

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences

Fachbereich: Sozialwesen
Masterstudiengang: Psychosoziale Beratung und Therapie



Masterarbeit

Gestaltung von elternunabhängigen Beratungsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern

Eingereicht von: Johanna Aagard-Stein

Datum: 15.12.20

Dozentin:

Prof. Dr. Martina Ruhmland

Prof. Dr. Ilka Lißmann

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis	5
1 Einleitung.....	7
2 Stand der Forschung und theoretische Grundlagen	11
2.1 Die Lebenssituation von Kindern psychisch erkrankter Eltern.....	11
2.1.1 Einführung in die Thematik - Überblick über die Zahlen	11
2.1.2 Risikofaktoren	12
2.1.3 Resilienzfaktoren.....	21
2.2 Unterstützungsangebote in Deutschland	24
2.2.1 Vorstellung der aktuell vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen.....	24
2.2.2 Förderliche Faktoren für eine wirksame Unterstützung.....	31
2.2.3 Herausforderungen für die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	33
2.2.4 Darstellung der Ergebnisse der <i>Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern</i> ...	36
2.3 Beratungsangebote im Rahmen der Jugendhilfe	38
2.3.1 Rechtliche Grundlagen	38
2.3.2 Kriterien für die niedrigschwellige Gestaltung von Hilfsangeboten für Kinder und Jugendliche.....	40
2.3.3 Exemplarische Darstellung eines Beratungsangebotes für Kinder psychisch erkrankter Eltern (AKisiA).....	46
3 Empirische Untersuchung	52
3.1 Untersuchungsplanung und -durchführung	52
3.1.1 Erkenntnisinteresse.....	52
3.1.2 Die Erhebungsmethodik und die Entwicklung des Interviewleitfadens	55
3.1.3 Das Sample und die Gewinnung von Interviewpartnern	57
3.1.4 Durchführung der Interviews	59
3.2 Untersuchungsauswertung.....	61
3.2.1 Auswertungsmethodik	61
3.2.2 Vergleich der verschiedenen Interviews anhand des Kodierleitfadens	66
3.3 Untersuchungsergebnisse	78

3.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse unter Bezugnahme des aktuellen Forschungsstandes	78
3.3.2 Abschließende Reflexion des Forschungsprozesses	88
4 Fazit und Ausblick.....	91
5 Literaturverzeichnis.....	94
Selbstständigkeitserklärung	99
Anhang.....	100

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Überblick über die Angebotsstruktur für Kinder psychisch kranker Eltern aus Schmenger und Schmutz (2019, S. 10).....25

Tabelle 1: Ausschnitt der Auswertungstabelle „Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten“ (Als Beispiel für die Auswertung mithilfe von Tabellen).....65

Abkürzungsverzeichnis

vgl.	vergleiche
ebd.	ebenda
S.	Seite
z.B.	zum Beispiel
bspw.	beispielsweise
e.V.	eingetragener Verein
et al.	et alii (und andere)
u.	und
f.	folgend (betrifft die aktuelle und die folgende Seite)
ff.	fortfolgend (betrifft die aktuelle und die weiteren folgenden Seiten)
ggf.	gegebenenfalls
f2f	Face-to-Face
ICD 11	International Classification of Diseases 11th Revision
SGB	Sozialgesetzbuch
AFET	Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.
AKisiA	Auch Kinder sind Angehörige! (Unterstützungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien in Aachen)
CHIMPs	Children of mentally ill parents. (ein familienorientiertes Präventionskonzept des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf)
Kipkel	Förderkreis KIPKEL e.V. (Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern)

In der folgenden Arbeit wird überall dort, wo ein guter Lesefluss nicht beeinträchtigt wird die männliche und die weibliche Sprachform verwendet. An allen sonstigen Stellen wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Formulierungen beziehen sich jedoch immer sowohl auf männliche, weibliche und diverse Personen.

1 Einleitung

Nachdem Kinder psychisch erkrankter Eltern lange Zeit als die vergessenen Angehörigen galten, rückte die Lebenssituation dieser Kinder in den letzten 20 Jahren immer mehr in den Fokus der Fachöffentlichkeit (vgl. Jungbauer, 2016, S. 9 u. Loch, 2016, S. 11). Trotz eines Anstiegs von wissenschaftlichen Veröffentlichungen in den späten 1980er Jahren wurden aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen nur vereinzelt Schlussfolgerungen für die Gestaltung der präventiven Versorgung von betroffenen Kindern gezogen. In den 1990er Jahren begann das Interesse an der Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern langsam zu steigen. Erste Fachtagungen und Symposien zu der Thematik wurden abgehalten und Präventionsprogramme gegründet (z.B. Auryn und Kipkel). Seit der Jahrtausendwende rückte die Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern endgültig in das Blickfeld der Fachöffentlichkeit. Es wurden zahlreiche Studien durchgeführt und die Thematik wurde durch vielfältige Veröffentlichungen bekannt. Zudem sind seit der Jahrtausendwende annähernd 100 Initiativen entstanden, die mit Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil zusammenarbeiten (vgl. Mattejat, Lenz, Wiegand-Grefe, 2012, S. 18ff.). Schließlich wurde die Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern auch auf politischer Ebene aufgegriffen. Am 22. Juni 2017 forderte der Deutsche Bundestag die Bundesregierung dazu auf, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe ins Leben zu rufen, die die Situation von Kindern mit mindestens einem psychisch erkrankten oder suchtkranken Elternteil untersuchen und Vorschläge für eine Verbesserung der Versorgung dieser Kinder vorlegen sollte (vgl. Bundestagsdrucksache 18/12780). Die Arbeitsgruppe legte im Februar 2020 insgesamt 19 Empfehlungen vor, in denen es darum ging, wie Leistungen und Zugänge bedarfsgerechter gestaltet, präventive Leistungen zugänglich gemacht und Schnittstellen zwischen den bestehenden Hilfsangeboten besser koordiniert werden können (vgl. Decarli, Kern & Sekler, 2019, S. 5 u. AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. 2020, S. 7-20).

Kinder psychisch erkrankter Eltern haben aufgrund einer genetischen Vulnerabilität und aufgrund vielfältiger Belastungsfaktoren ein erhöhtes Risiko im Laufe ihres Lebens selbst eine psychische Störung zu entwickeln oder in ihrer Entwicklung beeinträchtigt zu werden (vgl. bspw. Mattejat, Lenz & Wiegand-Grefe, 2012, S. 17; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 13; Jungbauer, 2016, S. 10ff.; Lenz & Kuhn, 2011, S. 269ff.). Die Resilienzfaktoren, die dem entgegenwirken können, sind mittlerweile gut erforscht. Es liegen sowohl Studien zu allgemeinen wie auch zu zielgruppenspezifischen Resilienzfaktoren vor. Die betroffenen

Kinder und Jugendlichen sind in besonderer Weise auf Unterstützung von außen angewiesen, wenn nur wenige Resilienzfaktoren (wie beispielsweise vertrauensvolle Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie, ein offener aktiver Umgang mit der Erkrankung innerhalb der Familie oder eine angemessene kognitive Bewertung der Erkrankung) vorhanden sind und wenn noch zusätzlich besondere Belastungsfaktoren, wie eine Tabuisierung der Erkrankung, Parentifizierungsstrukturen sowie eine eingeschränkte Krankheitseinsicht, vorliegen (vgl. Lenz, 2016, S. 54ff.; Lenz 2014b, S. 54; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 72; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 5ff. u. Wiegand-Grefe et al., 2019, S. 8). Besteht bei psychisch erkrankten Eltern auch fortgesetzt keine Krankheitseinsicht oder Bereitschaft, Unterstützungsangebote von außen anzunehmen, sieht auch die *Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern* den Bedarf, den betroffenen Kindern ein elternunabhängiges Beratungsangebot zur Verfügung zu stellen. Eine solche elternunabhängige Beratung ist bisher jedoch nur aufgrund einer Not- und Konfliktlage möglich, was zu einer Erhöhung der Zugangsbarriere führt. Die *Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern* empfiehlt daher die Streichung des Vorliegens einer Not- und Konfliktlage als Kriterium zur Hilfeberechtigung. (vgl. AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., 2020, S. 9 u. Decarli, Kern & Sekler, 2019, S. 6). In einer Interviewstudie von Stelling, Habers und Jungbauer (2008, S. 768), gaben zudem betroffene Jugendliche an, in der Versorgung der Jugendhilfe mehr berücksichtigt und gestärkt werden zu wollen, zum Beispiel durch speziell an sie adressierte Gesprächs- und Beratungsangebote.

Doch gelten insbesondere Jugendliche als eine eher schwer zu erreichende Zielgruppe (vgl. Vossler, 2004, S. 549 u. Oehme, 2011, S. 6). Auch Organisationen, wie der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. oder die Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit, benennen eine Vielzahl an Handlungsempfehlungen, die es bei der Gestaltung niedrigschwelliger Angebote zu berücksichtigen gilt (vgl. Oehme, 2011 u. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., 2005). Daher ist fraglich, ob die Streichung des Vorliegens einer Not- und Konfliktlage als Kriterium für eine Zugangsberechtigung zu Beratungsangeboten ausreicht, um Kindern psychisch erkrankter Eltern einen niedrigschwiligen Zugang zu Beratung zu ermöglichen und ob nicht weitere Gestaltungskriterien berücksichtigt werden müssen.

In dieser Arbeit soll anhand einer qualitativen Interviewstudie mit betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen herausgefunden werden, wie ein elternunabhängiges Beratungsangebot im Rahmen der Jugendhilfe gestaltet sein sollte, damit es Kinder psychisch erkrankter

Eltern erreicht und wirksame Unterstützung bietet. Zudem sollen mögliche Hinderungsgründe der Zielgruppe, Beratung in Anspruch zu nehmen, beleuchtet werden. Ziel dieser Arbeit ist nicht, einen repräsentativen Konsens für die Gestaltung bundesweiter Beratungsstellen herzustellen, sondern eher, erste Ansatzpunkte für die Gestaltung sichtbar zu machen.

In Kapitel 2.1 soll zunächst ein Einblick in die Lebenssituation von Kindern psychisch erkrankter Eltern gegeben werden. Hierfür erfolgt zu Beginn eine Einführung in die Thematik anhand der relevanten Zahlen aus der aktuellen Forschung. Anschließend werden in Abschnitt 2.1.2 subjektive und objektive Belastungsfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern detailliert erläutert, um den erhöhten Unterstützungsbedarf im Vergleich zu Kindern mit psychisch gesunden Eltern zu verdeutlichen. Schließlich werden in Abschnitt 2.1.3 allgemeine und zielgruppenspezifische Resilienzfaktoren dargestellt, die als Grundlage für die Entwicklung von präventiven Unterstützungsangeboten dienen.

Im folgenden Kapitel (2.2) soll es darauf aufbauend, um die Vorstellung der Angebotslandschaft für Kinder psychisch erkrankter Eltern in Deutschland gehen. Der Fokus liegt hierbei auf Hilfen, die im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe angeboten werden. Zunächst geht es darum, die Angebotsstruktur näher zu erläutern (siehe Abschnitt 2.2.1), um dann anschließend Faktoren herauszuarbeiten, die sich förderlich auf die Gestaltung wirkungsvoller Unterstützungsangebote auswirken (siehe Abschnitt 2.2.2). Auf der Anderen Seite sollen auch Herausforderungen, die einer Inanspruchnahme von Hilfe entgegenstehen, näher beleuchtet werden (siehe Abschnitt 2.2.3). Ansetzend an diese Herausforderungen, werden die für diese Arbeit relevanten Empfehlungen der *Arbeitsgruppe Kinder psychisch erkrankter Eltern* vorgestellt (siehe Abschnitt 2.2.4).

Als Grundlage für die Durchführung der qualitativen Untersuchung werden im Kapitel 2.3 einige relevante Einblicke in den aktuellen Stand der Forschung in Bezug auf die Gestaltung von Beratungsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern gegeben. Hierfür wird zunächst der rechtliche Rahmen für die Gestaltung von Beratungsangeboten für Kinder und Jugendliche dargestellt (siehe Abschnitt 2.3.1). In Abschnitt 2.3.2 werden Kriterien für die niedrigschwellige Gestaltung von Angeboten für Kinder und Jugendliche herausgearbeitet. Anschließend wird als exemplarisches Beispiel das Beratungsangebot von AkisiA vorgestellt.

Im zweiten Teil dieser Arbeit erfolgt dann, basierend auf den vorherigen Kapiteln, die Darstellung des Untersuchungsdesigns die Schilderung des Untersuchungsprozesses und die Auswertung, Beschreibung und Reflexion der Untersuchungsergebnisse. Zum Schluss werden die zentralen Erkenntnisse dieser Arbeit in einem Fazit zusammengefasst und ein Ausblick auf mögliche Anknüpfungspunkte für weiterführende Forschungsthemen skizziert.

2 Stand der Forschung und theoretische Grundlagen

2.1 Die Lebenssituation von Kindern psychisch erkrankter Eltern

2.1.1 Einführung in die Thematik - Überblick über die Zahlen

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen insgesamt. Es ist davon auszugehen, dass ungefähr viereinhalb Millionen Erwachsene in Deutschland im Laufe eines Jahres wegen einer psychischen Erkrankung behandelt werden (vgl. Mattejat, Lenz & Wiegand-Grefe, 2012, S. 16f.). Mit psychischer Erkrankung sind alle Erkrankungen gemeint, die gemäß der international anerkannten Diagnosesysteme als solche definiert sind. Im deutschen Sprachraum bezieht man sich in erster Linie auf das ICD 11 Klassifikationssystem (vgl. Lenz, 2014, S. 17f.). Psychisch erkrankte Erwachsene haben im Durchschnitt genauso häufig Kinder, wie psychisch gesunde Erwachsene. Von den psychisch erkrankten Patienten, die sich in stationärer Behandlung befinden, haben in etwa 10 bis 20 Prozent minderjährige Kinder, für deren Versorgung sie zuständig sind. Bezüglich der Frage, wieviele Kinder in Deutschland mindestens einen psychisch erkrankten Elternteil haben, finden sich in der Fachliteratur unterschiedliche Zahlen. Viele Autoren gehen jedoch davon aus, dass, unter Einbeziehung aller psychischen Störungen, etwa drei Millionen Kinder in Deutschland betroffen sind (vgl. Jungbauer, 2016, S. 9; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 13; Decarli, Kern & Sekler, 2019, S. 5 u. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 3).

Etwa 175.000 Kinder machen pro Jahr die Erfahrung, dass ein Elternteil wegen einer psychischen Erkrankung stationär psychiatrisch behandelt wird (Mattejat, Lenz, & Wiegand-Grefe, 2012, S. 17). Viele Menschen, die eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung benötigen würden, nehmen diese jedoch nicht in Anspruch. Hier spielt vor allem die Angst vor Stigmatisierung und Abwertung eine Rolle (vgl. ebd, S. 16). Eine Versorgung der psychisch erkrankten Eltern, die auch die Einbeziehung ihrer Kinder im Blick hat, ist jedoch von entscheidender Wichtigkeit, denn Kinder psychisch erkrankter Eltern haben im Vergleich zu Kindern mit psychisch gesunden Eltern ein 2- 10-fach erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln und sind durch die Krankheit der Eltern häufig mit herausfordernden Familien- und Lebenssituationen konfrontiert (vgl. Mattejat, Lenz & Wiegand-Grefe, 2012, S. 17; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 13; Jungbauer, 2016, S. 10ff.; Lenz & Kuhn, 2011, S. 269ff.).

2.1.2 Risikofaktoren

Kinder psychisch erkrankter Eltern sind in ihrem Alltag oftmals mit mehr Belastungen konfrontiert als Kinder mit psychisch gesunden Eltern. Bezüglich der Belastungen, die auf Kinder psychisch kranker Eltern einwirken, kann zwischen einem objektiven und einem subjektiven Zugang unterschieden werden. Der objektive Zugang bezeichnet den aktuellen Forschungsstand zu den Folgewirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung auf die Entwicklung der Kinder und bildet die Grundlage für die Entwicklung von Unterstützungsangeboten (vgl. Lenz, 2008, S. 11). Durch die Erhebung der subjektiven Sichtweise der Kinder auf ihre Belastungen ihre Gefühle und ihren Umgang mit Alltagsanforderungen, kann ein differenzierteres Verständnis von den Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf den Alltag der Kinder gewonnen werden (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 3f. u. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 21).

2.1.2.1 Objektiver Zugang

Der objektive Zugang zu Risikofaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern „umfasst eine Vielzahl von Befunden, die eine Grundorientierung hinsichtlich des Entwicklungsrisikos betroffener Kinder und ein Verständnis für Risikomechanismen bieten“ (Lenz, 2008, S. 11). Die vorliegenden Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass eine psychische Erkrankung eines Elternteils das Risiko, für die Kinder im Verlauf ihres Lebens selbst eine psychische Störung zu entwickeln, erheblich erhöht und die Gefahr einer fehlangepassten Entwicklung fördert. (vgl. Lenz, 2008, S. 11 u. Lenz, 2014, S. 23f.). Das gilt sowohl für das Risiko, die elterliche Erkrankung zu entwickeln, als auch unabhängig davon eine andere psychische Störung auszubilden (vgl. Griepenstroh, Heitmann & Hermeling, 2012, S. 23). Laut Lenz und Wiegand-Grefe ist davon auszugehen, dass sowohl genetische Faktoren, als auch Umweltfaktoren das Risiko für Kinder psychisch erkrankter Eltern erhöhen können, selber eine psychische Störung zu entwickeln. Verschiedene Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass es einen wichtigen genetischen Einfluss bei der Entstehung psychischer Störungen gibt, vererbt wird jedoch nur eine Vulnerabilität. Die tatsächliche weitere Entwicklung hängt dagegen maßgeblich von Umweltfaktoren ab. Daher ist davon auszugehen, dass sowohl positive wie auch negative Umweltfaktoren eine wichtige Rolle dabei spielen, wie sich ein Kind mit einem psychisch erkrankten Elternteil entwickelt (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 10 u. Griepenstroh, Heitmann & Hermeling, 2012, S. 23). Bei der Betrachtung der unterschiedlichen Risikofaktoren wird im folgenden zwischen Risikofaktoren der Eltern, Risikofaktoren der

Familie, Risikofaktoren der Kinder und allgemeinen psychosozialen Risikofaktoren unterschieden.

Risikofaktoren der Eltern

Die Ergebnisse der existierenden Studien weisen darauf hin, dass die Auswirkungen der Erkrankung der Eltern auf die Entwicklung und die Gesundheit der Kinder nicht nur von der Art, sondern auch von dem Schweregrad und dem Verlauf der Erkrankung abhängig sind. Berücksichtigt werden sollte ebenfalls, ob eine Komorbidität oder eine Chronizität vorliegt. (vgl. Lenz, 2008, S. 11 u. Lenz, 2014, S. 23f.). Dabei sind bestimmte Merkmale der elterlichen Erkrankung mit einem besonders hohen Entwicklungsrisiko für die Kinder verbunden (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 11). Nach Lenz und Wiegand-Grefe konnte bisher zwar nicht eindeutig nachgewiesen werden, dass ein Zusammenhang zwischen spezifischen elterlichen Diagnosen und einer ungünstigen Entwicklung der Kinder besteht, jedoch deuten einige Studien darauf hin, dass besonders Persönlichkeitsstörungen der Eltern sich beeinträchtigend auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Manche Studien berichten zudem von besonders negativen Auswirkungen, wenn eine Komorbidität vorliegt. Darüber hinaus weist eine Studie von Hammen, Brennan und Shih (2004) darauf hin, dass die Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung und das Störungsrisiko umso höher sind, je länger die elterliche Erkrankung andauert, je mehr Krankheitsepisoden auftreten und je schwerer die Erkrankung ausgeprägt ist (in Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 12). Auch der Grad, in dem die Kinder in die psychische Symptomatik des erkrankten Elternteils mit einbezogen werden, hat Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder. Dieses gilt insbesondere dann, wenn die Kinder aggressiv oder feindselig behandelt oder in das Wahnsystem der Eltern einbezogen werden. Zudem steht die psychische Gesundheit der Kinder in Zusammenhang mit der Ausprägung des subjektiven Belastungserlebens der Eltern (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 12).

Auch der Umgang der Eltern mit der Erkrankung scheint einen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder zu haben. So beschreiben Betroffene einen tabuisierenden, verleugnenden und passiven Umgang mit der Erkrankung rückblickend als emotionale Belastung. Aber die tatsächliche Auswirkung auf die Gesundheit der Kinder konnte bisher nicht belegt werden (vgl. ebd.).

Durch die Erkrankung sind die Eltern zudem oft in ihrer Interaktionsfähigkeit mit ihren Kindern eingeschränkt, was zu Defiziten in der Eltern-Kind-Bindung führen kann. Für die Entwicklung einer stabilen Beziehung benötigt das Kind ein verlässliches Maß an positiver und emotionaler

Zuwendung, sowie einen feinfühligem Umgang und Akzeptanz. Das gilt insbesondere für jüngere Kinder. Eltern mit einer psychischen Erkrankung sind jedoch häufig in ihrer Reaktions- sowie Ausdrucksfähigkeit eingeschränkt und zeigen eher ein passives Verhalten, sowie phasenweise eine Nicht-Erreichbarkeit ihren Kindern gegenüber. Auch wenn die Kinder sich bereits in einem späteren Entwicklungsstadium befinden, kann die Eltern-Kind-Beziehung durch das Verhalten der Eltern aufgrund der Erkrankung beeinträchtigt werden, insbesondere dann, wenn der Elternteil, dem Kind gegenüber, ein feindseliges Verhalten zeigt. Ein solches Verhalten kann sich beispielsweise bei depressiven, schizophrenen und psychotischen Krankheitsbildern entwickeln. Darüber hinaus kommt es aufgrund der psychischen Erkrankung nachgewiesener Weise häufiger zu Konflikten auf der Elternebene. Halten diese Konflikte für einen längeren Zeitraum an, kann dies die gesunde Entwicklung der Kinder ebenfalls negativ beeinträchtigen (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017 S. 12f. u. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 38f.). Ebenso, wie die Fähigkeit eine positive Eltern-Kind-Beziehung aufzubauen, kann auch die Erziehungsfähigkeit psychisch erkrankter Eltern eingeschränkt sein. So berichten Hahlweg, Lexow und Wiese (2008, S. 114ff.), dass betroffene Eltern meist unsicher bei der Umsetzung erzieherischer Maßnahmen sind und an ihren Kompetenzen zweifeln. „Sie verhalten sich häufig inkonsistent, greifen eher zu nicht angemessenen Disziplinierungsmaßnahmen und verstärken unerwünschtes Verhalten“ (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 14). Auch Jonson et al. (2001, S. 453ff.) wiesen in einer Längsschnittstudie nach, dass es bei Eltern mit einer psychischen Erkrankung häufiger zu fehlangepassten elterlichen Verhaltensmustern kommt, was wiederum zu einem erhöhten Risiko auf Seiten der Kinder führt, selber eine psychische Störung zu entwickeln. Kommt es zu problematischen Erziehungsverhalten, kann das zu einem Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes werden (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 14 u. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 39f.)

Über die Belastungen betroffener Kinder aufgrund der eingeschränkten Beziehungs- und Erziehungsfähigkeit der Eltern hinaus, birgt eine psychische Erkrankung der Eltern ein erhöhtes Risiko für die betroffenen Kinder, Opfer von Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch zu werden (vgl. Albermann, Wiegand-Grefe & Winter, 2019, S. 7). Albermann, Wiegand-Grefe und Winter (ebd., 7ff.) untersuchten hierzu, in Zusammenarbeit mit der Kinderschutzambulanz der Charité Berlin, in einer retrospektiven Datenauswertung den Zusammenhang zwischen elterlichen psychischen Erkrankungen und der Gefahr von Kindeswohlgefährdung. Die Ergebnisse der Studie zeigten, „dass jedes fünfte bis zehnte Kind mit einem psychisch erkrankten Elternteil die Kriterien einer Kindeswohlgefährdung erfüllt.“ (ebd. S. 20).

Zudem waren die Kinder mit psychisch erkrankten Eltern im Vergleich zu den Kindern mit psychisch gesunden Eltern häufig psychisch belasteter und bedurften häufiger einer weiterführenden Behandlung (vgl. ebd.).

Risikofaktoren der Familie

Ist ein Elternteil psychisch erkrankt, gibt es häufig auch andere Fälle von psychischen Erkrankungen in der Familiengeschichte. Für diese transgenerationale Weitergabe von psychischen Störungen sind sowohl genetische wie auch psychosoziale Faktoren verantwortlich. Treten psychische Erkrankungen gehäuft in einer Familie auf, so ist auch die Wahrscheinlichkeit für die betroffenen Kinder höher, im Laufe ihres Lebens selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Ein besonders hohes Risiko besteht für die Kinder vor allem dann, wenn beide Elternteile psychische Störungen aufweisen (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 14).

Neben der individuellen Krankheitsbewältigung des betroffenen Elternteils, kann auch der generelle familiäre Umgang mit der Krankheit einen Risikofaktor für die betroffenen Kinder darstellen. Dieses ist beispielsweise dann der Fall, wenn es ein intuitives oder explizites Kommunikationsverbot bezüglich der Krankheit gibt und die elterliche Erkrankung zu einer Art Familiengeheimnis wird. Durch die Tabuisierung der Erkrankung hat das Kind nicht die Möglichkeit, mit jemandem über die Folgen der Erkrankung auf das eigene und das Familienleben zu sprechen und ist dadurch mit seinen Belastungen isoliert. Scham und Schuldgefühle verhindern zudem, dass das Kind sich, gerade wenn eigener Unterstützungsbedarf besteht, an Bezugspersonen außerhalb der Familie wenden kann (vgl. ebd. S. 15).

Die Erkrankung geht häufig auch mit einer generellen Beeinträchtigung der familiären Beziehungsgestaltungen einher, was sich in problematischen Eltern-Kind-Beziehungen, mangelnder Kommunikation innerhalb der Familie, einem geminderten Familienzusammenhalt und einem konfliktbehafteten Familienklima äußert. Insbesondere wenn der erkrankte Elternteil alleinziehend ist, kann sich dies als ein Risiko für die Entwicklung der Kinder erweisen, gerade dann, wenn wenig andere Unterstützungspersonen außerhalb der Familie zur Verfügung stehen (vgl. ebd.)

Risikofaktoren der Kinder

Laut Lenz (2014, S. 29) ist davon auszugehen, „dass die Folgen einer elterlichen psychischen Erkrankung umso schwerwiegender wirken, je jünger die Kinder sind.“ Daher stellen Kleinkinder und Kindergartenkinder eine besondere Risikogruppe dar, da sie auf Grund der

Erkrankung daran gehindert werden können, eine stärkende Eltern-Kind-Bindung aufzubauen, insbesondere dann, wenn es zu Trennungsphasen aufgrund von häufigen oder längeren stationären Behandlungen kommt. (vgl. Lenz, 2014, S. 29ff. u. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 43). Zudem kann angenommen werden, dass das Entwicklungsrisiko für die betroffenen Kinder umso höher ausfällt, je länger sie der elterlichen Erkrankung ausgesetzt sind. Bezogen auf das Geschlecht deuten Studien darauf hin, dass Jungen eher zu einer externalisierenden Störung in jüngeren Lebensjahren neigen, während Mädchen eher in der Pubertät internalisierende Störungen entwickeln. Ansonsten lassen sich wenig geschlechterspezifische Unterschiede definieren (vgl. Plass, Wiegand-Grefe, 2012, S. 43).

Des Weiteren spielen auch Temperamentfaktoren der Kinder eine Rolle bei der Risikobewertung für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Denn verhält sich das Kind „auffällig“ oder unangepasst, erhält es negative Reaktionen des Umfeldes, was das Risiko der Entwicklung einer psychischen Störung für das Kind erhöht. Als weitere Risikofaktoren auf Seiten der Kinder gelten darüber hinaus eine „verminderte Intelligenz und Leistungsfähigkeit, geringe soziale Kompetenz, geringe kommunikative Fähigkeiten, ein geringes Selbstwertgefühl und geringe Fähigkeiten zur Verantwortungsübernahme“ (Plass, Wiegand-Grefe, 2012, S. 43). Als risikoe erhöhend gelten zudem emotionale Instabilität, antisoziales Verhalten, Rückzugstendenzen, Passivität und soziale Ängste (vgl. ebd.)

Allgemeine psychosoziale Risikofaktoren

Zusätzlich zu den bisher beschriebenen spezifischen Risikofaktoren in Zusammenhang mit der Erkrankung besteht eine Korrelation der Erkrankung mit vielen anderen psychosozialen Belastungsfaktoren, die bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung häufig überrepräsentiert sind. Hierzu gehören beispielsweise Belastungsfaktoren wie ein niedriger sozioökonomischer Status, unzureichende Wohnverhältnisse und Arbeitslosigkeit, die sich teilweise gegenseitig bedingen (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 15f.). Zudem leben Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil häufig in „sozialer Randständigkeit oder sogar Isolation“ (ebd. S. 16). Auch Diskriminierung und Ausgrenzung können aufgrund der Erkrankung auftreten, was zur Folge hat, dass der Familie häufig nur ein unzureichendes oder komplett fehlendes soziales Netz zur Verfügung steht. Was für die Kinder folgenreich sein kann, da ihnen hierdurch weniger Möglichkeiten für kompensatorische Beziehungserfahrungen zur Verfügung stehen (vgl. ebd.).

2.1.2.2 Subjektiver Zugang

Der subjektive Zugang ermöglicht einen detaillierteren Einblick in die individuellen Belastungen, Gefühle und Erlebnisswelten von Kindern psychisch erkrankter Eltern. Er verdeutlicht, wie sich die psychische Erkrankung der Eltern auf die Familiendynamiken auswirkt und sogar zu psychischen Beeinträchtigungen auf Seiten der Kinder führen kann (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 21). Das subjektive Erleben von Kindern psychisch erkrankter Eltern wurde in einigen Interviewstudien erhoben und analysiert. Hierbei wurde mit betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie mit ehemals betroffenen Erwachsenen Interviews geführt. Lenz und Wiegand-Grefe haben die Ergebnisse dieser Studien zusammengefasst und in ihrem Buch „Kinder psychisch kranker Eltern“ veröffentlicht (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 3ff.). Eine Zusammenfassung der subjektiven Belastungsfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern findet man auch in „Kinder psychisch kranker Eltern - Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln“ von Plass und Wiegand-Grefe (2012, S. 21ff.) oder bei Lenz (2008, S. 24ff.). Im folgenden werden die unterschiedlichen subjektiven Belastungsfaktoren in verschiedene Themenbereiche gegliedert und auf der Grundlage der genannten Literatur erläutert.

