

Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung

Dr. Michael Kölch

**Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer
psychisch kranken Eltern**

Herausgeber: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts

Juni 2009

Vorwort

Der dreizehnte Kinder- und Jugendbericht „Mehr Chancen für gerechtes Aufwachsen“ widmet sich erstmals in der Berichtsgeschichte dem Thema gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Zusammen mit der Stellungnahme der Bundesregierung ist der Bericht im Mai 2009 als Bundestagsdrucksache erschienen.

Um einen umfassenden Überblick zu diesem Themenkreis und vertiefte Einblicke in einzelne Bereiche zu erhalten, entschied die von der Bundesregierung mit der Erstellung des Berichts betraute Sachverständigenkommission, zahlreiche Expertisen und eine Delphi-Studie erstellen zu lassen.

Die Inhalte der Expertisen gaben entscheidende Impulse für die Diskussionen der Kommission, viele Aspekte flossen auch in den Berichtstext ein und haben wesentlich zu dessen wissenschaftlicher Fundierung beigetragen. Im Bericht konnten jedoch nicht alle Erkenntnisse aus den Expertisen im Detail berücksichtigt werden. Da diese jedoch viele wichtige Befunde, Einblicke und Einsichten enthalten, die mal für die Kinder- und Jugendhilfe, mal für das Gesundheitssystem und die Eingliederungshilfe/Rehabilitation neu sein dürften, beschloss die Sachverständigenkommission, die Expertisen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dafür wurden die – ausschließlich von den Autorinnen und Autoren verantworteten – Texte von diesen im Mai 2009 zum Teil leicht überarbeitet und aktualisiert.

Um die Übersicht zu erleichtern, wurden die einzelnen Arbeiten fünf großen Bereichen zugeordnet, die auch Schwerpunkte des 13. Kinder- und Jugendberichts bilden. Dabei wurde in allen Arbeiten – wie auch im Bericht – den Schnittstellen und sowohl den Kooperationserfordernissen wie den Kooperationschancen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe/Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Sachverständigenkommission dankt allen Autorinnen und Autoren der Expertisen und der Delphi-Studie für ihre wertvolle Unterstützung bei der Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts. Besonders hervorzuheben ist dabei ihre Kooperationsbereitschaft und die Einhaltung der engen, oft nur auf wenige Monate begrenzten Zeitvorgaben,

denn der gesamte 13. Kinder- und Jugendbericht musste innerhalb von nur 15 Monaten fertig gestellt werden.

Der Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht als Herausgeber dieser Expertisen gehörten an: Dr. Wolfram Hartmann, Prof. Dr. Holger Hassel, Prof. Dr. Homfeldt, Prof. Dr. Heiner Keupp (Vorsitzender), Dr. Hermann Mayer, Dr. Heidemarie Rose, Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Ute Ziegenhain, Dr. Christian Lüders (kooptiertes Mitglied).

In der Geschäftsstelle im Deutschen Jugendinstitut arbeiteten: Dr. Hanna Permien, Dr. Tina Gadow, Gisela Dittrich, Angela Keller, Dr. Ekkehard Sander, Sonja Peyk und Susanne Schmidt-Tesch (Sachbearbeitung).

München, im Juni 2009

Prof. Dr. Heiner Keupp

Vorsitzender der Sachverständigenkommission
des 13. Kinder- und Jugendberichts

Inhalt

1	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe.....	xxx
1.1	Nico Dragano, Thomas Lampert, Johannes Siegrist Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?.....	xxx
1.2	Petra Kolip Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention.....	xxx
1.3	Bernd Röhrle Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten?	xxx
1.4	Manfred Hintermair Salutogenetische und Empowerment-Konzepte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen ...	xxx
2	Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderbetreuung und für Heranwachsende mit Behinderungen	xxx
2.1	Tina Friederich Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen.....	xxx
2.2	Renate Höfer, Luise Behringer Interdisziplinäre Frühförderung – Angebot und Leistungen	xxx
2.3	Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Rainer Wetzler, Stefanie Frings Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen	xxx
3	Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendarbeit und Jugendberufshilfe.....	xxx
3.1	Andreas Hanses, Kirsten Sander Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit	xxx
3.2	Knut Lambertin Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit	xxx
3.3	Elke Opper, Petra Wagner Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendsport	xxx

3.4	Peter Paulus	Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern	xxx
3.5	Florian Straus	Gesundheitsförderung und Prävention in berufsbildenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe	xxx
4		Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen in Risikolagen	xxx
4.1	Albert Lenz	Risikante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe	xxx
4.2	Michael Kölch	Hilfen für Kinder aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern .	xxx
4.3	Stephan Sting	Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter.....	xxx
5		Gesundheitsförderung und Prävention bei den Hilfen zur Erziehung und ihren Schnittstellen.....	xxx
5.1	Ulrich Gerth /Klaus Menne	Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen.....	xxx
5.2	Margret Dörr	Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese	xxx
5.3	Jörg M. Fegert, Tanja Besier	Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform	xxxx
6		Autorinnen und Autoren.....	xxxx

Michael Kölch

4.2 Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern

1	Einleitung	3
2	Stand der Wissenschaft: Risiken für Kinder psychisch kranker Eltern.....	3
3	Reale Versorgungsprobleme aus empirischer Sicht.....	5
3.1	Wahrnehmung der psychischen Belastung der Kinder durch ihre psychisch kranken Eltern.....	6
3.2	Psychische Belastung der Eltern durch die Elternschaft und die Behandlung	10
3.3	Inanspruchnahme von Hilfen für ihre Kinder durch psychisch kranke Eltern.....	12
3.3.1	Wie sehen Eltern die Versorgungsangebote des SGB V? Inanspruchnahmeverhalten, Barrieren und Wünsche	13
3.3.2	Wie sehen Eltern die Versorgungsangebote des SGB VIII? Inanspruchnahmeverhalten, Barrieren und Wünsche	14
4	Der rechtliche Rahmen für Unterstützung von Kindern psychisch Kranker: SGB V und SGB VIII	15
4.1	SGB V.....	15
4.2	SGB VIII	16
5	Fazit: Barrieren, Risiken und Chancen für die Inanspruchnahme von Hilfen	17
5.1	„Komm-Struktur“ der Jugendhilfe.....	17
5.2	Ängste der Betroffenen	18
5.3	Vernetzungsmängel und –möglichkeiten zwischen SGB V und SGB VIII	19
5.3.1	„Ideologische“ Unterschiede und systemimmanente Rollenkonflikte in .. der Wahrnehmung des jeweiligen Auftrags	20
5.3.2	Kooperative Versorgungsstrukturen und Informationsaustausch.....	21
6	Zusammenfassung.....	23
7	Anhang	25
8	Literatur.....	31

1 Einleitung

Kinder psychisch kranker Eltern können in vielfacher Hinsicht als eine Hochrisikopopulation gelten. Sie müssen leben mit der für sie aufgrund genetischer wie auch aufgrund von Umweltbedingungen erhöhten Gefahr, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Sie haben ein erhöhtes Risiko, in einem unbefriedigenden sozialen Umfeld zu leben, das nicht mit dem von unbelasteten Altersgenossen vergleichbar ist. Und schließlich sind sie auf der zwischenmenschlichen und psychischen Ebene zum Teil mit Defiziten im elterlichen Verhalten und Problemen konfrontiert, die sie entwicklungspsychologisch überfordern und in ihrer emotional-psychischen Entwicklung beeinträchtigen können (vgl. Kölch et al. 2008). Dies prädestiniert Kinder psychisch Kranker und ihre Familien zur Klientel für präventive und psychosoziale Hilfsmaßnahmen. Nachdem seit nunmehr über zehn Jahren die Problematik psychisch kranker Eltern und ihrer Kinder von den beteiligten Professionen der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Sozialarbeit und Jugendhilfe intensiver wahrgenommen und diskutiert wird, können zwar Veränderungen im Bewusstsein über die Problematik wahrgenommen werden, gleichwohl müssen weiterhin ein lückenhaftes Angebot in der Versorgung (Nicholson et al. 1993; 1998; 1999; Nicholson & Henry 2003; Nicholson et al. 2007) und Defizite in der Wahrnehmung des Problems diagnostiziert werden (Schone & Wagenblass 2006b).

In dieser Expertise sollen die aus der subjektiven Sicht der betroffenen Eltern wahrgenommenen Probleme in der Versorgung ihrer Kinder und in der Inanspruchnahme von Hilfen nach SGB V und nach SGB VIII aufgezeigt werden. Dabei werden der internationale Forschungsstand in Bezug auf die Epidemiologie, günstige Voraussetzungen für den Zugang zu Hilfen und für ihr Gelingen sowie Risikofaktoren für ihr Scheitern dargelegt und die Ergebnisse einer eigenen Studie vorgestellt. Probleme, die sich strukturell aus den Gegebenheiten der Hilfesysteme nach SGB V und SGB VIII ableiten, werden analysiert unter dem Aspekt der Verbesserung der Inanspruchnahme notwendiger Hilfen, der subjektiv von Betroffenen eingeschätzten Notwendigkeit für Unterstützung und hinsichtlich der Schwellensituationen, in denen Risiken für die betroffenen Kinder insbesondere stark ausgeprägt sind.

2 Stand der Wissenschaft: Risiken für Kinder psychisch kranker Eltern

Eines von vier Kindern in Deutschland zeigt nach den Ergebnissen des Kinder und Jugendgesundheits-Survey (KiGSS) des Robert-Koch-Instituts Symptome

einer psychischen Auffälligkeit (Hölling et al. 2007). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter manifestieren sich besonders häufig zwischen dem 7. und 14. Lebensjahr (Kessler et al. 2007), im Kleinkindalter dominieren Regulationsstörungen wie Schlaf- oder Fütterstörungen. Das Auftreten von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen ist von vielfältigen Risikofaktoren abhängig. Dabei spielen genetische Aspekte, wie z.B. bei schizophrenen Erkrankungen, und Umfeldaspekte, wie z.B. Trennung der Eltern ebenso eine Rolle wie soziale Probleme, Migrationshintergrund, schulische Überforderung oder Lebensstilaspekte (z.B. Drogenkonsum). In den meisten Fällen ist das Auftreten einer psychischen Störung bei Kindern durch eine Kumulation mehrerer Faktoren, d.h. durch multiple Belastungen bedingt. Als einer der stärksten Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung bei Minderjährigen ist seit langem eine psychische Erkrankung bei den Eltern identifiziert: sie erhöht das Risiko für die Entwicklung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Störung um den Faktor 2-3 im Vergleich zu Kindern psychisch gesunder Eltern (Downey & Coyne 1990). Einfluss auf dieses Risiko haben auch Faktoren wie problematische Bindungserfahrungen und beeinträchtigte Sozialisationsbedingungen durch die psychische Erkrankung eines Elternteils (Snellen et al. 1999; Tienari 1987; Wüthrich et al. 1997). Dass bereits frühe Erfahrung mit einer mütterlichen psychischen Erkrankung einen starken Einfluss auf die Entwicklung des Kleinkindes und insbesondere Schlafprobleme, Regulationsstörungen und emotionale Störungen zur Folge haben kann, zeigten Weinberg et al. (1998).

Aus kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten Populationen ist bekannt, dass über die Hälfte dieser Kinder einen oder zwei psychisch kranke Elternteile besitzen (Sommer et al. 2001). Dabei muss zwischen der psychischen Störung der Eltern und der des Kindes keine direkte Assoziation bestehen, vielmehr zeigen Kinder von psychisch kranken Eltern eine sehr breite Palette an verschiedensten Symptomen (Remschmidt & Mattejat 1994). Zusätzlich sind auch körperliche Erkrankungen bei Kindern psychisch Kranker häufiger (Sills et al. 2007).

Als Folge der psychischen Erkrankung der Eltern können bei den Kindern vielfältige pathologische Gefühle und Verhaltensmechanismen entstehen: die Kinder können Schuldgefühle und Scham über die Erkrankung der Eltern empfinden, auch Angst vor dem kranken Elternteil haben; weiter kann es zur Tabuisierung der Erkrankung und zur Isolation der Kinder von Gleichaltrigen kommen (Canino 1990; Krumm et al. 2005; Wagenblass & Schone 2001; Handley et al. 2001; Mattejat 2004). Dazu kommt noch, dass das Umfeld die Familie des Betroffenen für dessen Krankheit zum Teil mitverantwortlich macht (Glen & Stiels-Glen 2003). Zudem sind Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, neben den durch die Erkrankung unmittelbar bedingten Risiken weiteren Belastungen ausgesetzt, wie etwa dem Mangel an

sozialen Netzwerken, finanziellen Problemen und konflikthafter familiärer Beziehungsmustern, die häufig zu Trennungen oder Scheidungen führen (Bohus et al. 1998; Ostmann & Hansson 2002). Zudem haben oftmals auch die Partner psychisch Kranker selbst eine psychische Störung, was dann bei den Kindern die Belastung noch einmal potenziert (Hearle et al. 1999; Remschmidt & Mattejat 1994; Kahn et al. 2004).

