten unwillkürlich auf sich selbst. Erst wenn die Kinder psychisch kranker Eltern älter sind und sich ihre

¹⁸ Vgl. Leidner, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 144 - 147

¹⁹ Vgl. Deneke, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 89

²⁰ Vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S.13

²¹ Vgl. Beeck (1), 2003, S. 44

²² Piaget, 1971, zitiert nach Straub/Kempf/Webrik, 1997, S. 414

Denkfähigkeit erweitert (nach Piaget passiert das in den „Stufen der konkreten Denkopration“ und der „Stufe der formal-operationalen Intelligenz“), schaffen sie es, das Verhalten der Eltern nicht mehr direkt auf sich zu beziehen. Die Schuldgefühle allerdings sind in jeder Entwicklungsstufe der Kinder vorhanden.²³

Ein weiterer einschneidender Punkt in diesem Zusammenhang ist die Desorientierung in der sich die Kinder durch ihre Unwissenheit befinden. Sie sind verwirrt und verängstigt und verstehen nicht genau, was mit ihren Eltern passiert. Es fällt ihnen schwer, die Probleme und das Verhalten der Eltern einzuordnen.²⁴ Sie können selbst nicht unterscheiden, was richtig und was falsch ist.²⁵ Hinzu kommt, dass sich die Kinder mit ihren Sorgen um die erkrankten Eltern oder das erkrankte Elternteil nicht an Außenstehende wenden. Es kommt zur Tabuisierung der Erkrankung, aus Angst sie könnten die Familie verraten.

Obwohl die Kinder meist sehr tiefgreifend von der psychischen Erkrankung ihrer Eltern betroffen sind und darunter leiden, wird die psychische Krankheit der Eltern auch innerhalb der Familie tabuisiert und es wird nicht offen mit den Kindern besprochen. So stehen die Kinder mit ihren Ängsten und der Überforderung durch die Krankheits-symptome der Eltern alleine da. Dies stellt einen weiteren Belastungsfaktor für sie dar.²⁶ Es muss auch berücksichtigt werden, dass die Kinder aufgrund der Loyalität gegenüber ihren Eltern nicht mit außenstehenden Personen über ihre Probleme daheim sprechen. Schließlich haben die Kinder schon genügend negative Äußerungen über die Eltern erlebt. Sie schweigen auch aus Scham. Sie schämen sich für ihre Eltern und deren krankheitsbedingtes Verhalten.²⁷ „Ich schämte mich so für meine kranke Mutter, als sie im Aldi alles zerschlagen hat“²⁸. „Als meine Mutter meinem Freund völlig verwirrte Fragen stellte wäre ich am liebsten im Boden versunken“²⁹.

Aber gerade dadurch, dass dieses Anderssein der eigenen Familie auch innerhalb der Familie wenig thematisiert wird, erfahren die Kinder in ihren Einschätzungen keine Bestätigung. Sie wissen nicht, ob ihre Einschätzungen richtig oder falsch sind, was wiederum zu Desorientierung führt. Für die betroffenen Kinder ist es wichtig, dass sie in ihren subjektiven Wahrnehmungen Unterstützung erfahren, indem sie von außen-

²³ Vgl. Piaget, 1971, zitiert nach Straub/Kempf/Werbik 1997, S.413 - 414

²⁴ Vgl. Gundelfinger, 2002, S.7

²⁵ Vgl. Leidner, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 144 - 147

²⁶ Vgl. Schone/Wagenblass (1), 2001, S. 10

²⁷ Vgl. Beeck (1), 2003, S. 46

²⁸ Beeck (1), 2003, S. 46

²⁹ Beeck (1), 2003, S.46

stehenden Bezugspersonen Bestätigung für ihre Empfindungen bekommen. Das Reden über die Erkrankung mit einer nahestehenden Bezugsperson ist eine zentrale Bewältigungsressource für die Kinder. Dazu gehört neben der Aufklärung und Information über die psychische Krankheit auch, dem Kind Aufmerksamkeit schenken und ihm die Möglichkeit zu bieten, über seine alltäglichen Sorgen und Ängste zu berichten.³⁰

Erschreckend ist unter diesen Aspekten die tatsächliche Aufklärung der betroffenen Kindern. „Nur ein Viertel der Sechs – bis Zehnjährigen und die Hälfte der 14 – Jährigen wissen überhaupt, dass die Probleme ihrer Eltern durch eine Krankheit zu erklären sind. Die meisten spüren nur, dass etwas nicht stimmt“³¹.

Kinder psychisch kranker Eltern tragen durch die elterliche Erkrankung sehr viel Verantwortung. Die Kinder übernehmen die Verantwortung für ihre Eltern, für das Funktionieren der Familie und für ihre jüngeren Geschwister. Das geht sogar soweit, dass die Kinder die Funktionen ihrer Eltern übernehmen. Die Kinder übernehmen „Elternaufgaben“, es kommt zur Parentifizierung und das natürliche Generationsverhältnis wird aufgelöst. Dann sind es die Kinder, die Trost für die erkrankten Eltern spenden und sich um sie sorgen.³² Ist dies der Fall, leben die Kinder in einer permanenten Überforderungssituation. Erschwerend kommt hinzu, dass die Bedürfnisse der Kinder, je nach Erkrankung der Eltern und davon abhängig ob eine verlässliche Bezugsperson zur Verfügung steht, nicht oder nur wenig wahrgenommen werden.

Manche betroffenen Kinder haben eine extrem enge Bindung zu ihren Eltern, die bis zu einer symbiotischen Vereinahmung der Kinder durch die Eltern gehen kann. Durch verschiedene Krankheitsphasen der Eltern erleben die Kinder häufig nur wenig Stabilität und Kontinuität. Dies führt zu einer zusätzlichen Verunsicherung der Kinder. Belastend kommt noch hinzu, dass die betroffenen Kinder auch von professioneller Seite nicht als Individuen mit eigenen Bedürfnissen wahrgenommen, sondern als Stütze für die Eltern eingesetzt werden.³³

In manchen Fällen ist auch Vernachlässigung und Misshandlung der Kinder ein zusätzliches Problem innerhalb der betroffenen Familien. Vielen Kindern von psychisch kranken Eltern fehlt die Aufmerksamkeit und die Geborgenheit von Seiten des erkrankten

³⁰ Vgl. Wagenblass, 2003, S.10

³¹ Groenewold, 2002

³² Vgl. Wagenblass, 2001, S. 4

³³ Vgl. Mader, 2002

Elternteils, welches durch die Erkrankung zu sehr mit sich selbst beschäftigt ist.³⁴ Es kommt dann durchaus vor, dass es den Kindern an notwendigen seelischen und körperlichen Pflege-, Versorgungs- und Förderleistungen fehlt. Das kann bedeuten, dass grundlegenden Dinge wie Essen, Trinken, Kleidung und Zuwendung bei betroffenen Kindern auch fehlen können. Auch hier sind besonders die jüngeren Kinder schwer betroffen, denn je jünger die Kinder sind, desto gravierender sind die Auswirkungen der fehlenden Versorgungs- und Pflegeleistungen.³⁵

Speziell während akuter Krankheitsphasen der Eltern erfahren die Kinder zuwenig Aufmerksamkeit, Geborgenheit und Zuwendung. Dies kann zu einer schweren Selbstwertproblematik der betroffenen Kinder führen.

Die Kinder psychisch kranker Eltern können auch, je nach Art und Schwere der elterlichen Erkrankung, von schwerwiegenden Grenzüberschreitungen betroffen sein. Dies kann sich so auswirken, dass die Kinder nachts nicht schlafen können, weil ihr erkranktes Elternteil bis tief in die Nacht laute Musik hört, schreit oder sie mitten in der Nacht, wegen für die Kinder unverständlichen Fragen weckt. Die Kinder fühlen sich zerrissen zwischen der Liebe, die sie für ihre Eltern empfinden und dem Haß, den sie in solchen Momenten spüren. Auch dadurch kann es zu Schuldgefühlen auf Seiten der Kindern kommen.³⁶

Misshandlungen der Kinder durch die Eltern passieren meist aus einer Überforderungssituation. Bei seelisch kranken Eltern ist die Gefahr, dass sie ihre Kinder aus dieser Überlastung heraus misshandeln, deutlich erhöht.³⁷

Einer Studie von Diane Marsh, Professorin für Psychologie an der Universität in Pittsburgh und Rex Dickens, der selbst eine betroffene Mutter hat, zufolge, leiden noch mehr als die Hälfte aller befragten erwachsenen Kinder psychisch kranker Eltern noch als Erwachsene unter Angst vor Gewalt und Selbstmord der Eltern.³⁸

Wichtig ist es zu erwähnen, dass nicht alle Kinder psychisch kranker Eltern mit der gleichen Intensität von den genannten Auswirkungen einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Entscheidende Faktoren für die Intensität, sind die Schwere der elterlichen Erkrankung und die Dauer der einzelnen Krankheitsphasen. Viele psychische Erkrankungen kommen in Schüben zum Ausdruck. Dadurch erleben die Kinder ihr

³⁴ Vgl. Beeck (1), 2003, S. 44

³⁵ Vgl. Wagenblass, 2001, S. 3

³⁶ Vgl. Beeck (1), 2003, S. 44

³⁷ Vgl. Denke, zitiert nach Groenewold, 2002

³⁸ Vgl. Knuf, 2000

erkranktes Elternteil nicht nur in Akutkrisen sondern auch in stabilen Phasen. Die Frage nach der Belastung der Kinder durch die elterliche Erkrankung kann nicht allgemein beantwortet werden. Der Grad der Belastung für die Kinder hängt immer von dem individuellen Krankheitsverlauf und dem konkreten Verhalten des erkrankten Elternteils ab. Entscheidend für den Belastungsgrad ist auch, ob ein Elternteil oder beide Elternteile erkrankt sind und inwieweit das gesunde Elternteil eine kompensatorische Rolle übernehmen kann.³⁹

2.1.2. Besondere Schwierigkeiten der betroffenen Familien

Ist ein Familienmitglied von einer psychischen Erkrankung betroffen, werden immer alle Familienmitglieder und familiäre Beziehungen in Mitleidenschaft gezogen. „Psychische Erkrankungen sind Familienerkrankungen und wenn ein Familienmitglied erkrankt, so hat dies stets Auswirkung auf das gesamte System Familie, seine innerfamiliäre Dynamik und die Lebenssituation der einzelnen Familienmitglieder“⁴⁰. Eine psychische Erkrankung wird zu einem Stressfaktor für die gesamte Familie. Es ist nicht nur die Erkrankung selbst, die auf den Betroffenen und dessen Familie wirkt. vielmehr kann es durch die psychische Erkrankung auch zu erheblichen lebensweltlichen Veränderungen und Belastungen des erkrankten Elternteils, der Kinder und des nicht erkrankten Partners kommen. Solche Belastungsfaktoren treten besonders in Akutkrisen des erkrankten Elternteils auf, wenn sich die erkrankte Mutter bzw. der erkrankte Vater der Elternrolle nicht mehr gewachsen fühlt und mit der Erziehung der Kinder überfordert ist. Hinzu kommt auch oft die Angst, dass es durch ihre psychische Erkrankung zur Trennung der Familie kommen kann.⁴¹ Das führt häufig dazu, dass Familien, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, meinen, sie müssten allein mit ihren Schwierigkeiten fertig werden. Solche Familien sind der Meinung, dass ihnen durch das Bekanntwerden ihrer Schwierigkeiten das Recht, ihre Kinder groß zu ziehen, abgesprochen wird und die Familie als Ganzes auseinander gerissen wird. Diese Angst ist völlig verständlich, da die Zeit, als man psychisch kranken Eltern das Recht absprach, Kinder aufzuziehen, noch nicht lange zurückliegt. Das fatale

³⁹ Vgl. Wagenblass, 2001, S. 4

⁴⁰ Wagenblass/Schone (2), 2001, S. 128

dabei ist, dass sich die innerfamiliären Schwierigkeiten durch die Weigerung und die Angst, Hilfe von außen anzunehmen, verstärken. Die erkrankten Eltern gehen deshalb nicht rechtzeitig zum Arzt oder ins Krankenhaus um ihre Kinder nicht alleine lassen zu müssen. Die Familie ist so der Erkrankung stärker und länger ausgesetzt, was sowohl für die Kinder als auch für die Eltern eine enorme Belastungs- und Überforderungssituation ist. Die Familien bekommen so auch nicht oder nicht rechtzeitig Unterstützung bei ihren Problemen mit den Kindern.⁴² Das führt dazu, dass die Familien sich erst dann Hilfe holen, wenn das familiäre Gefüge auseinander zu brechen droht oder wenn die Kinder selbst auffällig werden.⁴³

In betroffenen Familien treten neben den unmittelbaren Problemen, die sich durch die psychische Erkrankung eines Elternteils ergeben, zusätzliche Risikofaktoren auf, die das Risiko für die Entwicklung einer Störung bei den Kindern erhöht. Das liegt daran, dass psychosoziale Belastungen untereinander in Wechselwirkung stehen: Das Auftreten eines Faktors begünstigt gleichzeitig das Entstehen eines weiteren Belastungsfaktors. Es kann z.B. durch das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung eines Partners zu Ehekonflikten kommen. Umgekehrt führen Ehekonflikte zu einer Verstärkung der psychischen Probleme.⁴⁴

Eine weitere schwerwiegende Belastung für die betroffenen Familien ist die Verschlechterung der allgemeinen Lebensbedingungen. Oft sind Familien durch die lang andauernde psychische Erkrankung von Arbeitslosigkeit betroffen. Dies kann zu Armut und schlechteren Wohnbedingungen führen. Häufig kommt es zum sozialen Abstieg. Aufgrund der strikten Geheimhaltung der psychischen Erkrankung sind betroffene Familien oft sozial isoliert.⁴⁵ Durch die Tabuisierung der elterlichen psychischen Erkrankung kommt es zur Abkapselung der gesamten Familie.⁴⁶

Betroffene Kinder erleben den unvernünftigen Umgang ihrer kranken Eltern mit Zeit, Ordnung, Geld und Ernährung, trauen sich jedoch nur selten, sich an nahestehende Personen zu wenden und sind dadurch der Situation innerhalb der Familie hilflos ausgesetzt.⁴⁷

⁴¹ Vgl. Wagenblass, 2003, S. 8

⁴² Vgl. Deneke, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 87

⁴³ Vgl. Wagenblass/Schone (2), 2001, S. 136

⁴⁴ Vgl. Mattejat, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 69

⁴⁵ Vgl. Deneke, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 88

⁴⁶ Vgl. Leidner, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 144

⁴⁷ Vgl. Lisofsky, 2004,

So kann es zum Beispiel auch zur Einschränkung oder Nichtgewährleistung physischer und psychischer Bedürfnisse kommen, deren Befriedigung, nach allgemeiner gesellschaftlicher Vorstellung, zu den Grundaufgaben der Eltern gehören. Solche kindlichen Bedürfnisse können unter anderem das Bedürfnis nach ausreichender gesunder Ernährung, nach sauberer Kleidung, körperlicher Hygiene und Befriedigung der emotionalen Grundbedürfnisse wie Sicherheit und Zuwendung sein.⁴⁸

Weitere psychosoziale Belastungsfaktoren innerhalb der Familien mit einem oder beiden erkrankten Elternteilen können erhebliche eheliche Konflikte der Eltern, verbunden mit innerfamiliären Disharmonien sein. Hinzu kommt die Unzufriedenheit, die aus dieser Situation entsteht und die länger andauernde Trennung der Familie durch Krankenhausaufenthalte. Leider kommt es, bedingt durch die psychische Erkrankung, oft auch zum Auseinanderfallen der Familie. So haben ein Drittel, der jährlich in Deutschland von entschiedenen Sorgerechtsentzügen betroffenen Eltern, eine psychiatrische Erkrankung.⁴⁹ Es konnte auch nachgewiesen werden, dass die Auswirkungen der Erkrankung, in Form der psychosozialen Belastungen, die Entwicklung der Kinder stärker beeinträchtigt, als die Erkrankung selbst.⁵⁰

In einem Praxisforschungs – und Praxisentwicklungsprojekt des Instituts für soziale Arbeit in Kooperation mit der FH Dortmund zum Thema: „Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe, eine Analyse der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern und Anforderung an sozialpädagogisches Handeln“ wurde festgestellt, dass 12% der Menschen, die in Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungsnetzes betreut werden, Kinder haben. Bereits ein Drittel der in diesem Zusammenhang erfassten Eltern leben nicht mehr mit ihren minderjährigen Kindern zusammen. Rund 35% der Familien haben bereits Trennungserfahrungen gemacht und Beziehungsabbrüche erlebt. Das führt zu einer erheblichen Belastung sowohl auf Seiten der Kinder als auch auf Seiten des erkrankten Elternteils. Von den restlichen zwei Dritteln leben noch 43% der Familien in der klassischen Familienform. Und 14% aller Patient/-innen sind allein erziehend.⁵¹

In derselben Untersuchung wurde auch das Geschlecht des psychisch erkrankten Elternteils untersucht, wobei sich zeigte, dass 70% der Patienten mit minderjährigen

⁴⁸ Vgl. Lazarus, 2003, S. 26

⁴⁹ Vgl. Lazarus, 2003, S. 22

⁵⁰ Vgl. Groenewold, 2002

⁵¹ Vgl. Wagenblass/Schone (2), 2001, S. 128f

Kindern Frauen und nur ein im Vergleich geringer Prozentsatz von 30% der Patienten Männer sind.

Hierzu finde ich es noch erwähnenswert, dass die Erkrankung der Mutter mit einem höheren Trennungsrisiko verbunden ist, als bei einer Erkrankung des Vaters. Erkrankt der Vater, bleiben 51% der befragten Familien in der klassischen Familienform bestehen. Bei einer Erkrankung der Mutter hingegen sind es nur 41%, in denen dies der Fall ist. Daraus lässt sich schließen, dass das Familiensystem bei der Erkrankung des Vaters weniger gefährdet ist, als bei einer Erkrankung der Mutter.⁵²

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Erkrankung der Mutter die Entwicklung der Kinder stärker beeinträchtigt als dies bei einem kranken Vater der Fall ist. Dies begründet sich darin, dass die Mutter in vielen Fällen die primäre Bezugsperson des Kindes ist und ihr Ausfallen deshalb besonders gravierend sein kann.⁵³

2.2. Erkrankungsrisiko der Kinder

Aufgrund mehrerer Studien ist das Risiko, selbst eine psychische Erkrankung zu bekommen, bei Kindern mit psychisch kranken Eltern größer als bei Kindern gesunder Eltern. Wobei nicht nur der Schweregrad der elterlichen Erkrankung, sondern auch die Familiensituation das Auftreten psychiatrischer Symptome bei den Kindern entscheidend beeinflusst.⁵⁴ Von einer anderen Seite betrachtet kann man dies auch folgendermaßen in Zusammenhang bringen: „Je schwerer der Grad der Erkrankung und je länger die einzelnen Krankheitsphasen andauern, desto weniger erfahren die Kinder ein Familienleben, das nicht in erster Linie durch die Krankheit bestimmt wird“⁵⁵. Hier wird der Schweregrad der elterlichen Erkrankung direkt auf die sich dadurch ergebende familiäre Situation bezogen. Denn gerade die Kombination der schweren elterlichen Erkrankung und der sich daraus ergebenden Belastungen für die Kinder erhöht deren Risiko, selbst psychische Störungen zu entwickeln.

⁵² Vgl. Wagenblass/Schone (2), 2001, S. 132

⁵³ Vgl. Beeck (2), 2003, S.10

⁵⁴ Vgl. Billings/Moos 1983, Remschmidt et. al., 1973 zitiert nach Remschmidt/Mattejat, 1994, S. 67

⁵⁵ Wagenblass, 2001, S.4

Um sich eine Vorstellung machen zu können, wieviele Kinder unmittelbar durch eine psychische Erkrankung eines Elternteils betroffen sind, möchte ich noch einige Zahlen darlegen. Remschmidt und Mattejat gehen in einer konservativen Schätzung bundesweit von einer halben Million Mädchen und Jungen aus, die psychisch kranke Eltern haben.⁵⁶

Das bedeutet: etwa jedes dreißigste Kind hat psychisch kranke Eltern.⁵⁷

Eine regionale Studie zeigt, dass etwa 10 bis 15% der im psychiatrischen Versorgungssystem behandelten Erwachsenen minderjährige Kinder haben.

Anhand dieser Zahl wird deutlich, dass es sich bei Kindern psychisch kranker Eltern nicht um eine kleine Randgruppe sondern um eine ernst zu nehmende Größenordnung handelt.⁵⁸

Ernst zu nehmen ist auch die Anzahl der Kinder mit psychisch kranken Eltern, die sich selbst in stationärer Behandlung befinden. Rund ein Drittel der Kinder, die sich in der Kinder - und Jugendpsychiatrie befinden, haben ein psychisch krankes Elternteil. Und ca. ein Viertel der Kinder, die in ambulanten Therapien behandelt werden, sind Kinder psychisch kranker Eltern. Hierbei spielt nicht nur der erbliche Aspekt, sondern auch psychosoziale Risikofaktoren eine entscheidende Rolle.⁵⁹ Psychosoziale Belastungsfaktoren erhöhen das Risiko für die Kinder, eine psychiatrische Erkrankung zu entwickeln, zusätzlich. Dabei wirken sich auch psychosoziale Risikofaktoren, die unabhängig von der elterlichen Erkrankung auftreten, negativ aus. Wobei sich die Auswirkungen der psychosozialen Risikofaktoren nicht einfach addieren lassen, sie verstärken sich multiplikativ.⁶⁰

Um das Erkrankungsrisiko für Kinder psychisch kranker Eltern einzuschätzen muss man demnach folgende psychosozialen Belastungsfaktoren berücksichtigen. Schwierig für die Kinder sind unter anderem: ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie, ein niedriger IQ, Ehekonflikte und Scheidung der Eltern und Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung.