Gefühle der betroffenen Kinder in Bezug auf die Erkrankung der Eltern

Kinder psychisch erkrankter Eltern, so die vorliegenden Forschungen, leiden häufig unter Schuldgefühlen und Loyalitätskonflikten, insbesondere wenn sie beginnen, ihren eigenen Interessen zu folgen und sich den Eltern gegenüber vermehrt abgrenzen. Einige Kinder beschäftigen sich zudem mit dem Gedanken, dass sie mitverantwortlich für den Zustand der Eltern sein könnten. Darüber hinaus kommt es bei den betroffenen Kindern oftmals zu verschiedenen Sorgen und Ängsten, die durch mögliche Trennungen (z.B. durch stationäre Klinikaufenthalte), den befürchteten Verlust der Eltern (z.B. bei selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten der Eltern), eine drohende Verschlechterung des elterlichen Zustandes oder die Möglichkeit der Entwicklung einer eigenen psychischen Erkrankung hervorgerufen werden. Darüber hinaus erleben die betroffenen Kinder Wut, Frust und Enttäuschung darüber, dass der erkrankte Elternteil sich oft nicht ausreichend um sie kümmern kann oder nicht ausreichend präsent im Alltag des Kindes ist. Wut und Enttäuschung werden jedoch häufig unterdrückt oder sind nur unterbewusst vorhanden, da die Kinder befürchten, dass sie den Eltern diese Gefühle nicht zumuten können. Manche Kinder schämen sich auch für die Erkrankung der Eltern. Während oder nach einer schweren Krankheitsphase der Eltern kann

es auch zu einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit kommen. Diese Vielzahl von Gefühlen, die teilweise auch gleichzeitig auftreten, können zu enormen inneren psychischen Konflikten, Belastungen und Überforderungserleben führen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 31f.; Lenz & Wiegand-Grefe, Kinder psychisch kranker Eltern, 2017, S. 4 u. Lenz, 2008, S. 34).

Elterliche Erkrankung und Wissen über die Krankheit

Die vorliegenden Studien zeigen, dass Kinder ihre Eltern sensibel beobachten und krankheitsbedingte Veränderungen frühzeitig und genau wahrnehmen und darauf reagieren, da sie emotional eng mit ihren Eltern verbunden sind. Dabei scheint das Belastungserleben mit den auftretenden Symptomen und ihrer Dauer, dem Krankheitsverlauf, sowie den damit verbundenen Persönlichkeitsveränderungen zu korrelieren. Beispielsweise erleben Kinder mit einem depressiven Elternteil, dass dieser in einer depressiven Phase seinen Antrieb verliert, hoffnungslos wird und es nicht mehr schafft, Alltagsaufgaben nachzukommen. „Bei psychotischen Störungen erleben die Kinder, wie der erkrankte Elternteil sich plötzlich verwirrt und unverständlich verhält, misstrauischer wird, nicht mehr ansprechbar ist oder sich zeitlich und räumlich nicht mehr orientieren kann. Der erkrankte Elternteil erscheint in seinem Wesen stark verändert, er wird von den Kindern als fremd, bisweilen sogar als unheimlich erlebt“ (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 5). Die beobachtete Verhaltensänderung kann zur Desorientierung und Verängstigung der Kinder führen. Die Situation wird als unkontrollierbar wahrgenommen. Um diesen Gefühlen von Kontrollverlust und Verunsicherung entgegenzuwirken, kann eine altersangemessene Informationsvermittlung und Aufklärung über die psychische Erkrankung des Elternteils hilfreich sein. Die vorliegenden Studien belegen jedoch, dass ein Großteil der betroffenen Kinder sich von den beteiligten Fachkräften kaum über die Krankheit der Eltern aufgeklärt fühlt. Daraus lässt sich schließen, dass die Kinder der erkrankten Personen nur selten von den Fachkräften ausreichend einbezogen und berücksichtigt werden. Als besonders belastend werden von den betroffenen Kindern Klinikeinweisungen der Eltern erlebt. Die meist plötzliche und dramatische Einweisung in eine Klinik verstärkt das Gefühl der Kinder, mit der Situation alleine gelassen zu werden. Außerdem kann eine Klinikeinweisung des betroffenen Elternteils zu einer Erschütterung des Elternbildes führen, da die Klinikeinweisung ein Verlust von Autonomie und Autorität darstellen kann. Gleichzeitig kann die Klinikeinweisung von den Kindern als Entlastung wahrgenommen werden (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 5; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.23ff. u. Lenz, 2008, S. 24ff.).

Familiärer Alltag

Im Zuge der Erkrankung der Eltern erleben die betroffenen Kinder zuweilen, dass verlässliche Alltagsstrukturen und Routinen, insbesondere in Krisensituationen, von den Eltern nicht mehr aufrechterhalten werden können (z.B. ein Elternteil kommt nicht mehr aus dem Bett, kann das Kind nicht mehr zur Schule bringen, bei den Hausaufgaben helfen oder Essen zubereiten). Arbeiten im Haushalt können teilweise nicht mehr bewältigt werden, was dazu führen kann, dass Kinder zuhause mehr Verantwortung und Aufgaben übernehmen (besonders bei alleinerziehenden Eltern). Die Übernahme von Aufgaben kann zu Überlastungen und zur Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse führen. Darüber hinaus kann es zu einem Betreuungsdefizit kommen, infolgedessen die betroffenen Kinder weniger Zuwendung und Aufmerksamkeit erhalten, als sie benötigen würden. Muss der betroffene Elternteil sich in stationäre Behandlung begeben, kann dieses zu einer weiteren Verschärfung der Situation führen.

(vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 7; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.27ff. u. Lenz, 2008, S. 26)

Parentifizierung

Infolge einer psychischen Erkrankung eines Elternteils kann es innerhalb der Familie zu Generationsgrenzstörungen, also einer Veränderung der familiären Rollenverteilung, kommen. Eine spezielle Form der Generationsgrenzstörung stellt die Parentifizierung dar. Sie ist eine „Rollenumkehr, in der Kinder Eltern- oder Partnerfunktionen für ihre Eltern übernehmen“ (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 8). Eine solche Rollenumkehr ist in der Mehrzahl der Familien mit psychisch erkrankten Eltern zu beobachten, bei der sowohl der erkrankte als auch der gesunde Elternteil dem Kind seine Bedürftigkeit signalisiert und dem Kind implizite oder explizite Aufträge vermittelt. Sind die Aufträge der beiden Elternteile darüber hinaus widersprüchlich, gerät das Kind in einen Loyalitätskonflikt, den es nicht auflösen kann. Für die Kinder ist es unmöglich, diesen Aufträgen und Rollenzuweisungen gerecht zu werden. Daher ordnen sie oft ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten der Bedürfnisse der Eltern unter, was die gesunde Entwicklung des Kindes gefährden kann. Viele Kinder haben zudem das Gefühl, dass ohne ihre Anwesenheit und Hilfe der labile familiäre Zustand zusammenbrechen könnte und ziehen sich daher von außerfamiliären Kontakten und Aktivitäten zurück. Wichtige Entwicklungsschritte in eine altersgemäße Eigenständigkeit können nicht stattfinden und förderliche Erfahrungen außerhalb der Familie nicht gemacht werden. (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 8; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.28ff. u. Lenz, 2008, S. 28ff. u. 36).

Tabuisierung, Isolierung und Kommunikationsverbot

Viele Kinder haben den Eindruck, dass sie mit niemandem über die Erkrankung und die daraus resultierenden familiären Herausforderungen sprechen dürfen. Sie haben das Gefühl, dass sie ihre Eltern verraten, wenn sie einer anderen Person davon erzählen oder sich Unterstützung suchen. Die Gründe für eine Tabuisierung sind vielfältig. Gegenseitige Schonung und Rücksichtnahme aufgrund einer elterlichen Krankheitsverleugnung oder Angst vor Stigmatisierung können hierfür die Motivation sein. Auch die Angst vor einer Infragestellung der Elternrolle oder Schamgefühle können eine Rolle spielen. Manchmal sprechen Eltern gerade mit ihren jüngeren Kindern nicht über die Erkrankung, um sie zu schützen, was aber dazu führt, dass die Kinder, dass was passiert, noch weniger einordnen können (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 5f.; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.25ff. u. Lenz, 2008, S. 32f.). Die Kinder sind häufig „hin- und hergerissen zwischen Gefühlen der Loyalität ihren Eltern gegenüber, ihrem Schamgefühl darüber, einen psychisch kranken Elternteil zu haben und dem Bedürfnis danach, mit jemandem sprechen zu können. Sie haben oftmals niemanden, mit dem sie darüber sprechen können, woraus Gefühle des Alleingelassen seins resultieren“ (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 6).

Fehlende soziale Unterstützung

„Kindern psychisch erkrankter Eltern fehlen [...] häufig Bezugspersonen, die [...] Unterstützungsfunktionen übernehmen und so etwas wie ein soziales Immunsystem bilden“ (Lenz, 2008, S. 36). Die Betroffenen schildern häufig rückwirkend, dass sie nicht die soziale Unterstützung durch Freunde, Nachbarn und Familie erhalten haben, die sie gebraucht hätten. „Besteht (zudem) eine Tabuisierungstendenz innerhalb der Familie, fällt es Kindern besonders schwer und gelingt es kaum, familienexterne Personen um Unterstützung zu bitten“ (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.27). Gleichzeitig ist es für familienexterne Personen deutlich schwerer zu unterstützen, wenn ihnen wichtige Informationen fehlen. Außerdem führt die starke emotionale Verstrickung des Kindes dazu, dass ihm sowohl innerlich, als auch äußerlich nur eingeschränkte Freiräume zur Verfügung stehen, um Beziehungen außerhalb der Familie aufbauen und aufrechterhalten zu können. Die betroffenen Kinder verfügen zwar meistens über ein kleines Netz aus sozialen Beziehungen, welches sie jedoch in der Regel weder hinzuziehen, um die Erkrankung der Eltern zu thematisieren noch um Hilfe bitten, um die Herausforderungen besser bewältigen zu können. Zudem kann es bedingt durch das Verhalten

der Eltern oder Stigmatisierung zu einer ablehnenden Haltung des Umfeldes kommen (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 6f.; Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.27 u. Lenz, 2008, S. 35ff.).

2.1.3 Resilienzfaktoren

Wie die obigen Ausführungen zeigen, sind Kinder psychisch erkrankter Eltern auf vielfältige Art und Weise von der Erkrankung ihrer Eltern betroffen und stellen eine besondere Risikogruppe dar. Trotz der vorhandenen Vulnerabilität entwickeln längst nicht alle der betroffenen Kinder selbst eine psychische Störung oder werden in ihrer gesunden Entwicklung gehemmt. Die Erklärung dafür, dass manche Kinder psychisch erkrankter Eltern sich trotz der multiplen Belastungen positiv entwickeln, ist in der Resilienzforschung zu finden (vgl. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 34f.). Von Resilienz spricht man, „wenn sich Personen trotz gravierender Belastungen oder widriger Lebensumstände psychisch gesund entwickeln“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2019, S. 9). Resilienz bildet also einen Gegenpol zur Vulnerabilität und befähigt Kinder, widrige Umstände zu kompensieren und langfristig gesund zu leben. Dabei bezeichnet Resilienz keine individuellen Persönlichkeitseigenschaften, sondern stellt einen dynamischen, transaktionellen Prozess zwischen dem Kind und seiner Umwelt dar (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 71). Im Folgenden wird zwischen allgemeinen Resilienzfaktoren und spezifischen Resilienzfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern unterschieden.

Allgemeine Resilienzfaktoren

Es liegen zahlreiche Studien vor, welche eine Reihe genereller Schutzfaktoren für die gesunde psychische Entwicklung von Kindern herausgearbeitet haben, die auch für Kinder psychisch erkrankter Eltern gelten. Zu nennen sind hier beispielsweise die Kauai-Studie, die Isle of Wight-Studie, die Mannheimer Risikokinderstudie oder die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2019, S. 15 u. Lenz 2014b, S. 54). Die vorliegenden Studien gehen davon aus, dass es eine Reihe von bedeutsamen allgemeinen Schutzfaktoren gibt, die „situationsübergreifend ihre protektive Wirkung entfalten“ (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 72). Bezüglich der allgemeinen Schutzfaktoren wird zwischen Individual- und Umweltressourcen unterschieden, welche nochmal nach personalen, familiären und sozialen Ressourcen differenziert werden. (vgl. Lenz, 2014b, S. 54f. u. Lenz, 2016, S. 55). Innerhalb dieser Kategorien nennt Lenz (2016, S. 55f.) folgende generelle Schutzfaktoren, wobei

insbesondere die familiären Ressourcen eine protektive Wirkung für die Entwicklung von Kindern haben:

Personale Ressourcen

- Positives Selbstkonzept
- Hohe Selbstwirksamkeitserwartungen
- Problemlösefähigkeiten
- Stressbewältigungsfähigkeiten
- Soziale Kompetenz und Anpassungsfähigkeit

Familiäre Ressourcen

- Emotional sichere und stabile Bindungserfahrungen
- Elterliche Wärme
- Interesse der Eltern am Leben des Kindes
- Kohäsion und Anpassungsfähigkeit der Familie
- Zugewandtes, akzeptierendes und zugleich normiertes, angemessen forderndes Erziehungsverhalten

Soziale Ressourcen

- Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde
- Stabile Beziehungen zu fürsorglichen Erwachsenen (Großeltern, andere Verwandte und Erzieher bzw. Lehrer)
- Einbindung in unterstützendes und anregendes Peer-Netzwerk
- Integration in Gruppen, Vereine oder religiöse Vereinigungen

Lenz und Kuhn (2011, S. 279ff.) ergänzen diese Liste durch einige kindzentrierte und familienzentrierte Schutzfaktoren, die die Resilienz von Kindern in Problemlagen stärken. Zum einen zeichnet resiliente Kinder häufig ein „einfaches“ Temperament aus, das die Interaktion mit seinen Bezugspersonen erleichtert. Damit ist ein kindliches Verhalten gemeint, das von Flexibilität, Anpassungsfähigkeit und einer überwiegend positiven Stimmung geprägt ist. Zum anderen wirken sich auch ein hohes Maß an sozialer Kompetenz und kommunikativen Fähigkeiten positiv auf die Problembewältigungsfähigkeit eines Kindes aus. Resiliente Kinder zeigen eine hohe Ausprägung an Empathie und effektiver Problemlösefähigkeit und verfügen über eine starke soziale Ausdrucksfähigkeit. Auch eine gute bis überdurchschnittliche Intelligenz kann sich positiv auf die Resilienz von Kindern auswirken, insbesondere dann, wenn diese gute Schulleistungen erleichtert. Dazu kommen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und internale Kontrollüberzeugungen sowie ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl. In Bezug auf familienzentrierte Schutzfaktoren ist noch eine gute Paarbeziehung der Eltern zu nennen, in der Konflikte offen und produktiv ausgetragen werden (vgl. Lenz & Kuhn, 2011, S. 279ff.).

Spezifische Resilienzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern

Die Resilienzforschung beschäftigt sich mittlerweile auch mit der Frage, ob es für spezifische Problemfelder auch spezielle Schutzfaktoren gibt. Eine der wenigen Studien, die sich mit Resilienzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern befasst, wurde von Beardslee und Podofsky (1988) vorgelegt. Sie befragten gezielt 18 resiliente Jugendliche mit depressiv erkrankten Eltern bezüglich ihres Umgangs mit der elterlichen Erkrankung (in Lenz, 2016, S. 56). Die Jugendlichen zeichneten sich dadurch aus, dass sie in schulische und soziale Aktivitäten eingebunden waren, enge und vertrauensvolle Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie besaßen, eine angemessene kognitive Bewertung der Erkrankung und anderer familiärer Stressfaktoren besaßen und über eine realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten verfügten (vgl. ebd. S. 56f.).

Mittlerweile liegen auch weitere empirische Hinweise über spezielle Schutzfaktoren vor, die Kinder psychisch erkrankter Eltern in besonderer Weise vor Belastungen, die aus der elterlichen Erkrankung resultieren, schützen. Zum einen hat sich gezeigt, dass eine alters- und entwicklungsangemessene Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und die Behandlung der Eltern einen positiven Effekt auf die Bewältigung der Situation haben. Dabei geht es nicht um eine reine Wissensvermittlung, sondern um eine Orientierung an dem vorhandenen Wissen, den Vorstellungen und Fragen der betroffenen Kinder. Der Fokus sollte dabei auf der Vermittlung von Hoffnung, Mut und positiven Zukunftserwartungen liegen, sowie auf der Erweiterung der Handlungsspielräume der Kinder. Zudem muss die spezifische familiäre Situation berücksichtigt werden. Ziel der Aufklärung über die Erkrankung ist, den Kindern die Möglichkeit zu geben die Situation besser zu verstehen und dadurch Stress zu vermindern (vgl. Lenz, 2016, S. 57 u. Lenz, 2014b, S. 56).

Zum anderen stellt ein offener und aktiver Umgang der Familie mit der Erkrankung einen weiteren spezifischen Schutzfaktor dar. „Als hilfreich ist eine ausbalancierte Haltung zu betrachten, die sich zwischen den Polen der Verleugnung und Überbewertung und der Über- und Unterforderung bewegt“ (Lenz, 2014b, S. 57). Hilfreich ist auch die Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe, eine Kooperation bezüglich der Medikation, sowie eine Auseinandersetzung des erkrankten Elternteils über die Erkrankung mit dem Ehepartner und anderen relevanten Bezugspersonen (vgl. ebd.).

Ein wichtiger Schutzfaktor ist auch die Absicherung verlässlicher Alltagsstrukturen gerade auch in schwierigen oder stärker belasteten Zeiten, das ermöglicht den Kindern ein Gefühl von

Sicherheit und Orientierung (z.B. durch einen Krisenplan). Sowie verlässliche Ansprechpersonen neben den Eltern um alternative Erziehungserfahrungen machen zu können (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 23).

2.2 Unterstützungsangebote in Deutschland

Im Folgenden werden die in Deutschland verfügbaren Unterstützungsangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern vorgestellt. Der Fokus liegt hierbei auf der Beschreibung präventiver Angebote und der Angebote der Kinder- und Jugendhilfe. Eine detaillierte Beschreibung des psychiatrischen und therapeutischen Angebotes erfolgt aufgrund der Eingrenzung des Themas dieser Arbeit nicht. Zu Beginn werden die Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern in das bestehende Hilfesystem eingeordnet und anhand einer Grafik von Schmenger und Schmutz erläutert (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 9ff.). Anschließend erfolgt nach Schone und Wagenblaus (2010, S. 41ff.) eine detailliertere Beschreibung des Angebotes, welches im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe zur Verfügung gestellt wird. Zudem werden spezifische, präventive Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern skizziert (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019). Danach werden Kriterien für eine wirkungsvolle Gestaltung solcher Angebote dargelegt und mögliche Hinderungsgründe für eine Inanspruchnahme reflektiert. Abschließend werden die für diese Arbeit relevanten aktuellen Empfehlungen der *Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern* zusammengefasst (vgl. AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Februar 2020).

2.2.1 Vorstellung der aktuell vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen

2.2.1.1 Struktur des bestehenden Hilfesystems

Auf der Grundlage des Systematisierungsmodells zur Vermessung von Praxisfeldern des Sozialsektors nach Schrappner (2008, S. 66) haben Schmenger und Schmutz (2019, S. 9ff.) eine Übersichtsgraphik (siehe Abbildung 1) entwickelt, die einen Überblick über die bestehenden Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern ermöglicht.



Abbildung 1: Überblick über die Angebotsstruktur für Kinder psychisch kranker Eltern aus Schmenger und Schmutz (2019, S. 10)

In dieser Grafik sind sowohl Angebote des Gesundheitswesens, der psychiatrischen Versorgung, der Eingliederungshilfe, der Psychotherapie sowie der Kinder- und Jugendhilfe abgebildet. Ziel dieser Struktur ist eine möglichst „breit ausgebaute soziale Infrastruktur mit niedrigschwelligen und nicht-stigmatisierenden Angeboten und Zugangswegen“ zu schaffen, so dass die Notwendigkeit von Kriseninterventionen (im Sinne von Maßnahmen des Kinderschutzes) reduziert wird (Schmenger & Schmutz, 2019, S. 9). Solche niedrigschwelligen Angebote und Zugangswege innerhalb der Regelstruktur sind beispielsweise Frühe Hilfen, Hebammen, Kindertagesbetreuungen, Schulen, offene Kinder- und Jugendarbeit, Hausärzte und Vereine für Freizeitaktivitäten. Diese Stellen sind erste AnsprechpartnerInnen für betroffene Kinder und dienen bei intensiverem Hilfebedarf als Hilfelotsen zu anderen Angeboten (vgl. ebd. S. 10).

Als Ergänzung stehen, zur vertiefenden Beratung, weitere Stellen zur Verfügung, die einen niedrigschwelligen und kostenfreien Zugang zu Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten bereitstellen und ohne vorherige Beantragung in Anspruch genommen werden können. Solche Angebote sind zum Beispiel Erziehungsberatungsstellen sowie weitere psychosoziale

Beratungsstellen, das Beratungsangebot des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die Jugendsozialarbeit sowie die Beratung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst oder das Jugendamt (vgl. ebd. S. 10f.).

Letztere können bei Bedarf verschiedene Möglichkeiten der Begleitung und Hilfe in Einzelfällen gewähren, die die dritte Ebene darstellen. Beispielsweise kann das Jugendamt Hilfen zur Erziehung gemäß § 27ff. SGB VIII einleiten. Der Gesundheitssektor kann psychiatrische Behandlungen und Psychotherapien zur Verfügung stellen. Diese Form der Hilfsangebote wird nur unter bestimmten Anspruchsvoraussetzungen und auf individuelle Antragsstellung hin bei der zuständigen Stelle bewilligt und ist damit deutlich hochschwelliger im Zugang. Daher ist die bereits erwähnte Lotsenfunktion der vorherigen Ebenen besonders wichtig, um Brücken zu bauen und Übergänge zu begleiten (vgl. ebd. S. 11).

In manchen Fällen gelingt ein Zugang zu den geeigneten Hilfen nicht, weshalb es zu krisenhaften Verläufen und möglichen Kindeswohlgefährdungen kommen kann. Hier greifen dann auf der letzten Ebene Kriseninterventionen und Kinderschutzmaßnahmen nach § 8a SGB VIII. In der Jugendhilfe ist das beispielsweise die Inobhutnahme, in der Psychiatrie die stationäre Aufnahme der Eltern oder der Kinder in eine Klinik (vgl. ebd.).

Wichtig für eine erfolgreiche Vermittlung in passende Hilfsangebote ist eine kontinuierliche Kooperation von Jugendhilfe-, Sozialhilfe- und Psychiatrieplanung. „Indem alle drei Planungsbereiche aufeinander bezogen und aufeinander abgestimmt werden, können Lücken zwischen den Systemen leichter identifiziert und geschlossen werden“ (ebd.).

2.2.1.2 Aufgaben und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe

Die überwiegende Mehrzahl der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil kann die Versorgung ihrer Kinder selbst oder mit Unterstützung ihres sozialen Netzwerkes sicherstellen (vgl. Schone & Wagenblass, 2010, S. 41). Regelmäßig kann es jedoch auch dazu kommen, dass es den erkrankten Eltern aufgrund ihrer Erkrankung nicht möglich ist, eine ausreichende Versorgung ihrer Kinder sicherzustellen. Wie bereits oben beschrieben, sind die betroffenen Kinder zudem häufiger mit komplexen Belastungen konfrontiert als Kinder mit psychisch gesunden Eltern (vgl. ebd.).

Ist es in diesen Fällen nicht möglich die Herausforderungen der Erkrankung mit Unterstützung des sozialen Netzwerkes zu bewältigen, bietet die Kinder- und Jugendhilfe einige Leistungen

an, um die betroffenen Familien zu unterstützen und eine, dem Wohl des Kindes entsprechende, Erziehung sicherzustellen. Die zur Leistungserbringung verpflichtete Behörde ist hier insbesondere das Jugendamt (vgl. ebd.). Es „hat die Aufgabe, problemangemessene Hilfen auf unterschiedlichsten Ebenen und in unterschiedlichster Intensität bereitzustellen und verfügbar zu machen“ (ebd.). Gleichzeitig ist es die Aufgabe des Jugendamtes geeignete Schritte zum Schutz des Kindes zu unternehmen, wenn das Wohl des Kindes in Gefahr ist. Dieses doppelte Mandat bedeutet oftmals einen Spagat zwischen Hilfe und Kontrolle (vgl. ebd. 41ff.). Der sozialpädagogische Handlungsspielraum der Jugendhilfe soll im Folgenden skizziert werden.

Die Jugendhilfe hat den offensiven Auftrag zur Entwicklung und Bereitstellung präventiver Unterstützungsangebote. Hierfür bietet sie eine Reihe von Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten an. Hierzu gehören beispielsweise Angebote der Kindertagesbetreuung, der Jugendarbeit, Familienbildung und der allgemeinen Familienberatung. Darüber hinaus ist es die Aufgabe des Jugendamtes Angebote zur Krisenbewältigung vorzuhalten. Hierzu gehört auch die Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen, zum Beispiel bei einem plötzlich notwendigen Klinikaufenthalt des Elternteils, insbesondere bei alleinerziehenden Familien. Solche Angebote sind vornehmlich präventiv angelegt und sollen Zuspitzungen der familiären Situation frühzeitig verhindern (vgl. ebd. S. 43).

Sind die Eltern mithilfe dieser niedrigschwelligen Angebote und der Unterstützung ihres sozialen Umfeldes jedoch weiterhin nicht in der Lage, eine angemessene Versorgung und Erziehung ihres Kindes zu gewährleisten, können auf Antrag der Eltern weitergehende Unterstützungsmaßnahmen installiert werden. Dies sind die Hilfen zur Erziehung nach §27 ff. SGB VIII (vgl. ebd. S. 43f.). Die Eltern haben einen Rechtsanspruch auf diese Hilfen, „wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). Hilfen zur Erziehung können in unterschiedlicher Form zur Verfügung gestellt werden: ambulant, teilstationär oder stationär. Zu den ambulanten Formen der Hilfeleistungen gehören die Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII), die soziale Gruppenarbeit (§ 29 SGB VIII), die Erziehungsbeistandschaft (§ 30 SGB VIII), die sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII) und die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35 SGB VIII). Die genannten Hilfen richten sich entweder an die ganze Familie oder speziell an die betroffenen Kinder (insbesondere an Jugendliche und junge Erwachsene). Zu den teilstationären Hilfen zur Erziehung gehören Tagesgruppen (§ 32 SGB VIII) und die sozialpädagogische Tagespflege (§ 32 Abs. 2 SGB VIII). Diese Hilfen richten

sich in erster Linie an Grundschulkinder und sind als Ergänzung zur familiären Versorgung angelegt, indem sie einen Teil der Erziehungsarbeit übernehmen. Begleitet werden die Angebote durch intensive Elternarbeit. Sind die Eltern zeitweise oder dauerhaft nicht mehr in der Lage, die Versorgung der Kinder im eigenen Wohnraum sicherzustellen, stehen verschiedene stationäre Leistungen zur Verfügung, wie die Betreuung in Pflegefamilien (§ 33 SGB VIII) oder sonstige betreute Wohnformen (§ 34 SGB VIII). Form und Dauer der Hilfen richten sich nach dem konkreten erzieherischen Bedarf der Kinder. Die Rahmenbedingungen und Ziele der einzelnen Hilfen werden gemeinsam mit der Familie und dem Jugendamt in einem sogenannten Hilfeplan erarbeitet. Die Familien sollen im Vorfeld über die verschiedenen Hilfeformen beraten werden und haben das Recht, zwischen den Angeboten verschiedener Träger zu wählen und eigene Wünsche bezüglich der Hilfe zu äußern (vgl. ebd. S. 44f.).

Die genannten Leistungen des Jugendamtes stellen einen Rechtsanspruch der Eltern gegenüber dem Jugendamt dar und nicht umgekehrt, die Inanspruchnahme basiert also auf Freiwilligkeit. Anders stellt sich die Situation dar, wenn das Wohl der betroffenen Kinder in Gefahr ist, die Eltern aber nicht bereit sind, Unterstützungsangebote anzunehmen (vgl. ebd. S. 45ff.). Wenn durch die „Haltung der Eltern (Entwicklungs-)Schäden der Kinder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind und externe Hilfe weiterhin konsequent abgelehnt wird, ist das Jugendamt verpflichtet, zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung das zuständige Familiengericht anzurufen“ (Schone & Wagenblass, 2010, S. 47). Die Anrufung des Gerichtes erfolgt auf der Grundlage des § 1666 BGB. Das Gericht prüft dann, ob ein Eingriff in die elterliche Sorge gerechtfertigt ist und legt die zu treffenden, erforderlichen Maßnahmen fest, um die Kindeswohlgefährdung aufzuheben (vgl. ebd. S. 47f.).

Eine genaue Statistik, welchen Anteil Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil im Rahmen von Unterstützungsleistungen der Kinder- und Jugendhilfe ausmachen, liegt allerdings nicht vor (vgl. ebd. S. 45). Die Erfassung ist insbesondere deshalb schwierig, weil über die Eltern mit offizieller Diagnose hinaus einige Eltern betreut werden, bei denen eine psychische Erkrankung vermutet wird, eine Überleitung in das psychiatrische Versorgungssystem aus unterschiedlichsten Gründen jedoch nicht erfolgt (vgl. ebd. S. 65).

2.2.1.3 Skizzierung spezifischer Angebote

Über die Angebote der Regelsysteme hinaus sind in den letzten Jahren eine Vielzahl an präventiv orientierten Angeboten, Initiativen und Projekten für Kinder psychisch erkrankter Eltern entstanden. Allein auf der Website der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern (www.bag-kipe.de) findet man beispielsweise über hundert Projekte, Initiativen und Einrichtungen für ganz Deutschland (vgl. Christiansen, Anding & Donath, 2014, S. 96). Auch andere Projekte und Initiativen bemühen sich, einen systematischen Überblick über regionale Angebote zu geben (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 4). Allerdings ist es schwierig einen genauen Einblick in die gesamte Angebotslandschaft zu erhalten, „da es sich bei den Angeboten häufig um zeitlich befristete lokale Projekte und Initiativen handelt und die wenigsten Angebote fest in den Versorgungsstrukturen verankert sind“ (Christiansen, Anding & Donath, 2014, S. 96). Zudem verfügt eine Vielzahl der Angebote über keine feste Finanzierung (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 19f.). Die Wirksamkeit der vorliegenden Angebote wurde darüber hinaus kaum überprüft mit Ausnahme des familienorientierten Präventionskonzeptes CHIMPs (Children of mentally ill parents) und einer Evaluation der Stiftung Kinderland, auf die später näher eingegangen wird (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 4 u. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 112). Außerdem sind die Unterstützungsangebote bundesweit und regional unterschiedlich verteilt (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 18).

Innerhalb einer Analyse von Good Practice-Modellen in Deutschland differenzieren Schmenger und Schmutz (2019, S. 28ff.) zwischen Gruppenangeboten, Patenschaften, multimodalen Ansätzen, kombinierten Angeboten und sonstigen Präventionsprogrammen. Dabei sind Gruppenangebote die häufigste Form präventiver Unterstützungsmaßnahmen für Kinder psychisch erkrankter Eltern (vgl. ebd. S. 29 u. Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 49). Gruppenangebote richten sich entweder an betroffene Kinder und Jugendliche oder an Eltern und ihre Kinder gemeinsam und haben das Ziel, die Ressourcen der Kinder zu fördern, die Erkrankung des Elternteils zu enttabuisieren, altersangemessene Informationen zu vermitteln, die Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu stärken und Schuldgefühle zu reduzieren. Außerdem wird durch den Austausch mit Gleichaltrigen ein Gefühl von Solidarität geschaffen (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 29).

Patenschaftsprogramme sind ebenfalls ein häufiges Unterstützungsangebot für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Hier soll den Kindern zusätzlich zu den Eltern eine verlässliche Bezugsperson zur Seite gestellt werden, die insbesondere in Krisensituationen

Ansprechperson ist, Betreuungs- und Versorgungsaufgaben übernimmt und Zeit mit dem Kind verbringt (vgl. ebd. S. 32).