In einer eigenen Untersuchung, die an stationär psychiatrisch behandelten Patienten durchgeführt wurde, war die Lebenssituation psychisch kranker Eltern dadurch gekennzeichnet, dass 40% der Elternteile keine Partnerschaft hatten. 24,1% der Patient/Innen waren allein erziehend, während bei 20,7% das Kind in einer neuen Familie des ehemaligen Partners lebte. Bei 45% der Patient/Innen lebten die Kinder jedoch nach wie vor in der Ursprungsfamilie und bei weiteren 3,7% zusammen mit dem/der Befragten und deren neuen Lebenspartnern. Die Kinder der verbleibenden 6,1% der Patient/Innen lebten bei Verwandten, in Pflegefamilien oder in stationären Jugendhilfeeinrichtungen. Im Alltag, also außerhalb des stationären Aufenthalts, gestaltete sich der Kontakt zu den Kindern sehr unterschiedlich. 68,7% der Patient/Innen gaben an, ihre Kinder täglich oder zumindest mehrmals die Woche zu sehen. Regelmäßigen Kontakt (jedes oder jedes zweite Wochenende) gaben 19,3% der Patient/Innen an, während 3,6% ihre Kinder selten (einmal im Monat oder mehrmals jährlich) sahen. Keinen Kontakt zu ihren Kindern hatten immerhin 8,4% der Patienten/Innen (vgl. Schmid et al. 2008a).

3 Reale Versorgungsprobleme aus empirischer Sicht

Erst wenn Eltern die Probleme ihrer Kinder wahrnehmen, können sie daraus einen Hilfebedarf ableiten, wie auch erst ein Helfersystem etabliert werden kann, wenn Probleme, Belastungen oder psychische Auffälligkeit der Kinder von irgendjemandem wahrgenommen werden. Damit ist Erkennen und Wahrnehmen der Probleme der Kinder der entscheidende Faktor, der erst die Suche nach Unterstützung und die Inanspruchnahme von Hilfen ermöglicht. Um Hilfen anbieten zu können, muss der genaue Hilfebedarf erkannt werden, insbesondere von den Eltern, aber auch von den Professionellen. Bei den Eltern aber kann deren Erkrankung die Wahrnehmung der Probleme ihrer Kinder verhindern und im Vordergrund der Aufmerksamkeit der Professionellen steht die Notwendigkeit psychosozialer Hilfen für die psychisch kranke Mutter bzw. den psychisch kranken Vater. Andererseits hat auch das Kind ein Recht auf Wohlergehen, ein altersangemessenes Umfeld und Lebensbedingungen, die ein kindgerechtes Aufwachsen ermöglichen.

Da „erzwungene Hilfen“ oftmals wenig effizient sind und zu problematischen und teils kontraproduktiven Verläufen führen können (Szylowicki 2006), ist die Erhöhung der Eigenmotivation Hilfen anzunehmen ein Desiderat bei psychisch kranken Eltern. Dies setzt aber deren Wahrnehmung der eigenen Probleme wie der ihrer Kinder voraus. In der medizinischen Terminologie wird von Krankheits- und Behandlungseinsicht und von Krankheitsverständnis gesprochen, die als essentielle Bestandteile medizinischer Behandlung Einfluss auf das Gelingen von Therapien haben (Simon et al. 2007).

3.1 Wahrnehmung der psychischen Belastung der Kinder durch ihre psychisch kranken Eltern

Entscheidend für die Wahrscheinlichkeit, dass Eltern Hilfen überhaupt in Anspruch nehmen, ist zunächst die Frage, inwieweit Eltern die Probleme ihrer Kinder überhaupt erkennen, da sich psychische Störungen der Eltern auf die Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse und Verhaltensweisen auswirken können. Aus der Literatur sind einige Störungen in der Wahrnehmung und Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren Kindern belegt. Nach Vostanis et al. (2006) sind zudem die interaktionellen Besonderheiten zwischen psychisch kranken Eltern und ihren Kindern – z.B. passives oder aggressives Erziehungsverhalten – für die Genese psychischer Störungen bei Kindern entscheidend. So ist eine passive und wenig emotionale Interaktion beispielsweise zwischen depressiven Müttern und ihren Kleinkindern ein bedeutendes Risiko; denn in der Folge haben diese Kinder Schwierigkeiten, eine altersentsprechende Emotionsregulation und soziale Kompetenz auszubilden, wodurch sich wiederum ihr Risiko für chronische und schwer behandelbare Störungen erhöht (Krumm et al. 2005).

Im Kleinkindalter haben mütterliche Störungen einen besonderen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes (Reck 2008; Reck et al. 2006, Turmes & Hornstein 2006). Für den frühkindlichen Bereich ist hier inzwischen eine breite Literaturbasis vorhanden, die belegt, dass im Interaktionsverhalten postpartal depressiver Mütter eine mangelnde Sensitivität und Responsivität, weniger positiver und mehr negativer Affekt sowie eine geringere Expressivität des mimischen Ausdrucksverhaltens vorherrscht und sie kindliche Signale nur reduziert wahrnehmen, missinterpretieren und nicht angemessen beantworten (Überblick bei Reck 2007, Beck 1995, Cohn & Tronick 1989, Diego et al. 2002). Deshalb wurden gerade für die Klientel der postpartal depressiven Mütter Behandlungsprogramme entwickelt, die auch einen Fokus auf der verbesserten Wahrnehmung kindlicher Signale haben, da hier im frühesten Alter präventiv im Sinne des Kindes gehandelt werden kann (Hornstein et al. 2006, Hohm et al. 2008). Allerdings ist davon auszugehen, dass eine Vielzahl psychi-

scher Störungen bei Eltern zum einen nicht reaktiv auf die Geburt des Kindes auftritt und sich zum anderen im Alltag bereits manifestiert, wenn sie Eltern werden, ohne dass diese Störungen klinisch auffällig geworden sind. Insofern ist von einer Dunkelziffer nicht erkannter Störungen in der Interaktion zwischen Eltern und Kindern aufgrund von Erkrankungen bei den Eltern auszugehen, die das gesamte psychiatrische Störungsspektrum betreffen.

Wang und Goldschmidt (1996) fanden in ihrer Studie, die eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung der Kinder psychisch kranker Eltern beinhaltete, eine Rate von 80% Kindern, die nach kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik eine psychische Auffälligkeit aufwiesen. Wie gering die Wahrnehmung von psychischen Störungen bei Eltern und der Folgen für die Kinder in der allgemeinen medizinischen Behandlung ist, haben Horwitz et al. (2007) aufgezeigt. Dritte, die regelhaft in den Kontakt mit Kindern kommen, wie Haus- oder Kinderärzte, übersehen nicht selten die psychische Erkrankung des Elternteils, wie auch etwaige psychische Symptome des Kindes (Sills et al. 2007).

Die Gefahr, psychische Auffälligkeiten beim Kind nicht wahrzunehmen, bzw. daraus keine Handlungsnotwendigkeiten abzuleiten, erscheint bei psychisch kranken Eltern störungsbedingt besonders hoch. Störungsimmanente Gründe (Depression mit eingegengtem Denken und Desinteresse an der Umwelt, Schizophrenie mit Denk- und Wahrnehmungsstörungen und Realitätsverkennerung, Suchterkrankungen mit Einengung auf den Substanzkonsum, Angsterkrankungen mit inadäquater Zentrierung des Denkens auf Angstsituationen, Zwangsstörungen mit Einbeziehung des unmittelbaren Umfelds in die Zwangsrituale), so wäre zu vermuten, führen dazu, dass psychisch kranke Eltern die psychische Auffälligkeit ihrer Kinder nicht – oder zumindest nicht ausreichend – wahrnehmen. Allerdings zeigten Wang und Goldschmidt (1996) anhand ihrer Studie mittels qualitativer Methoden (Interviews mit psychisch kranken Eltern) auch, dass psychisch kranke Eltern im direkten Gespräch Probleme ihrer Kinder durchaus benennen konnten. Die Beschreibung der Problembereiche der Kinder durch die Eltern stimmte mit der Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater in vielen Bereichen überein. Allerdings hatte diese Wahrnehmung keine Konsequenz, d.h., die Eltern erkannten zwar die Probleme der Kinder, sie nahmen aber deshalb kaum Hilfen in Anspruch.

In einer eigenen Untersuchung¹ (Kölch et al. 2008, s. Anhang) an stationär psychiatrisch behandelten Patienten zeigte sich, dass fast die Hälfte von ⁸³ befragten Eltern² ihre Kinder im SDQ (Stress and Difficulties Questionnaire),

¹ Zu Methodik, Stichprobe und allgemeinen Ergebnissen vgl. Anhang und Tabellen 1-3.

² Über insgesamt 81 Kinder lagen Informationen im SDQ vor; das Durchschnittsalter der Kinder, über die ein SDQ ausgefüllt wurde, war 11,2 Jahre (SD = 4.1). Es wurden nur Kinder von 0-18 Jahren in die Untersuchung einbezogen.

einem international gebräuchlichen, validen und ökonomischen Screeningverfahren zu kindlichen Verhaltensproblemen, emotionalen Auffälligkeiten und Stärken (vgl. Anhang), als psychisch auffällig einschätzen, bei 35% der Elternangaben zeigte sich ein Gesamtwert im auffälligen Bereich, bei 12% lag der Gesamtscore im Grenzbereich („grenzwertig“) (vgl. Tabelle 4; Kölch et al. 2008). Sowohl, was die Gesamtscores des SDQ (t-test: $p = .389$ Gesamtscore und zwischen $p = .310$ und $p = .986$ für Subskalen) als auch, was die relative Anzahl der auffälligen Kinder betrifft ($\text{Chi}^2 p = .796$) zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen. Das Alter der Kinder korrelierte nicht mit der Symptomatik der Kinder, d.h., für jüngere Kinder wurden nicht – wie epidemiologisch zu erwarten gewesen wäre – mehr externalisierende Probleme angegeben. Umgekehrt zeigten ältere Kinder und Jugendliche in der Einschätzung der Eltern nicht häufiger internalisierende und weniger externalisierende Verhaltensauffälligkeiten. Es gab auch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Beurteilung der Kinder durch Mütter oder Väter ($\text{Chi}^2 p = .522$ / t-Test $p = .300$, Gesamtscore zwischen $p = .317$ und $p = .663$ für Subskalen). Weiter ergaben sich zwischen den Patienten, die eine hohe Anzahl bisheriger stationärer Behandlungen angaben, und den Patienten mit wenigen oder keinen stationären Voraufenthalten keine signifikanten Unterschiede ($\text{Chi}^2 p = .066$) hinsichtlich der Angaben zur Auffälligkeiten der Kinder im SDQ. Allerdings fiel auf, dass die Patienten mit sehr vielen stationären Aufenthalten die Belastung ihrer Kinder erstaunlich gering einschätzten. Dies könnte eventuell auch auf eine mangelnde Krankheitseinsicht und Reflektionsfähigkeit hindeuten und die dimensionalen Ergebnisse bezüglich der Belastung verzerren (t-test $p = .725$). Die Kinder von diesen Patienten sind oft auch etwas älter und leben fremdplatziert, d.h. nicht bei den betroffenen Eltern.

Bei der Auswertung der Diagnosen der behandelten Eltern zeigt sich ein Trend, dass Eltern mit Persönlichkeitsstörungen ihre Kinder als etwas stärker belastet beurteilen als Eltern mit anderen Störungen (t-Test $p = .027$), wobei im nonparametrischen Test kein Signifikanzniveau hinsichtlich der Unterschiede erreicht wurde, obwohl fünf von sechs Eltern mit Persönlichkeitsstörungen ihre Kinder im SDQ als auffällig einschätzten ($\text{Chi}^2 p = .121$).