Es sind neben der psychotischen Erkrankung der Eltern auch Faktoren von Bedeutung, die nicht direkt mit der Erkrankung der Eltern zusammenhängend sind. Es spielen beispielsweise der Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns der Eltern, der Schweregrad der elterlichen Erkrankung, oder das Vorliegen weiterer psychischer Störungen und

⁵⁶ Vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S.5

⁵⁷ Vgl. Groenewold, 2002

⁵⁸ Vgl. Wagenblass, 2001, S.2

⁵⁹ Vgl. Beeck (2), 2003, S.6

⁶⁰ Vgl. Mattejat, in Mattejat/Lisofsky 2001, S. 69

Persönlichkeitsstörungen, eine entscheidende Rolle. Von Bedeutung dabei ist auch, ob das Kind von seinen Eltern getrennt lebt.⁶¹

Neben den psychosozialen Risikofaktoren ist auch die Vorbelastung entscheidend für das Erkrankungsrisiko eines Kindes. Das Erkrankungsrisiko von Kindern mit schizophren erkrankten Eltern liegt bei 10-15%.⁶² Im Vergleich mit der Lebensprävalenz der Gesamtbevölkerung von 0,5 bis 1 % ist das Risiko für die Kinder von psychotischen Eltern um ein vielfaches höher.⁶³ Hinzu kommt, dass eine Häufung familiärer Belastungen das Risiko für die Kinder zusätzlich erhöht. Sind beide Elternteile schizophren erkrankt, liegt das Risiko für die Kinder zwischen 35 und 50 %. Das Erkrankungsrisiko steigt zusätzlich mit der Anzahl der schizophrenen Angehörigen und in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung des jeweiligen Verwandten.⁶⁴

Kinder von Eltern mit einer Angststörung haben ein siebenmal höheres Risiko an einer Angststörung zu erkranken als Kinder aus einer normalen Kontrollgruppe.⁶⁵ Das Erkrankungsrisiko für Kinder, deren Eltern eine schizoaffektive Erkrankung haben, liegt bei 37%. Wobei sich bei Kindern schizoaffektiver Eltern auch der Erkrankungsbeginn zwischen Hochrisikokindern und Kindern gesunder Eltern signifikant unterscheidet.⁶⁶

Ob Kinder psychotischer Eltern mit einem relativ hohen erblichen Risiko selbst an einer Psychose erkranken, kann man anhand eines Vulnerabilitäts-Streß-Modell anschaulich darstellen.

Die Theorie des Vulnerabilitäts-Streß-Modell⁶⁷ wurde 1973 erstmals formuliert. Diese Theorie befasst sich mit der sogenannten Aussenhaut der Seele, bzw. mit der Stabilität des Nervenkostüms einzelner Menschen. Es gibt demnach Menschen, die eine besonders dünne Aussenhaut haben. Diese Menschen haben eine erblich bedingte erhöhte innere Erkrankungsbereitschaft, als Menschen, deren Nervenkostüm eine bessere Stabilität aufweist. Man geht heute davon aus, dass die Neigung zur erhöhten Erkrankungsbereitschaft weitgehend angeboren ist, obwohl es bisher noch keine eindeutig beweisenden Untersuchungsmethoden gibt.

⁶¹ Vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S. 37

⁶² Vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S.37

⁶³ Vgl. Sollberger, 2000, zitiert nach Lazarus, 2003, S. 22

⁶⁴ Vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S. 37

⁶⁵ Vgl. Turner, 1987, zitiert nach Bohus et. al., 1998, S. 135

⁶⁶ Vgl. Bohus et. al., 1998, S.135

⁶⁷ Vgl. Bäuml, 1994, S.29

Der Ausbruch der Erkrankung hängt im wesentlichen von drei Faktoren ab:

1. Vulnerabilität; die Verletzlichkeit bzw. die Widerstandsfähigkeit der Aussenhaut;
2. chronischer Streß; die alltäglichen Belastungen, denen der einzelne Mensch ausgesetzt ist;
3. akuter Streß; unerwartete Schicksalsschläge, wie Tod oder Trennung eines geliebten Menschen.

Die Psychose kommt, dem Vulnerabilitäts-Streß-Modell zufolge, dann zum Ausbruch, wenn veranlagungsbedingte Vulnerabilität mit augenblicklichem Streß zusammenkommt und der für jeden Menschen individuelle „kritischen Grenzwert“ überschritten wird.

Menschen, die nur eine sehr geringe Vulnerabilität haben, können demnach sehr viel mehr Streß ertragen als Menschen, die eine sehr hohe Vulnerabilität besitzen. Bei Menschen mit einer hohen Vulnerabilität kann bereits eine sehr geringe Belastung dazu führen, dass die „kritische Grenze“ überschritten wird, und die Psychose zum Ausbruch kommt. Menschen, die keine innere Erkrankungsbereitschaft besitzen, entwickeln auch unter sehr großem Streß und anderen Belastungen keine Psychose.

Die Anlage, eine Psychose zu entwickeln besteht, ein Leben lang. Die Stabilität des Nervenköstüms, oder auch der Aussenhaut wird auch durch lebensgeschichtliche und körperliche Komplikationen, und vor allem während der frühen Kindheit beeinflusst. Die Vulnerabilität ist abhängig von genetischen, organischen und lebensgeschichtlichen Faktoren.⁶⁸

Generell ist inzwischen anerkannt, dass die höchste Vulnerabilität psychische Störungen zu entwickeln, in der frühen Kindheit und in der Adoleszenz liegt. Daraus läßt sich die Notwendigkeit von primärpräventiven Interventionen erkennen.

Deshalb kann man zusammenfassend festhalten, dass Kinder psychisch Kranker ein höheres Risiko haben, psychische Störungen, die einen besonderen Erziehungsbedarf begründen, zu entwickeln, als Kinder von gesunden Eltern. Es konnte bisher auch ausreichend belegt werden, dass psychiatrische Störungen und Auffälligkeiten schon im Kindesalter auftreten. Im Zentrum der vorzeitigen Prävention, steht der Versuch, gezielte Maßnahmen einzuleiten, welche die Kinder in der noch symptomfreien Phase unterstützen, die Entwicklung des Erkrankungsprozesses mildern, und der Erkrankung

⁶⁸ Vgl. Bäuml, 1994, S.29 - 33

entgegen wirken.⁶⁹ Denn das individuelle Erkrankungsrisiko ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig und somit auch teilweise beeinflussbar. Das Erkrankungsrisiko der Kinder psychisch kranker Eltern ist erheblich und darf nicht unterschätzt werden.⁷⁰

2.2.1. Einfluß der Eltern–Kind–Beziehung

Eine schwere psychische Erkrankung der Eltern beeinflusst die Eltern-Kind-Beziehung immer gravierend. Besonders wenn es sich bei der elterlichen Erkrankung um eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis handelt.⁷¹

Die Eltern-Kind-Beziehung kann durch die Erkrankung stark beeinträchtigt sein, beispielsweise wird sie durch aggressive Gefühle verzerrt. Wichtig ist für die Kinder, dass die Eltern-Kind-Beziehung ein positives Gegengewicht zur Krankheit bilden kann. Für die Kinder ist es hilfreich, wenn sie innerhalb der Eltern-Kind-Beziehung eine Möglichkeit der Reflexion aufbauen können und sich darüber austauschen, was sie im Zusammenleben mit ihrem erkrankten Elternteil erleben. Dadurch bekommen die Kinder die Möglichkeit, sich ihrem erkrankten Vater oder ihrer erkrankten Mutter gefühlsmäßig verbunden zu fühlen. Gleichzeitig bekommen sie aber auch die Chance sich und ihr Elternteil als seelisch unterschiedliche Menschen mit einem unterschiedlichen Erleben betrachten zu können.⁷²

Häufig kommt es auch vor, dass durch die Krankheit eine sehr enge, emotionale Bindung innerhalb der Familie entsteht. Dabei ist die Beziehung zwischen dem Kind und der erkrankten Mutter besonders eng, wenn die Mutter die primäre Bezugsperson ist. In manchen Fällen fehlt dem erkrankten Elternteil ein zuverlässiger Partner, oder der Partner ist selbst mit der Situation überfordert. In diesen Fällen ist es nicht selten, dass die Kinder in einer engen, symbiotischen Beziehung als Partnerersatz fungieren. Die Kinder fühlen sich in dieser Rolle meist hoffnungslos überfordert. Die kindlichen Bedürfnisse werden von den Eltern nicht mehr wahrgenommen, gleichzeitig stellen die Kinder ihre eigenen Bedürfnisse aus falschen Schuldgefühlen in den Hintergrund. Ein häufiges Dilemma in der

⁶⁹ Vgl. Bohus et. al., 1998, S. 135

⁷⁰ Vgl. Beeck (2), 2003, S.10

⁷¹ Vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S. 39f.

⁷² Vgl. Denke, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 89

Eltern – Kind - Beziehung ist die fehlende Abgrenzung der Kinder gegenüber ihrem erkrankten Elternteil. Denn die Kinder fühlen sich verantwortlich.

Schwierig für die Kinder sind auch ihre Zerissenheitsgefühle. Sie lieben ihre Eltern und hassen sie doch gleichzeitig, für das, was sie ihnen antun und wegen der Verantwortung, die sie ihnen aufbürden.⁷³

Die Auswirkungen einer schlecht funktionierenden Eltern-Kind-Beziehung sind für die Kinder oft gravierend. Verschiedene Studien zeigen, dass Kinder psychisch kranker Eltern bereits im Alter von zwei Jahren deutlich mehr seelische Probleme haben, als gleichaltrige Kinder gesunder Eltern. Später konnten Auffälligkeiten wie Nägelkauen, aggressiven Durchbrüchen, Schulschwierigkeiten, Schlafstörungen und Einnässen beobachtet werden. Laut dieser Studie sind 80% der Kinder psychisch kranker Eltern von solchen Auffälligkeiten betroffen.⁷⁴

Spannend ist bei der Untersuchung der Eltern – Kind – Beziehung, dass es viel mehr Kinder gibt, die eine psychisch kranke Mutter, als Kinder, die einen kranken Vater haben. So sind bei dem Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekt des Instituts für soziale Arbeit, in Kooperation mit der FH Dortmund angesichts der Geschlechterverteilung psychisch kranker Elternteile, folgende Ergebnisse herausgekommen: 70% der Patienten, die Kinder haben sind Frauen und im Gegensatz dazu sind nur 30% der Patienten die Kinder haben, Väter. Dadurch kann man auch den hohen Anteil der allein erziehenden Frauen mit psychischer Erkrankung ableiten.⁷⁵

Aus diesem Grund, und auch weil die Erkrankung der Mutter für die Kinder gravierender ist, möchte ich im folgenden besonders auf die Mutter-Kind-Beziehung eingehen.⁷⁶

Die Mutter-Kind-Beziehung kann von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden, wie z.B.: dem Schweregrad der Erkrankung, ob ein Partner der Mutter vorhanden ist und inwieweit der Partner es schafft, eine kompensatorische Rolle einzunehmen. Die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung spielt beim Auftreten von Verhaltensstörungen der Kinder psychisch kranker Eltern eine entscheidende Rolle. So erhöht das Ausmaß der Mutter-Kind-Interaktionsstörung für die Kinder psychisch kranker Eltern die Wahrscheinlichkeit, selbst psychiatrische Störungen zu entwickeln.⁷⁷

⁷³ Vgl. Beeck (1), 2003, S. 44f

⁷⁴ Vgl. Knuf, 2000

⁷⁵ Vgl. Wagenblass/Schone (2), 2001, S. 132

⁷⁶ Vgl. Beeck (2), 2003, S.10

⁷⁷ Vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S.40

Bei einer direkten Untersuchung der Mutter-Kind-Beziehung in der schwedischen Lund-Studie wurde festgestellt, dass Kinder schizophrener Mütter, im Vergleich zu den Kindern von Müttern mit anderen Psychosen und denen von gesunden Müttern, wesentlich häufiger ein ängstliches Bindungsverhalten zeigten.⁷⁸ Die Mutter-Kind-Interaktion wies bei Müttern mit einer psychischen Erkrankung, im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe, bereits 3 Tage nach der Geburt erhebliche Störungen auf. Es bestand ein negatives emotionales Klima, mehr Anspannung, und der soziale Kontakt zwischen Mutter und Kind war deutlich weniger vorhanden als bei der Kontrollgruppe. Die Mutter-Kind-Interaktion kann durch eine psychische Erkrankung der Mutter bereits wenige Tage nach der Geburt ungewöhnlich sein. So blicken z. B. depressive Mütter ihrem Neugeborenen Kindern weniger ins Gesicht. Sie zeigen auch gegenüber ihren älteren Kinder weniger Aktivität, wenig kontingente Reaktionen und einen häufigen Wechsel zwischen fehlendem Engagement und Aufdringlichkeit. Die Kinder reagieren darauf mit Nervosität, Rückzug und verringertem positiven Affekt. Entscheidend für die Entwicklung des Kindes ist auch die Denkweise der Mutter. So kann beispielsweise ihre pessimistische Wahrnehmung des Kindes und ihrer eigenen Person die Fähigkeit zur Kindererziehung verringern.⁷⁹

So zeigen verschiedene Untersuchungen über die Mutter-Kind-Beziehungen bei depressiven oder schizophren erkrankten Müttern, dass diese Frauen häufig stark verzögert auf die Signale ihrer Kinder reagieren, oder die Signale ihrer Kinder falsch oder gar nicht wahrnehmen. Die Folgen der Missachtung kindlicher Bedürfnisse sind speziell im Kleinkindalter besonders gravierend.⁸⁰ Die Erkrankung der Mutter hinterlässt schon auf den jüngsten Kinderseelen Spuren. Wenn sich Frauen mit ihrer neuen Rolle als Mutter überfordert fühlen und deshalb depressiv werden, erfahren die Neugeborenen die direkten Auswirkungen. Obwohl es viele junge Mütter schaffen, ihren pessimistischen Gemütszustand aus der Mutter-Kind-Beziehung auszublenden, ist die Grundstimmung gegenüber dem Kind meist negativ. Es erfährt dadurch wenig Zuwendung und Liebe. Bereits im Alter von drei Monaten sind Kinder psychisch erkrankter Mütter in ihrer Entwicklung verzögert. Diese Kinder sind passiver und weniger neugierig als ihre Altersgefährten. Sie sind zurückgezogener und stärker in sich gekehrt.⁸¹ Neugeborene, deren Mütter impulsiv mit der eigenen Stimmungslage und ihren hilflosen Kindern umgehen, reagieren selbst sehr aufgeregt. Solche Kinder schreien und weinen sehr viel

⁷⁸ Vgl. Näslund et. al., 1984, zitiert nach Remschmidt/Mattejat, 1994, S. 40

⁷⁹ Vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S. 40 - 87

⁸⁰ Vgl. Wagenblass, 2001, S. 3

⁸¹ Vgl. Deneke, zitiert nach Groenewold, 2002

und leiden unter Schlaf- und Essstörungen. Wenn die Kinder älter werden, fallen die psychischen Probleme der Kinder immer stärker ins Gewicht. Bereits zweijährige Kinder psychisch kranker Eltern haben mehr seelische Probleme als ihre Gleichaltrigen. Betroffene Kinder zeigen im Schulalter häufiger psychiatrische Auffälligkeiten, wie aggressive Schübe, Einnässen und Schulschwierigkeiten. Diese Symptome sind oft der Ausdruck für schwerwiegende Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen und starken Problemen mit dem eigenen Selbstwertgefühl.⁸²

Für eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung gibt es wertvolle Tipps, die auch den Kindern psychisch kranker Eltern den Umgang mit der Erkrankung erleichtern. Es ist für die Kinder beispielsweise sehr positiv, wenn sie mit ihren Eltern über die Erkrankung reden können. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Eltern gegenüber den Kindern ehrlich sind und ihnen zuhören. Nicht nur wenn sie über die Erkrankung reden wollen. Für die Kinder ist es wichtig, auch über alltägliche Sorgen und Nöte reden zu können. Erst dadurch bekommen sie das Gefühl wichtig zu sein. Besondere Faktoren für eine positive Eltern-Kind-Beziehung sind alltägliche Zärtlichkeiten und Zuwendungen. Mit einer Umarmung und einem liebevollen Lächeln ist schon viel geholfen.⁸³

2.2.2. Protektive Faktoren

„Rund 90% der Kinder von Eltern mit schweren psychiatrischen Erkrankungen bleiben in ihrem späteren Leben gesund“⁸⁴. Demnach gibt es genügend Kinder, denen trotz der vielfachen Risiken und der durch die psychische Erkrankung ihrer Eltern belastenden Lebenssituation eine positive Entwicklung möglich ist. Doch was beeinflusst, ob ein Kind sich trotz weniger guten Grundvoraussetzungen positiv entwickelt? Dies wird auf das Vorhandensein von Protektiven Faktoren zurückgeführt. Diese können im Kind selbst angelegt sein, oder aus dem sozialen Umfeld kommen. Protektive Faktoren sind geeignet den Einfluß von Risikofaktoren abzuschwächen, und ohne gravierende Auswirkungen für die Kinder zu halten.⁸⁵ Protektive Faktoren liegen in der Persönlichkeit des Kindes und

⁸² Vgl. Groenewold, 2002

⁸³ Vgl. Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen, 2001, zitiert nach Lisofsky, 2004,

⁸⁴ Vgl. Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 190

⁸⁵ Vgl. Lazarus, 2003, S. 23

können beispielsweise ein aktives und kontaktfreudiges Temperament, hohe Intelligenz, gute schulische Leistungen sowie das Gefühl, die Kontrolle zu behalten, sein. Aus dem sozialen Umfeld wirken folgende protektive Faktoren positiv auf das Kind:⁸⁶

- kontinuierliche, dauerhafte und emotional gute Bindung oder Beziehung zu einer festen Bezugsperson;
- das gesunde Elternteil ist in der Lage, eine kompensatorische Rolle zu übernehmen;
- gute soziale Förderung;
- ein günstiger sozialer Status;⁸⁷
- das Wissen der Kinder, dass die Eltern krank sind und sie nicht die Schuld bei sich suchen müssen;
- eine stabile und sichere Umgebung;
- das Wissen der Kinder, dass sie von erkrankten Elternteil geliebt werden;
- Freunde der Kinder.⁸⁸

Für die Kinder ist es besonders gut, wenn sie eine zusätzliche Bezugsperson haben, die ihnen bei Ausfall der primären Bezugsperson die notwendige Unterstützung gewährleistet. Die Unterstützung kann unterschiedliche Formen annehmen. Emotionale Unterstützung in Form von Zuwendung, Verständnis, Umarmungen und Zuhören, oder alltagspraktische Unterstützung in Form von konkreten Hilfestellungen, wie die Zubereitung von Essen oder Hausaufgabenhilfe.⁸⁹

Ein wichtiger unterstützender Faktor für die Kinder, um einer psychiatrischen Störung vorzubeugen, ist ein ausreichender Informationsstand. Nur wenige Kinder psychisch kranker Eltern sind ausreichend über die Erkrankung ihrer Eltern informiert. Doch gerade durch umfassende Informationsvermittlung sind die Kinder in der Lage, besser mit der elterlichen Erkrankung umzugehen. Wenn sie die Ausmaße der Krankheit kennen und das krankheitsbedingte Verhalten besser einschätzen können, ist es für die Kinder eher möglich, das Verhalten der Eltern zu verstehen und einzuordnen. Dabei ist es für die Kinder auch eine enorme Entlastung, wenn sie die Gründe für das elterliche Tun nicht mehr in ihrem eigenen Verhalten suchen müssen und somit auch keine Schuldgefühle mehr zu entwickeln brauchen. Wenn die Kinder die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung kennen, schaffen sie es auch leichter, sich vom krankheitsbedingten

⁸⁶ Vgl. Wagenblass, 2001, S. 3

⁸⁷ Die ersten vier Nennungen, vgl. Wagenblass, 2001, S. 3

⁸⁸ Die letzten vier Nennungen, vgl. Internetquelle Nr. 3

⁸⁹ Vgl. Wagenblass, 2001, S.3

Verhalten der Eltern zu distanzieren. Sie lassen sich dann auch nicht so leicht in das Erleben von Wahn – und Zwangsgedanken mit einbeziehen.

Für die Kinder bedeutet es auch eine unheimliche Erleichterung, wenn sie erkennen, dass es noch mehr Kinder psychisch kranker Eltern gibt und sie mit ihrem Problembündel nicht allein sind. Deshalb sind Kindergruppen und Treffen für Kinder dieser Eltern, in denen der Austausch untereinander möglich ist, sehr entlastend für die Kinder.

Ein weiteres protektives Element für die Kinder ist es, wenn sie die Chance haben an einem normalen Familienleben teilzuhaben. Entweder in den gesunden Phasen des psychisch kranken Elternteils, oder in einer befreundeten Familie. Die Kinder brauchen die Möglichkeit, unbeschwert Kind sein zu dürfen, ohne dabei ständig Angst im Hinterkopf zu spüren und die Verantwortung zu tragen. Das Gefühl geliebt zu werden, ist für die Kinder von entscheidender Bedeutung und somit ein grundlegender protektiver Faktor. Dieses Gefühl macht das Kind stark, festigt seine Persönlichkeit und gibt ihm eine positive Grundstimmung.⁹⁰

⁹⁰ Vgl. Internetquelle Nr. 3

3. Vorstellung von Hilfsmöglichkeiten in Baden – Württemberg

Susanne Heim bezeichnet die Kinder psychisch Kranker nicht ohne Grund als blindern Fleck in der Angehörigenarbeit der Psychiatrie.⁹¹ Es gibt tatsächlich nur sehr wenig Hilfsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern in der Bundesrepublik Deutschland. Leider ist Baden-Württemberg hier keine Ausnahme. Obwohl dort schon Hilfsmodellprojekte entwickelt und durchgeführt wurden, konnten viele Modellprojekte nach der vorgesehenen Modellphase nicht oder nur eingeschränkt fortgeführt werden. Dafür gibt es vor allem finanzielle Gründe. Die Hilfsprojekte in Baden-Württemberg konnten aber schon wertvolle Erfahrungen sammeln. Sie leisteten durch ihre Öffentlichkeitsarbeit auch einen wichtigen Beitrag, um die Problematik der Kinder psychisch Kranker in das Bewußtsein der Gesellschaft und der Fachleute zu bringen, und so das Verständnis für die Problematik der Kinder zu stärken.

In diesem Kapitel werde ich die bereits beendeten und die noch bestehenden Hilfsmöglichkeiten, sowie Hilfsprojekte in der Planungsphase für Kinder psychisch kranker Eltern in Baden – Württemberg vorstellen. Außerdem werde ich Hilfsmöglichkeiten aufzeigen, die nicht speziell auf die Problematik der Kinder psychisch kranker Eltern zugeschnitten sind.

3.1. Abgeschlossene Projekte

Es gibt in Baden–Württemberg bereits abgeschlossene Hilfsprojekte, die aufgrund fehlender finanzielle Mittel, nach Ablauf der festgelegten Modellphase, zur Beendigung führten. Glücklicherweise konnten aber immer wichtige Aspekte und Erfahrungen in den weiteren Berufsalltag und in das Bewusstsein der Gesellschaft eingebracht werden. Das Kinderprojekt Aurn, das 1995 als erstes Kinderprojekt für Baden–Württemberg in Freiburg realisiert wurde, existiert nach der Projektbeendigung in Freiburg, seit 2000 in ähnlicher Form in Frankfurt. In der Praxis zeigte sich, dass nachfolgende Projekte häufig von den Vorerfahrungen der abgeschlossenen Projekte profitieren können.