„Multimodale Interventionsprogramme zielen auf die Förderung und Aktivierung von personalen, familiären und sozialen Ressourcen sowie von speziellen Schutzfaktoren ab“ (ebd. S. 36). Die Programme sind kind- oder elternzentriert oder richten sich an die ganze Familie (vgl. ebd.). Gemeinsame Komponenten dieser Präventionsprogramme sind laut Lenz und Wiegand Grefe (2017, S. 48f.) folgende:

- Screenings zur Abschätzung des Erkrankungsrisikos und der Gefährdung der Kinder,
- bindungsbezogene Interventionen, Frühintervention durch videogestützte Interaktionstherapie, entwicklungspsychologische Beratung,
- innerfamiliäre Entlastungen durch Stärkung der Erziehungskompetenz und Verbesserung der familiären Kommunikation,
- Stärkung der Kinder durch Psychoedukation und durch Verbesserung der Bewältigungskompetenzen,
- Unterstützung der Kinder beim Umgang mit Gefühlen und Aufbau von Selbstwertgefühl und positivem Selbstwernerleben,
- Stärkung und Förderung familienexterner Kontakte und Aktivierung sozialer Ressourcen durch Gruppenangebote, Aufbau von Patenschaften und Freizeitangeboten,
- strukturelle Maßnahmen zur Stabilisierung der familiären Situation, durch Mutter-Kind-Behandlung sowie durch verbesserte Kooperation zwischen den Hilfesystemen und kooperative Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen und Fachkräfte.

Unter kombinierten Angeboten werden solche Angebote verstanden, die verschiedene Unterstützungsmaßnahmen bündeln und gemeinsam an einem Ort anbieten. Es werden beispielsweise Beratungsangebote, Gruppenangebote und Patenschaften kombiniert und Familien damit auf unterschiedlichen Ebenen unterstützt (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 43).

Mit sonstigen Präventionsprogrammen sind die Angebote gemeint, die ansetzen, bevor überhaupt eine psychische Erkrankung der Eltern vorliegt. Sie zielen darauf ab, dass Kinder und Jugendliche grundsätzlich bezüglich psychischer Erkrankungen sensibilisiert werden. Auf diese Weise tragen diese Angebote zu einer Enttabuisierung der Thematik bei (vgl. ebd. S. 51).

Darüber hinaus wurden im Rahmen der Analyse auch immer wieder Einzelberatungen für Kinder und ihre Eltern sowie Telefon- oder Online-Beratungsangebote als bewährte Angebotsformen benannt (vgl. ebd. S. 19).

2.2.2 Förderliche Faktoren für eine wirksame Unterstützung

Schmenger und Schmutz (2019, S. 21ff.) benennen im Rahmen ihrer Expertise verschiedene Kriterien, für die wirksame Gestaltung von Angeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern: Zunächst ist eine Orientierung der Angebote an den psychosozialen Voraussetzungen der betroffenen Kinder, also an den Risiko- sowie den Schutzfaktoren, zu empfehlen. „Bei Menschen, bei denen eine erbliche Verletzlichkeit vorliegt, ist es besonders wichtig, negative Umweltfaktoren möglichst zu reduzieren und positive Umweltfaktoren zu stärken“ (Mattejat, Lenz, & Wiegand-Grefe, 2012, S. 18). Insbesondere bei präventiven Angeboten sollten die Resilienz-faktoren als Grundlage zur Entwicklung dienen, das ermöglicht eine spezifische Zuschneidung der Angebote auf die Bedürfnisse der Zielgruppe (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 21ff.). Generell besteht in der Forschung Konsens darüber, dass insbesondere der Ausbau von präventiven Maßnahmen förderlich ist, um negativen Auswirkungen von Entwicklungsrisiken auf Kinder und Jugendliche frühzeitig zu verhindern oder zumindest abzuschwächen (Schmenger & Schmutz, 2019, S. 25).

Darüber hinaus befragten Schmenger und Schmutz (2019, S. 7 u. 26f.) im Zuge ihrer Analyse von Good-Practice-Angeboten verschiedene Experten nach Kriterien für die Gestaltung wirksamer Angebote. Von den Experten wurden folgende Kriterien genannt:

- Systematische Kooperation der Professionen und Leistungsträger
- Angebote sind an kommunale Strukturen angebunden und weisen Schnittstellen zum Regelsystem auf
- Angebote verfügen über eine (gesicherte) Finanzierung
- Angebote fokussieren das gesamte Familiensystem

Auch die aktuelle Forschung bestätigt die Bedeutung von Kooperation bei der Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihren Familien. Das bedeutet einerseits, dass eine Vernetzung zunächst im Sozialraum aber auch zwischen den verschiedenen Disziplinen (psychotherapeutisch, psychiatrisch-medizinisch und sozialpädagogisch) stattfinden sollte.

Andererseits bedarf die Kooperation der Disziplinen einer dauerhaften, institutionalisierten Form. Insgesamt gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass die Kooperation und Vernetzung in Bezug auf Kinder psychisch kranker Eltern noch ausbaufähig ist, hierzu näheres in Kapitel 2.2.3.3 (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 24).

Auch die Notwendigkeit der Fokussierung auf das gesamte Familiensystem wird durch die Forschung bestätigt. Da eine Wechselwirkung zwischen der elterlichen Erkrankung und den kindlichen Belastungen besteht, ist es notwendig sich nicht nur auf die Kinder oder die Eltern zu fokussieren, sondern das ganze Familiensystem in den Blick zu nehmen und verschiedene Hilfen zu kombinieren und aufeinander abzustimmen (vgl. ebd. S. 25)

Die Stiftung Kinderland in Baden-Württemberg ließ zwischen 2008 und 2012 16 von der Stiftung geförderte Modellprojekte für Kinder psychisch erkrankter Eltern evaluieren. Die Ergebnisse wurden in einem Projektbericht vorgestellt (vgl. Hoff & Pietsch, 2012). Folgende Erfolgskriterien werden genannt (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019 S. 25f. u. Hoff & Pietsch, 2012, S. 112f.):

Zunächst sollte der Fokus der Angebote auf Unterstützung und nicht auf Kontrolle liegen, damit das Unterstützungsangebot von den betroffenen Eltern angenommen und nicht als Bedrohung wahrgenommen wird. Nehmen die Eltern ein Angebot als Bedrohung wahr, besteht für die Kinder die Gefahr eines Loyalitätskonfliktes. Generell ist eine kontinuierliche, begleitende Elternarbeit von großer Bedeutung. Desweiteren empfiehlt die Kinderland Stiftung den Austausch mit ebenfalls betroffenen Kindern zu fördern und ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung zu stellen. Auch die Kinderland Stiftung hebt die Bedeutung von Vernetzung und Kooperation zwischen den Disziplinen und im Sozialraum hervor. Insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt solle positiv gestaltet werden, da das Jugendamt oft den Zugang zu den Angeboten herstellt.

In einer qualitativen Interviewstudie befragten Stelling, Habers und Jungbauer (2008) betroffene Jugendliche zu ihrer Wahrnehmung ihrer Lebenssituation als Kinder psychisch erkrankter Eltern. Hierbei wurde sich auch nach den Wünschen der Jugendlichen für eine Gestaltung von Unterstützungsangeboten erkundigt (vgl. Stelling, Habers & Jungbauer, 2008, S. 768). Demnach wünschen sich die befragten Jugendlichen zum einen, dass das Personal in psychiatrischen Institutionen von sich aus auf die betroffenen Kinder zugeht, Hilfe anbietet und Sprechstunden auch für die Kinder psychisch erkrankter Eltern im Rahmen einer

klinischen Behandlung der Eltern zur Verfügung stellt. Generell möchten die befragten Jugendlichen sowohl in der gemeindepsychiatrischen Versorgung wie auch in der Jugendhilfe mehr berücksichtigt und gestärkt werden, zum Beispiel durch spezielle an sie adressierte Gesprächs- und Beratungsangebote. Zum anderen wünschen sie sich mehr Unterstützung im schulischen Rahmen, etwa durch SchulsozialarbeiterInnen, SchulpsychologInnen und LehrerInnen sowie durch allgemeine Aufklärung über psychische Erkrankungen im regulären Unterricht, um Unwissen und Vorurteile abzubauen (vgl. Stelling, Habers & Jungbauer, 2008, S. 768).

2.2.3 Herausforderungen für die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

In ihrer Expertise zum Stand der Forschung im Auftrag der *Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern* geben Wiegand-Grefe et. al. zu bedenken, dass die vorhandenen Angebote nur dann wirken können, wenn diese auch tatsächlich von den betroffenen Familien in Anspruch genommen werden. Doch sowohl auf der Ebene der AdressatInnen wie auch auf der Ebene des Hilfesystems existieren einige Hinderungsgründe, die eine Inanspruchnahme von Hilfen verhindern können (vgl. Wiegand-Grefe, et al., 2019, S. 8). Im Folgenden werden entsprechend dem Stand der Forschung zunächst Hinderungsgründe der Eltern und der Kinder dargestellt und anschließend kurz auf Zugangshemmnisse eingegangen, die ihre Ursache auf der Ebene des Hilfesystems haben.

2.2.3.1 Ebene der Eltern

Mehrere Studien in Deutschland weisen darauf hin, dass psychisch erkrankte Eltern die vorhandenen Angebote zur Unterstützung nicht hinreichend wahrnehmen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Nach bisherigem Kenntnisstand sind vor allem Angst vor Stigmatisierung, Angst vor familienrechtlichen Konsequenzen, aber auch Sorge um die Versorgung der Kinder Hemmnisse für die Suche und Inanspruchnahme von Hilfen (vgl. Wiegand-Grefe, et al., 2019, S.8 u. (Kölch & Schmid, 2008, S. 774ff.)

Viele psychisch erkrankte Eltern neigen, laut Wiegand-Grefe et al. (2019, S. 8), lange Zeit dazu, ihre Krankheit abzuwehren, zu bagatellisieren oder zu verleugnen und zeigen sich daher Hilfen gegenüber, auch für ihre Kinder, verschlossen. Das sei insbesondere dann der Fall, wenn auf Seiten der Eltern keine oder nur eine geringe Krankheitseinsicht vorliege oder die Eltern die

Einschätzung über den Unterstützungsbedarf ihrer Kinder nicht teilen. Vor allem Maßnahmen der Jugendhilfe scheinen den Autoren zufolge immer noch stigmatisiert in dem Sinne, dass Sorge besteht, es gehe weniger um Hilfe als um Kontrolle oder gar um den Entzug des Sorgerechtes. Aus Angst vor familienrechtlichen Konsequenzen oder auf Grund von negativen Erfahrungen mit dem Jugendamt würden Familien vermeiden, ihre Ansprüche im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe geltend zu machen (vgl. Wiegand-Grefe et al., 2019, S. 8f. u. Schöne & Wagenblast, 2010, S. 46). In einer Studie von Kölch und Schmid zur Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern (2008, S. 780) gaben 51 Prozent der befragten Eltern an, aktiv den Kontakt mit dem Jugendamt zu vermeiden.

Ebenso führt eine mangelnde Bekanntheit von Angeboten dazu, dass Eltern nicht auf bestehende Hilfen zurückgreifen. Aufgrund der unübersichtlichen Rechts- und Verwaltungslage kann es für betroffene Eltern zudem eine Überforderung darstellen, nach der richtigen Hilfe zu suchen (vgl. Wiegand-Grefe et al. S. 9 u. 45f.). Auch die Sorge um die Versorgung der Kinder während einer Behandlung kann dazu führen, dass Eltern Hemmungen haben, Hilfe anzunehmen (vgl. ebd. S. 8).

2.2.3.2 Ebene der Kinder

Die besagte qualitative Interviewstudie von Stelling, Habers und Jungbauer (2008) zeigte, dass den betroffenen Kindern wichtig ist, nicht als „Opfer“ angesehen zu werden. Sie befürchten, stigmatisiert zu werden, wenn sie über die Erkrankung der Eltern sprechen und nehmen daher Gesprächsangebote von LehrerInnen oder SchulsozialarbeiterInnen zum Teil nicht an (vgl. ebd. S. 763). Eher suchen sie das Gespräch mit befreundeten Peers, wenn sie Hilfe, Entlastung und emotionale Unterstützung benötigen (vgl. ebd. S. 764). Der Großteil der befragten Jugendlichen äußerte, keinen zusätzlichen Bedarf an Unterstützung durch professionelle Helfer oder Institutionen zu haben, insbesondere deshalb, weil sie nicht mehr als nötig mit der Krankheitsproblematik konfrontiert werden wollen. Dennoch halten sie Unterstützungsangebote grundsätzlich für sinnvoll und notwendig. (vgl. ebd. S. 767). Jungbauer (2016, S. 15) ergänzt, dass sich Kinder psychisch erkrankter Eltern, auch wenn sie meistens einen hohen Unterstützungsbedarf haben, „selten aktiv um die Hilfe anderer Personen“ bemühen. Wenn überhaupt suchen die Kinder eher in ihrem näheren sozialen Umfeld nach Unterstützung und auch dann eher in „neutralen Bereichen“ wie beispielsweise Hilfe bei den Hausaufgaben oder Entlastung im Haushalt, nicht aber bei Problemen, die die psychische Erkrankung ihrer Eltern

und damit zusammenhängende Überforderungs-situationen betreffen (vgl. ebd.). Generell liegen bisher wenige Studien vor, die die Perspektive der Betroffenen Kinder auf Unterstützungsangebote erfassen.

2.2.3.3 Ebene des Hilfesystems

Im Auftrag der *Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern* wurde von Wiegand-Grefe et al. eine Expertise zum aktuellen Stand der Forschung zur Lebenssituation der betroffenen Kinder erstellt. In der bereits erwähnten Expertise von Wiegand-Grefe et. al. (2019, 8ff.) wurden auch bisher bestehende Erkenntnisse über Zugangshemmnisse und Zugangsbarrieren auf Ebene des Hilfesystems aufgegriffen. Laut der Autoren werden Hilfsangebote der verschiedenen Hilfesysteme den betroffenen Familien häufig unkoordiniert und ohne klare Priorisierung angeboten. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass jedes Hilfesystem für sich Hilfen anbietet, ohne diese mit den anderen Professionen abzustimmen. Die Koordinierung der Hilfen wird dann meist den Familien selbst überlassen, welche mit dieser zeitlichen und organisatorischen Aufgabe häufig überfordert sind, da sie, als Ausdruck der Erkrankung, oftmals in ihrer sozialen Kompetenz eingeschränkt sind und unter krankheitsbedingten Wahrnehmungs- und Denkstörungen leiden (vgl. Wiegand-Grefe, et al., 2019, S. 9f. u. Wagenblass & Schone, 2001, S. 582). Die Ursache für diese mangelhafte Koordination von Hilfen ist laut Wiegand-Grefe et al. in erster Linie auf Schnittstellenprobleme zwischen den Hilfesystemen zurückzuführen. Unterschiedliche Systemlogiken und damit verbundene unterschiedliche Denkweisen führen dazu, dass die Weiterleitung von betroffenen Familien von einem Hilfesystem in das andere nicht reibungslos oder gar nicht funktioniert. Es mangle an ausreichender Kenntnis über das jeweils andere System, an einer gemeinsamen Sprache und flächendeckender systematischer und verlässlicher Kooperation. Dadurch ergebe sich die Gefahr, der unverbundenen, unkoordinierten Inanspruchnahme von Leistungen, ohne zielführende ineinandergreifende Hilfe. Außerdem fehle es an Absprachen und Abstimmungen zwischen den verschiedenen Helfern, die innerhalb einer Familie tätig sind. Auch mangelnde Qualifikation und Erfahrung mit der spezifischen Adressatengruppe können ein Zugangshemmnis auf Seiten des Hilfesystems darstellen (vgl. Wiegand-Grefe, et al., 2019, S. 11).

Darüber hinaus besteht der Eindruck, dass die Kinder als Angehörige der erkrankten Eltern vom Hilfesystem nicht ausreichend in den Blick genommen werden, insbesondere im Rahmen der klinischen Versorgung der Eltern (vgl. Stelling, Habers & Jungbauer, 2008, S. 763 u. 768).

Auch Schmenger und Schmutz weisen in ihrer Expertise darauf hin, dass die Kooperation zwischen den Hilfesystemen derzeit noch mangelhaft ist und beziehen sich hierbei auf einen Bericht des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, der in der Vielzahl der Akteure mit ihren unterschiedlichen Systemlogiken und Finanzierungsgrundlagen eine Herausforderung für eine gelingende Zusammenarbeit sieht (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 24ff. u. Görres & Pirsig, 2011, S. 18ff.). Zu ergänzen ist, dass es bei vielen Projekten zu Schwierigkeiten in der regelhaften Finanzierung der Angebote kommt. Viele Angebote die im Rahmen einer Projektförderung gestartet wurden, werden nach Ablauf der Projektphase nicht in die Regelangebote und damit in eine gesicherte Finanzierung überführt und sind somit auf Spenden angewiesen (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 25).

Ein weiteres Problem in der Versorgung von Kindern psychisch erkrankter Eltern besteht in der individuumszentrierten Arbeitsweise des Gesundheitswesens. Zwar sind die hier tätigen Fachkräfte zunehmend darauf sensibilisiert, ob die Patienten minderjährige Kinder haben, für deren Versorgung sie zuständig sind. Die Behandlung ist jedoch weiterhin in erster Linie auf den erkrankten Elternteil fokussiert. Auch im Netzwerk der frühen Hilfen ist die Beteiligung von Psychiatrie und Psychotherapie eher gering ausgeprägt. (vgl. Görres & Pirsig, 2011, S. 19ff. u. Pillhofer, Ziegenhain, Fegert, Hoffmann & Paul, 2016, S. 10f.).

Zudem liegen große Unterschiede in der Versorgungsstruktur und -dichte in den verschiedenen Regionen Deutschlands vor (vgl. Pillhofer, Ziegenhain, Fegert, Hoffmann & Paul, 2016, S. 10).

2.2.4 Darstellung der Ergebnisse der *Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern*

Auf der Grundlage des Entschließungsantrags der Bundesregierung wurde am 12. März 2018 unter der Federführung des Ministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend die *Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern* gegründet und der AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. – mit der Organisation und Koordination beauftragt (vgl. AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Februar 2020, S. 5 u. Decarli, Kern & Sekler, 2019, S. 5). Die Arbeitsgruppe legte im Februar 2020 insgesamt 19 Empfehlungen vor, in denen es darum ging, wie Leistungen und Zugänge bedarfsgerechter gestaltet, präventive Leistungen zugänglich gemacht und Schnittstellen zwischen den bestehenden Hilfsangeboten besser koordiniert werden können (vgl. Decarli, Kern & Sekler, 2019, S. 5 u. AFET – Bundesverband

für Erziehungshilfe e.V. 2020, S. 7-20). Die vorgelegten Empfehlungen sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden. Fokussiert werden vor allem die Empfehlungen, die die Kinder- und Jugendhilfe oder die Kooperation der verschiedenen Hilfesysteme betreffen.

Zunächst empfiehlt die Arbeitsgruppe, dass alltagsunterstützende Hilfen nach § 20 SGB VIII, die bisher nur als objektiv-rechtliche Verpflichtung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe ausgestaltet sind, in den Katalog der Hilfen zur Erziehung aufgenommen werden und damit einen einklagbaren Rechtsanspruch erhalten (vgl. Decarli, Kern & Sekler, 2019, S. 5f. u. AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Februar 2020, S. 8). Eine Inanspruchnahme von alltagsunterstützenden Maßnahmen soll auch ohne Antragsstellung möglich sein und „die Angebote durchgängig, in unterschiedlicher an die aktuelle Bedarfslage angepasster Intensität und – vor allem in Akutsituationen – schnell und direkt in Anspruch genommen werden können“ (AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Februar 2020, S. 8).

Zudem sollen mit den Leistungserbringern auf der Grundlage des § 36a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII Vereinbarungen geschlossen werden, die die durchgängige Verfügbarkeit von Patenschaftsprojekten und eine fachlich professionelle Ausgestaltung regeln (vgl. Decarli, Kern & Sekler, 2019, S. 6. u. AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Februar 2020, S. 8).

Eine weitere wichtige Empfehlung ist, dass Kinder und Jugendliche, im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe Zugang zu einer bedingungslosen, elternunabhängigen Beratung erhalten sollen. Dafür ist es notwendig, die Erfordernis einer „Not- und Konfliktlage“ als Voraussetzung aus dem § 8 Abs. 3 SGB VIII zu streichen. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn bei den Eltern keine Krankheitseinsicht vorliegt oder sie Hilfen für ihre Kinder ablehnen (vgl. Decarli, Kern & Sekler, 2019, S. 6 u. AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Februar 2020, S. 9). Es soll zudem eine Online-Plattform entwickelt werden, die Kindern und Jugendlichen ermöglicht, sich selbstständig zu informieren, eine anonyme Beratung zu erhalten und nach einer wohnortnahen Hilfe zu suchen (vgl. Decarli, Kern & Sekler, 2019, S. 6 u. AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Februar 2020, S. 9).

Um präventive Leistungen für Kinder psychisch kranker Eltern im Rahmen des Gesundheitswesens zugänglich zu machen, sollen auf kommunaler Ebene Verbesserungen durch das „GKV-Bündnis für Gesundheit“ erzielt werden. Hierfür sollen die Träger der nationalen Präventionskonferenz Kinder psychisch erkrankter Eltern mehr in den Fokus nehmen. Daraus soll schließlich eine Erweiterung und Anpassung der Landesramen-

vereinbarungen entsprechend der Bedürfnisse der Kinder resultieren (vgl. Decarli, Kern & Sekler, 2019, S. 6).

Darüber hinaus wurden einige Empfehlungen vorgelegt, die auf eine Verbesserung der Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Hilfesysteme abzielen. Zum einen soll die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen durch explizite Regelungen im SGB V rechtlich und finanziell abgesichert werden und damit ein verbesserter Informationsaustausch zwischen den Disziplinen erreicht werden, unter anderem durch die Teilnahme an Kooperationsvereinbarungen und an interprofessionellen Qualitätszirkeln. Als Einzelfalleistungen sollen dann Vermittlungen in die Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar werden und Lotsen die Zugänge zu weiteren Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten an den Schnittstellen erleichtern. Zum anderen empfiehlt die Arbeitsgruppe eine koordinierte und interdisziplinäre Versorgung „aus einer Hand“, da psychisch kranke und belastete Eltern oft mit der Koordinierung von Hilfen in den verschiedenen Hilfesystemen überfordert sind. Hierfür sollen SGB-übergreifende Komplexleistungen entstehen (vgl. Decarli, Kern & Sekler, 2019, S. 5f.).

2.3 Beratungsangebote im Rahmen der Jugendhilfe

2.3.1 Rechtliche Grundlagen

Laut § 8 Abs. 2 SGB VIII haben Kinder und Jugendliche das Recht, „sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden.“ Dies gilt allerdings in erster Linie, wenn eine Einwilligung der Erziehungsberechtigten zur Beratung vorliegt. Hiermit wird dem Art. 6 Abs. 2 und 3 des Grundgesetzes Rechnung getragen, der Eingriffe in das Erziehungsrecht der Eltern nur bei Kindeswohlgefährdung zulässt (vgl. Winkler, 2008, S. 30). Wollen sich Kinder und Jugendliche ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten beraten lassen, ist dies nur „auf Grund einer Not – und Konfliktlage“ möglich „und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde“ (§ 8 Abs. 3 SGB VIII). Eine Notlage liegt laut Winkler dann vor, wenn ein körperlicher, geistiger oder seelischer Schaden des Kindes oder des Jugendlichen zu erwarten wäre (vgl. Winkler, 2008, S. 30 u. Jung, 2008, S. 62f.). Diese Einschränkung gilt jedoch nur für Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Freie Träger sind nicht unmittelbar an die Leistungsverpflichtungen des SGB VIII gebunden und können daher ohne Einschränkung Beratung für Kinder und Jugendliche anbieten (vgl.

Winkler, 2008, S. 30 u. § 3 Abs. 2 Satz 2 SGB VIII). Zudem wird Jugendlichen ab Vollendung des 15. Lebensjahres eine eigene Handlungsfähigkeit zuerkannt. Diese gilt solange, wie die Personensorgeberechtigten nicht explizit widersprechen (vgl. § 36 Abs. 2 SGB I u. Meysen, Rixen & Schönecker, 2019, S. 40). Seit längerer Zeit wird, wie auch schon in der Vorstellung der Ergebnisse der *Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern* erwähnt, darüber diskutiert, ob die Voraussetzung einer Not- und Konfliktlage aus dem Gesetzestext gestrichen werden sollte, um einen eigenständigen, vertraulichen, verlässlichen und elternunabhängigen Beratungsanspruch für Kinder und Jugendliche zu schaffen (vgl. Meysen, Rixen & Schönecker, 2019, S. 40 u. Bericht der Bundesregierung – Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes, 2016, S. 92)

Basierend auf den bisher beschriebenen Voraussetzungen erfolgt die Beratung von Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage von § 11 Abs. 3 SGB VIII und § 28 SGB VIII und die Beratung von jungen Volljährigen auf der Grundlage von § 41 SGB VIII (vgl. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (bke), 2017, S. 3 u. Siefert in Jung, 2008, S. 269f.).

Im § 11 Abs. 3 Nr. 6 SGB VIII wird Jugendberatung explizit als Teil der Jugendarbeit benannt. Das Beratungsangebot im Rahmen der Jugendarbeit bietet eher eine allgemeine, informelle, niedrigschwellige Beratung für Jugendliche zu individuellen Problemlagen an. Sie ist in der Regel in das allgemeine Angebot der Jugendarbeit integriert. Beratende sind daher meistens die Mitarbeitenden, die auch die anderen Angebote betreuen. Die Beratung innerhalb der Jugendarbeit stellt einen ersten Anknüpfungspunkt für Jugendliche dar, um zu einem breiten Themenfeld erste Informationen zu bekommen. In besonderen Problemlagen ist daher eine Verweisung auf spezialisiertere Beratungsangebote erforderlich (vgl. Bernzen, 2013, S. 624).

Beratung von Kindern und Jugendlichen kann aber auch im Rahmen der Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII angeboten werden. Hier werden explizit auch Kinder und Jugendliche als Adressaten von Beratung genannt. Die Beratung von Kindern und Jugendlichen nach § 28 SGB VIII gehört damit zu den Hilfen zur Erziehung. Daher müssen für eine Inanspruchnahme auch die in §27 SGB VIII genannten Voraussetzungen erfüllt sein, zum Beispiel muss die Gefahr bestehen, dass eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung ohne entsprechende Hilfe nicht mehr gewährleistet ist. Die Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII ist zudem langfristiger angelegt und umfasst auch intensivere pädagogische und therapeutische Hilfen (vgl. Siefert in Jung, 2008, S. 269f.)

2.3.2 Kriterien für die niedrigschwellige Gestaltung von Hilfsangeboten für Kinder und Jugendliche

Während Kinder in der Regel im Rahmen der elterlichen Beratungsangebote berücksichtigt und mit einbezogen werden, gelten Jugendliche allgemein als eher schwer zu erreichende Zielgruppe (vgl. Vossler, 2004, S. 549 u. Oehme, 2011, S. 6). Insbesondere Beratungsangebote im Rahmen der Erziehungsberatung werden laut Vossler (2004, S. 549ff.) eher selten von Jugendlichen genutzt und sind auch eher weniger auf die speziellen Bedürfnisse von Jugendlichen ausgerichtet, auch wenn sie als Adressaten der Hilfe explizit benannt werden. Vossler plädiert daher dafür, Beratungsangebote jugendlichengerechter und niedrigschwelliger zu gestalten, um Jugendliche in psychosozialen Problemlagen besser zu erreichen (vgl. Vossler, 2004, S. 550). Wie genau eine niedrigschwellige, an Jugendlichen orientierte Beratung aussehen kann, soll im Folgenden näher erläutert werden. Hierfür wird zunächst der Begriff der „Niedrigschwelligkeit“ erläutert und allgemeine Kriterien für niedrigschwellige Beratung dargestellt. Anschließend werden spezielle Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Angeboten für Jugendliche im Rahmen der Jugendsozialarbeit skizziert und abschließend der Ansatz der Onlineberatung als ein möglicher Lösungsvorschlag, um Zugänge für Jugendliche zu Beratungsangeboten zu erleichtern, vorgestellt.

Laut Oehme beschreibt Niedrigschwelligkeit ein Prinzip der Gestaltung sozialer Dienstleistungen, das potentiellen NutzerInnen den Zugang zu Hilfsangeboten erleichtern soll, indem diese nur geringe oder gar keine Voraussetzungen erfüllen müssen, um das Angebot in Anspruch nehmen zu können (vgl. Oehme, 2011, S. 6). Müller (2011, S. 147) ergänzt hierzu, dass es bei der Herstellung von Niedrigschwelligkeit insbesondere darum gehe, wie überhaupt die „Kopplung“ zwischen der Lebenswelt marginalisierter Gruppen und dem Hilfesystem gelingen kann. Folglich geht es bei Niedrigschwelligkeit einerseits darum, die Anforderungen für die Inanspruchnahme von Hilfen allgemein zu senken und andererseits die Unterstützungsangebote an die Lebensbedingungen der Zielgruppe anzupassen.

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. hat 2005 allgemeine Handlungsempfehlungen für die niedrigschwellige Gestaltung von familienunterstützenden Angeboten vorgelegt. Diese Handlungsempfehlungen sind im Rahmen der *Arbeitsgruppe Niedrigschwellige Angebote für Familien* unter dem Vorsitz von Eva Nagel, Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, erarbeitet,

im *Arbeitskreis Familienpolitik* sowie im Fachausschuss „Jugend und Familie“ beraten und vom Vorstand des Deutschen Vereins am 7. Dezember 2005 verabschiedet worden (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., 2005). Laut dieser Empfehlungen ist insbesondere eine inhaltliche, zeitliche und örtliche Passung der Angebote an die Lebenswelt der AdressatInnen wichtig, um einen niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen. Konkret bedeutet das, dass der Alltag und bestehende Sozialstrukturen der Zielgruppe als Grundlage für die Planung eines Angebotes dienen und sowohl die Lage, die räumliche Gestaltung und die Öffnungszeiten hieran angepasst werden sollten. Es sollte möglichst eine gute Erreichbarkeit, vor allem mit den öffentlichen Verkehrsmitteln gegeben sein. Empfohlen wird zudem nicht nur innerhalb der eigenen Räume mit der Zielgruppe zu arbeiten, sondern sich darüber hinaus bewusst in die „Räume“ der AdressatInnen zu begeben und dort Anknüpfungspunkte zu schaffen und Beratung anzubieten, also Komm- und Gehstruktur zu kombinieren. Auch die Information über das Angebot sollte dort stattfinden, wo sich die Zielgruppe aufhält und so gestaltet sein, dass sie für diese ansprechend ist. Zudem sollten alternative Kontaktmöglichkeiten wie Telefon- oder Online-Beratung zur Verfügung stehen, das ermöglicht einen ersten unverbindlichen und auch anonymen Kontakt. Anonymität und Vertraulichkeit sind insbesondere dann wichtig, wenn Verunsicherungen, Schuld- und Schamgefühlen entgegengewirkt werden soll. Ängste vor Stigmatisierung und Ausgrenzung müssen ernst genommen und in den Angeboten selbst sowie der Öffentlichkeitsarbeit berücksichtigt werden. Ein weiteres Kriterium, um Vertrauen zu schaffen, ist die Freiwilligkeit bei der Inanspruchnahme von Hilfen. Diese fördert zudem die Eigenmotivation der KlientInnen. Auch sollten Angebote möglichst frühzeitig und präventiv ansetzen. Für ein leichtes Ankommen ist es notwendig, mögliche Hürden abzubauen. Die KlientInnen sollten das Angebot möglichst ohne Vorkenntnisse, formale Eingangsvoraussetzungen, Voranmeldung oder Antragsstellung in Anspruch nehmen können. Zudem sollte das Angebot möglichst kostenlos sein. Zu beachten ist darüber hinaus eine kultur- und geschlechtersensible Gestaltung der Angebote. Ist über das bestehende Angebot eine Weiterverweisung notwendig, sollte ein Übergang zu weiterführenden Angeboten durch gute Kooperation und Netzwerkarbeit so fließend wie möglich gestaltet werden (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., 2005).