Der Anteil von Kindern und Jugendlichen, die im SDQ einen auffälligen Wert erreichen, liegt fünfmal und der Anteil derer mit einen grenzwertigen Score fast doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung (Hölling et al. 2007). Vor allem in den Skalen zur Messung von emotionalen Problemen, Verhaltensproblemen und Hyperaktivität ist der prozentuale Anteil der Kinder mit auffälligen Werten in unserer Stichprobe ein Vielfaches höher als in den repräsentativen Ergebnissen etwa aus dem KiGGS.

Auch das „prosoziale Verhalten“ der Kinder ist nach den Elternangaben im Vergleich zur Stichprobe des KiGGS geringer ausgeprägt. Aufgrund der be-

kannten sozialen Defizite bei Kindern psychisch Kranker wären allerdings noch geringere Ausprägungen erwartbar gewesen. Dies insbesondere deshalb, weil ja die Eltern eine hohe psychische Belastung ihrer Kinder angeben. Ein Grund für das von den Eltern als gut ausgeprägt wahrgenommene prosoziale Verhalten könnte sein, dass Kinder psychisch kranker Eltern gegenüber ihren Eltern zum Teil parentifiziertes und angepasstes Verhalten zeigen. Vor diesem Hintergrund muss kritisch diskutiert werden, ob die Angaben der Eltern nicht vielmehr ein pathologisches Korrelat einer Rollenumkehr und damit einer entwicklungspsychologisch altersinadäquaten Funktion darstellen.

Das Fehlen signifikanter Unterschiede in der Anzahl oder Stärke der von den Eltern angegebenen Probleme der Kinder, bezogen auf die Diagnose der Eltern, die Anzahl ihrer stationären Behandlungen, aber auch hinsichtlich Alter und Geschlecht der Kinder kann – mit Einschränkung aufgrund der geringen Stichprobengröße – dahingehend interpretiert werden, dass weniger die Art der psychischen Störung bei Eltern, als vielmehr der Umstand, dass überhaupt eine solche Störung vorliegt, zu den angegebenen psychischen Problemen bei den Kindern beiträgt. Da wir eine Stichprobe von Eltern in stationärer Behandlung untersucht haben, ist unabhängig von der Diagnose bei den Eltern eine maßgebliche Einschränkung im psychosozialen Funktionsniveau vorauszusetzen, so dass der Schweregrad der Störung unter Umständen einen größeren Einfluss hat als die Art der Störung.

Die Ergebnisse unserer Studie decken sich mit denen aus anderen Studien (Ostman & Hansson 2002). Sie bestärken die Hypothese, dass viele Kinder psychisch kranker Eltern selbst Verhaltensauffälligkeiten, unter Umständen sogar eine behandlungsbedürftige psychische Störung aufweisen, aber auch, dass die Eltern – allerdings in unterschiedlichem Maße – diese Auffälligkeiten wahrnehmen und ihnen die Probleme der Kinder bewusst sind.

Die subjektiv empfundene Belastung durch eine (stationäre) Behandlung und die Auswirkungen der Behandlung auf die Kinder kann ein wichtiges Kriterium für Eltern bei der Entscheidung sein, selbst Hilfe für die eigene psychische Störung zu suchen, bzw. sich zu einer (stationären) Behandlung zu entschließen. Gerade Sorgen und Ängste um Versorgung der Kinder während eines Krankenhausaufenthalts können dazu führen, nötige Behandlungen nicht anzutreten (vgl. 1.1). In unserer Untersuchung wurden die 83 Eltern weiter hinsichtlich ihrer Einschätzung der psychischen Belastung ihrer Kinder durch die elterliche Erkrankung und die aktuelle stationäre psychiatrische Behandlung befragt.

14,5% der Eltern äußerten, dass die Belastung für die Kinder durch den aktuellen stationären Aufenthalt sehr stark sei. 20,5% sahen eine starke Belastung und 45,8% der Eltern sahen ihre Kinder durch den Aufenthalt als „belastet“ an. Dagegen hatte nur ein sehr geringer Teil der Eltern, nämlich 15,7%, die Einschätzung, der Klinikaufenthalt belaste ihre Kinder kaum, und nur

3,6% konnten überhaupt keine Belastung für die Kinder sehen. Die Eltern, die die Belastung ihrer Kinder durch die Behandlung in der Klinik als mittel bis stark ansahen, machen also insgesamt 80% aller Eltern aus. Bezüglich des Ausmaßes an Belastung zeigten die Ergebnisse keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen dem Geschlecht der Eltern oder dem der Kinder. Die Diagnose der Eltern oder die Zahl der stationären Vorbehandlungen hatte ebenfalls keinen signifikanten Einfluss auf die Einschätzung der kindlichen Belastung durch die psychisch erkrankten Eltern. Ein stationärer psychiatrischer Aufenthalt wird also von Eltern als eine Belastung für die Kinder empfunden, unabhängig davon, ob er notwendig ist, und unabhängig davon, ob die elterliche psychische Erkrankung ebenso eine Belastung für die Kinder darstellt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Ein großer Teil der Eltern schätzt ihre Kinder durch die eigene Behandlung als belastet ein, und hält die Kinder verglichen mit der Normalpopulation für psychisch auffällig. Dabei zeigen sich weder hinsichtlich der angegebenen Symptomatik der Kinder, noch für andere Parameter Geschlechts- oder Altersunterschiede. Weiter hat weniger die Art der Störung der Eltern primär Einfluss auf die Ausprägung einer kindlichen Psychopathologie, sondern eher der Schweregrad der Störung und die Tatsache, dass sie stationär behandelt wird. Psychisch kranke Eltern sind durchaus sensitiv für die Probleme und Belastungen ihrer Kinder und können diese wahrnehmen und benennen.

3.2 Psychische Belastung der Eltern durch die Elternschaft und die Behandlung

Die subjektive Empfindung der Eltern, dass ihr stationärer Aufenthalt in der Psychiatrie ihre Kinder belastet, impliziert einen enormen Leidens- und Konfliktdruck der Eltern: Die eigene psychische Erkrankung und die gleichzeitige Wahrnehmung der Elternschaft sowie der Anspruch, für die Kinder zu sorgen, stellen für die Patienten einen Konflikt dar. Die Einschätzung der Elternschaft als Belastung ist dabei ein Prädiktor für Probleme in der Beziehung zu den Kindern (Berry & Jones 1995). Insgesamt erreichten psychisch kranke Eltern in einer Untersuchung zur Belastung durch ihre Elternschaft mit der Parental Stress Scale (PSS) deutlich erhöhte Werte für den elterlichen Stress (Kölch & Schmid 2008). Dieses Verfahren erfasst positive wie negative Zuschreibungen von Eltern an ihre Elternschaft und erhebt elterlichen Stress (Berry & Jones 1995; vgl. auch Anhang). Die Eltern empfanden zwar im Durchschnitt ihre Belastung durch die Elternschaft als nicht maximal ausgeprägt, erreichten aber – etwa im Vergleich zu US-Normen – durchaus erhöhte Werte in der PSS.

Psychisch kranke Mütter leben häufiger mit ihren Kindern zusammen als Väter, so dass ihr Anteil unter den Frauen in stationärer psychiatrischer Behandlung höher ist als bei männlichen Patienten (70% Mütter vs. 30% Väter; Bohus et al. 1998, Sommer et al. 2001). Insofern betrifft ein stationärer Aufenthalt von Müttern die Lebenswelt des Kindes häufiger ganz unmittelbar, erschwert es aber auch gerade diesen Müttern, sich in stationäre Therapie zu begeben. Auch in unserer Stichprobe war das Verhältnis Mütter zu Vätern ca. 2:1 (vgl. Tabelle 1 im Anhang und Schmid et al. 2008a).

Eine Minimierung der Belastungen von Kindern und Eltern durch einen stationären psychiatrischen Aufenthalt könnte den Eltern die Behandlung erleichtern (und damit auch salutogenetische Wirkung für die Kinder haben). Allerdings empfinden die Eltern, dass sie von den behandelnden Ärzten zu wenig nach ihren Kindern gefragt und ihre Kinder in Behandlung und Therapieplanung zu wenig berücksichtigt werden (Schmid et al. 2008b). Dies wiederum kann dazu führen, dass Eltern aus Sorge um die Versorgung der Kinder sich gegen einen – notwendigen und langfristig prognostisch für Kinder und Eltern deutlich günstigeren – stationären Aufenthalt oder gar überhaupt gegen eine psychiatrische Behandlung entscheiden. In der Summe kumulieren die Faktoren, wie eigene Störung, Belastung der Kinder durch eine Behandlung der Eltern, Sorgen um die Versorgungssituation etc. dann in einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, dass sich Eltern nicht oder nicht lange genug in eine (stationäre) Behandlung begeben, was wiederum für die Kinder keinesfalls eine bessere Lösung darstellt, da die psychische Störung der Eltern damit verlängert oder verschärft wird.

Dass dies ein erhebliches Problem darstellt, zeigte sich in unserer Untersuchung: Dort wurde die Versorgungssituation von 40% der Eltern generell als nicht zufrieden stellend beurteilt (Schmid et al. 2008b). 31 der Patienten (37%) gaben zudem an, dass sich die behandelnden Ärzte nicht „ausreichend“ nach der Versorgungssituation ihrer Kinder erkundigt hätten. 10 Patienten (12%) gaben an, sie seien von den behandelnden Ärzten gar nicht gefragt worden, ob sie Kinder hätten. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der Betreuungssituation zwischen Müttern und Vätern (χ^2 zwischen $p = .047$ und $p = .259$), der Anzahl der Vorbehandlungen (χ^2 zwischen $p = .143$ und $p = .733$) und der unterschiedlichen Diagnosegruppen (χ^2 zwischen $p = .146$ und $p = .668$) sowie von Eltern mit Vorschulkindern und älteren Kindern (χ^2 zwischen $p = .491$ und $p = .936$).

Unsere Untersuchung zeigte weiter, ein wie wichtiger Faktor in Bezug auf die Inanspruchnahme eigener Behandlung es für psychisch kranke Eltern ist, dass die Betreuung der Kinder während ihres stationären Aufenthalts von ihnen subjektiv als „gut“ empfunden wird. So gaben 46 Eltern (55%) an, sie hätten schon einmal auf eine ärztlich empfohlene stationäre psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung verzichtet oder diese abgebrochen, weil die

Betreuungssituation ihrer Kinder diese nicht zugelassen hätte. Die Versorgung der Kinder obliegt zumeist Verwandten oder Bekannten, professionelle Helfer werden nur relativ selten hinzugezogen. Die Untersuchung wurde in einer ländlichen Region durchgeführt, die Versorgung durch Verwandte ist vermutlich in Großstädten oder Regionen, die wegen wirtschaftlicher Probleme eine höhere Fluktuation der Bevölkerung aufweisen, nicht im gleichen Maße gegeben. Daten aus deutschen Großstädten liegen diesbezüglich aber nicht vor.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Nach den Angaben der Eltern werden psychisch kranke Patienten von den behandelnden Ärzten nicht ausreichend nach ihren Kindern gefragt. Sie beklagen zudem eine zu geringe Einbeziehung der Kinder und ihrer Bedürfnisse in die Behandlung bzw. individuelle Therapieplanung. Beides stellt eine deutliche psychische Belastung von Eltern zusätzlich zu ihrer eigentlichen Erkrankung dar (vgl. auch Schmid et al. 2008b). Weiter belastet es die Eltern, dass sie oftmals ratlos sind, welche Hilfen sie nutzen könnten (Ostman & Hansson 2002). Alle diese Faktoren können als Risikofaktoren dafür gelten, dass notwendige Behandlungen vermieden werden.

3.3 Inanspruchnahme von Hilfen für ihre Kinder durch psychisch kranke Eltern

Bisherige Untersuchungen zeigten, dass psychisch kranken Eltern Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen für ihre Kinder oftmals nicht bekannt oder aber aufgrund der oben geschilderten Ängste und Stigmata bei den Eltern ambivalent besetzt sind (Gundelfinger 1997, Wang & Goldschmidt 1996). Schon Hearle et al. (1999) konstatierten in ihrer Untersuchung in Großbritannien vor fast zehn Jahren, dass viele psychisch kranke Eltern zwar erkennen würden, dass sie Hilfen benötigen, jedoch diese Unterstützung aus verschiedensten Gründen nicht in Anspruch nehmen und meist nur intrafamiliäre Hilfen genutzt wurden. Zwar erhalten über die Hälfte der Eltern nach Wang & Goldschmidt (1996) professionelle Hilfen irgendeiner Art für ihre Kinder. Allerdings lässt sich durch alle Studien hindurch replizieren, dass die meiste Hilfe und Unterstützung für die Kinder intrafamiliär erfolgt. In unserer Untersuchung erhielten die meisten Eltern Unterstützung von ihren Lebenspartnern (62%) oder Verwandten (40%). Gut 11% berichteten, dass sie überhaupt keine Unterstützung bekämen. Ähnliche Zahlen fanden Hearle et al. (1999).