⁹¹ Vgl. Heim, 2001, S.73

3.1.1. Kinderprojekt Auryn in Freiburg

Im Jahre 1993 bildete sich eine Projektgruppe, bestehend aus Ärzten/-innen, Psychologen/-innen und Sozialarbeitern/-innen der Universitätsklinik Freiburg, die sich der Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern bewußt waren und eine erste Konzeption erarbeiteten. Bereits 1994 waren die finanziellen und räumlichen Voraussetzungen für die Realisierung des Projektes im Jahre 1995 geschaffen. Der Träger dieses bislang einmaligen Pilotprojektes zur Prävention psychischer Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern wurde der gemeinnützige „Verein zur sozialpsychiatrischen Unterstützung psychisch Kranker e. V.“⁹² in Freiburg.

Das übergeordnete Ziel der Konzeption war die Vorbeugung psychischer Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Daraus ergaben sich folgende Grobziele:

- gesunde Identitätsentwicklung als Kind psychisch kranker Eltern;
- kindgerechte Informationsvermittlung über psychische Krankheiten;
- Hilfe bei der Bewältigung und zur Stabilisierung des Lebensalltages;
- Ermöglichen eines im strukturierten Rahmen unbeschwerten „Kindseins“;
- Milderung des Gefühls ein Einzelschicksal zu erleiden, durch den Kontakt zu anderen betroffenen Kindern;
- Unterstützung beim Aufbau eines sozialen Netzes für die Familie und der Kinder;
- Stärkung der gesunden interne Kräfte der Familie;
- schnelle undogmatische Hilfe in Krisensituationen.

Zielgruppe waren alle Familien mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteil/en im Einzugsgebiet der Stadt Freiburg und den angrenzenden Landkreisen.

Viele Familien wurden über psychiatrische Facheinrichtungen und sozialpsychiatrische Dienste an Auryn weiter vermittelt. Andere Zugangswege waren vor allem die Beratungsstelle, Jugendämter und Hausärzte. Es gab aber auch Familien und Angehörige, die direkt zu Auryn Kontakt aufnahmen.

⁹² Leidner, 1999, S. 3

Das Hauptaugenmerk lag bei dem Modellprojekt auf der Arbeit mit den betroffenen Kindern. Die Einzelziele in der Arbeit mit den Kindern psychisch kranker Eltern waren folgende:

- die Kinder in ihrer situativen emotionalen Wahrnehmung stärken;
- die Kinder dazu ermutigen, ihre eigenen Gefühle zu erleben und auszudrücken;
- den Kindern Vertrauen und Sicherheit geben;
- die Kinder von Schuldgefühlen entlasten;
- die Aufhebung der Parentifizierung;
- Durchführung von Freizeitaktivitäten um den Kindern Unbeschwertheit zu ermöglichen;
- das Selbstvertrauen der Kinder stärken;
- die Eigenständigkeit der Kinder fördern
- ressourcenorientiert die Fähigkeiten und Stärken der Kinder fördern.

Um diese Einzelziele zu verwirklichen, wurde den betroffenen Kindern eine ambulante Präventionsgruppe angeboten. Ziel war es dabei, die Kinder in ihrem gewohnten Umfeld zu lassen, ihnen aber trotzdem ein Unterstützungsangebot zu machen. Die Kinder psychisch kranker Eltern hatten die Möglichkeit einmal wöchentlich an einer themenzentrierten Kindergruppe teilzunehmen.

Die Kinder wurden je nach ihrem Alter in Kindergruppen eingeteilt, wobei mindestens vier und höchstens sechs Kinder in einer Gruppe waren. Eine gebildete Kindergruppe blieb über die gemeinsame Zeitdauer von 16 bis 18 Treffen in der gleichen Konstellation bestehen. Dies hatte gruppendynamische Gründe und außerdem gab es für jede Gruppe ein speziell zusammengestelltes Programm.

In der ersten Gruppenstunde hatten die Kinder die Möglichkeit, sich erstmal kennen zu lernen. In den folgenden Gruppenstunden setzten sie sich mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten auseinander. Diese Themenschwerpunkte bildeten den Hauptteil der Gruppenarbeit. Diese waren unter anderem die eigene Identität, Familie, Gefühle und Wünsche, aber auch soziale Kompetenz und psychische Krankheit.

Für die Kinder und Jugendlichen, für die eine Kindergruppe nicht das geeignete Angebot war, wurde das Angebot der Kurzberatung in Einzelgesprächen geschaffen. In diesen ein bis drei Gesprächen mit einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin konnten die betroffenen Kinder und Jugendlichen ebenso Informationen über die psychischen

Erkrankungen erhalten, wie über schwierige Situationen und Probleme sprechen und nach eventuellen Hilfsmöglichkeiten suchen.

Für Kinder und Jugendliche, denen die Kindergruppe nicht ausreichte, da sie darüber hinaus noch mehr Zuwendung, Aufmerksamkeit und Begleitung benötigten, gab es als zusätzliches Angebot noch die Kurzzeitbetreuung. Solche Kinder fielen in den Kindergruppen beispielsweise durch emotionale Unsicherheit, Verlust der Impulskontrolle oder Aggressivität auf. Deshalb wurde diesen Kindern ein intensiveres Beziehungsangebot unterbreitet. Sie konnten dann in diesem Setting ihre tiefer liegenden Konflikte und Probleme therapeutisch bearbeiten.

Eine weitere wichtige Aufgabe des Modellprojektes war die Elternarbeit, da der Weg zu den Kindern führt häufig über die Eltern. Deshalb war eine gute und vertrauensvolle Beziehung zu den Eltern von Anfang an unerlässlich. In der Elternarbeit gab es folgende Einzelziele:

- die Bereitschaft und das Interesse der Eltern wecken und stärken;
- die Eltern von Schuldgefühlen und Versagensängsten entlasten;
- die Kommunikationsstruktur innerhalb der Familie verbessern;
- den Eltern die Lebenssituation der Kinder verdeutlichen;
- den Eltern einen Einblick in die Projektarbeit ermöglichen;
- den Eltern Anregung für alternatives Erziehungsverhalten geben;
- die Möglichkeit für die Eltern bieten, untereinander in Kontakt zu kommen und sich auszutauschen;
- den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung als Basis für effektive Krisenintervention;
- schnelle und flexible Hilfe in Krisensituationen.

In der Elternarbeit fand zunächst das Erstgespräch, meist unter vier Augen oder auch im Beisein von einer Ärztin, einem Arzt, einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter statt. Wichtigste Voraussetzung war dabei immer, dass sich die Eltern in dem gewählten Rahmen wohl fühlten. Im Erstgespräch wurden die Eltern ausführlich informiert und noch offene Fragen geklärt um die Hemmschwelle für die Teilnahme am Projekt, herabzusetzen.

Hatte sich die Familie für das Präventionsprojekt entschieden, fand vor der Teilnahme an der Kindergruppe ein ausführliches Anamnesegespräch statt. Darin wurden die Eltern

unter anderem nach soziodemographischen Daten zu ihrer Paarbeziehung, zur Krankheitsgeschichte des psychisch kranken Elternteils, zur äußeren Erscheinungsform der Erkrankung und dem was das Kind davon miterlebt hatte, befragt.

Die Eltern wurden umfassend über den Aufbau und den Inhalt der Kindergruppe informiert. Sie bekamen auch die Möglichkeit, sich mit Fragen oder evtl. entstehenden Schwierigkeiten, jederzeit an die Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeiter zu wenden.

Im Fokus der Arbeit standen aber immer die Kinder. Eine zusätzliche therapeutische Betreuung der Eltern war nicht Inhalt der Konzeption. Die Mitarbeiter/-innen des Projekts waren aber bei der Suche nach geeigneten Hilfsmöglichkeiten unterstützend tätig. Um die Eltern in das Geschehen in den Kindergruppen mit einzubeziehen, fanden auch Elternabende statt. In einem Elternabend bestand die Möglichkeit für die Eltern, sehr persönliche Fragen zu stellen und auch sehr persönliche Angelegenheiten zur Sprache zu bringen. Nach Ablauf der Kindergruppe fand mit den Eltern ein Abschlussgespräch statt, in dem ihnen von der Leiterin oder dem Leiter der Kindergruppe die Entwicklung des Kindes innerhalb der Gruppe reflektiert wurde. Das Abschlussgespräch konnte auch für die Besprechung weiterer möglicher und nötiger Schritte für das Kind genutzt werden. Zusätzlich wurde neben den Gesprächsmöglichkeiten für die Eltern auch Treffen für betroffene Familien in ungezwungener Atmosphäre organisiert. Solche Anlässe boten den Eltern die Möglichkeit, locker miteinander ins Gespräch zu kommen und sich untereinander über ihre Erkrankung und den damit zusammenhängenden Schwierigkeiten in der Erziehung auszutauschen.

Sehr wichtig für das Modellprojekt Aurnyn war es, bekannt zu werden. Ziel war es daher, eine gute Kooperation mit möglichst vielen Fachrichtungen aufzubauen und eine intensive Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Die Mitarbeiter/-innen stellten sich zu diesem Zweck in vielen Einrichtungen persönlich vor.

Für die kritische Begleitung des Kinderprojektes Aurnyn wurde mit Beginn des Projektes eine Projekt-Begleitgruppe eingerichtet. An der Begleitgruppe waren neben dem Projektträger, dem Verein zur sozialpsychiatrischen Unterstützung psychisch Kranker e.V., die angrenzenden Jugendämter beteiligt.

Die Finanzierung des auf drei Jahre angelegten Modellprojektes funktionierte über Mittel des Landeswohlfahrtsverbandes Baden, der Aktion Sorgenkind e.V. und der Stiftung für Kinder. Die Finanzierung wurde durch eine Vielzahl von Spenden ergänzt.⁹³

⁹³ Das gesamte Kapitel, vgl. Landeswohlfahrtsverband Baden, 1999, S. 2 - 15

3.1.2. Kinderprojekt Mannheim

Das Konzept für das Kinderprojekt Mannheim entstand aus dem seit 1995 bestehenden „Arbeitskreis in Mannheim für Kinder psychisch kranker Eltern“⁹⁴. Dieser Arbeitskreis setzte sich zum Ziel, das Bewusstsein für die Kinder psychisch kranker Eltern im sozialen Hilfesystem zu verstärken und die Kooperation zwischen den einzelnen Institutionen zu verbessern, um so bessere Interventionsmöglichkeiten für betroffenen Kinder zu schaffen. Das Kinderprojekt Mannheim wollte ein präventives und familienorientiertes Angebot sein, das integrierte Hilfen aus dem Bereich der Jugendhilfe und der Psychiatrie zusammenführte, um so die Lebenssituation von Kindern mit psychisch kranken Eltern zu verbessern und dadurch auch psychischen Störungen der Kinder vorzubeugen.

Das besondere an diesem Projekt war, dass zwei schon existierende Dienste, nämlich der Sozialpsychiatrische Dienst und die Psychologische Beratungsstelle der Evangelischen Kirche durch eine zusätzliche gemeinsame halbe Stelle zusammengeführt wurden. So gab es eine Mitarbeiterin aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst und einen Mitarbeiter aus der Psychologischen Beratungsstelle. Ziel war es, nach Möglichkeit auch immer mit dem Sozialen Dienst des Jugendamtes zu kooperieren. Angesetzt wurde das Projekt auf zwei Jahre.

Die Projektkonzeption sah eine Abklärungsphase und eine Interventionsphase vor, die sich aus sechs Teilbereichen zusammensetzte:

1. Der erste Schritt war die Kontaktaufnahme und die Erhebung des Psychosozialen Befundes. In dieser Phase war es das Ziel, einen guten Kontakt zu den psychisch erkrankten Eltern aufzubauen, um so eine gute Basis für die Zusammenarbeit sicherzustellen. Wichtig waren in dieser Phase auch die Ziele und Methoden des Projektes vorzustellen und den Eltern ihren Anspruch auf Unterstützung für sich und ihre Familien zu verdeutlichen. Methodisch wurden diese Ziele mit Hilfe einer Psychosozialen Checkliste umgesetzt, um wichtige Aspekte einer Familie abzuklären. Durch den Projektmitarbeiter der Psychologischen Beratungsstelle wurde dabei auch der psychosoziale Entwicklungsstand des Kindes eingeschätzt.
2. Der nächste Schritt ist die fallbezogene Vernetzungsarbeit, in der die Ermittlung des Hilfebedarfs für die Familie und dessen Umsetzung das Ziel waren. Dafür wurde nach

⁹⁴ Diakonisches Werk, 2001, S. 1

der Erhebung des psychosozialen Befundes für die Familie zusammen mit dem zuständigen Jugendamtsmitarbeiter eine Fallbesprechung durchgeführt. In dieser Besprechung wurde ein gemeinsames Unterstützungskonzept erarbeitet.

3. Ein weiterer wichtiger Punkt in der Projektarbeit war die fallübergreifende Vernetzungsarbeit. Hier war es das Ziel, Strukturen für systematische Kooperationsformen zu schaffen, um die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Jugendhilfe und psychiatrischen Diensten zu verbessern. Dabei war es auch sinnvoll, Informationen über psychiatrische Erkrankungen zu vermitteln und deren Bedeutung für das Familiensystem darzulegen. Um diese Punkte zu gewährleisten, wurde ein „Kooperationsfahrplan“ erstellt, der allen Kooperationspartnern eine Orientierung für das konkrete Vorgehen nach Eintritt einer Familie in das Kooperationssystem bieten sollte. Zusätzlich fanden Fallkonferenzen, Öffentlichkeitsarbeit und Informationsvermittlungen in den an der Vernetzung beteiligten Bereichen statt.
4. Ein weiterer Teilbereich war die Arbeit mit Kindern, deren Ziele mit Hilfe von Einzel- und Gruppenangeboten umgesetzt wurden. Diese Ziele waren folgende:
 - den Kindern in einer vertrauensvollen Atmosphäre Unbeschwertheit zu ermöglichen;
 - ressourcenorientiert Arbeiten und vorhandene Stärken der Kinder fördern;
 - den Kindern geeignete Strategien zur Alltagsbewältigung aufzeigen;
 - den Kindern altersgerechte Informationen über die psychische Erkrankung ihrer Eltern vermitteln;
 - die Kinder von Schuldgefühlen und der meist großen Verantwortung entlasten,
 - unterstützend wirken bei der Inanspruchnahme und Vermittlung von Jugendhilfeeinrichtungen.
5. Um die Ziele in der Arbeit mit den Kindern umzusetzen, war auch die Elternarbeit ein wichtiger Teilschritt. Inhalte in der Arbeit mit Eltern waren, ihnen konkrete Hilfsangebote vorzustellen und sie auch zur Inanspruchnahme dieser zu befähigen. Besonders wichtig war dabei außerdem die Eltern von vorhandenen Schuldgefühlen zu entlasten und ihre Stärken und Fähigkeiten hervorzuheben. Dazu gehört auch ihr Erziehungsverhalten zu reflektieren und sie dabei zu unterstützen, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu verstehen. Bei der Elternarbeit war es ein weiteres Ziel, den Eltern

Austauschmöglichkeiten mit anderen betroffenen Eltern anzubieten. Die Umsetzung der Ziele in der Elternarbeit erfolgte im Einzel- und im Gruppensetting.

6. Der letzte Teilbereich in der Projektarbeit war die Arbeit mit den Familien. Dabei war die Entwicklung einer positiven Familienidentität, neben der Verstärkung von gelungenem familiären Zusammenleben und der Erhöhung der Kommunikationsfähigkeit innerhalb der Familie das wichtigste Ziel. Zur Erreichung dieser Ziele wurden Familiengespräche durchgeführt.

Die Projektarbeit wurde von einer Begleitgruppe und zusätzlich noch von einer Projektbegleitgruppe durch fachliche und kritische Reflexion unterstützt.

In der Begleitgruppe waren Vertreter des Landesjugendamtes des Wohlfahrtsverbandes Badens, des Diakonischen Werkes Mannheim, des Jugendamtes der Stadt Mannheim sowie Vertreter der Psychologischen Beratungsstelle der Evangelischen Kirche in Mannheim, des Sozialpsychiatrischen Dienstes Mannheim und des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim.

Zusätzlich gab es eine erweiterte Projektbegleitgruppe in der, neben den in der Begleitgruppe genannten Personen auch Vertreter des Sozialministeriums Baden – Württemberg, des Sozialamtes Mannheim, des Diakonischen Werkes Baden und des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden beteiligt waren. Der Projektinitiator war das Diakonische Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden e.V., Karlsruhe. Der Projektträger war der Diakonieverein im Diakonischen Werk Mannheim e.V.. Finanziert wurde das Projekt durch das Landesjugendamt des Landeswohlfahrtsverbandes Baden, das Sozialamt Mannheim, durch die das Sozialministerium Baden-Württemberg, das Diakonische Werk und das Diakonische Werk Mannheim.⁹⁵

⁹⁵ Gesamtes Kapitel, vgl. Diakonisches Werk Mannheim, 2001, S. 1 – 8, in Internetquelle Nr. 8

3.2. Bestehende Hilfen

Es ist ein mühsamer Weg, bestehende Hilfen in Baden-Württemberg zu finden, denn es gibt leider nur sehr wenige Hilfsmöglichkeiten. Diese Einrichtungen, die sich der Problematik Kinder psychisch kranker bewusst sind, sich engagiert dem Problem annehmen und so die Kinder psychisch kranker Eltern immer mehr ins Blickfeld der Gesellschaft und professioneller Helfer rücken, möchte ich im folgenden vorstellen.

3.2.1. Eltern – Kind Behandlung im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden

Seit 1999 gibt es im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden die Eltern – Kind –Behandlung. Denn wenn eine Mutter eine psychiatrische Krankenhausbehandlung braucht, kann es hilfreich sein, wenn ihr Kind mit in die Klinik aufgenommen wird. Dadurch kann eine belastende Trennung verhindert und einer Beziehungsstörung zwischen Mutter und Kind vorgebeugt werden. Im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden werden Mutter – Kind – Behandlungen in zwei Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, sowie in einer Abteilung für Suchttherapie durchgeführt.⁹⁶

Die Auftretenswahrscheinlichkeit für psychische Erkrankungen steigt für Frauen in den ersten Wochen und Monaten nach der Geburt erheblich an.⁹⁷ „Ca. 10 bis 20 Prozent aller Mütter erkranken nach der Geburt eines Kindes an einer Depression“⁹⁸. Es können aber auch andere psychische Erkrankungen auftreten, wie z.B. Wochenbettpsychosen. Ebenso können sich seelische Störungen durch die Belastung der Mutterschaft verstärken.⁹⁹ Gleichzeitig kann auch die Vaterschaft die Entstehung einer psychischen Erkrankung, bedingt durch die Geburt des Kindes, begünstigen.¹⁰⁰

Es ist wichtig die Bindung zwischen Mutter und Kind zu erhalten und zu fördern. Denn die Qualität der frühen Beziehung kann erhebliche Auswirkungen auf die psychosoziale Ent-

⁹⁶ Vgl. Internetquelle Nr. 5

⁹⁷ Vgl. Kilian et. al., 2003, S. 779

⁹⁸ Internetquelle Nr. 5

⁹⁹ Vgl. Internetquelle Nr. 5

¹⁰⁰ Vgl. Benvenuti et. al., zitiert nach Kilian et. al., 2003, S. 779

wicklung des Kindes haben. Die Bedeutung der frühen Beziehung zwischen Mutter und Kind begründet deren gemeinsame Aufnahme.¹⁰¹

Laut verschiedener Studien sind 87% der psychotischen Mütter nach einer Mutter-Kind-Behandlung wieder in der Lage, ihre Kinder adäquat zu versorgen, im Gegensatz zu 31 Prozent der Mütter, die ohne ihr Neugeborenes in stationärer Behandlung waren.

Bei der Mutter-Kind-Behandlung geht es nicht nur darum, den erkrankten Müttern eine stationäre Behandlung zu ermöglichen, ohne dabei einen Beziehungsabbruch zu gefährden, sondern gleichzeitig auch die spezielle Situation der sich ergebenden Problemstellung des Elternseins als therapeutische Möglichkeit zu nutzen. In einer Eltern-Kind-Behandlung wurden mehr Verlaufsschwankungen beobachtet als in der Regelbehandlung. Eine beginnende Krise wurde besonders bei jungen Müttern unmittelbar durch die schlechtere Versorgung der Kinder deutlich. Gleichzeitig konnten die Schwankungen auch als Reaktion auf spezielle Belastungssituationen erkannt werden. Wenn z. B. die Mutter des Kindes wegen nur wenig schlafen konnte oder wenn es Streit zwischen den Ehepartnern über den Aufenthaltsort des Kindes/der Kinder gab.¹⁰²

Selbstverständlich kann auch in einem anderen Zeitabschnitt im Eltern-Kind-Leben, eine stationäre Behandlung der Mutter notwendig sein. Dabei kann es auch für Kinder, die das 1. Lebensjahr überschritten haben, empfehlenswert sein, im Rahmen einer Eltern-Kind-Behandlung stationär mit aufgenommen zu werden.