Einen Einblick in die niedrigschwellige Gestaltung von Angeboten der Jugendarbeit gibt bereits der § 11 Abs. 1 SGB VIII. Hier heißt es: Die Angebote der Jugendarbeit „sollen an den Interessen junger Menschen anknüpfen und von ihnen mitbestimmt und mitgestaltet werden, sie zur

Selbstbestimmung befähigen und zu gesellschaftlicher Mitverantwortung und zu sozialem Engagement anregen und hinführen.“

Konkrete Empfehlungen für die Arbeit mit Jugendlichen im Rahmen der Jugendsozialarbeit gibt eine Handreichung der Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit (BAG ÖRT) (Oehme, 2011). Die Empfehlungen basieren auf einer Studie, die die Bundesarbeitsgemeinschaft ein Jahr zuvor in Zusammenarbeit mit der Universität Hildesheim in Auftrag gegeben hat (vgl. Muche, Oehme & Schröer, 2010). Eine aktualisierte Version wurde 2018 vom *Arbeitskreis u25 SGB II* der BAG ÖRT vorgelegt (vgl. Oehme & Winter, 2018). Ebenso wie der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. empfiehlt die BAG ÖRT eine Orientierung an den Lebenslagen, den biographischen Situationen und Bedürfnissen der Jugendlichen. Basis für eine niedrigschwellige Arbeit mit Jugendlichen sei eine akzeptierende Grundhaltung (vgl. Oehme & Winter, 2018, S. 4). „Es geht darum, die jungen Menschen erst einmal grundsätzlich zu akzeptieren und sie und ihr soziales Umfeld, ihre Handlungsweisen, Wünsche, Ängste und Probleme zu verstehen, sich in diesem Sinne überhaupt für sie zu interessieren“ (ebd. S. 5). Dies bedeute auch eine Orientierung, an den Zeiten und Lebensrhythmen der Jugendlichen sowie an den Orten, an denen sie sich aufhalten. Wichtig sei hierbei eine wertschätzende Grundhaltung der Fachkräfte, die die Jugendlichen mit ihren Stärken und Schwächen annimmt und ihnen einen Vorschuss an Vertrauen und Akzeptanz gibt (vgl. ebd.). Niedrigschwelligkeit bezeichnet hierbei „eher ein professionelles Prinzip, das auf die Absenkung der Zugangsbarrieren [...] insgesamt abzielt. Es geht also nicht nur um neue Zugangswege und -formen zu den jungen Menschen, sondern vor allem auch um einen pädagogischen Zugang, der sich inhaltlich kontinuierlich und konsequent an den Bedürfnissen des einzelnen jungen Menschen ausrichtet“ (Oehme, 2011, S. 8f.). Ausgangspunkte für die niedrigschwellige Gestaltung von Angeboten sind über die Orientierung an den Bedürfnissen und Interessen der Jugendlichen hinaus die Orientierung an den spezifischen Bedingungen in der Region und eine gute Vernetzung mit anderen Akteuren sowie die Nutzung des vorhandenen Potentials der Mitarbeitenden (vgl. Oehme & Winter, 2018, S. 8f.). Wenn möglich sollte die Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote zudem auf freiwilliger Basis passieren (vgl. ebd. S. 12).

Oehme und Winter beschreiben acht Arbeitsprinzipien, die die alltägliche pädagogische Arbeit in niedrigschwelligen Projekten kennzeichnen sollten (vgl. Oehme, Winter, 2018, S. 15ff.):

1. *Akzeptieren*: Diese akzeptierende Grundhaltung kann hergestellt werden, indem die Jugendlichen mit Respekt behandelt werden und ihre Vorstellungen vom Leben ernst genommen werden.
2. *Verstehen*: Um den Grund für das Verhalten und das konkrete Handeln der Jugendlichen verstehen zu können, muss es im Kontext der Lebenslagen und Lebensgeschichten der Jugendlichen betrachtet werden. „Das Verständnis der jungen Menschen ermöglicht auf diese Weise, oftmals nicht anerkannte, verschüttete, als problematisch erachtete Bedürfnisse und Kompetenzen [...] anzuerkennen und sie ggf. neu zu bewerten und in einen neuen Rahmen zu bringen“ (ebd. S. 15)
3. *Vertrauen und Bindungen aufbauen*: Ein weiteres Element zur Herstellung von Niedrigschwelligkeit ist laut Oehme und Winter der Aufbau von Vertrauen und Bindungen. Beides wird einerseits durch das Akzeptieren und Verstehen hervorgerufen. Andererseits bedarf es einer parteilichen Haltung für die Jugendlichen und Mitarbeitende, die sich auch über das geforderte Maß hinaus für das Wohl der Jugendlichen einsetzen.
4. *Beteiligen*: Ein weiteres wichtiges Arbeitsprinzip ist die Beteiligung der Jugendlichen innerhalb des Angebotes. Die jungen Menschen brauchen Gelegenheiten, sich einzubringen und über ihre Angelegenheiten mitzubestimmen. Hierfür sollten Prozesse offen gestaltet werden und Raum für die Mitbestimmung der Jugendlichen ermöglicht werden. Beteiligung wird zudem durch eine Atmosphäre geschaffen, die es Jugendlichen erlaubt, sich frei zu äußern, zu widersprechen und Kritik anzusprechen. Beteiligung setzt immer auch eine Haltung voraus, die den Jugendlichen auf Augenhöhe begegnet. Jugendliche sollten vor allem maßgeblich an der Planung eigener Perspektiven und Handlungsschritte beteiligt werden und über eine bloße Beteiligung hinaus zur Verantwortungsübernahme ermutigt und mit Entscheidungsgewalt ausgestattet werden.
5. *Transparenz herstellen*: Um den Jugendlichen Orientierung und ein Gefühl von Kontrolle zu ermöglichen, ist die Herstellung von Transparenz in allen Belangen, die die Jugendlichen unmittelbar betreffen essentiell. Hierzu zählt unter anderem ein

transparenter Umgang mit datenschutzrechtlichen Bestimmungen (was wird über die Jugendlichen dokumentiert? Welche Informationen werden unter welchen Voraussetzungen an Dritte weiter gegeben?). Auch Einflüsse und Forderungen von außen, z.B. durch Kostenträger, sollten gegenüber den Jugendlichen offen gelegt werden.

6. *Regeln finden*: Grundsätzlich sollten im Rahmen von niedrigschwelliger Arbeit so wenig Regeln wie möglich und immer angepasst an die Rahmenbedingungen des speziellen Angebotes aufgestellt werden. Regeln sollten aber da deutlich kommuniziert werden, wo sie Transparenz über die Grenzen der Arbeit schaffen und das Miteinander verbessern.
7. *Mit Konflikten arbeiten*: Jugendliche sind in ihrem Alltag mit inneren Konflikten und Widersprüchen konfrontiert, die sie mitunter in ihrer Entwicklung hemmen können. Im Rahmen von Jugendsozialarbeit sollte bewusst mit diesen inneren Konflikten und Widersprüchen gearbeitet werden, damit die Jugendlichen lernen, Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und neue Beziehungserfahrungen zu machen.
8. *individuelle Perspektiven erarbeiten*: Alle Schritte, die im Rahmen des Unterstützungsangebotes mit dem Jugendlichen gegangen werden, sollten individuell an den jeweiligen Jugendlichen angepasst werden.

Vermieden werden sollten Enttäuschungs- und Stigmatisierungserlebnisse und ein defizitorientierter Blick auf die Jugendlichen selbst und ihre jeweilige Lebenssituation.

Ein weiterer Lösungsvorschlag, um mögliche Hinderungsgründe zur Nutzung von Beratungsangeboten durch Jugendliche auszuräumen, ist die Digitalisierung von Beratungsangeboten. Laut Kupfer und Mayer (2019, S. 243ff.) bieten Onlineberatungsangebote das Potential, bestehende Formen der Beratung, wie die Telefon- oder die Face-to-Face-Beratung, zu ergänzen und damit die Zugangsmöglichkeiten zu Beratung zu erweitern. Die Autoren sehen in der Onlineberatung eine zeitungebundene, flexible und niedrigschwellige Form des Beratungsangebotes, mit der auch Menschen mit körperlichen Einschränkungen und Ratsuchende in ländlichen Regionen erreicht werden könnten, zumal heutzutage die Mehrheit der Jugendlichen Zugang zu Internet und den entsprechenden Geräten hat (vgl. ebd. S. 247ff.). Als besonders niedrigschwellig gilt die Beratung über Kurznachrichtendienste (vgl. ebd. S. 261)

Insbesondere Jugendliche werden häufig nicht durch herkömmliche Beratungsangebote erreicht. Gründe hierfür können mangelnde Erfahrungen mit professioneller Hilfe, die Unbekanntheit vorhandener Beratungsangebote, Sorgen bezüglich der Vertraulichkeit der Angebote, Schamgefühle und die Angst, missverstanden zu werden sein. Das Potential von Onlineberatung sehen die Autoren daher in der anonymen Inanspruchnahme des Angebotes. Die Anonymität ermöglicht den Betroffenen auch intime und schambesetzte Probleme offen und ehrlich anzusprechen. Zudem bietet Onlineberatung den Ratsuchenden ein stärkeres Gefühl von Kontrolle, da sie die Dauer, Häufigkeit und auch Abbrüche der Beratung selbst bestimmen können (vgl. ebd. S. 248).

Relevant für den Nutzen von Onlineberatung ist unter anderem auch, das ortsgebundene formalisierte Beratungsangebote, wie bereits erwähnt, an das Vorliegen einer Not- und Konfliktlage gebunden und daher nicht uneingeschränkt nutzbar für Kinder und Jugendliche jeden Alters sind. Die Onlineberatung bietet Kindern und Jugendlichen Zugang zu Beratung, die bei herkömmlichen Face-to-Face-Beratungen auf formale Beschränkungen treffen würden. Da Kinder und Jugendliche zunehmend über digitale Wege kommunizieren, stellt die Onlineberatung ein Angebot dar, dass sich an der Lebenswelt der Kinder orientiert (vgl. ebd. S. 249f.)

Kupfer und Mayer haben eine Reihe von vorliegenden Studien zum Thema Online-Beratung ausgewertet. Dabei kristallisierte sich heraus, dass Onlineberatung Kindern und Jugendlichen ein hohes Maß an Vertraulichkeit und emotionaler Sicherheit ermöglicht. Die jugendlichen NutzerInnen können während der Onlineberatung in ihren persönlichen Lebensräumen verbleiben, wo sie sich sicher und geschützt fühlen. Zudem kann auch die Beraterperson weniger einschüchternd wirken, wenn sie ein anonymes Gegenüber ist. Auch die Möglichkeit Antworten und eigene Aussagen nochmal zu reflektieren, bevor man sie versendet ermöglicht den Jugendlichen ein Gefühl von Sicherheit. Die Jugendlichen können persönliche Informationen mitteilen, ohne etwas von ihrer Distanz zu ihrem Gegenüber einzubüßen. Auch die BeraterInnen fühlen sich durch Onlineberatung weniger betroffen und können leichter eine professionelle Distanz wahren (vgl. ebd. 250ff.)

Onlineberatung kann als Einstieg in eine Beratungsbeziehung fungieren und bei Bedarf auch als Face-to-Face-Beratung weitergeführt werden. Die Onlineberatung nimmt hierbei eine Art Brückenfunktion ein (vgl. ebd. S. 253 u. 261f.). „Die professionelle Herausforderung besteht darin, die Verbindung der Online- und Offline-Welten optional offen zu halten und gleichzeitig Schutzräume zu gewähren oder zu initiieren mit der Möglichkeit in physisch reale Kontexte

der f2f-Beratung zu wechseln“ (ebd. S. 260). Zu klären wäre hierbei vor allem die Gewährleistung des Datenschutzes und die Vermittlung eines kritischen Umgangs mit Mediennutzung (vgl. ebd. S. 261).

Innerhalb ihrer Befragung von Kindern psychisch erkrankter Eltern arbeiteten Stelling, Habers und Jungbauer (2008, S. 771) einige Hinweise für die Gestaltung von Angeboten für betroffene Kinder heraus. Zum einen sollten Unterstützungsangebote keine zusätzlichen Verpflichtungen im sowieso schon überlasteten Alltag der Jugendlichen schaffen, sondern Unterstützung vielmehr zielgerichtet dort anbieten, wo sie tatsächlich von den Jugendlichen gewünscht wird (z.B. Soforthilfe in Krisensituationen). Zum anderen sollten die Angebote die Identitäts- und Autonomieentwicklung der Jugendlichen unterstützen (vgl. Stelling, Habers & Jungbauer, 2008, S. 771).

2.3.3 Exemplarische Darstellung eines Beratungsangebotes für Kinder psychisch erkrankter Eltern (AKisiA)

Wie das bisher dargestellte forschungsbezogene und theoretische Wissen in die Praxis umgesetzt werden kann, soll im Folgenden exemplarisch an dem Beratungsangebot von AKisiA (Auch Kinder sind Angehörige) als Beispiel für die Gestaltung eines Beratungsangebotes für Kinder psychisch erkrankter Eltern dargestellt werden. Die Darstellung erfolgt auf der Grundlage der Ausführungen von Magolei, Valdivia und Jungbauer (2016, S. 80ff.).

AKisiA ist ein präventives Unterstützungskonzept für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien. Es ist angegliedert an die Erziehungsberatungsstelle des Deutschen Kinderschutzbundes der Stadt Aachen. Es wurde 2008 als Modellprojekt gestartet und finanziell durch die Deutsche Behindertenhilfe/Aktion Mensch gefördert und fachlich durch die Katholische Hochschule NRW begleitet. Seit Abschluss der Modellphase wird es, bis heute, zu großen Teilen durch Spenden und Einzelförderungen weiter finanziert. Ein Teil des Projektes ist zudem seit 2016 in die Regelfinanzierung der Jugendhilfe Aachen übergegangen (vgl. ebd. S. 80f.).

Zur Ausgangslage

Grundlage für die Entwicklung des Projektes war das Versorgungsdefizit der Kinder in der Praxis. Laut den Autoren erreichen die meisten Hilfen die betroffenen Kinder erst zu spät, nämlich dann, wenn die Versorgung der Kinder durch einen Klinikaufenthalt der Eltern nicht mehr gewährleistet ist, oder dann, wenn die Kinder selbst psychische Auffälligkeiten entwickelt haben.

„Obwohl über den Hilfebedarf der betroffenen Kinder und ihren Familien weitgehend Einigkeit besteht, gibt es in Deutschland bislang nur relativ wenig präventive Unterstützungsangebote für diese Adressatengruppe“ (ebd. S. 81). Hinzu kommt, dass vorhandene Angebote häufig nicht langfristig greifen können, da ihre Finanzierung oft nicht gesichert ist und sie in erster Linie durch Spenden oder durch zeitlich begrenzte Projektfördermittel finanziert werden. Darüber hinaus herrscht bei den betroffenen Familien, aber auch in Fachkreisen oft ein geringes Problembewusstsein darüber, welche Auswirkungen die Erkrankung der Eltern auf die Kinder hat. Des Weiteren haben Eltern oft Angst eigene Hilfebedarfe in der Erziehung offen zu legen, da sie Stigmatisierung, Entmündigung oder Kontrollverlust befürchten. Zudem erschweren mangelhafte Kooperationsstrukturen im Hilfesystem den Zugang zu den passenden Hilfsangeboten. Deshalb sollte ein präventives Angebot entwickelt werden, das betroffenen Kindern frühzeitige Hilfe zur Verfügung stellt, so dass Fehlentwicklungen verhindert werden können (vgl. ebd. S. 81f.).

Vorbereitung und Planung

Das Konzept für das Angebot von AKisiA wurde 2005 von Vera Magolei im Rahmen ihrer Diplomarbeit entwickelt. Nach Klärung der Finanzierung und der KooperationspartnerInnen begann 2008 mit Frau Magolei als Projektleiterin die Umsetzung des Konzeptes in die Praxis. (vgl. ebd. S. 83). Das Modellprojekt wurde an die Erziehungsberatungsstelle des Deutschen Kinderschutzbundes in Aachen angegliedert, um dort bereits vorhandene Rahmenbedingungen und Ressourcen nutzen zu können. Bei der Planung des Angebotes dienten bereits vorhandene Best-Practice-Konzepte, wie verschiedene Online-Informationsportale, die Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle Auryn in Leipzig, das Präventionsangebot „Kipkel“ und verschiedene Patenschaftsmodelle, als Vorbilder (vgl. ebd. S. 84ff.). Nach der Entwicklung eines Projektnamens und der Erstellung von Informationsflyern, wurde das Projekt möglichen Partnern und Multiplikatoren in Aachen vorgestellt, um das Angebot bekannt zu machen und möglichst viele Familien zu erreichen. Hierbei wurde Wert auf eine interinstitutionelle Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie gelegt. (vgl. ebd. S. 95ff.).

Konzeption

Für die Entwicklung des Konzeptes von AKisiA dienten die Konzepte und Erfahrungen der bereits erwähnten Best-Practice-Angebote sowie aktuelle Forschungsergebnisse als Grundlage. (vgl. ebd. S. 89f. u. 100). Dem Konzept liegt eine systemische Perspektive zu Grunde, die das ganze Familiensystem mit einbezieht, das Angebot orientiert sich jedoch in erster Linie an den

Bedarfen der betroffenen Kinder. Einzugsgebiet ist die Stadt Aachen (vgl. ebd. S. 101). Das Ziel von AKisiA ist „die nachhaltige Vorbeugung von Entwicklungsproblemen und psychischen Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern“, konkret die Verbesserung ihrer gesamten Lebenssituation und die Bewältigung spezifischer Problemlagen, die sich aus der Erkrankung des Elternteils ergeben (ebd.). Um dies zu erreichen, werden vorhandene und neu erworbene Ressourcen aktiviert. Begleitet wird die Arbeit durch interinstitutionelle Kooperation, Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit. Psychotherapeutische Angebote sind nicht Teil des Konzeptes, da es sich um ein präventives Angebot handelt, diese können aber bei Bedarf vermittelt werden (vgl. ebd. 100ff.). Bausteine des Angebotes sind:

- Individuelle Einzelberatung von betroffenen Kindern und Jugendlichen
- Gruppenangebote für Kinder mit dem Schwerpunkt Psychoedukation
- Gruppenangebote für Jugendliche
- Telefonsprechstunde
- Information und Beratung für Eltern und Bezugspersonen in psychiatrischen Kliniken
- Erziehungsberatung
- Gruppenbegleitende Elternarbeit
- Beratung von Partnern oder Bezugspersonen
- Familiengespräche
- Systemische Familienberatung
- Gemeinsame Freizeitaktivitäten
- Fachberatung
- Interinstitutionelle Vernetzung
- Sensibilisierung, Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit

(vgl. ebd. S. 101 u. 103ff.)

Im Rahmen der verschiedenen Angebotsbausteine soll Vertrauen und Sicherheit geschaffen werden, kindgerechte Aufklärung und Beratung in Bezug auf die Erkrankung stattfinden, soziale Ressourcen gefördert und die emotionale Wahrnehmung der Kinder gestärkt, Austausch in Gruppen ermöglicht, alternative Bewältigungsstrategien erlernt, ein umfassendes Hilfenetzwerk aufgebaut und das Selbstvertrauen der Kinder gestärkt werden (vgl. ebd. S. 102). Im

Folgenden sollen aufgrund des Themenschwerpunktes dieser Arbeit nur die Bausteine der individuellen Einzelberatung von betroffenen Kindern und Jugendlichen und die Telefonsprechstunde für Kinder näher beschrieben werden.

In der Einzelberatung (ebd. S. 103) wird der Kontakt zu den Kindern in der Regel über die Eltern oder im Rahmen eines Familiengesprächs hergestellt. Bei jüngeren Kindern wird das Gespräch manchmal still durch einen Elternteil begleitet. Um Loyalitätskonflikte der Kinder zu verhindern, müssen die Eltern ihr ausdrückliches Einverständnis zur Teilnahme geben. Als Methode wird häufig auf die Telearbeit (bei kleinen Kindern zum Beispiel mit Tierfiguren) aus dem Kinderpsychodrama nach Alfons Aichinger zurückgegriffen. Hierbei wird den Kindern ermöglicht, auf einer Symbolebene über ihr Erleben der elterlichen Erkrankung zu sprechen. Schwierige Situationen können so „externalisiert, verfremdet und aus sicherer Distanz betrachtet werden“ (ebd. S. 103). Die Methode ermöglicht zudem die Auswirkungen der psychischen Erkrankung im Verhalten der Eltern besser zu verstehen, aber auch gesunde Anteile zu erkennen (vgl. ebd. 102f.).

Um den Kindern eine möglichst schnelle und niedrigschwellige Kontaktmöglichkeit zu bieten, gibt es bei AKisiA eine wöchentliche Telefonsprechstunde am Nachmittag (aktuell Mittwochnachmittag von 15 bis 16 Uhr; siehe <https://www.kinderschutzbund-aachen.de/akisia/kinder-und-jugendliche>). Hier können sich Kinder und Jugendliche melden, die bereits an AKisiA angebunden sind, aber auch Kinder und Jugendliche, die erstmals Kontakt aufnehmen, um erste Tipps zu erhalten (vgl. ebd. S. 109).

Evaluation und Ausblick

Um die Wirksamkeit des Angebotes nachweisen zu können, wurde das Projekt in der Modellprojektphase von 2009 bis 2012 evaluiert. Hierfür wurde die Arbeit von den Mitarbeitenden zunächst genau dokumentiert und die Perspektive der KlientInnen mit Hilfe von qualitativen Interviews und Kurzfragebögen erhoben (vgl. ebd. S. 119ff.). In der dreijährigen Modellphase haben insgesamt 303 Familien Kontakt zu dem Projekt aufgenommen. Davon haben 210 Familien im Anschluss tatsächlich Angebote in Anspruch genommen. Der überwiegende Teil der erkrankten Eltern hatte die Diagnose Depression. Andere Krankheitsbilder waren Borderline-Persönlichkeitsstörung, Psychosen/schizophrene Störungen und Bipolare Störungen. In 16 Prozent der Fälle gab es keine eindeutige Diagnose, teilweise auch aufgrund fehlender Krankheitseinsicht des betroffenen Elternteils. In Bezug auf die Kinder, die die Angebote nutzten,

war der Anteil von Mädchen und Jungen ausgeglichen. Die Kinder waren überwiegend zwischen 6 und 14 Jahre alt. 33 Prozent der Kinder lebten mit beiden Elternteilen in einem Haushalt, 44 Prozent der Kinder bei ihrer Mutter, 7 Prozent bei ihrem Vater und 16 Prozent lebten nicht im Haushalt der Eltern (z.B. bei den Großeltern oder in einer Pflegefamilie). Obwohl als Einzugsgebiet die Stadt Aachen festgelegt wurde, kamen etwa ein Drittel der Familien aus umliegenden Regionen oder von weiter entfernt, weil an ihren Wohnorten keine Angebote zur Verfügung standen. Bezüglich der Zugangswege wurden die Familien überwiegend durch Öffentlichkeitsarbeit und durch ambulante Jugendhilfe auf die Angebote aufmerksam gemacht. Aber auch Krankenhäuser (insb. Psychiatrien), Beratungsstellen und Jugendämter stellten den Kontakt zu dem Angebot von AKisiA her. Von den Angeboten des Projektes wurden vor allem die Familien- und Erziehungsberatungsangebote genutzt. Jüngere Kinder unter 14 Jahren nutzten eher die Gruppenangebote, Jugendliche über 14 Jahren eher die Einzelberatung. In Bezug auf den Nutzen und Erfolg der Angebote erhielt AKisiA von den betroffenen Familien sowie involvierten professionellen Helfern überwiegend positive Rückmeldungen. Insbesondere die Informationsvermittlung für die Kinder half ihnen dabei, einen Umgang mit der Erkrankung ihrer Eltern zu finden. Auch der Beratungsanlass war meistens der Wunsch nach einer fachgerechten und altersangemessenen Aufklärung der Kinder über die Krankheit der Eltern. Andere Beratungsanlässe waren der Wunsch das eigene Erkrankungsrisiko der Kinder zu senken oder das Familienklima zu verbessern. Zudem beschreiben die Familien folgende positive Veränderungen durch die Nutzung der Angebote:

- Eine offenere Kommunikation über die Erkrankung
- Mehr Sicherheit im Umgang mit den Kindern in alltäglichen Situationen und bessere Einschätzungsfähigkeit der Gefühle der Kinder
- Verbessertes Wissen über Kontaktmöglichkeiten im Bedarfsfall
- Ein selbstbewussteres Auftreten der Kinder und ein entspannterer Umgang mit der Erkrankung
- Kinder können ihre Ressourcen besser nutzen und wirken insgesamt fröhlicher und entspannter.

Viele Familien wünschten sich über ein eine akute Hilfe hinaus weiterführende Gruppenangebote und eine weitere konstante Unterstützung. Allerdings fehlen finanzielle und personelle Ressourcen, um noch mehr Familien zu erreichen und das Angebot erweitern zu können (vgl. ebd. 119ff.).

Die Vision von AKisiA ist, „dass in Deutschland nach und nach ein flächendeckendes Netz von niedrigschwelligen Hilfsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern aufgebaut wird“ (vgl. ebd, 2016, S. 81).

3 Empirische Untersuchung

3.1 Untersuchungsplanung und -durchführung

3.1.1 Erkenntnisinteresse

Wie in den bisherigen Kapiteln beschrieben, sind Kinder psychisch erkrankter Eltern mit vielfältigen Risikofaktoren und Herausforderungen konfrontiert und haben daher einen hohen Unterstützungsbedarf, um sich trotz der elterlichen Erkrankung positiv entwickeln zu können. Besonders Kindern, deren Eltern keine Krankheitseinsicht haben oder Unterstützung von außen ablehnen, fehlen oft wichtige Resilienzfaktoren, wie außerfamiliäre Bezugspersonen oder ein offener familiärer Umgang mit der Erkrankung, um die bestehenden Herausforderungen ausreichend kompensieren zu können. Daher sind sie mehr als andere darauf angewiesen Unterstützung durch externe Angebote zu erhalten. Aufgrund der häufigen Tabuisierung der Erkrankung innerhalb der Familie ist es für sie jedoch besonders schwierig, gerade diese Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen zu können.

Treten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern offenkundige Entwicklungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten auf, sind die Eltern in der Regel offen dafür, professionelle insbesondere therapeutische Hilfe für ihre Kinder in Anspruch zu nehmen. Studien zeigen jedoch auch, dass davon auszugehen ist, dass etwa nur die Hälfte der als auffällig eingeschätzten Kinder tatsächlich irgendeine Art von Unterstützung erhalten. Besonders Hilfen des Jugendamtes stehen viele Eltern kritisch gegenüber, da sie Bevormundung und Stigmatisierung oder sogar den Entzug der elterlichen Sorge befürchten (vgl. Jungbauer, 2016; Kölch, 2009 u. Kölch, Schmid, 2008). Wenn bei psychisch erkrankten Eltern fortgesetzt keine Krankheitseinsicht und keine Bereitschaft, Unterstützungsangebote von außen anzunehmen, besteht, stößt eine familienorientierte Arbeitsweise an ihre Grenzen. Für die Kinder besteht dann die Gefahr, innerhalb der Familie in starre Rollenzuschreibungen und Delegationen zu geraten und in ihren eigenen Bedürfnissen nicht mehr gesehen zu werden (vgl. Loch, 2016, S. 33f.).

Um diese Situation zu überwinden, plädiert die *Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern*, wie bereits in Abschnitt 2.2.4 beschrieben, dafür, den Anspruch auf Beratung für Kinder und Jugendliche auch ohne Kenntnis ihrer Eltern zu erweitern. „Dazu gehört, dass diese Kinder und

Jugendlichen im Bedarfsfall eigenständig und ohne Einverständnis ihrer Eltern nach Hilfe fragen und sich beraten lassen können“ (AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Februar 2020, S. 9). Diese Möglichkeit der Beratung für Kinder, sei insbesondere da wichtig, wo die Eltern keine Krankheitseinsicht haben oder nicht bereit sind, Unterstützungsangebote für ihre Kinder in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd. S. 9 u. Wiegand-Grefe, et al., 2019, S. 8ff.). Bereits jetzt besteht nach § 8 Abs. 3 SGB VIII ein Rechtsanspruch von Kindern und Jugendlichen auf Beratung, allerdings ist dieser an das Vorliegen einer „Not- und Konfliktlage“ gebunden. Die Aufhebung dieser Voraussetzung wird von der Arbeitsgruppe gefordert, ebenso wie die Schaffung einer Online-Plattform, die den Zugang zu Beratungsangeboten erleichtern soll (vgl. ebd. S.9).

„Obwohl Kinder psychisch kranker Eltern meist ein hohes Unterstützungsbedürfnis haben, bemühen sie sich selten aktiv um Hilfe anderer Personen.“ (Jungbauer, 2016, S. 15). Von daher wäre zu klären, wie ein solches Beratungsangebot aussehen müsste, damit es von den betroffenen Kindern tatsächlich genutzt und als hilfreich wahrgenommen wird. Für alle Hilfsangebote gilt, wie in Abschnitt 2.3.2 beschrieben, dass diese sich an der Lebenswelt der Jugendlichen orientieren sollten. „Jugendliche gelten allgemein als schwierige und „anspruchsvolle“ Zielgruppe für die Implementation von Präventions- und Beratungsangeboten.“ Daher sollte bei der Planung entsprechender Angebote bedacht werden, welche Beratungsformate, Personen und Medien geeignet sind, um Jugendliche tatsächlich zu erreichen (Stelling, Habers & Jungbauer, 2008, S. 772). Hier setzt die Forschungsfrage dieser Arbeit an, sie lautet:

Wie sollte eine Beratungsstelle für Kinder psychisch erkrankter Eltern gestaltet sein, damit sich die betroffenen Kinder und Jugendlichen bei Bedarf eigenständig, auch ohne Kenntnis oder Einverständnis der Eltern, an diese Beratungsstelle wenden und die Hilfe erhalten, die sie benötigen?

Die Frage der Gestaltung bezieht sich auf drei verschiedene Themenbereiche, die organisatorischen Rahmenbedingungen die inhaltliche Gestaltung des Beratungsangebotes und mögliche Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme.

Der Forschungsfrage liegen drei Hypothesen zu Grunde. Zum einen lassen die in Abschnitt 2.2.3 beschriebenen Herausforderungen für die Inanspruchnahme von Hilfen durch Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und die komplexen Kriterien für die Gestaltung von niedrigschwelligen Angeboten für Kinder und Jugendliche (siehe Abschnitt 2.3.2) darauf

schließen, dass die Streichung des Vorliegens einer Not- und Konfliktlage als Zugangsvoraussetzung und die Erstellung einer Online-Plattform nicht ausreichen, um betroffene Kinder und Jugendliche tatsächlich zu erreichen. Die erste Forschungshypothese lautet daher:

Hypothese 1: Die Streichung des Vorliegens einer Not und Konfliktlage als Kriterium zur Hilfeberechtigung und die Schaffung einer Online-Plattform reichen nicht aus, um betroffenen Kindern und Jugendlichen einen niedrigschwelligen Zugang zu Beratung zu ermöglichen. Es bedarf weiterer Maßnahmen, um den Zugang niedrigschwellig zu gestalten.