Man kann die Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme von Hilfen auf verschiedenen Ebenen aufgliedern. Während in internationalen Studien zu einem hohen Prozentsatz auch finanzielle Gründe für die fehlende Fähigkeit, Hilfe zu finden, thematisiert wurden, soll dies in dieser Expertise nicht näher beleuchtet werden, da in Deutschland sowohl die Hilfen nach SGB V wie die

nach SGB VIII prinzipiell nicht an die finanzielle Leistungsfähigkeit der Patienten gekoppelt sind. In der subjektiven Wahrnehmung können finanzielle Gründe natürlich dennoch eine Rolle spielen, auch in alltagspraktischen Angelegenheiten, wie etwa Fahrtkosten für die Kinder, wenn diese eine Gruppe besuchen oder die Eltern in der Klinik besuchen wollen.

Bei Hilfsangeboten für psychisch kranke Eltern sind die innerpsychischen Denkmuster und Kognitionen der Eltern von Bedeutung. Ihre Kinder versorgen zu können, stellt oftmals die letzte Stabilisierung des Selbstwerts der Patienten dar und wird von ihnen zudem als die einzige Ressource in ihrem Leben empfunden, andererseits aber auch als Belastung. Insofern können Hilfen gegen den Willen der Eltern auch destabilisierend wirken. Allerdings steht dem elterlichen Wunsch, die Versorgung der Kinder allein zu bewältigen, das Recht des Kindes auf eine optimale Versorgung gegenüber. Im Folgenden sollen durch die Eltern subjektiv wahrgenommene Barrieren identifiziert und analysiert werden, die sie an der Inanspruchnahme von Unterstützung hindern. Dabei wird auf die zwei verschiedenen Zugangswege zu Hilfen eingegangen, d.h. einmal Hilfen im Rahmen des SGB V (medizinische Versorgung) sowie im System des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe).

3.3.1 Wie sehen Eltern die Versorgungsangebote des SGB V? Inanspruchnahmeverhalten, Barrieren und Wünsche

Nach Hearle et al. (1999) sind die von psychisch kranken Eltern – äußerst selten – in Anspruch genommenen medizinisch/psychiatrischen Hilfen in ihrer Form sehr verschieden und vielfältig: die Eltern nannten ein breites Spektrum von psychiatrischen Kliniken und Ambulanzen, allgemeinen Beratungsstellen, kirchlichen Institutionen, Frauenkliniken und eine Vielzahl weiterer Institutionen.

In unserer Untersuchung nahm nur ungefähr ein Viertel der Eltern – im Kontrast zum hohen Anteil von immerhin über 50% der Kinder, die als kinder- und jugendpsychiatrisch/-psychotherapeutisch behandlungsbedürftig wahrgenommen wurden – eine solche spezifische Hilfe nach SGB V für ihre Kinder (z.B. eine Psychotherapie, eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung) in Anspruch (Kölch et al. 2008). Allerdings – und dies repliziert indirekt auch die Zahlen über den hohen Anteil der psychischen Auffälligkeiten der Kinder – erhielt die Hälfte der betroffenen Kinder zumindest irgendeine Art von psychosozialer Unterstützung, sei es als Kontakt zu einer Beratungsstelle oder zu einem Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychotherapeuten. Im Vergleich zur Prävalenz der psychischen Auffälligkeiten werden Hilfen also vermutlich zu selten in Anspruch genommen: Wenn auch ungefähr die Hälfte der auffällig eingeschätzten Kinder entsprechende Unterstützung erhält, so erhält damit eben auch die andere Hälfte keine Hilfen. Als wünschenswerte Unterstützung nannten die Eltern aus dem Bereich des SGB V die Hinzuzie-

hung eines Kinder- und Jugendpsychiaters für ihre Kinder. Zudem wurden Betreuungsangebote im gewohnten sozialen Umfeld häufiger gewünscht als Eltern-Kind-Stationen oder kliniknahe Betreuungsangebote. Dagegen werden bereits mögliche und im Rahmen des SGB V vorhandene professionelle Hilfen wie über die Krankenkassen finanzierte Haushaltshilfen (7%) nur relativ selten nachgesucht (vgl. Tabelle 5).

3.3.2 Wie sehen Eltern die Versorgungsangebote des SGB VIII?

Inanspruchnahmeverhalten, Barrieren und Wünsche

Die verfügbaren internationalen Studien zeigen übereinstimmend auf, dass psychisch kranke Eltern Vorbehalte gegenüber institutioneller Hilfe haben und bei ihnen Ängste vor dem Verlust des Sorgerechts bestehen. Diese Ängste stellen einen starken Hinderungsgrund dar, die Jugendhilfe zu kontaktieren (vgl. Hearle et al. 1999 und Wang & Goldschmidt 1996). Auch in unserer Untersuchung zeigte sich eine eher negative Sicht auf das Jugendamt, die meisten Eltern konnotierten die öffentliche Jugendhilfe negativ. Auch diejenigen Eltern, die Kontakt zum Jugendamt hatten, empfanden diesen als zu einem großen Teil, nämlich in 78% bzw. 90% der Fälle, eher als „nicht unterstützend“ bzw. „kaum auf die Wünsche eingehend“ (Kölch & Schmid 2008). Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII, die beim Jugendamt beantragt werden müssen, werden von der Hälfte der Patienten (vgl. Tabelle 7 im Anhang) aktiv vermieden, weitere 22% gaben an, sie würden keine Hilfe vom Jugendamt benötigen. Viele Probanden (28%) befürchteten aber auch eine Stigmatisierung durch Dritte, wenn sie Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmen würden. Außerdem bestehen nicht selten Ängste vor Bevormundung (19%) und dem Entzug des Sorgerechts (18%).

Dies alles hatte zur Folge, dass die Nachfrage nach Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII in unserer Untersuchung mit 11% sehr gering und relativ selten war (vgl. Tabelle 5 im Anhang). Dabei benannten die Eltern als wünschenswerte Unterstützung am häufigsten Elterntrainings zur allgemeinen Steigerung der Erziehungskompetenz, also Leistungen, die durchaus in den Bereich des SGB VIII fallen (vgl. Tabelle 6). In der untersuchten Stichprobe unterschieden sich die Wünsche sowie auch die erhaltenen Hilfen von Eltern mit Kindern im Vorschulalter (≤ 6 Jahre) nicht von denen mit älteren Kindern (> 6 Jahre) (χ^2 zwischen $p = .090$ und $p = .720$). Bezüglich der Wünsche nach Betreuungsangeboten unterschieden sich auch Väter und Mütter in dieser Stichprobe nicht signifikant (χ^2 $p = .005$ bis $p = .785$). Die unterschiedlichen Diagnosegruppen (χ^2 zwischen $p = .066$ und $p = .448$) sowie die Anzahl der Vorbehandlungen (1, 2-3, mehr als 3) (χ^2 zwischen $p = .017$ und $P = .867$) hatten keinen signifikanten Einfluss auf die gewünschten Versorgungsstruktu-

ren, was aber auch auf die zum Teil sehr kleinen Stichprobengrößen in den Subgruppen zurückzuführen sein dürfte (vgl. auch Kölch & Schmid 2008).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die öffentliche Jugendhilfe und über sie getragene Maßnahmen sind bei psychisch kranken Eltern eher unpopulär und mit Ängsten besetzt. Die Hälfte der psychisch kranken Eltern vermeidet aktiv einen Kontakt. Dagegen scheinen Hilfen nach SGB V weniger negativ besetzt zu sein, sie werden jedoch – wie auch die Maßnahmen nach SGB VIII – insgesamt selten nachgesucht. Ängste vor einem Verlust der elterlichen Sorge dominieren als Grund für die Vermeidung von Hilfen über das Jugendamt, aber auch das subjektiv empfundene soziale Stigma im Umfeld hindert Eltern daran, um Hilfe beim Jugendamt nachzusuchen. Diejenigen, die Kontakt zum Jugendamt hatten, erlebten diesen Kontakt wenig positiv.

4 Der rechtliche Rahmen für Unterstützung von Kindern psychisch Kranker: SGB V und SGB VIII

4.1 SGB V

Die medizinische Versorgung in Deutschland erfolgt nach dem SGB V und steht weitgehend jedem Menschen offen. Die psychiatrische Versorgung ist Teil der Versorgung nach SGB V. Allerdings nimmt die Psychiatrie auch einen öffentlich-rechtlichen Auftrag wahr, und deshalb existiert neben dem freiwilligen Zugang zur psychiatrischen Behandlung auch die Möglichkeit von öffentlich-rechtlichen Maßnahmen, die gegen den Willen des Patienten und unter Zwang durchgeführt werden können. Diese Maßnahmen erfolgen landesrechtlich nach den Unterbringungsgesetzen der Länder und greifen bei einer Eigen- oder Fremdgefährdung von Patienten (vgl. Rudolf & Röttgers 2000).

Generell ist ärztliche Hilfe für den Patienten mit der Gewissheit verbunden, in einem besonderen Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt oder Therapeuten zu stehen, da dieser z.B. durch die ärztliche Schweigepflicht gebunden ist. Der Patient ist die Person, an dem der behandelnde Arzt sein Handeln auszurichten hat, wozu ihn auch verschiedene ethische Kodizes, aber auch die Berufsordnung und die allgemeine Gesetzeslage verpflichten (vgl. Kölch et al. 2009). Diese Dyade kann durch den öffentlich-rechtlichen Auftrag der Psychiatrie gestört sein, sie kann aber auch im Falle von psychisch kranken Eltern Probleme mit sich bringen, wenn Familienmitglieder, insbesondere Kinder, in der Behandlung zu berücksichtigen sind (vgl. auch Kölch & Fegert 2007). Die Fürsorge für diese Familienmitglieder stellt sich dem Arzt in der Psychiatrie

nur mittelbar als Auftrag dar. Dennoch hat sich die Psychiatrie verschiedenen Orts des Problems psychisch kranker Eltern angenommen und bezieht die Familien und Kinder vermehrt in die Behandlung ein, wobei sich Probleme ergeben können, was etwa die Schweigepflicht oder therapeutische Rollenkonflikte angeht (Schone & Wagenblaus 2006a). Kliniken für Psychiatrie machen inzwischen verstärkt Angebote für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Bei Schone und Wagenblaus (2006a) findet sich ein Überblick über Angebote, die zum Teil an psychiatrische Kliniken angebunden sind. Gruppenangebote für Kinder, wie sie auch das Projekt Aurnyn organisiert und veranstaltet, haben sich inzwischen an verschiedenen Standorten in Deutschland etabliert. Auch Besuchstage in den psychiatrischen Kliniken werden angeboten (Schlüter-Müller 2008).

4.2 SGB VIII

Das SGB VIII zielte immer schon auf Kooperationen ab.³ Mit der Novellierung des SGB VIII waren Diskussionen in der Jugendhilfe verbunden, wie sich die Kooperation mit den angrenzenden Disziplinen zu gestalten hat. Ausgangspunkt war vor allem der § 8a SGB VIII, der einerseits die Wächterfunktion des Jugendamtes betont, aber auch zu Kooperationen im Rahmen von Kindeswohlgefährdung verpflichtet und Fragen dazu aufwirft, inwieweit diese Wächterfunktion aktiv wahrgenommen werden kann, und inwieweit Institutionen außerhalb des Jugendamts zu einer Wahrnehmung dieser Aufgaben verpflichtet, bzw. diese Aufgaben an sie delegiert werden können. Auch Datenschutzfragen wurden diskutiert.