Es ergeben sich dann, abhängig von dem Alter des Kindes, unterschiedliche Frage- und Aufgabenstellungen. Bei Vorschulkindern geht die Betreuung auf Station häufig über die reine Mitaufnahme hinaus. In diesem Alter sammeln die Kinder bereits eigene Erfahrungen und Eindrücke zur Station. Sie erleben auch den Zustand und die Befindlichkeit der Mutter. Deshalb können sie eine psychische Unterstützung gut gebrauchen, während bei Säuglingen nur die mittelbare Verpflegung im Vordergrund steht. Kinder im Schulalter sind nicht in gleicher Weise auf die Anwesenheit ihrer Mutter angewiesen. Selbstverständlich ist es für die Kinder trotzdem wichtig, in die Behandlung mit einbezogen zu werden. Man kann ihnen Unterstützung anbieten, beispielsweise durch die Teilnahme an Familiengesprächen, in denen dann die Auswirkung der Erkrankung auf die psychosoziale Situation besprochen werden kann. Im Vergleich zur Regelbehandlung ergeben sich bei einer Eltern-Kind-Aufnahme weitere besondere Situationen. Die Frage

¹⁰¹ Vgl. Hartmann, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 127

¹⁰² Vgl. Kilian et. al., 2003, S. 781

für das erkrankte Elternteil, wer sich während der notwendigen psychiatrischen Behandlung um das Kind kümmert, entfällt durch die Mitaufnahme. Gleichzeitig beeinflusst die Verantwortung für das Kind die Behandlung der Mutter. Die Eltern brauchen mehr Raum, Kraft und Zeit für die Versorgung ihrer Kinder, und haben dadurch auch weniger Zeit für die eigentliche Behandlung. Vom Belastungsgrad her ist eine Mitaufnahme des Kindes fast eine Zwischenstellung zwischen stationärem und ambulantem Setting.¹⁰³

Die praktischen Besonderheiten der Eltern-Kind-Behandlung sind folgende:

- Die sich in Behandlung befindlichen Mütter, vor allem wenn sie noch weitere Kinder daheim haben, drängen schneller auf Entlassung, als kinderlose Patientinnen.
- Die mit aufgenommenen Kindern verändern die gewohnten stationären Abläufe, häufig müssen auch Therapiestunden aufgrund der Kinder unterbrochen werden.
- Die Anwesenheit eines weiteren Familienmitglieds auf der Station führt dazu, dass die familiären Aspekte mehr Berücksichtigung in der Therapie finden.
- Das familiäre Umfeld wird dadurch verstärkt in die Therapie mit einbezogen. Durch das Vorhandensein eines Familienmitgliedes und somit eines Teils des natürlichen Umfeldes erleichtert sich der Transfer in den Alltag.

Bei bestimmten Symptomatiken, wie z.B. der Agoraphobie kann die Notwendigkeit des Spaziergangs mit dem Kleinkind als wichtiger Bestandteil des Alltagslebens gezielt in der Therapie eingesetzt werden.

Eine Eltern-Kind-Behandlung unterscheidet sich von den sonst üblichen Behandlungen auch dadurch, dass eine größere Sorgfalt auf die vorherige Abklärung der Möglichkeiten und Zuständigkeiten gelegt werden muss. Es muss klar definiert sein, wer in welcher Weise und zu welchem Zeitpunkt beispielsweise auch für das Kind zuständig ist. Dafür sind gezielte und genaue Absprachen, über das Ausmaß der Betreuungs- und Hilfsleistungen erforderlich.¹⁰⁴

Die Kinder und der Partner erfahren, auch wenn sie nicht direkt Patienten sind, durch das veränderte Setting eine größere Bedeutung innerhalb der Therapie als in der „klassischen“ psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlung. Deshalb ist innerhalb der psychotherapeutischen Behandlung ein systemisch-familientherapeutisches Konzept notwendig.

¹⁰³ Vgl. Kilian, 2001, S. 2f.

¹⁰⁴ Vgl. Kilian, 2001, S. 3

Eine systemische Familientherapie beruht auf der Arbeit mit einem Mehr-Personen-System und beinhaltet folgende Elemente: Kooperation, Transparenz, Ressourcen – und Lösungsorientiertheit. Die systemische Therapie eignet sich auch besonders, weil sie in der Arbeit mit schweren psychiatrischen Störungen entwickelt wurde. Gleichzeitig ist sie, je nach individuellem Bedarf, flexibel in der Arbeit mit Einzelpersonen, mit Paaren und Familien, mit Systemen, die sich mit einem konkreten Problem befassen, einsetzbar. Systemische Therapie verfügt am ehesten über das Inventar, mit der Problemkomplexität und Kontextabklärung auch in schwierigen Familienkonstellationen erfaßt werden können. Die systemische Familientherapie hat neben der Linderung der Symptomatik, auch immer eine Stärkung der elterlichen und persönlichen Ressourcen zum Ziel. Aufgrund dieser Überlegungen wird der Begriff Eltern-Kind-Behandlung verwendet, da innerhalb der Behandlung familientherapeutisch gearbeitet wird. Trotzdem sind es, laut statistischen Untersuchungen, fast ausschließlich Mütter, die in diesem Setting behandelt werden.¹⁰⁵ Weshalb im Text auch öfter der Begriff Mutter benützt wird.

Für die Eltern-Kind-Behandlung wurden folgende konzeptionelle Grundsätze zusammengefaßt:

- Die Mutter ist die Patientin, sie bekommt die Therapie. Voraussetzung für die Mitaufnahme des Kindes ist, dass die Patientin sich überwiegend alleine um ihr Kind kümmern kann.
- Die Mutter ist selbst für die Versorgung des Kindes zuständig, wenn sie die Versorgung des Kindes nicht mehr gewährleisten kann, z.B. im Falle einer kurzzeitigen Überlastungssituation oder einer Krisenintervention, geht die Verantwortung für das Kind automatisch an den Vater oder an andere zuverlässige Familienmitglieder über. Die Klinik übernimmt in kurzen Krisen und akuten Situationen die Verantwortung bis die Familie informiert ist.
- Die Mutter – Kind –Behandlung hat neben der Linderung der Symptomatik auch die Stärkung persönlicher und elterlicher Ressourcen zum Ziel.¹⁰⁶
- Das Kind erhält trotz seines Status als Gast, jeden Tag 3 ½ Stunden ergotherapeutische geleitete Kinderbetreuung.¹⁰⁷
- Eine erfolgreiche Therapie für die Mutter bedeutet immer auch Hilfe für das Kind.

¹⁰⁵ Vgl. Kilian et. al., 2003, S. 780

¹⁰⁶ Die ersten drei Nennungen, vgl. Kilian, 2001, S. 5

¹⁰⁷ Vgl. Kilian et. al., 2003, S. 780

- Vor jeder Eltern–Kind–Behandlung sollten in einem ausführlichen Vorgespräch die Erwartungen des Patienten abgeklärt werden.
- Die Behandlung erfolgt durch eine systemische–familietherapeutische Vorgehensweise um Fragen, wie die Abklärung von Rollen, Zuständigkeiten und Erwartungen, sowie die Berücksichtigung der Belange und der jeweiligen Beziehung aller Familienmitglieder untereinander, zu klären.¹⁰⁸

Trotz der bisher guten Erfahrungen und der Notwendigkeit eines bundesweiten Standard an Eltern-Kind-Behandlungen sind die Kostenträger in der Regel nach wie vor nicht bereit, zusätzliche Kosten zu übernehmen.¹⁰⁹

3.2.3 „KipkE“

„KipkE“ entstand aus dem Bürgerkreis Sinsheim heraus. Ziel war es, ein Projekt zur Unterstützung und Entlastung von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit psychischer Erkrankung zu entwickeln. Das Projekt wurde im Herbst 2003 nach ca. dreijähriger Laufzeit beendet.¹¹⁰ Das Projekt hatte folgende Angebote:

- Unterstützung durch Einzel– und Familienberatung, Gruppenarbeit und Gruppenangebote.
- Entlastung durch altersangemessene Aufklärung der Kinder über psychische Erkrankungen.
- Weiterleitende Angebote durch Nutzung der regional vorhandenen Einrichtungen, um den Betroffenen individuelle Hilfen zugänglich zu machen.¹¹¹

Für Kinder von 5 bis 15 Jahren gab es noch ein besonderes Angebot: die Spielpädagogischen Kindergruppen. Innerhalb dieser Kindergruppen sollte ein beständiger Rahmen und ein geschützter Raum geschaffen werden, um es den Kindern zu

¹⁰⁸ Die letzten drei Nennungen, vgl. Kilian, 2001, S. 5

¹⁰⁹ Vgl. Kilian et. al., 2003, S. 783

¹¹⁰ Vgl. Anlage Nr. 4

¹¹¹ Alle Nennungen, vgl. Anlage Nr. 5

ermöglichen, Fragen zu stellen und Befürchtungen und unverarbeitete Gefühle in Bezug auf die psychische Erkrankung ihres Elternteils, zu verbalisieren.¹¹²

Nach der Beendigung des Projektes „KipkE“ konnten wichtige Inhalte des Projektes weitergeführt werden. „Das Projekt KipkE wird beendet – KipkE geht weiter!“¹¹³

Erhalten bleibt:

- Die wöchentlich durchgeführte Mädchengruppe mit dem Versuch, die Mädchen an einer Homepage zu beteiligen. Der Bürgerkreis Sinsheim hofft, auf diesem Weg noch mehr Jugendliche und junge Erwachsenen zu erreichen, die ein psychisch erkranktes Elternteil haben, und die aufgrund dieser Belastung isoliert leben.
- Außerdem soll weiterhin einmal wöchentlich eine KipkE – Sprechstunde erhalten werden. Zusätzlich stehen der Sozialpsychiatrische Dienst und die Sozialpädagogische Familienhilfe weiterhin für alle Fragen im Zusammenhang mit Kinder psychisch kranker Eltern zur Verfügung.
- Die professionellen Familienhelferinnen profitieren von der Erfahrung der Projektmitarbeiterin aus der KipkE – Projektzeit. Dadurch sind die professionellen Helferinnen, im Umgang, mit Kindern aus diesen Familien, ausreichend sensibilisiert.
- Die Öffentlichkeitsarbeit muß stark reduziert werden, trotzdem finden weiterhin Informationsveranstaltungen, Schulprojekte und Ausstellungen zum Thema: „Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern“ statt. Ferner bleibt die Mitarbeit im Heidelberger „Forum: Kinder psychisch kranker Eltern“ weiterhin bestehen.¹¹⁴

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern ist die Weiterführung von Schulprojekten. Ziel des Schulprojektes ist es, die beständige Diskriminierung psychisch Kranker öffentlich zu machen um so Respekt vor dem „Anderssein“ zu bewirken.

Der Bürgerkreis will den Schülern innerhalb des Projektes die Möglichkeit geben, sich ganzheitlich mit psychischer Krankheit auseinander zu setzen und positive Lernerfahrungen im Umgang mit psychischer Erkrankung zu vermitteln. Dadurch bekommen die Schüler die Möglichkeit, eigene Vorurteile und Vorbehalte festzustellen, zu überprüfen und besser zu verstehen. Die Schüler bekommen innerhalb des Schulprojektes die Chance, Offenheit, Fairness und Verständnis zu entwickeln. Dadurch

¹¹² Vgl. Anlage Nr. 5

¹¹³ Anlage Nr. 4

können sie ihre sozialen Kompetenzen erweitern. Das Schulprojekt findet hauptsächlich in den Klassen sechs und sieben der Realschule in Sinsheim statt.¹¹⁵

3.3 Hilfsprojekte in der Planungsphase

Erst im späten Verlauf meiner Diplomarbeit bin ich über Umwege auch auf sich neu entwickelnde Hilfsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern gestoßen. Vereinzelt schließen sich Arbeitskreise zusammen, die sich der Probleme und Schwierigkeiten annehmen. Dieses neu geschaffene Bewußtsein innerhalb professioneller Institutionen ist mit der Verdienst von schon bestehenden Projekten, die sich immer stärker in der Öffentlichkeit präsentieren.

3.3.1. Projekt zur Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern

Dieses Projekt wurde nach einer kurzen Vorbereitungszeit für den Stadt- und Landkreis Heilbronn geschaffen. Begonnen hat das neue Projekt über den Psychiatrie-Arbeitskreis. Innerhalb dieses Psychiatrie-Arbeitskreises kam die Idee, den Hilfebedarf für Kinder psychisch kranker Eltern zu prüfen. Diese Anfrage ging an den seit 2003 existierenden Arbeitskreis „Kinder psychisch Kranker.“ Aus diesem Arbeitskreis bildete sich die Vorbereitungsgruppe, die sich intensiv mit der Konzeptplanung auseinander setzte.¹¹⁶ Das Projekt zur Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern sieht unterschiedliche Angebote vor. Das Konzept der Patenfamilie und das Konzept des Gruppenangebotes. Das Konzept der Patenfamilie richtet sich ursprünglich an Kinder bis zu ihrem zehnten Lebensjahr, das Konzept des Gruppenangebotes richtet sich an alle Kinder psychisch kranker Eltern ab 10 Jahren.

¹¹⁴ Alle Nennungen, vgl. Anlage Nr. 5

¹¹⁵ Vgl. Anlage Nr. 6

¹¹⁶ Vgl. Anlage Nr. 1

Als Ziele sind für beide Konzepte dieselben formuliert:¹¹⁷

- Erlernen des förderlichen Umgangs mit der psychischen Erkrankung der Eltern.
- Das bestehende Erkrankungsrisiko für die Kinder zu verringern.
- Folge- und Langzeitschäden für die Kinder möglichst zu verhindern.
- Das Funktionieren der Familien stärken, und dadurch das Trennungsrisiko der Familien verringern.
- Die Verbesserung des Kontaktes zwischen den Kinder und ihren erkrankten Eltern.
- Durch Verhindern einer Fremdunterbringung der Kinder die Kooperation von vorhandenen Strukturen zu verbessern.¹¹⁸

Das Konzept der Kindergruppen wird in diesem Projekt erst einmal zurückgestellt¹¹⁹, deswegen werde ich mich in meinen Ausführungen auf das Konzept der Patenfamilien beschränken.

Das Projekt der Patenfamilie begann offiziell im Mai 2004. Seit diesem Zeitpunkt wird eine halbe Stelle über die Aktion „Menschen in Not“ von der „Heilbronner Stimme“ finanziert. Die Vorbereitungen für dieses Projekt laufen aber schon länger. Sie liefen hauptsächlich auf ehrenamtlicher Basis.¹²⁰

Das Ziel des Patenschaftsprojektes ist, die Stabilisierung und die Stärkung der Kleinfamilie um Fremdplatzierungen zu vermeiden. Die Zielgruppen sind Kinder unter zehn Jahren, deren Eltern an einer endogenen Psychose oder einer schweren Persönlichkeitsstörung leiden. Das Angebot beinhaltet die Vermittlung von Patenfamilien an eine Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Das bedeutet, dass Patenfamilien gesucht und geschult werden. Die Patenfamilien sollen den Kindern Unterstützung bieten und als zusätzliche Anlaufstelle für sie fungieren.¹²¹ Die Patenfamilie bietet den Kindern folgendes:

- eine Anlaufstelle bei familiären Problemen;
- sie eröffnet die Möglichkeit für gegenseitige Besuche;
- sie ermöglicht den betroffenen Kindern Kontakt zu anderen Kindern;

¹¹⁷ Vgl. Anlage Nr. 7, S. 2

¹¹⁸ Alle Nennungen, vgl. Anlage Nr. 7 S. 2

¹¹⁹ Vgl. Anlage Nr. 1

¹²⁰ Vgl. Anlage Nr. 1

¹²¹ Vgl. Anlage Nr. 7

- in der Patenfamilie können die betroffenen Kindern offen über die psychische Erkrankung ihrer Eltern sprechen, ohne deswegen von Schuldgefühlen geplagt zu werden;
- die Patenfamilie bietet in Krisenzeiten auch die Möglichkeit einer kurzfristigen Übernachtungsmöglichkeit.¹²²

Das Projekt kooperiert mit verschiedenen Stellen wie dem Jugendamt der Stadt Heilbronn, dem Jugendamt des Landratsamtes Heilbronn, den Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbänden, dem Kinderschutzbund, außerdem mit Erziehungsberatungsstellen, den Diensten des Weinsberger Hilfsvereins, dem Klinikum am Weissenhof in Weinsberg, mit niedergelassenen Psychiatern und Psychologen und vielen anderen Institutionen.¹²³

Konkret läuft eine Vermittlung folgendermaßen ab :

1. Interessierte Patenfamilien werden über die örtliche Tageszeitung (Heilbronner Stimme) angesprochen.
2. Die Suche nach den Klientenfamilien geschieht in erster Linie durch die Dienste des Weinsberger Hilfsvereins und in Zusammenarbeit mit den örtlichen Jugendämtern, Beratungsstellen, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, den betroffenen Familien selbst und über Angehörige.
3. Nach der Kontaktaufnahme zu den Klientenfamilien folgt das Erstgespräch mit der Vorstellung des Konzeptes.
4. Der nächste Schritt ist eine gegenseitige Begegnung unter fachlicher Begleitung.
5. Zusätzlich finden regelmäßige Begleitgespräche statt. Sowohl die Klientenfamilien als auch die Patenfamilien sollen nicht das Gefühl bekommen, allein gelassen zu werden.¹²⁴

Die Ziele bei den Kindern sind das Schaffen einer zusätzlichen Bezugsperson, durch die das betroffene Kind in seinen Nöten und Belangen gestärkt und gewürdigt wird. Dadurch kommt es zur Stärkung der gesunden Anteile des Kindes. Außerdem ist für die Kinder dabei ein wichtiger Aspekt, durch das Lernen am Modell, intaktes Familienleben kennen

¹²² Alle Nennungen, vgl. Anlage 7

¹²³ Vgl. Anlage Nr. 7, S. 4

¹²⁴ Nennungen 1 – 5, vgl. Anlage Nr. 7, S. 4f

zu lernen. Innerhalb der Patenfamilien können es die Kinder schaffen, korrigierende Erfahrungen zu machen.

Gleichzeitig erfahren die Kinder durch die Patenfamilie auch eine Entlastung aus ihrer Verantwortung. Sie bekommen so die Möglichkeit, unbeschwert Kind sein zu dürfen und aus ihrer sozialen Isolation heraus zu kommen.¹²⁵

Die Aufgaben der Paten sind vielseitig:

- Sie müssen Zeit haben und bereit sein, sich ohne Berührungsängste auf psychisch erkrankte Eltern und deren Kindern einlassen.
- Sie sollen regelmäßig mit ihren Klientenfamilien im Kontakt stehen
- Sie sollen mit den betroffenen Kindern Unternehmungen machen.
- In der akuten Krankheitsphase ist es auch denkbar, dass das Kind auch kurzfristig bei seinen Paten übernachtet.¹²⁶

Für die erkrankten Eltern hat eine Patenfamilie viele Vorteile. Durch die Patenfamilie soll es zur Enttabuisierung der psychischen Erkrankung sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie kommen. Dadurch kann es auch langsam zu einem Abbau von Schuld – und Schamgefühlen kommen. Ein weiteres Ziel ist die Stärkung der Erziehungskompetenzen der Eltern und eine stärkere Übernahme der elterlichen Verantwortung für ihre Kinder. Eine Patenfamilie kann auch bei dem Aufbau eines stützenden sozialen Netzes für die gesamte Familie unterstützend wirken.¹²⁷

Die Finanzierung des Projektes ist für ein Jahr sichergestellt. Leider gibt es bisher noch keine konkrete Möglichkeit wie die Finanzierung nach diesem Jahr funktionieren soll.

Bisher zeigt sich die Projektmitarbeiterin zuversichtlich.

Die Patenfamilien arbeiten auf ehrenamtlicher Basis. Es ist bisher noch kein Problem, ausreichend interessierte Familien zu finden, die sich sozial engagieren wollen.¹²⁸

¹²⁵ Vgl. Anlage Nr. 7, S. 2 - 7

¹²⁶ Alle Nennungen, vgl. Baum, zitiert nach Bauer, 2004

¹²⁷ Vgl. Anlage Nr. 7, S. 6

¹²⁸ Vgl. Anlage Nr. 1

3.3.2. Arbeitskreis für Kinder psychisch kranker Eltern

Ganz neu ist im Landkreis Schwäbisch Hall ein Arbeitskreis entstanden, der sich den Probleme und Schwierigkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern widmet. Eine Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes in Schwäbisch Hall berichtete mir von dem neu formierten Arbeitskreis. Da aber bisher erst zwei Treffen des Arbeitskreises stattgefunden haben, gibt es noch keine konkreten Vorstellungen, wie genau die Hilfe für die betroffenen Kindern aussehen soll. Deshalb gibt es leider zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Konzeption.

Der Arbeitskreis besteht aus Mitarbeitern der Erziehungsberatungsstelle, der Sozialpädagogischen Familienhilfe, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der AOK und des Gesundheitsamtes. Das Jugendamt soll bei Bedarf auch involviert werden. Die ersten Ziele dieses Arbeitskreises sind die Zusammenstellung der bisher existierenden Hilfen, sowie das Anhören von betroffenen Kindern. Bereits im Herbst wird der Arbeitskreis mit der Öffentlichkeitsarbeit beginnen. Der Arbeitskreis will sich an schon bestehenden oder bereits abgeschlossenen Kinderprojekten orientieren, wie z.B. an „KipkE“ oder dem Kinderprojekt Mannheim.

Ein besonderes Anliegen sind dem Arbeitskreis die „vergessenen Kinder“. Das sind die Kinder, die trotz der enormen Belastung durch die psychische Erkrankung ihrer Eltern scheinbar gut funktionieren und so nicht auf ihr Leiden aufmerksam machen.¹²⁹

3.4. Weitere Hilfsmöglichkeiten

Neben den bisher aufgeführten Hilfsmöglichkeiten gibt es auch Angebote, die nicht speziell für Kinder psychisch kranker Eltern ausgerichtet sind, die aber betroffenen Kindern trotzdem Hilfestellungen geben können. Diese Angebote und Institutionen möchte ich im Folgenden ausführlich darstellen.

¹²⁹ Gesamtes Kapitel, vgl. Anlage Nr. 2

3.4.1. Jugendamt

Die Mitarbeiter des Jugendamtes erkennen den Hilfsbedarf von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern zunehmend. Trotz des Bewusstseins der Problematik ist es für die Mitarbeiter des Jugendamtes nicht immer möglich, den Kindern wirklich zu helfen, da sie an rechtliche und tatsächliche Grenzen der Hilfsangebote stoßen. Viele Jugendamtsmitarbeiter haben außerdem wenig Erfahrung im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen und wünschen sich deshalb Weiterbildung und eine bessere Zusammenarbeit mit den Kollegen aus der ambulanten und stationären Erwachsenenpsychiatrie.