Der Abschnitt 2.2.3 lässt ebenfalls darauf schließen, dass sowohl auf Ebene der Eltern, auf Ebene der Kinder wie auch auf der Ebene des Hilfesystems diverse spezifische Hindernisse für Kinder psychisch erkrankter Eltern vorliegen, die die Inanspruchnahme eines Beratungsangebotes verhindern könnten. Liegt eine mangelnde Krankheitseinsicht und eine mangelnde Bereitschaft Hilfe anzunehmen auf Seiten der Eltern vor, ist zu vermuten, dass insbesondere familiendynamische Gründe dazu führen, dass die betroffenen Kinder Bedenken haben, sich selbstständig an eine Beratungsstelle zu wenden. Insbesondere die in Abschnitt 2.1.2 genannten Risikofaktoren geben einen Einblick in mögliche Familiendynamiken (z.B. ein intuitives oder explizites Kommunikationsverbot, eine Verdrängung der Krankheit oder Generationsgrenzenstörungen). Daher lautet die zweite Forschungshypothese wie folgt:

Hypothese 2: Die Haupthinderungsgründe für Kinder und Jugendliche, sich an eine Beratungsstelle zu wenden, liegen in der Familiendynamik.

Die Betrachtung der vielfältigen Risikofaktoren in Kapitel 2.1.2 verdeutlicht die teilweise tiefgreifenden Auswirkungen der elterlichen Erkrankungen auf die Entwicklung der Kinder. Auch die beschriebenen Resilienzfaktoren in Abschnitt 2.1.3, die als Grundlage für die Entwicklung von präventiven Angeboten dienen, lassen darauf schließen, dass die Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern auf verschiedenen Ebenen ansetzen muss, um wirksam zu sein. Neben der Vermittlung von Krankheitswissen und dem Aufbau sozialer Ressourcen, gehe es auch um die Stärkung der personellen Ressourcen der Kinder. Auch das Angebot von AKisiA (siehe Abschnitt 2.3.3.) setzt bei der individuellen Wahrnehmung des Kindes und dessen Ressourcen an. Das lässt vermuten, dass eine bloße Vermittlung von Störungswissen und Aufklärung über mögliche Unterstützungsangebote nicht ausreichen, um den betroffenen Kindern im Rahmen eines Beratungsangebotes eine ausreichende Unterstützung anzubieten.

Die dritte Forschungshypothese lautet daher wie folgt:

Hypothese 3: Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern wünschen sich nicht nur eine bloße Informationsvermittlung über die Erkrankung und potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten, sondern auch die Möglichkeit die Auswirkungen der Erkrankung auf ihre Lebenslage reflektieren und langfristige Perspektiven für sich entwickeln zu können.

Die Gestaltung einer Online-Plattform, wie sie die *Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern* beschreibt, wird im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht, da dies den Umfang der Arbeit überschreiten würde. In einer umfangreicheren Untersuchung zu dem Thema müsste dieser Aspekt jedoch mit einfließen.

3.1.2 Die Erhebungsmethodik und die Entwicklung des Interviewleitfadens

Um herauszufinden, welche Hinderungsgründe für Kinder psychisch erkrankter Eltern bestehen, sich selbstständig Unterstützung bei einer Beratungsstelle zu suchen und wie ein solches Beratungsangebot gestaltet werden sollte, um den Kindern einen möglichst niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen und sie entsprechend ihrer Bedürfnisse zu beraten, wurde innerhalb dieser Masterarbeit eine qualitative Untersuchung durchgeführt. Eine qualitative Vorgehensweise war hier besonders geeignet, da die Umsetzbarkeit einer Theorie für reale Bedingungen am Einzelfall überprüft werden sollte (vgl. Oswald, 2010, S. 194). Im Rahmen der Untersuchung wurden Jugendliche und junge Erwachsene mit psychisch auffälligen Eltern, die Unterstützungsangebote ablehnen oder eine geringe Krankheitseinsicht haben, mit Hilfe eines halbstandardisierten Leitfadeninterviews befragt. Es wurden bewusst betroffene Jugendliche und junge Erwachsene als Interview Partner ausgewählt, da in der Literatur vielfach betont wird, dass es für die Gestaltung von Angeboten wichtig sei, die Lebenssituationen, Wünsche und Bedürfnisse der Jugendlichen zu berücksichtigen (siehe Abschnitt 2.3.2). Zudem konnten im Rahmen der Literaturrecherche nur wenige Studien gefunden werden, die die Perspektive der betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst erhoben haben. Das Interview wurde als Experteninterview konzipiert, da die Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht als Privatpersonen zu ihrer persönlichen Geschichte befragt werden sollten, sondern in ihrer Rolle als Experten, die die Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern gut nachvollziehen können. Das Expertenwissen, das für diese Forschungsarbeit von Bedeutung ist, ist das Deutungswis-

sen, welches die Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Bezug auf Hindernisse und Rahmenbedingungen für den Zugang zu Beratungsangeboten und die inhaltliche Gestaltung haben (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 118ff.). Die Interviews wurden mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviewleitfadens durchgeführt, um den Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch eine vorgegebene Struktur das Antworten zu erleichtern und um eine relativ hohe Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Die befragten Personen erhielten im Vorfeld ein Schreiben (siehe Anhang 1), mit einer kurzen Beschreibung des Forschungsinteresses und der drei inhaltlichen Schwerpunkte (Gestaltung der formalen Rahmenbedingungen, inhaltliche Gestaltung des Beratungsangebotes und mögliche Hinderungsgründe das Beratungsangebot in Anspruch zu nehmen). Der Interviewleitfaden wurde anhand der vorherigen Aufbereitung des aktuellen Forschungsstandes und der sich daraus ergebenden Untersuchungsfrage unter der Berücksichtigung der Ausführungen von Barbara Friebertshäuser und Antje Langers zu der Gestaltung eines Leitfadeninterviews, erstellt (vgl. Friebertshäuser & Langer, 2010, S. 439f.). Um die Interviewpartner so wenig wie möglich in ihren Antworten zu beeinflussen und das Ausführen eigener Gedankengänge zu fördern, wurden die Fragen offen formuliert und Suggestivfragen vermieden. Außerdem wurden zu Beginn zwei sehr offen gehaltene Einleitungsfragen gestellt, die den Interviewpartnern zuallererst die Erläuterung eigener Ideen zu dem genannten Forschungsthema ermöglichen sollten. Zu den drei Hauptthemenbereichen wurden detailliertere offene Fragen formuliert, um eine Beantwortung aller relevanten Fragen zu garantieren. Zudem sollte den InterviewpartnerInnen am Ende des Interviews Raum gegeben werden, um Impulse, die während des Interviews unerwähnt geblieben sind, ausführen zu können (vgl. Friebertshäuser & Langer, 2010, S. 439f.). Anhand dieser Überlegungen wurde dann der Interviewleitfaden erstellt (siehe Anhang 2). Im Anschluss an die Erarbeitung des Interviews wurde mit einer betroffenen Bekannten zunächst ein Probeinterview durchgeführt, um eventuelle Schwächen identifizieren zu können, mit der Option das Interview später auch zu verwenden (vgl. Friebertshäuser & Langer, 2010, S. 439f.). Dadurch konnten vereinzelt Fragen identifiziert werden, die sich doppelten und damit zu einer inhaltlichen Wiederholung und zu Irritation bei den interviewten Personen führen könnten. Des Weiteren wurde deutlich, dass eine alternative Formulierung in einfacher Sprache für einzelne Fragen sinnvoll sein könnte. Der Leitfaden wurde dahingehend geändert bzw. ergänzt. Das Probeinterview bestätigte, dass der Interviewleitfaden, sich für die Durchführung der Interviews eignete und konnte daher für die Datenerhebung verwendet werden.

3.1.3 Das Sample und die Gewinnung von Interviewpartnern

Für die Durchführung der Interviews wurden Jugendliche und junge Erwachsene befragt, die selbst mindestens einen psychisch erkrankten Elternteil haben. Zudem sollten Interviewpartner gefunden werden, deren Eltern darüber hinaus mindestens zeitweise eine eingeschränkte Krankheitseinsicht haben oder Hilfsangebote von außen ablehnen, da hierdurch, wie bereits erwähnt, der Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten erschwert wird und die Möglichkeit, sich selbstständig an eine Beratungsstelle wenden zu können, besonders wichtig ist. Darüber hinaus sollten die befragten Personen bereits einen gewissen Abstand zu der familiären Situation gewonnen haben, um die Fragen reflektierter und mit einer gewissen Distanz beantworten zu können. Gleichzeitig sollten die befragten Personen aber nicht zu alt sein, um sich noch gut in die Situation hineinversetzen zu können und Bedürfnisse der aktuellen jungen Generation einschätzen zu können. Zudem schien die Möglichkeit, Jugendliche und junge Erwachsene als InterviewpartnerInnen gewinnen zu können, realistischer als betroffene Kinder erreichen zu können, die sich noch mitten in der Situation befinden und deren Eltern, aufgrund ihrer eingeschränkten Krankheitseinsicht und der Ablehnung von externer Unterstützung, mit der Durchführung des Interviews wahrscheinlich nicht einverstanden wären. Es sollten sowohl männliche als auch weibliche Personen befragt werden.

Die Gewinnung von InterviewpartnerInnen erfolgte unter Berücksichtigung der allgemeinen Prinzipien für die Erhebung sprachlichen Datenmaterials nach Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 53ff.). Um erstmal einen Überblick über mögliche Zugänge zu erhalten, wurden bereits vorhandene berufliche Kontakte genutzt, um Träger und Organisationen zu identifizieren, die mit der Zielgruppe arbeiten. Anschließend wurden E-Mails an diese Organisationen verschickt, mit einer kurzen Erläuterung des Forschungsthemas und einer Beschreibung der gesuchten Interviewpartner. Außerdem wurde das bereits erwähnte Erklärungsschreiben für die betreffenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen angehängt, um einen Einblick zu ermöglichen, was sie in einem Interview erwarten würde. Darüber hinaus wurden die Leitungen und einzelne Mitarbeitende eines ambulanten und eines stationären Trägers der Jugendhilfe ebenfalls per Mail angeschrieben, zu denen ein persönlicher beruflicher Kontakt bestand. Auch hier wurde das Schreiben für potenzielle Jugendliche und junge Erwachsene angehängt. Gleichzeitig wurden Bekannte aus dem persönlichen Umfeld der Forschenden und aktuelle und ehemalige KlientInnen als InterviewpartnerInnen angefragt. Aufgrund der speziellen Auswahlkriterien der InterviewpartnerInnen bestand die Befürchtung, keine ausreichende Anzahl

an Personen zu finden. Diese Befürchtung blieb jedoch unbegründet. Durch die Anfragen bei den, auf die Zielgruppe spezialisierten, Trägern konnten zwar keine InterviewpartnerInnen gewonnen werden, die Forschende erhielt jedoch einige Rückmeldungen, die die Relevanz der Forschungsfrage bestätigten und Interesse an den Ergebnissen der Arbeit bekundeten. Über die Anfragen bei dem stationären Jugendhilfeträger wurde der Kontakt zu zwei InterviewpartnerInnen vermittelt. Durch persönliche Kontakte konnten drei weitere InterviewpartnerInnen gewonnen werden.

Für die vorliegende Arbeit wurden anhand des geschilderten Vorgehens fünf Jugendliche und junge Erwachsene ausgewählt. Die befragten Personen waren 16, 18, 26, 28 und 30 Jahre alt. Befragt wurden vier weibliche und eine männliche Person. In drei Fällen war nur die Mutter der Befragten von einer psychischen Erkrankung betroffen, in zwei Fällen waren sowohl die Mutter als auch der Vater betroffen. Bezüglich der Erkrankung ihrer Eltern benannten die befragten Personen größtenteils konkrete Krankheitsbilder (z.B. Depression, Manisch-depressive Störung, Schizophrenie und drogeninduzierte Psychose). In drei Fällen wurde lediglich psychisch auffälliges Verhalten (stark misstrauisches, paranoides und depressives Verhalten) beschrieben, das zwar von den Jugendlichen und dem Umfeld klar benannt wird, bei dem aber keine konkrete Diagnose vorliegt. Alle Befragten beschrieben eine dauerhaft oder phasenweise fehlende Krankheitseinsicht bei dem betroffenen Elternteil. Alle befragten Personen haben mindestens bis zu ihrem 13. Lebensjahr mit den betroffenen Elternteilen in einem Haushalt zusammengelebt. Drei der Befragten Personen sind vor ihrem 18. Lebensjahr aus dem gemeinsamen Haushalt ausgezogen, eine Person ist mit 18 Jahren ausgezogen. Drei der befragten Personen sind nach dem Auszug aus dem familiären Haushalt in eine Einrichtung der stationären Jugendhilfe gezogen und leben zum Teil immer noch dort. Alle interviewten Personen haben Geschwister. Bei vier der befragten Personen haben die Geschwister mit im gleichen Haushalt gelebt. Im Rahmen der Interviews wurde ein Geschwisterpaar befragt. In zwei Fällen beschrieben die Interviewpartner, dass sie bei einem alleinerziehenden erkrankten Elternteil aufgewachsen sind. In drei Fällen lebte auch der andere Elternteil mit im Haushalt. Jedoch bei einem Fall nur bis zum elften Lebensjahr der befragten Person. Bei zwei dieser Fälle ist der andere Elternteil psychisch nicht erkrankt.

3.1.4 Durchführung der Interviews

Um eine möglichst angenehme Interviewatmosphäre herzustellen, wurden die InterviewpartnerInnen im Vorfeld der Interviews über die inhaltlichen Schwerpunkte informiert und über den zu erwartenden zeitlichen Aufwand und die Aufnahme des Interviews aufgeklärt. An eine der interviewten Personen wurde das Informationsschreiben von den vermittelnden SozialarbeiterInnen jedoch nicht weitergegeben. In diesem Fall wurden die Informationen unmittelbar vor dem Interview erläutert. Der Ort für die Durchführung der Interviews wurde individuell mit den einzelnen InterviewpartnerInnen abgesprochen. Die InterviewpartnerInnen konnten entscheiden, ob das Interview an einem öffentlichen Ort, in den Räumen der aktuellen Arbeitsstelle der Forschenden oder über die Videokonferenz-Software „Zoom“ stattfinden sollte. Aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie fanden vier der fünf Interviews über Zoom statt. Eines der Interviews wurde in dem Treffpunkt des Wohnprojektes der befragten Person durchgeführt. Die Durchführung der Interviews über Zoom hatte zudem den Vorteil, dass keine langen Anfahrtswege für die interviewten Personen und die Forschende entstanden und die Interviews flexibler in den Alltag der Befragten integriert werden konnten. Die Durchführung der Interviews über Zoom oder in den Räumen des Wohnprojektes ermöglichten zudem, dass sich die Befragten während des Interviews in bekannten Räumen aufhalten konnten, in denen sie sich wohlfühlten und ungestört waren. Die digitale Kommunikation über Zoom schien keinen negativen Einfluss auf die Atmosphäre des Interviews zu haben. Störungen in der Interviewverbindung oder der Funktion der Software gab es keine.

Da drei der interviewten Personen bereits mit der Forschenden bekannt waren, konnte hier schnell eine positive Interviewatmosphäre hergestellt werden. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass die persönliche Verbindung zu der Forschenden Einfluss auf die Antworten der InterviewpartnerInnen hatte. Auch die Atmosphäre der anderen beiden Interviews war überwiegend offen und entspannt.

Vor den jeweiligen Interviews wurden die InterviewpartnerInnen nochmal über die Aufnahme des Interviews mit einem Aufnahmegerät informiert und ein Interviewvertrag bezüglich der Verarbeitung und Speicherung des Datenmaterials von den Beteiligten unterschrieben (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 76). Den InterviewpartnerInnen wurde damit versichert, dass die Interviews in eine anonymisierte schriftliche Form gebracht werden und die Tonauf-

nahmen mit Fertigstellung der Arbeit gelöscht werden. Zudem werden keine personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben. Die Interviews wurden zur Absicherung mit zwei Aufnahmegeräten aufgezeichnet, für den Fall, dass es bei einer Aufnahme zu technischen Störungen kommt. Aufgrund der persönlichen Nähe der Thematik zu ihrer eigenen Lebensgeschichte, wurden die interviewten Personen darauf hingewiesen, dass sie jeder Zeit die Möglichkeit haben das Interview zu pausieren, abubrechen oder einzelne Fragen nicht zu beantworten, was jedoch niemand in Anspruch nahm.

Bis auf zwei konnten alle Interviews zum vereinbarten Zeitpunkt stattfinden. Zwei Interviews mussten aufgrund von gesundheitlichen Problemen und kurzfristiger Termine der InterviewpartnerInnen zweimal verschoben werden, konnten dann aber zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden. Alle InterviewpartnerInnen ließen sich bereitwillig auf die Fragen ein und zeigten große Reflexionsbereitschaft in Bezug auf die Thematik. Allen InterviewpartnerInnen gelang es während der Interviews eine gewisse Distanz zu ihrer persönlichen Geschichte zu bewahren und sich in die verschiedenen Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten Eltern hineinzusetzen. Dennoch erlaubten sie insbesondere am Ende der Interviews einen Einblick in ihr persönliches Erleben der Thematik in ihrer Kindheit. Da die InterviewpartnerInnen größtenteils durch persönliche Kontakte gewonnen werden konnten, wurde bei der Durchführung der Interviews darauf geachtet, dass auch Informationen, die der Forschenden bereits bekannt waren, explizit erfragt wurden. Die offizielle Befragung der InterviewpartnerInnen anhand des Interviewleitfadens dauerte bei allen Interviews zwischen 40 und 50 Minuten. Im Anschluss ergab sich mit einigen InterviewpartnerInnen noch ein informeller Austausch über die Thematik und die persönliche Lebensgeschichte der Befragten. Auszüge davon wurden in die Transkripte mit aufgenommen. Die gestellten Fragen wurden in der Regel von den Befragten gut verstanden, manchmal mussten einzelne Fragen nochmal mit anderen Worten erläutert werden. Die Befragung erfolgte eng am Interviewleitfaden entlang. Einzelne Aspekte wurden allerdings durch konkretere Nachfragen nochmal weiter vertieft. Aufgrund der hohen Anzahl der Fragen und der Fülle der gegebenen Antworten, konnten jedoch nicht alle angesprochenen Themen detailliert ausgeführt werden. Insbesondere der erste Teil, bezüglich der Gestaltung der formellen Rahmenbedingungen dauerte häufig sehr lang, so dass es im Laufe der Interviews manchmal zu Konzentrationschwierigkeiten auf beiden Seiten kam, weshalb die Teile zu der inhaltlichen Gestaltung und

zu den Hindernissen bei allen Interviews deutlich kürzer ausfielen. In der Kommunikation mit den InterviewpartnerInnen wurde mit beiderseitigem Einverständnis, das „Du“ verwendet.

3.2 Untersuchungsauswertung

3.2.1 Auswertungsmethodik

Zu Beginn wurden anhand der Empfehlungen von Gläser und Laudel (vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 193) die fünf aufgezeichneten Interviews vollständig transkribiert. Da der Fokus des Interesses auf dem Inhalt der Ausführungen lag, und nicht auf der Art, wie etwas gesagt wurde, wurden nonverbale Äußerungen wie z.B. Lachen, Räuspern und Husten nicht vermerkt, solange hierdurch die Aussage nicht verändert wurde. Außerdem wurden paraverbale Äußerungen, wie „hm“ und „äh“ größtenteils weggelassen. Um eine bessere Lesbarkeit der Transkripte zu erreichen, wurden die Aussagen der InterviewpartnerInnen grammatikalisch geglättet und Dialekte nicht übernommen. Zudem wurden Pausen im Gespräch durch drei Punkte vermerkt. Die Fragen der interviewenden Person wurden mit dem Buchstaben I gekennzeichnet. Die Antworten der interviewten Personen wurden durch die Buchstaben A (Interviewpartner 1), B (Interviewpartner 2), C (Interviewpartner 3), D (Interviewpartner 4) und E (Interviewpartner 5) gekennzeichnet. Personenbezogene Informationen und Namen von Institutionen wurden in den Transkripten anonymisiert, so dass weder Personen noch Organisationen identifizierbar sind (vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 193f.).

Als Analysemethode zur Auswertung der durchgeführten Interviews wurde die Qualitative Inhaltsanalyse ausgewählt, wie sie Christiane Schmidt in „Qualitative Sozialforschung“, herausgegeben von Flick, Kardorff und Steinke (2004) beschreibt, und in einer vereinfachten Form angewendet. In einem ersten Schritt wurden die vorliegenden Transkripte intensiv gelesen und die vorkommenden Themenbereiche und Einzelaspekte, die Relevanz für das Forschungsinteresse besaßen, am Rand jedes einzelnen Interviews notiert. Auf der Grundlage dieser Themen und Aspekte erfolgte anschließend die Formulierung von Auswertungskategorien (vgl. Schmidt, 2004, S. 448ff.). Daraufhin wurden die vorläufigen Auswertungskategorien zu einem Kodierleitfaden zusammengestellt, der in einem nächsten Schritt für die Kodierung aller Interviews verwendet wurde (vgl. ebd. S. 451f.).

Es wurde folgender Kodierleitfaden erstellt:

Angaben zu den interviewten Personen in Bezug auf die Thematik

- Alter
- Geschlecht
- Erkrankung der Eltern
- Krankheitseinsicht/ Bereitschaft der Eltern Hilfe anzunehmen
- Art des Zusammenwohnens mit dem erkrankten Elternteil
- Sonstige Familienkonstellationen

Ausgangssituation/Lebenssituation der befragten Personen

- Bisherige Erfahrungen mit Beratung zu der Thematik
- Schilderungen der Befragten zu ihrer Lebenssituation als Kind in Bezug auf die psychische Erkrankung der Eltern

Gestaltung der Rahmenbedingungen der Beratungsstelle

- Zugangswege/Werbung
- Förderliche Rahmenbedingungen für Niedrigschwelligkeit
- Möglichkeiten der Kontaktaufnahme
- Räumliche Gestaltung der Beratungsstelle/Atmosphäre
- Förderliche Rahmenbedingungen, um Vertraulichkeit herzustellen
- Einbeziehung der Eltern in die Beratung
- Zusammenarbeit mit dem Jugendamt
- Eigenschaften und Qualifikation der BeraterInnen

Inhaltliche Gestaltung der Beratung

- Beratungsanlässe
- Erwartungen im Vorfeld der Beratung
- Inhaltliches Beratungsangebot/für die Betroffenen relevante Themen
- Gestaltung des Erstgespräches

Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme des Beratungsangebotes

- Hinderungsgründe in der Familiendynamik
- Hinderungsgründe in den Jugendlichen selbst
- Hinderungsgründe in der organisatorischen Gestaltung eines Beratungsangebotes
- Gesellschaftlich bedingte Hinderungsgründe
- Was könnte abschreckend wirken?

Förderliche Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene

Der erste Entwurf des Leitfadens wurde probeweise auf die Interviews angewandt und im Verlauf der Auswertung, wenn nötig, überarbeitet und angepasst. Aufgrund der gegebenen Struktur durch den Interviewleitfaden, spiegelt sich dieser in dem Kodierleitfaden wider. Es kamen jedoch einige Aspekte ergänzend hinzu, andere wurden zusammengefasst.

Anhand dieses Kodierleitfadens wurden die fünf Interviews kodiert, indem einzelne Textpassagen den Auswertungskategorien zugeordnet wurden. Zur besseren Visualisierung und um Aussagen über Häufigkeiten machen zu können, wurden entsprechend der Themenbereiche des Kodierleitfadens sechs Tabellen erstellt, die die Aussagen der InterviewpartnerInnen in Bezug auf das Forschungsinteresse strukturiert darstellen. Markante Zitate aus den Interviews wurden übernommen und Gegensätzliche Aussagen der Interviewten in roter Schrift hervorgehoben, um unterschiedliche Ansichten sichtbar zu machen. In einer separaten Spalte wurden anschließend Häufigkeiten, zentrale Aussagen und Zusammenhänge analysiert und Ergebnisse zusammengefasst. Auf diese Weise konnte die Informationsfülle reduziert und für eine Vergleichbarkeit der Interviews gesorgt werden (vgl. Schmidt, 2004, S. 452f.). Ein exemplarischer Eindruck von den Auswertungstabellen wird auf der folgenden Seite am Beispiel der Kategorie „Hinderungsgründe in der Familiendynamik gegeben.

Der letzte Schritt der Analyse nach Schmidt, die vertiefende Fallinterpretation, wurde weggelassen, da es in dieser Arbeit nicht um die Sicht einzelner InterviewpartnerInnen geht, sondern um die Verknüpfung der Aussagen in Bezug auf die Frage, wo Anknüpfungspunkte für die Gestaltung von Beratungsangeboten liegen könnten.

Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme des Beratungsangebotes	A	B	C	D	E	Zusammenfassung der Ergebnisse
Hinderungsgründe in der Familiendynamik	Angst die Eltern zu verraten (Z. 432ff.)	<p>„wenn ich mir jetzt vorstelle, dass ich Depression habe und dann mein Kind zu einer Beratungsstelle geht, weil ich Depression hab, dann würde ich mich wahrscheinlich unfassbar doll schämen, weil ich ja mein Kind nicht so damit belasten wollte und vielleicht auch nicht mitbekommen habe, dass mein Kind das so sehr bemerkt, dass es dann unabhängig von mir zu so ner Beratungsstelle geht“ (Z. 273ff.)</p> <p>Kind möchte die Eltern nicht bloßstellen (Z. 349)</p>	<p>„Dass man Angst hat, die Eltern irgendwie schlecht zu machen“ (Z. 293)</p>	Angst die Eltern zu verraten (Z. 262)	<p>„Also dann hält einen das Gewissen auf, das sagt, wenn du jetzt das und das machst, dann verrätst du deine Familie oder schadest ihr.“ (Z. 340f.)</p> <p>Angst vor den Eltern (Z. 334)</p>	<p>Die Hindernisse, die durch die Befragten ausgeführt wurden, sich an eine Beratungsstelle zu wenden, lagen in erster in der Familiendynamik. Folgende Punkte wurden genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angst die Eltern zu verraten, ihnen zu schaden oder sie bloß zu stellen. (5x) „Also dann hält einen das Gewissen auf, das sagt, wenn du jetzt das und das machst, dann verrätst du deine Familie oder schadest ihr.“ (Interview E, Z. 340f.) „Dass man Angst hat, die Eltern irgendwie schlecht zu machen“ (Interview C, Z. 293) - Sogar Angst vor den Eltern selbst (2x) „Ja, vielleicht, wenn es <u>stark eingeschüchtert</u> wird und gesagt wird, wenn du irgendjemandem davon erzählst, was hier zuhause passiert, dann passiert irgendwas.“ (Interview B, Z. 344f.) - Das Familiensystem ist in sich geschlossen, das Problem soll alleine bewältigt werden und keine Hilfe von außen angenommen werden. (3x) „die Familie hält zusammen.“
	Familie als geschlossenes System , wo keine Hilfe von außen angenommen wird. (Z. 443 u. 488ff.)	<p>„Ja, vielleicht, wenn es <u>stark eingeschüchtert</u> wird und gesagt wird, wenn du irgendjemandem davon erzählst, was hier zuhause passiert, dann passiert irgendwas.“ (Z. 344f.)</p>	Familie möchte Erkrankung verheimlichen (z.B. wegen Schamgefühl). <u>Es soll nicht über die Erkrankung gesprochen werden.</u> Die Erkrankung wird „totgeschwiegen“ (Z. 296)		<p>„die Familie hält zusammen. Keiner verrät den anderen“ (Z. 339)</p>	

	<p>Eltern wollen <u>alleine</u> zu-recht kommen und <u>keine Hilfe annehmen</u> (Z. 430ff.)</p>	<p>„Oder halt, wenn es so nor-malisiert wird und gesagt wird, dass das Kind über-sensibel ist und gesagt wird, dass halt alles eigent-lich total normal ist und die eigene Wahrnehmung falsch ist.“ (Z. 346f.)</p>		<p>Eltern haben kein Krankheitseinsicht und wollen keine Hilfe an-nehmen, sondern das allein hinkriegen (Z. 250ff.)</p> <p>Eltern machen dem Kind ein schlechtes Ge-wissen, wenn es sich Hilfe sucht (Z. 253)</p>		<p><i>Keiner verrät den anderen“</i> (Inter-view E, Z. 339)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es soll nicht über die Krankheit ge-sprochen werden. Die Krankheit wird verheimlicht, „totgeschwie-gen“ (2x) (Interview C, Z. 296) - Die Situation wird als normal darge-stellt und das Hilfebedürfnis des Kindes als übertrieben dargestellt. Eltern machen dem Kind ein schlechtes Gewissen, wenn es sich Hilfe sucht (2x) „Oder halt, wenn es so normalisiert wird und gesagt wird, dass das Kind übersensibel ist und gesagt wird, dass halt alles eigent-lich total normal ist und die ei-gene Wahrnehmung falsch ist.“ (In-terview B, Z. 346f.)
	<p>„Weil diese Vertrauens-basis von... ich erzähl jetzt was hier alles los ist und Angst, dass das die Eltern dann mitkriegen ist ziem-lich groß. Und dass es dann einen Konflikt in der Familie gibt.“ (Z. 77ff.)</p> <p>Eltern sind „anti“ einge-stellt (Z. 421)</p>				<p>„man möchte auch nicht, dass es in der Familie ir-gendwie zum Streit kommt und hat aber die Befürchtung, dass es dann dazu kommen wird, wenn man sich Hilfe sucht.“ (Z. 346ff.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Angst vor Konflikten in der Familie, wenn rauskommt, dass man bei der Beratungsstelle war. (2x) „man möchte auch nicht, dass es in der Familie irgendwie zum Streit kommt und hat aber die Befürchtung, dass es dann dazu kommen wird, wenn man sich Hilfe sucht.“ (Interview E, Z. 346ff.)
	<p>Die Kinder müssen so viel Verantwortung überneh-men (Kinder übernehmen Haushaltsaufgaben oder wollen bei den Eltern bleiben, weil sie sich Sor-gen machen), dass sie gar keine Zeit haben zu einer Beratungsstelle zu gehen. (Z. 422ff.)</p>	<p>„Oder weil es, vor allem wenn es jünger ist, so stark von den Eltern kontrolliert wird, dass es keine Möglich-keit hat einfach mal ir-gendwo hinzugehen, ohne zu sagen, wo es ist. Das fällt ja auch auf, wenn es ein paar Stunden mal nicht da ist.“ (Z. 337)</p>			<p>„Es gibt ja Eltern, die das gar nicht zulassen, dass das Kind mehr erlebt, als in diesem Rahmen mög-lich ist. Also das Kind muss Freiheiten haben.“ (Z. 45f.)</p> <p>„weil sie zuhause einge-sperrt sind, kein Handy zur Verfügung haben, die Schule nicht besuchen“ (Z. 331f.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eingeschränkte Möglichkeiten sich frei zu bewegen durch Kontrolle, viele Aufgaben im Haushalt, Verant-wortungsübernahme für die Eltern.