Der Grundgedanke des SGB VIII ist aber in all jenen Fällen (und das ist die große Mehrheit), bei denen es sich nicht um eine Gefährdung des Kindeswohls handelt, dass die angebotene Hilfe von den Eltern freiwillig in Anspruch genommen und das Jugendamt nicht von sich aus tätig wird. Dies hat zum Aufbau einer „Komm“-Struktur in der Jugendhilfe geführt, die für die Mehrzahl der Fälle sinnvoll und angemessen ist. Allerdings gerät dieses System dort an seine Grenzen, wo die Schwelle für Eltern zu hoch angelegt ist, um um Hilfen zur Erziehung nach § 27ff SGB VIII nachzusuchen: Sie haben den Anspruch auf Unterstützung, müssen ihn aber auch geltend machen, indem sie einen Antrag auf Hilfe stellen. Einzig im Falle des § 35a SGB VIII steht der Rechtsanspruch des Kindes selbst im Mittelpunkt. Jedoch muss hinsichtlich der Kinder psychisch kranker Eltern bedacht werden, dass zwar viele Kinder psychische Auffälligkeiten aufweisen, sie aber keineswegs bereits an einer ma-

³ So ist auch eine Erfüllung des §35a SGBVIII (Hilfen für Kinder und Jugendliche mit (drohenden) seelischen Behinderungen) ohne Kooperation gar nicht möglich, da die Eingangsvoraussetzungen von zwei Professionen festgestellt werden müssen (vgl. Kölch et al. 2007)

nifesten psychischen Störung leiden müssen, was erst ihren Rechtsanspruch nach § 35a SGB VIII begründen würde, der allerdings auch erst einmal geltend gemacht werden müsste (Fegert et al. 2008)⁴. Zudem sollte im Sinne der Prävention Hilfe nicht erst erfolgen, wenn das Kind bereits unter einer Störung leidet, sondern deren Entstehung verhindern. Der § 35a SGB VIII ist also für diese Kinder unter präventiven Aspekten nicht geeignet. Hilfen müssen deshalb über die § 27ff SGB VIII erfolgen, die traditionellen Hilfen zur Erziehung. Wie schwer eine spezifische Verankerung solcher Hilfen sein kann, zeigen die Erfahrungen in Hamburg (Szylowicki 2006).

5 Fazit: Barrieren, Risiken und Chancen für die Inanspruchnahme von Hilfen

Aus den Studienergebnissen zu Kindern psychisch kranker Eltern lassen sich auf verschiedenen Ebenen Barrieren ableiten, die die Inanspruchnahme von Hilfen verhindern oder als Risiken für das Scheitern von Hilfen gelten können und damit wiederum das Risiko erhöhen, dass Kinder psychisch Kranker selbst erkranken. Vereinfachend zusammengefasst, sind diese Barrieren einmal auf der Organisationsstruktur der Hilfeanbieter und zum zweiten in der Wahrnehmung von Hilfen seitens der Eltern zu lokalisieren.

5.1 „Komm-Struktur“ der Jugendhilfe

Gemäß dem Verständnis unserer Verfassung und auch aus historischen Gründen ist eine Zurückhaltung öffentlicher Stellen in Fragen von Familie und Erziehung wohl begründet. Der als „Komm-Struktur“ bezeichneten Form der Organisation von Hilfsangeboten liegt deshalb ein hoher Freiheitsgrad und auch das Wissen zugrunde, dass aktiv nachgesuchte Hilfen aufgrund der dafür notwendigen höheren Motivation der Hilfesuchenden zur Kooperation mit einer höheren Effektivität und Erfolgswahrscheinlichkeit verbunden sind. Gleichwohl zeigt sich, dass in verschiedenen Situationen und Risikokonstellationen, wie etwa bei psychisch kranken Eltern, diese Zurückhaltung seitens der öffentlichen Jugendhilfe nicht geeignet ist, um sinnvoll zu handeln und Risiken für Kinder und Eltern zu vermindern oder zu verhindern. Denn sowohl unter

⁴ Als Eingangskriterium muss bei Hilfen nach §35a SGB VIII eine psychische Störung gemäß ICD-10 beim Kind/Jugendlichen festgestellt werden. Als Feststeller fungieren Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Ärzte mit besonderer Erfahrung auf diesem Gebiet (Kölch et al. 2007), vgl. auch Fegert et al. 2008.

dem unmittelbaren Kinderschutzaspekt als auch aus Ergebnissen der Versorgungsforschung zeichnet sich ab, dass die Kommstruktur zu einer unüberwindbaren Schwelle für psychisch kranke Eltern werden kann. Da diese selten aktiv um Hilfe für ihre Kinder nachsuchen (Kölch et al. 2008; Schmid et al. 2008b), erhalten diese Kinder gar keine oder zu wenig Hilfen. Damit haben die aktuell vorhandenen Strukturen ein deutliches Defizit in Bezug auf ihre Erreichbarkeit für psychisch kranke Eltern und deren Kinder. So wurde in der Studie von Hearle et al. (1999) deutlich, dass die durchaus verfügbaren Hilfsangebote in der Wahrnehmung der Eltern gar nicht vorhanden sind. Immerhin war dies der von einem Fünftel der Eltern der geäußerte Grund dafür, dass sie nicht um Hilfe nachsuchen (Hearle et al. 1999). Zusätzlich haben in dieser Studie über 10 % der Eltern angegeben, zwar um Hilfe gebeten, diese aber nicht erhalten zu haben.

5.2 Ängste der Betroffenen

Die Wahrnehmung des Jugendamts ist in der Öffentlichkeit keineswegs eine positive, und dieses Problem besteht, seit das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (RJWG) in den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts eingeführt wurde (Kölch 2002). So stehen bei Eltern mit manifesten psychischen Störungen dem Wunsch nach Hilfe nicht selten Ängste vor der institutionellen Jugendhilfe – aber auch vor den Reaktionen des sozialen Umfelds gegenüber, wie sich u.a. in unserer Untersuchung zeigte (vgl. 2.2 und 2.3.2). Konkret haben Eltern die Sorge, dass man sie bevormunden und ihnen ihre Kinder wegnehmen könnte, bzw. sie das Sorgerecht für ihre Kinder aufgrund ihrer psychischen Erkrankung verlieren könnten (Cogan 1998, Sands 1995). Dadurch ist nach Hearle et al. (1999) u.a. auch die in verschiedenen Studien nachgewiesene geringe Inanspruchnahme öffentlicher Hilfe begründet. So gaben in der Studie von Hearle et al. (1999) ca. ein Drittel der Eltern an, Angst zu haben, ihnen würde das Kind weggenommen. Nur knapp 20% der Eltern nahmen Hilfen wie Pflegefamilien, Tagesgruppen-Angebote oder ähnliches in Anspruch (Hearle et al. 1999). 11% der Patienten berichteten zudem, dass Hilfsmaßnahmen für ihre Kinder gegen ihren Willen eingeleitet wurden. Die Angst um den Verlust des Sorgerechtes ist eine durchaus ernstzunehmende, mindestens ein Drittel der Sorgerechtsentzüge in Deutschland sind auf psychische Erkrankungen der Eltern zurückzuführen.

5.3 Vernetzungsmängel und –möglichkeiten zwischen SGB V und SGB VIII

Da bereits Schone und Wagenblast (2006a) aufgezeigt haben, dass es starke Überschneidungen in der Klientel der Psychiatrie wie der Jugendhilfe gibt, bietet sich eine Vernetzung oder Verzahnung der Angebote und Strukturen beider Systeme für die betreffenden Fälle an, natürlich unter Beachtung der jeweiligen rechtlichen Rahmenbedingungen wie der Schweigepflicht. Dass Kooperationen jedoch nicht per se ein „Heilskonzept“ darstellen, sondern für ihr Gelingen auch bestimmte Voraussetzungen notwendig sind, ist von Pluto et al. (2006) dargelegt worden. Offenbar liegen im Fall von Kindern psychisch kranker Eltern systemimmanente Gründe vor, die eine engere Kooperation bisher verhindert haben. Dabei benötigen sämtliche an der Versorgung psychisch kranker Eltern beteiligten Hilssysteme einander, um zielgerichtete, passgenaue und erreichbare Hilfen für die Eltern und die Kinder anbieten zu können. Gerade der Aspekt, dass bestehende Hilfen gar nicht genutzt werden, zeigt auf, dass erst in zweiter Linie ein inhaltlicher Ausbau der Hilfen notwendig ist, in erster Linie aber die Zugangswege zu Hilfen verbessert werden müssen. Dazu muss die Kinder- und Jugendhilfe seitens der Psychiatrie besser über den etwaigen Hilfebedarf für die Kinder informiert werden und benötigt die psychiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Einschätzung, ob die Erziehungsschwierigkeiten der Eltern auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen sind, und ob das Kind in Gefahr ist, selbst eine psychische Störung zu entwickeln und ob eine Teilhabebeeinträchtigung des Kindes droht. Die Kinder- und Jugendhilfe sollte ihrerseits den betroffenen Eltern den Zugang zu Hilfen für ihre Kinder deutlich erleichtern und so präventiv sowohl der Entwicklung von Störungen auf Seiten der Kinder wie einer Verschlechterung der Erkrankung der Eltern entgegenwirken. Die Jugendämter haben die Federführung in der Hilfeplanung und können entsprechende ambulante, teilstationäre oder stationäre Jugendhilfemaßnahmen einleiten. Außerdem hat das Jugendamt durch seine Wächterfunktion die rechtlichen Möglichkeiten, im Falle einer Gefährdung des Kindeswohles intervenieren und die Kinder in Obhut nehmen (§ 42 SGB VIII) zu können.

5.3.1 „Ideologische“ Unterschiede und systemimmanente Rollenkonflikte in der Wahrnehmung des jeweiligen Auftrags

Im System der Hilfe für Kinder psychisch Kranker arbeiten verschiedene Institutionen und Professionen, deren Arbeitsweise und -auffassungen unterschiedliche Ausrichtungen haben. Dies bedingt Probleme in der Kooperation, aber auch schon in der Suche nach Kooperation. Die Sicht der Erwachsenenpsychiatrie auf den Patienten ist eine andere als etwa die des Jugendamts, aber auch die der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aus Sicht der Psychiatrie kann das Kind im Familiensystem und für den Patienten einen stabilisierenden Faktor darstellen. Aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann wiederum eben diese Rollenzuschreibung für ein Kind pathogen sein und eine altersinadäquate Anforderung darstellen, die zu einer Entwicklungshürde wird. Das Jugendamt wiederum zentriert seine Hilfen auf das gesamte Familiensystem und wird in Anbetracht der Ressourcen, die für Hilfen zur Verfügung stehen, möglichst eine Stabilisierung des gesamten Familiensystems anstreben. Das diffizile Vertrauensverhältnis des Psychiaters zum Patienten, das unter Umständen angesichts von dessen Krankheitssymptomen (Paranoia, Hoffnungslosigkeit) ohnehin schwer aufzubauen ist, kann durch die Wahrnehmung weiterer Aufgaben, z.B. Sorge um das Wohl des Kindes, Herstellung des Kontakts zur Jugendhilfe, belastet, bisweilen verunmöglicht werden. Die ärztliche Schweigepflicht kann den Psychiater in Bedrängnis bringen, wenn er seitens des Jugendamts zur Erziehungsfähigkeit seines Patienten befragt wird. Der Kinder- und Jugendpsychiater wiederum stößt zumindest in Grenzbereiche der Schweigepflicht vor, wenn er sich z.B. im Rahmen der Hilfeplanung zu einer ihm bekannten, aber von den Eltern verschwiegenen psychischen oder Abhängigkeitserkrankung äußert. Ebenso kommen Mitarbeiter der Jugendhilfe in Konflikte, wenn sie Maßnahmen gegen den Willen von Eltern oder Kindern ergreifen müssen und dabei auf die Expertise etwa seitens der Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie angewiesen sind und diese eventuell sogar unterschiedlich zum Problem Stellung nehmen.

Die verschiedenen Rollen der am Helfersystem für Kinder psychisch Kranker Beteiligten könnten plakativ (und damit auch vermeintliche Barrieren kennzeichnend) wie folgt dargestellt werden:

- das Jugendamt hat den Auftrag des Kinderschutzes.
- die Erwachsenenpsychiatrie hat den Auftrag der Versorgung des erwachsenen Patienten und des Aufbaus und der Erhaltung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung.
- Kinder können aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie für den Patienten stabilisierende Faktoren sein.

- aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist die Parentifizierung bei Kindern psychisch kranker Eltern entwicklungspsychologisch kontraindiziert und schadet der Entwicklung.

Über diese unterschiedlichen Aufträge muss ein gegenseitiges Bewusstsein bestehen.

Die psychiatrische Versorgung ist in weiten Teilen ebenso auf eine Komm-Struktur ausgerichtet wie die Jugendhilfe. In beiden Professionen aber gibt es Fälle, in denen Maßnahmen auch gegen den Willen von Menschen ergriffen werden müssen, im Fall der Psychiatrie im Rahmen von Unterbringungen, im Fall der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdungen durch Übertragung (von Teilen) der elterlichen Sorge. Nicht selten sind dies im Übrigen Überschneidungsfälle, bei denen beide Institutionen miteinander in Kontakt treten. Allerdings spielen auch subjektive Wahrnehmungen der eigenen Profession, tradierte und über die Ausbildung erlernte Arbeitsweisen eine Rolle und bedürfen der Veränderung (Eminson & Goodyer 2004). Hier ist, wie bereits dargestellt, die Kinder- und Jugendhilfe traditionell eher auf das Angebot von Hilfen bei Nachfrage ausgerichtet. Gerade diese Schwelle ist aber oftmals für psychisch kranke Eltern zu hoch. Die Psychiatrie wiederum glaubt in ihrem fachlichen Wissen Prognosen und Therapieempfehlungen aussprechen zu können, die als empirisch abgesichert gelten. Dies kann in Konflikt kommen mit einer mehr klientenzentrierten Arbeitsweise, wie sie in der Jugendhilfe üblich ist. Folge kann gegenseitiges Unverständnis sein und daraus resultierend negative Zuschreibungen an die andere Profession und mangelhafte Kooperation (vgl. Schone & Wagenblast 2006a). Ein ähnliches Muster unterschiedlicher Wahrnehmungen findet sich zum Beispiel in der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe beim § 35a SGB VIII, bei der verschiedenen Rollenverständnisse und eine unterschiedliche Terminologie zu Friktionen und Problemen in der Praxis geführt haben, obwohl die Aufträge gesetzlich klar verteilt sind (Fegert & Kölch 2007, Kölch et al. 2007). Eine Zusammenarbeit bedarf also der klaren Absprachen, Kenntnis der eigenen Kompetenzen und der Kompetenzen des anderen und einer längerfristigen „Einübung“ der Zusammenarbeit.

5.3.2 Kooperative Versorgungsstrukturen und Informationsaustausch

Die Etablierung kooperativer Versorgungsstrukturen hat in einzelnen Projekten und eher lokal orientiert stattgefunden. Eine finanzielle Basis etwa im Sinn der gemeinsamen Krankenhausbehandlung bei psychischer Erkrankung eines Elternteils und eines Kindes ist nur über Einzelabsprachen möglich. Dennoch

wurden verschiedene Eltern-Kind-Stationen eingerichtet (vgl. Reck 2008; Reck et al. 2006, Turmes & Hornstein 2006) und Erwachsenenpsychiatrien sehen zumindest die Möglichkeit vor, Mütter von kleinen Kindern oder Säuglingen gemeinsam mit diesen aufzunehmen. Die Entwicklung evaluierter Behandlungsprogramme gerade für Mütter mit postpartaler Depression und ihren kleinen Kindern schreitet voran (Hornstein et al. 2006, Hohm et al. 2008). Auch Beratungsangebote in psychiatrischen Kliniken, Besuchstage mit Betreuung, Gruppenangebote, die an Kliniken angebunden sind und kooperative ambulante Versorgung wurden in der letzten Dekade in Deutschland – allerdings meist nur in (zeitlich befristeten) Einzelprojekten – etabliert (Kilian & Becker 2008). Auch für suchtkranke Eltern sind spezifischere Angebote zumindest lokal etabliert worden (Stachowske 1994, Stachowske 2007).

Eine besondere Gruppe stellen Migranten und Alleinerziehende dar, deren Probleme bisher auch in der Forschung nur unzureichend aufgegriffen wurden. Bei beiden Gruppen kommen erschwerende Umfeldfaktoren hinzu. Im ersten Fall sind mangelnde Sprachfähigkeiten und kulturelle Kontextualitäten, sowohl was das Krankheitskonzept, als auch, was die Akzeptanz von extrafamiliären Hilfen angeht, sowie im zweiten Fall der besondere Bedarf an Unterstützung aufgrund mangelnder familiärer Unterstützungssysteme Faktoren, die zu einer unzureichenden Hilfe für die Kinder führen können. Für diese Gruppen müssen spezielle Angebote entwickelt werden.

Insgesamt bleiben als Desiderat eine flächendeckende Versorgung und niedrigschwellige Angebote, die zudem bereits vor stationären Aufenthalten der Eltern ansetzen sollten. Die Identifikation von psychisch kranken Patienten mit Kindern ist dazu ein erster Schritt, als zweiter sollte möglichst frühzeitig eine Risikoabschätzung hinsichtlich der Belastung der Kinder erfolgen. Dies kann durch ein verstärktes Bewusstsein der ambulant tätigen Psychiater (wie auch der stationär tätigen) gelingen. Allerdings gibt es eine Vielzahl weiterer Stellen, die im Kontakt mit psychisch Kranken stehen, von psychosozialen und Suchtberatungsstellen bis hin zu den Arbeitsagenturen, die psychisch Kranke betreuen. Auch in diesen Institutionen müssen ein verstärktes Bewusstsein für das Problem, aber auch Handlungsleitlinien geschaffen werden.

Eine Standardisierung in der Erhebung, etwa mittels leicht einsetzbarer Screenings (z.B. Fragebögen), besitzt eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, dass überhaupt an die Problematik gedacht wird – über das individuelle Engagement des einzelnen Mitarbeiters hinaus. Screenings haben unter anderem zum Ziel zu identifizieren, ob Kinder vorhanden sind und ob diese Auffälligkeiten, Belastungen o.ä. aufweisen und wenn ja, welcher Art. So können der individuelle Hilfebedarf und mögliche Interventionsnotwendigkeiten abgeschätzt werden. Die Beachtung der Persönlichkeitsrechte der Eltern, Sensibilität und Aufklärung sind vonnöten, um solche Verfahren einzusetzen, da es nicht um eine Identifizierung von Defiziten in den elterlichen Kompetenzen

geht, sondern um das Anbieten optimaler und individuell passender Hilfelösungen. Dies zu betonen ist bei den weiter oben genannten Vorbehalten und Ängsten der Betroffenen gegenüber Institutionen von besonderer Bedeutung.

Die Verbesserung der Zugangswege und die Erhöhung der Chancen zur Inanspruchnahme von Hilfe ist eine primäre Forderung, bevor weitere Angebote etabliert werden, da diese sonst gar nicht wahrgenommen werden, wie verschiedene Untersuchungen gezeigt haben. Dazu ist ein verstärktes Zugehen auf diese Klientel seitens der Professionen nötig. Dies bedeutet nicht ein Aufdrängen von Hilfen, denn das würde ohnehin eher zu Widerstand führen und die Wahrscheinlichkeit senken, dass die Eltern Hilfen annehmen⁵, sondern ein sensibles Diagnostizieren des Hilfebedarfs und aktives Anbieten von Unterstützung. Bei chronischen Fällen, wie etwa Psychosen aus dem schizophränen Formenkreis oder schweren wiederkehrenden affektiven Störungen können Angebote „on-demand“ helfen, wie Patenfamilien oder Bereitschaftspflegefamilien, eine Familienhilfe nach § 27ff oder ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung. Dabei sollten die Hilfen möglichst bereits bekannt sein, bevor es zu einer Krankheitskrise kommt. Auch Eltern-Kind-Angebote für kleinere Kinder und bei weniger stark ausgeprägter Psychopathologie des erkrankten Elternteils können Entlastung für Kinder wie Eltern schaffen, wenn eine entsprechende familiäre Unterstützung nicht gegeben ist. Im Sinne der Niedrigschwelligkeit sind Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche wünschenswert, wobei damit keineswegs eine Psychiatisierung und Problemfokussierung verbunden sein soll, sondern die Entlastung und auch das Erleben altersangemessener Kontakte im Mittelpunkt stehen kann und soll (Schlüter-Müller 2008). Für die Passgenauigkeit der Angebote ist deshalb ein Screening mit Einschätzung der Problembereiche essentiell.

6 Zusammenfassung

Seit über zehn Jahren ist die Problematik ‚Kinder psychisch kranker Eltern‘ verstärkt beforscht worden. Die internationalen Forschungsergebnisse zeigen das hohe Risiko für die Kinder, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, und sie zeigen weiter eine unbefriedigende Unterstützungsstruktur für die betroffenen Familien und machen eine starke Angst der Eltern vor institutionalisierter Hilfe, aber auch mangelnde Kenntnis der Hilfeangebote deutlich. Im Gegensatz zur Häufigkeit der von den Eltern wahrgenommenen psychischen Belastung ihrer Kinder nimmt nur ein geringer Anteil der Eltern Angebote der Jugendhilfe, aber auch therapeutische Hilfe für die Kinder wahr.

⁵ Im Gefährdungsfall müssen ohnehin unter dem Aspekt des § 8a SGB VIII Maßnahmen im Zweifel auch gegen den Willen der Eltern durchgeführt werden.

Neuere Untersuchungen verdeutlichen zudem, dass die Problematik und die mit der Elternschaft und der Versorgung der Kinder für psychisch Kranke verbundenen Konflikte immer noch kaum im Bewusstsein der behandelnden Psychiater verankert sind. Ebenso mangelt es der Kinder- und Jugendhilfe noch an Bewusstsein dafür, dass ein Teil der Kinder, für die Hilfemaßnahmen durchgeführt werden, Eltern mit psychischen Erkrankungen haben. Ein weit größerer Teil von Kindern mit psychisch und suchtkranken Eltern aber ist dem Jugendamt gar nicht bekannt.

Dennoch haben sich lokal in den Kliniken und an diese assoziiert Angebote für Kinder und Eltern entwickelt, wie Elternbesuchstage, Psychoedukations-Gruppen, Mutter-Kind-Stationen oder sozialpädagogische Beratung für die Eltern. Allerdings, und das zeigen die epidemiologischen Untersuchungen auch, kommen viele Angebote gar nicht zum Tragen, da sie entweder den Betroffenen nicht bekannt sind oder von diesen – zum Teil auch aus Vorurteilen und Ängsten heraus – nicht angenommen werden. Kinder psychisch kranker Eltern sind damit eine typische Klientel, bei der weniger der Mangel an Hilfen das Problem darstellt, sondern die Schwellen, über die die Hilfen zu erreichen sind.

Ein institutionalisiertes und von öffentlichen Trägern finanziertes spezielles Angebot für diese Klientel ist nicht die Regel. Das Angebot von Hilfen zur Erziehung nach § 27ff. SGB VIII seitens der Kinder- und Jugendhilfe wird nur unzureichend in Anspruch genommen. Kooperationen könnten dieses Angebot verbessern und vor allem die Zugangswege vereinfachen und erleichtern. Insbesondere die Identifizierung der Kinder, die Auffälligkeiten zeigen, sowie standardisierte Hilfeangebote im Sinne eines Managements der indizierten Hilfe sind dringende Notwendigkeiten, um die Situation der Kinder zu verbessern. Dabei kommt der Medizin mit ihren Disziplinen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie die Rolle zu, vermehrt im gegenseitigen Austausch mit der Kinder- und Jugendhilfe Sensibilität für und Wissen zu psychisch kranken Eltern und ihren Kindern zu entwickeln. Die Angebote kooperativer Hilfe können in Form von Spezialsprechstunden, Konsilardiensten bis hin zu gemeinsamen Stationen erfolgen. Wichtig ist z.B. auch der Einsatz einfacher Screening-Instrumente in Problemkonstellationen und Einbeziehung der Situation der Patienten als Eltern in die Therapieplanung. Auch in der Weiterbildung sind solche Themen zu verankern. Im Austausch mit der Jugendhilfe kommt dieser die Aufgabe zu, vermehrt Angebote der Beratung in Kliniken zu machen, verstärkt auf die Eltern zuzugehen und niedrigschwelliger zu agieren und dadurch Ängste abzubauen.

Die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe ist inzwischen üblich und der Regelfall, wenn sich auch immer wieder Probleme in der Ausgestaltung ergeben können (Meysen 2008). Diese Zusammenarbeit hat dazu geführt, dass in einer Wechselwirkung

die Stigmata der Institutionen und die Vorurteile ihnen gegenüber verringert wurden und die Professionen von der jeweiligen Expertise des anderen zum Wohle der Kinder profitieren.⁶ Ein ähnlicher Prozess wäre für die Population Kinder psychisch Kranker zwischen den drei Professionen zu wünschen.

Nicht die Etablierung von Modellprojekten wird auf die Dauer die Versorgungssituation der Kinder verbessern, sondern nur nachhaltige Angebote, die lokale Besonderheiten berücksichtigen, etwa Unterschiede in den Ressourcen der Familien in städtischen und ländlichen Versorgungsgebieten, Entfernungen zur nächsten Klinik, Gruppenangebote für Kinder, die diese auch erreichen können (wer fährt das Kind?). Angebote müssen also so entwickelt werden, dass sie in der Regelversorgung stattfinden, bzw. in diese überführt werden können (vgl. Schone & Wagenblast 2001). Dazu ist auch wichtig, dass die Maßnahmen eindeutig einem Kostenträger zugeordnet werden können, um „Verschiebebahnhöfe“, wie sie zwischen der Jugendhilfe und Sozialhilfe wohlbekannt sind, zu vermeiden (Kölch et al. 2007). Dass eine verbesserte Versorgung mit einem erhöhten finanziellen Aufwand verbunden ist, wird unumgänglich sein. Dies ist allein schon dadurch bedingt, dass eine Steigerung der Aufwendungen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe unvermeidlich ist, wenn mehr betroffene Kinder erkannt werden und Hilfen nach § 27ff in Anspruch nehmen (ohne, dass dies spezielle Angebote für diese Klientel wären). Allerdings würden präventive Maßnahmen und Hilfen für diese Kinder spätere, viel höhere Kosten vermeiden helfen.

7 Anhang

Methode und Stichprobe der Untersuchung von Schmid & Kölch (vgl. Schmid et al. 2008a, Schmid et al. 2008b, Kölch et al. 2008, Kölch & Schmid 2008)

Ziel der Untersuchung war, im Rahmen einer Stichtagsuntersuchung in einer Versorgungsregion die Prävalenz von Kindern psychisch Kranker, die aktuelle Versorgungssituation der Kinder und den Bedarf an Hilfen für sie zu erfassen. Das Belastungsausmaß der Kinder und der Eltern, das Inanspruchnahmeverhalten der Eltern gegenüber Hilfen, die Schwierigkeiten, die eine solche Inanspruchnahme verhindern, sowie von den Patienten gewünschte Hilfsangebote wurden erhoben. Die Zahl der Vorbehandlungen der Kinder und der Erwachsenen sowie die Versorgung der Kinder während des stationären Aufenthaltes der Eltern wurden ebenfalls untersucht.

⁶ Auch hier spielen natürlich lokale Gegebenheiten, die Situation der kommunalen Finanzen etc. eine Rolle dafür, inwieweit die Zusammenarbeit wirklich fruchtbar gestaltet wird. Allerdings ist der Rahmen zu einer solchen Zusammenarbeit gegeben.

Die Patienten von vier psychiatrischen Kliniken einer Versorgungsregion im süddeutschen Raum wurden zu einem Stichzeitraum befragt. Die Kliniken nehmen einen Versorgungsauftrag für insgesamt ca. 1,5 Millionen erwachsene Einwohner in Baden-Württemberg und Bayern wahr und halten insgesamt 578 Behandlungsplätze vor. Alle vier Häuser waren zum Zeitpunkt der Erhebung nahezu voll belegt. In die Studie eingeschlossen wurden alle stationär behandelten Patienten, die in ihrer Sozialanamnese Kinder unter 18 Jahren angegeben hatten. Von den Patienten wurde ein informed consent (Einwilligung nach ausreichender Information) erhoben, ein uneingeschränkt positives Votum der Ethikkommission der Universität Ulm für diese Studie lag vor. Der Befragungszeitraum lag innerhalb einer Woche, wobei für jede Klinik ein Stichtag ausgewählt wurde und nur Patienten berücksichtigt wurden, die sich an diesem Stichtag in stationärer Behandlung befanden. Es wurden die Entlassdiagnosen der Patienten verwendet (nach ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Fassung) codiert).

104 Patienten und Patientinnen (davon 69% weiblich und 31% männlich) hatten Kinder unter 18 Jahren, davon nahmen 83 Patienten (mit insgesamt 165 Kindern, davon 54 (65%) Frauen und 29 (35%) Männer) an der Befragung teil, 81 beendeten die Untersuchung komplett.

74% der Eltern hatten regelmäßigen Kontakt zu ihren Kindern. Die Eltern hatten durchschnittlich mehr als ein Kind und waren bereits mehr als 3-mal stationär behandelt worden. Während in die Erfassung der Gesamtzahl der Kinder (165) auch 26 Kinder eingingen, die über 18 Jahre waren, bezogen sich alle Untersuchungen mittels der Fragebögen auf Kinder unter 18 Jahren. Es wurden nur Angaben zu minderjährigen Kindern (< 18 Jahre) ausgewertet. Diejenigen Eltern, die angaben, auch erwachsene Kinder zu haben, hatten zusätzlich noch minderjährige Kinder.

Drei Erhebungsinstrumente kamen im Rahmen der Studie zum Einsatz. Ein selbst entwickeltes und in der Machbarkeits-Befragung erprobtes Erhebungsinstrument wurde zur Erfassung der sozioökonomischen Lebensbedingungen, zur Anamnese der Vorbehandlungen und der Familienstruktur eingesetzt. Zusätzlich wurde mittels dieses Fragebogens die subjektiv eingeschätzte Globalbelastung der Kinder, die Betreuungssituation der Kinder während des stationären Aufenthalts, verschiedene Aspekte von Elternschaft und psychischer Erkrankung, wie Nichtinanspruchnahme von Behandlung wegen der Elternschaft, Sorgerechtsituation, Partnerschaftsstatus und Inanspruchnahme von Hilfen, etwa seitens der Kinder- und Jugendhilfe erfragt.

Die Befragung zur kindlichen Psychopathologie erfolgte mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman 1997), einem Verfahren, das mit nur 25 Items ein sehr ökonomisches und zuverlässiges Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrument ist, welches in vielen großen epidemiologischen Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung und bei Studien im Bereich der Ju-

gendhilfe als Screeningverfahren für kinder- und jugendpsychiatrische Störungen bzw. Auffälligkeiten (Goodman 2001; Hölling et al. 2001) eingesetzt wurde.⁷ Der SDQ erfragt psychische Schwächen und Stärken in den 5 Bereichen: „Emotionale Probleme“, „Hyperaktivitätsprobleme“, „Verhaltensprobleme“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“, das im Gegensatz zu den vier erstgenannten Bereichen einen Stärkenbereich betrifft. Die Fragen zu diesem Bereich erfassen Stärken oder auch Ressourcen des Minderjährigen. Für jeden der einzelnen Bereiche wurde aus den Itemantworten ein Testwert gebildet. Aus der Summe der Problemskalen wurde ein Gesamtproblemwert berechnet, in diesen Wert geht die Skala „prosoziales Verhalten“ nicht mit ein. Da die Grenzwerte für den Gesamtwert strenger gezogen wurden als für die einzelnen Subskalen, ergibt sich durchschnittlich eine geringere Prävalenz von Auffälligkeiten als nach der Addition der Ergebnisse auf den Einzelskalen (vgl. Goodman 1997). Drei Gruppen können für jede Skala und die Gesamtskala gebildet werden: „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“. Die Klassifizierung in „auffällig“ oder „grenzwertig“ stellen Einteilungen im Sinne von Risikogruppen dar und entsprechen keinen Diagnosen im Sinne des ICD-10. Aus Gründen der Durchführbarkeit wurden die Eltern von mehr als einem Kind gebeten, den SDQ für das in ihrer subjektiven Einschätzung am meisten belastete Kind auszufüllen.

Zusätzlich kam der Parental Stress Scale (PSS) zum Einsatz, der 1995 erstmals von Judy O. Berry (1995) vorgestellt wurde. Dieser dient als Selbsteinschätzungsfragebogen, welcher insgesamt 18 Items umfasst. Diese haben das Ziel, genaueren Einblick in die Elternschaft aus Sicht des befragten Probanden zu erhalten. Abgefragt werden hierbei positive Aspekte der Elternschaft (emotionale Zugewinne, Selbstbereicherung, persönliche Weiterentwicklung), sowie negative Zuschreibungen (erhöhte Belastung, Zusatzkosten und sonstige Einschränkungen). Der Fragebogen soll elterliche Belastungen, sowohl von Müttern als auch von Vätern, abschätzen, unabhängig davon, ob die Kinder bereits klinisch auffällig sind. Die Reliabilität der Parental Stress Scale beträgt 0.83 (Cronbach's alpha), die Test- Retest Reliabilität 0.81.

⁷ Woerner et al. (2004) haben die deutschsprachige Version des SDQ einer Normierung unterzogen. Die am stärksten belasteten 10% einer Feldstichprobe werden dabei als klinisch auffällig definiert und der Cut-Off entsprechend festgelegt. Dieselbe Arbeitsgruppe hat die differentielle Validität des SDQ und seiner Normierung durch den Vergleich einer Feldstichprobe mit einer Population, die die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Anspruch nahm, nachgewiesen (Becker et al. 2004).

Tabellen

Tabelle 1: Vergleich zwischen Patientinnen und Patienten

	Frauen	Männer	Gesamt	P
Anzahl	54	29	83	n. s.
Patientenalter (Ø, in Jahren)	M = 40,2 SD = 6,2	M = 39,8 SD = 7,0	M = 40,1 SD = 6,4	n. s.
Stationäre Vorbehandlungen (Ø)	3,2	3,7	3,4	n. s.
Kinderanzahl (Ø)	2,0	1,9	1,98	n. s.

Aus: Schmid et al. 2008a

Tabelle 2: Anzahl eigener Kinder der befragten Stichprobe (n=83)

Anzahl Kinder	Häufigkeit	Prozent
1	26	31%
2	38	46%
3	18	22%
4	1	1%
5	1	1%
Σ	83	100%

Σ = Summe

Aus: Schmid et al. 2008a

Tabelle 3: Altersverteilung der 165 Kinder der psychisch kranken Eltern

Alter (in Jahren)	0-3	4-7	8-11	12-15	16-19	20-23	24-27	Keine Angabe
Anzahl	12	29	35	38	28	12	5	6

Aus: Schmid et al. 2008a

Tabelle 4: Ergebnisse SDQ

SDQ-Gesamt	Unauffällig n (%)	Grenzwertig n (%)	Auffällig n (%)
	43 (53%)	10 (12%)	28 (35%)
SDQ-Subskalen			
Emotionale Probleme	55 (68%)	7 (9%)	19 (23%)
Verhaltensprobleme	39 (48%)	14 (17%)	28 (35%)
Hyperaktivität	55 (68%)	8 (10%)	18 (22%)
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	55 (68%)	14 (17%)	12 (15%)
Prosoziales Verhalten	60 (74%)	12 (15%)	9 (11%)

N = 81 gültige SDQs

Aus Kölbl et al. 2008

Tabelle 5: Unterstützung der Eltern (Mehrfachantworten möglich)

Art der Unterstützung	Absolute Häufigkeiten (%)
Gar keine	9 (11%)
Lebenspartner	51 (62%)
Verwandte/ Freunde	33 (40%)
Haushaltshilfe über SGB-V	6 (7%)
Hilfen zur Erziehung über SGB-VIII	9 (11%)
Sonstige	6 (7%)

Aus: Schmid et al. 2008b

Tabelle 6: Von den Eltern gewünschte Hilfen/ Angebote zur Unterstützung

Hilfsangebote (N = 83)	Sehr	Eher	etwas	kaum	Gar nicht
Eltern-Kind-Station	12 (15%)	17 (21%)	38 (46 %)	13 (16 %)	3 (4 %)
Kliniknahe Betreuungsangebote	44 (53%)	12 (15%)	4 (5%)	4 (5%)	19 (23%)
Unterstützung durch Kinder- und Jugend- psychiater	59 (71%)	12 (15%)	6 (7%)	1 (1%)	5 (6%)
Elterntraining	58 (70%)	14 (17%)	4 (5%)	3 (4%)	4 (5%)
Bessere Betreuungs- angebote im heimischen Umfeld	54 (65%)	15 (18%)	5 (6%)	6 (7%)	3 (4%)

Aus: Schmid et al. 2008b

Tabelle 7: Kontakt zum Jugendamt vermieden (N = 83)

	Ja	Nein
Insgesamt Kontakt vermieden	42 (51%)	41 (49%)
Ursachen (Mehrfachnennungen mög- lich)		
weil keine Hilfe nötig	18 (22%)	-
aus Angst vor Bevormundung	15 (18%)	-
aus Angst vor Sorgerechtsentzug	16 (19%)	-
Aus Angst vor Vorurteilen aus dem sozialen Umfeld	23(28%)	-
Bekannte berichteten schlechte Erfah- rungen	15 (18%)	-

Aus: Schmid et al. 2008b

8 Literatur

- Beck CT (1995): The effect of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*; 44: 298-304
- Becker A, Woerner W, Hasselhorn M, Banaschewski T, Rothenberger A (2004): Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Child and Adolescent Psychiatry* 13 Suppl 2: II 11-16
- Berry J, Jones W (1995): The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships* 12: 463-472
- Fegert JM, Kölch M (2007): Abschlussbericht Realisierung von Kosteneinsparungen durch fachliche Standards bei der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung nach § 35 a KJHG durch die Jugendämter (unter Mitarbeit von v. Wolff/Gutschner/Ziegenhain), 2006, herausgegeben und gefördert durch das BMFFJS, Projektnummer IIA6-2505070006
- Bohus M, Schehr K, Berger-Sallawitz F, Novelli-Fischer U, Stieglitz RD, Berger M (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. *Psychiatrische Praxis* 25 (3): 134-138
- Canino G (1990): Children of parents with psychiatric disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 409-416
- Cogan J (1998): The consumer as expert women with serious mental illness and their relationship based needs. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2: 142-152
- Cohn JF & Tronick EZ (1989): Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28: 242-48
- Cunningham J, Oyeboode F, Vostanis P (2000): Children of mothers admitted to psychiatric hospital: care arrangements and mothers perceptions. *Child psychology and Psychiatric Review* 5: 114-119
- Diego MA, Field T, Hart S, Hernandez-Reif M, Jones N, Cullen C, Schanberg S, Kuhn C (2002): Facial Expression and EEG in infants of intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Depression and Anxiety* 15: 10-15
- Downey G & Coyne JC (1990): Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bull* 108(1): 50-76
- Eminson DM & Goodyer IM (2004): Time for change to a developmental perspective in the education and training of psychiatrists. *Psychiatric Bulletin* 28: 378-381
- Erlenmeyer-Kimling L, Cornblatt BA, Rock D, Roberts S, Bell M, West A (1993): The New York High-Risk Project: anhedonia, attentional deviance, and psychopathology. *Schizophrenia Bulletin* 19(1): 141-153
- Fegert JM, Roosen-Runge G, Thoms E, Kirsch U, Meysen T, Kölch M (2008): Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII (KJHG) der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften. *Das Jugendamt* 81(4): 177-186
- Glenn P & Stiels-Glenn M (2003): Kinder psychisch kranker Eltern. Kooperation bei der Betreuung von Familien mit psychisch kranken Müttern oder Vätern. *Sozialmagazin* 2003 4: 23-31
- Golderberg D, Williams P (1988): A user's guide to the General Health questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson

- Goodman R (2001): Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40: 1337-1345
- Goodman R (1997): The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38: 581-586
- Gundelfinger R (1997): Welche Hilfen brauchen Kinder psychisch kranker Eltern? *Kindheit und Entwicklung* 6: 147-151
- Handley C, Farrell GA, Josephs A, Hanke A, Hazelton M (2001): The Tasmanian children's project: the needs of children with a parent/carer with a mental illness. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 10 (4): 221-228
- Hearle, J, Plant, K, Jenner, L, Barkla, J, McGrath, J (1999): A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. *Psychiatric Services* 50 (10): 1354-1356
- Heinrichs N, Bodemann G, Hahlweg K (2008). *Prävention bei Paaren und Familien*. Göttingen: Hogrefe
- Hinden BR, Biebel K, Nicholson J, Henry A, Katz-Leavy J (2006): A survey of programs for parents with mental illness and their families: Identifying common elements to build the evidence base. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 33 (1): 21-38
- Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50: 784-93
- Hofecker Fallahpour M, Zinkernagel C, Frisch U, Neuhofer C, Stieglitz RD, Riecher-Rössler, A (2005). *Was Mütter depressiv macht ... – ... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen*. Ein Therapiebuch. Bern: Huber
- Hohm E, Trautmann-Villalba P, Schwarz M, Hornstein C (2008): Stationäre Mutter-Kind Behandlung bei postpartalen psychischen Erkrankungen – ein Beitrag zur Prävention im Säuglingsalter. *Nervenheilkunde* 6: 506-512
- Hornstein C, Schenk S, Wortmann-Fleischer S, Schwarz M, Downing G. (2006): Videotherapie bei postpartalen Störungen. Ein interaktionales Behandlungskonzept bei Müttern mit Depressionen und Psychosen. *Psychotherapeut* 51: 1-6
- Horwitz SM, Kelleher KJ, Stein RE, Storfer-Isser A, Youngstrom EA, Park ER, Heneghan AM, Jensen PS, O'Connor KG, Hoagwood KE (2007): Barriers to the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression. *Pediatrics* 119(1): e208-18
- Howard L (2000). Psychotic Disorders and Parenting – the relevance of patients children for general adult psychiatric services. *Psychiatric Bulletin* 24: 324-26
- Kahn RS, Brandt D, Whitaker RC (2004): Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioural and emotional well-being. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158 (8): 721-729
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB (2007): Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 20 (4): 359-64
- Kilian S, Becker T (2008): FIPS – ein Beratungs- und Unterstützungsangebot für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. *Nervenheilkunde* 6: 541-544
- Kölch M, Schielke A, Becker T, Fegert JM, Schmid M (2008): Kinder psychisch kranker Eltern: psychische Belastung der Minderjährigen in der Beurteilung ihrer Eltern - Ergebnisse einer Befragung stationär behandelter Patienten mit dem SDQ. *Nervenheilkunde* 6, 27: 527-532

- Kölch M, Schmid M (2008) Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57: 774-788
- Kölch M, Fegert JM, Lippert HD (2009): Aufklärung und Einwilligung. In: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (eds) *Adoleszentenpsychiatrie*. Schattauer Verlag, Stuttgart, 741-752
- Kölch M, Wolff M, Fegert JM (2007): Teilhabebeeinträchtigung – Möglichkeiten der Standardisierung im Verfahren nach §35a SGBVIII. *Das Jugendamt* 1(80): 1-8
- Kölch M, Fegert JM (2007): Patientenautonomie – Minderjährige als Patienten. *Familie, Partnerschaft und Recht* 3 (13): 76-79
- Kölch M (2002): *Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935. Die Diagnose Psychopathie im Spannungsfeld von Psychiatrie, Individualpsychologie und Politik*, Med. Diss. Freie Universität Berlin 2002
- Krumm S, Ziegenhain U, Fegert J, Becker T (2005): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. In: *Kind Jugend Gesellschaft* 2005, 50: 77-81
- Lenz A (2005): *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe
- Mattejat F (2004): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In: Mattejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hrsg): *...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. 4. Auflage, Bonn: 66 – 78
- Meltzer H, Gateward R, Goodman R, Ford T (1999): *The mental health of children and adolescents in Great Britain: Report*. London: The Stationery Office
- Meysen T (2008): Editorial. *Das Jugendamt* 81(4): 175-76
- Mowbray C, Lendowski L, Bybee D, Oyserman D (2004): Children of mothers diagnosed with serious mental illness patterns and predictors of service use. *Mental Health Services research* 6: 167-183
- Nicholson, J, Geller JL, Fisher WH, Dion GL (1993): State policies and programs that address the needs of mentally ill mothers in the public sector. *Hospital and Community Psychiatry* 44 (5): 484-489
- Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL (1998): Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services* 49 (5): 635-642
- Nicholson J, Nason MW, Calabresi AO, Yando R (1999): Fathers with severe mental illness: Characteristics and comparisons. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (1): 134-141
- Nicholson J & Henry AD (2003): Achieving the Goal of Evidence Based Psychiatric Rehabilitation Practices for Mothers with Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27 (2): 122-130
- Nicholson J, Hinden BR, Biebel K, Henry AD, Katz-Leavy J (2007): A qualitative study of programs for parents with serious mental illness and their children: building practice-based evidence. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 34 (4): 395-413
- Ostman M & Hansson L (2002): Children in Families with a severely mentally ill member. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37: 243-248
- Pluto L, van Santen E, Seckinger M (2006): Kooperation – Verhängnis oder Verheißung? In: Schone & Wagenblass (Hrsg.). *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*, 2. Aufl., Münster: Juventa: 31-47
- Ramchandani P & Stein A (2003): The impact of parental psychiatric disorder on children. *British Medical Journal* 327: 242-243

- Reck C (2008): Depressionen und Angststörungen im Peripartalzeitraum: Epidemiologie, Mutter-Kind-Beziehung und Behandlungskonzept. *Nervenheilkunde* 6, 27: 499-505
- Reck C (2007): Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 3: 234-44
- Reck C, Fuchs T, Fricke J, Möhler E (2006): Integrative stationäre Psychotherapie für psychisch erkrankte Mütter und ihre Kinder. *Psychotherapie im Dialog* 1: 53-60
- Remschmidt H, & Mattejat F (1994): *Kinder psychotischer Eltern: Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe
- Rudolf GA & Röttgers HR (2000): *Rechtsfragen in Psychiatrie und Neurologie*, 2. Aufl., Wiesbaden: Dt. Univ. Verlag
- Sands RG (1995): The parenting experience of low-income single women with serious mental disorders. *Families in Society* 76 (2): 86-96
- Schlüter-Müller S (2008): *Das Projekt Aurn – Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Prävention in einer sozialpsychiatrischen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Konzeptionspapier, unveröffentlicht*
- Schmid M, Schielke A, Fegert JM, Becker T, Kölch M (2008a): Kinder psychisch kranker Eltern – eine Befragung von stationär psychiatrisch behandelten Eltern. *Methodik, Stichprobe, Epidemiologie. Nervenheilkunde* 6, 27: 521-526
- Schmid M, Schielke A, Fegert JM, Becker T, Kölch M (2008b): Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern. *Nervenheilkunde* 6, 27: 533-539
- Schone R & Wagenblass S (2006a). *Kinder psychisch Kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Weinheim: Juventa
- Schone R & Wagenblass S, (2006b): *Wenn Eltern psychisch krank sind....Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Weinheim: Juventa
- Schone R (1998). *Die Unterstützung der Familie hat Vorrang*. In: Mattejat F & Lisofsky B (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Bonn: Psychiatrie Verlag: 107-117
- Sills MR, Shetterly S, Xu S, Magid D, Kempe A (2007): Association between parental depression and children's health care use. *Pediatrics*. Apr; 119 (4): e829-36
- Simon D, Loh A, Harter M (2007): Measuring (shared) decision-making – a review of psychometric instruments. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 101(4): 259-67
- Snellen M, Mack K, Trauer T (1999): Schizophrenia, mental state and mother- infant interaction: Examining the relationship: *Australian Journal of Psychiatry* 33: 902-911
- Sollberger D (2000): *Psychotische Eltern – verletzte Kinder. Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern*. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Sommer R, Zoller P, Felder W (2001): Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50 (7): 498-512
- Stachowske R (1994): *Familienorientierte stationäre Drogentherapie*. Geesthacht: Neuland
- Stachowske R (2007): *Sucht und Drogen im Spiegel des bio-psycho-sozialen ICF-Modells*. Kröning: Asanger

- Szylowicki A (2006). Patenschaften für Kinder psychisch Kranker. In: Schone & Wagenblaus (Hrsg.). Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie, 2. Aufl.: Münster: Juventa: 103-117
- Tienari P (1987): Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: The Finnish adoptive family study. *Schizophrenia Bulletin* 13: 477-484
- Turmes L & Hornstein C (2006): Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Ein Bericht zum Status quo. *Der Nervenarzt*, elektronische Publikation
- Vostanis P, Graves A, Meltzer H, Goodman R, Jenkins R, Brugha T (2006): Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health – Findings from the GB national study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41: 509-514
- Wagenblaus , & Schone (2001). Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50(7): 580-592
- Wang AR & Goldschmidt VV (1996): Interviews with psychiatric inpatients about professional interventions with regard to their children. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93(1): 57-61
- Weinberg MK & Tronick EZ (1998): The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychology* 59: 53-61
- Woerner W, Becker A, Rothenberger A (2004): Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Child and Adolescent Psychiatry* 13 Suppl 2: II3-10
- Wüthrich C, Mattejat F, Remschmidt H (1997): Kinder depressiver Eltern. In: *Kindheit und Entwicklung*, 6: 141-146
- Ziegenhain U, Fries M, Bütow B, Derksen B (2004): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim: Juventa
- Zobel M (2000): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und –chancen. Göttingen: Hogrefe