Die Gesetzesgrundlage für jede Form der Hilfsmöglichkeiten und Unterstützungen für Kinder und Jugendliche ist das Kinder- und Jugendhilfegesetz. Mit dessen Einführung, Anfang der 90er Jahre wurden die Kinder psychisch kranker Eltern nicht speziell berücksichtigt. Daraus ergeben sich besonders für die Familien mit psychisch kranken Eltern folgende Problemstellungen:¹³⁰

1. Nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz haben die Eltern einen Anspruch auf Hilfe zur Erziehung, nicht die Kinder (gem. §27KJHG). Das heißt, dass die Hilfen durch die Eltern wahrgenommen werden müssen. Das Jugendamt selbst darf sich nur bei Kindeswohlgefährdung in die Familien einmischen. Psychisch kranke Eltern haben aber häufig Schwierigkeiten ihre Rechte entsprechend wahrzunehmen. Besonders schwierig ist es, wenn den erkrankten Eltern die Krankheitseinsicht fehlt, dadurch verkennen sie ihren Hilfsbedarf.
2. Ein weiteres Problem des Kinder- und Jugendhilfegesetzes ist, dass es kein Angebot für die speziellen Bedürfnisse der Familien mit psychisch kranken Eltern beinhaltet. Und Hilfsmöglichkeiten mit Präventivcharakter, die speziell auf die Probleme von Familien mit erkrankten Eltern zugeschnitten sind, können nicht finanziert werden, da sie keine ursprünglich im KJHG vorgesehenen Hilfen sind.¹³¹

Trotzdem gibt es unter den Angeboten des KJHG auch Hilfen die für Kinder psychisch kranker Eltern passend sind.¹³²

Das KJHG schafft einen Rechtsanspruch auf Unterstützung durch die Jugendhilfe. Für dessen Einlösung sind die örtlichen Jugendämter zuständig. Hilfen zur Erziehung können

¹³⁰ Vgl. Beeck (2), 2003, S. 20

¹³¹ Nennung 1-2, vgl. Beeck (2), 2003, S. 20

sowohl in ambulanter Form (§§ 28 – 31 KJHG), als auch in teilstationärer Form (§ 32 KJHG) oder in stationärer Form (§§ 33, 34, 35a KJHG) gewährt werden.¹³³ Je nach dem welche Hilfsform für die Erziehung des Kindes oder Jugendlichen geeignet und auch notwendig ist.¹³⁴

Interessant ist in diesem Zusammenhang zu sehen, wie viele psychisch kranke Eltern das Angebot des Kinder- und Jugendhilfegesetzes nutzen, obwohl diese nicht optimal auf die Bedürfnisse von Familien mit psychisch kranken Eltern zugeschnitten sind. „In 20% der Fälle, in denen Hilfe zur Erziehung in den untersuchten Jugendämtern bzw. Dienstleistungszentren gewährt wurde, liegt eine diagnostizierte psychische Erkrankung eines Elternteils vor.“¹³⁵

Eine psychische Erkrankung des Elternteils ist ein häufig mitverursachender Faktor bei der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Wobei das ganze Hilfsspektrum, welches die Jugendhilfe bereit hält, bei den betroffenen Familien nicht voll zur Geltung kommt. Leider ist es in den meisten Fällen so, dass die Jugendhilfe erst dann in Anspruch genommen wird, wenn das familiäre Gefüge auseinander zu fallen droht. In diesen Fällen reicht eine ambulante oder teilstationäre Hilfsform häufig nicht mehr aus. Die Kinder psychisch kranker Eltern erfahren erst dann spezielle Aufmerksamkeit und wirkungsvolle Hilfe, wenn die Probleme eskalieren oder die Kinder und Jugendlichen selbst auffällig werden. Wenn es soweit ist, stellt sich leider oft die Frage, ob die Kinder und Jugendlichen bei ihren Eltern bleiben können, oder ob eine Unterbringung in einer Pflegefamilie, in einem Heim oder eine Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich ist. Statistische Erhebungen bestätigen dies, in knapp 40% der Fälle, in denen die Kinder vom Jugendamt betreut werden, leben diese nicht mehr in ihrer Herkunftsfamilie.¹³⁶

Zusammenfassend kann man sagen das Jugendamt hat durch den gesetzlichen Auftrag, gleichzeitig folgende Aufgaben hat:

- Eltern bei der Erziehung zu unterstützen und
- Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen.¹³⁷

Trotzdem wird das Jugendamt von vielen psychisch kranken Eltern nur als „Kinder-weg-nehm-Amt“ wahrgenommen. Die Hilfsfunktion des Jugendamtes wird von betroffenen Eltern leider nur selten erkannt. Das schlechte Bild, welches psychisch erkrankte Eltern

¹³² Vgl. Beeck (2), 2003, S. 20

¹³³ Vgl. Schone/Wagenblass (2), 2001, S. 134

¹³⁴ Vgl. § 27 Abs. 1 KJHG, 2000

¹³⁵ Schone/Wagenblass (2), 2001 S. 135

¹³⁶ Vgl. Schone/Wagenblass (2), 2001, S. 134

¹³⁷ Beide Nennungen, vgl. Schone/Wagenblass (2), 2001, S. 137

vom Jugendamt haben, verhindert eine rechtzeitige Inanspruchnahme von präventiven Angeboten. Dadurch kann das Jugendamt erst eingreifen, wenn bereits erhebliche Folgen ausgebliebener Hilfe und Unterstützung für das Kind zu beklagen sind und eine Fremdunterbringung des Kindes unvermeidbar wird. Dies bestätigt wiederum das bisherige Bild der betroffenen Eltern. Aus dieser Situation heraus entsteht ein nur schwer zu durchbrechender Kreislauf.¹³⁸

Helfen könnten:

- eine stärkere Transparenz des Leistungs – und Hilfespektrums der Jugendhilfen;
- der Ausbau von präventiven Hilfsleistungen;
- der systematische Abbau der Ängste von betroffenen Eltern;
- eine bessere Kooperation zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe.¹³⁹

3.4.2. Erziehungsberatungsstellen

Eine Erziehungsberatungsstelle ist keine spezielle Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern. In einer Erziehungsberatungsstelle können aber durchaus die psychosozialen Probleme innerhalb der Familie bearbeitet werden. Besonders in Familien, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, häufen sich die psychosozialen Problemstellungen. Man spricht hier häufig auch von einem psychosozialen Problembündel.

Trotz dieser auf den ersten Blick günstigen Voraussetzungen für eine adäquate Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern, stößt man innerhalb der Erziehungsberatungsstelle schnell an die Grenzen. Eine Schwierigkeit der Erziehungsberatungsstelle im Umgang mit Kindern psychisch kranker Eltern ist, dass die Beratung von Kindern psychisch kranker Eltern nicht unter den ursprünglichen Aufgabenbereich der Erziehungsberatung fällt. Die Mitarbeiter sind auch nur selten ausreichend über die verschiedenen Krankheitsbilder informiert. Daraus ergeben sich Schwierigkeiten in der Beratung - den Mitarbeitern der Erziehungsberatungsstelle fällt es schwer, die Folgen der elterlichen Erkrankung in das Familienleben und das Erziehungsverhalten einzuordnen.

¹³⁸ Vgl. Schone/Wagenblass (2), 2001, S. 137

¹³⁹ Alle Nennungen, vgl. Schone/Wagenblass (2), 2001, S. 137

Dadurch kann es auch zu Verständnisschwierigkeiten kommen. Es herrscht immer noch eine große Unsicherheit über die Grenzen und Möglichkeiten einer therapeutischen Intervention. Gleichzeitig ist auch ein schlechter Wissenstand von Mitarbeitern der Erziehungsberatungsstellen über die Wirkungen und Auswirkungen von Psychopharmaka vorhanden. Zusätzlich führt die schlechte Vernetzung und Abstimmung der Erziehungsberatungsstellen mit den Erwachsenenpsychiatrien zu Unsicherheiten.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Gesamtes Kapitel, vgl. Brumm, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S.92ff

4. Vorstellung von Hilfsmöglichkeiten in anderen Bundesländer

Im Zuge meiner Ermittlungen über die Hilfsmöglichkeiten in Baden–Württemberg habe ich mich auch mit den Hilfsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern in anderen Bundesländern auseinandergesetzt. Dabei sind mir zwei Hilfsmöglichkeiten als besonders sinnvoll und effektiv aufgefallen. Diese möchte ich an dieser Stelle vorstellen.

4.1. Patenschaften

Als bislang einmaliges Patenschaftsprojekt ist Pfiff e.V. Hamburg zu nennen. Bereits bei seiner Gründung zeigten andere Bundesländer reges Interesse¹⁴¹.

Das Patenschaftsprojekt Pfiff e.V. für Kinder psychisch kranker Eltern, gibt es seit März 2000. Das Patenschaftsprojekt ergab sich aus der Situation, dass die traditionellen Arbeitsschwerpunkte von Pfiff e.V. nicht mehr ausreichten und nach anderen Möglichkeiten gesucht werden musste. Die instrumentelle Dauerpflege und Bereitschaftspflege reichten in vielen Fällen einfach nicht mehr aus. Vor allem wenn es sich um sehr junge oder psychisch kranke Eltern und Mütter handelte.

Kinder psychisch kranker Eltern tauchen in der Bereitschaftspflege immer wieder auf. Ihre Eltern sind durchaus in der Lage ihre Kinder ausreichend zu versorgen und haben eine gute emotionale Beziehung. Eine dauerhafte Fremdplatzierung ist nicht gerechtfertigt. Trotzdem kann es durch Krankenhausaufenthalte und anderen Krisensituationen zu einer Notwendigkeit der kurzfristigen Fremdunterbringung kommen. Da sich Krankheitsschübe der Eltern zum größten Teil öfters wiederholen, können sich die Situationen, die eine Fremdunterbringung fordern, häufen. Bevor Pfiff e.V. die Patenfamilie gegründet hatte, gab es den Notstand, dass die Kinder immer wieder in neue Bereitschaftspflegefamilien mussten. Selbst wenn sich die Kinder in einer Familie wohl gefühlt hatten und ausdrücklich danach fragten, wieder in derselben Familie aufgenommen zu werden, konnte eine erneute Unterbringung in der ihnen bekannten Familie nicht sichergestellt werden. Dadurch mussten sich die Kinder immer wieder auf neue Familien einlassen. Diese Situation führte zu einer zusätzlichen Belastung und Verunsicherung, aus der sich

¹⁴¹ Vgl. Internetquelle Nr. 5

eine weitere Problemstellung entwickelte. Das erkrankte Elternteil versuchte, um seinen Kindern den häufigen Wechsel der Bezugspersonen möglichst zu ersparen, einen Klinikaufenthalt so lange wie möglich hinauszuschieben und vernachlässigte dadurch seine eigene gesundheitliche Versorgung. Dadurch überforderten sie nicht nur sich selbst, sondern auch ihre Kinder. Denn die Überlastung des Elternteils verstärkte wiederum die Notsituation der Kinder.

Aufgrund solcher Beobachtungen überlegte Pfiff e.V., ob es nicht noch andere Möglichkeiten für die Versorgung der Kinder psychisch kranker Mütter geben könnte. Die Idee von Pfiff e.V. war es dann, ein nachbarschaftliches Modell nachzustellen. Nicht professionelle, hochschwellige und intensive Hilfe am Eskalationspunkt, sondern niederschwellige, im Alltag entlastende Krisenintervention. Eine Hilfe, die z.B. nur aus einem kurzen Telefonat besteht, indem sich die psychisch kranke Mutter einen Rat von der Patenfamilie holen kann. Wichtig bei dieser Hilfeform ist für die psychisch kranken Eltern auch das Wissen, schnelle, unproblematische Hilfe zu bekommen und, dass im Falle einer Krisensituation, eine sichere Unterkunft, zu jeder Tages- und Nachtzeit, für ihre Kinder zur Verfügung steht. Dabei wird das Auftreten von Krisensituationen als wiederkehrendes Ereignis verstanden. Eine Krise kann auch als Lernprozess verstanden werden, denn nach einer Akutkrise sind Menschen eher bereit, sich für neue Verhaltensmuster zu öffnen. Dies wird in der Patenschaft doppelt genutzt. Sowohl die Mutter als auch die Kinder befinden sich während der Krisenbewältigung in einem Lernprozess. Sie können sich in dieser Zeit besser auf Hilfe von anderen Personen einlassen. Die Patenschaft soll dazu beitragen, in Krisensituationen Entspannung zu bringen.

Bis es von der Idee zur Umsetzung kam, verging aufgrund bürokratischer Probleme viel Zeit. Letztendlich konnte es jedoch als „Schnittstellenprojekt“ finanziert werden, in dem Kooperation, Niederschwelligkeit und Prävention im Einzelfall verknüpft werden können. Zugangswege finden sich über Mütterzentren, einen Stadtteiltreff, über psychiatrische Nachsorgeeinrichtungen oder über den Sozialen Dienst des Jugendamtes.

Das Patenschaftskonzept sieht die Förderung der Mutter – Kind Dyade vor, das heißt, sie unterstützen deren Zusammenleben und akzeptieren deren Unzulänglichkeiten und die Ausfälle der Mütter. Selbstverständlich endet die Akzeptanz sobald das Wohl des Kindes gefährdet wird. Das Konzept der Patenschaft verbindet sowohl die professionellen Elemente aus der Tagespflege und der Bereitschaftspflege, als auch die familiären,

nachbarschaftlichen und niederschweligen Unterstützungen und Hilfen für das familiäre System.

Für die Mütter können die Patenfamilien folgendes bieten:

- eine personell konstante und flexible Entlastung der Mutterpflichten für eine festgelegte Zeitdauer;
- eine soziale Verankerung mit dem Ziel der langfristigen Eingliederung in soziale stadtteilorientierte Strukturen;
- Unterstützung in der Kindererziehung;
- konkrete Unterstützung, Kinderbetreuung zu festgelegten Rhythmen;
- die Gewissheit, die Kinder im Krisenfall, zu jeder Tag – und Nachtzeit, problemlos unterbringen zu können.

Die Kinder können von einer Patenfamilie in folgenden Punkten profitieren:

- eine kontinuierliche zusätzliche Bezugsperson;
- die Chance in Belastungssituationen auszuweichen, ohne in einen Loyalitätskonflikt zu geraten;
- die Kindern erfahren Schutz und Sicherheit.

Das Setting orientiert sich an einem funktionierenden nachbarschaftlichen Verhältnis. Es werden individuelle Vereinbarungen getroffen, welche die Dauer, die Betreuungsintensität und die Ziele der Patenschaft beinhalten und klar definieren.

Wichtig ist vor allem auch, dass sich die Patenfamilie mit den betroffenen Kindern und der erkrankten Mutter versteht, es muss ein Miteinander sein. Deshalb ist folgende Haltung der Patenfamilie wichtig:

- die Patenfamilie muß die betroffene Mutter wertschätzen;
- die Patenfamilie stellt eine Erweiterung der kindlichen Bezüge dar und keinen Ersatz für die leibliche Familie;
- die Patenfamilie soll dem Kind in lebensweltorientierten und alltagspraktischen Angelegenheiten, zur Normalität verhelfen;
- die Patenfamilie unterstützt die Familie und dient so dem Erhalt des Mutter – Kind – Bezuges.

Die Tätigkeit einer Patenfamilie liegt zwischen Ehrenamtlichkeit, was die Honorierung betrifft, und einem hohen Maß an Professionalität, was die Fähigkeit angeht, Beziehungen einzugehen und das Kind in seiner Entwicklung zu fördern. Deshalb bedarf es einer professionellen Begleitung ebenso wie des Angebotes der Supervision. Eine fachliche Begleitung und Praxisberatung während des Verlaufs der Patenschaft ist unerlässlich.

Zusammenfassend lassen sich folgende Ziele festhalten:

- das Ermöglichen vom „Lernen am Modell“ durch die Patenfamilie, für die Alltagsbewältigung der Kinder;
- die Gewährleistung einer kontinuierlichen Entlastung der Mutter durch eine verlässliche Bezugsperson, ohne dass sich die kranke Mutter in ihrer Rolle als Mutter benachteiligt fühlt;
- Sympathie und Akzeptanz zwischen den Kindesmüttern und den Paten, sind eine wichtige Voraussetzung für eine gut gelingende Patenschaft;
- hohe Flexibilität der Patenfamilie, die sich an die Bedarfslage anpasst;
- Ergänzung und Ersatz für hochschwellige, institutionelle Betreuung;
- schnelle Aufnahme der Kinder in Krisensituationen, zu jeder Tages- und Nachtzeit;
- ein langer Beobachtungs- und Unterstützungszeitraum kann zur Perspektivenklärung des Kindes genutzt werden.¹⁴²

4.2. Netz und Boden

Netz und Boden ist eine Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern. Diese Initiative wurde 1999 von Frau Katja Beeck aufgebaut und wird seither von Frau Beeck allein betreut und aus eigenen Mitteln finanziert.

Das Konzept der Initiative hat als Zielgruppe alle Kinder psychisch erkrankter Eltern. Besonders Kinder deren Eltern schizophren oder manisch - depressiv erkrankt sind. Zur Zielgruppe gehören auch alle Menschen aus dem sozialen Umfeld der betroffenen Kinder. Das sind sowohl Angehörige und Nachbarn als auch Lehrer und Erzieher. Besonders angesprochen sind durch diese Initiative Fachleute aus den Bereichen Jugendhilfe,

¹⁴² Gesamtes Kapitel, vgl. Szylowicki, 2001, S. 103ff

stationäre und ambulante Psychiatrie und das Familiengericht. Außerdem gehören auch Journalisten zu der Zielgruppe, um die breite Öffentlichkeit über die Schwierigkeit der betroffenen Kindern zu informieren.

Die Ziele der Netz und Boden – Initiative sind die Verbesserung der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern sowie die Sensibilisierung der Zielgruppen für die Situation der betroffenen Kinder und das Bekanntmachen von Hilfsmöglichkeiten. Ein weiteres Ziel der Initiative Netz und Boden ist die Initiierung und Unterstützung von präventiven Hilfsprojekten. Außerdem will die Initiative die Zielgruppen miteinander und untereinander vernetzen, um so für Kinder psychisch kranker Eltern eine Lobby zu schaffen.

Die Initiative will durch die Verwirklichung dieser Ziele eine Lücke im bestehenden Gesundheitssystem schließen und die negativen Folgen der elterlichen Erkrankung auf die Kinder verringern um so Folgekosten zu vermeiden. Somit leistet die Initiative einen bemerkenswerten sozialen und volkswirtschaftlichen Beitrag im deutschsprachigen Raum.

Angebote und Schwerpunkte der Initiative sind die Öffentlichkeitsarbeit, das Erstellen einer Konzeption, die Initiierung und Unterstützung präventiv ansetzender Hilfsprojekte sowie der Aufbau von Netzwerken.

1. Ergebnisse der Öffentlichkeitsarbeit

Frau Beeck hat eine zentrale und unbürokratische Beratungs- und Informationsstelle für die oben genannte Zielgruppe geschaffen. Außerdem konnte das Problembewußtsein der Fachöffentlichkeit, seit Beginn ihrer Initiative, durch die Abgabe von rund 3000 Informationsbroschüren und Beiträgen in Zeitungen, Fachzeitschriften, Hörfunk und TV sowie Weiterbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren, erhöht werden. Zusätzlich kommt noch die Erstellung der Website hinzu.

2. Ergebnisse der Konzeption, Initiierung und Unterstützung von präventiven Hilfsangeboten.

Seit Beginn der Netz und Boden – Initiative sind drei Gruppen für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern gegründet worden. Hinzu kommt die Gründung und Organisation einer virtuellen Selbsthilfegruppe für erwachsene Kinder im Internet. Außerdem kam es zur Initiierung spezialisierter Hilfsangebote für minderjährige betroffene Kinder in Berlin. Des weiteren war die Netz und Boden – Initiative bei der Konzeption und der Suche nach Finanzierungsmöglichkeiten für ein Patenschaftsprojekt in Berlin beteiligt. Der Projektplan

für präventive Projekte für Kinder psychisch kranker Eltern, zählte zu den oberen 7% im Wettbewerb startsocial 2001 von Mc Kinsey u.a..

3. *Aufbau von Netzwerken*

Die Initiative hat es geschafft, gezielte Ansprechpartner und Kooperationspartner zu vermitteln. Außerdem organisierte und moderierte Frau Beeck die zwei deutschlandweiten Treffen für erwachsene Kinder. Der Aufbau eines deutschlandweiten Netzwerkes ist inzwischen auch schon weit fortgeschritten.

Konkrete Angebote der Netz und Boden – Initiative sind folgende:

- das Herausgeben von Informationsbroschüren;
- das Halten von Referaten und Workshops auf Anfrage;
- das Errichten einer Info – Website;
- die Vermittlung von gezielten Ansprech– und Kooperationspartnern;
- die Erstellung einer Mailingliste für erwachsene Kinder;
- das Erstellen einer Projektkonzeption und das Unterstützen bei der Entwicklung von Projektideen;
- bestehender Projekten und Ideen wurden publik gemacht;
- das Beraten von Fachleuten und Laien – Helfern der Kinder;
- Recherchieren und Archivieren von Publikationen;
- die Vermittlung von Interviewpartnern.

Ein weiterer wichtiger Inhalt der Netz und Boden – Initiative besteht in der Leitung von Fachtagungen und Weiterbildungen zu diesem Thema. Katja Beeck stellt in diesen die Situation der Kinder psychisch kranker Eltern einfühlsam dar.¹⁴³

Das besondere an dieser Hilfsmöglichkeit ist, dass sie bundesweit nutzbar ist. Die Initiative ist nicht nur für betroffenen Kinder in einem bestimmten Einzugsgebiet. Netz und Boden ist von jederzeit und von allen Teilen der Welt aus nutzbar. Die Hemmschwelle ist niedrig und es gibt keine begrenzten Öffnungszeiten. Über die Website sind Informationen über psychische Erkrankungen jederzeit zugänglich.

¹⁴³ Gesamtes Kapitel, vgl. Internetquelle Nr. 4

5. Wünschenswerte zusätzliche Hilfen in Baden – Württemberg

Laut dem Kinder- und Jugendhilfegesetz hat „jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“¹⁴⁴ Leider sind psychisch erkrankte Eltern oft nicht in der Lage, ihre Kinder nach den Inhalten dieses Paragraphen zu erziehen.

Um den Kindern psychisch kranker Eltern trotzdem eine angemessene Erziehung zu ermöglichen, müssen noch mehr Hilfsmöglichkeiten für diese Kinder geschaffen werden. In diesem Kapitel werde ich Hilfsmöglichkeiten darstellen, die in Baden-Württemberg noch dringend benötigt werden. Gleichzeitig beschäftige ich mich auch mit den Schwierigkeiten, die einen flächendeckenden Standard an Hilfsmöglichkeiten, für Kinder psychisch kranker Eltern, verhindern.

5.1. Möglichkeiten

Es gäbe viele Möglichkeiten, um die Situation der Kinder psychisch kranker Eltern zu verbessern. Doch leider, sind die Schwierigkeiten der betroffenen Kindern noch nicht soweit in das Bewußtsein der Gesellschaft und der professionellen Fachleute vorgedrungen um eine schnelle Verbesserung ihrer Situation zu bewirken. „Wenn man den Kindern in dieser schwierigen familiären Situation helfen will, muß man ihre problematische Situation erst einmal ins Bewußtsein der Öffentlichkeit rücken“¹⁴⁵.