Tabelle 1: Ausschnitt der Auswertungstabelle „Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten“ (Als Beispiel für die Auswertung mithilfe von Tabellen)

3.2.2 Vergleich der verschiedenen Interviews anhand des Kodierleitfadens

Im Folgenden werden nun die zentralen Aussagen, die aus dem Vergleich der Interviews anhand der Auswertungstabelle resultieren, ausführlich vorgestellt. Es werden prägnante Zitate aus den Interviews ergänzt, um den Ausführungen der InterviewpartnerInnen Ausdruck zu verleihen. Das folgende Kapitel stellt die Grundlage für die Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 3.3 dar.

Ausgangssituation/Lebenssituation der befragten Personen

Bisherige Erfahrungen mit Beratung zu der Thematik

Alle Befragten Personen äußerten, dass sie in ihrer Kindheit keine hilfreichen Erfahrungen mit Beratungs- oder Hilfsangeboten zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern gemacht hätten, trotz expliziter Suche nach Angeboten durch einzelne der Befragten (*„Ich hätte mich gefreut, wenn ich so eine Beratungsstelle irgendwo gefunden hätte, wo ich hätte hingehen können, wo ich hätte fragen können, was habe ich für Möglichkeiten. Bei mir war es so, meine Schwester und ich haben geguckt, gesucht. Wir haben nicht wirklich was gefunden. Und die Möglichkeiten, die wir gefunden haben, die waren nicht wirklich anwendbar, weil entweder musste eine Einverständnis der Eltern erfolgen oder es musste durch ärztliche, richterliche Anordnung erfolgen und da wird sich meistens vor gesträubt.“* (Interview C, Z. 379ff.)). Eine der befragten Personen habe einige Termine an einem Auryl-Gruppenangebot teilgenommen, dies aber nicht als hilfreich empfunden, da nicht über die Erkrankung der Eltern gesprochen wurde. Eine Person berichtete von einem Sozialarbeiter, der im Anschluss an den Klinikaufenthalt der Mutter versucht habe, Unterstützungsangebote zu vermitteln, was aber von der Mutter nicht angenommen wurde. Drei der befragten Personen gaben an, sich im Jugendalter dafür eingesetzt zu haben in eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung umziehen können, wo sie bis zum Erwachsenenalter gelebt hätten oder immer noch leben. Dort hätten sie teilweise die Möglichkeit gehabt, die Erkrankung ihrer Eltern nachträglich zu reflektieren.

Schilderungen der Befragten zu ihrer Lebenssituation als Kind in Bezug auf die psychische Erkrankung der Eltern

Die Befragten wurden nicht explizit zu ihrer Lebenssituation als Kind psychisch erkrankter Eltern befragt, innerhalb der Interviews gaben jedoch einige der Befragten Einblicke in ihre

frühere Lebenssituation. Zum Beispiel schilderten die InterviewpartnerInnen, dass sie das eigene Familiensystem als in sich geschlossen erlebt hätten und dass versucht worden sei, allein als Familie einen Umgang mit der Erkrankung zu finden. Dadurch sei das Familienklima stark von der Erkrankung beeinflusst und die Erkrankung sehr fokussiert worden, wodurch die Befragten sich zum Teil mit ihren eigenen Bedürfnissen nicht ausreichend wahrgenommen gefühlt hätten (*„Das heißt das Familiensystem schwappt also immer mit der Krankheit mit und ist halt immer nur auf die Krankheit ausgerichtet und nicht mehr auf andere Dinge.“* (Interview A, Z. 496ff.)). Teilweise übernahmen die Befragten auch häufig Aufgaben im Haushalt. Berichtet wurde von einigen auch, dass es aufgrund der Erkrankung vermehrt zu Konflikten innerhalb der Familie gekommen sei und dass die Befragten aufgrund des elterlichen Verhaltens, bedingt durch die Erkrankung, Zurückweisung durch das soziale Umfeld erlebt hätten. Einige der Befragten beschrieben ein starkes Gefühl von Hilflosigkeit in Bezug auf die Krankheit der Eltern, einerseits weil sie aus Angst vor Stigmatisierung nicht über die familiäre Situation hätten sprechen können, andererseits weil sie die Erfahrung gemacht hätten, dass ihnen nicht geholfen wurde auch wenn sie ihren Unterstützungsbedarf deutlich benannten. Dies sei insbesondere dann der Fall gewesen, wenn den Eltern die Krankheitseinsicht fehlte, oder diese Hilfe von außen ablehnten. Zwei der Befragten beschrieben zudem, dass sie sich im Rahmen von stationären Behandlungen der Eltern gar nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt gefühlt hätten. Drei der befragten Personen gaben an, im Jugend- und Erwachsenenalter eigene psychische Erkrankungen entwickelt zu haben. Einige der Befragten beschrieben eine spätere therapeutische Auseinandersetzung mit der Erkrankung der Eltern, aber auch mit der eigenen psychischen Erkrankung.

Gestaltung der Rahmenbedingungen der Beratungsstelle

Zugangswege/Werbung

Vier der befragten Personen äußerten explizit, dass eine ansprechende Website der Beratungsstelle zur Verfügung stehen sollte, um den Zugang zu erleichtern (*„Ich glaube das ist der erste Weg, wie Kinder nach sowas suchen würden oder allgemein heutzutage eigentlich jeder.“* (Interview C, Z.57ff.)). Alle befragten Personen gaben an, dass Flyer und ggf. auch Plakate dort aufgehängt und ausgelegt werden sollten, wo Kinder und Jugendliche oder auch die Eltern sich im Alltag aufhalten. Hier wurden insbesondere Schulen oder Jugendzentren als wichtige Orte benannt. Zwei der Befragten bezweifelten jedoch, ob Flyer und Plakate noch das geeignete Medium seien, um Jugendliche zu erreichen. Drei der Befragten schlugen vor, dass man

Werbung auf Social Media schalten könnte, um Kinder und Jugendliche zu erreichen. Alle interviewten Personen hoben zudem hervor, dass eine Informationsvermittlung über das Beratungsangebot durch die Berater selbst oder Multiplikatoren im Umfeld der Kinder sinnvoll wäre (*„Also ich glaube, Informationen sind schon gut, wenn sie konkret von einer Person zur anderen weitergegeben werden und auch konkret gesagt wird, was da eigentlich hinter steckt. Also, ich glaub, direkte Ansprache ist schon wichtig.“* (Interview A, Z. 164ff.)). Auch hier wurde insbesondere schulisches Personal benannt (z.B. LehrerInnen und ErzieherInnen). Aber auch Vermittlung durch Mitarbeitende von Jugendzentren/ Eltern-Kind-Zentren, Sportvereinen, Jobcenter und Hebammen sei laut der interviewten Personen denkbar. Darüber hinaus gab eine Person an, dass Kinder im Rahmen der Behandlung der Eltern über eigene Hilfsangebote informiert und Informationspakete für die Kinder bei Aufnahme der Eltern in einer Klinik ausgehändigt werden sollten. Benannt wurde auch der Wunsch nach Aufklärung über psychische Erkrankungen und Informationen über Unterstützungsangebote als fester Bestandteil im Schulunterricht. Der Zugangsweg über andere Jugendliche wurde nicht benannt und von einer Person sogar als unwahrscheinlich beschrieben.

Förderliche Rahmenbedingungen für Niedrigschwelligkeit

Wichtig für die Niedrigschwelligkeit sei laut drei der befragten Personen eine gut gestaltete Website, die bei der Google-Suche weit oben erscheint. Eine positive Gestaltung der Website zeichne sich laut der befragten Personen durch folgende Merkmale aus:

- Enthält Informationen über das Angebot der Beratungsstelle und was einen erwartet, wenn man dort hinget (*„Dass einem relativ deutlich gemacht wird, was einen erwartet, dass man einmal auflistet, was wird passieren, worüber werden wir sprechen“* (Interview C, Z. 92f.)).
- Die Website enthält nicht zu viel Text und ist in einfacher, leicht verständlicher Sprache formuliert.
- Es wird ein Eindruck von den beratenden Personen gegeben.
- Es gibt die Möglichkeit, Nachfragen zu stellen.
- Die Vertraulichkeit des Beratungsangebotes sollte schon auf der Website deutlich gemacht werden und nach Möglichkeit die Sorge der Jugendlichen ausgeräumt werden, dass die Eltern oder die Jugendlichen selbst Schwierigkeiten durch den Besuch der Beratungsstelle bekommen könnten.

Generell wiesen die interviewten Personen darauf hin, dass alle Informationsmaterialien in leichter Sprache verfasst werden sollten. Drei der befragten Personen gaben zudem an, dass für die Niedrigschwelligkeit auch digitale Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung stehen sollten wie zum Beispiel die Möglichkeit über WhatsApp zu schreiben, da nicht alle Kinder und Jugendliche anrufen könnten und das Schreiben von WhatsApp-Nachrichten natürlicher für Jugendliche sei (*„Ich meine jeder schreibt WhatsApp Nachrichten, das ist völlig normal, damit werden Kinder auch keine Probleme haben, so eine Hilfsnummer anzuschreiben und dort Fragen zu stellen, als sich zu überwinden, irgendwo hinzugehen“* (Interview C, Z. 79ff.)). Außerdem solle laut der InterviewpartnerInnen eine anonyme Kontaktaufnahme ermöglicht werden, um sich erstmal unverbindlich informieren zu können, vor allem dann, wenn die Angst besteht, dass die Eltern Schwierigkeiten bekommen oder die Eltern oder das Jugendamt informiert werden könnten.

Des Weiteren betonten die interviewten Personen, dass für einen niedrigschwelligen Zugang zu Beratungsangeboten Personen im Umfeld des Kindes zur Verfügung stehen sollten, die die Kinder und Jugendlichen an die Beratungsstelle vermitteln und bei Bedarf auch dorthin begleiten (*„wenn es so eine Beratungsstelle gibt, dass das dann eher erstmal an Lehrer und Schulsozialarbeiter weitergegeben wird, so dass dann das Kind vielleicht mit dem Sozialarbeiter zu der Beratungsstelle geht, oder dass die eventuell auch in die Schule kommen können. Damit das Kind gar nicht an einen ungewohnten Ort muss.“* (Interview B, Z. 360ff.)). Zudem benannten die Befragten, dass die Berater auch mobil in die „Räume“ der Jugendlichen kommen sollten, statt *„die Jugendlichen in Räume zu bitten.“* (Interview D, Z. 114f.). Weitere förderliche Bedingungen für Niedrigschwelligkeit seien, dass es zu keinen langen Wartezeiten für einen Termin komme, dass die Beratungsstelle sich in zentraler, gut erreichbarer Lage befinde und dass das Beratungsangebot kostenlos sein.

Möglichkeiten der Kontaktaufnahme

Bezüglich der Möglichkeiten der Kontaktaufnahme gaben alle Befragten an, dass im Rahmen einer Beratungsstelle für Kinder psychisch erkrankter Eltern neben den klassischen Kontaktmöglichkeiten über Telefon und E-Mail digitale Wege der Kontaktaufnahme zur Verfügung stehen sollten wie beispielsweise Online- oder Chatberatung. Die Befragten hielten dies besonders dann für hilfreich, wenn die betroffenen Kinder und Jugendlichen sich nicht trauen, sich persönlich oder telefonisch an die Beratungsstelle zu wenden. Darüber hinaus benannten

zwei Personen, dass eine Beratungsstelle auch für Notsituationen Kontaktmöglichkeiten vorhalten sollte.

Räumliche Gestaltung der Beratungsstelle/Atmosphäre

Bezüglich der räumlichen Gestaltung einer möglichen Beratungsstelle betonten alle interviewten Personen die Wichtigkeit einer fröhlichen herzlichen Atmosphäre durch helle und warme Farben und eine gemütliche, einladende Einrichtung. *„Damit, wenn die Kinder dahin gehen, sie auch direkt eine positive Assoziation haben zum Leben, zum fröhlich sein, zum ok hier kann ich meine Lasten abgeben. Hier kann ich sagen was so alles los ist, ich kann Hilfe finden und ich hab‘ gleichzeitig so einen fröhlichen Raum oder so eine fröhliche Atmosphäre, in der ich mich auch wohlfühle.“* (Interview A, Z. 227ff.). Eine solche Einrichtung der Räumlichkeiten sei laut zwei der interviewten Personen insbesondere deshalb wichtig, weil die betroffenen Kinder zuhause oder in klinischen Einrichtungen eine solch positive Atmosphäre nicht erleben würden. Während vier der befragten Personen eine familiäre Wohlfühlatmosphäre mit einer wohnraumähnlichen Gestaltung bevorzugten, war einer Person wichtig, dass die Räume seriös aussehen und nicht wie in einer privaten Wohnung. Auch das Anbieten von Getränken, Süßigkeiten und Essen wäre für einige der interviewten Personen eine Möglichkeit, um eine Wohlfühlatmosphäre zu schaffen. Eine der Befragten brachte die Idee ein, warmes Essen anzubieten, für die Kinder, deren Eltern es nicht mehr schaffen zu kochen. Bezüglich der Einrichtung wünschten sich die befragten Personen gemütliche Sessel und Sofas, einen großen Tisch, Bilder, Pflanzen und explizit keine Schreibtische und keine Büroatmosphäre. Eine Person merkte an, dass die Beratungsstelle nicht zu auffällig ausgeschildert sein sollte, um Schamgefühle beim Hineingehen zu verhindern. Eine andere Person merkte an, dass es auch wichtig sei, digitale Räume zur Verfügung zu stellen, wo die Jugendlichen sich mitteilen können und dass BeraterInnen sich auch mobil zu den Jugendlichen hinbegeben sollten.

Förderliche Rahmenbedingungen, um Vertraulichkeit herzustellen

Um für die Jugendlichen sicherzustellen, dass ihr Anliegen vertraulich behandelt wird, sei es laut der befragten Personen vor allem wichtig, dass zu Beginn der Beratung diese Vertraulichkeit/Schweigepflicht explizit zugesichert werde. Zwei Personen gaben sogar an, dass dies schriftlich erfolgen sollte. *(„ich würde mich am sichersten fühlen, wenn das mit Unterschrift ist.“* (Interview B, Z. 201f.)) Alle interviewten Personen betonten, dass eine Einbeziehung der Eltern oder des Jugendamtes nur nach Einwilligung der Kinder erfolgen sollte. Hier wurde aber

auch von allen eine Grenze bei Kindeswohlgefährdung benannt. Zudem sollte so transparent wie möglich gemacht werden, was die Kinder im Rahmen der Beratung erwarten.

Außerdem sollte es die Möglichkeit geben, unter vier Augen zu sprechen und die Tür zu schließen. Des Weiteren sei für den Aufbau von Vertrauen wichtig, dass die Beratungsstelle konstant an einem Ort bestehe und dass eine Beratung auch an mehreren Terminen stattfinden könne, die dann nach Möglichkeit immer von dem- oder derselben BeraterIn durchgeführt werde.

Auch die Möglichkeit, sich anonym beraten zu lassen, sei wichtig, damit die Kinder sicher sein können, dass ihr Anliegen vertraulich behandelt wird. (*„Und dann auf jeden Fall anonym, dass man weiß, dass nicht die Eltern informiert werden. Weil diese Vertrauensbasis von... ich erzähl jetzt was hier alles los ist und Angst, dass das die Eltern dann mitkriegen, ziemlich groß ist.“*) (Interview A, Z. 76ff.). Zudem sollten die BeraterInnen Geduld haben und sich Zeit nehmen.

Einbeziehung der Eltern in die Beratung

Bezüglich der Einbeziehung der Eltern in die Beratung ergaben die Interviews ein sehr differenziertes Bild. Einig waren sich alle befragten Personen darüber, dass eine Einbeziehung der Eltern nur in Absprache mit den betroffenen Kindern erfolgen sollte. Einige sahen eine Einbeziehung des betroffenen Elternteils eher kritisch, insbesondere dann, wenn keine Krankheitseinsicht vorläge, und Hilfe von außen eher abgelehnt werde. Vorstellbar sei, laut einem Teil der Befragten, eine Einbeziehung des gesunden Elternteils und des betroffenen Elternteils, wenn dieser sich auf Hilfe einlassen würde und wenn es um die Installation von praktischen Unterstützungsmöglichkeiten in der Familie gehe. In diesem Fall sollten dann möglicherweise Räume außerhalb der Beratungsstelle genutzt werden, um den Schutzraum der Kinder zu wahren. Wenn es um die Installation von Hilfen gehe, solle die Beratungsstelle eine vermittelnde Rolle einnehmen, die den Eltern deutlich mache, warum bestimmte Schritte notwendig seien. Die Beratungsstelle solle in erster Linie ein Raum für die betroffenen Kinder sein, den Eltern aber nicht das Gefühl geben, dass sie hintergangen werden (*„Aber ich würde mich dann lieber erstmal auf die Person konzentrieren, die das einsieht und Hilfe braucht und möchte, also das wäre dann der Jugendliche. Und später muss dann geguckt werden, wie man die mit einbezieht, aber so, dass das nicht so rüberkommt, als wären die irgendwie betrogen oder verarscht worden.“*) (Interview E, Z. 217ff.)

Zusammenarbeit mit dem Jugendamt

Alle Befragten sprachen sich für eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt aus, allerdings unter bestimmten Voraussetzungen:

- *„Nur wenn das Kind oder der Jugendliche damit einverstanden ist“,* dass das Jugendamt mit einbezogen wird (Interview B, Z. 217).
- *„Wenn der Berater von außen den Eindruck hat, dass das eine Situation ist, wo das Kind wirklich gefährdet ist, dann sollte das Jugendamt mit einbezogen werden“* (Interview D, Z. 157f.). Die Gründe und die geplanten Schritte sollten dem Kind dann unbedingt transparent gemacht werden.
- Wenn es um die Installation weiterer Hilfen gehe. *„Weil das Jugendamt ja letztendlich die Lösungen anbietet.“* (Interview E, Z. 185)

Im Fokus solle jedoch erstmal stehen, dass das Kind überhaupt Hilfe bekommt. Zu berücksichtigen sei zudem, dass einige Kinder und Jugendliche eventuell schlechte Vorerfahrungen mit dem Jugendamt gemacht haben (*„Aber ich weiß, dass es bei Vielen auch schlecht läuft und viele sagen, das Jugendamt ist blöd“* (Interview E, Z. 184)).

Eigenschaften und Qualifikation der BeraterInnen

Bezüglich der Qualifikation der BeraterInnen gaben drei der befragten Personen an, dass diese eine Ausbildung als SozialarbeiterIn, ErzieherIn oder PsychologIn haben sollten. Zwei der befragten Personen empfanden die Qualifikation der BeraterInnen jedoch nicht als ausschlaggebend, um in einer Beratungsstelle für Kinder psychisch erkrankter Eltern tätig zu sein. Der überwiegende Teil der InterviewpartnerInnen benannte jedoch gute Kenntnisse über psychische Erkrankung als wichtige Qualifikationsvoraussetzung. (*„Dass man im Gespräch relativ schnell eine Einsicht hat, grob, um welche Krankheit es sich handelt, und damit man das halt auch schneller einschätzen kann, damit das Kind sich schneller wohl fühlt, weil es sich verstanden fühlt“* (Interview C, Z. 207ff.)). Zudem benannten zwei Personen rechtliche Kenntnisse als bedeutsam.

Wichtiger als die Qualifikation empfanden die InterviewpartnerInnen bestimmte Eigenschaften der BeraterInnen. Wesentlich war für alle, dass die Kinder sich von den BeraterInnen verstanden und ernstgenommen fühlen, eine Kommunikation auf Augenhöhe stattfindet und die Kinder so angenommen werden, wie sie sind. Zudem sollen potenzielle BeraterInnen empathisch, herzlich und liebevoll sein, gut zuhören und die Kinder erstmal sprechen lassen können.

Weitere Eigenschaften, die benannt wurden, waren: eine Ausstrahlung von Stärke, die die Kinder in ihrer Hilflosigkeit auffangen kann, eine offene, kontaktfreudige, humorvolle Haltung, ein professioneller Blick auf die Situation und die Fähigkeit, sich abgrenzen zu können. Außerdem wünschten sich einzelne Personen BeraterInnen mit einem außergewöhnlichen Engagement und eine Zusammensetzung von unterschiedlichen Charakteren.

Darüber hinaus wurde eine vermittelnde Rolle der BeraterInnen zwischen dem Kind und den Eltern betont, die einen wertschätzenden Umgang mit möglichen Schamgefühlen der Eltern findet und diese mit ins Boot holt. (*„Vielleicht sollten die Berater noch gut darauf vorbereitet sein, wie die Eltern reagieren. Also einerseits, dass sie das ganze Fachwissen haben, aber auch wie man dann vermitteln kann“* (Interview B, Z. 264ff.). *„Ich denke es wäre gut, wenn der Berater so eine vermittelnde Position einnehmen kann, zwischen dem Jugendlichen und den Eltern. Um vielleicht zu erklären, warum jetzt gewisse Schritte eingeleitet werden, wie zum Beispiel in ein Wohnprojekt zu ziehen oder so. Dass die Eltern nicht das Gefühl haben, dass die Beratungsstelle oder soziale Projekt sich gegen sie wendet oder gegen sie arbeitet. Ich glaube nicht, dass das besonders förderlich ist.“* (Interview D, Z. 162ff.)).

Inhaltliche Gestaltung der Beratung

Beratungsanlässe

Die interviewten Personen waren sich darüber einig, dass Kinder und Jugendliche sich vor allem dann an eine Beratungsstelle wenden würden, wenn ihnen alles zu viel werde, sie verzweifelt seien, und an ihre Grenzen gelängen. (*„Ich denke, wenn es zu viel wird. Also wenn sie das Gefühl haben, dass sie das nicht mehr schaffen können, also wenn es der Mutter so schlecht geht, dass sie Angst kriegen, dass sie einen Krankenwagen rufen müssen. Das sind dann die Situationen, wo sie sich dann an eine Beratungsstelle wenden würden. Wenn also so zu sagen das Fass überläuft. Dann ist eher die Zeit, wo man sagt, ich brauch' Hilfe.“* (Interview A, Z. 118)). Auch wenn Kinder Angst um ihre Eltern haben, weil diese gar nicht mehr aus dem Bett kommen, sich merkwürdig verhalten, nicht mehr aus dem Haus gehen oder nur noch weinen, würden sie sich laut drei der interviewten Personen an eine Beratungsstelle wenden. Weitere Beratungsanlässe, die genannt wurden, waren physische Gewalt durch die erkrankten Eltern, eine mangelnde Versorgungsfähigkeit der Eltern, bei der die Bedürfnisse des Kindes aus dem Blick geraten, Konflikte mit dem erkrankten Elternteil und Drängen anderer Personen auf den Besuch der Beratungsstelle.

Erwartungen im Vorfeld der Beratung

Laut der befragten Personen würden betroffene Kinder und Jugendliche bei einem Besuch eines Beratungsangebotes erwarten, „*dass sie nicht nur über die Themen reden können, sondern dass sie auch merken, da und da wird mir dann auch geholfen*“ (Interview A, Z. 88f.), dass sie ganz konkrete Hilfe erhalten und nach dem Besuch der Beratungsstelle eine Verbesserung erkennen können. Zudem würden sich betroffene Kinder und Jugendliche einen Ausblick auf konkrete nächste Schritte wünschen, dass ihre Perspektive erstmal angehört wird und sie sich Verstanden fühlen. Einige befragte Personen ging jedoch auch davon aus, dass einige Kinder, gerade bei negativen Vorerfahrungen, weniger optimistisch seien, dass man ihnen tatsächlich helfen könne.

Inhaltliches Beratungsangebot/für die Betroffenen relevante Themen

Folgende inhaltliche Themen sollten, laut der befragten Personen, in einer potenziellen Beratungsstelle mit den betroffenen Kindern angesprochen werden können:

- Alle Befragten gaben an, dass zunächst eine Aufklärung über die Erkrankung der Eltern wichtig sei. („*Ich denke, erstmal wäre es interessant, die Krankheit selber zu verstehen*“ (Interview A, Z. 347)).
- Zudem waren sich alle darüber einig, dass betroffenen Kindern und Jugendlichen im Laufe der Beratung Entlastungsmöglichkeiten aufgezeigt und organisiert werden sollten. („*Kinder mit psychisch erkrankten Eltern haben meistens auch viele Aufgaben und dass sie da Entlastung empfinden können und merken, dass sie die auch bekommen, wenn sie dahingehen*“ (Interview A, Z. 96ff.)).
- Auch dass die Kinder über konkrete Unterstützungsmöglichkeiten für verschiedene Situationen (z.B. Hilfemöglichkeiten in akuten Notsituationen, Unterstützungsangebote des Jugendamtes, Unterstützungsangebote von Ärzten, Kliniken und Therapeuten) aufgeklärt werden, gaben alle Befragten an.
- Drei der interviewten Personen hielten es für wünschenswert, dass die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der Erkrankung (Gefühle, Folgen für die eigene Lebenssituation) sowie mit einer möglichen Abgrenzung zu den Eltern gegeben wird.
- Vereinzelt wurde geäußert, dass der Austausch mit anderen betroffenen Kindern initiiert werden sollte.

- Eine Person ergänzte, dass eine Aufklärung über die potenzielle Vererbung von psychischen Erkrankungen, orientiert an den Fragen und Befürchtungen der Jugendlichen, ermöglicht werden sollte und wie man erneuten schweren Krankheitsverläufen der Eltern vorbeugen könne.
- Außerdem sollte mit den Kindern und Jugendlichen besprochen werden, wie sie den Besuch der Beratungsstelle mit den Eltern besprechen können, sollten diese davon erfahren.

Gestaltung des Erstgespräches

Von allen Befragten wurde genannt, dass es für das Erstgespräch wichtig sei, das Kind oder den Jugendlichen erstmal sprechen zu lassen und zuzuhören. Dann sollte zunächst einmal eine positive Atmosphäre aufgebaut werden, um eine Vertrauensbasis zu schaffen. Trotzdem sollten dem Kind auch schon erste konkrete Möglichkeiten mitgegeben werden, wie es seine Situation verbessern könnte und gemeinsam mögliche nächste Schritte besprochen werden. Darüber hinaus sollte den Kindern Wertschätzung für ihren Mut, sich an die Beratungsstelle zu wenden, vermittelt werden und transparent gemacht werden, was das Kind in der Beratungsstelle erwartet. Wichtig sei laut der Befragten zudem, dass in Notsituationen bereits im Erstgespräch unmittelbare Hilfe erfolge.

Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme des Beratungsangebotes

Hinderungsgründe in der Familiendynamik

Bezüglich potenzieller Hinderungsgründe, sich selbstständig an eine Beratungsstelle zu wenden, benannten die interviewten Personen einige Gründe, die in der Familiendynamik begründet seien. Besonders deutlich wurde bei allen Befragten die Angst betroffener Kinder und Jugendlicher, die Eltern zu verraten, ihnen zu schaden oder sie bloß zu stellen. („Also dann hält einen das Gewissen auf, das sagt, wenn du jetzt das und das machst, dann verrätst du deine Familie oder schadest ihr“ (Interview E, Z. 340f.)). Zwei der Befragten hielten sogar die Angst vor den Eltern selbst für einen möglichen Hinderungsgrund oder dass das Hilfebedürfnis des Kindes als übertrieben gewertet werden könne („Ja, vielleicht, wenn es stark eingeschüchtert wird und gesagt wird, wenn du irgendjemandem davon erzählst, was hier zuhause passiert, dann passiert irgendwas.“ (Interview B, Z. 344f.)) „Oder halt, wenn es so normalisiert wird und gesagt wird, dass das Kind übersensibel ist und gesagt wird, dass halt alles eigentlich total

normal ist und die eigene Wahrnehmung falsch ist“ (Interview B, Z. 346f.)). Auch die Geschlossenheit des familiären Systems und die Tabuisierung der Erkrankung könnten laut der befragten Personen dazu führen, dass Kinder und Jugendliche sich außerhalb der Familie keine Unterstützung suchen. (*„die Familie hält zusammen. Keiner verrät den anderen“* (Interview E, Z. 339)). Die betroffenen Kinder könnten zudem befürchten, dass es zu Konflikten in der Familie kommt, wenn sie sich an Außenstehende wenden. Schließlich könne es auch dazu kommen, dass Kinder durch Kontrolle, viele Aufgaben oder ein ausgeprägtes Verantwortungsgefühl für die Eltern in ihrer Bewegungsfreiheit und ihren Kapazitäten eingeschränkt sind und dadurch nicht in der Beratungsstelle ankommen.

Hinderungsgründe in den Jugendlichen selbst

Die befragten Personen benannten zudem einige Hinderungsgründe, die in den Jugendlichen selbst liegen. Zum einen gaben alle Fünf an, dass betroffene Kinder die häusliche Situation als „normal“ empfinden könnten, weil sie in ihrem bisherigen Leben nichts anderes kennengelernt haben oder Probleme, die durch die Erkrankung entstehen, verdrängen. (*„Weil auf die Idee muss man ja auch erstmal kommen, weil man kann ja auch lange Zeit denken, dass das völlig normal so ist und ich da auf mich alleine gestellt bin“* (Interview C, Z. 61ff.). *„Weil irgendwie wächst man ja damit auf und kennt das nicht anders und es ist Normalität“* (Interview E, Z. 56f.)). Zudem könne ein mangelndes Selbstvertrauen, Zweifel an der Wirksamkeit des Beratungsangebotes, negative Vorerfahrungen insbesondere mit dem Jugendamt und Angst vor Kontrollverlust und negativen Konsequenzen zu einer Vermeidung von Unterstützungsmaßnahmen auf Seiten der Jugendlichen führen.

Hinderungsgründe in der organisatorischen Gestaltung eines Beratungsangebotes

Von den interviewten Personen wurden zudem einige Hinderungsgründe benannt, die eher auf der organisatorischen Ebene der Gestaltung anzusiedeln sind. Zum einen könne der Besuch eines Beratungsangebotes verhindert werden, wenn den Kindern nicht bekannt ist, dass es ein solches Angebot überhaupt gibt. Des Weiteren werde der Zugang zu Beratungsangeboten erschwert, wenn den Kindern kein Handy oder Internetzugriff zur Verfügung steht oder sie aufgrund ihres Alters in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Zum anderen könnten manche Kinder und Jugendliche nicht verstehen, worum es bei dem Beratungsangebot geht, wenn dieses in komplizierter Sprache verfasst sei.

Gesellschaftlich bedingte Hinderungsgründe

Über familiäre, persönliche und organisatorische Hinderungsgründe hinaus benannten die InterviewpartnerInnen ergänzend einige gesellschaftliche Bedingungen, die der Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern entgegenstehen. Zum einen empfanden die Befragten zum Teil immer noch eine gesellschaftliche Stigmatisierung, Tabuisierung und Unwissenheit in Bezug auf psychische Erkrankungen. Zudem sei weiterhin eine gesellschaftliche Haltung verbreitet, die Hilfeannahme als Schwäche sehe. Eine Interviewpartnerin sah ein Problem darin, dass Personen aus dem Umfeld des Kindes das Hilfebedürfnis des Kindes zwar wahrnehmen, aber nicht unterstützend tätig werden.

Was könnte abschreckend wirken?

Die interviewten Personen machten einige Aussagen darüber, was dazu führen könnte, dass Kinder und Jugendliche das Beratungsangebot kein zweites Mal besuchen würden. Abschreckend wirke beispielsweise, wenn schlecht über die Familie gesprochen werde oder es direkt um die Einschaltung von Jugendamt oder Polizei gehe. Generell wird von den befragten Personen negativ wahrgenommen, wenn die Beratungsstelle ohne Kenntnis oder Einverständnis des Jugendlichen Kontakt mit den Eltern aufnimmt und vertrauliche Informationen weitergegeben werden (*„Du gehst dahin, vertraust denen was an und dann kommst du wieder zuhause an und deine Eltern meckern dich an, weil sie erfahren haben, dass du da warst. Das würde natürlich stark abschrecken, weil dann haben die ja ihr Wort nicht gehalten, das Vertrauen missbraucht“* (Interview E, Z. 356ff.)). Auch übereifrige Deutungen und Zuschreibungen seitens der BeraterInnen und ein Überschütten mit Informationen und abstrakten Paragraphen empfanden die Befragten als unangebracht (*„Irgendwelche Paragraphen um die Ohren zu baltern“* (Interview C, Z. 317)). *„Wie so ein Hammer losgehen. Das und das haben deine Eltern, das und das ist los.“* (Interview A, Z. 500f.)). Zudem sollten die empfundenen Probleme des Kindes nicht kleingeredet oder die Erkrankung der Eltern überhaupt nicht angesprochen werden.

Förderliche Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene

Basierend auf den vorherigen Aussagen machten einige der interviewten Personen Aussagen darüber, welche Veränderungen sie sich auf gesellschaftlicher Ebene wünschen würden, um die Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern generell zu verbessern. Zum einen wurde der Bedarf geäußert, dass psychische Erkrankungen in der Gesellschaft weiter enttabuisiert und dass die Inanspruchnahme von Hilfe und der Umgang mit Lebenskrisen normalisiert

werde. Zum anderen müsse eine Verringerung von Stigmatisierung in Bezug auf psychische Erkrankung vorangetrieben werden, indem sie in der Gesellschaft gleichwertig mit anderen Erkrankungen anerkannt und nicht als Selbstverschulden gesehen werden (*„Also ich weiß noch, wie es bei mir war, als ich kleiner war, ich dachte psychische Erkrankung bedeutet gleich man gehört in die Klappe, dass man verrückt ist. Das war mein Bild von psychischer Erkrankung und das war zu dieser Zeit auch das Bild der Gesellschaft von psychischen Erkrankungen“* (Interview C, Z. 343ff.)). Hierfür halten die interviewten Personen Aufklärung über psychische Erkrankungen und Unterstützungsangebote im regulären Schulunterricht und öffentliche Werbung für ein adäquates Mittel (*„Aber ich denke, dass einfach so Aufklärung darüber, vielleicht auch schon früh, gleich ab der fünften, sechsten Klasse an Schulen, dass das einfach normalisiert wird und das Tabu so ein bisschen weggenommen wird“* (Interview D, Z. 46ff.)). Eine Person wünschte sich zudem mehr Zivilcourage, wenn Außenstehende mitbekommen, dass es einem Kind nicht gut gehe und die Einführung staatlicher Kontrollmechanismen, um problematische Lebenslagen von Kindern früher zu erfassen.

3.3 Untersuchungsergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse, die sich auf der Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse in Bezug auf die drei Forschungshypothesen ergeben haben, dargestellt und mit den Erkenntnissen aus dem Theorieteil abgeglichen. Anschließend erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse anhand der Forschungsfrage (Abschnitt 3.3.1). Zum Schluss wird die Durchführung der Untersuchung noch einmal abschließend reflektiert und einige Schwächen beleuchtet (Abschnitt 3.3.2).

3.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse unter Bezugnahme des aktuellen Forschungsstandes

Hypothese 1: Die Streichung des Vorliegens einer Not- und Konfliktlage als Kriterium zur Hilfeberechtigung und die Schaffung einer Online-Plattform reichen nicht aus, um betroffenen Kindern und Jugendlichen einen niedrigschwelligen Zugang zu Beratung zu ermöglichen. Es bedarf weiterer Maßnahmen, um den Zugang niedrigschwellig zu gestalten.

Die Streichung des Vorliegens einer Not- und Konfliktlage als Kriterium zur Hilfeberechtigung und die Schaffung einer Online-Plattform werden von der *Arbeitsgruppe Kinder psychisch*

kranker Eltern als geeignetes Mittel angesehen, um den Zugang zu Beratungsangeboten auch für die Kinder und Jugendlichen zu erleichtern, deren Eltern keine Krankheitseinsicht besitzen oder Hilfe von außen ablehnen (siehe Abschnitt 2.2.4). Auch die Ergebnisse aus den fünf Interviews bestätigen einen Handlungsbedarf bezüglich der niedrigschwelligen Gestaltung von Beratungsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern, da alle befragten Personen angaben, bisher keine hilfreichen Erfahrungen mit Beratungs- und Hilfsangeboten für betroffene Kinder gemacht zu haben und dass selbst wenn Hilfe angeboten wurde, diese nicht zustande kam, wenn die Eltern sie ablehnten. Im Rahmen der Literaturrecherche war es zudem nicht möglich, ein zielgruppenspezifisches Angebot zu finden, das bereits jetzt elternunabhängige Beratung vor Ort anbietet.

Schon die Kriterien für die niedrigschwellige Gestaltung von Angeboten für Kinder und Jugendliche, die der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. und die Bundesgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit vorgelegt haben (siehe Abschnitt 2.3.2), machen deutlich, dass insbesondere Jugendliche nicht ohne weiteres durch Unterstützungsangebote erreicht werden. Über die von den Organisationen benannten Kriterien hinaus, finden sich in den Interviewdaten viele und inhaltlich breit gestreute Vorschläge für Maßnahmen zur niedrigschwelligen Gestaltung von spezifischen Beratungsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Die meisten der Maßnahmen, die die Interviewten nannten, können als Konkretisierungen oder Weiterentwicklungen der bereits von den Organisationen benannten Maßnahmen angesehen werden. So bestätigen die Befragten ebenfalls die Notwendigkeit Komm- und Gehstruktur miteinander zu kombinieren und die Jugendlichen bewusst in ihren „Räumen“ aufzusuchen. Von beiden Seiten wird zudem gefordert, dort über das Beratungsangebot zu informieren, wo sich die Jugendlichen im Alltag aufhalten. Hierzu geben die Interviewten aufschlussreiche Hinweise zur Umsetzung, wie beispielsweise das Aufhängen von Flyern und Plakaten in Schulen und Jugendzentren, die Information im Rahmen der elterlichen Behandlung, die Werbung in digitalen Räumen (z.B. auf social Media) sowie die Aufklärung über psychische Erkrankung und Hilfsangebote im regulären Schulunterricht. Zudem halten die Befragten die Erstellung einer ansprechenden Website für notwendig, die einen ersten Überblick über das Angebot gibt, alle wichtigen Kontaktdaten vermittelt und bereits Bezug auf eventuelle Sorgen und Ängste der Jugendlichen nimmt. Betont wird von den Interviewten auch die Wichtigkeit einer einfachen Sprache für Informationsmaterialien. Alle Befragten

sprachen sich außerdem dafür aus, dass neben einem Präsenzberatungsangebot auch Onlineberatung angeboten werden sollte, um erstmal anonym und unverbindlich Kontakt aufnehmen zu können. Hier schließen die Ergebnisse der Untersuchung an die Ausführungen von Kupfer und Mayer an (siehe Abschnitt 2.3.2), die sich in Bezug auf die Beratung von Jugendlichen für Online-Formate aussprechen, die bei Bedarf einen fließenden Übergang zu Face-to-Face Beratung ermöglichen. Mehrfach erwähnten die Befragten Personen auch eine Kontaktmöglichkeit über WhatsApp, da Jugendliche auch sonst über diesen Messenger Dienst kommunizieren und hierfür kein Handyguthaben benötigen. Die Ergebnisse der Befragung schließen ebenfalls an den Hinweis der Bundesgemeinschaft örtlich regionaler Träger an, dass die Möglichkeit einer anonymen Inanspruchnahme von Beratung und die Wahrung von Vertraulichkeit eine wichtige Voraussetzung für einen niedrigschwelligen Zugang darstellen. Zudem sollten mögliche Ängste und Schamgefühle aufgegriffen und bei der Gestaltung des Beratungsangebotes berücksichtigt werden. Die interviewten Personen betonten hier besonders die Sorge von Kindern psychisch erkrankter Eltern, dass die Eltern von dem Besuch der Beratungsstelle erfahren oder das Jugendamt informiert werden könnten und die Eltern dadurch familienrechtliche Konsequenzen zu erwarten hätten. Daher wünschten sich die Befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine explizite Zusicherung der Schweigepflicht zu Beginn der Beratung und Entscheidungsgewalt über die Informationsweitergabe an Dritte. Eine Akzeptierende, annehmende Grundhaltung der Beratenden und eine Kommunikation auf Augenhöhe, wie sie Oehme und Winter verdeutlichen (siehe Abschnitt 2.3.2), findet sich ebenfalls in der Beschreibung der Eigenschaften potenzieller BeraterInnen durch die InterviewpartnerInnen wieder. Darüber hinaus sei laut der Befragten speziell für die Adressatengruppe wichtig, das Beratende Wissen über psychische Erkrankungen verständlich erklären und eine vermittelnde Position zwischen Eltern und Kindern einnehmen können. Eine weitere Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten stellt laut der befragten Personen die Beständigkeit des Beratungsangebotes dar. Dies steht im Widerspruch dazu, dass viele Projekte für Kinder psychisch erkrankter Eltern über keine langfristig geregelte Finanzierung verfügen (vgl. Schmenger, Schmutz, 2019, S. 19).

Einige der Hinweise der Organisationen stehen jedoch im Widerspruch zu den Informationen, die aus den Interviewdaten gewonnen werden konnten. Während zum Beispiel die Evaluation der Stiftung Kinderland das Jugendamt als wichtigen Zugangsweg zu Beratungsangeboten benennt (siehe Kapitel 2.2.2), führen die Befragten an, dass eher umgekehrt Beratungsangebote

den Zugang zu Hilfen des Jugendamtes erleichtern. Dies würde auch der vorgestellten Struktur in Abschnitt 2.2.1.1 entsprechen, die Beratungsangeboten eine Lotsenfunktion zu antragsgebundenen Einzelfallhilfen zuschreibt. Die Befragten sehen vor allem in Brückenpersonen im Umfeld der Kinder (z.B. LehrerInnen, SchulsozialarbeiterInnen, SozialarbeiterInnen in Jugendzentren oder TrainerInnen in Sportvereinen) das Potential den betroffenen Kindern Zugänge zu Beratung zu ermöglichen. Auch dies entspräche der Struktur des Hilfesystems nach Schmeinger und Schmutz in Abschnitt 2.2.1.1. Hierzu liefert eine an der Technischen Universität Dresden angefertigte Dissertation von Eva Brockmann (2014) einige weiterführende Erkenntnisse, die die Bedeutung von LehrerInnen und SchulsozialarbeiterInnen als stützende Bezugspersonen für Kinder psychisch erkrankter Eltern untersucht hat. Hierzu näheres in Kapitel 4. Die interviewten Personen sprachen sich zudem sehr für eine elternunabhängige Beratung aus, was im Kontrast zu dem Ansatz von AKisiA steht (siehe Abschnitt 2.3.3), laut dem Angebote für Kinder nur durchgeführt werden sollten, wenn die Eltern ihr Einverständnis hierfür geben, um Loyalitätskonflikte zu vermeiden. Zwar wurden in den Interviews die Loyalitätskonflikte ebenfalls deutlich; die Angst davor, dass die Eltern von der Inanspruchnahme der Hilfe erfahren könnten, stellte jedoch einen der prägnantesten Hinderungsgründe dar, Beratungsangebote überhaupt in Anspruch zu nehmen. Alle InterviewpartnerInnen sprachen sich dafür aus, dass eine Einbeziehung der Eltern nur nach expliziter Zustimmung der Kinder erfolgen sollte. Gleichzeitig war den interviewten Personen wichtig, wie es auch die Stiftung Kinderland benennt (siehe Abschnitt 2.2.2), dass die Eltern die Beratung ihrer Kinder nicht als Bedrohung wahrnehmen und sich nicht hintergangen fühlen.

Es wird deutlich, dass die Streichung des Vorliegens einer Not- und Konfliktlage als Kriterium zur Hilfeberechtigung und die Bereitstellung einer Online-Plattform sowohl von relevanten Institutionen als auch von den interviewten Personen als definitiv notwendig angesehen werden, jedoch aus Sicht der interviewten Personen lediglich einen ersten Ansatzpunkt für die niedrigschwellige Gestaltung eines Beratungsangebotes für Kinder psychisch erkrankter Eltern darstellen.

In Bezug auf die Hypothese 1 lässt sich anhand der Interviews ein weiteres Ergebnis festhalten: Ergänzend zur in der Hypothese thematisierten Zugangserleichterung zu Beratungsangeboten durch Anpassung von Maßnahmen seitens der Beratungsstellen sind auch Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene notwendig. Die Interviewten verwiesen beispielsweise darauf, dass

durch Aufklärung über psychische Erkrankungen eine Stigmatisierung der Jugendlichen verringert und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten normalisiert werden könne.

Hypothese 2: Die Haupthinderungsgründe für Kinder und Jugendliche, sich an eine Beratungsstelle zu wenden, liegen in der Familiendynamik.

Im Vergleich zwischen den Ausführungen des theoretischen Teils dieser Arbeit und den Ergebnissen der Interviews ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Risikofaktoren von Kindern psychisch erkrankter Eltern (siehe Abschnitt 2.1.2) und von den Interviewpartnern genannten Hinderungsgründen zu erkennen. Zum Beispiel spielt die Tendenz von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil mit Außenstehenden nicht über die Erkrankung zu sprechen auch eine Rolle in Bezug auf die Angst der Kinder, die Eltern könnten über den Besuch der Beratungsstelle verärgert sein, sich hintergangen fühlen oder würden hierdurch Probleme mit dem Jugendamt bekommen. Eine Tabuisierung der Erkrankung auch innerhalb der Familie könnte zudem im Zusammenhang mit dem Empfinden der Kinder stehen, dass die familiäre Situation so „normal“ sei, weil sie nichts anderes kennen. Ebenso könnte auch ein Verschwimmen von Rollenmustern dazu führen, dass die betroffenen Kinder keine Kapazitäten haben, sich an ein Beratungsangebot zu wenden. Auch die Angst vor der Reaktion der Eltern auf den Besuch der Beratungsstelle könnte im Zusammenhang damit stehen, dass es in Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil häufiger zu Konflikten, im schlimmsten Falle aber auch zu Misshandlung und Vernachlässigung kommen kann.

Die Befragten benennen über diese Hinderungsgründe, die im Zusammenhang mit der Familiendynamik stehen, hinaus auch noch einige Hinderungsgründe, die in ihren eigenen Gefühlen und Gedanken begründet sind. Interessant ist hierbei, dass die von den interviewten Personen genannten Aspekte sich auch in den Herausforderungen für die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten auf Ebene der Eltern widerspiegeln (siehe Abschnitt 2.2.3.1). Hier werden beispielsweise ebenfalls die Angst vor Stigmatisierung und familienrechtlichen Konsequenzen, Schamgefühle, die Verleugnung und Verdrängung der Erkrankung, der Wunsch allein mit Herausforderungen fertig zu werden und Zweifel an der Wirksamkeit der Angebote aufgrund von negativen Vorerfahrungen genannt. Ebenso wie die Kinder das Gefühl haben, keine Hilfe annehmen zu können, weil sie für ihre Eltern da sein müssen, nehmen auch betroffene Eltern häufig keine Behandlung in Anspruch, aus Sorge ihre Kinder könnten dann

nicht ausreichend versorgt sein. Diese Parallelen lassen vermuten, dass die individuellen Hinderungsgründe der Jugendlichen ebenfalls in Verbindung mit familiären Handlungsmustern stehen und die Kinder Verhaltensmuster ihrer Eltern übernehmen.

Bezieht man jedoch die Hinderungsgründe auf gesellschaftlicher Ebene, die durch die Interviewpartner genannt werden, mit ein, wird auch hier ein Zusammenhang mit den elterlichen und kindlichen Verhaltensmustern deutlich. Zum Beispiel benennen die Befragten Stigmatisierung, Tabuisierung und Unwissenheit in Bezug auf psychische Erkrankungen auf gesellschaftlicher Ebene. Ebenso wie der Glaube, man müsse mit Herausforderungen allein zurechtkommen und dass die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten ein Zeichen von Schwäche sei. Es ist also eine Wechselwirkung zwischen den gesellschaftlichen Bedingungen und den familiären Handlungsmustern zu vermuten. Folglich ist die Annahme falsch, dass die Gründe für die Vermeidung von Unterstützungsangeboten vor allem in der familiären Dynamik liegen. Vielmehr liegt die Ursache für die Vermeidung von Hilfsangeboten auf verschiedenen Ebenen, die sich gegenseitig beeinflussen. Hinzu kommen zudem die in Abschnitt 2.2.3.3 benannten Herausforderungen auf der Ebene des Hilfesystems. Die InterviewpartnerInnen bestätigen beispielsweise, dass sie im Rahmen der Behandlung der Eltern als Angehörige nicht ausreichend berücksichtigt wurden und dass eine Weiterleitung in familienunterstützende Angebote nicht erfolgte.

In Bezug auf die Gestaltung eines Beratungsangebotes für Kinder psychisch erkrankter Eltern, sehen die Befragten Personen folgende Herausforderungen:

Zunächst einmal können die Gründe für eine Nichtinanspruchnahme auf einer sachlichen, organisatorischen Ebene liegen (z.B. mangelnde Information über das Beratungsangebot, fehlende Voraussetzungen für ein erfolgreiches Ankommen in der Beratungsstelle, wie eingeschränkte Mobilität oder fehlende Kommunikationsmittel). Bei den Interviewten wurde aber auch ein feingefühliges Gespür für die Haltung und den Umgang der BeraterInnen mit den betroffenen Kindern deutlich. Abschreckend wirke auf die Kinder beispielsweise, wenn schlecht über die Familie gesprochen werde, wenn die Vertraulichkeit von Informationen nicht gewahrt und Informationen an Dritte weitergegeben werden, wenn die BeraterInnen zu früh eigene Deutungen und Zuschreibungen aussprechen oder die Kinder mit zu vielen Informationen überfordern.

Hypothese 3: Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern wünschen sich nicht nur eine bloße Informationsvermittlung über die Erkrankung und potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten, sondern auch die Möglichkeit die Auswirkungen der Erkrankung auf ihre Lebenslage zu reflektieren und langfristige Perspektiven für sich entwickeln zu können.

Die vielfältigen Risikofaktoren, die in Abschnitt 2.1.2 dargestellt werden, beschreiben teilweise tiefgreifende Auswirkung der elterlichen Erkrankungen auf die Entwicklung der Kinder. Daher liegt die Vermutung nahe, dass es einer intensiveren Auseinandersetzung mit den Folgen der Erkrankung bedarf, um zu einem reflektierten Umgang mit der Krankheit zu finden und dass eine bloße Informationsvermittlung über die Erkrankung und mögliche Unterstützungsangebote nicht ausreichte, um die betroffenen Kinder angemessen zu stärken.

Zwar wurden viele der im Theorieteil beschriebenen Belastungsfaktoren von den InterviewpartnerInnen auf der Grundlage ihrer eigenen Biografie bestätigt und eindrücklich beschrieben. Doch sahen die befragten Personen den Fokus der inhaltlichen Gestaltung eines Beratungsangebotes eindeutig auf der Vermittlung von Krankheitswissen sowie dem Aufzeigen und Organisieren von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten. Eine alters- und entwicklungsangemessene Aufklärung über die elterliche Erkrankung stellt auch einen zentralen Aspekt der spezifischen Resilienzfaktoren (siehe Abschnitt 2.1.3) und in dem Konzept von A-KisiA (siehe Abschnitt 2.3.3) dar. Nur ein Teil der InterviewpartnerInnen äußerte, dass den betroffenen Kindern die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der Erkrankung und einer möglichen Abgrenzung (evtl. verbunden mit einem Auszug aus dem elterlichen Haushalt) gegeben werden sollte. Vorgeschlagen wurde zudem die Bereitstellung von Unterstützungsmöglichkeiten in akuten Notsituationen. Die Auseinandersetzung mit dem eigenem Erkrankungsrisiko spielte bei den interviewten Personen keine große Rolle und wurde nur von einer Person benannt, obwohl drei der Befragten, laut eigener Aussage, später selbst von psychischen Beeinträchtigungen betroffen waren.

Anhand der Berichte der Befragten über ihren eigenen Umgang mit der Erkrankung der Eltern ist zu vermuten, dass es für die Reflexion der Auswirkungen der Erkrankung eines gewissen Abstandes bedarf. So setzten sich die befragten Personen erst später im Rahmen der stationären Jugendhilfe oder einer Therapie mit den Folgen der elterlichen Erkrankung auseinander. Auch die Angaben der InterviewpartnerInnen zu möglichen Beratungsanlässen machten deutlich, dass betroffene Kinder sich eher in akuten Überforderungssituationen an eine Beratungsstelle wenden würden und es dann vor allem um schnell sichtbare Ergebnisse gehen würde.

Die Interviews verdeutlichten an verschiedenen Stellen ein starkes Verantwortungsgefühl der betroffenen Kinder für ihre Eltern und Loyalitätskonflikte zwischen dem Wunsch Entlastung zu erhalten und die Eltern nicht verraten zu wollen. Das lässt die Vermutung zu, dass die Kinder, wenn sie in einer Beratungsstelle ankommen, noch zu sehr in Familiendynamiken verstrickt sind (vgl. Ausführungen zu Hypothese 2), als dass sie ihre eigenen Bedürfnisse in den Blick nehmen könnten. Vielmehr stehen Entlastung, Orientierungshilfe und die Auflösung von Krisensituationen im Fokus.

Bezüglich der Forschungshypothese bedeutet dies, dass zwar durchaus ein Bedarf bei den betroffenen Kindern besteht, sich mit den Auswirkungen der Erkrankung und der Entwicklung eigener Perspektiven zu beschäftigen, dass aber zunächst eine Klärung von akuten Herausforderungen im Mittelpunkt stehe sowie die Planung konkreter nächster Schritte.

Forschungsfrage: Wie sollte eine Beratungsstelle für Kinder psychisch erkrankter Eltern gestaltet sein, damit sich die betroffenen Kinder und Jugendlichen bei Bedarf eigenständig, auch ohne Kenntnis oder Einverständnis der Eltern, an diese Beratungsstelle wenden und die Hilfe erhalten, die sie benötigen?

Die qualitative Interviewstudie, die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wurde, hat einen sehr komplexen Anspruch seitens der Interviewten an die Gestaltung von elternunabhängigen Beratungsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern aufgezeigt und damit vielfältige Anknüpfungspunkte für eine wirksame Gestaltung von Beratungsangeboten sichtbar gemacht (siehe Abschnitt 3.2.2 und Ausführungen zu den Hypothesen 1-3). Es wird deutlich, dass bei der Planung von elternunabhängigen Beratungsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern verschiedene Ebenen Berücksichtigung finden müssen. Zum einen sollten bei der Gestaltung organisatorische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen berücksichtigt werden sowie eine Abstimmung des inhaltlichen Beratungsangebotes auf die Bedarfe der AdressatInnen.

Bezüglich der Gestaltung organisatorischer Rahmenbedingungen wurden von den Befragten folgende zentrale Hinweise gegeben:

Damit betroffene Kinder und Jugendliche überhaupt Kenntnis über vorhandene Beratungsangebote erlangen, sollte an den Orten, an denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten, auf das Beratungsangebot aufmerksam gemacht werden. Mögliche Formen, die benannt wurden, sind Plakate und Flyer, die in Schulen und Jugendzentren aufgehängt werden, Werbung auf

Social Media und Vorstellung des Beratungsangebotes im Schulunterricht. Herausgestellt wurde von den Befragten zudem die Informationsweitergabe über Multiplikatoren im Umfeld des Kindes (z.B. LehrerInnen, ErzieherInnen, TrainerInnen und SozialarbeiterInnen). Auch eine auf Kinder und Jugendliche zugeschnittene Website und einladende Beratungsräume sollten vorhanden sein. Da Kinder und Jugendliche heutzutage auch vermehrt auf digitale Kommunikationsmöglichkeiten zurückgreifen, so die Befragten, sollten auch Chat- und Onlineberatung angeboten werden, insbesondere über den Messenger Dienst WhatsApp. Die Beratenden sollten neben den entsprechenden Qualifikationen vor allem wertschätzend und einfühlsam auf die Anliegen der Kinder eingehen können und ihnen auf Augenhöhe begegnen. Zu berücksichtigen sei auch ein sensibler Umgang bei der Einbeziehung der Eltern, die nur nach vorheriger Absprache mit dem Kind erfolgen sollte. Zudem sprachen sich die Befragten für eine gute Kooperation von Beratungsangeboten und dem Jugendamt aus, um bei Bedarf fließende Übergänge zu weiterführenden Hilfsangeboten gestalten zu können

Bezüglich der inhaltlichen Gestaltung eines möglichen Beratungsangebotes stehen, laut der Befragten, insbesondere die Vermittlung von Krankheitswissen die Planung nächster Schritte, die Anbindung an weiterführende Angebote und die Auflösung von Krisensituationen im Vordergrund. Eine Auseinandersetzung mit den Folgen der Erkrankung sollte den Kindern im Rahmen der Beratung zwar ermöglicht werden, stehe aber nicht im Fokus.

Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass neben der organisatorischen und inhaltlichen Gestaltung die Veränderung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine große Rolle spielt. Daher sollten sich mögliche Beratungsangebote auch an der gesellschaftlichen Aufklärung über psychische Erkrankungen beteiligen, z.B. durch Informationsveranstaltungen im Schulunterricht. Zudem sollte Stigmatisierung in Bezug auf psychische Erkrankungen verringert und ein offener Umgang mit Lebenskrisen gefördert werden. Bereits jetzt existieren Projekte, die sich auf dieser Ebene engagieren, wie beispielsweise das Projekt „Verrückt? Na und!“, das an Schulen über psychische Erkrankungen und Unterstützungsangebote aufklärt (vgl. Schmenger & Schmutz, 2019, S. 51).

Gleichzeitig sollten neben den verschiedenen Gestaltungsebenen die komplexen Hindernisse für die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten bedacht und Wege gefunden werden, diese zu überwinden und niedrigschwellige Zugangsvoraussetzungen zu schaffen. Auch die herausgearbeiteten Hinderungsgründe sind auf verschiedenen Ebenen angesiedelt (auf der

Ebene der Familiendynamik auf der Ebene der Kinder und Jugendlichen selbst und auf gesellschaftlicher Ebene) und stehen in Wechselwirkung miteinander. Folgende zentrale Hinderungsgründe könnten, laut der Interviewten, einer Inanspruchnahme entgegenstehen:

Familiendynamische Ebene

- Angst die Eltern zu verraten oder ihnen zu schaden (geschlossenes Familiensystem, Hilfe von außen wird abgelehnt, Tabuisierung der Erkrankung innerhalb der Familie)
- Evtl. auch Angst vor den Reaktionen der Eltern, wenn diese von dem Besuch der Beratungsstelle erfahren

Ebene der betroffenen Kinder und Jugendlichen

- Situation wird als „normal“ erlebt; Unwissenheit über Erkrankung und Unterstützungsangebote
- Scham, Stolz oder mangelndes Selbstvertrauen
- Mangelnde Mobilität und Kommunikationsfähigkeit (insbesondere bei jüngeren Kindern)
- Angst vor dem Jugendamt, Schlechte Vorerfahrungen mit Hilfsangeboten

Gesellschaftliche Ebene

- Scham und Angst aufgrund von Stigmatisierung und Tabuisierung
- Mangelnde Kenntnisse über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung
- Mangelnde Berücksichtigung der Kinder bei der Behandlung der Eltern

Auch eine Gestaltung der Beratungsstelle, die sich nicht an den Bedürfnissen der Jugendlichen orientiert, kann laut der InterviewpartnerInnen eine abschreckende Wirkung haben, beispielsweise, wenn ohne Kenntnis der Kinder die Eltern kontaktiert werden oder wenn schlecht über die Eltern gesprochen wird.

Durch die Auswertung des Datenmaterials konnten erste Ansatzpunkte identifiziert werden, wie Hinderungsgründe überwunden und niedrigschwellige Zugangswege geschaffen werden können. Zentral scheint die Zusammenarbeit mit Multiplikatoren im Umfeld der AdressatInnen, die persönliche Anknüpfungspunkte schaffen und bei Bedarf an die Beratungsstelle vermitteln können. Zudem sollten die Beratenden sich bewusst in die Räume der Kinder und Jugendlichen begeben, statt von diesen zu erwarten, dass sie von sich aus die Beratungsstelle

aufsuchen. Wichtig sei zudem mögliche Befürchtungen und Sorgen der AdressatInnen, z.B. dass die Eltern oder das Jugendamt über den Besuch informiert werden, im Vorfeld der Beratung auszuräumen. Gelingen könnte dies, durch entsprechende Informationen auf der Website, durch die Schaffung von anonymen Beratungsmöglichkeiten, die Verdeutlichung der Schweigepflicht und durch ein hohes Maß an Transparenz und Beteiligung. Auch die Schaffung von digitalen Beratungsmöglichkeiten wird von den Befragten als wünschenswert benannt. Zudem sollten die Beratenden eine vermittelnde Rolle zwischen Kind und Eltern einnehmen und das Kind bei der Artikulation seiner Bedürfnisse unterstützen können.

Die verschiedenen Ebenen, die bei der Gestaltung von Beratungsangeboten eine Rolle spielen stehen in Zusammenhang miteinander und sollten daher nicht getrennt voneinander betrachtet werden.

3.3.2 Abschließende Reflexion des Forschungsprozesses

An dieser Stelle sollen abschließend einige Elemente des Forschungsprozesses reflektiert werden. Ziel dieser Reflexion ist die Beurteilung der Brauchbarkeit der Erhebungs- und Auswertungsmethodik in Bezug auf das Forschungsinteresse und die Auseinandersetzung mit einigen Schwächen und offenen Fragen, die durch die Auswertung der Ergebnisse sichtbar geworden sind. Darauf aufbauend wird im anschließenden Fazit ein Ausblick auf mögliche Vertiefungen gegeben.

Rückblickend hat sich die Auswahl der Methoden zur Untersuchungsdurchführung und -auswertung zur Bearbeitung des Forschungsinteresses als geeignet herausgestellt. Die Durchführung der Interviews anhand eines leitfadengestützten Experteninterviews ermöglichte zum einen den InterviewpartnerInnen eine Orientierung für die Beantwortung der Forschungsfrage, die gleichzeitig auch Raum für eigene Impulse ließ. Zudem konnten die befragten Personen durch ihre Rolle als Experten, stellvertretend für Kinder psychisch erkrankter Eltern, eine gewisse Distanz zur eigenen Geschichte wahren und eine neutralere Perspektive einnehmen. Zum anderen ermöglichte die vorgegebene Struktur durch den Interviewleitfaden eine Berücksichtigung aller relevanten Aspekte, trotz des breiten Themenspektrums und eine gute Vergleichbarkeit der Interviews. Trotzdem besteht das Risiko, dass durch die Vorstrukturie-

rung eigene Impulse der InterviewpartnerInnen verloren gegangen sind und die relativ detaillierten Fragen Einfluss auf die Antworten der InterviewpartnerInnen genommen haben. Hinzu kommt die Unerfahrenheit der Forschenden in der Durchführung von Interviews.

Das breit gefasste Themenspektrum, zu dem die InterviewpartnerInnen befragt wurden, hatte einerseits den Vorteil, dass ein sehr komplexes Bild von der Gestaltung eines möglichen Beratungsangebotes entstanden ist, das verschiedene Einflussfaktoren berücksichtigt. Andererseits konnten die einzelnen Themenbereiche (organisatorische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, inhaltliche Gestaltung und Beratungshindernisse) dadurch nur vergleichsweise oberflächlich betrachtet werden. Jeder Themenbereich für sich könnte in einem größeren Forschungsrahmen nochmal detaillierter betrachtet werden. Allerdings bestünde bei einer isolierten Betrachtung eines einzelnen Themenbereichs die Gefahr, dass wechselseitige Bezüge nicht mehr hergestellt werden können.

Durch eine Konzentration auf wenige Personen konnten detaillierte Erkenntnisse zu den Sichtweisen der InterviewpartnerInnen gewonnen werden, die ein aufschlussreiches Gesamtbild ergeben. Aufgrund der geringen Personenzahl ist es allerdings denkbar, dass durch weitere Personen zusätzliche Erkenntnisse gewonnen worden wären, die bisher unberücksichtigt geblieben sind. Zudem können die Ergebnisse dieser Arbeit, aufgrund der geringen Anzahl der durchgeführten Interviews (die auch dem zeitlichen und personellen Rahmen einer Masterarbeit geschuldet sind), eher als exemplarisch und nicht als repräsentativ gewertet werden. Da das Ziel der Arbeit jedoch nicht war, einen repräsentativen Konsens für die Gestaltung bundesweiter Beratungsstellen herzustellen, sondern erste Ansatzpunkte für die Gestaltung herauszuarbeiten, stellt die geringe Personenzahl keine Einschränkung der Ergebnisse dar. Sollen allerdings konkrete Maßnahmen aus der Arbeit abgeleitet werden, so ist zu bedenken, dass eine Generalisierung der Ergebnisse nicht ohne Weiteres erfolgen darf, sondern vermutlich breiter angelegte Studien erforderlich wären. Zu berücksichtigen sind zudem individuelle regionale Bedingungen. Leider konnte nur ein männlicher Interviewpartner gewonnen werden. In einer breiter angelegten Studie wäre eine ausgeglichene Repräsentation der Geschlechter wünschenswert.

Eine Schwäche in der Durchführung der Untersuchung stellte die mangelnde Differenzierung der verschiedenen Bedürfnisse und Zugangsvoraussetzungen verschiedener Altersgruppen bezüglich der AdressatInnen eines potenziellen Beratungsangebotes dar. Die Fragen, die den

InterviewpartnerInnen gestellt wurden, bezogen sich größtenteils auf alle AdressatInnen im minderjährigen Alter, was eine konkrete Beantwortung der Fragen erschwerte. Hierauf reagierten einige der Befragten, indem sie von sich aus eine altersbezogene Differenzierung vornahmen. Z.B. wurde darauf aufmerksam gemacht, dass jüngere Kinder mehr als Jugendliche in ihrer Mobilität und Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt seien. Gleichzeitig spiele für Jugendliche die Frage nach der eigenen Abgrenzung von den Eltern eine bedeutsamere Rolle. Die Aussagen über altersspezifische Gestaltungskriterien waren jedoch wenig repräsentativ, so dass sie bei der Darstellung der Ergebnisse nicht berücksichtigt werden konnten. Eine altersbezogene Eingrenzung der Adressatengruppe für ein mögliches Beratungsangebot wäre daher sinnvoll gewesen.

Die Auswahl der Auswertungsmethode nach Schmidt (2004, siehe Abschnitt 3.2.1) stellte sich als sehr geeignet heraus, um die Fülle der Informationen zu reduzieren und die verschiedenen Teilaspekte zu strukturieren. Insbesondere die Übertragung in die Auswertungstabelle ermöglichte einen Vergleich der fünf Interviews und das Herausfiltern der wesentlichen Erkenntnisse.

Da die interviewten Personen, trotz der möglichst sachlichen Fragen, sehr persönliche Informationen zu ihrer eigenen Biografie preisgaben, wurde bei der Darstellung der Ergebnisse besonders darauf geachtet, möglichst wenig über die einzelnen Lebensgeschichten der Befragten preiszugeben und den Schutz ihrer Daten zu wahren. Zudem wurde Wert daraufgelegt, den InterviewpartnerInnen transparent zu machen, wofür das Datenmaterial genutzt, wem es zur Verfügung gestellt und wann es gelöscht wird. Um eine Nachvollziehbarkeit einzelner Biografien zu verhindern, erfolgt eine Weitergabe dieser Arbeit (mit Ausnahme des Exemplars, das bei der Hochschule Fulda eingereicht wird) ohne die Auswertungstabelle und die Interviewtranskripte im Anhang.

4 Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden qualitativen Untersuchung haben einen komplexen Anforderungsanspruch an die Gestaltung von Beratungsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern deutlich gemacht. Sie geben einen detaillierten Einblick in die verschiedenen Ebenen, die es bei der Planung möglicher Beratungsangebote zu bedenken gilt und offenbaren erste Anknüpfungspunkte für eine wirkungsvolle Unterstützung von betroffenen Kindern und Jugendlichen. Zu berücksichtigen sind zunächst drei verschiedene Ebenen der Gestaltung: Die organisatorische Ebene, die inhaltliche Ebene und die gesellschaftliche Ebene. Die organisatorische Ebene bezieht sich auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen, z.B. die Gestaltung der Öffentlichkeitsarbeit, die Gestaltung der Beratungssettings (Beratung vor Ort, mobil oder digital) und die Zusammenarbeit mit AnsprechpartnerInnen aus dem Umfeld des Kindes, den Eltern oder dem Jugendamt. Eine zentrale Aufgabe sahen die befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schaffung von Anknüpfungspunkten im Umfeld der Kinder (z.B. durch die Zusammenarbeit mit Schulen und Jugendzentren), in der Bereitstellung von digitalen Kontakt- und Beratungsmöglichkeiten und in der Realisierung von Vertraulichkeit und Partizipation innerhalb des Beratungsprozesses. In Bezug auf die Inhaltliche Gestaltung wurde deutlich, dass Kinder, die sich an ein Beratungsangebot wenden, zunächst einmal eine Aufklärung über die elterliche Erkrankung benötigen und über mögliche Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden wollen. Auch die Auflösung von Krisensituationen und die Reflexion der Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf den Alltag und die Entwicklung des Kindes spielten eine Rolle. Auf gesellschaftlicher Ebene sollten sich Beratungsstellen für eine Aufklärung über psychische Erkrankungen und eine Verringerung von Stigmatisierung einsetzen.

Zudem ist über die Gestaltung von Beratungsangeboten hinaus eine Berücksichtigung von verschiedenen Hindernissen, die einer Inanspruchnahme von Unterstützung entgegenstehen, notwendig. Im Mittelpunkt sahen die interviewten Jugendlichen und jungen Erwachsenen hier vor allem Loyalitätskonflikte (z.B. bedingt durch eine familiäre Tabuisierung der Erkrankung), die Angst vor Stigmatisierung und negativen Konsequenzen für sich oder die Eltern, Schamgefühle und ein mangelndes Selbstvertrauen. Die Komplexität der verschiedenen Hinderungsgründe macht deutlich, vor welchen Herausforderungen Kinder psychisch erkrankter Eltern stehen, wenn es darum geht, den Weg in wirksame Unterstützungsangebote zu finden.

Nach Berücksichtigung der unterschiedlichen Planungsebenen, die es bei der Gestaltung von elternunabhängigen Beratungsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern zu beachten gilt, scheinen vor allem die Überwindung von Beratungshindernissen und die Verwirklichung von niedrigschwelligen Zugangsmöglichkeiten, zentrale Anforderungen zu sein. Hierfür ist es zunächst einmal wichtig Beratungsangebote für betroffene Kinder und Jugendliche sichtbar zu machen. Die Befragten sehen beispielsweise die Möglichkeit, Informationsveranstaltungen im Schulunterricht zu realisieren, Informationsmaterialien an Schulen, in Jugendclubs oder Sportvereinen bereitzustellen oder Werbung auf Social Media zu schalten. Zudem gilt es Wege zu finden, wie Bedenken und Befürchtungen bezüglich der Inanspruchnahme von Beratung bereits im Vorfeld der Beratung ausgeräumt werden können (z.B. durch das Anbieten von anonymer und digitaler Beratung und die Zusicherung von Vertraulichkeit). Doch vor allem kristallisierte sich die Zusammenarbeit mit möglichen Brückenpersonen (Ansprechpersonen im Umfeld des Kindes, die einen Kontakt zur Beratungsstelle vermitteln und bei Bedarf begleiten können) als vielversprechendes Mittel heraus, um Kindern auch unabhängig von ihren Eltern den Zugang zu Beratungsangeboten zu ermöglichen.

Hierzu liefert die Dissertation von Eva Brockmann (2014), die an der Technischen Universität Dresden vorgelegt wurde, weiterführende Erkenntnisse. Im Rahmen einer qualitativen Studie untersuchte sie, wie LehrerInnen und SozialpädagogInnen an Schulen als stützende Bezugspersonen für SchülerInnen mit psychisch erkrankten Eltern fungieren können. Wichtig sei hierfür, dass LehrerInnen und SchulsozialarbeiterInnen als verlässliche Bezugspersonen zur Verfügung stehen und den Belastungen und Gefühlen der betroffenen Kinder mit einer beständigen und zugewandten Haltung begegnen. Insbesondere LehrerInnen können als erste Ansprechpersonen dienen. Damit LehrerInnen jedoch nicht an ihre Kompetenzgrenzen geraten, sei eine enge Zusammenarbeit mit den SchulsozialarbeiterInnen unabdingbar, ebenso wie die Kooperation mit schulexternen Diensten, insbesondere mit Erziehungsberatungsstellen, die in weitere psychosoziale Unterstützungsnetzwerke eingebunden sind (vgl. (Brockmann, 2014 u. Brockmann, 2016, S. 159ff.). Für eine lebendige Gestaltung von Kooperationsbeziehungen sei „das persönliche Kennen des Anderen und das Wissen um seine Handlungskompetenzen und Zuständigkeiten“ wichtig (Brockmann, 2016, S. 172). Die Kooperation mit externen Fachkräften ermöglicht zum einen eine fachliche Beratung von schulischem Personal. Zum anderen kann bei Bedarf eine zeitnahe Vermittlung in weiterführende Unterstützungssysteme erfolgen (vgl. ebd. S. 172f.).

Trotz der vielschichtigen Erkenntnisse bezüglich der Gestaltung von Beratungsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern, die aus dem Interviewdatenmaterial gewonnen werden konnten, sind in Bezug auf die Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten ein paar Fragen offengeblieben. Beispielsweise bleibt unbeantwortet, welche Möglichkeiten Beratungsstellen haben, um betroffene Kinder bei der Auflösung von Loyalitätskonflikten (zwischen dem Bedürfnis nach Unterstützung und der Angst die Eltern zu verraten oder sie in Schwierigkeiten zu bringen) zu unterstützen. Auch das Spannungsfeld zwischen der Realisierung eines elternunabhängigen Beratungsanspruches und der notwendigen Einbeziehung der Eltern, wenn es um die Implementierung weiterführender Hilfen und die Veränderung auf familiärer Ebene geht, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht aufgelöst werden. Zudem wäre in Bezug auf digitale Kontakt- und Beratungsmöglichkeiten zu klären, wie eine Wahrung des Datenschutzes gewährleistet werden kann. Auf der Grundlage dieser offenen Fragen wären weiterführende und vertiefende empirische Untersuchungen möglich.

5 Literaturverzeichnis

- AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (Februar 2020). *Abschlussbericht - Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern*. Abgerufen am 13. Juni 2020 von <https://www.ag-kpke.de/arbeitsgruppe/berichte-und-expertisen/>
- Albermann, K., Wiegand-Grefe, S., & Winter, S. (Januar 2019). Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 68, S. 6-26.
- Beardslee, W., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective or other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 63-69.
- Bernzen, C. (2013). Rechtliche Grundlagen der Offenen Kinder- und Jugendarbeit im Bundes- und Landesrecht. In U. Deinet, & B. Sturzenhecker (Hrsg.), *Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brennan, P., Hammen, C., & Shih, J. (August 2004). Family discord as stress predictors of depression and other disorder in adolescent children of depressed and nondepressed women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 994-1002.
- Brockmann, E. (2014). *Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Schule. Bedingungen und Konsequenzen der Enttabuisierung der elterlichen psychischen Erkrankung im schulischen Kontext auf die Beziehung zwischen Eltern, Schülern und Lehrern - eine qualitative Studie*. Technische Universität Dresden: Dissertation. Abgerufen am 13. 12 2020 von <https://d-nb.info/1069092843/34>
- Brockmann, E. (2016). Lehrer und Sozialpädagogen als stützende Bezugspersonen für Schüler mit psychisch erkrankten Eltern. In J. Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil - Forschungsbefunde und Praxiskonzepte* (S. 159-175). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (bke). (2017). *Für Jugendliche und junge Erwachsene - Das differenzierte Angebot der Erziehungsberatung (eine bke Stellungnahme)*. Abgerufen am 22. November 2020 von <https://bke.de/content/html/stellungnahmen-archiv/index.html>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2016). *Bericht der Bundesregierung - Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes*. Abgerufen am 22. November 2020 von <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/bericht-der-bundesregierung---evaluation-des-bundeskinderschutzgesetzes/96262>
- Christiansen, H., Anding, J., & Donath, L. (2014). Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. In M. Kölch, U. Ziegenhain, & J. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung* (S. 80-105). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Decarli, J., Kern, A., & Sekler, K. (2019). Arbeitsgruppe Kinder psychisch Kranker Eltern legt ihre Empfehlungen vor - Ein Durchbruch in der Versorgung betroffener Kinder und ihrer Familien!? *Dialog Erziehungshilfe*(4).
- Deutscher Bundestag. (2017). Drucksache 18/12780 - Antrag der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. Abgerufen am 13. Juni 2020 von <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/127/1812780.pdf>

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2005). Niedrigschwelliger Zugang zu familienunterstützenden Angeboten in Kommunen - Handlungsempfehlungen des Deutschen Vereins. Abgerufen am 26. November 2020 von <https://docplayer.org/64776365-Niedrigschwelliger-zugang-zu-familienunterstuetzenden-angeboten-in-kommunen.html>
- Friebertshäuser, B., & Langer, A. (2010). Interviewformen und Interviewpraxis. In B. Friebertshäuser, A. Langer, & A. Pregel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3. vollständig überarbeitete Ausg.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K., & Rönna-Böse, M. (2019). *Resilienz*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Görres, B., & Pirsig, T. (2011). *Projekte- und Finanzierungshandbuch "Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern"*. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. Abgerufen am 04. Dezember 2020 von <https://www.dvgrp.org/veroeffentlichungen/broschueren-und-fachbuecher.html>
- Griepenstroh, J., Heitmann, D., & Hermeling, S. (2012). Kinder psychisch kranker Eltern: Lebenssituation und Entwicklungsrisiken. In U. Bauer, A. Reinisch, & M. Schmuhl (Hrsg.), *Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern - Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen* (S. 23-46). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien.
- Hahlweg, K., Lexow, A., & Wiese, M. (2008). Psychotherapiepatienten und ihre Kinder Im ambulanten Bereich. In F. Mattejat, & B. Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker* (S. 114-122). Wiesbaden: BALANCE buch +medien verlag.
- Hoff, T., & Pietsch, S. (2012). Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern. Ergebnisse der Projektevalutaion. (Stiftung Kinderland, & Baden-Württemberg Stiftung gGmbH, Hrsg.) *Schriftreihe der Baden-Württemberg Stiftung. Gesellschaft & Kultur: Nr. 67*.
- Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., & Brook, J. (Mai 2001). Association of Maladaptive Parental Behavior With Psychiatric Disorder Among Parents and Their Offspring. (A. M. Association, Hrsg.) *Archives Of General Psychiatry*, 453-460.
- Jung, H.-P. (Hrsg.). (2008). *SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe - Kommentar zum SGB VIII mit Schriftsatz- und Vertragsmustern*. Freiburg: Rudolf Haufe Verlag.
- Jungbauer, J. (2016). Wenn Eltern psychisch krank sind - Belastungen, Entwicklungsrisiken, Hilfebedarf. In J. Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil - Forschungsbefunde und Praxiskonzepte* (S. 9-43). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Kölch, M. (2009). Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch Kranken Eltern. In S. d. Jugendberichts (Hrsg.), *Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung* (S. 1-35). Berlin: Bundestagsdrucksache 16/12860.
- Kölch, M., & Schmid, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 774-788.
- Kölch, M., Ziegenhain, U., & Fegert M., J. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern - Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

- Kupfer, A., & Mayer, M. (14. November 2019). Digitalisierung der Beratung. Onlineberatung für Kinder und Jugendliche und die Frage nach Möglichkeiten des Blended Counseling in der Kinder und Jugendhilfe. *Soz Passagen 11*, S. 243-265. Abgerufen am 30. November 2020 von <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12592-019-00333-1>
- Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern - Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, A. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, A. (2014b). Kinder psychisch kranker Eltern - Risiken, Resilienzen und Intervention. In M. Kölch, U. Ziegenhain, & J. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern - Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung* (S. 40-79). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lenz, A. (2016). "Ressourcen fördern" - Ein modulares Praxiskonzept für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien. In J. Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil - Forschungsbefunde und Praxiskonzepte* (S. 44-79). Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Lenz, A., & Kuhn, J. (2011). Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat, & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 269-298). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lenz, A., & Kuhn, J. (2011). Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat, & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern - Klinik und Forschung* (S. 269-298). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lenz, A., & Wiegand-Grefe, S. (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Loch, U. (2016). *Kinderschutz mit psychisch kranken Eltern - Ethnographie im Jugendamt*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Magolei, V., Valdivia, A., & Jungbauer, J. (2016). AKisiA - Einblicke in die ganzheitliche Beratungspraxis mit Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihren Familien. In J. Jungbauer (Hrsg.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil - Forschungsbefunde und Praxiskonzepte* (2. Ausg., S. 80-129). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Mattejat, F., Lenz, A., & Wiegand-Grefe, S. (2012). Kinder psychisch kranker Eltern - Eine Einführung in die Thematik. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat, & A. Lenz, *Kinder mit psychisch kranken Eltern - Klinik und Forschung* (S. 13-24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meysen, T., Rixen, S., Schönecker, L., & Strudies. (2019). *Rechtsexpertise - Ist-Analyste zu Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern*. SOCLES (International Centre for Socio-Legal. erstellt im Auftrag des AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. Abgerufen am 22. November 2020 von <https://www.ag-kpke.de/arbeitsgruppe/berichte-und-expertisen/>
- Muche, C., Oehme, A., & Schröer, W. (2010). *Niedrigschwellige Integrationsförderung - Eine explorative Studie zur Fachlichkeit niedrigschwelliger Angebote in der Jugendsozialarbeit*. Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit e.V. (BAG ÖRT), Berlin. Abgerufen am 29. November 2020 von

http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/Expertise_Niedrigschw_Instrumente_Mai_2010.pdf

- Müller, B. (2011). Professionalität ohne Arbeitsbündnis? Eine Studie zu "niedrigschwelliger" Sozialer Arbeit. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert, & S. Müller (Hrsg.), *Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit - Materialanalysen und kritische Kommentare* (S. 144-159). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien .
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). (2016). *Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der frühen Hilfen*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln. Abgerufen am 04. Dezember 2020 von <https://www.fruehehilfen.de/service/aktuelles/presse/pressearchiv/kinder-von-eltern-mit-psychischen-erkrankungen/>
- Oehme, A. (2011). *Niedrigschwellige Jugendsozialarbeit - Eine Handreichung für die Praxis zur Ausgestaltung niedrigschwelliger Projekte in der Jugendsozialarbeit*. Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit e.V. (BAG ÖRT), Berlin. Abgerufen am 29. November 2020 von <https://bagoert.de/veroeffentlichungen/expertisen-und-handreichungen/>
- Oehme, A., & Winter, S. (2018). *Niedrigschwellige Jugendsozialarbeit - Eine Handreichung 2.0 für die Praxis zur Ausgestaltung niedrigschwelliger Projekte in der Jugendsozialarbeit*. Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit e.V. (BAG ÖRT), Berlin. Abgerufen am 29. November 2020 von <https://bagoert.de/veroeffentlichungen/expertisen-und-handreichungen/>
- Oswald, H. (2010). Was heißt qualitativ forschen? In B. Friebertshäuser, A. Langer, & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3. vollständig überarbeitete Auflage Ausg.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Fegert, J., Hoffmann, T., & Paul, M. (2016). Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen. (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Hrsg.) Abgerufen am 17. November 2020 von https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen/einzelansicht-publikationen/titel/eckpunktepapier-kinder-von-eltern-mit-psychischen-erkrankungen-im-kontext-der-fruehen-hilfen/?no_cache=1&bigfontsize=0&cHash=a5e10cdc3417788a27a706b3f4928f79
- Plass , A., & Wiegand-Grefe, S. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung - Ein Arbeitsbuch* (3. korrigierte Ausg.). München: Oldenbourg Wissenschafts Verlag.
- Schmenger, S., & Schmutz, E. (2019). *Expertise - Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mmit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil*. Mainz: Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gGmbH (ism).
- Schmidt, C. (2004). Analyse von Leitfadenterviews. In U. Flick, E. Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung - ein Handbuch* (3. Ausg.). Reinbek: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Schone, R., & Wagenblass, S. (2010). *Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Weinheim und München: Votum Verlag und Juventa Verlag.

- Schraper, C. (kein Datum). Kinder vor Gefahren für ihr Wohl schützen - Methodische Überlegungen zur Kinderschutzarbeit sozialpädagogischer Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe. . In I. f. (ISS) (Hrsg.), *Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung* (S. 56ff.).
- Siefert. (2008). In H.-P. Jung, *SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe - Kommentar zum SGB VIII mit Schriftsatz und Vertragsmustern* (2. Ausg.). Freiburg: Rudolf Haufe Verlag.
- Stelling, K., Habers, I., & Jungbauer, J. (2008). Zwischen Verantwortungsübernahme und Autonomieentwicklung: Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57, 757-773.
- Vossler, A. (2004). Wandel hoch drei - Beratung für Jugendliche in einer verunsicherten Gesellschaft. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 53, S. 547-559.
- Wagenblass, S., & Schone, R. (2001). Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe - Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50/7, S. 580-592.
- Wiegand-Greife, S., Klein, M., Kölch, M., Lenz, A., Seckinger, M., Thomasius, R., & Ziegenhain, U. (Januar 2019). Kinder psychisch kranker Eltern "Forschung" - Ist-Analyse zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern. Abgerufen am 13. Juni 2020 von <https://www.ag-kpke.de/arbeitsgruppe/berichte-und-expertisen/>
- Winkler, J. (2008). Rechtliche Rahmenbedingungen der Erziehungsberatung. In G. Hörmann, & W. Körner (Hrsg.), *Einführung in die Erziehungsberatung* (S. 27-39). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbständig angefertigt habe. Es wurden nur die in der Arbeit ausdrücklich benannten Quellen und Hilfsmittel benutzt. Wörtlich oder sinngemäß übernommenes Gedankengut habe ich als solches kenntlich gemacht.

Berlin, 14.12.2020

Ort, Datum



M. Stein

Unterschrift

Anhang

Anhangsverzeichnis

1. Informationsschreiben für potenzielle InterviewpartnerInnen 102
2. Interviewleitfaden..... 103

1. Informationsschreiben für potenzielle InterviewpartnerInnen

Worum soll es in dem Interview gehen?

Eine Arbeitsgruppe von Experten wurde 2017 von der Bundesregierung damit beauftragt, herauszufinden:

1. Wie die Lebenssituation von Kindern mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil aussieht
2. Welche Unterstützungsangebote diese Kinder brauchen, um sich gut entwickeln zu können.

Im Februar 2020 hat die Arbeitsgruppe verschiedene Empfehlungen veröffentlicht. Eine Empfehlung der Arbeitsgruppe ist, dass Beratungsangebote geschaffen werden sollen, wo betroffene Kinder sich eigenständig und ohne Einverständnis ihrer Eltern Hilfe und Beratung holen können.

Folgendes schreibt die Arbeitsgruppe:

„Der Anspruch auf Beratung für Kinder und Jugendliche auch ohne Kenntnis ihrer Eltern sollte erweitert werden. Die Rechte von Kindern und Jugendlichen, die mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil aufwachsen, müssen gestärkt werden. Dazu gehört, dass diese Kinder und Jugendlichen im Bedarfsfall eigenständig und ohne Einverständnis ihrer Eltern nach Hilfe fragen und sich beraten lassen können. Dies kann insbesondere dann von elementarer Bedeutung sein, wenn ihre Eltern keine Krankheitseinsicht haben oder für Hilfen und Unterstützung für ihre Kinder nicht bereit sind. Nach geltender Rechtslage besteht in § 8 Abs.3 SGB VIII ein Anspruch von Kindern und Jugendlichen auf Beratung durch die Kinder- und Jugendhilfe. Dieser ist allerdings vom Gesetz an das Vorliegen einer „Not- und Konfliktlage“ gekoppelt. . . Wir empfehlen daher, für Kinder und Jugendliche durch Streichung des Erfordernisses des Vorliegens einer „Not- und Konfliktlage“ einen bedingungslosen elternunabhängigen Anspruch auf Beratung durch die Kinder- und Jugendhilfe zu etablieren.“ (AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Februar 2020, S. 9, <https://www.ag-kpke.de/arbeitsgruppe/berichte-und-expertisen/>)

In meiner Masterarbeit möchte ich herausfinden:

3. Wie eine solche Beratungsstelle für Kinder psychisch erkrankter Eltern gestaltet werden sollte, damit Kinder und Jugendliche tatsächlich dort ankommen (Rahmenbedingungen).
4. Wie die Beratung inhaltlich aussehen (z.B. welche Themen) sollte, damit sie hilfreich für die Kinder und Jugendlichen ist.
5. Welche Gründe Kinder und Jugendliche daran hindern könnten sich selbstständig an eine solche Beratungsstelle zu wenden.

Dafür brauche ich eure/Ihre Ideen und Gedanken als „Experten“ stellvertretend für Kinder und Jugendliche mit Eltern mit einer psychischen Erkrankung (die keine Hilfe Annehmen wollen/wollten und/ oder nicht wahrhaben wollen/wollten, dass sie psychisch krank sind).

Ich würde mich sehr freuen, wenn ich dich/Sie dafür interviewen darf!

Johanna Aagard-Stein

2. Interviewleitfaden

Einleitung (kurze Schilderung der Thematik/ der Interviewdurchführung)

Vorstellung der Interviewerin (Name, Uni, Masterarbeit)

Vorstellung der Thematik: In meiner Masterarbeit geht es um die Frage, wie eine Beratungsstelle gestaltet werden sollte, an die sich Kinder/ Jugendliche psychisch kranker Eltern wenden können, auch wenn ihre Eltern selbst keine Hilfe in Anspruch nehmen möchten oder keine Krankheitseinsicht haben. Hierfür möchte ich Jugendliche oder junge Erwachsene befragen, die selbst betroffen sind oder waren.

Du wirst nicht zu deiner persönlichen Geschichte befragt (nur ein paar allgemeine Angaben zu Beginn des Interviews), sondern zu deiner Einschätzung als Experte/Expertin stellvertretend für Kinder psychisch kranker Eltern. Ich möchte das Interview als Tonaufnahme aufgezeichnet, um es später transkribieren, also verschriftlichen, und auswerten zu können. Die Informationen werden natürlich anonymisiert, so dass keine persönlichen Informationen über dich erkennbar sind (Eine Vereinbarung bezüglich der Verarbeitung der Daten wird unterschrieben).

Wenn dir eine Frage zu persönlich ist und du sie nicht beantworten möchtest, oder wenn du das Interview abbrechen möchtest sag mir Bescheid.

Zum Ablauf: Erst geht es um ein paar Informationen zu dir als Person. Dann folgen zwei allgemeine Fragen, wo ich erstmal hören möchte, was du von dir aus gerne zu dem Thema sagen möchtest. Dann wird es drei Themenbereiche geben, wo ich dir konkretere Fragen stellen werde (Rahmenbedingungen für die Beratungsstelle, Themen in der Beratungsstelle und Hindernisse die Beratungsstelle zu besuchen). Am Ende hast du die Möglichkeit nochmal alles zu sagen, was noch nicht genannt wurde. Insgesamt wird das Interview eine halbe bis dreiviertel Stunde dauern.

Persönliche Angaben: Alter, Geschlecht, persönlicher Hintergrund bzgl. Der Thematik (welcher Elternteil war betroffen, hast du mit diesem Elternteil in einem Haushalt gelebt, gab es eine Diagnose bzw. wie äußerte sich das psychisch auffällige Verhalten), welche Erfahrungen hast du mit Beratungsstellen gemacht?

Allgemeine Einstiegsfrage zur freien Assoziation

1. Welche Voraussetzungen müssten erfüllt sein, damit Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern sich selbstständig an ein Beratungsangebot wenden können?
2. Bei welchen Problemlagen/Lebenssituationen würden sich Kinder psychisch kranker Eltern deiner Meinung nach an eine Beratungsstelle wenden.

Gestaltung der Rahmenbedingungen

3. Wie sollte eine Beratungsstelle für Kinder psychisch erkrankter Eltern gestaltet werden, damit Kinder und Jugendliche dort tatsächlich ankommen?
4. Wie muss über das Beratungsangebot informiert werden, damit Kinder und Jugendliche es auch finden?
5. Welche Möglichkeiten der Kontaktaufnahme sollten vorhanden sein, damit sich Kinder und Jugendliche leicht an die Beratungsstelle wenden können?

6. Welche Rahmenbedingungen müssen erfüllt sein, damit der Zugang zu der Beratungsstelle niedrigschwellig ist (also leicht möglich ohne Hindernisse)?
7. Wie sollten die Räume der Beratungsstelle ausgestattet sein?
8. Was brauchen Kinder und Jugendliche, damit sie sicher sein können, dass ihre Anliegen vertraulich behandelt werden?
9. Was sollte die Berater*innen auszeichnen, die in der Beratungsstelle arbeiten (z.B. persönliche Eigenschaften, Qualifikation)?
10. Wie sollte die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt aussehen?
11. Wie sollten die Eltern mit einbezogen werden?

Inhaltliches Beratungsangebot

6. Was denkst du, welche Erwartungen hätten Kinder psychisch kranker Eltern an die Beratungsstelle?
7. Welche Themen wären für Kinder psychisch Kranker Eltern in der Beratung interessant?
8. Womit sollten sich die Berater*innen unbedingt auskennen?
9. Wie sollte das erste Beratungsgespräch aussehen?
10. Was müsste erfüllt sein, damit die Kinder und Jugendlichen wiederkommen.
11. Wie können die Berater*innen den Kindern und Jugendlichen am besten helfen?

Hindernisse eine Beratungsstelle aufzusuchen

12. Was könnte Kinder und Jugendliche davon abhalten, sich selber an eine Beratungsstelle zu wenden?
 - a. Gründe in der Gestaltung der Beratungsstelle
 - b. Gründe in der Familie
 - c. Gründe bei dem Jugendlichen selbst
13. Was sollte die Beratungsstelle aus Sicht der Kinder und Jugendlichen vermeiden? Was würde sie abschrecken?
14. Welche sonstigen Hindernisse müssen ausgeräumt werden, damit Kinder und Jugendliche sich selbstständig an eine Beratungsstelle wenden können?

Ergänzungen

Gibt es noch Ergänzungen, die aus dem Interview entstanden sind, insbesondere Anmerkungen bezüglich der Gestaltung von Beratungsangeboten im Hinblick auf genannte Hindernisse.

Gibt es sonst noch wichtige Anmerkungen, die bisher noch keine Erwähnung gefunden haben?