Es ist wichtig, dass sich alle Fachpersonen, die psychiatrische Patienten betreuen, der Problematik der „vergessenen“ Kindern bewußt sind und auch daran denken, deren Bedürfnisse nach Informationen und Unterstützung zu berücksichtigen. Gerade in psychiatrischen Einrichtungen sind die Fachleute so sehr mit dem psychisch kranken Elternteil beschäftigt, dass die Frage, ob der Patient Kinder hat, oder wie es den Kindern in dieser Situation geht, nicht bedacht wird. Es ist auch wichtig, dass sich Fachpersonen, die sich um Kinder und Jugendliche in Belastungssituationen kümmern, der Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern bewußt sind, und auch dessen, dass sich viele aus

¹⁴⁴ § 1 Abs. 1 KJHG

¹⁴⁵ Gundelfinger, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S.175

der bisher vergessenen Gruppe nicht von selbst melden und trotzdem Hilfe brauchen. Angesprochen werden sollen mit der Öffentlichkeitsarbeit auch alle Fachpersonen, die in irgendeiner Weise mit Kindern arbeiten. Sie brauchen das Wissen, um die Schwierigkeit der Kinder im Zusammenleben mit ihren kranken Eltern und dessen Auswirkungen im Alltag der Kinder einschätzen zu können.

Doch nicht nur im Bewusstsein der professionellen Helfer muss sich etwas ändern. Auch die breite Öffentlichkeit sollte erfahren, dass eine psychische Erkrankung meist kein Einzelschicksal ist, sondern ganze Familien und deren Kinder unter einer psychischen Erkrankung leiden. Mit Hilfe der Öffentlichkeitsarbeit sollen auch betroffene Familien erkennen, dass die psychiatrische Erkrankung eines Elternteil die Entwicklung des Kindes gefährdet.¹⁴⁶

Durch Öffentlichkeitsarbeit wird nicht nur die Problematik angesprochen, im Sinne von: es gibt diese Problematik, sondern es wird zusätzlich auch ein wichtiger Beitrag zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung geleistet.

Wenn psychiatrische Erkrankungen nicht mehr mit Skepsis und Argwohn betrachtet, sondern als im Alltag existierende Erkrankungen von der Gesellschaft anerkannt werden, kann der Umgang mit psychisch erkrankten Menschen und auch deren Kindern leichter gelingen.

Die umfassende Öffentlichkeitsarbeit wäre nur eine von vielen möglichen Hilfen. Sie ist jedoch die Voraussetzung, um weitere Hilfsmöglichkeiten in Bewegung zu bringen. Denn wenn kein Problem gesehen wird, wird auch nach keiner Lösung gesucht.

Was nach Meinung der Fachliteratur für die positive Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern hilfreich wäre, ist die bessere Vernetzung der einzelnen Institutionen. Dabei könnte die Kooperation der verschiedenen Hilfssysteme, helfen die Situation der betroffenen Kindern und Familien zu verbessern.¹⁴⁷

Dabei brauchen die von einer psychischen Erkrankung betroffenen Familien, Angesichts der komplexen Problematik eine gute Kooperation zwischen den Fachleuten. Den einzelnen Fachleuten fehlt die Kompetenz, die sie befähigt, die Familien als Einheit zu sehen. Das Problem liegt darin, dass sich soziale Betreuungs- und Unterstützungsangebote immer nur auf einen Teil des Systems beziehen. Die

¹⁴⁶ Vgl. Gundelfinger, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 175f.

¹⁴⁷ Vgl. Lisofsky, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S.180

Hilfsmöglichkeiten und auch die Finanzierungswege sind gesondert, und die Verständigung zwischen den unterschiedlichen Teilen der psychosozialen Versorgungssysteme sind ungenügend. Und genau deshalb ist eine stärkere Vernetzung zur besseren Versorgung der Kinder psychisch erkrankter Eltern, unabdingbar.¹⁴⁸

Durch eine bessere Vernetzung zwischen den einzelnen Institutionen, könnten schnellere und reibungslosere Abläufe stattfinden, unter denen die Kinder nicht unnötig leiden. Außerdem könnten sich die verschiedenen Institutionen, auch in ihrem Fachwissen und ihren Erfahrungen austauschen und gegenseitig unterstützen.

Hilfreich wären auch spezielle Infotage an psychiatrischen Krankenhäusern. In einer Tagesklinik der psychiatrischen Abteilung in Brikenfeld wurde ein „Tag des Kindes“ eingerichtet.

An diesem Tag können die Patienten ihre Kinder mitbringen. Gleichzeitig steht an diesem Tag auch ein Ansprechpartner des Jugendamtes zur Verfügung. So haben die Eltern die Möglichkeit, sich umfassend über die Angebote der Jugendhilfe zu informieren, ohne erst die Schwellenangst für den persönlichen Gang zum Jugendamt überwinden zu müssen. An diesem Tag des Kindes können auch Vorurteile gegen das Jugendamt ausgeräumt werden.¹⁴⁹ Dieser „Tag des Kindes“ sollte auch an psychiatrischen Kliniken in Baden – Württemberg und als oberstes Ziel flächendeckend stattfinden. Dies wäre wieder ein wichtiger Punkt innerhalb der Vernetzungsarbeit der Institutionen. So hätten auch die Mitarbeiter des Jugendamtes die Möglichkeit, Mitarbeiter einer psychiatrischen Einrichtung kennen zu lernen.

In diesem Zusammenhang, ist es auch unumgänglich, in den Erwachsenenpsychiatrien, Kinderecken einzurichten. Dadurch bekommen Kinder, die ihre kranken Eltern in der Psychiatrie besuchen, einen Raum. So sind sie auch dem Klinikpersonal mehr präsent. Gleichzeitig verliert die Psychiatrie für die Kinder auch das Beängstigende und die negative Besetzung. Auf jeden Fall auch von Bedeutung ist die Miteinbeziehung der Kinder in den Therapieverlauf. Es ist für die Kinder wichtig, auch von den Therapeuten wahrgenommen zu werden und somit die Chance zu bekommen, Fragen zu stellen und über ihre Gefühle und Ängste zu reden.

¹⁴⁸ Vgl. Denke, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 89f.

¹⁴⁹ Vgl. Beeck (2), 2003, S. 21

Für ältere Kinder und Jugendliche, die einen bestimmten Reifegrad erreicht haben, sollten auch nachmittags spezielle Angehörigengruppen nur für die Kinder angeboten werden. Diese Kindergruppen könnten im Klinikgelände stattfinden und den Kindern und Jugendlichen eine Lobby verschaffen.

Das Land Baden-Württemberg könnte noch einige Hilfsmöglichkeiten von anderen Bundesländern übernehmen. Das Patenprojekt von Pfiff e.V. in Hamburg, wäre eine am besten flächendeckend zu verwirklichende Hilfsmöglichkeit. Außerdem bildet diese Hilfsmöglichkeit niederschwellige Hilfen im Alltag und könnte, mit wenigen zusätzlichen Geldern, über das Jugendamt finanziert werden.

Höchstes Ziel für die wünschenswerten Hilfsmöglichkeiten in Baden-Württemberg wäre eine flächendeckende Versorgung. Bisher gibt es zwar vereinzelt Hilfsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern, diese sind aber meist auf einen kleinen Einzugsradius begrenzt. Wünschenswert wäre eine standardisierte Versorgung in allen Land- und Stadtkreisen.

Ein weiteres wichtiges, noch fehlendes Angebot für Kinder psychisch kranker Eltern in Baden-Württemberg ist eine Informations- Anlaufs- und Vermittlungsstelle. Im Bereich der Altenhilfe gibt es so eine Stelle bereits, in der sich verunsicherte Angehörige über die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten für ihre alten Angehörigen informieren können. Hier bekommen sie auch Auskunft über die verschiedenen Möglichkeiten und Adressen in ihrer unmittelbaren Umgebung. Auch die Kinder psychisch kranker Eltern brauchen eine Stelle, von der sie Informationsmaterial bekommen können, oder wo sie sich über bestehende Einrichtungen und Hilfsmöglichkeiten informieren können.

Frau Beeck spricht von regionalen Koordinierungs- und Anlaufstellen, die speziell für Kinder psychisch kranker Eltern und für ihre Helfer geschaffen werden sollen. „Die Kinder und alle anderen Involvierten sollten eine zentrale Anlaufstelle haben und sich nicht durch den „Behördenschungel“ schlagen müssen“¹⁵⁰.

¹⁵⁰ Beeck (2), 2003, S.28

Eine weitere Unterstützungsmöglichkeit für Kinder psychisch kranker Eltern wären spezielle Kindergartenprojekte, in denen die Toleranz von Kindergartenkindern gefördert wird. Wenn die Kinder von Anfang an lernen, mit Andersartigem umzugehen, fällt es ihnen nicht so schwer, über ihre Situation daheim zu sprechen, und unterschiedliches Familienleben zu akzeptieren. Von einer intensiven Toleranzförderung, schon im Kindergartenalter würden nicht nur die Kinder psychisch kranker Eltern profitieren, gleichzeitig würde auch die Toleranz gegenüber anderen Randgruppen steigen. Um diese Projekt effektiv durchführen zu können, sollte das „Toleranzförderungsprojekt“ auch in den Elternabenden thematisiert werden. Denn die Kinder orientieren sich in diesem Alter noch stark an der Meinung ihrer Eltern.

Der nächste Schritt ist die Durchführung spezieller Projekte an Schulen. Das können dann Projekte zum Training des Sozialverhaltens an Schulen, oder beispielsweise auch das Schulprojekt von „Irrsinnig Menschlich e. V.“¹⁵¹ sein. Diese Projekte finden im Rahmen der an allen Schulen üblichen Projekttag oder in Unterrichtseinheiten, wie beispielsweise im Religionsunterricht, statt.

Mögliche Arbeitsschritte sind: Kommunikation und Sensibilisierung für das Thema sowie die Begegnung mit Betroffenen. Um eine nachhaltigere Wirkung des Projektes zu erzielen, ist das Aufgreifen des Themas in einer Ausgabe der Schülerzeitung oder Aufführung eines Theaterstück, zum Thema: „psychische Erkrankung“ sinnvoll.¹⁵² Erfreulicherweise gibt es bereits vereinzelt Schulprojekte, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Klischees, Vorurteile und Wissenslücken im Bezug auf psychische Erkrankungen auszuräumen.¹⁵³ Jetzt ist es wichtig, diese Projekte auszubauen und flächendeckend durchzuführen.

Ein weiterer Punkt an Schulen zur Förderung der sozialen Kompetenz ist auch das Erlernen des aktiven Zuhörens. Wenn Schulkinder lernen, ihre Gegenüber zu achten und zu respektieren, gewinnen sie an Toleranz und sozialen Fähigkeiten.

Kinder die nie gelernt haben anderen zuzuhören, können andere auch nicht verstehen.

¹⁵¹ Vgl. Internetquelle Nr. 6

¹⁵² Vgl. Anlage Nr. 6 und Internetquelle Nr. 6

5.2. Umsetzung

Als erste nötige Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern in Baden-Württemberg, möchte ich auf die flächendeckende Umsetzung der Patenschaft in Anlehnung an das Patenschaftsprojekt Pfiff e.V., eingehen. Ziel ist, dass die Patenschaft in jedem Jugendamt in allen Stadt- und Landkreisen als Standardangebot neben der Vollzeitpflege, Tagespflege und der Bereitschaftspflege/Notpflege besteht.

Die Patenfamilien könnten mit den Anwärterfamilien für die Vollzeitpflege mit geschult werden. Bei Pfiff e. V., gab es die Beobachtung, bei den Informationsabenden für angehende Pflegeeltern, dass es durchaus Paare gab, die sich aufgrund ihrer aktuellen Lebensplanung nicht langfristig binden wollten oder nicht bereit waren, ihre Berufstätigkeit aufzugeben, aber dennoch über Kapazitäten verfügten und bereit waren, diese einzusetzen.¹⁵⁴

Durch die gemeinsamen Schulungen hätten interessierte Eltern und Paare die Möglichkeit während der Vorbereitung zu überlegen, für welche Pflegeform sie sich entscheiden wollen. Gleichzeitig gibt es in der Vollzeitpflege immer mehr Kinder von psychisch kranken Eltern, da es für diese keine anderen Maßnahmen gibt.¹⁵⁵

Bundesweit sind es jährlich 1.500 bis 1.800 Fälle, in denen eine psychiatrische Erkrankung der Eltern, bei Sorgerechtsbeschränkungen einen entscheidenden Faktor darstellt.¹⁵⁶ Das sind rund ein Drittel, der 6.000 jährlich in Deutschland entschiedenen Sorgerechtsentzüge.¹⁵⁷

Eine gemeinsame Schulung macht aber trotzdem nur dann Sinn, wenn die Patenfamilien bei Einweisung der Mutter in die Klinik auch die Notpflege übernehmen. Oder wenn die Anwärterfamilien noch in der Entscheidungsphase sind, ob sie lieber eine Patenschaft übernehmen oder eine Pflegestelle bevorzugen.

Ansonsten sind die Themen zu unterschiedlich, da die Pflegefamilien emotional enger angebunden sind. Die Patenfamilien kümmern sich außerdem auch um die Belange der Mutter.¹⁵⁸

¹⁵³ Vgl. Internetquelle Nr. 6

¹⁵⁴ Vgl. Szylowicki, 2001, S. 105

¹⁵⁵ Vgl. Anlange Nr. 3

¹⁵⁶ Vgl. Schone, 2001, S. 107

¹⁵⁷ Vgl. Lazarus, 2003, S. 22

¹⁵⁸ Vgl. Anlange Nr. 3

Ein großer Vorteil von Patenfamilien ist die Einsparung von Kosten durch den präventiven Ansatz. Viele Kinder und Jugendliche, deren Eltern psychisch erkrankt sind, brauchen Unterstützung durch die Jugendhilfe. Durch die zusätzliche Bezugsperson, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder keine nachfolgenden Jugendhilfemaßnahmen brauchen. „Je mehr Vertrauenspersonen ein Kind hat, auf die es sich stützen kann, um so besser ist dies für das Kind“¹⁵⁹. Die Kinder, die sich auf eine Patenfamilie stützen können, haben demnach eine große Chance, sich trotz der elterlichen Krankheit positiv zu entwickeln. Außerdem ist es für das zuständige Jugendamt ein geringerer Aufwand. Gerade bei wiederholten Krankenhausaufenthalten eines Elternteils, müssen die Kinder immer wieder neu in Notpfegefamilien untergebracht werden. Diese müssen jedesmal neu gefunden werden. Wenn die Kinder aber schon ihre feste Patenfamilie haben, funktioniert eine kurzfristige Unterbringung des Kindes ohne Schwierigkeiten und ohne Einschaltung des Jugendamtes. Und das zu jeder Tages- und Nachtzeit. Durch den reibungslosen Ablauf und den Umstand, dass die Kinder bei vertrauten Menschen unterkommen, wird ihnen viel Leid erspart. Sie müssen sich dann nicht immer wieder an neue Leute gewöhnen, sondern bekommen in ihrer Patenfamilie das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit.

Tatsächlich haben ähnliche Modelle schon stattgefunden. Es gibt Notpfegefamilien, die sich für die Kinder einer bestimmten Familie, reservieren lassen. Dadurch kann ein Vertrauensverhältnis entstehen und wachsen.¹⁶⁰

Die finanzielle Belastung für das Jugendamt könnte gleich bleiben. Sobald das Kind in einer Notpfegefamilie untergebracht wird, entstehen Kosten für das Jugendamt. Für das Jugendamt spielt es in diesem Fall keine Rolle, an welche Familie die Gelder fließen. Bei chronisch kranken Eltern, können sich Krankenhausbehandlungen jährlich wiederholen. Dadurch entstehen Kosten für das Jugendamt. Das Jugendamt zahlt einer Notpfegefamilie bei der Aufnahme eines Kindes eine Pauschale von 150,- Euro. Für jeden Monat, den das Kind in der Familie verbringt, bekommt diese 900,- Euro.¹⁶¹ Wenn wir davon ausgehen, dass jedes psychisch kranke Elternteil einmal jährlich in psychiatrische Behandlung muss und das Kind dann zwei Wochen in der Patenfamilie verbringt, sind das auf das Jahr gesehen 600,- Euro. Um eine Patenfamilie finanziell zu honorieren, könnte man diesen Betrag aufs Jahr verteilt auszahlen. Sozusagen als Pauschale mit jeweils 50,- Euro im Monat.

¹⁵⁹ Mattejat, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S.77

¹⁶⁰ Vgl. Anlage Nr. 3

Eine weitere Möglichkeit, um die Arbeit der Patenfamilien nicht nur ehrenamtlich zu honorieren, wäre die Finanzierung der Patenfamilie über den Tagespflegesatz, je nachdem, wieviel Zeit das Kind tatsächlich in der Patenfamilie verbringt. Wenn das Kind täglich zwischen einer und zwei Stunden in der Patenfamilie verbringt, liegt der Aufwandsersatz der Tagespflege bei monatlichen 127,- Euro.¹⁶²

Die finanzielle Zusicherung der nötigen Auslagen durch einen kleinen monatlichen Geldbetrag für die Patenfamilie ist auf Dauer gesehen unumgänglich. Die Patenfamilien sollen die Chance haben, auch ohne finanzielle Einbussen, Tagesausflüge mit ihren Patenkindern zu unternehmen. Wenn die Patenfamilie selbst kinderreich ist, was für die Patenschaft von Vorteil ist, kann schon ein Schwimmbadbesuch oder ein Ausflug in den Zoo, hohe Kosten verursachen.

Wenn die finanzielle Entlastung der Patenfamilie nicht möglich ist, wäre es zu begrüßen, wenn die Initiatoren gemeinsame Aktivitäten anbieten würden. Dies könnten dann eine gemeinsame Wanderung oder ein Ausflug zum Waldspielplatz sein.

Trotzdem darf man nicht vergessen, dass die Patenfamilie von ihrer Aufgabe auch profitieren kann. Gemeinsame Aktivitäten können für die ganze Familie ein Gewinn sein. Patenfamilien können den Blick fürs Wesentliche gewinnen und lernen ihre Prioritäten anders zu setzen.

Wichtig bei diesem Projekt ist auch die Niederschwelligkeit.

Betroffene Familien fällt es schwer, sich mit ihren Problemen nach außen zu wenden. Sie haben die Befürchtung, dass die Familie mit dem Bekanntwerden ihrer Probleme auseinander gerissen wird.¹⁶³

Wenn die Umsetzung einer flächendeckenden Versorgung mit Patenfamilien für die Kinder psychisch kranker Eltern funktionieren würde, wäre ein wichtiges Ziel zur Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern erreicht.

Die Umsetzung spezieller Schulprojekte passiert vereinzelt schon über verschiedene Initiativen, wie beispielsweise die Initiative „Irrsinnig menschlich e.V.“ oder das Schulprojekt von „KipkE“. Unter dem Motto „Verrückt – Na und?“, wird an Schulen ein Projekt zur Toleranzentwicklung gegenüber psychisch kranken Menschen durchgeführt.

¹⁶¹ Vgl. Anlage Nr. 3

¹⁶² Vgl. Anlage Nr. 3

¹⁶³ Vgl. Deneke, in Mattejat/Lisofsky, 2001, S. 87

Das Schulprojekt ist zwar kein spezielles Hilfsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern, kann für diese Kinder aber trotzdem sehr entlastend sein. Deshalb möchte ich es an dieser Stelle erwähnen. Damit das Schulprojekt möglichst flächendeckend umgesetzt werden kann, muss es auch von Lehrern durchgeführt werden können. Davor müssen spezielle Schulungsprogramme und Weiterbildungen für Lehrer stattfinden. Das hätte neben der Möglichkeit einer flächendeckenden Schulprojekt-Durchführung, auch den Vorteil, dass die Problematik der betroffenen Kindern ins Bewusstsein der Lehrer gerufen werden kann.

Die Schulprojekte können helfen, Vorurteile abzubauen. Wichtig bei der Umsetzung dieser Projekte ist es, die Schulkinder über psychische Erkrankungen aufzuklären. Im Rahmen dieses Projektes können die Kinder vermittelt bekommen, dass es viele Krankheiten gibt: und dass psychiatrische Erkrankungen genauso selbstverständlich existieren, wie körperliche Erkrankungen.

Für ein Schulprojekt gibt es folgende Möglichkeiten.

Schön wäre es, wenn es im Rahmen von Projekttagen an den Schulen stattfände und die Schüler sich freiwillig für das Projekt eintrügen. Eine andere Möglichkeit das Projekt durchzuführen, wäre auch in Schulstunden, wie z.B. dem Religionsunterricht oder in Unterrichtseinheiten die beim Klassenlehrer sind. Dabei ist immer darauf zu achten, dass es die Möglichkeit geben muss, die Kinder in kleinen Gruppen von drei bis vier Kindern zu unterteilen.

Beginnen könnte das Projekt mit einer kurzen Information und Einführung in das Thema. Wobei diese nicht länger als eine halbe Stunde andauern darf, da sonst die Kinder und Jugendlichen das Interesse verlieren. Wichtig ist in dieser kurzen Informationsvermittlung, die Kinder auf das Thema einzustimmen und ihr Interesse zu wecken. Als nächster Schritt, stellt man die Frage, wer schon Erfahrungen im Umgang mit psychischen Erkrankungen gemacht hat. Vielleicht erzählt ja das eine oder andere Kind von einem verrückten Nachbarn oder einer demenzerkrankten Oma. Anschließend sollen sich die Kinder in Kleingruppen aufteilen und sich über ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen austauschen.

Dann sollen sich die Kinder wieder mit der gesamten Gruppe treffen, wobei die gesamte Gruppe nicht größer als Klassenstärke sein soll. Hier reicht dann ein kurzes Nachfragen, von Seiten des Projektleiters, ob noch jemand etwas berichten will, bevor er in die nächste Phase der Informationsvermittlung übergeht. In dieser Phase sollten dann, abhängig vom Alter der Kinder und Jugendlichen, Fragen (wie z. B: was ist ein

Psychiater? Was für unterschiedliche psychische Erkrankungen gibt es? Was ist Neuroleptika? Warum verhalten sich Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung komisch?) behandelt werden. Wichtig finde ich auch, dass es die Möglichkeit gibt, auch Anonym Fragen zu stellen. Die Umsetzung kann über eine Blackbox passieren, in die die Schüler ihre persönlichen Fragen auf Zetteln hineinwerfen können.

So haben Kinder psychisch kranker Eltern die Chance Fragen zu stellen, die sie sonst vielleicht aus falscher Scham nicht gestellt hätten.

Nach dieser Phase ist eine größere Pause für die Kinder wichtig, wobei je nach Alter der Kinder oder Jugendlichen, für den ersten Tag auch schon Schluss sein kann.

Während des Projektes und darüber hinaus, ist es zwingend notwendig, dass der Lehrer anbietet, für offene Fragen zur Verfügung zu stehen. Es ist auch sinnvoll, genügend Zeit für ein persönliches Nachgespräch, einzuplanen.

In den folgenden zwei Tagen wäre es schön, wenn die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit bekommen, sich eine psychiatrische Klinik anzuschauen, oder mit einem Psychiater zu sprechen, um die Hemmung vor solchen Einrichtungen zu verlieren. Ein Vorteil wäre es für die Kinder auch, einen Betroffenen im Gespräch kennen lernen zu können. Dadurch kann man Vorurteile schneller abbauen.

Zum Abschluß des Projektes ist es wichtig den Kindern die Möglichkeit zu bieten, sich erst in Kleingruppen über ihre Erfahrungen und Eindrücke der letzten Tage auszutauschen. Dann kann die Reflexion in der großen Gruppe stattfinden. Dabei sollten auch offene Fragen geklärt werden. Interessant ist es, abschließend die Kinder oder Jugendlichen zu Wort kommen lassen, ob sich ihre Haltung gegenüber psychisch erkrankten Menschen verändert hat.

Verschiedene Lehrer, wie z.B. der Biologielehrer, könnten das Thema „psychische Erkrankungen“ in ihrem Unterricht weiter behandeln. Themen wie die biologisch-chemischen Prozesse, die im Gehirn passieren, damit ein Mensch eine Psychose entwickelt, oder die Wirkungsweisen von Medikamenten. Im Religionsunterricht kann man die Toleranz für Menschen, die anders sind, fördern.

Vereinzelt gibt es schon Initiativen, die sich für Schulprojekte einsetzen. Die Initiative „irrsinnig menschlich e.V.“, setzt mit ihrem Projekt zur Förderung der Toleranz und der Erweiterung von Denkansätzen und Sozialen Kompetenzen, bei jungen Menschen an. Denn diese sind neugierig und offen, sich mit der Komplexität menschlichen Lebens auseinander zu setzen.¹⁶⁴ Diese Schulprojekte sind aber nicht ausreichend umgesetzt.

¹⁶⁴ Vgl. Internetquelle Nr. 6

Ein flächendeckender Standard von Schulprojekten ist unbedingt notwendig.

Nicht nur für die Kinder psychisch kranker Eltern wäre es sehr erleichternd, wenn das Thema „psychiatrische Erkrankung“ nicht länger dem Deckmantel der Verschwiegenheit gehalten würde. Auch für Menschen die selbst psychiatrisch erkrankt sind und für weitere Angehörige wäre es sehr entlastend, wenn dieses Thema öffentlich gemacht würde. Mit pfiffigen Ideen und einer ansprechender Aufmachung könnten eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit, z.B. mit Hilfe bunter Plakate, das Thema enttabuisieren. Wichtig wäre auch eine groß angelegte Inforeihe in bekannten Zeitungen. Dabei geht es um die Informationsvermittlung, z. B. über die Lebensprävalenz, dem Risiko, selbst eine psychiatrische Erkrankung zu bekommen. Sobald wir uns bewußt machen, dass eine psychische Erkrankung jeden treffen kann und auch wir selbst nicht immun dagegen sind, steigt unsere Toleranz.

Für Kinder psychisch kranker Eltern ist eine flächendeckende Öffentlichkeitsarbeit, auch eine Unterstützungsmöglichkeit. Wenn in der Gesellschaft die bestehenden Vorurteile und Klischees zum Thema „psychische Erkrankung“ abgebaut werden, verlieren die Kinder ihr Schamgefühl und das Gefühl allein dazustehen.

Um die breite Öffentlichkeit anzusprechen, müssen die Probleme der Kinder ständig präsent gemacht werden. Ich denke dabei an große Plakate, die das Thema „psychische Erkrankungen“ fortwährend ins Bewußtsein der Bevölkerung rufen.

Es könnte nach einem ähnlichen Konzept, wie bei der Aids-Öffentlichkeitsarbeit funktionieren. Die Bevölkerung wird durch die bunten Plakate, dauernd mit der Immunschwäche-Erkrankung konfrontiert. Das Thema „Aids“ konnte so enttabuisiert werden.

Auch in der Öffentlichkeit zur Suchtprävention gibt es Plakate in allen Formen und Farben, die dem Beobachter vermitteln wollen, dass Drogen doof sind.

Es ist wichtig, öffentlich auf die besonderen Schwierigkeiten der Kinder einzugehen. Die Gesellschaft und die professionellen Helfer müssen dafür sensibilisiert werden. Denn nur dann bekommen die Kinder Unterstützung und nur dann entwickeln sich neue Hilfsmöglichkeiten.

Deshalb sollte man in der Öffentlichkeitsarbeit natürlich besonders die Kinder psychisch kranker Eltern, in den Mittelpunkt rücken.

Eine konkrete Möglichkeit sind dabei Plakate wie: Lena 12 Jahre: meine Mutter hat Krebs, Matthias 7 Jahre: mein Vater hat sich den Arm gebrochen, Ali 10 Jahre: meine Mutter ist am Blindarm operiert worden, Kim 9 Jahre: mein Vater hört Stimmen.¹⁶⁵

Neben den Plakaten sollten auch kleine Videosequenzen gedreht werden, die dann ähnlich wie die Werbung für „Aktion Mensch“ zwischen der Produktwerbung, im Fernsehen ausgestrahlt werden sollen. Diese Videosequenzen sollen den Zuschauern vor Augen führen, dass es Kinder psychisch kranker Eltern gibt und gleichzeitig die Toleranz gegenüber psychisch Kranken fördern. Das Video könnte, dem Plakat angepaßt, vier verschiedene Kinder zeigen, von denen jedes der Kinder beim Vornamen genannt wird. Es ist letztendlich egal, ob es der wirkliche Name ist oder nicht, aber das Kind wirkt durch die Bekanntmachung seines Namens vertrauter. Diese Kinder sagen dann jeweils einen Satz, in der Art: meine Mutter ist im Krankenhaus, da sie am Blindarm operiert wird. Und das letzte Kind sagt: meine Mutter ist im Krankenhaus, weil sie immer so traurig ist. Oder auch: weil sie Stimmen hört. Beendet wird die Videosequenz mit der Verdeutlichung, dass es eine halbe Million betroffener Kinder gibt¹⁶⁶ und dem Ausspruch: „Denken Sie an die Kinder, es könnte auch Ihre treffen.“ So soll verdeutlicht werden, dass niemand gegen eine psychische Erkrankung immun ist. Dadurch steigt die Betroffenheit der Zuschauer. Im Zuge der Videosequenz könnte auch ein Spendenaufruf stattfinden, der die Finanzierung bestehender Hilfsmöglichkeiten sicherstellt und Gelder für neue Hilfsprojekte sichert.

Für die Kinder ist eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit eine enorme Entlastung. Schuld- und Schamgefühle werden relativiert und sie erfahren, dass sie nicht alleine sind mit ihren Problemen. Zusätzlich soll die Öffentlichkeitsarbeit dazu führen, schneller Hilfe, auch in der Nachbarschaft, zu mobilisieren.

5.3. Schwierigkeiten

Die Schwierigkeit, die sich wie ein roter Faden, durch die einzelnen Projekte und Hilfsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern zieht, ist die Schwierigkeit der

¹⁶⁵ Vgl. Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (Hrsg) (2), 2001, S.8

¹⁶⁶ Vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S. 5

Finanzierung. Kinder psychisch kranker Eltern sind in keinem Sozialgesetzbuch erwähnt und werden deshalb auch finanziell nicht unterstützt.

Die Kinder psychisch kranker Eltern bekommen präventiv keine Unterstützung, solange sie noch funktionieren. Solange die betroffenen Kindern unauffällig und angepasst sind, werden diese Kinder immer noch vergessen. Der Aspekt, dass man mit Hilfe von präventiven Hilfsmöglichkeiten und Projekten viel Geld sparen könnte, wird leider übersehen oder ist nicht wissenschaftlich belegt.

Eine weitere Schwierigkeit in der Umsetzung von Hilfsmöglichkeiten, ist das fehlende Bewusstsein für die Probleme der Kinder. Sowohl auf professioneller Ebene, als auch in der breiten Gesellschaft, fehlt die Erkenntnis, dass diese Kinder Hilfe brauchen.

Das begründet auch mangelndes Interesse an der Problematik der Kinder.

Außerdem sind psychische Erkrankungen in unserer Gesellschaft immer noch ein Tabuthema. Im Umgang mit psychischen Erkrankungen tun sich viele schwer. Sie erscheinen uns unheimlich, machen uns verlegen und wir reagieren ängstlich. Deshalb möchten wir psychisch kranken Menschen möglichst aus dem Weg gehen. Eine andere Ursache für die Vorurteile ist, dass wir über diese Art von Erkrankungen wenig Bescheid wissen. Das liegt mitunter daran, dass auch das ärztliche Wissen um psychische Erkrankungen noch recht neu ist.¹⁶⁷ „ So verwundert es nicht, dass psychisch kranke Menschen aus der Gesellschaft ausgestoßen wurden. Die grausame Spitze war die Ermordung der psychisch Kranken im Nationalsozialismus – und diese Verbrechen liegen gerade 50 Jahre zurück“¹⁶⁸.

Die speziellen Schwierigkeiten, der in Frage kommenden, wünschenswerten Hilfsmöglichkeiten für Baden – Württemberg, werde ich einzeln aufzeigen.

Die Probleme bei der Umsetzung eines flächendeckenden Patenschaftsprojektes sind folgende:

- es gibt keine KJHG – Paragraphen, den man speziell diesem Hilfsangebot zuordnen kann;
- von der Idee bis zur Umsetzung ist es ein langer Weg;
- viele Hürden müssen überwunden werden;

¹⁶⁷ Vgl. Internetquelle Nr. 7

¹⁶⁸ Internetquelle Nr. 7

- es gibt keine Lobby;
- das Gremium muss die Schwierigkeiten der Kinder erkennen;
- Erziehung wird nicht als Arbeit gesehen;
- es gibt kein politisches Interesse;
- es ist kein Thema in den Medien;¹⁶⁹
- es gibt niemanden der die Hauptverantwortung übernimmt;
- die Probleme der Kinder müssen stärker in den Blickpunkt der Betroffenen gerückt werden;
- die Hemmschwelle muss niedrig gehalten werden, um die Klientenfamilien zu erreichen.

Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Schulprojektes sind:

- die Lehrer haben selbst ein zu geringes Fachwissen über psychische Erkrankungen;
- fehlende Vernetzung der Schulen mit psychiatrischen Einrichtungen;
- mangelndes Interesse an der Thematik;
- fehlendes Bewußtsein für die Notwendigkeit solcher Projekte;
- Lehrer sind sich der Problematik zu wenig bewusst;
- es gibt keine Lehrerfortbildung zu diesem Thema.

Für die Umsetzung der breiten Öffentlichkeitsarbeit gibt es folgende Schwierigkeiten:

- keine Institution fühlt sich ausreichend zuständig;
- große finanzielle Belastung;
- fehlendes Bewußtsein der Notwendigkeit;
- psychische Erkrankungen sind ein Tabuthema;
- die Kinder psychisch kranker Eltern stehen nicht im öffentlichen Interesse;
- es gibt kein politisches Interesse.

¹⁶⁹ Die ersten acht Nennungen, vgl. Anlage 3

6. Zusammenfassung

Faktisch gesehen gibt es in Baden-Württemberg Hilfsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern. Doch leider viel zu wenig und nur sehr vereinzelt. Diese Hilfsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote erreichen nur sehr wenige der Kinder. Um aber allen Kindern wirklich zu helfen, ist ein flächendeckender Standard notwendig. Es müssen Hilfen sein, die für jedes betroffene Kind zugänglich sind, und nicht nur für Kinder in einem bestimmten Einzugsgebiet. Außerdem ist es für das Gelingen eines Projektes sehr förderlich, wenn die Unterstützung sehr niederschwellig passiert.

Um den Kindern psychisch Kranker zu helfen, muss ihre Problematik in der Arbeit aller professionellen Helfer Beachtung finden. Besonders bei professionellen Helfern, die mit psychisch Erkrankten arbeiten, ist dies zwingend notwendig.

„Allen Berufsgruppen, die mit psychisch kranken Eltern arbeiten, obliegt die Verantwortung, die Auswirkungen der Krankheit des Erwachsenen auf die Kinder wahrzunehmen, selbst oder in Zusammenarbeit mit dafür ausgebildeten Berufsgruppen einen Unterstützungsbedarf der Kinder und der Eltern abzuklären und geeignete Hilfe anzubieten bzw. zu vermitteln“¹⁷⁰.

Doch leider sind sich viel zu wenig der professionellen Helfer der Schwierigkeiten für die Kinder bewusst. Auch in ihrem direkten Umfeld bekommen die Kinder nur wenig Hilfe.

Solange Vorurteile gegen psychische Erkrankungen bestehen, ist es schwierig für die Kinder. Die Kinder leiden nicht nur unter der Erkrankung ihrer Eltern, sondern auch unter der Stigmatisierung durch ihr Umfeld. Deshalb ist es sehr wichtig, ihr Umfeld für die Problematik zu sensibilisieren.

Die größte Schwierigkeit bei der Verwirklichung und Beibehaltung von Hilfsmöglichkeiten ist der finanzielle Aspekt. Es sind keine Gelder da, und die Kinder sind schutzlose Wesen. Sie können nicht aufstehen und rebellieren gegen ihre schlechte Situation, sondern sind hilflos darauf angewiesen, dass ihnen jemand die Hand reicht. Die einzige Möglichkeit für die Kinder Aufmerksamkeit zu bekommen, ist, selbst auffällig werden. Erst dann rücken sie in das Blickfeld der professionellen Helfer.

Auch deshalb ist der präventive Aspekt von großer Bedeutung. Sobald die Kinder auffällig werden, haben ihre Sorgeberechtigten nach dem Kinder – und Jugendhilfegesetz einen Anspruch auf Hilfe zur Erziehung (§27 Abs. 1 KJHG). Ab diesem Zeitpunkt kosten die Kinder den Kassen der Jugendämter viel Geld. Denn meist reicht dann eine ambulante

¹⁷⁰ Diankonisches Werk Mannheim, 2001, S. 48, in Internetquelle Nr. 8

Hilfsmöglichkeit nicht mehr aus und die Kinder müssen aus der Familie genommen und vollstationär untergebracht werden.¹⁷¹ Dies führt zu enorm hohen Kosten. Der Tagessatz in einer vollstationären Einrichtung liegt zwischen ca. 120 – 130 Euro. Bei geschlossener stationärer Unterbringung verdoppeln sich die Kosten.¹⁷² Wenn das Geld nun in präventive Kinderprojekte eingesetzt wird, könnte den Kindern geholfen und trotzdem noch Kosten gespart werden. Leider wird diese Behauptung von keinen Zahlen untermauert. Trotzdem finde ich es wichtig, diesen Aspekt zu überdenken und im Umgang mit finanziellen Mitteln vorausschauender zu arbeiten.

Auch die Krankenkassen können mit präventiven Projekten Kosten sparen. Wenn von den 500.000¹⁷³ betroffenen Kindern 10 bis 15% selbst erkranken, sind das bis zu 75000 tatsächlich erkrankte Kinder. Die finanzielle Belastung, um die erkrankten Kinder psychiatrisch zu versorgen, sind erheblich höher.

Die Risikoforschung betont neben den erblichen Faktoren besonders die exogenen Risikofaktoren, die für das Auftreten einer schizophrenen Erkrankung verantwortlich sind. Es ist daher sinnvoll, nicht abzuwarten, bis psychopathologische Auffälligkeiten auftreten, sondern bereits in der symptomfreien Phase gezielte Maßnahmen einzuleiten, welche die Entwicklung einer Erkrankung mildern.¹⁷⁴ Leider gibt es noch keine Zahlen, die belegen können, wie hoch die eingesparten Kosten sind. Es hat bisher noch keine Krankenkasse versucht, auf diese Weise Kosten zu sparen.

Dennoch besteht Hoffnung, dass sich die Situation der Kinder in den nächsten Jahren verbessern wird, da ich während meiner Recherche vereinzelt auf professionelle Helfer gestoßen bin, die sich der Thematik bewusst sind und sich den Kindern annehmen wollen.

Ich hoffe und ich wünsche mir, dass sich immer mehr Menschen der Problematik der Kinder psychisch kranker Eltern bewusst werden und sich ihrer annehmen. Nur so kann eine Lobby geschaffen werden, in der effektive Hilfe passiert.

Denken Sie an die Kinder, sie sind auf unsere Hilfe angewiesen.

¹⁷¹ Vgl. Schone/Wagenblass (2), 2001, S. 135

¹⁷² Stoll, 2004

¹⁷³ Vgl. Remschmidt/Mattejat 1994 S. 5

¹⁷⁴ Bohus et. al., 1998, S.135

7. Literaturverzeichnis

- Aktion Jugendschutz Sachsen e.V. (Hrsg.) : „Info. Zeitschrift für Kinder – und Jugendschutz“ , Ausgabe 01/2001, 8.Jahrgang.
- Barkey, P.: „Zwangssymptome“ in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): „Fachlexikon der sozialen Arbeit“, Frankfurt a. M. 1997, Eigenverlag, 4. Auflage, S.1058.
- Bauer, U.: „Patent für fröhliche Kinderstunden“, in: Heilbronner Stimme, Tageszeitung, Ausgabe vom 31.01.04. (Interview).
- Baum, C., zitiert nach Bauer, U.: „Patent für fröhliche Kinderstunden“, in: Heilbronner Stimme, Tageszeitung, Ausgabe vom 31. 01. 04. (Interview).
- Bäumel, J. : „Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige“, Berlin 1994, Springer – Verlag.
- Beeck, K. (1) (Hrsg.): „Ohne Netz und ohne Boden. Situation Kinder psychisch kranker Eltern“, Berlin 2003.
- Beeck, K. (2): „Netz und Boden. Hilfsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern“, Berlin 2003.
- Benvenuti, P./Marchetti, G./Niccheri, C./Pazzagli, A.: „The Psychosis of Fatherhood: A Clinical Study“, Psychopathologie 28, 1995, S. 78 – 84.
- Billings, A. G. Moos, R.H. : „Comparison of children of depressed and non-depressed parents. A social-environmental perspective“, Journal of Abnormal Child Psychology, 11, 1983, S. 463 – 485.
- Bohus, M. et. al. : „Kinder psychisch kranker Eltern“, in: Psychiatrische Praxis, Jahrgang 25, Heft 3, Stuttgart 1998, Thieme Verlag, S. 134 –138.
- Brumm, J.: „Verantwortung für eine >>neue<< Zielgruppe übernehmen. Erfahrungen in einer Erziehungsberatungsstelle.“ In: Matthejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.): „...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker“, Bonn 2001, 3. Auflage, Psychiatrie Verlag, S.92 – 96.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): „Kinder – und Jugendhilfe. Ahtes Buch Sozialgesetzbuch“, Berlin 2000, Druckhaus Brandenburg, 10. Auflage.
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hrsg.): „Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige“, Bonn 2001, Psychiatrie Verlag.

- Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigung e.V. (Hrsg.) (1): „Wenn eine Mutter oder ein Vater psychische Probleme hat...Wie geht es dann den Kindern?“, Bonn 2001, pro juventute, deutschsprachige Erstausgabe.
- Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigung e.V. (Hrsg.) (2): „Wenn deine Mutter oder Dein Vater in psychiatrische Behandlung muss...Mit wem kannst Du dann eigentlich reden?“, Bonn 2001, pro juventute, deutschsprachige Erstausgabe.
- Deneke, C. : „Besser früh betreuen als später behandeln. Erfahrungen einer Kinder – und Jugendpsychiaterin“, in: Mattejat, F. Lisofsky, B. (Hrsg.): „...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker“, Bonn 2001, 3. Auflage, Psychiatrie Verlag, S.87 – 91.
- Deneke, C., zitiert nach Uwe Groenewold, in: Internetquelle Nr. 1 : www.uke.hamburg.de/aktuelles/archiv/20020827-SeelenNot.de.html 03.02.04,19:36 Uhr, Pressemitteilung 2002.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): „Fachlexikon der sozialen Arbeit“, Frankfurt a. M. 1997, 4. Auflage, Eigenverlag.
- Diakonisches Werk Mannheim e.V. (Hrsg.): „Kinderprojekt Mannheim. Kinder mit psychisch erkrankten Eltern. Hilfen für Eltern und Kinder. Vernetzung und Ressourcen. Abschlußbericht“, Mannheim 2001 in Internetquelle Nr. 8: www.diakonie-baden.de 08.02.04, 10:24 Uhr.
- Groenewold, U., in Internetquelle Nr. 1: www.uke.uni-hamburg.de/aktuelles/archiv/20020827-SeelenNot.de.html 03.02.04,19:36 Uhr Pressemitteilung 2002.
- Gundelfinger, R.: „Vorurteile durch Öffentlichkeitsarbeit abbauen“ in Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.): „...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker“, Bonn 2001, 3. Auflage, Psychiatrie Verlag, S. 175 – 178.
- Gundelfinger, R.: „Und wie geht es eigentlich den Kindern?“ In: Internetquelle Nr. 2 : www.isf-graz.at/cms/dokumente/10013870/15b36271/Skriptum+KiS.doc 31.03.04 10:15 Uhr Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz, Tagung: „Kindheit im Schatten“, Graz 2002, S. 7 – 12.
- Hartmann, H.-P.: „Beziehungsabbrüche vermeiden. Klinische Mutter-Kind-Einheiten“ , in: Mattejat, F. Lisofsky, B.: „...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker“, Bonn 2001, 3. Auflage, Psychiatrie Verlag, S.125 – 133.

- Haselbeck, H.: „Depression“, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg): „Fachlexikon der sozialen Arbeit“, Frankfurt a. M. 1997, 4. Auflage, Eigenverlag, S.200.
- Heim S.: „...und (k)einen Platz für Kinder? Ein „blinder Fleck“ der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie“, in: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (1): „Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie“ Soziale Praxis Heft 21, Münster 2001, Votum Verlag, S. 73 – 76.
- Hoffman-Richter, U./Finzen, A.: „Die häufigsten psychischen Krankheiten“, in: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hrsg) : „Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige“, Bonn 2001, Psychiatrie – Verlag, S. 20 – 46.
- Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (1): „Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie“ Soziale Praxis Heft 21, Münster 2001, Votum Verlag.
- Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (2): „ISA – Jahrbuch zur sozialen Arbeit 2001“ , Münster 2001.
- Kilian, H. : „Mutter–Kind–Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie. Konzeption und erste Erfahrungen“ Originalarbeit in „Krankenhauspsychiatrie“, Georg Thieme Verlag Stuttgart/New York 2001, (Sonderdruck), S. 2 – 6
- Kilian H./Abendschein, B./Wagner, B./Oelrich, C.: „Eltern – Kind – Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie“, in: „Der Nervenarzt 9/2003“, Springer – Verlag 2003, S. 779 – 784.
- Knuf, A. : „Mit meiner Mutter stimmt was nicht. Die vergessenen Kinder seelisch kranker Eltern“, in: Psychologie Heute, 06/2000, Überarbeitete Fassung unter www.netz-und-boden.de.
- Landeswohlfahrtsverband Baden (Hrsg.): „Vorbeugende Jugendhilfe für Kinder akut und chronisch psychisch kranker Eltern. Kinderprojekt Auryn. Projektabschlussbericht“, Karlsruhe 1999.
- Lazarus, H. : „Zum Wohle des Kindes? Psychisch erkrankte Eltern und die Sorgerechtsfrage“, in: Soziale Psychiatrie 3/2003, S.22 –26.
- Leidner, M. : „Das Schweigen brechen. Die Kindergruppe des Modellprojektes Auryn“ in Mattejat, F. Lisofsky, B. (Hrsg.) : „...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker“, Bonn 2001, 3. Auflage, Psychiatrie Verlag, S. 144 – 147.
- Lisofsky, B. : „Wenn Mama durcheinander ist...“ online – Veröffentlichung, 2004, unter www.netz-und-boden/aterial/Artikel.de 17.03.04, 15.07 Uhr.

- Mader, G. : „Zum Wohle des Kindes !? – psychisch kranke Eltern aus der Sicht der Jugendwohlfahrt. Möglichkeiten und Grenzen“, in: Internetquelle Nr. 2 : www.isf-graz.at/cms/dokumente/10013870/15b36271/Skriptum+KiS.doc 31.03.04 10:15 Uhr Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz, Tagung: „Kindheit im Schatten“ Graz 2002 S. 15 – 22.
- Marsh, D.T./Dickens, R.M.: „Troubled Journey“, Pinguin Putnam, 1997.
- Mattejat, F. : „Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist.“ in: Mattejat, F/Lisofsky, B. (Hrsg.) : „...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker“, Bonn 2001, 3. Auflage, Psychiatrie Verlag, S.66-78.
- Mattejat, F. Lisofsky, B. (Hrsg.) : „...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker“, Bonn 2001, 3. Auflage, Psychiatrie Verlag.
- Näslund, B./Persson –Blennow, I./McNeil, T./Kaij, L./Malmquist- Larsson, A. : „Offspring of women with nonorganic psychosis: infant attachment to the mother at one year of age.“, Scandinavica 1984, Acta Psychiatrica, 69, S. 231 –241.
- Remschmidt, H./Mattejat, F.(Hrsg) : „Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung“, Göttingen 1994.
- Remschmidt, H./Strunk, P./Methner, Ch./Tegler, E.: „Kinder endogen-depressiver Eltern. Untersuchungen zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen und zur Persönlichkeitsstruktur. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie.“, 1973, S. 326 - 340 .
- Riss, N.: „Wenn die Dämonen meiner Mutter nach mir greifen“ , in: Beeck, K. (1) (Hrsg): „Ohne Netz und ohne Boden. Situation Kinder psychisch kranker Eltern“, Berlin 2003, S. 40 – 42.
- Straub, J./Kempf, W./Webrik, H. (Hrsg.):“Psychologie . Eine Einführung. Grundlagen, Methoden , Perspektiven“ München 1997, Deutscher Taschenbuch Verlag S. 429.
- Schone, R.: „Die Unterstützung der Familie hat Vorrang. Zur Wahrnehmung der elterlichen Sorge durch psychisch Kranke“ in: Mattejat, F. Lisofsky, B. (Hrsg) : „...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker“, Bonn 2001, 3. Auflage, Psychiatrie Verlag, S. 107 – 117.
- Schone, R./Wagenblass, S. (1): „Kinder psychisch kranker Eltern als Forschungsthema. Stand und Perspektiven.“ In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg) : „Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie“ Soziale Praxis Heft 21, Münster 2001, Votum Verlag, S. 9 –18.

- Schone, R./Wagenblass, S. (2): „Unbekannte Welten. Die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffene Angehörige.“ In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg) (2) : „ISA – Jahrbuch zur Sozialen Arbeit 2001.“, Münster 2001, S.128 – 138.
- Sollberger 2000, zitiert nach Lazarus H.: „Zum Wohle des Kindes? Psychisch erkrankte Eltern und die Sorgerechtsfrage“ in Soziale Psychiatrie, 3/2003, S. 22 – 26.
- Stoll, G.: „Ein Fall für Südafrika. Warum das Jugendamt einen 15 - Jährigen auf Reisen schickt.“ Im: Zollernalb Kurier, 23. 06.04,
- Szylowicki, A.: „Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern“ , in: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (1): „Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie“ Soziale Praxis Heft 21, Münster 2001, Votum Verlag, S.103 – 117.
- Turner, S.M./D.C. Beidel, A./Costello: „Psychopathology in the offspring anxiety disorders patients.“, in Journal of Consulting and Clinical Psychology 2, 1987, S. 229 – 235.
- Wahrig, G. : „Deutsches Wörterbuch“ , München 1986, 3. Auflage.
- Wagenblass, S. : „Wenn Eltern in ver-rückten Welten leben.... Die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffenen Angehörige“ in Soziale Psychiatrie 3/2003, S. 8 –11.
- Wagenblass, S. : „Kinder psychisch kranker Eltern - eine vernachlässigte Zielgruppe von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie“, in: Aktion Jugendschutz Sachsen e.V. (Hrsg.) : „Info. Zeitschrift für Kinder – und Jugendschutz“, Ausgabe 01/2001 , 8. Jahrgang, S. 2 – 6.

Internet-Quellen:

- Internetquelle Nr. 1 : www.uke.uni-hamburg.de/aktuelles/archiv/20020827-SeelenNot.de.html 03.02.04,19:36 Uhr Pressemitteilung 2002 Uwe Groenewold.
- Internetquelle Nr. 2 : www.isf-graz.at/cms/dokumente/10013870/15b36271/Skriptum+KiS.doc 31.03.04 10:15 Uhr Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz, Tagung : „Kindheit im Schatten“.
- Internetquelle Nr. 3 : www.kjp.uni-marburg.de/fff/no39.htm 12.04.04, 20:01 Uhr.

Internetquelle Nr. 4 : www.Netz-uns-Boden.de 23.04.04, 10:37 Uhr.

Internetquelle Nr. 5: www.pzn-wiesloch.de/das_pzn/spezialangebote.de 22.05.04,
15:18 Uhr.

Internetquelle Nr. 6: www.irrsinnig-menschlich.de 22.06.04 11:25 Uhr.

Internetquelle Nr. 7: www.sktn.de/fachart/f_852_1.htm 22.06.04. 11:18 Uhr.

Internetquelle Nr. 8: www.diakonie-baden.de 08.02.04, 10:25 Uhr.

8. Anhang

Anlage Nr. 1:

Gesprächsprotokoll mit Frau Baum, in Weinsberg, am Montag, den 17.05.04.
um 9.00 Uhr – 10.00 Uhr

Gesprächspartnerin: Frau Christina Baum

Alter : ca. 35 Jahre

Beruf: Arbeitet als Sozialpädagogin beim Sozialpsychiatrischen Dienst. Kam durch ihre Arbeit auf die Problematik der Kinder psychisch kranker Eltern.

Seit Mai 04 arbeitet Sie nur noch zu fünfzig Prozent im SpDi. Die andere halbe Stelle ist Frau Baum für das Projekt eingesetzt. Diese halbe Stelle wird von der Heilbronner Stimme für die Dauer von einem Jahr finanziert.

Chronologischer Gesprächsverlauf:

Frau Baum berichtete mir, dass sie schon seit fünf Jahren eine Eltern–Kind–Gruppe leitet, in der psychisch kranke Eltern die Möglichkeit bekommen, gemeinsame Unternehmungen durchzuführen. Frau Baum weist mich auf die Problematik vieler psychisch kranker Eltern hin, in ihrer Freizeitgestaltung krankheitsbedingt eingeschränkt zu sein. Für die psychisch kranken Eltern seien solche Aktivitäten in der Gruppe immer eine wertvolle Erfahrung.

Begonnen habe das neue Projekt über den Psychiatrie-Arbeitskreis. Der Psychiatrie-Arbeitskreis kümmert sich um die psychiatrische Versorgung und ist somit auch für den Sozialpsychiatrischen Dienst zuständig. Innerhalb des Psychiatrie-Arbeitskreises kam die Idee den tatsächlichen Hilfebedarf für Kinder psychisch kranker Eltern festzustellen.

Der Sozialdezernent Herr Link regte die Prüfung des Bedarfes an.

Die Anfrage ging an den Arbeitskreis „Kinder psychisch Kranker“ der seit Sommer `03 existiert. In diesem Arbeitskreis sind folgende Institutionen vertreten: das Jugendamt Heilbronn, das Landratsamt Heilbronn, der Sozialpsychiatrische Dienst, die Sozialplanerin, der Weinsberger Hilfsverein und die Caritas Hohenlohe.

Aus diesem Arbeitskreis bildete sich die Vorbereitungsgruppe, in der neben Frau Baum noch eine Sozialplanerin von Landratsamt, das Landesgesundheitsamt und Herr Scherer, der nun auch aktiver Projektmitarbeiter ist, teilnehmen. Die Vorbereitungsgruppe orientiert

sich in ihrer Arbeit an der Institution Anna & Marie, in der Mädchen ab 12 eine erwachsene ehrenamtliche Person als Gesprächspartner/in vermittelt bekommen.

Das Projekt sei ursprünglich in zwei Konzepte für unterschiedliche Altersgruppen aufgeteilt gewesen. Das Konzept der Patenfamilie für Kinder bis zu ihrem zehnten Lebensjahr und das Konzept des Gruppenangebotes für Kinder ab dem zehnten Lebensjahr. Die Durchführung von beiden Konzepten ist im Moment leider nicht möglich. Außerdem, habe Frau Baum von verschiedenen Stellen erfahren, dass es für die Durchführung des Gruppenangebotes mehrere Schwierigkeiten gibt. Wie z.B., dass die Veranstalter auf betroffene Kinder im gleichen Alter angewiesen sind um sinnvolle Gruppen bilden zu können. Zusätzlich ergibt sich das zeitliche Problem. Frau Baum berichtete mir, es sei bereits bei vier Kindern schwierig, einen gemeinsamen freien Nachmittag zu finden.

Deshalb überlegt sich Frau Baum, ob sie nicht das Angebot der Patenfamilie auch für Kinder über dem zehnten Lebensjahr öffnen soll. Sie sei bei Bedarf jedenfalls nicht abgeneigt.

Für betroffene Kinder über dem zehnten Lebensjahr sollen alternativ zum regelmäßigen festen Gruppenangebot gemeinsame Aktivitäten angeboten werden.

Die Finanzierung wird durch die Heilbronner Stimme gewährleistet. Außerdem wird für ein Jahr lang eine wissenschaftliche Begleitgruppe bezuschusst, um den Nutzen des Projektes zur Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern festzustellen.

Neben der halben Stelle von Frau Baum für den Stadt- und Landkreis Heilbronn wird für den Hohenlohekreis seit Mai `04 eine Viertel-Stelle ermöglicht. Diese Stelle besetzt Herr Scherer.

Nachdem die finanzielle Situation geklärt war, begannen die beiden Projektmitarbeiter Herr Scherer und Frau Baum mit der Schulung der Patenfamilien.

Die interessierten Patenfamilien treffen sich vier mal im wöchentlichen Turnus. Innerhalb der Patenschulung wurden den Patenfamilien die möglichen Klientenfamilien vorgestellt.

In einer gemeinsamen Freizeitaktivität am 20. Juni `04 sollen die Familien einander vorgestellt werden.

Danach findet die Einzelvermittlung statt. Die Familien konnten sich dann gegenseitig ein Bild voneinander machen und feststellen, mit welcher Familie die Chemie stimmt.

Die Vermittlung wird von Frau Baum begleitet.

Auffallend ist die hohe Altersstruktur der Patenfamilien. Viele Ehepaare engagieren sich, nachdem die eigenen Kinder erwachsen oder zumindest aus dem gröbsten raus sind, sozial. Es war auch spannend, dass sich die Patenfamilien keine Sorgen im Umgang mit den Kindern machen, auch wenn diese als schwierig geschildert wurden. Die Sorge der Patenfamilien liegt im Umgang mit den psychisch kranken Elternteil. Hier wird wieder die schlechte Information der Gesellschaft über psychische Erkrankungen deutlich. Außerdem sind die Patenfamilien ehrenamtliche Helfer.

Frau Baum erzählt mir zum Schluss unseres Gespräches, dass es bereits sieben Patenfamilien und sieben Klientenfamilien gibt, sich aber immer wieder sowohl interessierte Patenfamilien als auch Klientenfamilien bei ihr melden und Interesse kundtun.

Schwierigkeiten kann sich Frau Baum bisher noch keine vorstellen, es verlief bisher alles besser als geplant. Die einzige Schwierigkeit, die sich ergeben kann, ist die Finanzierung, doch das ist bisher noch sichergestellt.

Anlage Nr. 2:

Gesprächsprotokoll von dem Telefonat mit Frau Lassel am 28.05. um 15.30Uhr

Die Telefonnummer von Frau Lassel bekam ich über eine Information des Landratsamtes in Schwäbisch Hall.

Frau Lassel ist Sozialarbeiterin und arbeitet beim Gesundheitsamt in Schwäbisch Hall. Sie erzählte mir von einem Arbeitskreis, der sich um die Belange von Kindern psychisch kranker Eltern kümmern will. Mitte Juni werde das dritte Treffen stattfinden.

In dem Arbeitskreis sind Mitarbeiter der Erziehungsberatungsstelle, der Sozialpädagogischen Familienhilfe, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der AOK und des Gesundheitsamtes. Im Bedarfsfall würden sich auch Mitarbeiter des Jugendamtes beteiligen. Das Jugendamt ist aber nicht fest in den Arbeitskreis integriert.

Da der Arbeitskreis noch nicht lange existiert, gibt es bisher leider noch keine Konzeption. Frau Lassel berichtet mir, die ersten Punkte, mit denen sich der Arbeitskreis beschäftige, seien:

- eine Zusammenstellung der bereits existierenden Hilfen.
- das Anhören von betroffenen Kindern, was sagen die Betroffenen ?
- ab Herbst startete die Öffentlichkeitsarbeit.

Des weiteren erzählte mir Frau Lassel, dass sie sich mit der Arbeit in ihrem Arbeitskreis an bereits existierenden oder schon abgeschlossenen Projekten für Kinder psychisch kranker Eltern orientieren wollen. Wie z.B. an KipkE oder dem Kinderprojekt Mannheim.

Ein besonderes Anliegen seien dem Arbeitskreis die „vergessenen“ Kinder. Der Arbeitskreis wolle sich speziell um Kinder psychisch kranker Eltern kümmern, die nach außen hin funktionieren, deshalb nicht in das Blickfeld von Fachleuten fallen, und dadurch bisher auch wenig Chancen haben zu Hilfsmöglichkeiten zu kommen.

Anlage Nr. 3:

Gesprächsprotokoll mit Frau Mauser in Balingen, am Donnerstag, den 24.06.04, um 10.00 – 11.00 Uhr

Gesprächspartnerin: Frau Mauser

Alter: ca. 40

Beruf: Leiterin der Pflege- und Adoptionsvermittlung im Landratsamt Balingen

Chronologischer Gesprächsverlauf:

Zu Beginn des Gespräches, stellte ich Frau Mauser, meine Idee der Entwicklung eines flächendeckenden Standards der Patenfamilie vor.

Ich fragte sie, inwieweit es tatsächlich möglich ist, die Pflegeelternanwärter mit den Anwärtern für das Patenschaftsprojekt gemeinsam zu schulen. Frau Mauser machte mich auf folgende Schwierigkeiten aufmerksam:

- Die Pflegeeltern haben eine emotional engere Bindung zu den Kindern als Patenfamilien.
- Pflegeeltern beschäftigen sich in der Pflegeelternschulung auch stark mit dem Thema der Konkurrenzsituation zwischen den leiblichen Eltern und den Pflegeeltern. Diese Schwierigkeiten treten bei der Vollzeitpflege verstärkt auf.
- Pflegeeltern sind nicht für die Mutter zuständig, Patenfamilien kümmern sich auch um die erkrankte Mutter.
- Pflegeeltern brauchen eine intensivere Schulung.

Die Patenfamilie müssen sich mehr mit folgenden Themen beschäftigen:

- Was ist ein Ehrenamt?
- Was kann ich leisten?
- Wie kann ich mich gegenüber der Klientenfamilie abgrenzen?

Sobald aber die Patenfamilie auch die Aufnahme der Kinder in Krisensituationen und bei Krankenhausbehandlungen übernimmt, sind dieselben Themen für die Familien relevant. Wenn Bereitschaftspflege in der Patenschaft vorgesehen ist, ist eine gemeinsame Schulung durchaus möglich.

Frau Mauser berichtete, dass es ein ähnliches Modell. Es gibt Notpflegefamilien, die sich jeweils für die Kinder einer psychisch erkrankten Mutter reservieren lassen. Dadurch werden für die Kinder Beziehungsabbrüche vermieden.

Die Finanzierung passiert über die Bereitschaftspflege/Notpflege.

Die Notpflegepauschale liegt bei 150,- Euro, der monatliche Satz beträgt 900,- Euro. Wobei diese Pflegesätze je nach Landkreis unterschiedlich sind.

Zum Thema Supervision sagte mir Frau Mauser, es sei grundsätzlich kein Problem für die Familie, Supervision zu bekommen, solange diese als Notpflegefamilie fungiert. Sobald die Kinder aber wieder aus der Familie raus sind, gibt es keinen Anspruch. Leider bekommen die Familien dann keine Supervision, da die Zeit, in der die Kinder in den Patenfamilien sein sollen, nicht lange genug ist.

Dafür bekommen die Notpflegefamilien aber einen Ansprechpartner vom Jugendamt, mit dem sie alltagspraktische Dinge klären können. Für Probleme, die sich im Umgang mit den psychisch kranken Eltern ergeben, fehlt ein Ansprechpartner.

Frau Mauser meinte, um die Idee der Patenschaft tatsächlich umzusetzen, müsste unbedingt eine Hotline eingerichtet werden, an die sich die Patenfamilie bei schwierigen Problemen wenden können (beispielsweise die psychisch kranke Mutter droht mit Selbstmord).

Diese Hotline könne aber nur in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, wie z. B. den SpDi funktionieren.

Auf meine Frage, ob man mit dem präventiven Ansatz der Patenfamilien Kosten sparen kann, erklärte mir Frau Mauser, dass sie sich das durchaus vorstellen könne. Die Schwierigkeit liegt jedoch in der Nachweisbarkeit dieser Annahmen. Um die Behauptung, man könne Kosten sparen, zu belegen, brauche man mindestens eine Projektlaufzeit von zwei Jahren. Erst danach könne man, wenn auch nur eingeschränkt, da zwei Jahre für eine ausreichende Prognose sehr kurz sind, sagen, ob durch die Patenschaften tatsächlich Kosten gespart worden sind.

Sehr erfreulich war für mich die Aussage von Frau Mauser, dass es im KJHG durchaus Möglichkeiten gibt, die eine flächendeckende Patenschaft finanziell absichern könnten. Sie nannte mir dafür folgende Paragraphen aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz:

- § 33 Vollzeitpflege
- § 20 Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen
- § 16 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

Bis die Patenschaft aber tatsächlich so umzusetzen und als reguläres Angebot aufgenommen werden kann, ist es ein langer Weg:

- um dies so umzusetzen, braucht man Mitstreiter auf dem Amt;
- das Interesse für die Patenfamilien muss geweckt sein;
- man braucht die Unterstützung des Amtsleiter;
- man braucht Kooperationspartner, wie z.B. den SpDi, aus dieser Kooperation können aufgrund des unterschiedlichen Fokus Schwierigkeiten ergeben;
- das Konzept muss mit Zustimmung des Amtsleiters entwickelt werden;
- der Dezernent muss seine Zustimmung geben;
- und der Landrat entscheidet dann, ob das Konzept in den Jugendhilfeausschuß gegeben wird.

Wenn alles soweit gelaufen ist, entscheidet der Jugendhilfeausschuß. Erst mit dem Beschluß kann das Projekt umgesetzt werden.

Auf diesem Weg gibt es folgende Hürden:

- psychisch kranke Mütter sind nicht im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses;
- der tatsächliche Bedarf ist schwer vorherzusagen;
- es gibt keine Lobby;
- das Entscheidungsgremium muss die Schwierigkeiten der Kinder psychisch kranker Eltern erkennen;
- Erziehung wird nicht als Arbeit angesehen;
- Thema ist nicht im politischen Interesse;
- psychische Erkrankungen ist kein Thema in den Medien.

Frau Mauser erzählte mir außerdem, dass sie in der Vollzeitpflege auf immer mehr psychisch kranke Eltern und geistig eingeschränkte Eltern trifft, da es für solche Familien, außer der Herausnahme aus der Familie, kein anderes Modell gibt.

Eine Möglichkeit für die Finanzierung der Umsetzung, könnte die Tagespflege bieten. Wenn das Kind 1 – 2h pro Tag in der Familie ist, gibt es einen Gesamtsatz von 127, - Euro pro Monat.

Man kann solche Unterstützungen ähnlich der Patenfamilie, auch als Erziehungsbeistand, nach § 30 KJHG, deklarieren.

Zum Abschluß unseres Gespräches, erzählte mir Frau Mauser, dass sie sich mit diesem Thema schon beschäftigt habe und nach Abschluss ihres aktuellen Projektes, die Planung einer Hilfsmöglichkeit für psychisch kranke Familien, in Erwägung ziehe.

Anlage Nr. 4: Flyer: „Das Projekt KipkE wird beendet – KipkE geht weiter!“

Anlage Nr. 5: Flyer: „KipkE. Projekt zur Unterstützung und Entlastung von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit psychischer Erkrankung“

Anlage Nr. 6: Flyer: „ Schulprojekt: Verrückt? Na und!“

Anlage Nr. 7: Konzeption des Projektes zur Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern

