Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland

Qualität für Menschen

Vorlage-Nr. 14/859

öffentlich

Datum: 15.10.2015
Dienststelle: Fachbereich 43
Bearbeitung: Frau Scherer-Ohnemüller/Frau Krämer

Gesundheitsausschuss	**13.11.2015**	**zur Kenntnis**
Landesjugendhilfeausschuss	**19.11.2015**	**zur Kenntnis**

Tagesordnungspunkt:

KipE Rheinland - Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen im Rheinland; Tagungsdokumentation der Abschlusstagung zum LVR-Förderprogramm am 22.05.2014

Kenntnisnahme:

Die Dokumentation der Abschlusstagung zum LVR-Förderprogramm "KipE Rheinland - Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen im Rheinland" am 22.05.2014 wird gemäß Vorlage Nr. 14/859 zur Kenntnis genommen.

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

B a h r - H e d e m a n n

Zusammenfassung:

Mit dieser Vorlage wird die Dokumentation der Abschlusstagung zum LVR-Förderprogramm „KipE^{Rheinland} – Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen im Rheinland", die am 22.05.2014 in Kooperation der beiden LVR-Dezernate „Jugend" und „Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen" durchgeführt wurde, zur Kenntnis gegeben.

Begründung der Vorlage Nr. 14/859:

Zum LVR-Förderprogramm „KipE^{Rheinland} - Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen im Rheinland", wurde am 22.05.2014 in Kooperation der beiden LVR-Dezernate „Jugend" und „Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen" eine Abschlussveranstaltung durchgeführt.

Der einführende Vortrag stellte die Ergebnisse von KipE^{Rheinland} umfassend dar und zeigte die Möglichkeit auf, diese für die Versorgung in den Regionen zum Aufbau und zur Weiterentwicklung notwendiger Strukturen zu nutzen. Als Trägerverwaltung werde der LVR auch weiterhin dauerhaft ein zuverlässiger Partner in den Netzwerken sein, die sich um Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern kümmern.

Referenten der Universität Duisburg-Essen stellten die Effekte des KANU-Programms zur primären Prävention und die wissenschaftliche Evaluation des Sprechstundenangebots von KipE^{Rheinland} der PHG Duisburg vor. Die Sichtweise und die Entwicklung der Thematik in der Jugendhilfe wurde von einer Referentin der Jugendhilfe Rheinland anhand eines Fallbeispiels sehr deutlich gemacht. Inwiefern sich die Jugendhilfe, und hier das LVR-Landesjugendamt als überörtlicher Träger der Jugendhilfe, mit der Problematik befasst und welche Perspektiven es gibt, zeigte der Referent des Landesjugendamtes auf. In Ergänzung dazu stellte die Referentin der LVR-Klinik Köln die Sichtweise und den Versorgungsauftrag der Erwachsenenpsychiatrie dar.

In drei Foren zu den Themen „Jugendhilfe trifft Erwachsenenpsychiatrie", KipE^{Rheinland} und Gemeindepsychiatrie - Rolle der SPZ" sowie „Frühe Hilfen - Vernetzte Hilfen für psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder" regten Impulsreferate zur Diskussion und einem ausführlichen Erfahrungsaustausch an. Die Gelegenheit zu kollegialen Gesprächen wurde rege genutzt.

Dem Fachpublikum aus Gesundheitswesen und Jugendhilfe wurde ein breites Spektrum an Konzepten, Fakten und Handlungsmöglichkeiten geboten, bereichert durch praxisnahe Einblicke in die beiden verschiedenen Systeme. Als Fazit kann festgehalten werden, die Potentiale an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Jugendhilfe müssen genutzt und die Wichtigkeit von multiprofessionellen Netzwerken anerkannt werden.
Einige Modellregionen haben die Möglichkeit genutzt, ihre KipE-Projekte, die sie durch die Förderung des LVR in ihrer Region umgesetzt haben, in der vorliegenden Tagungsdokumentation vorzustellen.

Die Kooperation der LVR-Dezernate „Jugend" und „Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen" wird ausgebaut und auch weiterhin nimmt der LVR seine Verantwortung für die sensible Zielgruppe der Kinder psychisch kranker Eltern wahr und wird sich für ein notwendiges, sinnvolles und zukunftsträchtiges Netzwerk im Rheinland engagieren. Die Zielsetzung ist, erforderliche Hilfen im ganzen Rheinland zu verstetigen.

Die vorliegende Dokumentation der Abschlusstagung wird gesondert zugestellt.

In Vertretung
B a h r - H e d e m a n n

LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen
und LVR-Dezernat Jugend

KipE Rheinland
Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen im Rheinland

Abschlusstagung zum LVR-Förderprogramm am 22. Mai 2014

Projekt im Rahmen:

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Landesinitiative NRW.

STARKE SEELEN

LVR
Qualität für Menschen

»Kokons« von Barbara Wokurka
Verschiedene Larvenstadien mit unterschiedlichen Entwicklungszyklen sind auf die permanenten Entwicklungsprozesse des menschlichen Lebens übertragbar. Schutz ist während dieser Metamorphose eine wichtige Bedingung. Daher ist das Insekt von der schützenden Hülle des Kokons umschlossen.
Menschen brauchen in Entwicklungsprozessen ebenfalls schützende »Hüllen«, um in/aus neue/n Formen und Rollen schlüpfen zu können.

Die Kokons sind abstrahiert in Mischtechnik (Öl/Tusche) auf Leinwand gemalt.
Video über die Entstehung eines Kokon-Gemäldes
http://www.youtube.com/watch?v=MeIlkHENn-k
Künstlervita auf FriedensArten
http://www.friedensarten.de/index.php/kuenstler-a-aktive/barbara-wokurka.html
www.barbara-wokurka.de

KipE Rheinland
Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen

Abschlusstagung zum LVR-Förderprogramm am 22. Mai 2014

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) arbeitet als Kommunalverband mit rund 18.000 Beschäftigten für die 9,4 Millionen Menschen im Rheinland. Mit seinen 41 Schulen, zehn Kliniken, 19 Museen und Kultureinrichtungen, drei Heilpädagogischen Netzen, vier Jugendhilfeeinrichtungen und dem Landesjugendamt erfüllt er Aufgaben, die rheinlandweit wahrgenommen werden. Der LVR ist Deutschlands größter Leistungsträger für Menschen mit Behinderungen und engagiert sich für Inklusion in allen Lebensbereichen. „Qualität für Menschen" ist sein Leitgedanke.

Die 13 kreisfreien Städte und die zwölf Kreise im Rheinland sowie die StädteRegion Aachen sind die Mitgliedskörperschaften des LVR. In der Landschaftsversammlung Rheinland gestalten Politikerinnen und Politiker aus den rheinischen Kommunen die Arbeit des Verbandes.

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Dezernat Jugend
50663 Köln
www.lvr.de

Redaktion: Isabel Krämer, Rolf Mertens
Layout und Druck: LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln, Tel 0221 809-2418
Titelbild: »Kokons« von Barbara Wokurka, www.barbara-wokurka.de

Köln, August 2015
1. Auflage: 1.000 Stück
Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

Inhalt

Begrüßung und Einführung 5
Martina Wenzel-Jankowski
LVR-Dezernentin Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Kanu – Ergebnisse eines Modellprojektes
Die Effekte eines Programms der primären Prävention (KANU)
für Kinder psychisch erkrankter Eltern 10
Prof. Dr. Ullrich Bauer, Universität Bielefeld

Prävention und Intervention im Duisburger Netzwerk
für Kinder psychisch erkrankter Eltern (PID) 23
Dr. Michael Rehder, Universität Duisburg-Essen

Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern aus Sicht der Jugendhilfe 31
Dr. Ute Projahn, LVR-Jugendhilfe Rheinland

Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern
aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie 37
Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, LVR-Klinik Köln

Perspektive der Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern
im Rahmen der Jugendhilfe 39
Dieter Göbel, LVR-Dezernat Jugend

FORUM 1
Jugendhilfe trifft Erwachsenenpsychiatrie 41

Moderation / Zusammenfassung 41
Susanne Stephan-Gellrich, LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Impulsreferate: 42
Jana Hanitzsch, Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg 42
Dr. Ilka Markwort, LVR-Klinik Köln 46
Dr. Ute Projahn, LVR-Jugendhilfe Rheinland 52

FORUM 2
KipE^{Rheinland} und Gemeindepsychiatrie – Rolle der SPZ 55

Moderation / Zusammenfassung 55
Rolf Mertens, LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Impulsreferate: 56
Karl-Heinz Arenz, Gesundheitsamt Rhein-Sieg Kreis 56
Birgit Richterich, Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg 63
Birgit Görres, Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. 66

FORUM 3
Frühe Hilfen – Vernetzte Hilfen für psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder 71

Moderation / Zusammenfassung 71
Regine Müller, LVR-Dezernat Jugend

Impulsreferate: 73
Sascha Fersch, Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Bonn 73
Anja Henkel, Frühe Hilfen Bonn 75
Till Hoffmann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung 78

KipE^{Rheinland} – Modellregionen 81

Berichte aus den Modellregionen:
Bonn: Evangelische Jugendhilfe Godesheim gGmbH und
Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V. – Modellprojekt JuPs 82
Euskirchen: Caritasverband für das Dekanat Euskirchen e.V. – Netzwerk FREIO 84
Duisburg: Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg – KipE^{Rheinland} Duisburg 86
Mönchengladbach: Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V. Mönchengladbach 87

Referentinnen und Referenten 88

Presseinformation 91

Begrüßung und Einführung

Sehr geehrte Damen und Herren,
Sehr geehrte Mitglieder der Landschaftsversammlung,
Sehr geehrte Mitglieder aus dem Verwaltungsvorstand,

ich begrüße Sie zu unserer Fachtagung, mit der wir die Modellförderung von „Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen" kurz: KipE^{Rheinland} zu einem würdigen Abschluss bringen wollen.

Nach einer erfolgreichen Projektphase freue ich mich, mit Ihnen gemeinsam noch einmal über die Ergebnisse von KipE^{Rheinland} im Rahmen dieser Tagung sprechen zu können. Wir haben seinerzeit in unseren LVR-Kliniken festgestellt, dass unsere Patientinnen und Patienten auch Eltern sind und ihre psychische Erkrankung Belastungen und Probleme für die ganze Familie und insbesondere für die Kinder nach sich zieht.
In den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik unserer LVR-Kliniken haben wir erkannt, dass psychisch erkrankte Kinder oftmals psychisch erkrankte Eltern haben. Und spätestens seit Mitte der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurden wir in trialogischen Debatten von Angehörigen und der Angehörigenbewegung darauf aufmerksam gemacht, dass psychisch erkrankte Erwachsene auch Kinder haben, deren besondere Belange die nötige Aufmerksamkeit brauchten.
Sie sehen, bei psychisch kranken Eltern und ihren Kinder handelt es sich um eine komplexe Interaktionsgeschichte.

Welche Schlussfolgerung haben wir daraus gezogen?

Entsprechend der wahrgenommenen Problemlagen entwickelte sich auch im Landschaftverband Rheinland (LVR) in den unterschiedlichen Aufgabenfeldern, Dienststellen und der politischen Vertretung die Idee, mit recht- und frühzeitigen Hilfen ungünstigen Entwicklungen bei den Kindern vorzubeugen und die betroffenen Eltern zu entlasten.

Uns war dabei immer klar, dass wir das nicht alleine erreichen können. Deshalb hat die politische Vertretung des LVR auch im Jahr 2010 ein Förderprogramm über gut drei Jahre aus Haushaltsmitteln des LVR aufgelegt, dessen Ziel es war, die Entwicklung und Verbreitung von Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern zu stimulieren bzw. bereits vorhandene Hilfeangebote und Strukturen zu unterstützen.
Inhaltlich wollten wir mit der Förderung vor allem folgende Ziele erreichen:

- Feststellung und Anerkennung der besonderen Bedarfslage betroffener Familien,
- Schaffung bzw. Weiterentwicklung von konkreten Hilfen für Kinder und Eltern,
- Sicherstellung der notwendigen regionalen Vernetzung unterschiedlicher Hilfsangebote und Versorgungsstrukturen,
- Sicherstellung eines niederschwelligen Zugangs für Betroffene zu den Hilfen,
- Sicherstellung einer Regelfinanzierung der konkreten Hilfen, des niederschwelligen Zugangs zu den Hilfen und der notwendigen Vernetzung über den Modellförderzeitraum hinaus.

Darüber hinaus haben wir uns, in unserer Funktion als projektverantwortliche Verwaltung und Klinikträger noch drei wesentliche weitere Ziele vorgenommen:
- die Weiterentwicklung der Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in unseren psychiatrischen Fachkrankenhäusern – den LVR-Kliniken,
- die Herausgabe eines Projekteatlasses zur Orientierung für Nutzerinnen, Nutzer und Multiplikatoren sowie
- die Anbindung von Hilfesystemen für die Betroffenen an Institutionen der Gemeindepsychiatrie.

Was haben wir also mit KipE bewirkt?

Wir, und mit uns die Projektpartnerinnen und Projektpartner in den neun Modellregionen, können heute über einen hohen Zielerreichungsgrad der Modellförderung des Landschaftsverbandes Rheinland berichten.

In allen Modellregionen wurden konkrete Hilfeangebote für betroffene Kinder und Eltern geschaffen, weiterentwickelt bzw. unterstützt.
- In allen Modellregionen konnten funktionsfähige Netzwerke etabliert bzw. gefestigt werden.

- In allen Modellregionen konnte ein niedrigschwelliger Zugang zu den Hilfen ermöglicht werden, d.h. dem Bedarf entsprechend zeitnah, ohne Antrag und damit auch anonym gegenüber Behörden und Ämtern.
- In allen Modellregionen konnte eine Anschlussfinanzierung gefunden werden – jedoch in unterschiedlichem Umfang und mit unterschiedlicher Reichweite – dazu später etwas mehr.

Mit der Förderung der Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern wurde auch die Erstellung und Herausgabe eines Projekteatlasses vorgesehen. Im Rahmen der Vorbereitung der Erstellung dieses Atlasses wurde bekannt, dass der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. einen bundesweiten Projekteatlas herausgeben wird. Wir haben daraufhin beschlossen, dieses Vorhaben zu unterstützen, finanziell zu fördern und auf die Erarbeitung eines separaten Projekteatlasses zu verzichten.

Im Ergebnis hat der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. im Februar 2013 (unter www.psychiatrie.de/dachverband/kinder) einen interaktiven Projekteatlas zu „Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern" zugänglich gemacht. Der Projekteatlas ist auch über die Homepage des LVR (www.lvr.de) zu erreichen.
Durch die Zusammenarbeit zwischen dem LVR, den Projektträgern aus den Modellregionen und dem Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. konnte erreicht werden, dass nutzerorientierte Hilfsangebote aus dem Rheinland im Projekteatlas angemessen vertreten sind und eine gute Zugangsmöglichkeit zu den Hilfen geschaffen ist.

Für diese gelungene Zusammenarbeit will ich mich an dieser Stelle beim Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. und insbesondere bei der Geschäftsführerin, Frau Görres, für ihr herausragendes Engagement zum Thema und die hervorragende Zusammenarbeit herzlich bedanken.
Frau Görres wird Ihnen heute auch im Forum 2 als Referentin und Gesprächspartnerin zur Verfügung stehen.

Welchen Aspekt hinsichtlich der dauerhaften Etablierung der Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern haben wir noch im Blick?

Das Stichwort „Gemeindepsychiatrie" gibt mir Anlass einen weiteren Dank auszusprechen – nämlich den Dank an die Sozialpsychiatrischen Zentren – kurz SPZ – die sich in den Modellregionen entweder selbst als Projektträger oder in Trägerverbünden am Förderprogramm beteiligt haben.
Die politische Vertretung des LVR hatte uns verpflichtet, ein Konzept zur Umsetzung von Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern zu konzipieren.
Als LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen, also das originäre Gesundheitsdezernat des LVR, war uns bewusst, dass wir ein Thema zu bearbeiten hatten, das an der Schnittstelle verschiedener Hilfesysteme bzw. Sozialleistungsvorschriften angesiedelt ist. Insofern stellte sich die Frage, ob wir auf eine geeignete (Versorgungs-)Struktur zurückgreifen konnten.
Passend erschienen uns die flächendeckend im Rheinland zur Verfügung stehenden Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) mit ihrer Beratungs- und Koordinierungsfunktion, so dass die Ausschreibung der Modellförderung u.a. eine verbindliche Kooperation mit dem oder den örtlich zuständigen SPZ vorsah.
Rückblickend bestätigt sich, dass dies die richtige Entscheidung war. Die beteiligten SPZ sind ein gutes Bindeglied zwischen den Hilfesystemen und für betroffene Familien und sie sind Ansprechpartner auf Augenhöhe. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SPZ waren in der Lage, Hilfebedarfe sowohl aus der Perspektive der psychisch erkrankten Eltern als auch aus der Perspektive der Kinder zu erkennen und zu bewerten.
Diese fachliche Qualität hat uns überzeugt. Mit den rheinlandweit vorhandenen SPZ steht damit, neben den psychiatrischen Kliniken, eine Struktur zur Verfügung, die es erlaubt, die Ergebnisse der Modellförderung auch in andere Regionen zu transferieren.
Von daher war es nur konsequent, die Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern als Aufgabe der SPZ in der bedarfsgerechten Weiterentwicklung und Differenzierung der regionalen Versorgung in den Förderrichtlinien des Landschaftsverbandes Rheinland festzuschreiben.

Wie haben wir das Thema in unseren Kliniken verankert?
Ein weiterer und ebenso herzlicher Dank richtet sich an unsere LVR-Kliniken, die einen wesentlichen Beitrag nicht nur an den Modellstandorten zur Weiterentwicklung der Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern geleistet haben.
Alle LVR-Kliniken haben Maßnahmen für betroffene Eltern und deren Kinder entwickelt und umgesetzt. Sie beteiligen sich aktiv an den örtlichen Netzwerken und tragen damit zu einer abgestimmten Hilfeleistung bei.

Mit Beschluss der Verbundkonferenz des LVR-Klinikverbundes vom 11.07.2013 wurden verbindliche Mindeststandards für Hilfen für Kinder psychisch erkrankter oder suchtkranker Eltern mit der Zielsetzung beschlossen,

- dass gewährleistet ist, dass die Elternschaft von Patientinnen und Patienten und ggf. zu versorgende Kinder berücksichtigt werden,
- dass Kinder als besuchende Angehörige einen angemessenen Rahmen vorfinden,
- dass mit niederschwelligen Angeboten erste Hilfen möglich sind und ggf. eine Vermittlung in weitergehende Hilfeformen stattfindet sowie
- dass die LVR-Kliniken gemäß diesen Anforderungen in der Versorgungsregion entsprechend gut vernetzt sind.

Diese Standards sollen dazu beitragen, dass betroffene Kinder nicht vergessen werden und dass sich Eltern während ihres stationären Aufenthaltes und ggf. darüber hinaus, ohne unangemessene Belastung durch Sorgen um ihre Kinder, der Therapie widmen können.
Diese Mindeststandards sind so angelegt, dass eine Übertragbarkeit für andere psychiatrische Kliniken durchaus gegeben ist.

Wie umfassend die Erkenntnisse aus dem Projekt sind, möchte ich Ihnen nun lediglich kurz skizzieren. Es würde den Rahmen meiner Begrüßung sprengen, auf alle Ergebnisse im Einzelnen einzugehen.

Mit unseren Zwischenberichten und dem Abschlussbericht haben wir die Resultate der Modellförderung ja festgehalten und veröffentlicht. Damit stehen sie allen Fachkräften und Interessierten der psychosozialen Versorgung im Rheinland zur Verfügung.

Zum Teil werden Sie davon in den Vorträgen und Diskussionen heute mehr erfahren, Sie können sie jedoch auch ganz einfach nachlesen (siehe www.lvr.de).

Bemerkenswert ist erstens die ermittelte Verteilung von Diagnosen der psychisch erkrankten Eltern u.a. mit Blick auf Abhängigkeitserkrankungen. Die Affektiven Störungen wurden am häufigsten sowohl von Müttern und Vätern genannt. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen folgten bei den Müttern an vierter und bei den Vätern an dritter Stelle der Häufigkeitsverteilung.
Dies erinnert mich an die mahnenden Worte von Herrn Prof. Dr. Banger, den Ärztlichen Direktor und Suchtexperten der LVR-Klinik Bonn, die Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern nicht zu vergessen.

Aufgrund der Differenzierung der Hilfesysteme scheint es notwendig, diesen Hinweis noch etwas nachdrücklicher zu verfolgen. Mit dem von uns gewählten Ansatz, keine der psychischen Störungen von Eltern auszuschließen, konnten auch abhängigkeitskranke Eltern, zumindest in einigen Modellregionen, erreicht werden.
Wegen der bekanntermaßen hohen Zahl von betroffenen Eltern, ist es aber sicherlich sinnvoll, die Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern unter Berücksichtigung der Schnittstellen zum Suchthilfesystem gesondert zu thematisieren, wie es z.B. in Köln und im Kreis Euskirchen bereits geschehen ist.

Zweitens zeigt die Altersverteilung der Kinder die erwarteten Spitzen in den Altersgruppen 7-10 und 11-14 Jahre, insgesamt fielen in diese Gruppe 53 % der Kinder aus betroffenen Familien. 6 % der Kinder waren bereits über 18 Jahre alt.

Ein Hinweis darauf, dass mögliche Probleme nicht mit dem formalen Eintritt in das Erwachsenenalter schlagartig beendet sind; ein Befund, den wir auch aus anderen Behandlungs- und Versorgungszusammenhängen kennen, der aber nicht

immer genügend Beachtung findet. Gerade für die Gruppe der Adoleszenten gilt es, die notwendigen Hilfen weiterhin altersgerecht zur Verfügung zu stellen und nicht deshalb einzustellen, weil eine gesetzte Altersgrenze überschritten wurde.

Als drittes bemerkenswertes Ergebnis, das ich hier zu Beginn der Tagung nennen möchte, ist die durchgehend anonyme Nutzung der angebotenen Hilfen durch betroffene Familien. Für uns ein deutlicher Hinweis auf die notwendige Niedrigschwelligkeit von Hilfen in diesem Segment, d. h. der Zugang zu den Hilfen soll so früh wie möglich genutzt werden können, ohne Antrag und ohne Wartezeiten. Der weitere Verlauf, z. B. ob ein Antrag auf Hilfen beim zuständigen Jugendamt gestellt wird, ist dann abhängig vom individuellen Beratungs- bzw. Hilfeprozess.

Ein viertes und letztes Ergebnis, das ich an dieser Stelle nennen will, betrifft die genutzten Formen der Hilfen. Ca. ein Drittel nutzte die Hilfeform „Elterngespräche ohne Kind" und ca. 17 % Familiengespräche. Dies ist unseres Erachtens ein Hinweis auf das Interesse der betroffenen Eltern an unterstützenden Hilfen und ihre Bereitschaft sich den Problemen zu stellen.

Wie hat KipE den Netzwerk-Charakter stärken und die Wichtigkeit dessen herausstellen können?

KipE^{Rheinland} war und ist durch einen lebendigen, intensiven und konstruktiven Austausch und ein hohes Engagement der Beteiligten in den Regionen rheinlandweit geprägt. Damit sind wesentliche Voraussetzungen für eine gute Vernetzung zwischen den vielen möglichen unterschiedlichen Institutionen genannt, die mit im Spiel sein können, wenn Eltern psychisch erkranken. Psychische Erkrankungen von Eltern belasten immer die ganze Familie und können Folgen für jedes einzelne Familienmitglied und dessen jeweils individuell ausgeprägte soziale Bezüge haben.
Die Auswahl an denkbaren Helferinnen und Helfern, Lehrerinnen und Lehrern, Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten ist groß, was im Sinne der Angebotsstruktur Vielseitigkeit bedeutet, aber für Hilfesuchende undurchsichtig erscheinen kann.

Unabdingbar ist, dass das Handeln der Akteure aufeinander abgestimmt, vor allem aber nicht gegeneinander gerichtet ist. Das könnte möglicherweise dazu führen, dass sich einzelne Maßnahmen im weitesten Sinne untereinander behindern mit der Folge von zusätzlichen Belastungen oder Loyalitätskonflikten für die beteiligten Eltern und Kinder. Unsere Befragungen haben ergeben, dass in jeweils ca. 20 % der Fälle das Jugendamt, die Psychiatrische Klinik, Institutionen der Gemeindepsychiatrie und Einrichtungen der Jugendhilfe Kooperationspartner waren. Eine größere Anzahl mit ca. 15 % entfiel auf sog. „Weitere" Kooperationspartner und in ca. 5 % wurde die Schule genannt.
Wir gehen davon aus, dass bei einer solchen Vielzahl von notwendigen Kontakten zwischen unterschiedlich aufgestellten Institutionen eine aktive Vernetzungsarbeit geleistet und dafür auch, in gewissem Umfang, professionelle Arbeitszeit zur Verfügung gestellt werden muss.

Beispielhaft dafür kann die Konzeption und Finanzierung des Rhein-Sieg-Kreises angeführt werden. Hier werden, auch in Weiterführung der Modellförderung KipE^{Rheinland}, an den vier SPZ im Kreis, jeweils 0,5 Stellen für die Hilfen Kinder psychisch erkrankter Eltern finanziert. Eine aktive Vernetzungsarbeit gehört dort neben den konkreten Beratungsangeboten zu den ausgewiesenen Aufgaben.

Welches Fazit können wir hinsichtlich einer angestrebten Regelfinanzierung in den Modellregionen ziehen?

Der Rhein-Sieg-Kreis ist die einzige Region, die die Modellförderung des LVR in eine Regelfinanzierung überführt hat.
Weil man bei der „Regelfinanzierung" zumeist an einen hohen Anteil der Finanzierung durch das Jugendamt denkt, ist es bemerkenswert, dass die Finanzierung im Rhein-Sieg-Kreis aus den für das Gesundheitswesen ausgewiesenen Mitteln erfolgt.

Aber auch in den anderen Regionen ist nach Ende der Förderung durch den LVR nicht alles in puncto Hilfen abgebrochen. Nachdem beabsichtigt war, die Förderung für die neun ausgewählten Modellregionen zum 31.12.2013, nach einer schon erfolgten dreimonatigen Verlängerung, zu beenden, hat die politische Vertretung des LVR beschlossen, für Regionen, die

sich wegen der Anschlussfinanzierung noch im Klärungsprozess befinden, eine weitere Übergangsfinanzierung bis längstens Ende Mai 2014 bereitzustellen.

Davon konnten vier Regionen profitieren. In den Modellregionen Solingen, Duisburg, Mönchengladbach, Viersen und Bonn haben die Projektträger Anschlussfinanzierungen im Rahmen der Landesinitiative Starke Seelen beantragt, zum Teil bereits erfolgreich. In vielen Regionen gibt es Zuschüsse oder andere Finanzierungsverfahren in unterschiedlicher Höhe für die erbrachten Leistungen.

Im Ergebnis konnte eine Regelfinanzierung nicht flächendeckend und im notwendigen Umfang erreicht werden, die Bedarfe werden von den kommunalen Leistungsträgern jedoch anerkannt, finanzielle Mittel für spezielle Angebote stehen nach Region unterschiedlich zur Verfügung.

Der Landschaftsverband Rheinland geht davon aus, dass über die beschriebenen Leistungen der Gemeindepsychiatrie und der psychiatrischen Kliniken hinaus, ein großer Teil der notwendigen Leistungen, die sich aus den Hilfebedarfen von Kindern psychisch erkrankter Eltern ergeben, nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches VIII zu erbringen sind. Für diesen Bereich sind, entsprechend der gesetzlichen Vorschriften, in erster Linie die örtlichen Jugendämter zuständig.

Mit unserer Modellförderung haben wir aufgezeigt, mit welchen Maßnahmen Kinder psychisch erkrankter Eltern versorgt werden können. Die Ergebnisse können für die Versorgung in den Regionen, zum Aufbau notwendiger Strukturen und zur Weiterentwicklung genutzt werden. Als Trägerverwaltung, mit den LVR-Kliniken selbst, als Förderer der SPZ und im Einzelfall mit Hilfen der Eingliederungshilfe für behinderte Eltern nach dem Sozialgesetzbuch XII werden wir auch dauerhaft und zuverlässig Partner in den Netzwerken sein, die sich um die Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern kümmern.

Darüber hinaus plant das Landesjugendamt eine Kampagne zur rheinlandweiten Verstetigung der Ergebnisse. Dazu wird Herr Göbel vom LVR-Dezernat Jugend vor der Mittagspause berichten. Konsequenterweise haben wir den Staffelstab oder wie es im Verwaltungsdeutsch heißt „die Federführung" für die Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern innerhalb der Zentralverwaltung des LVR an das LVR-Dezernat Jugend weitergegeben. Ich bitte Sie, dies als notwendige, sinnvolle und zukunftsträchtige Erweiterung des Netzwerkes im Rheinland zu betrachten.

Diese Tagung ist somit zugleich Abschluss und Auftakt. Abschluss für das LVR-Förderprogramm KipE^{Rheinland} und Auftakt für eine Verstetigung der notwendigen Hilfen im ganzen Rheinland.
Die nachfolgenden Beiträge und die Diskussionen in den Fachforen werden dazu bereits heute einen Beitrag leisten.
Beim Zuhören, Mitreden und in den oft so wertvollen Pausengesprächen wünsche ich Ihnen ein gutes Gelingen, Spaß und insgesamt einen angenehmen Aufenthalt hier und heute bei uns in Köln.

Kanu – Ergebnisse eines Modellprojektes. Die Effekte eines Programms der primären Prävention (KANU) für Kinder psychisch erkrankter Eltern

Vielen Dank für diese freundliche Einladung. Wie Sie wissen, sind wir ja ein bisschen mit KipE[Rheinland] verbunden. Eingeladen bin ich aber heute, um Ergebnisse aus der Evaluation eines Präventionsprojektes für Kinder psychisch erkrankter Eltern vorzustellen, unser KANU-Projekt, das mittlerweile abgeschlossen ist und das wir in einer anderen Region, in Ostwestfalen, durchgeführt haben.

Unser Partner in Bielefeld war die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel und wir haben, wie ich finde, ganz interessante Evaluationsergebnisse, die wir eigentlich erst jetzt soweit haben reifen lassen können, dass wir sie vortragen. Sie sind somit eine der ersten, denen diese Ergebnisse präsentiert werden. Sie müssen also bitte ein bisschen Verständnis haben, da so einiges noch holpert.

Das andere ist, dass ich beauftragt worden bin, über Versorgung zu sprechen und Versorgungsprobleme, Versorgungspotentiale und Versorgungsanforderungen an die Zukunft aufzuzeigen. Auf jeden Fall, wenn ich dazu eingeladen worden bin, lasse ich mir das nicht entgehen.
Das hier ist das Programm, das ich heute hier bearbeiten möchte:

- Design der Studie
- Ergebnisse
- Was heißt das für die Anwendung in der Praxis?

Die **Ausgangslage** ist unser Kanu-Projekt. Wir sprechen dabei von unserer Intervention, also einem primär präventiven Programm für Kinder psychisch erkrankter Eltern. „Das Kanu" verfügt dabei über diese Metaphorik „Wir sitzen alle in einem Boot". Und Sie sehen eingangs auch eine Figur, mit der wir unser Kanu-Projekt verbunden haben. Das Erdmännchen als eine Figur, die relativ neutral ist, die noch nicht ganz „abgegriffen" ist und mit der wir Kinder und Jugendliche sehr gut ansprechen können. Das ist die Grund-Metaphorik, mit der wir gearbeitet haben und in der Bielefelder Klinik noch arbeiten.

Dazu möchte ich im zweiten Schritt das **Design unserer Studie** erläutern. Das ist jetzt nicht nur irgendwie Beiwerk, sondern hier und da auch wichtig, um zu verstehen, was wir herausbekommen haben.

Dann folgt die Vorstellung der **Ergebnisse**. Hierbei werfen wir einen ganz interessanten Blick auf die Möglichkeiten, die wir in der Versorgung haben, um den Familien zu helfen.

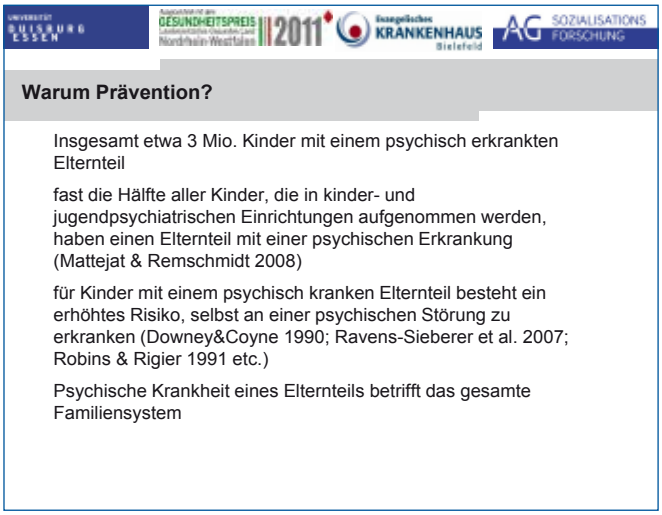
Es folgt ein kleiner Abschluss und ein Fazit, das ich mit folgenden Worten überschrieben habe: **Was heißt das für die Anwendung in der Praxis?**

1. Ausgangslage im KANU-Projekt

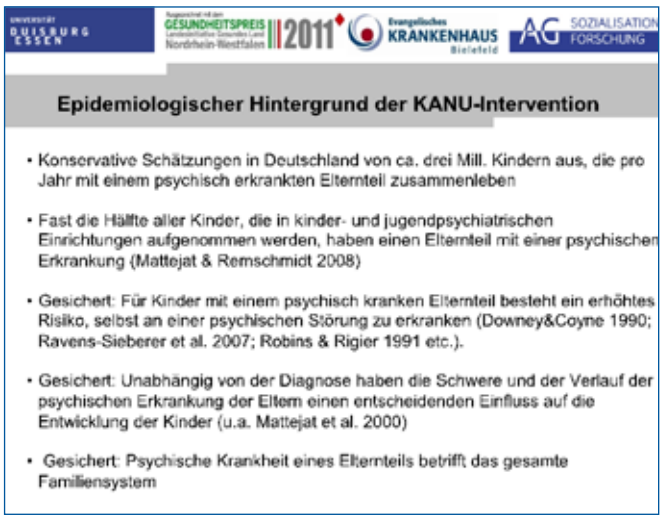
Zum ersten Punkt. Wir haben in der Tat das Gefühl, dass wir mit dem LVR eng verbunden sind, obwohl wir ja noch nie kooperiert haben. Herr Mertens, wir haben ja das Glück, dass wir uns immer auf einer Wellenlänge befunden haben und dass ich hier auch schon mehrfach eingeladen war.

Grunddaten und Koordinaten der Diskussion kennen Sie natürlich: Die betroffenen Kinder, die Prävalenz, die Häufigkeit mit der Kinder betroffen sind von der Erkrankung der Eltern. Das alles muss in der Summe nicht bedeuten, dass alle Kinder die Erkrankung ihrer Eltern vererbt bekommen, aber sie „ererben" ein höheres Risiko, gesundheitliche Störungen auszubilden. Das kann in der Art sein, in der Eltern Störungen mitbringen, das kann auch irgendeinen anderen Weg gehen, das kann weit in den Bereich der sogenannten Devianz, also der Abweichung, gehen, bis hin zu Schulproblemen usw.

Im Bereich der sozialen Vererbung sind wir ja relativ weit weg von einem kausalen Denken, das geben die Daten nicht her, das ist auch nicht plausibel, aber wir wissen, es werden Probleme produziert und das ist eigentlich die Ausgangslage, die wir immer haben. Konservative Schätzungen belaufen sich auf 3 Mio. Kinder, die in Deutschland mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammenleben. Die Frage, die wir dann immer stellen müssen: Was heißt das eigentlich? Sind das viele Kinder oder sind das wenige Kinder? Was meinen Sie hier im Auditorium, wie viele Kinder und Jugendliche haben wir im deutschen Schulsystem Sekundarstufe I, Sekundarstufe II, Primarstufe?



Also hier wurde schon richtig gesagt: Im Alter von 0-18 haben wir im Bildungssystem etwa 12 Mio. Kinder und Jugendliche. Das heißt, bei den 3 Mio. geschätzten Kindern und Jugendlichen sprechen wir über rund ein Viertel der Population, die wir institutionalisiert betreuen. Also können wir auch sagen: Bis zum Alter von 18 Jahren haben wir einen Großteil der Klientel im institutionalisierten Bildungssystem, also dort, wo wir sie auch leicht erreichen können.



Wenn wir in den Kindergärten/Schulen fragen, dann sind diejenigen, die in den Schulen tätig sind, diejenigen, die den Anteil der Kinder am stärksten unterschätzen. Die geben bei einer Klassenstärke von fünfundzwanzig bis dreißig Schüler/innen regelmäßig an, es seien vielleicht ein/e oder zwei Schüler/innen betroffen.

Dazu haben wir einen sehr starken sozialen Gradienten der Ausprägung psychischer Erkrankungen. Es sind vor allem die Familien mit geringen Ressourcen, die betroffen sind. Gehen wir also in der Schulformhierarchie herunter (dem sozialen Gradienten der Bildungschancen entsprechend), kommen wir in die Gesamt- und Hauptschulen und da werden wir dann auch schon mal ein höhere Quote als ein Viertel betroffener Kinder, also vielleicht auch einmal acht oder neun betroffene Kinder, antreffen.

Im Elementarbereich kann man anfügen, ist die Sensibilität etwas erhöht. Der Elternkontakt ist größer, die Sensibilität ist höher, diese Problematik wird aber dennoch systematisch unterschätzt.

Mit Zahlenmaterial möchte ich Sie aber gar nicht lange aufhalten, die Datenlage kennen Sie oder können Sie gut recherchieren. Was Sie natürlich wissen und worüber Sie viel wissen, ist die Kinderproblematik. Zunächst einmal im Nahumfeld der

Betroffenen, also in diesem Fall der Kinder. Das sind die Eltern, Geschwister, die Peers, das ist die Schule, das sind die Netzwerke. Das Ganze wird gerahmt durch unterschiedliche Ressourcen im Hintergrund: Also vor allem ökonomisches und kulturelles Kapital. Das heißt Geld, Vermögen, Besitz, Bildung und soziales Kapital, dieser unschöne Indikator in der psychologisch-sozialwissenschaftlichen Diskussion, weil er schwer einzugrenzen ist.

Was ist soziales Kapital? Ist die Clique, mit der ich klauen gehe, soziales Kapital? Was meint soziales Netzwerk, was es darstellt oder nicht, können wir noch gar nicht genau sagen, da sind die Qualitäten sehr unterschiedlich und wir haben den Bereich der Versorgung und der Prävention. Dort wo wir mittlerweile präventiv, primär-präventiv, sekundär-präventiv, tertiär-präventiv oder intervenierend eingreifen. Zu all diesen Aspekten haben wir im Rahmen der Fachtagung 2011 hier beim LVR und der entsprechenden Tagungsdokumentation bereits viel ausführlicher referiert. Wenn Sie die Gelegenheit haben, würde ich Sie bitten, das hier nachzulesen.

Und in diesem Bereich der Versorgung und Prävention haben wir große Fragezeichen. Da wissen wir noch gar nicht so richtig, wie diese Felder mit jenen interagieren, die die Kinder in unserer Zielgruppe vorfinden. Was sie also eigentlich immer noch in der Hauptsache, ihrer Lebensführung, bestimmt. Denn die meisten Interventionen, die wir anbieten, sind natürlich nur punktuelle Maßnahmen, die die Lebenswelt meistens nur sehr kurzfristig verändern und in den Familien kaum eine Garantie dafür bieten können, dass sich langfristige Änderungen der familialen Lebensführung, der Interaktionsmuster, der Erziehungsstile etc. ergeben. Hier ist also ein großes Fragezeichen. Das hebe ich mir mal für das Ende und für die Diskussion der Ergebnisse auf, die wir vorstellen möchten.

Belastungen und Ressourcen in der Diskussion über die Lebensbedingungen der betroffenen Kinder

Die typische Konstellation der Belastungen der Kinder ergibt sich aus dem ebenso typischen Zusammenspiel unterschiedlicher Belastungsfaktoren. Die kennen Sie auch alle: Das sind die typischen Erscheinungen der Isolation, Loyalitätskonflikte, aber am bekanntesten, der Parentifizierung: Die Rollenumkehr, nach der die Kinder häufig sehr früh in eine Sorgebeziehung eintreten für die erkrankten Eltern. Die Eltern lassen sich also eher versorgen und hier entsteht ja ein Verdacht, dass es eine extrem große Belastung ist, die von den Kindern „angespart" wird, die lange zu einer Latenz führt und erst im Erwachsenenalter dazu führt, dass die Belastung wahrgenommen wird oder so stark ist, dass sie dann ausbrechen kann.

Parentifizierung ist der interessanteste Begriff in dieser Debatte, aber wir wissen empirisch tatsächlich immer noch zu wenig, um dies begrifflich weiter zu schärfen. Wir können es nur häufig beobachten, aber welche Auswirkungen es langfristig hat, wird sich noch zeigen.

Alle anderen Formen der Belastungen sind bekannt. Auch hier muss man sagen, es sind noch Abstraktionen aus dem, was wir empirisch wissen. Hier kann man feiner werden. Ich habe nur dazu angemerkt: Im Hintergrund das ökonomische, kulturelle und soziale Kapital, welche als Ressourcen eine große Rolle spielen. Nicht nur bei der Wahrscheinlichkeit, mit der Familien betroffen sind, dass psychische Störungen eine Rolle spielen. Ich bin mittlerweile sehr sicher, vor allem auch dann, wenn es darum geht, diesen Familien zu helfen. Dann spielen jene Ressourcen im Hintergrund eine große Rolle. Allein schon, wenn es um die Bereitschaft der Familien geht, die Angebote, die wir machen, auch annehmen zu können.

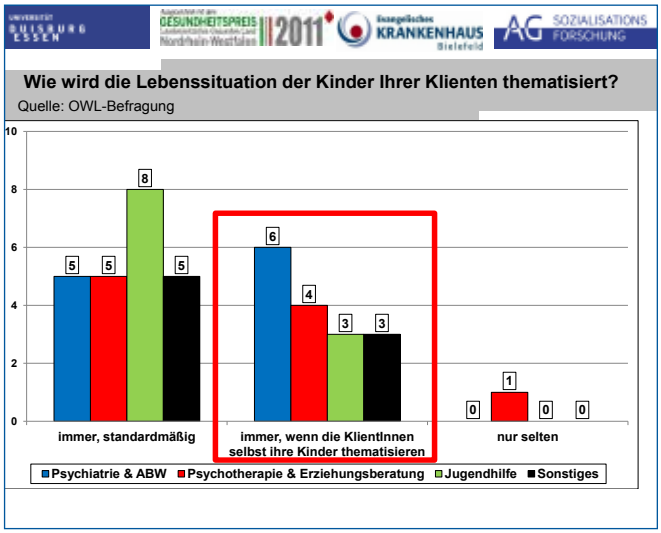
Die Ressourcenproblematik ist ein großer Punkt, den wir nicht vergessen dürfen, wenn wir in diesen ohnehin schon vernebelten, schwierigen Bereich der Prävention eintreten. Das kennen wir aus allen Erfahrungsräumen, wo Präventionsangebote installiert werden. Es ist schwer genug, überhaupt präventiv zu denken und zu handeln. Aber irgendwann ist das, was wir uns am Schreibtisch ausdenken, tatsächlich Praxis. Was aber dann meistens ebenso tatsächlich vergessen wird, dass wir dann auch nur die erreichen, die erreichbar sind. Das heißt, wir schneiden dann wieder von der Problemgruppe jene Schicht ab, die am ehesten in der Lage ist, sich selbst zu helfen. Das spricht nicht gegen diese Art von Prävention,

die wir häufig erleben. Es ist eine Notwendigkeit, dass man erst einmal diejenigen erreicht, die erreichbar sind. Auf der anderen Seite darf Prävention hier nicht stehen bleiben. Prävention, wenn sie gelingt, ist das, was wir an Schreibtischen entwerfen, was in die Praxis hineinkommt und wo uns Praktiker/innen sagen, es läuft. Wir schaffen es aber selten, dann die darunter liegenden Schichten zu erreichen, die wir eigentlich nicht sehen. Wenn so ein Prozess läuft, das kennen Sie, das kennen wir, dann werfen wir uns die Bälle zu und machen Evaluationen usw., aber in den Blick kommen gar nicht mehr diejenigen, die gar nicht in diese Maßnahmen mit einbezogen werden.

Und deswegen dieser Hinweis hier, der für alle Präventionsfelder gilt: Viele Ressourcen und die Bewältigung gelingt leichter, wenige Ressourcen und die Bewältigung erfolgt schwerer. Dies war der Grund, weswegen wir vor einigen Jahren noch allgemein das sogenannte Präventionsdilemma diskutiert haben. Wo wir gesagt haben, Prävention ist gut, aber dilemmatisch, weil es in der Regel diejenigen erreicht, die am wenigsten Hilfe brauchen und diejenigen zurücklässt, immer noch zurücklässt, die die Hilfe eigentlich deutlicher benötigen. Diese Gruppen befinden sich in der dilemmatischen Situation.

Zur weiteren Verdeutlichung unserer Ausgangssituation die Befunde einer kleinen Befragung, die wir in OWL durchgeführt haben unter ambulanten und stationären Einrichtungen. Leitfrage war, wie diese Einrichtungen eigentlich mit den Familien zusammen arbeiten. Hier haben wir die Psychiatrie, das ambulante/betreute Wohnen, die Psychotherapie und Erziehungsberatung und die Leitfrage war: Wie wird die Lebenssituation der Kinder ihrer Klienten thematisiert?

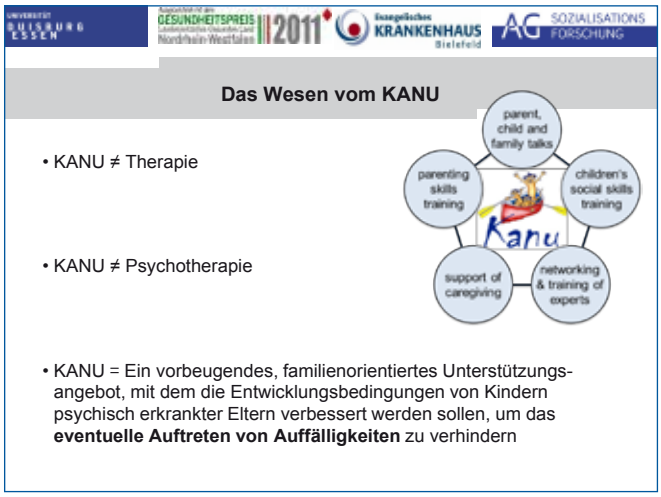
Dann haben wir hier besonders gut erkennbar jenen Bereich, wo dann die Befragten aus dem ambulanten und stationären Bereich gesagt haben, wann über die Kinder der Klienten gesprochen wird: Immer wenn die Klienten selbst ihre Kinder thematisieren. Das war für uns der erste „Hammer", der sich ja mittlerweile großflächig bestätigt hat. Viele Versorger vermeiden im Grunde die Thematisierung der Kinderperspektive, einfach weil sie die Ressourcen dafür nicht haben, weil sie



den Auftrag dafür nicht haben und weil sie so versuchen, diese spezielle Thematik zu umgehen. Eltern kommen nämlich mit ihren Problemen und werden auf ihre Kinder angesprochen, was wiederum die Angst erzeugt, dass die Kinder aus den Familien genommen werden könnten, weil eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Da ist eine sehr große Schwelle im Versorgungsbereich, die uns ratlos macht. Wie kann man da dieses Thema so einstellen, dass die Angst, die bei den Eltern vorherrscht, verringert wird und dass Hilfen tatsächlich regulär für die Familien angeboten werden können, die sektorenübergreifend sind. Wir wissen ja jetzt schon: Die Sozialgesetzbücher sind in der Hinsicht einfach nicht angemessen für die Versorgungskomplexität, die wir bewältigen müssen.

Das KANU Projekt

Unser Kanuprojekt ist keine Therapie, unser Kanuprojekt ist keine Psychiatrie. Es ist ein vorbeugendes, familienorientiertes Unterstützungsangebot, mit dem die Entwicklungsbedingungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern verbessert werden sollen, um das eventuelle Auftreten von Auffälligkeiten zu verhindern. Wir sind im wirklichen Sinne so angetreten, dass wir als primär-präventives Projekt wahrgenommen werden wollen. Wir versuchen Eltern zu erreichen, die sich in der Zeit eines Klinikaufenthaltes befinden, in dieser Zeit ansprechbar sind, und deren Kinder, die bisher nicht auffällig geworden sind. Deswegen ist das Programm primär-präventiv

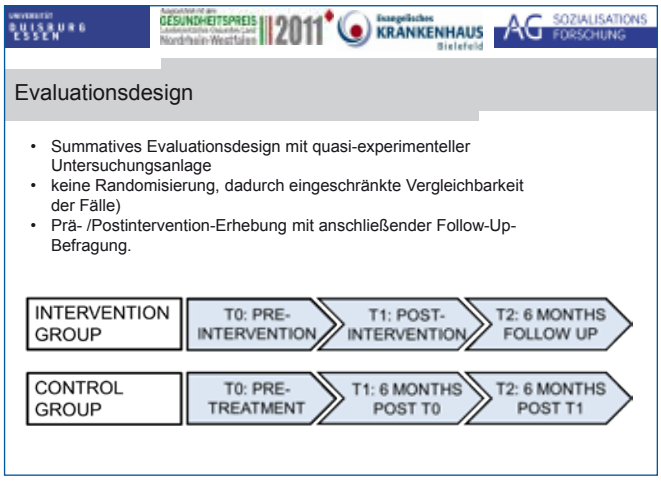


ausgerichtet. Das ist eine Ausrichtung von vielen möglichen, auch anderen Varianten. Eine andere wäre natürlich jene, die Kinder direkt mit einzubeziehen, die bereits auffällig sind. Dann wären wir jedoch nicht mehr primär-präventiv.

Abgebildet sind hier die Kanuelemente, mit denen wir arbeiten, ein „buntes", multimodales Vorgehen, mit dem wir Eltern-Kind-Gespräche verbinden, Kindergespräche, Kindergruppen etc. Wir bieten zudem Patenschaften an. Über all das informieren Sie sich bitte gerne nach der Intensität Ihres Interesses. Ich darf Sie auch vorsichtig auf einen Ausschnitt der weiterführenden Literatur zum Kanu-Programm verweisen.

Evaluation des KANU Programms

Unser Evaluationsdesign ist ein typisches Design für Wirksamkeitsüberprüfungen. Das heißt, wir haben hier quasi-experimentelles Design, mit dem wir eine vor allem interessierende Gruppe haben, die die sogenannte Interventionsgruppe darstellt. Das ist die Gruppe, mit der wir arbeiten. Daneben haben wir eine andere Gruppe, die die Kontrollgruppe darstellt. Das ist eine Vergleichsgruppe, die mitläuft, damit wir die Ergebnisse, die wir im Zeitverlauf haben, einordnen können und schauen, wie sich Kinder und Familien verhalten, die dicht mit einem Interventionsangebot konfrontiert werden, im Vergleich zu denjenigen, mit denen wir zusammen im Kanuprojekt arbeiten.



Sie sehen hier in der Darstellung, wir haben unterschiedliche Messzeitpunkte.

- t0 ist immer der Zeitpunkt vor dem Start der Intervention. Da gucken wir, wie wir vor der Intervention ausgestattet sind und machen dann zwei Postbefragungszeitpunkte. Einmal nach der Intervention direkt und einmal ein sogenanntes Follow-up, einige Zeit nachdem die Intervention durchgeführt wurde, um zu schauen, ob es Effekte auf die Familien gibt, nachdem wir mit dem Kanuprojekt gearbeitet haben und ob diese Effekte auf Dauer halten.
- t0 ist der Ausgangspunkt. t1 und t2 sind die Zeitpunkte mit denen wir dann die Wirksamkeit überprüfen. Direkt danach (t1) und in der Folge (t2).

Dazu sehen Sie die Instrumente, die wir eingesetzt haben und mit denen wir messen, wie die Familien ausgestattet sind. Fast alle sind sogenannte psychometrische Instrumente. Wir verlassen uns dabei vor allem auf Skalen, die im diagnostischen Bereich gut erprobt sind, um festzustellen: Mit wem haben wir es zu tun? Welche Krankheit ist vorherrschend? Welche Belastungen entstehen durch die Krankheit etc.?

Evaluationsinstrumente – Eltern

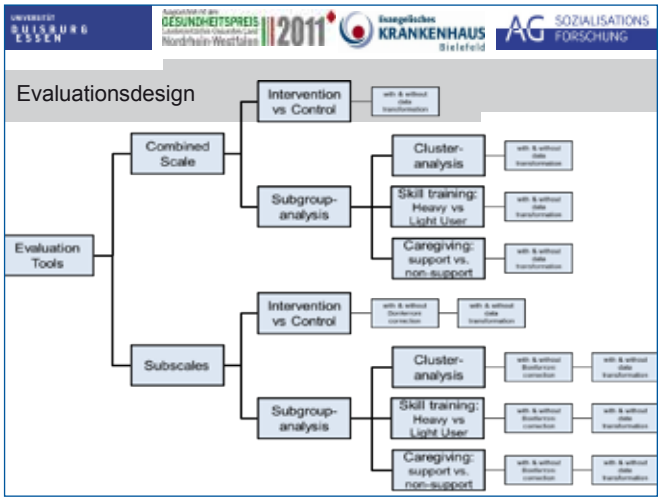
Themenkomplexe	Instrumente
Depressive Symptomatik	BDI-II – Becks Depressionsinventar II
Schizophrene Symptomatik	ESI – Eppendorfer Schizophrenie Inventar
Psychische oder Verhaltensauffälligkeiten	SKID-I BSI – Brief Symptom Inventory
Eltern-Kind-Beziehung/ Erziehungsverhalten	DEAPQ – Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschulkinder (DEAPQ-EL-GS)
Soziale Beziehungen/ Netzwerkfähigkeit/Paarbeziehung	F-SozU – Fragebogen zur sozialen Unterstützung EPF – Einschätzung von Partnerschaft und Familie
Emotionswahrnehmung und – regulation	CERQ Erwachsene – Cognitive emotion regulation questionnaire FEEL-E Fragebogen zur Erfassung der Emotionsregulationsstrategien im Erwachsenenalter
Selbstwirksamkeit/ Selbstwertgefühl	SWE – Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeit
Stresserleben in der Familie	EBI – Eltern Belastungsinventar: Parenting Stress Index
Wohlbefinden/ Lebenszufriedenheit	SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand
Sozioökonomischer Status	Soziodemografische Items
Messung der Interventionswirkung	SII – Semi- structured interview about the intervention

Evaluationsinstrumente – Kinder

Themenkomplexe	Instrumente
Depressive Symptomatik	DIKJ – Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche
Psychische oder Verhaltensauffälligkeiten	SDQ – Fragebogen zu Stärken und Schwächen
Eltern-Kind-Beziehung/ Erziehungsverhalten	APQ – Alabama Parenting Questionnaire für Kinder FEB-K – Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung für Kinder
Soziale Beziehungen/ Netzwerkfähigkeit/Paarbeziehung	LSDC – Loneliness & Social Dissatisfaction Questionnaire – für Kinder ISF – Inventory of supportive figures für Kinder
Emotionswahrnehmung und – regulation	FEEL-KJ – Fragebogen zur Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen CERQ Kids - Cognitive emotion regulation questionnaire
Selbstwirksamkeit/ Selbstwertgefühl	SPPC-D- Selbstkonzeptskala (Self-Perpection-Profile for children)
Stresserleben in der Familie	SSKJ 3-8 - Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter
Wohlbefinden/ Lebenszufriedenheit	KINDL-R Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Sozioökonomischer Status	FAS Family Affluance Skale
Messung der Interventionswirkung	SCI – Semi- structured Children Interview

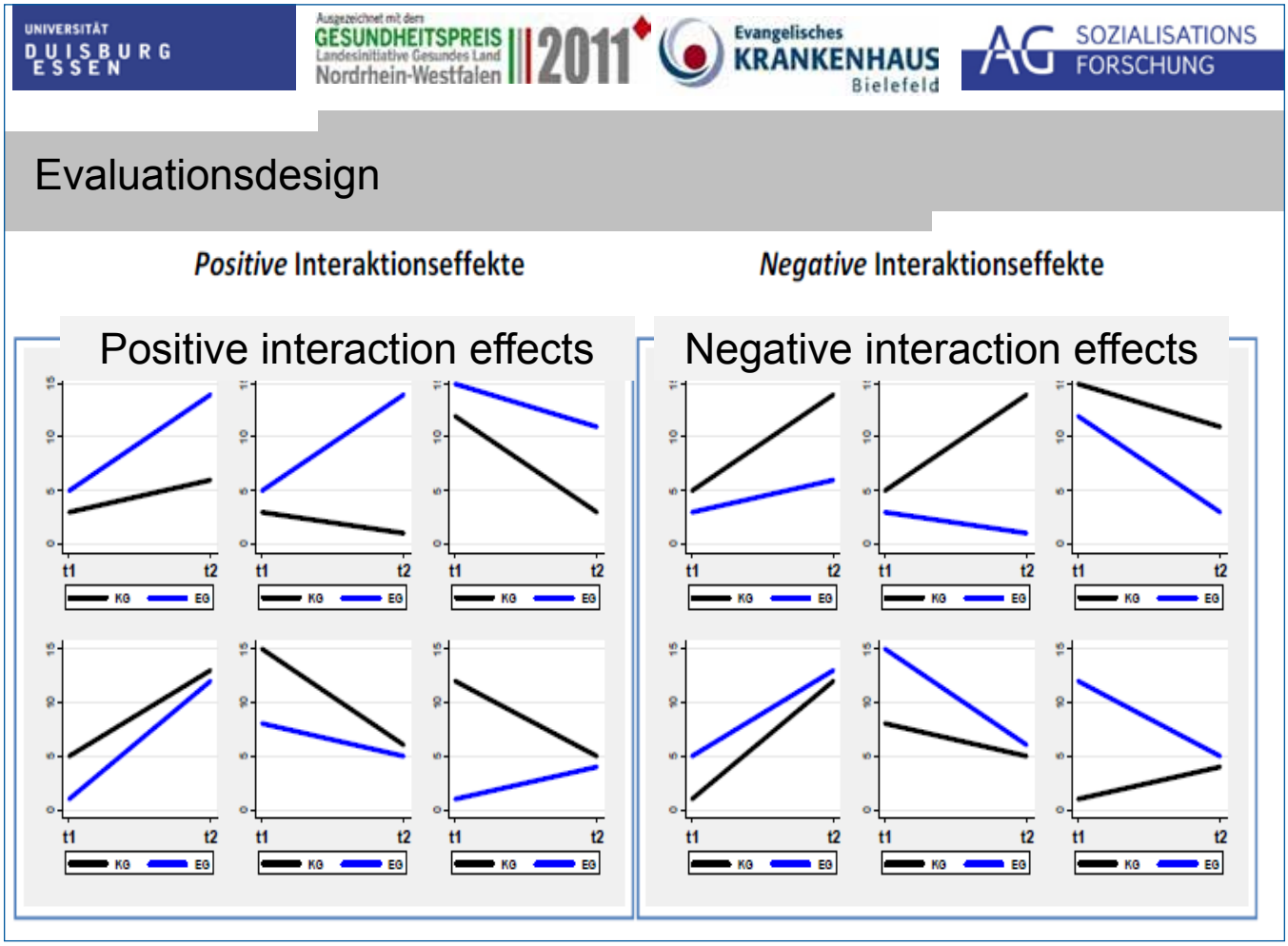
Wenn Sie im Großen und Ganzen den Rahmen überblicken, dann ist natürlich erst einmal festzustellen, dass wir sehr viel erhoben haben. Daran können Sie ermessen, dass so eine Evaluationsstudie eine riesige Anforderung an die Probanden darstellt. Das ist natürlich grenzwertig. Wir haben ganz tolle teilnehmende Familien gehabt, die das dann auch mitgemacht haben. Sie sehen, dass wir dabei eine Kinder- und Elternebene unterschieden haben. Was Sie jetzt im Wirrwarr der unterschiedlichen Instrumente nicht wirklich erkennen können, ist das, was wir als Folie dahinter gelegt haben, also, dass wir verschiedene Ebenen unterschieden haben, auf denen wir testen. Wir haben hier den gesamten Bereich health, health related quality of life etc. Das heißt, dass der gesundheitliche Status und andere sogenannte Outcomes, subjektiv eingeschätzt werden. Wir erfragen Verhaltensprobleme und testen dazu psychometrisch all das, was mit der Selbsteinschätzung zu tun hat: Selbstwertgefühl, Vertrauen, Selbstwirksamkeit und wir haben die sozialen Unterstützungsmöglichkeiten, bis hin zur Interaktionsbeziehung zwischen Kindern und Eltern.

Sie sehen, wir versuchen unterschiedliche Bereiche abzubilden, um zu schauen, ob Änderungen in solchen primärpräventiven Interventionen wie unserer erzeugt werden können. Es sind also hinter den Instrumenten eigene Fragestellungen, die wir versuchen zu untersuchen.



Die Methoden, die wir für solche Evaluationsstudien anwenden, sind die typischen. Einige Besonderheiten hebe ich gleich hervor: Für diejenigen, die interessiert sind an solchen Methoden, ist das jetzt hier einfach ein kleiner Anker, um zu schauen mit welchen statistischen Methoden/Modellen wir arbeiten. Auch hier gilt: lieber rückfragen, als jetzt proaktiv alles zu erläutern und zu tief ins Detail zu gehen. Wir haben ein Evaluationsdesign, was wir hier auch einmal nur ganz kurz abtragen wollen. Auf der linken Seite, das sind die Evaluationstools. Das ist also die Kanuintervention, mit der wir arbeiten. Da sind zudem die Skalen, die wir einsetzen. Das ist zudem die Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe. Dann nehmen wir zudem Subgruppenanalysen vor, die hochinteressant sind, weil wir dann nochmal Cluster bilden aus unterschiedlichen Familien.

- Familien mit geringem und hohem sozioökonomischen Status
- Familien mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund
- Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil versus vollständige Familien
- Familien, die intensiv teilgenommen haben gegenüber Familien, die weniger intensiv teilgenommen haben
- Familien, die Patenschaften in Anspruch genommen haben gegenüber Familien ohne Patenschaften.



So ist das Design aufgebaut, dessen Ergebnisse Sie gleich einmal sehen werden. Das heißt, wir versuchen, bei dem Vergleich zwischen der Interventions- und nicht Interventionsgruppe, der Interventions- und der Kontrollgruppe also, noch einmal genauer zu schauen, wo wir Effekte abbilden können und wo nicht. Wir werden gleich sehen, an der Oberfläche gelingt das schon ganz gut.

Noch ein letztes Wort zum Design, das wir anwenden. Wenn wir von negativen/positiven Effekten sprechen, dann hat das immer so eine Mehrfachkonnotation, die man gar nicht in einen Satz hineinpressen kann. Deswegen haben die Kollegen das hier angefertigt, um ein bisschen zu verdeutlichen: Was heißt denn eigentlich, dass ein Programm wirksam ist? Ich weiß nicht, ob Sie sich alleine orientieren können an dieser Abbildung.

Darum einmal eine kurze Erläuterung: Das eine ist die Kontrollgruppe (KG), das andere die Experimentalgruppe (EG). Wirksamkeit heißt immer, dass die Gruppe, mit der wir die Intervention durchgeführt haben, sich anders, nämlich besser verhält, als die Gruppe mit der wir das Programm nicht durchgeführt haben. Das kann aber auch bedeuten, dass, wenn die Werte über unterschiedliche Messzeitpunkte, die wir erheben, schlechter werden in beiden Gruppen, es positiv ist, wenn unsere Interventionsgruppe anhand der Werte, die wir erheben, z.B. Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit, weniger langsam schlecht werden als in der Kontrollgruppe.

Was kann durch Prävention passieren?

	Effektivität von Prävention (+)	Effektivität von Prävention (-)
Ausgangs-voraussetzungen (-)	**(1) Kompensation**	**(2) Risikokumulation**
Ausgangs-voraussetzungen (+)	**(3) Resilienzkumulation**	**(4) Status-quo-Erhalt**

Vierfelder-Tafel zur idealtypischen Interaktion von unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen der Adressaten und der erwarteten Effektivität von Gesundheitsförderung (heuristisches Interaktionsmodell). Nach: Bauer/Bittlingmayer 2006.

Hier wird der Bereich eigentlich interessant, wenn wir primärpräventiv denken. Wir versuchen immer etwas zu erreichen und zu verändern, in Wirklichkeit bestehen primär-präventive Projekte in multimodal betroffenen Gruppen eigentlich darin, dass wir Verschlechterungen, die regelmäßig eintreten, verlangsamen oder sogar aufhalten können. Das ist dann quasi die Primärprävention in hochbelasteten Familien. Sodass wir hier ein Vier-Felder-Schema haben, mit dem wir im Präventionsbereich seit vielen Jahren arbeiten.

Ergebnisse

Wir kommen damit zu den Ergebnissen, die hoch spannend sind. Was wir gerade überschlagen haben ist, dass wir zwei Gruppen haben, die unterschiedlich sind. Eine Interventions- und eine Kontrollgruppe, die sich nicht so ähnlich sind, wie wir uns das eigentlich wünschen. Das kann man schwer kontrollieren in der Rekrutierung. Das kriegt man eigentlich immer erst im Prozess heraus, wenn die ganze Maschine schon läuft. Das heißt hier, die Kontrollgruppe hat mehr Ressourcen, mehr Bildung, mehr Einkommen, lebt häufiger in vollständigen Familien. Unsere Interventionsgruppe ist dagegen belasteter, lebt häufiger alleine, häufiger Migrationshintergrund, hat weniger Einkommen und weniger Bildung.

Samplestruktur und Prätest-Äquivalenz beider Gruppen

	Experimentalgruppe N(E)=37 N(K)=55		Kontrollgruppe N(E)=17 N(K)=27		T
	M	(SD)	M	(SD)	
Alter des erkrankten Elternteils	40.02	(6.91)	39.70	(5.55)	n.s.
Alter des Kindes	9.84	(2.27)	10.06	(2.75)	n.s.
Anzahl der Kinder im HH	1.70	(0.85)	2.07	(1.00)	n.s.
	%		%		χ^2
Geschlecht Elternteil:					
- weiblich	73 %		67 %		n.s.
- männlich	27 %		33 %		
Geschlecht Kind:					
- weiblich	52 %		49 %		n.s.
- männlich	48 %		51 %		
Familienstand:					
- ledig	23 %		7 %		n.s.
- verheiratet	32 %		67 %		
- getrennt lebend/geschieden	45 %		26 %		
Feste Partnerschaft:					
- ja	52 %		89 %		**p<0.01**
- nein	48 %		11 %		
Muttersprache:					
- Deutsch	73 %		93 %		**p<0.05**
- andere	27 %		7 %		

Samplestruktur und Prätest-Äquivalenz beider Gruppen

	Experimentalgruppe N(E)=37	N(K)=55	Kontrollgruppe N(E)=17	N(K)=27	T
	%		%		χ^2
Höchster Schulabschluss:					
- kein Abschluss/Hauptschule	34 %		30 %		n.s.
- Mittlere Reife	37 %		41 %		
- Fachhochschulreife/Abitur	29 %		29 %		
Höchster Ausbildungsabschluss:					
- keiner	18 %		8 %		**p<0.05**
- Lehre	57 %		73 %		
- Meister/Techniker	12 %		--		
- FH/Uni	13 %		19 %		
Jährliches HH-Einkommen (Brutto):					
> 10.000 €	27 %		4 %		**p<0.01**
10.000 – 17.999 €	31 %		11 %		
18.000 – 29.999 €	19 %		39 %		
> 30.000 €	23 %		46 %		
Erwerbsstatus:					
- keiner	38 %		33 %		n.s.
- berufstätig	35 %		44 %		
- in Rente	15 %		4 %		
- dauerhaft krankgeschrieben	12 %		19 %		

Das macht die Sache kompliziert. Für jedes Evaluationsdesign ist das fast ein k.o. Das konnten wir nur mit Methoden auffangen, die für solche ungleichen Stichproben geeignet sind, um Vergleiche vornehmen zu können. Deswegen machen wir Interaktionsanalysen zwischen unterschiedlichen Effekten, die wir feststellen können. So kann man das auffangen und ab dann wird das Ganze wieder eine Vorlage, weil man dann schauen kann, wie eine hochbelastete Gruppe reagiert.

In den Ergebnissen erkennen Sie etwas, das mit rot und grün gekennzeichnet ist, im Bereich der Interventionsgruppe, bei den Zeitpunkten t1 und t2, also nachdem die Intervention gelaufen ist. Achten Sie jetzt bitte nur auf die Zellen, die rot oder grün sind, wo wir Interaktionseffekte feststellen können. Wir können auf diese Weise beschreiben, dass bei einem ganz zentralen Indikator für uns hier, dem Stärken- und Schwächen-Fragebogen, der mit unterschiedlichen Skalen konstruiert ist, dass wir feststellen können, es gibt bei den emotionalen Symptomen, bei dem Verhältnis zu den Peers, zu den Gleichaltrigen und damit verbundenen Problemen und beim prosozialen Verhalten Veränderungen, die ganz entscheidend sind nach der Intervention. Alle Effekte, egal ob jetzt hier rot

Kanu Evaluation – Ergebnisse

P	Positive Interaction T1 or T2
N	Negative Interaction T1 or T2
	ANOVA not available
Yes	Significant Overall Effect
	No Interaction

Outcome Variables - Children				*Independent Variables*						
			Data Transformation	Intervention		Cluster	Support of caregiving		High Participation Rate in Skill Training	
Evaluation Tool				T1	T2	T1+T2	T1	T2	T1	T2
KINDL-KIDDY	Health-related Quality of Life in Children aged 4-7 years	Combined Scale	No							
KINDL-KID	Health-related Quality of Life in Children aged 8-12 years	Combined Scale	No							
CDI	Children's Depression Inventory	Combined Scale	Yes			Yes				
SDG-S	Strengths and Difficulties Questionnaire	Combined Scale	Yes	N			P			
		Emotional Symptoms	Yes	N						
		Conduct Problems	Yes							
		Hyperactivity/Inattention	Yes				P			
		Peer Relationship Problems	Yes	N						
		Pro-social Behavior	Yes	P	P				N	
SPPC	Self Perception Profile for Children	Combined Scale	Yes			Yes				
ISF	Inventory of Supportive Figures	Combined Scale	Yes							
LSDQ	Loneliness & Social Dissatisfaction Questionnaire	Combined Scale	Yes							
PI-C	Parent-Child Relationship Inventory for Children	Care	No		N					
		Control	No			Yes		P		
		Lack of Limitations	Yes			Yes				
		Confidence	Yes		N					
		Conflict/Rejection	No		P		P			

UNIVERSITÄT DUISBURG ESSEN

Ausgezeichnet mit dem GESUNDHEITSPREIS Landesinitiative Gesundes Land Nordrhein-Westfalen 2011

Evangelisches KRANKENHAUS Bielefeld

AG SOZIALISATIONS FORSCHUNG

Kanu Evaluation – Ergebnisse

P	Positive Interaction T1 or T2
N	Negative Interaction T1 or T2
	ANOVA not available
Yes	Significant Overall Effect
	No Interaction

Outcome Variables - PARENTS			*Independent Variables*							
			Data Transformation	Intervention		Cluster	Support of caregiving		High Participation Rate in Skill Training	
Evaluation Tool				T1	T2	T1+T2	T1	T2	T1	T2
SF12	Short Form 12 Health Survey	Combined Scale	No							
BSI	Brief Symptom Inventory	Combined Scale	No		P					
BDI-II	Becks Depression Inventory	Combined Scale	No		P					
GSE	Generalized Self-Efficacy Scale	Combined Scale	No		N					
F-SozU	[Social Support Questionnaire]	Combined Scale	No							
APQ	Alabama Parenting Questionnaire (Primary School Age)	Combined Scale	No							
PSI	Parenting Stress Index	Combined Scale	No							
	Child Characteristics	Distractibility/Hyperactivity	No			Yes				P
		Mood	No							
		Acceptability	No						P	
		Demandingness	Yes				N			
		Adaptability	No	N	N	Yes				
	Parent Characteristics	Attachment	No							
		Isolation	Yes						N	
		Competence	No		P					
		Depression	No							
		Health	No		P		N	N	N	N
		Role Restriction	No							
		Partner Relationship	No							

oder grün, zeigen an, dass sich das Verhalten der Kinder verändert und zwar verbessert hat.

In der Interventionsgruppe haben die Betroffenen weniger emotionale Symptome. Sie sind insgesamt stärker in der Selbsteinschätzung mit Stärken ausgestattet. Sie haben weniger Probleme mit den Gleichaltrigen und zeigen ein prosozialeres Verhalten, können sich also besser in ihrer Umwelt anpassen. Das zeigt sich vor allem für den ersten Messzeitpunkt direkt nach der Intervention. Beim zweiten Messzeitpunkt, dem Follow-up, nachdem die Intervention schon länger nicht mehr stattfindet, zeigt sich beim prosozialen Verhalten tatsächlich eine Veränderung, sodass etwas wirklich besser wird. Hier in anderen Bereichen der Selbstwahrnehmung, der Selbstwirksamkeit etc. haben wir dagegen erst einmal weniger Effekte, was einigermaßen plausibel ist, wenn wir in Rechnung stellen, dass wir mit einer Gruppenintervention, die über rund drei Monate hinweg stattfindet, wo wir zwar Gespräche führen, wo wir Kindergruppen leiten etc., aber dennoch nicht erwarten können, dass wir Persönlichkeitseigenschaften mit einer hohen transsituativen Konsistenz wie Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen etc. ganz leicht verändern können. Es ist plausibel, dass wir hier keine Änderungssensitiviät abtragen können.

Im Verhältnis zwischen Eltern und Kindern fallen dann aber wieder Ergebnisse auf, die hochinteressant sind. Das ist einmal die Sorge, die wahrgenommen wird aus Kindersicht. Das ist einmal das Selbstvertrauen der Kinder und da ist das Gefühl, dass man viele Konflikte und Zurückweisungen erlebt. Hier haben wir gegenüber den sehr positiven Effekten, wenn es darum geht, wie die Kinder sich selbst einschätzen, mit unserer Interventionsgruppe einen interessanten Effekt, weil diese Kinder sich stärker belastet fühlen in der Auseinandersetzung mit den Eltern. Sie empfinden die Sorge ihrer Eltern

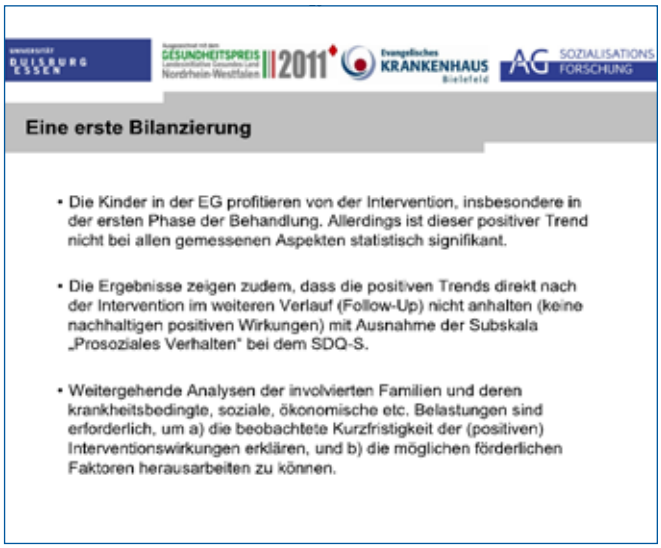
stärker, sie empfinden ihr eigenes Selbstvertrauen schwächer und haben das Gefühl, dass Konflikte und Zurückweisungen durch die Eltern zunehmen.

Hier haben wir natürlich mit dem Kanu-Programm und mit der Entwicklung dann ein Fragezeichen. Wir haben diesen gerade genannten, sehr ambivalenten Befund und an einer ganz zentralen Stelle, dort, wo wir uns Änderungen auch erhofft haben, treten die Kinder gestärkt aus dem Programm hervor. Von hier aus können wir, ich denke auf Dauer, einen primär-präventiven Befund ableiten. Bei dem Verhältnis zu ihren Eltern werden die Kinder aber kritischer. Sie schätzen das Elternverhalten als schwieriger ein, wenn es um die Beziehung zu ihnen selbst geht. Das kann man verschiedentlich erklären. Den Pfad, welchen wir verfolgen, können wir zeigen, wenn wir einen Blick auf das werfen, was die Elternseite in der Evaluation zeigt

Im oberen Bereich haben wir die Diagnostikinstrumente, mit denen wir den Krankheitsstatus der Eltern messen und unsere Interventionsgruppe hat interessanterweise im Vergleich zur Kontrollgruppe etwas sehr Auffälliges. Nämlich zu dem Zeitpunkt t2, an dem die dritte Messung stattgefunden hat, haben sie sich in ihrem Krankheitsempfinden verschlechtert oder genauer gesagt, die Symptomatik, unter der sie leiden, ist stärker geworden. D.h., wir haben es mit einer Gruppe zu tun, die im Verlauf der Therapie in der Klinik mit unserem Interventionsprogramm in Verbindung kommt, dann das Programm durchführt, die Kinder scheinen zu profitieren davon, aber den Eltern geht es im Krankheitsverlauf mehrheitlich schlechter. Das hat aus meiner Sicht vor allem damit zu tun, dass wir hier eine Elterngruppe haben, ich hatte es eben angesprochen, die gegenüber unserer Kontrollgruppe einfach höher belastet ist und weniger Ressourcen hat. Sie hat weniger Bildung, weniger Einkommen, weniger soziale Unterstützung, sie lebt meistens in unvollständigen Familien und während sie in der Klinik sind, sind sie gut geschützt und eigentlich nur dann mit der Kontrollgruppe vergleichbar. Treten sie aber heraus aus dem therapeutischen Setting, dann ist unsere sehr starke Annahme, dass die Umfeldbedingungen wieder zuschlagen, die sie überhaupt nicht unterstützen, während die Kontrollgruppe herauskommen kann aus der Therapie und ein Setting vorfindet, das stärker abfedert.

In der Intervention haben wir also schwächere Milieus, die Abfederung fällt weg, die Symptomatik nimmt wieder zu und die Kinder nehmen das wahr. Die Kinder spüren den Unterschied zwischen der Situation, in der sie Interventionen erfahren und ihre Eltern im relativ geschützten Raum in der Therapie sind.

So deuten wir momentan das Hauptergebnis dieser Untersuchung, die wir jetzt einmal so ganz allgemein, in einer Synopse präsentiert haben. Das Bild, welches sich daraus ergibt, ist hier noch einmal zusammengefasst.



Wir haben also den Befund, dass wir mit einem Präventionsprogramm, das relativ knapp ist, mit einem zehnstündigen Gruppenangebot für Eltern-, Kinder-, Familiengespräche, eine ganz entscheidende Wirkung offenbar erzielen und den Kindern helfen können. Aber nicht unabhängig von dem, was bei den betroffenen Elternteilen weiterhin passiert. Das heißt, wenn bei den Eltern Belastungen weiter existieren durch die Krankheit, wenn Hintergrundbedingungen so sind, wie wir es ja von diesen Familien wissen, wenn die Erkrankung nicht erkannt und gut behandelt wird, dann geht meistens alles schief. Dann scheitern Partnerschaften, dann ist die Berufstätigkeit prekär etc. Das bedeutet dann die Abhängigkeit von Transfer-

einkommen, einen Wohnorts-, Wohnungswechsel etc. Gegen diese Bedingungen kommen wir mit Präventionsprogrammen nicht an. Dann ist es immer der Tropfen auf dem heißen Stein über den wir sprechen. Wenn wir in diesem Bereich unsere Ergebnisse transformieren, bedeutet das: Wir erzielen Wirkung, wenn wir in solchen Settings wie der klinischen Versorgung eingreifen. Aber die existieren halt nicht selbständig, sondern müssen in Verbindung gebracht werden mit der allgemeinen Lebenssituation der betroffenen Familien. Die Befunde scheinen widersprüchlich, aber auf der anderen Seite wird ein Schuh draus. Es hat eine Logik.

Praxistransfer

Was heißt das eigentlich für die Praxis? Sie haben die Zwischentöne schon heraus gehört. Wir sind permanent auf der Suche danach, wie wir die Versorgung für diese Familien organisieren können. Mittlerweile ist die Öffentlichkeit stärker sensibilisiert. Hier ein Auszug aus dem deutschen Ärzteblatt, in dem die kooperative Versorgung der ganzen Familie gefordert wird.

Wir können jetzt also sagen, dass wenn es auch im Ärzteblatt auftaucht, dann ist hier etwas im Gange und die Diagnose mit der ich jetzt nicht uns angreifen möchte, sondern mit der wir eigentlich nach außen herausfordern wollen, beinhaltet, dass wir im Versorgungsbereich eine völlige Katastrophe erleben. Das ist keine Beschimpfung derjenigen, die sich enorm engagieren. Wir können uns nicht selbst kritisieren dafür, dass wir das Tempo nicht so halten können wie es eigentlich sein müsste. Es geht darum, dass insgesamt bei der Reaktion in den Kommunen, im Bund und in den Ländern viel zu wenig Bewegung existiert. Wenn ich jetzt aufzählen würde, wo überall Defizite sind, dann dauert es noch eine halbe Stunde. Es ist nicht nur die SGB V- und die SGB VIII-Problematik.

Jetzt machen wir selbst Fortbildungen in Schulen, in Kitas usw. Wir merken, wie groß der Bedarf ist bei diesen hochsensiblen Berufsgruppen. Die müssen informiert werden, die müssen qualifiziert werden, die müssen wissen, was sie tun können und was sie nicht tun können. Hier das übliche Problem, sie sollen ein gutes Weiterverweisungssystem einrichten,

aerzteblatt.de

AKTUELL

Psychische Erkrankungen: Kooperative Versorgung der ganzen Familie gefordert

Dtsch Arztebl 2014; 111(9): A-386 / B-349 / C-336

Bühring, Petra

Circa drei Millionen Kinder in Deutschland sind mit einer psychischen Erkrankung ihrer Eltern konfrontiert. Sie sind selbst hochgradig in ihrer Entwicklung gefährdet: Bei etwa der Hälfte der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie lagen bei den Eltern psychische Störungen vor (Schmid, 2008).

Kinder psychisch kranker Eltern sind selbst gefährdet, eine psychische Störung zu entwickeln. Foto: picture alliance

Die Verbände weisen auf Studien hin, die zeigen, dass psychisch kranke Eltern sich große Sorgen um ihre Kinder machen, oftmals aber Beratungsangebote nicht kennen oder diese aus Angst vor Stigmatisierung nicht wahrnehmen. Sie wünschten sich mehr niedrigschwellige Beratung und auch Betreuung durch Experten der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es gebe hervorragende lokale Initiativen und ehrenamtliches Engagement, wie zum Beispiel den Verein Auryn und Amaoo Patenschaften, doch reiche dies bei weitem nicht aus.

Die kooperative interdisziplinäre Versorgung der Familien müsse die Regel, nicht die Ausnahme sein. Versorgungsstandards, die Patientenprogramme, betreute Wohnformen, Modelle für Krisensituationen und Hometreatment-Angebote enthalten, sollten flächendeckend entwickelt werden, fordern die Fachgesellschaften und Berufsverbände.

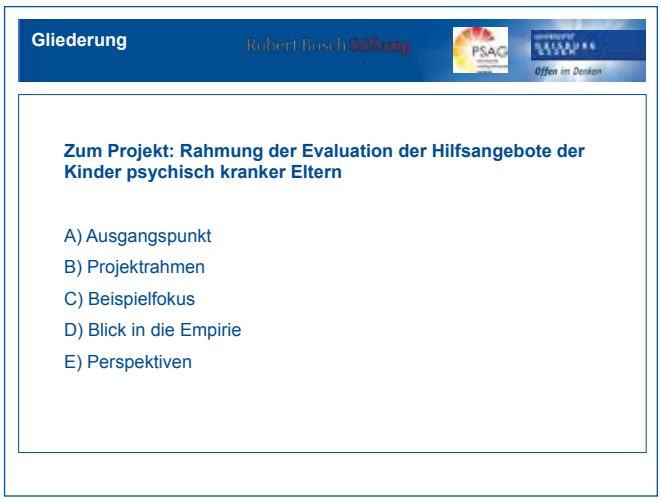
Völlige Katastrophe

sie müssen natürlich Gesprächskompetenzen haben, um mit psychisch Erkrankten sprechen zu können, sie müssen Bedarfe feststellen und als Lotse fungieren können.

Wenn wir in den schulischen Bereich gehen, da lauert ein riesiges präventives Potential und das Gegenteil von produktiven Anknüpfungspunkten. Da ist eine schwierige Berufsgruppe, die für uns aber unverzichtbar ist im präventiven Bereich. Jetzt sind wir bei der Aufzählung noch überhaupt nicht im Versorgungssystem, wir sind noch an den Randgebieten. Von dort aus weiter vorstoßend, die Klassikerproblematik: Wie ist die Kooperation mit den Jugendämtern bestellt? Wie kann man das rechtlich und finanziell auf sichere Füße stellen? Da haben wir den neuralgischen Punkt der Debatte, an dem wir viel mehr Offenheit brauchen, damit der Mut entsteht, eingetretene Pfade des Versorgungssystems zu verlassen und andere Modelle auf den Weg zu bringen.

Einige Kommunen tun das. Ich glaube, wir haben das in Bielefeld auch gemacht. Sehr erfolgreich sogar, die Bielefelder Kollegen/innen sind ja da. Sie stehen auch für weitergehende Fragen zur Verfügung. In den zwei Jahren der Überführung in die Regelversorgung in Bielefeld wurden wunderbare Ergebnisse erzielt. Mit einem sehr kooperativen Jugendamt im Verbund und trotzdem der etwas unangenehme Beigeschmack: Das Ganze ging nur mit der großen Initiative durch die Bielefelder Kollegen und das schlaucht und verbraucht viele Ressourcen. Es wäre schön, wenn andere Kommunen sich das sparen können und direkt mit der Arbeit einsteigen.

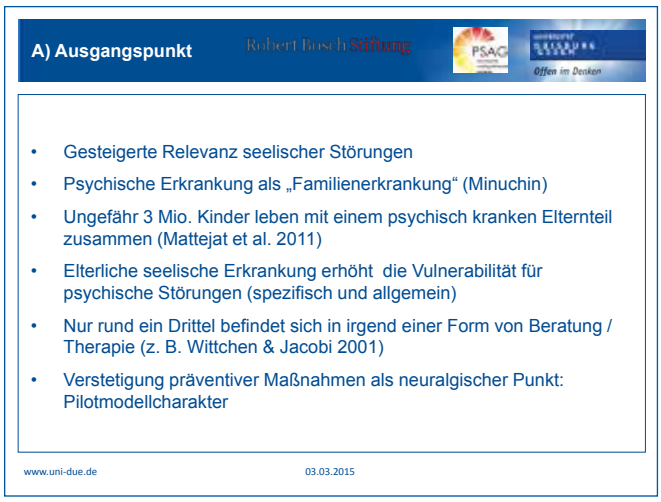
Prävention und Intervention im Duisburger Netzwerk für Kinder psychisch erkrankter Eltern (PID)



Vielen Dank, Herr Mertens, für die Einladung. Ich habe als Mitarbeiter von Prof. Bauer heute das Vergnügen Ihnen ein im Rahmen der Lehrforschung verortetes Evaluationsprojekt vorzustellen, welches in Kooperation mit der PSAG Duisburg, hier dem Netzwerk für Kinder psychisch kranker Eltern, und unter Förderung der Robert-Bosch-Stiftung durchgeführt wird. Das Akronym PID steht für „Prävention und Intervention im Duisburger Netzwerk für Kinder psychisch erkrankter Eltern". Das Vorhaben unter Leitung von Prof. Bauer intendiert unter dem Konzept der formativen Evaluation einen Einblick in drei Fokussierungen der PSAG Duisburg [(a) Kliniksprechstunde in zwei psychiatrischen Kliniken, (b) Kunsttherapeutisches Angebot, (c) Sprechstundenangebot von KipE^{Rheinland} angesiedelt an der PHG Duisburg] zu erhalten und beabsichtigt eine Optimierung der Angebotsstrukturen, Qualitätssicherung und eine Erhöhung der Akzeptanz. An dieser Stelle auch noch einmal recht herzlichen Dank für die sehr gut verlaufende Kooperation an die Praxispartner aus Duisburg (Marcel Hellmich als Leiter der PSAG, Ulrike Fai vom kunsttherapeutischen Angebot, Jana Hanitzsch und Angela Hollmann von der PHG, Beatrix Karen als Durchführende der Kliniksprechstunden im Helios Marienhospital und dem Bertha Krankenhaus).

Ich möchte die Ausführungen folgendermaßen gliedern: Punkt A) stellt noch einmal die theoretisch-empirischen Bezugslinien zur Thematik in einer sehr kursorischen Weise zusammen, die zur Notwendigkeit unserer Forschungsbemühungen hinführen. Es kann sein, dass der ein oder andere Bezug, der im Vortrag vorher schon offeriert wurde, abermalig besprochen wird. Ich versuche diese Redundanzen aber zu begrenzen. B) umreißt den Projektrahmen, in welchem das Projekt stattgefunden hat. Im Abschnitt C) stelle ich einmal, ausgehend von einem beforschten Angebot – der kunsttherapeutischen Gruppe – das Vorgehen etwas detaillierter vor. In D) werfen wir bereits einen kurzen Blick in die erhobene Empirie. Exemplarisch wird anhand von Ankerbeispielen zu jedem der drei beforschten Angebote aus dem Interviewmaterial die Perspektive beteiligter Kernakteure, hier die der Adressaten, besprochen. In Abschnitt E) werden die nun noch folgenden Schritte im Rahmen des Projektes thematisiert.

Psychische Störungen gehören mit steigender Tendenz zu den weltweit führenden Krankheiten. Nahezu jeder Zweite entwickelt irgendwann in seinem Leben eine psychische Störung. Eine seelische Pathologie bleibt dabei keinesfalls nur eine intrapsychische, lediglich höchstpersönliche Notlage des Einzelnen, sondern wird zu einer interpersonellen, mithin sozialen Angelegenheit. Mittlerweile werden psychische Erkrankungen daher auch als Familienkrankheiten betrachtet, da sich die krankheitsassoziierten Auswirkungen in der Regel als Belastungen in unterschiedlichen Ausprägungsformen bei den einzelnen Familienmitgliedern manifestieren. Dabei muss unter Berücksichtigung entsprechend geringer Versorgungsquoten weiter grundgelegt werden, dass nur rund ein Drittel erkrank-



ter Personen überhaupt irgendeine Form institutioneller Unterstützung erfährt, viele Krankheiten demnach gänzlich unversorgt bleiben.

Aufgrund der menschlichen Psychogenese sind Kinder im Kontext einer elterlichen psychischen Störung einer spezifischen Qualität belastender Faktoren und Restriktionen (wie Desorientierung, Schuldgefühle, Tabuisierung, Isolierung, Betreuungsmängel und zusätzliche Belastungen) ausgeliefert. Diese sind mitverantwortlich dafür, dass deren Gefährdung später selbst eine eigene psychische Erkrankung auszubilden, um das Zwei- bis Zehnfache steigt. Hochrechnungen zufolge werden in Deutschland jährlich ca. drei Millionen Kinder Zeugen eines seelisch erkrankten Elternparts. Psychische Erkrankungen sind somit nicht nur lediglich klinisch, sondern auch ökonomisch hoch bedeutsam. Vor dem Hintergrund dieser dramatischen Entwicklungen muss es das Ziel der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem sein, Maßnahmen zu entwickeln und nachhaltig zu implementieren, die dazu beitragen, das Erkrankungsrisiko der Kinder über eine Stärkung der betroffenen Familiensysteme zu senken. Primärpräventive Angebote zur familiären Resilienzförderung sowie niedrigschwellige Informations-, Beratungs- und Orientierungsangebote sind für die Arbeit mit der Zielgruppe von grundlegender Bedeutung. Da in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil unterschiedliche Hilfesysteme aktiv sind (wie Kinder- und Jugendhilfe, Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpädiatrie, gesetzliche Betreuung etc.), die bisher kaum Überschneidungen oder eine gemeinsame Kenntnis- und Handlungsbasis herstellen, muss ein besonderer Schwerpunkt auf den Aufbau und die Pflege eines gut vernetzten und sektorenübergreifenden Versorgungsmodells gelegt werden.

Hoher institutioneller Unterstützungsbedarf bei gleichzeitiger Angst vor öffentlicher Jugendhilfe

Ein Forscherkreis um Kölch argumentiert auf der Basis einer eigenen Erhebung in der Psychiatrie, die u. a. die subjektive Betroffenenperspektive in Bezug auf Haltungen gegenüber der institutionalisierten Kinder- und Jugendhilfe in Augenschein nimmt, dass viele psychisch erkrankte Eltern trotz eines sehr hohen Unterstützungsbedarfes, der sich zudem inhaltlich mit Angeboten der Hilfen zur Erziehung (SGB VIII) deckt, Offerten der Jugendhilfe jedoch ablehnend gegenüber stehen, Berührungsmöglichkeiten sogar offensiv aus dem Wege gehen (51 %). Die Gründe für ein sich Fernhalten von der Jugendhilfe rekrutieren sich vor allem aus Ängsten, mit klischeebehafteten Einstellungen aus dem sozialen Nahraum konfrontiert zu werden, Befürchtungen, die Kinder zu verlieren, bevormundet zu werden. Neben dem Wunsch nach einem/einer Kinder- und Jugendpsychiater/in dominieren Bedarfe nach Elterntrainings und Betreuungsangebote im gewohnten sozialen Umfeld. Dabei erhielt nur ca. jeder zehnte

A) Ausgangspunkt

- **Hoher institutioneller Unterstützungsbedarf psychisch hochbelasteter Eltern bei gleichzeitiger Angst vor Jugendhilfe**

Kontakt zum Jugendamt vermieden. Quelle: Schmid et al. 2008. Übernahme

Insgesamt Kontakt vermieden	Ja 51%	Nein 49%
weil keine Hilfe nötig	22 %	
aus Angst vor Bevormundung	18 %	
Aus Angst vor Sorgerechtsentzug	19 %	
Aus Angst vor Vorurteilen aus dem sozialen Umfeld	28 %	
Bekannte berichteten schlechte Erfahrungen	18 %	

www.uni-due.de 03.03.2015

A) Ausgangspunkt

Zielgruppenerreichbarkeit im Rahmen der KipE

- Besonders häufig werden Elterngespräche ohne Kind genutzt (→Erziehungsfragen)
- Niedrigschwelliger Zugang (ohne Antrag, ohne Zulassungsvoraussetzung, zeitnah)

(Mertens & Krämer 2013)

www.uni-due.de 03.03.2015

Proband Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII. Jene erkrankten Eltern, die bereits auf eine Zusammenarbeit mit der Institution Jugendamt zurückblicken, verweisen in der Studie auf überwiegend negativ gefärbte subjektive Erfahrungshorizonte im Hinblick auf die Qualität dieser Kooperation (Bevormundung, Beängstigung und Kontrolle). Die Autoren begründen die geringe tatsächliche „Nutzung" durch die befragten Eltern zuvörderst mit einem inferioren, vor allem durch eine „Komm-Struktur" geprägten Unterstützungspanorama, welches eine hohe Nutzersouveränität bedingt, um Hilfen, die dann durchaus im familiären Nahraum stattfinden (z. B. durch eine SPFH), zu realisieren. Als weiteren hemmenden Aspekt nennen die Autoren elterliche Ängste u. a. vor Sorgerechtsentzug, die sich unter Berücksichtigung entsprechender Evidenzen nicht immer als völlig unbegründet erweisen, da viele Entzugsverfahren mit einer elterlichen psychischen Erkrankung assoziiert sind. Im direkten Vergleich sind Leistungen aus dem expliziten Zuständigkeitsbereich des Gesundheitswesens bei den Eltern weniger angstkonnotiert. Wir haben es hier also mit einer sehr sensiblen Zielgruppe zu tun, die gleichzeitig einen großen Unterstützungsbedarf hat. Der LVR hat im Rahmen seiner Begleitforschung des KipE-Projektes herausarbeiten können, dass hier besonders häufig Elterngespräche ohne Kind genutzt werden und ein niedrigschwelliger Zugang, das meint, ohne Antrag, ohne Zulassungsvoraussetzung und ohne Wartezeiten, mit Blick auf eine zufriedenstellende Zielgruppenerreichbarkeit unabkömmlich sind. Seit dem Sommerse-

B) Projektrahmen

- Evaluation dreier Fokussierungen des Duisburger Netzwerkes
- Durchführung ist eingebunden in die Lehrforschung des Masterstudiengangs Soziale Arbeit und wird begleitet vom Zentrum für Prävention und Intervention (ZPI)
- Förderung durch die Robert-Bosch-Stiftung

www.uni-due.de 03.03.2015

B) Projektrahmen

Fokussierungen

- Kunsttherapeutisches Gruppenangebot (Kaja-Nina Hrabak, Laura Schulten und Greta Teschlade)
- Klinikprechstunde im Bertha Krankenhaus und Marienhospital (Yvonne Trimborn und Steffie Putzke)
- KipE Sprechstunde (Annika Wollmann und Silvia Pellicciotta)

www.uni-due.de 03.03.2015

B) Projektrahmen

Robert Bosch Stiftung

Ziele

- Optimierung ausgewählter Angebote in Duisburg durch vertiefte Informationen aus unterschiedlichen Blickwinkeln
- Handlungsempfehlungen
- Anregung anderer kommunaler Netzwerke

www.uni-due.de 03.03.2015

B) Projektrahmen

Robert Bosch Stiftung

Durchführung

- Seit Beginn SS 2013 thematische Erarbeitung über Literaturarbeit, Vorträge, Referate (z. B. Situation von Kindern psychisch kranker Eltern, Präventionsprogramme)
- Methodische Erarbeitung (Evaluation, qualitative Methoden der Sozialforschung)
- Regelmäßige Abstimmung mit der PSAG
- Entwicklung eigener empirischer Schwerpunktsetzung und Interessen innerhalb des Projektrahmens

www.uni-due.de 03.03.2015

mester 2013 erfolgte durch unsere Arbeitsgruppe eine thematische und forschungsmethodische Einarbeitung der sieben Studierenden in den Gegenstandsbereich Kinder psychisch kranker Eltern über Referate, Vorträge und Literaturarbeit. Ein forschungsmethodisches Coaching hat stattgefunden. Im Lehrplan stellt das doppelsemestrige Forschungsprojekt für die Studierenden das Kernstück der Masterausbildung dar. Wichtig war, dass im Rahmen der Durchführung des Projektes genügend Spielraum für die Ausbildung eigenständiger Schwerpunktsetzungen der Studierenden blieb und ihnen nicht lediglich eine rein operative Ausführung einer „durchgestylten" Auftragsforschung blieb. Auf nachfolgenden Kooperationstreffen in Essen und Duisburg haben sich die Studierenden und die Praxispartner dann kennengelernt und sich den einzelnen Angeboten nach Interessenschwerpunkten zugeordnet.

B) Projektrahmen

Robert Bosch Stiftung

Zentrale Untersuchungsaspekte

- Clearingfunktion der Beratungsangebote
- Überschaubare Fallzahlen ermöglichen Schärfung der subjektiven Akteursperspektive („Gegenstandsnähe")
- Differenzperspektivischer Zugang (Kinder, Eltern, Praktiker, Kooperationspartner)

www.uni-due.de 03.03.2015

Nach einigen Abstimmungstreffen sowie ersten Hospitationen der Angebote erarbeiteten die Studierenden passende Zuschnitte. Zur Beforschung der einzelnen Angebote wurde ethnographische Feldforschung ergänzt durch qualitative leitfadenstrukturierte (Experten-)Interviews mit beteiligten Kernakteuren (durchführende Fachkräfte, professionelle Kooperationspartner, betroffene Eltern und Kinder als Adressaten).

B) Projektrahmen

Vorteile der Methoden

- Fallbezogenheit, Ganzheitlichkeit (z. B. komplexe Motivationen)
- Betonung von Kontexten und Hintergründen (z. B. biographische Aspekte)
- Prozessorientierung (starker Anwendungsbezug)
- Interaktion und Kommunikation (z. B. wertschätzender Umgang, Explizierungszwang) (Kuckartz et al. 2008)
- Induktiv gesteuerte Prozessevaluation mit dem Charakter naturalistischer Versorgungsforschung

www.uni-due.de

Es wurden, an unterschiedliche Zielgruppen angepasste, Leitfragenkataloge entwickelt. Insbesondere die kleinen Fallzahlen gewähren hier die Möglichkeit, über teilnarrative Interviews v. a. die Klientenperspektive genauer zu untersuchen. Kernüberlegung war, über diesen sehr „gegenstandsnahen" Zugang, vertiefte Informationen zur Qualität der Angebote aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu erhalten und so lebensweltaffine Ergebnisse zu generieren. Potenzielle Verbesserungsvorschläge bzw. Kritikpunkte sollen so entlang den Bedürfnissen der Kernakteure im Angebotszuschnitt der PSAG berücksichtigt und rückgebunden werden.

B) Projektrahmen

Umsetzung

- Fokussiert-ethnographische Hospitationen in den Settings („Dabei sein und drüber reden")
- Leitfadengestützte teilnarrative Interviews mit Kernbeteiligten
- Dokumentenanalyse
- Skalierungshefte

www.uni-due.de 03.03.2015

Wir hatten den Vorteil, dass wir im Rahmen einer Auswertungsgruppe in unserer „Forschungswerkstatt" den Studierenden die strukturellen Möglichkeiten bieten konnten, sich regelmäßig zu treffen, um im Sinne einer intersubjektiven Auswertung, bedeutsame Kernsequenzen und Ergebnisse zu diskutieren (kommunikative Validierung). Hier einen Einblick in diesen Prozess, damit Sie sich die Umsetzung etwas besser vorstellen können.

B) Projektrahmen

Umsetzung

- Reduktive Verfahren (inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse) der Sozialforschung und „dichte" Beschreibungen
- Konsensuelles Auswerten im Rahmen einer „Forschungswerkstatt":
  - Kategorienbildung
  - Codierung
  - Summary
  - Fallportraits erstellen

B) Projektrahmen

www.uni-due.de

Impressionen aus der Forschungswerkstatt

C) Beispielfokus

Gruppe Kunsttherapie

- freitags 16.30h – 18.30 Uhr im Marienhospital
- Zielgruppe: Kinder psychisch kranker Eltern zur Zeit von 5 Mädchen und zwei Jungen im Alter von 8 bis 13 Jahren besucht
- Ethnographische Hospitationen in der Gruppe

www.uni-due.de 03.03.2015

C) Beispielfokus

Skalierung

- Stimmungshefte mit Skalierungen zur Selbsteinschätzung der Kinder über eigene Stimmungslage vor und nach dem Angebot:

C) Beispielfokus

Kinderinterviews

Wie stellt sich die Teilnahme an dem Angebot vor dem Hintergrund der subjektiv erzählten Perspektive der einzelnen Kinder dar?

1. Gesprächsrunde Juni 2013
- Einschätzung der Kinder über eigene (Belastungs-)situation
- Fallportraits auf der Basis von Einzelfallanalysen

2. Gesprächsrunde im Oktober/November 2013
- Inhaltliche Ausgestaltung und Entlastung durch das Angebot
- Querschnittsanalyse mit dem Fokus auf entlastenden Faktoren

Ich habe Ihnen heute aus jedem Angebot ein Statement mitgebracht. Dabei war es aus Sicht der am kunsttherapeutischen Angebot teilnehmenden Kinder bedeutsam, dass im Rahmen des Settings ein nicht leistungsorientiertes, dennoch ritualisiertes Miteinander stattfindet. Auf die Frage nach seiner Motivation am kunsttherapeutischen Angebot teilzunehmen antwortet ein Kind:

D) Blick in die Empirie

Adressatenperspektive (Kunsttherapeutisches Angebot)

„Ich will IMMER kommen, meine Mama sagt doch eigentlich (.) Bleib doch einmal zu Hause ich sag ich will aber nicht weil mir das zu Hause immer langweilig wird (…) weil es mir immer Spaß macht auf dem Weg erzähl ich auch soviel.“ (Teilnehmer KT)

Zu den Lebenssituationen der teilnehmenden Kinder lässt sich zusammenfassend sagen, dass sie alle von mehrfachen Belastungen geprägt sind. In den Familien spielen neben der psychischen Erkrankung weitere Problematiken (wie Arbeitslosigkeit, monetäre Verwerfungen, brüchig-ambivalente intrafamiliäre Beziehungen) eine Rolle, die häufig durch die Krankheit entstehen und/oder durch diese verstärkt werden. Das kunsttherapeutische Angebot der PSAG bietet den Kindern und ihren Eltern eine gute Möglichkeit in einem professionellen Kontext Unterstützung zu erfahren. Durch die Begleitung entsteht ein professionelles Setting, in dem sich die Kinder aufgehoben fühlen. Die Eltern können sich bei der Kunsttherapeutin Beratung und Tipps einholen und die Kinder fühlen sich in der kunsttherapeutischen Gruppe aufgehoben und sicher. Die Kunsttherapie leistet insgesamt einen wichtigen Beitrag dazu, dass die betroffenen Kinder von diesen Problematiken entlastet werden. Es trägt zur Sensibilisierung der Kinder für sich und ihre eigene Lebenswelt bei und fördert ihre Resilienz. Die Leiterin des Angebots fokussiert die Stärkung der Kinder und reagiert auf ihre Bedürfnisse in einem geschützten, nicht leistungsorientierten Rahmen.

Das elterliche Statement aus der Kliniksprechstunde hebt vor allem auf die wahrgenommene elterliche Schwierigkeit ab, die Thematik der eigenen psychischen Erkrankung der Sphäre der Tabuisierung zu entziehen und weitestgehend konfliktfrei thematisierbar zu machen. Viele Eltern haben große Probleme altersadäquate Worte bei der Vermittlung ihrer seelischen

D) Blick in die Empirie Robert Bosch Stiftung

Adressatenperspektive (Kliniksprechstunde)

„[…] das ist ganz schön schwierig. Also irgendwie trau ich mich nicht da mit dem Tim da so ganz offen drüber zu sprechen. Also hier durch die Therapie haben wir das im Gespräch erzählt, dass es mir manchmal nicht gut geht und dass durch mein Erleben ich da Einschränkungen habe, ich selber kann nicht klar mit ihm darüber reden. Mit der Unterstützung von Frau Karen, weil ich nicht selber mit ihm darüber sprechen kann." (Mutter)

Situation zu finden und erfahren im Rahmen der Kliniksprechstunde Unterstützung.

Mit Blick auf die Inanspruchnahme des KipE-Angebots in Duisburg und darüber erfahrene Veränderungen und wahrgenommene Entlastungsmomente, bestand ein dominierendes Antwortmuster befragter Adressaten in der besonderen Bedeutung einer advokatorischen Assistenz auf der Handlungsebene, jenseits einer rein beratend-instruktiven Unterstützung. Auch der Beziehungsaspekt spielte für unsere Gesprächspartner/innen eine eminent wichtige Rolle, um sich überhaupt einlassen zu können. Eine durch empathisches Wohlwollen getragene Gesprächsatmosphäre, die nicht mechanistisch-steril erlebt wird und Zuversicht vermittelt, ist aus Adressatensicht ebenfalls wichtig zur Motivation und um das Angebot als gelingend zu qualifizieren.

D) Blick in die Empirie Robert Bosch Stiftung

Adressatenperspektive (Sprechstunde KipE)

„Verändert? Naja, im Grunde. Ist eigentlich das, was wir hätten eigentlich schon eher machen sollen, die Hilfen in Anspruch nehmen sollen, ist da eigentlich ins Rollen gekommen. Das hat sich dadurch verändert. Wir haben den Schritt gemacht und (...) jetzt haben wir halt die Hilfe angenommen. Wodurch vielleicht (...) wenn jetzt jemand da gesessen hätte, der uns nicht grün gewesen wäre hätten wir die Hilfe vielleicht gar nicht angenommen." (Nutzer des KipE-Angebotes)

D) Blick in die Empirie Robert Bosch Stiftung

Adressatenperspektive (Sprechstunde KipE)

„Ich denke mal (...) ich wäre nicht in Pötte gekommen. Vielleicht wäre alles noch so halt, dass ich nichts unternommen hätte gegen die Sache. Ich hätte dann gar keine Hilfe, weil ich mich nicht getraut hätte. Hätte nichts vom ambulant betreuten Wohnen erfahren. (...) Wäre ich halt nicht in die Pötte gekommen." (Nutzer des KipE-Angebotes)

D) Blick in die Empirie Robert Bosch Stiftung

- *Auf Basis der bisherigen Auswertungen kann den fokussierten Angeboten eine professionelle adressatensensible Erbringung attestiert werden*

In einem nächsten Schritt haben die drei Gruppen aus den Ergebnissen mögliche Optimierungsperspektiven in Form von Handlungsempfehlungen abgeleitet. Diese wurden auf einem Verwertungstreffen am 14. Mai bei uns in Essen gemeinsam mit allen Praxispartnern vorgestellt und anschließend gemeinsam diskutiert. Mit Blick auf einen durch zumeist finanzielle Ressourcen eingeschränkten Veränderungshorizont wurde zwischen realistischen und eher idealistischen Modifizierungsvorschlägen unterschieden (z. B. die Implementierung unterschiedlicher Gruppenangebote mit Blick auf Alter, Geschlecht und Schwere der Beeinträchtigung, um unterschiedliche Bedürfnislagen zu berücksichtigen).

E) Praxisperspektiven

Kliniksprechstunden

Steigerung des Bekanntheitsgrades
- Schaukästen / Infoständer in den Kliniken
- Aktualisierbare Mantelflyer
- Presse- und Webpräsenz
- Klinikfortbildungen als Plattform für Multiplizierung (v. a für therapeutisches Personal)

Zielgruppenerreichbarkeit
- Aufklärungsarbeit über elterliche psychische Erkrankungen (→ Scham)
- Internetbasierte Beratungs- und Austauschplattform
- Berücksichtigung sozialraumorientierter Aspekte (Hemmschwelle „Psychiatrie“)

E) Praxisperspektiven

Kunsttherapeutisches Angebot

Räumliche Ausgestaltung des Angebotes
- Wegweiser zum Angebot / Beengte Durchführungsverhältnisse irritieren Abläufe

TeilnehmerInnenrekrutrierung
- Gewichtungsverhältnis der bisherigen Zugangspraxis (stärkere Gewichtung des kompositorischen Gesichtspunkts)

Fachlich-inhaltliche Ebene
- Implementierung eines Abschiedsrituals
- Berücksichtigung heterogener Bedürfnisse (z. Zt. „Mädchen im Grundschulalter“)
- Intensivierung psychoedukativer Anteile
- Regelmäßige Supervision, Zweitkraft

E) Praxisperspektiven

KipE

Zielgruppenerreichbarkeit
- Terminierung der offenen Sprechstunde (ggfs. Ergänzungstermin vormittags)

Fachlich-inhaltliche Ebene
- Noch intensivere Bearbeitung einer offenen intrafamiliären Kommunikationskultur („Elterliche Erkrankung“)
- Gestaltung der Abschlussphase und Übergangsmanagement in andere Hilfen

Weitere Perspektiven:

Derzeit befinden sich einige im PID Projekt anzusiedelnde Qualifizierungsarbeiten in der Planungsphase, die z. B. noch einmal einen metaperspektivischen Blick auf Entlastungsmomente über die einzelnen Angebotsgrenzen hinweg anstreben bzw. andere Offerten des Duisburger Netzwerkes fokussieren. Dazu gehören empirische Vorhaben, die z. B. ein Elterntraining untersuchen, die Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern in Duisburg beforschen bzw. sich mit zielgruppenbezogenen stationären Wohnformen auseinandersetzen. Nebstdem stellt die weitere Multiplizierung unserer Erfahrungen gemeinsam mit der PSAG-Duisburg, vertreten durch den dortigen Psychiatriekoordinator Marcel Hellmich, in weitere kommunale Netzwerke wie Mülheim, Bottrop und Herne einen weiteren Schritt dar, der noch im Rahmen des PID Projektes, nach entsprechend didaktischer Aufbereitung, umgesetzt werden soll. Dazu laden wir Sie ein, sich bei Beratungsbedarf entsprechend bei unseren Praxispartnern (Herrn Hellmich in Duisburg, m.hellmich@stadt-duisburg.de) bzw. bei uns in Essen zu informieren.

Wie geht es weiter?

Perspektive
- Verwertungstreffen am 14.05.2014 in Essen
- Abschlussarbeiten (z. B. Metaanalyse → entlastende Aspekte, didaktische Aufbereitung der Erfahrungen, Elterntraining)
- Erarbeitung von Handlungsperspektiven
- Rückbindung in die Praxis
- Multiplizierung der Erfahrung in kommunale Netzwerke

Ansprechpartner
- Prof. Dr. Ullrich Bauer (ullrich.bauer@uni-due.de)
- Dr. Michael Rehder (michael.rehder@uni-due.de)

Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern aus Sicht der Jugendhilfe

1. Einführung in das Thema aus Sicht der Jugendhilfe

Als ich Anfang der 80iger Jahre des vorigen Jahrhunderts damit begann, mich intensiv mit der Jugendhilfe zu beschäftigen, gab es noch kein Modellprojekt KipE^{Rheinland} oder Ähnliches. In der stationären Jugendhilfe, damals „öffentliche Erziehung" genannt, ging es um erziehungsschwierige Jungen und Mädchen, vor allem Jungen, in der Regel aus einfachen Verhältnissen stammend, die durch unerwünschte Verhaltensweisen auffielen, wie Schulschwänzen, Automatenaufbrüche, Prügeleien, Arbeitsunlust und Herumtreiberei.
Bei den Mädchen wurde gerne die unerwünschte sexuelle Freizügigkeit, bis hin zu vermuteter Prostitution, als Auffälligkeit benannt.

Ich kann mich über viele Jahre NICHT daran erinnern, dass jemals von psychischen Erkrankungen der Eltern oder gar der Kinder und Jugendlichen selbst die Rede war.
Trunksucht der Eltern, kriminelle Tendenzen, häusliche Gewalt und später auch anderer Drogenkonsum bei den Eltern kamen allmählich hinzu. Stationäre Unterbringungen in Heimen der Jugendhilfe von Kindern und Jugendlichen, möglichst fern von den als schlechte Vorbilder geltenden Eltern, waren die bevorzugten Methoden zur Umerziehung. Auch in den Ausbildungen der Erzieher und Sozialpädagogen/Sozialarbeiter standen die Probleme der Kinder im Vordergrund und somit die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters.

Die Erwachsenenpsychiatrie war durch die Nazizeit und auch noch in den ersten Nachkriegsjahren derart verpönt, dass die Inhalte der alten Lehrbücher über psychiatrische Erkrankungen von den sie bewertenden Pädagogen verspottet wurden und als überholt galten, vor allem alle Aufzeichnungen über mögliche genetische Komponenten.
Die sich etablierenden Kinder- und Jugendpsychiatrien wurden von der Jugendhilfe akzeptiert, wenn Ausnahmesituationen als so beängstigend und bedrohlich empfunden wurden, dass auch eine medikamentöse Beruhigung als Erleichterung galt.

Die Zeit verging und mit ihr änderten sich die Lebensbedingungen. Differenzierte Hilfeangebote für Kinder und Jugendliche und deren Eltern entwickelten sich.
Partizipation, Professionalität, Wertschätzung, Vernetzung, Kooperation, Partnerschaftlichkeit, Solidarität, waren einige der Schlagwörter, an denen wir uns orientierten.

Wenn wir heute so weit sind, die psychische bis hin zur psychiatrischen Erkrankung als das NORMALE anzunehmen, dann möchte ich feststellen, dass wir in den gut 40 Jahren, in denen ich die Jugendhilfe und die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie samt der Erwachsenenpsychiatrie überblicke, den umgekehrten Fall geschaffen, bzw. akzeptiert haben. Oder, eine weitere Möglichkeit, der psychische Krankheitsbegriff ist gesellschaftsfähig geworden, möglicherweise akzeptierter als eine unterstellte soziale Auffälligkeit, an der dann auch noch die gesellschaftlichen Bedingungen als Verursacher ausgemacht werden könnten.
Die Frage, die ich ja eigentlich beantworten sollte oder soll – Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern aus Sicht der Jugendhilfe – könnte ich ohne Probleme mit dem zuversichtlichen Satz beantworten: Die Jugendhilfe ist für alles zuständig und auch mit der notwendigen Kompetenz ausgestattet.
Und nach den Prinzipien der familienerhaltenden Pädagogik ist es heute für die Jugendhilfe, auf jeden Fall für die Jugendhilfe Rheinland, ganz selbstverständlich, auch Eltern (ob mit oder ohne psychische Beeinträchtigung) gemeinsam mit ihren Kindern (ob mit oder ohne psychische Beeinträchtigung) in Familienhäusern aufzunehmen und dort gemeinsam zu betreuen.

In unserer traumapädagogischen Intensivgruppe, in der sehr junge Kinder stationär versorgt UND behandelt werden, die wahrscheinlich nie wieder zu ihren Eltern zurückkehren können, stellt sich die Frage nach den Ursachen. Sind Eltern, die ihren Kindern gegenüber psychisch und körperlich bis sexuell unangemessen gegenübertreten kriminell, behindert, psychisch krank?
Viele Anamnesen der Familienstrukturen belegen, dass die Eltern der Kinder ebenfalls sehr schwere Kindheitserfahrungen erleiden mussten. Ist der Wiederholungszwang eine psychische Erkrankung?
Z. Zt. denken wir über die Eröffnung eines Frauen-Wohnprojektes für psychisch kranke Mütter nach, die bereits Kinder haben. Ein weiterer Versuch, um im vielleicht letzten Moment die

Kinder im geschützten Rahmen bei ihren Müttern zu belassen und die Kompensierung von Schuldgefühlen zu reduzieren.

Die inklusiven Gedanken und Ideen werden im Laufe der Zeit noch zu ganz anderen Betreuungssettings führen, da bin ich mir sicher.
Und wenn ich jetzt versuche, aus der Synthese in die Analyse zurück zu finden, so kann ich aktuell NICHT sagen, dass wir eine hohe Anzahl von Kindern betreuen, deren Eltern im klassischen Sinne psychisch krank sind, es sei denn, ich modifiziere den „Krankheitsbegriff" im oben beschriebenen Sinne.
Im Rahmen der gesellschaftlichen Tendenz ist ohne Zweifel erkennbar, dass Eltern in ihren Befindlichkeiten auf das Verhalten der Kinder Einfluss nehmen und umgekehrt, eine Differenzierung zwischen psychisch krank, verhaltensoriginell oder sozial unangepasst, hilft der Jugendhilfe nicht wirklich weiter. So versuchen wir, getreu dem Grundsatz, die Hilfen möglichst früh und differenziert anzubieten und mit verschiedenen Methoden zu intervenieren. Ich werde im Verlaufe meiner Ausführungen einige Beispiele benennen.

Es interessiert mich natürlich sehr, wie meine medizinischen Kolleginnen und Kollegen meine „Vereinfachung" der zu erkennenden Problemverdichtungen deuten.
Meine Überzeugung bleibt, dass die Jugendhilfe für Kinder und Jugendliche in besonderen Problemlagen zuständig ist, egal, in welche Schublade diese eingeordnet werden. Das Ringen um Zuständigkeiten ist ja leider auch vermehrt gar kein Problem der Fachdisziplinen, sondern eines der Finanzen.

2. Persönlicher Bezug

Warum sich die gesellschaftlichen Strukturen so stark verändert haben, wäre einer genaueren Betrachtung wert. Auch, ob es gut oder schlecht, oder einfach nur eine zu akzeptierende Tatsache ist, dass es kaum Grenzen in der Bewertung der Ursachen und der damit verbundenen Konsequenzen zu geben scheint, ist heute nicht mein Thema.
Ich möchte zunächst versuchen an einem Fallbeispiel zu verdeutlichen, wie Jugendhilfe einem Kind mit einer psychisch kranken Mutter helfen konnte. Zugleich auch ein Beispiel für eine gute Zusammenarbeit der Disziplinen Psychiatrie und Pädagogik. Sie war getragen durch eine vorhandene gegenseitige Wertschätzung, bis hin zur Sympathie, die, wie in anderen Beziehungen auch, in der Regel personenabhängig ist.

Der Fall Sabrina

Meine Vergangenheit
Wie weiße Tücher schwimmt der Nebel der Vergangenheit
durch die kalte Stadt.
Er macht die Pflastersteine nass und die Straßen der Tränen
glänzend glatt.
In mein Fenster fällt ein blauer Fetzen Licht der
Krankenwagen,
er holt mir aus der Dunkelheit ein blasses Kindsgesicht.
Ich denk, das Mädchen kennst du doch,
die ist kaum zehn Jahre.
Und flieht schon in die Dämmerung
und hat schon Nacht im Haar.
Zwei Hände packen sie.
Ich gehe vorbei,
mich streift ein Hauch von Angst.
Und auf der nassen Haut der Straße,
da berühren sich ihre Schatten lautlos und ängstlich.
Verirren sich in der Vergangenheit,
wie in einem Labyrinth.

Dieses Gedicht schrieb Sabrina in Erinnerung an eine Zeit, als sie, wenn ihre psychisch kranke Mutter in die Psychiatrie eingewiesen wurde, ebenfalls in die Psychiatrie kam. Ihre Mutter zu den Erwachsenen, sie zu den Kindern und Jugendlichen. Sabrina ist dann nicht nur aus einem Unterbringungsnotstand in der Psychiatrie, sondern auch, um die mögliche Diagnose: „Folie à deux" zu festigen oder auszuschließen. Als zu erkennen ist, dass Sabrina zwar einige altersuntypische Besonderheiten, wie Rückzug, aufgesetzt wirkende Sprache und sonderbare Ansichten aufweist, aber keine Erkrankung diagnostiziert werden muss, kommt sie zu ihrer Großmutter, der Mutter ihrer Mutter, wenn diese in der Klinik behandelt wird.

Die Großmutter ist aber durchaus ebenfalls psychisch auffällig und spaltet mit aller Macht, mal mit der Mutter gegen Sabrina, dann mit Sabrina gegen ihre Tochter.

Sabrina ist hin und her gerissen, aber in einem eindeutig und konsequent, sie schützt ihre Mutter, hält diese für gesund und die sie behandelnden Ärzte für verrückt. Schließlich wird sie im Alter von 14 Jahren in der von mir geleiteten Jugendhilfeeinrichtung, nur für Mädchen, untergebracht.

Warum kommt Sabrina in ein Mädchenheim?

Einfach gesagt, sie geht nicht zur Schule. Der wahre Hintergrund ist aber der, dass sowohl das zuständige Jugendamt, als auch die betreuenden Psychiatrien erkennen, dass Sabrina voll das Wahnsystem ihrer Mutter internalisiert hat. In Klinik freien Zeiten geht sie mit ihrer Mutter durch die Stadt, beide sehen die Auslagen in den Geschäften an und beobachten mögliche Verfolger in den Fensterscheiben. Von den Wohnungsfenstern aus beobachten sie Männer, die ihnen zu nahe kommen könnten. Auch Sabrinas Vater, den sie selbst gar nicht kennt und zu dem ihre Mutter eine ganz kurze Beziehung hatte, wird immer wieder als möglicher Verfolger herangezogen.

Die einvernehmliche Entscheidung von Psychiatrie und Jugendamt lautet, dass Sabrina den sie krank machenden zu engen Umgang mit Mutter und Großmutter aufgeben muss.

Sabrina wehrt sich vehement gegen die Trennung und kann erst zum Bleiben bewegt werden, als ihr versprochen wird, dass sie nach Hause zurück kann, wenn sie regelmäßig die Schule besucht.

Dieses Versprechen kann von den beteiligten Verantwortlichen nicht eingehalten werden, obwohl Sabrina ihre Zusagen tatsächlich einhält. Dadurch, dass die Mutter regelmäßig an Hilfeplan-Gesprächen teilnimmt, wird den Pädagogen deutlich, welch eine faszinierende Persönlichkeit die Mutter ist. Klug, gut aussehend und in der Tat eine gute Verführerin. Aber während Sabrinas Betreuerinnen und Betreuer die Mutter immer „normaler" finden, geht Sabrina den umgekehrten Weg. Sie schätzt unsere Akzeptanz der Mutter gegenüber und gerade dadurch kann sie sich trauen, die Mutter zumindest „eigenartig" zu finden.

Allmählich gelingt es, dass Sabrina Abstand vom bisherigen System mit Hilfe einer sie stützenden Psychotherapie nimmt, mit beginnender Freude an den Kontakten zu Gleichaltrigen und einer vorsichtigen Annäherung an einen männlichen Freund. Ihn nimmt sie überall mit hin, ist stolz auf ihn wie auf einen Besitz und konfrontiert auch ihre Mutter samt Großmutter mit dieser „gefährlichen" Eroberung. Sexuelle Kontakte geht sie über einen langen Zeitraum nicht mit ihm ein. Sie erklärt ihm, dass sie als Kind sexuell missbraucht wurde und Zeit benötigt, bis sie auch zu einer sexuell körperlichen Beziehung bereit ist.

Sabrina konnte mit der Hilfe des Jugendamtes, beiden beteiligten Psychiatrien und der Jugendhilfeeinrichtung ihren guten eigenständigen Weg gehen.

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung zur Wirksamkeit von Hilfen für junge Volljährige habe ich Sabrina wiedergesehen, weil ich sie zu der Frage interviewt habe, wie sie ihre Zeit in der Jugendhilfe, auch über die Volljährigkeit hinaus, beurteilt. Zur Zeit der Befragung bewohnte sie eine gemütliche kleine Wohnung, ihr Freund war natürlich anwesend und saß eng an ihrer Seite.

Sabrina arbeitet als Rechtsanwaltsgehilfin bei einem Anwalt und machte einen zufriedenen Eindruck. Die Großmutter war in der Zwischenzeit verstorben und die Symbiose zur Mutter hatte sie derart deutlich aufgegeben, dass sie nachfolgendes Gedicht schreiben konnte:

Mutter, was hast Du getan?

Hast mich allein gelassen in der kalten Nacht.
Mich mit Tränen zurückgelassen.
Doch sollte ich in der Stunde des Todes bei dir sein.
Mit dir gehen, dem Blick vom Ende entgegentreten.
Wolltest mir den Anfang verweigern,
hattest nicht den Mut gehabt,
alleine das Leben zu verlassen.
Hast mich benutzt, mit mir ein Spiel gespielt.
Doch habe ich am Ende dein Spiel gewonnen
und habe das Ziel deines Spiels nicht erreicht.
Bin zurück zum Start gelaufen,
habe einen langen Weg zurückgelegt
und spiele nun mein eigenes Spiel.
Mein Spiel ist die Vollendung des Lebens,
nicht ein verfrühter Abbruch.

War in der Sonne, dem Regen, dem Sturm alleine
und spiele mein Spiel mit meinen Regeln.
Lasse jeden mitspielen,
doch verrät er mich und beachtet nicht meine Regeln,
wird er herausgeschmissen,
so wie du.

Zu Sabrinas Gedichten möchte ich noch anmerken, dass ich nicht sagen kann, ob sie eindeutig von ihr alleine sind. Sie hat sie aber so für mich geschrieben und drücken ihre Gefühle sehr gut aus. Das letzte Gedicht erinnert an eine Zeit, als Sabrinas Mutter gemeinsam mit ihrer Tochter durch einen Fenstersturz aus dem Leben scheiden wollte.

Das Leben von Sabrina in dieser sehr engen Verbindung mit ihrem Freund, lässt gut erkennen, wie wenig löschbar ihre frühen Erfahrungen mit ihrer Mutter und Großmutter in ihr nachwirken. Sie ist jetzt selbst eine starke junge Frau, die ihren Freund eng an sich bindet und zumindest ihn in einer Abhängigkeit zu ihrer eigenen Person hält. Aber vielleicht ist das nur mein verdorbener klinischer Blick, der diese Beurteilung möglich macht.

Noch einmal ein abschließendes Fazit zum Fall Sabrina.
Sie hat es geschafft, mit der Hilfe aller drei beteiligten Professionen, einen guten Weg gehen zu können.
Hier sah die Hilfe für ein Kind einer psychisch kranken Mutter so aus, dass es zu einer Ablösung aus der Symbiose mit der Mutter kommen konnte.

3. Fachlicher Bezug

Kinder psychisch kranker Eltern sind keine Randgruppe mehr, inwieweit sie noch tabuisiert werden, ebenso wie ihre Eltern, ist eine ganz andere Frage.
Der AFET (Bundesverband für Erziehungshilfe) veranstaltete Anfang 2011 ein bundesweites Expertengespräch zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern. Ich war auch eingeladen und möchte einige Gedanken dieses Gesprächs mitteilen. Grundsätzlich scheint es sich um zwei Betroffenen-Gruppen zu handeln.

1. Die der Kinder, die darum bemüht ist, eine Verbindung zwischen ihren kranken Eltern einerseits und der Außenwelt andererseits herzustellen und
2. die der Eltern, die mit der Angst lebt, dass es bei Bekanntwerden der Erkrankung dazu kommen kann, die Kinder zu verlieren, was wiederum zur Ablehnung von Hilfeleistungen führen kann.

Fazit: Professionelle Hilfen sind erforderlich, diese müssen aber gut miteinander koordiniert sein und dürfen keine konkurrierenden Strukturen aufweisen.
Die beiden oben genannten Punkte bergen von den Aussagen her die Chance, betroffenen Kindern offen und ehrlich gegenübertreten zu können, sie in ihren Ängsten ernst zu nehmen und Hilfe und Trost anzubieten.
Bei den Eltern sieht es nicht anders aus. Sie sollten ihren professionellen Helfern vertrauen können, sich nicht schämen müssen oder gar Begründungen dafür finden, warum sie auf die Idee gekommen sind, überhaupt Kinder bekommen zu haben. Es ist in der Tat eine bewiesene Tatsache, dass bei Klinikeinweisungen die Frage: „Haben Sie Kinder?“ gar nicht selbstverständlich war. Und wenn diese Nichtfrage mit der o.g. Angst der Eltern korrespondiert, dass bei Bekanntwerden der Elternschaft die Kinder verschwinden, so schließt sich hier der Kreis um ein gut gehütetes Geheimnis. In der Tradition der Jugendhilfe, samt der Ausbildungsinhalte von Pädagogen und Psychologen, ist es gute Tradition, eine sorgfältige Anamnese zu erstellen. Doch zunehmend ist aus meiner Sicht zu beklagen, dass es Aufnahmeanfragen für Kinder gibt, aus deren Vorleben so gut wie nichts festgehalten wurde.
Ich hoffe nicht, dass diese Beobachtung zur Regel erhoben werden muss.

Welche Erfahrungen der Jugendhilfe im Umgang mit den Problemen von Kindern psychisch kranker Eltern könnte ich festschreiben?

1. Es ist der Jugendhilfe bekannt, dass ca. 30 % der in der Bundesrepublik lebenden Erwachsenen psychisch krank sein soll, mit zunehmender Tendenz.

2. Weiterhin ist der Jugendhilfe bekannt, dass psychisch kranke Eltern durchschnittlich ebenso viele Kinder haben wie die sog. psychisch gesunden Erwachsenen.
3. Mehrere Studien haben zu der Erkenntnis geführt, dass etwa drei Millionen Kinder in der BRD innerhalb eines Jahres erleben müssen, dass ein Elternteil psychisch erkrankt und weitere etwa 250.000 Kinder bei Eltern leben, die sich in einer Behandlungsphase befinden.
4. Im 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesrepublik ist eindeutig beschrieben, mit welchen Störungen die Kinder auf die Erkrankungen der Eltern reagieren.
5. Die Erkenntnisse über die besonderen Problemlagen von Kindern psychisch kranker Eltern haben zweifelsfrei dazu geführt, dass die Gewährung von Hilfen für diese Kinder nach den Paragraphen 27 ff. SGB VIII berechtigt sind.
6. Die Gewährung von erzieherischen Hilfen allgemein wird nicht an erster Stelle damit begründet, dass die Kinder psychisch kranke Eltern haben oder suchtkrank sind, aber der Hilfe-Gewährungsgrund „Belastungen des jungen Menschen durch familiäre Konflikte" erscheint mir doch für vieles zutreffend und interpretierbar zu sein.

4. Aktueller Stand des Patenprojektes

Zu Beginn meiner Ausführungen hatte ich bereits einige Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern benannt, welche die LVR-Jugendhilfe Rheinland anbietet.
Das Patenprojekt habe ich nicht vergessen, sondern nur bis zum guten Schluss als sog. „Sahnehäubchen" aufgehoben. Warum?
Das Patenprojekt wurde 2010 in die Modellförderung KipE^{Rheinland} einbezogen.
Es steht für die Angebote der Jugendhilfe Rheinland unter einem besonderen Stern, weil es erstens ein für uns zahlenmäßig kleines Projekt darstellt, zweitens wegen der spannenden Finanzierungsproblematik auch ein „Sorgenkind" war und drittens, und das ist entscheidend, ein sehr wichtiges Hilfeangebot für Kinder psychisch kranker Eltern darstellt. Die Projektidee begründet sich aus dem Gedanken der „familiennahen" Hilfen.
Kinder von psychisch kranken Eltern werden von einer Patenfamilie, die aus engagierten aber nicht professionell ausgebildeten Persönlichkeiten besteht, betreut. Die Kinder haben eine individuell zuständige Patenfamilie, die auch in einem guten Vertrauensverhältnis zur Ursprungsfamilie steht. Im privaten Haushalt der Paten hat das Kind ein Zimmer, in welches es über Tag und Nacht einzieht, wenn der entsprechende Elternteil akut in der Klinik behandelt wird. Aber auch in Zeiten, in denen die Eltern im eigenen Wohnumfeld mit den Kindern leben, steht die Patenfamilie unterstützend und stabilisierend zur Verfügung. Die Patenfamilien werden fachlich und moralisch von Pädagogen der LVR-Jugendhilfe Rheinland begleitet.

Wenn ich an die Sorgen von Kindern und Eltern erinnern darf, die ich weiter oben beschrieben habe, so ist dieses Angebot bestens dazu geeignet, Ängste der Kinder UND der Eltern zu reduzieren und den Heilungsprozess günstig zu beeinflussen.
Die Grenzen dieses Angebotes liegen im Krankheitsverlauf der Eltern.
Eine Diagnose, wie z. B. die von Sabrinas Mutter, hätte die Versorgung des Kindes in einem Patenprojekt NICHT rechtfertigen können.
Im Folgenden ein kleiner Einblick in das, was die Kinder dazu schreiben, wie sie ihr Leben mit der Patenfamilie erleben.
Carmen, 11 Jahre alt:

- Die Patenschaft bedeutet mir sehr viel, denn ich kann hier alles erzählen und mich wohlfühlen.
- Mir ist am Anfang dabei schwergefallen, dass ich mir nicht sicher war, ob ich mich hier wohlfühlen kann.
- Ich würde mir wünschen, dass ich mit meiner Patin trotzdem noch Kontakt habe, auch wenn das Patenprojekt vielleicht zu Ende geht.

Eine Patin, die für ihr Patenkind Sarah, 10 Jahre alt, schreibt:

- Sarah redet nicht viel über ihre Situation bei uns.
- Sie kommt gerne zu uns und berichtet in der Schule so positiv, dass auch andere Kinder zu uns kommen wollen.

Wie alle Modell-Projekte stand auch das Patenprojekt Ende letzten Jahres vor seiner Beendigung. Zum Glück gibt es eine Zwischenfinanzierung und die Zukunft wird zeigen, ob dieses sehr gute Betreuungsangebot langfristig eine Überlebenschance bekommt.

5. Ausblick

Falls Sie mich fragen sollten, wie die Standards der Jugendhilfe in der Bewältigung der Probleme von Kindern mit psychisch kranken Eltern sind, so würde ich antworten, dass wir gut aufgestellt sind. Ich möchte aber auch nicht verhehlen, dass Mitarbeiter in der Jugendhilfe nicht wie treue Schafe allen Auswirkungen gesellschaftlicher Fehlentwicklungen begegnen sollten. Wenn ich heute sagen kann, dass noch vor Jahren Kinder mit psychisch kranken Eltern in der Jugendhilfe Exoten waren, so erkenne ich deutlich eine Zunahme im schon weiter oben beschriebenen Sinne.

Kinder werden zunehmend Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmen müssen, sei es, weil die Verhaltensweisen bei Erkrankungen der Eltern sie dazu zwingen, oder weil sie selbst bereits von psychischen Erkrankungen bedroht sind. Es gibt bereits heute immer mehr Kinder und Jugendliche in der Jugendhilfe, die nichts mehr mit den „frechen" und „schwer erziehbaren" Kindern aus der Vergangenheit zu tun haben. Diese Kinder sind depressiv, aggressiv, schädigen andere auf subtile Art, sind neurotisch und entwickeln Zwangshandlungen schlimmster Art.

Hier muss Jugendhilfe meiner Meinung nach wachsam sein. Und das nicht nur in dem Sinne, immer ausgefeiltere Hilfsangebote zu schaffen, die zugleich auch immer teurer werden. Nein, sie muss sich mit verantwortlich für diese Entwicklungen zeigen und auch den politisch Verantwortlichen Warnsignale geben, die dann hoffentlich gehört und ernst genommen werden und zu einem deutlichen Wandel in unserem gegenseitigen Miteinander führen werden.

Literaturangaben:

SCHRAPPER, CH.
Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe, Weinheim und München 2. Auflage 2010

AFET,
Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. - Situation von Kindern psychisch kranker Eltern aus interdisziplinärer Sicht, AFET Veröffentlichung Nr. 72/2011

BINDER, K. / BÜRGER, U.
Die Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung durch Kinder psychisch kranker Eltern, ZKJ Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 1. 2014

Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie

Kinder zählen zu der Gruppe der oft „vergessenen" Angehörigen psychisch Kranker. Obwohl Menschen mit psychischen Störungen im Durchschnitt ähnlich häufig Kinder haben wie psychisch Gesunde, liegen insgesamt wenige Daten und Studien vor. Überwiegend handelt es sich um kleine und eher wenig repräsentative Stichproben. Diesen kann entnommen werden, dass etwa 10 bis 20 % der stationär behandelten Patienten minderjährige Kinder haben, die sie versorgen müssen. Geschätzt werden ca. 175.000 Eltern minderjähriger Kinder jährlich stationär psychiatrisch behandelt.

Bei den Kindern zeigen sich häufig Unsicherheiten und Schuldgefühle, es werden die Phänomene der Parentifizierung und Tabuisierung beschrieben. Durch die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung können die Kinder unter Mangelversorgung, sozialer Isolation, Armut und einer geringen Unterstützung bei schulischen Problemen leiden. Hinzu kommt die höhere genetische Belastung für einige psychische Störungen. Insgesamt haben die Kinder psychisch Kranker ein höheres Risiko später selbst psychisch zu erkranken.

Psychisch kranke Eltern zeigen zum Teil Zweifel an ihrer eigenen Erziehungskompetenz, sie sorgen sich, verbunden mit Schuldgefühlen, um die Entwicklung und das genetische Risiko ihrer Kinder später selbst zu erkranken. Sie haben häufig eine geringe familiäre Unterstützung, was zu Versorgungsproblemen im Alltag, aber insbesondere auch bei stationärem Behandlungsbedarf, führen kann. Zugleich fehlen den psychisch kranken Eltern Informationen über institutionalisierte Unterstützungsmöglichkeiten, und es wird immer wieder die Erfahrung gemacht, dass sie Vorbehalte gegenüber Jugendhilfeeinrichtungen haben und das Jugendamt als „in-Obhutnahme-Stelle" fürchten.

Es ist die Aufgabe der Erwachsenenpsychiatrie, die Kinder der psychisch kranken Patienten nicht zu vergessen. Es sollte immer eine Elternschaft abgefragt und in Akutsituationen Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung angeboten werden. Hilfreich sind Mutter-Kind-Einheiten im Krankenhaus und eine Beteiligung an Patenprojekten und anderen Unterstützungsmöglichkeiten. Eine Hilfe für die Eltern ist immer auch eine Hilfe für die (mit-)betroffenen Kinder. Dabei empfiehlt es sich, das Thema Elternschaft aktiv, aber behutsam anzusprechen und niederschwellig eine Beratung in Erziehungsfragen zu vermitteln. Schwellen zur Inanspruchnahme professioneller Beratung und Hilfen sollten abgebaut und mit der Jugendhilfe und KJP kooperiert werden.
Um den Hilfebedarf in der psychiatrischen Regelversorgung zu erfassen, führten wir in der LVR-Klinik Köln im Jahr 2011 eine systematische Erhebung durch. Es wurden über 6 Monate alle stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten in den Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen nach minderjährigen Kindern befragt (ca. 2000 Aufnahmen). Dabei wurden standardisierte Fragebögen eingesetzt, um mögliche Probleme und Auffälligkeiten der Kinder (SDQ-E-deu: Strength and Difficulties Questionnaire, deutsche Version für Eltern), das Erziehungsverhalten und den subjektiven Hilfebedarf der Eltern zu erfassen. Zusätzlich wurde eine Kontrollgruppe im Umfeld der Klinik rekrutiert.

Es zeigte sich, dass mehr als 20 % der Patienten unserer Klinik Eltern minderjähriger Kinder waren. Bei der Beurteilung der kindlichen Auffälligkeiten durch den Elternteil zeigten sich Unterschiede im Gesamtproblemwert, bei der Einschätzung der emotionalen Probleme der Kinder und bei Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen. Psychisch kranke Eltern gaben häufiger als die Eltern der Kontrollstichprobe an, dass ihre Kinder unter diesen Schwierigkeiten leiden, dass ihr Kind durch diese Schwierigkeiten im Umgang mit Freunden und in der Schule beeinträchtigt wird und dass diese Schwierigkeiten für den Elternteil und die gesamte Familie eine Belastung darstellt. Eltern mit Persönlichkeitsstörungen und affektiven Störungen und Eltern mit komplexen, komorbiden Störungen nahmen insgesamt mehr Probleme bei ihren Kindern wahr als andere Patienten. Ein wichtiger Befund war, dass die psychisch kranken Eltern sich mehr Hilfe durch den Partner und durch professionelle Helfer wünschten im Vergleich zu der Kontrollgruppe.

Folgende Schlussfolgerungen lassen sich ziehen:
Die Themen Elternschaft und Versorgung minderjähriger Kinder muss in der Erwachsenenpsychiatrie bei der Behand-

lungsplanung und den therapeutischen Interventionen regelhaft Berücksichtigung finden. Viele Patientinnen und Patienten sind dafür offen und nehmen die angebotene Hilfe dankbar an.

In der LVR-Klinik Köln wurden in den letzten Jahren die folgenden Maßnahmen konkret umgesetzt:
Die Klinik beteiligt sich am PSAG-Unterarbeitskreis „Kinder psychisch kranker Eltern". Es bestehen Mit-Aufnahmemöglichkeiten für bis zu vier Kleinkinder (ein Platz in der Allgemeinpsychiatrie und drei Plätze in der Suchtabteilung). In Kooperation mit dem Landesjugendamt (befristete Finanzierung) wird seit 2006 das Patenprojekt durchgeführt. Seit 2011 werden im Rahmen eines Modellprojektes Elterngruppen für stationäre, teilstationäre und ambulante Patienten durch den Kliniksozialdienst und Mitarbeiter von einem Kölner Jugendhilfeträger und einer Erziehungsberatung angeboten. Seit 2012 wird eine Sprechstunde für psychisch kranke Frauen mit Kinderwunsch, in Schwangerschaft und Stillzeit angeboten. Schließlich wird seit 2012 die Elternschaft und ein eventueller Hilfebedarf bereits im Aufnahmeprozess (KIS) verbindlich erfragt und im elektronischen Dokumentationssystem festgehalten.

Anzumerken ist, dass Projekte mit befristeten Finanzierungen ihre Grenzen haben. Wünschenswert wäre eine Regelfinanzierung von Angeboten für psychisch kranke Eltern und/oder deren Kinder. Erstrebenswert ist auch eine engmaschige Kooperation und ein Austausch ggf. auch wechselseitige Schulungen zwischen Kliniken und Jugendamt/Jugendhilfeträgern.

Perspektive der Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern im Rahmen der Jugendhilfe

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
ich darf Sie auch im Namen des LVR-Landesjugendamtes Rheinland recht herzlich zu der heutigen Veranstaltung begrüßen. Wenn Sie auf den Einladungsflyer schauen, werden Sie feststellen, dass an dieser Stelle ein weiterer Vortrag aus Sicht der Jugendhilfe zu der Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern angekündigt ist. Sie müssen nun nicht befürchten, hier zwei redundante Vorträge zu hören. Während Frau Dr. Projahn von der praktischen Umsetzung von Maßnahmen und Projekten aus Sicht der Jugendhilfe berichtet, möchte ich einen anderen Aspekt beleuchten. Ich möchte Ihnen erklären, weshalb die Federführung des Projektes KipE vom Gesundheitsdezernat 8 in das Dezernat 4, LVR-Landesjugendamt Rheinland, gewechselt ist. Mit der heutigen Veranstaltung endet nämlich die Verantwortung des Dezernates 8 für dieses Modellprojekt. Ich weiß, dass dieser Wechsel Kritik aus Ihren Reihen hervorgerufen hat. So hat die Regionalgruppe Rheinland der BAG Kinder psychisch erkrankter Eltern die Entscheidung in einem Schreiben an die Landesdirektorin, Frau Lubek, mit den Worten kritisiert: „Wir halten dies für eine Fehlentscheidung." In Gesprächen mit Ihnen wurde mir versichert, dass diese Entscheidung nicht persönlich gemeint sei. Man befürchte aber einen Verlust der bisherigen guten Kooperationsbeziehung.

Ich werte den Brief als Beispiel Ihres Engagements und will versuchen, Ihnen noch einmal zu erklären, weshalb es zu der Verschiebung der Federführung gekommen ist.
Wir sind uns alle einig, dass die Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern nur im Zusammenspiel von Jugendhilfe und Gesundheit gelöst werden kann. Die Jugendhilfe hat hier einen besonderen Auftrag. Mittels des breiten Maßnahmespektrums der „Hilfen zur Erziehung" wird Jugendlichen und Eltern geholfen, wenn die Eltern ganz oder teilweise in ihrer Erziehungsfunktion ausfallen. Diese Hilfe ist mit einem individuellen Rechtsanspruch verbunden. Kinder und Eltern haben dementsprechend ein Recht auf Beratung und Unterstützung.

Zweifelsohne: Die Jugendhilfe hat diese Zielgruppe aber nicht immer hinreichend im Blick. Dabei sind die Zahlen durchaus alarmierend. Folgt man den Ergebnissen des in den Jahren 1997/1998 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführten deutschen Bundesgesundheitssurveys, so leiden im Verlaufe eines Jahres etwa 30 % der erwachsenen Gesamtbevölkerung in der BRD unter einer psychischen Erkrankung. Psychische Erkrankungen gehören danach zu den häufigsten Erkrankungen insgesamt, wobei in vorsichtiger Schätzung davon ausgegangen wird, dass bei 25 % der Erkrankten sowohl eine Behandlungsnotwendigkeit als auch eine Behandlungsbereitschaft besteht. Auf der Basis dieser Befunde und Annahmen errechnet sich eine Population von rund viereinhalb Millionen Erwachsenen, die pro Jahr wegen einer psychischen Erkrankung fachlicher Hilfe bedürfen.

Obwohl viele Verhaltenssymptome von psychisch kranken Erwachsenen stark abweichende Muster aufzeigen, weicht das Reproduktionsverhalten nicht von dem der Mehrheit dieser Gesellschaft ab. Mit anderen Worten: Psychisch kranke Erwachsene bekommen genauso Kinder, wie die nicht von einer psychischen Erkrankung Betroffenen.

Kinder benötigen für ihr Aufwachsen Kontinuität und Stabilität. Gerade aber psychisch kranke Eltern sind aufgrund ihrer Erkrankung dazu oftmals nicht in der Lage. Wo Eltern in ihrer Erziehungsfunktion be- und verhindert sind, muss der Staat die Erziehung der betroffenen Kinder und Jugendlichen sicherstellen. Dies ist ein Grundsatz der wohlfahrtsstaatlichen Ordnung. In der Jugendhilfe übernimmt diese Funktion ein breit gefächertes Maßnahmenspektrum der Hilfen zur Erziehung. Hierauf haben die Eltern einen Rechtsanspruch. Eine solche Hilfe obliegt also nicht der Freiwilligkeit, sondern ist eine MUSS-Leistung.

Aus dieser Rechtsbindung ergibt sich auch die Zwangsläufigkeit einer Verschiebung der Verantwortung für die Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern. Mit dem Wechsel wird die wachsende Einbindung der Jugendhilfe für die Zielgruppe unterstrichen und deren Voranschreiten abgesichert.

Aus dem bisher Gesagten können Sie hoffentlich nachvollziehen, weshalb die Verantwortung im Bereich des LVR vom Ge-

sundheitsdezernat zum Landesjugendamt verschoben wurde. Es gilt, die Jugendhilfe für dieses Problem zu sensibilisieren und den Bedarf der Zielgruppe über die entsprechenden vorgehaltenen Angebote zu befriedigen. Als überörtlicher Träger der Jugendhilfe stehen mir dazu verschiedene Instrumentarien zur Verfügung. Es sind dies die Fortbildung, die Beratung und die Vernetzung. Als überörtlicher Träger habe ich eine andere Möglichkeit der Durchsetzung als ein örtliches Jugendamt.

Natürlich kann die Jugendhilfe diese Herausforderung nicht alleine schultern. Dies geht nur in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen. Ich will hier nicht verschweigen, dass sich die Kooperation mit dem Gesundheitswesen oftmals als schwierig erweist. Dies hängt vor allem mit einem völlig anderen Aufbau und einer anderen Funktionslogik des Gesundheitswesens im Vergleich zur Jugendhilfe zusammen. So besteht zum Beispiel für die Jugendhilfe ein gesetzlich normierter Kooperationsauftrag, der im Gesundheitswesen nicht existent ist.
Trotz dieser Schwierigkeiten gilt das Postulat der Zusammenarbeit und die vielen guten Ansätze während des Modellprojektes machen mich hier optimistisch.

Was sind nun unsere nächsten Aufgaben? Die politische Vertretung des Landschaftsverbandes Rheinland fordert einen Bericht mit den Konsequenzen aus dem Modellversuch.

Modelle dienen der Erprobung praktischer Arbeitsansätze mit einer zeitlichen Befristung. Es liegt im Wesen eines Modellversuches, dass nach seinem Ablauf andere Kostenträger die Verantwortung für die Weiterführung übernehmen. Von daher läuft auch mit dem Ende des Modellprojektes die finanzielle Unterstützung für die Arbeitsansätze durch den LVR aus. Wir werden allerdings die lokalen Ansätze durch Beratung, Fortbildung und Vernetzung weiterhin unterstützen. Diese Kontinuität wird auch in Person von Frau Krämer, die bisher mit Herrn Mertens den Modellversuch begleitet hat, gewährleistet. Frau Krämer wechselt von daher vom Dezernat 8, Gesundheit, in das Dezernat 4, LVR-Landesjugendamt. Von daher kann ich Ihnen versichern, dass mit dem Wechsel der Zuständigkeit kein fachlich qualitativer Verlust einhergeht.

Ich freue mich auf die Zusammenarbeit mit Ihnen.

FORUM 1:
Jugendhilfe trifft Erwachsenenpsychiatrie

Zusammenfassung

Aus den jeweils unterschiedlichen Perspektiven der Erwachsenenpsychiatrie, der Jugendhilfe und einem gemeindepsychiatrischen Angebot waren sich die Referentinnen dahingehend einig, dass ein erheblicher Hilfebedarf der betroffenen Kinder und von psychisch erkrankten Eltern besteht. Darüber hinaus vertraten sie die Ansicht, dass geeignete Hilfen nur dann nachhaltig etabliert und weiterentwickelt werden können, wenn eine Regelfinanzierung der fachlich notwendigen Leistungen sichergestellt wird.

Im Forum wurde die Gelegenheit genutzt, anhand verschiedener Beispiele aus der Praxis geeignete Hilfen näher zu betrachten, aber auch die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zu betonen. In einem Netzwerk von Hilfen brauchen die professionellen Partner einen koordinierenden Ansprechpartner und eine Gelegenheit, bei Bedarf zur Klärung der Zusammenarbeit in Einzelfällen, an einen Tisch zu kommen. Dafür könnten die Sozialpsychiatrischen Zentren Raum und Kapazitäten bereitstellen.

Aus dem Publikum wurde darauf hingewiesen, dass die SPZ keine Zuständigkeiten im Suchthilfesystem haben. Deshalb wurde angeregt, ein Äquivalent für die koordinierende Funktion im Suchthilfesystem zu finden bzw. zu benennen.

Deutlich wurde auch, dass für eine funktionierende Zusammenarbeit gegenseitiges Verständnis der Fachkräfte aus Jugendhilfe und Psychiatrie notwendig ist und ein Mindestmaß an Vertrauen hergestellt und gepflegt werden muss. Dazu gehört auch, dass eine gemeinsame Sprache gefunden wird, die erst ein gemeinsames Problemverständnis und gemeinsame Lösungen ermöglicht.

Impulsreferat von Jana Hanitzsch, Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg

Soziographische Daten:

Jugendhilfe trifft Erwachsenenpsychiatrie

– die Rolle der KipE Rheinland

Abschlusstagung zum LVR Förderprogramm

Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen im Rheinland – KipE Rheinland

22.5.2014

PHG Duisburg | LVR Qualität für Menschen

Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil

Nach Angaben des Bundesgesundheits-Surveys (2004, vgl. Wittchen & Jacobi 2005) erkrankt jeder 3. erwachsene Deutsche im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung. Ein Großteil dieser Personen hat Kinder. In einer Erhebung (Lenz 2005) von 2 psychiatrischen Kliniken von 6 Monaten lag der Anteil erwachsener Patienten mit Kindern unter 18 Jahren bei 27%.

© PHG Duisburg 2

Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil

- Im Verlaufe eines Jahres erleben mindestens 3 Millionen Kinder einen Elternteil mit einer psychischen Störung.
- Allgemeine Versorgungsdaten: 250.000 Kinder leben bei einem Elternteil, der sich wegen einer psychischen Erkrankung in psychiatrischer / psychosozialer Beratung / Behandlung / Betreuung befindet.
- Stationäre Versorgungsdaten: 175.000 Kinder machen pro Jahr die Erfahrung, dass ein Elternteil wegen einer psychischen Erkrankung stationär psychiatrisch behandelt wird. (Mattejat 2008)

© PHG Duisburg 3

Handlungsempfehlungen für mögliche Hilfen überregional:

Mögliche Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern

Handlungsempfehlungen der PSAG Duisburg:

- zielgruppengerechte Informationsbroschüren
- Aufbau eines Netzwerks
- Ressourcenorientierte Gruppenangebote
- Entwicklung verbindlicher Fragebögen
- Unterrichtsangebote zum Thema
- Nennung von Kontaktpersonen f. d. Kinder
- Mitarbeiterfortbildung zum Thema
- Standardisierte Checkliste z. Risikoeinschätzung
- Begleitende Hilfen für Familien
- Helfergruppe für familienentlastende Dienste

(Projektbericht des Netzwerkes Duisburg)

© PHG Duisburg 4

Mögliche Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern

(Projektbericht des Netzwerkes Duisburg)

© PHG Duisburg 5

Die Arbeit der KipE Rheinland konkret in Duisburg:

KipE Rheinland

... steht für *„Beratung und Unterstützung für Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene und deren psychisch erkrankte Eltern im Rheinland"*

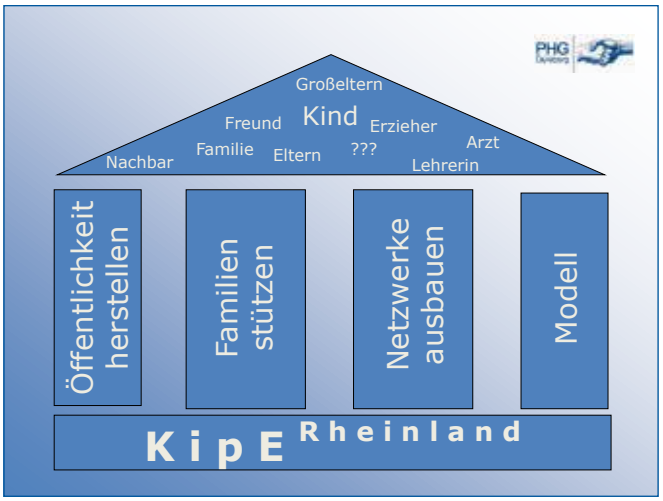
... wird als eines von 9 Modellprojekten gefördert durch den Landschaftsverband Rheinland (LVR)

... bietet Beratung für psychisch kranke Eltern sowie deren Kinder und weiteren Bezugspersonen

... ist freiwillig, kostenlos, niederschwellig und wenn gewollt, auch anonym

... bietet eine offene Sprechstunde und feste Termine in der Beratungsstelle an

... kommt auf Wunsch nach Hause oder an (fast) jeden anderen Ort



3. Säule: Netzwerkarbeit

Netzwerke ausbauen

- Teilnahme in den relevanten bestehenden Netzwerken vor Ort
  wie z.B. PSAG, Stadtteilkonferenzen, etc.
- Multiplikation
  z.B. durch Input bei KiTas, Schulen, etc.
- Identifikation und Zusammenführung bestehender regionaler Angebote und Netzwerkpartner
  wie z.B. Elternstammtische, Hebammentreffs, etc. vor dem Hintergrund der spezifischen Zielgruppe

1. Säule: Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeit herstellen

- Prävention
  z.B. durch Aufklärung über psychische Erkrankungen
- Aufklärung
  z.B. in KiTas und Schulen
- Entstigmatisierung
  durch angemessene Pressearbeit
- Präsentation & Sensibilisierung
  z.B. auf Veranstaltungen und Messen

4. Säule: Lernen am Modell

Modell

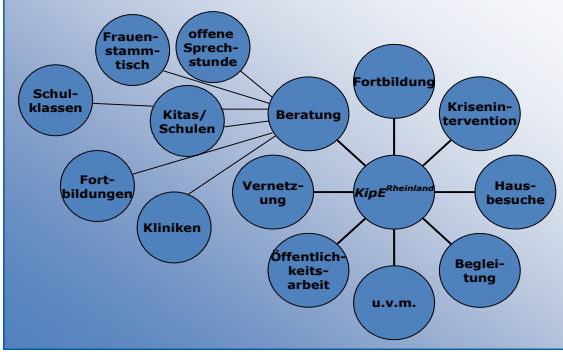
- Bedarfe ermitteln
  z.B. durch anonymisierte Erhebung der Beratungen
- am Modell lernen
  z.B. durch umfassendes quantitatives und qualitatives Berichtswesen
- Fakten liefern
  durch wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts in Zusammenarbeit mit dem LVR

2. Säule: Familienarbeit

Familien stützen

- Beratung
  niederschwellig, systemisch, wertschätzend, auf Wunsch aufsuchend oder anonym, unverbindlich und kostenlos für die Ratsuchende
- Begleitung
  z.B. zu psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Angeboten und Hilfen in der Region
- konkrete Unterstützung
  z.B. durch Unterstützung bei einer altersgerechten Aufklärung über die Erkrankung eines Elternteils oder Hilfestellung bei der Suche nach einer geeigneten Kinderbetreuung im Falle eines Klinikaufenthalts
- Entlastung in der Gruppe
  z.B. durch Elterntrainings oder Gruppenangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern

KipE Rheinland in Beispielen:



KipE Rheinland: Die Praxisarbeit

Was brauchen die Eltern?

- Aufbau eines sozialen Netzwerkes für die Familie
- Thematisierung weiterer Probleme in der Familie wie z.B. Schulden, Sucht, fehlende Freizeit…
- Hilfeleistungen für die Alltagsbewältigung
- Raum schaffen für die Paarbeziehung
- Schaffung verlässlicher Bezugspersonen und Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder, besonders bei anstehenden Klinikaufenthalten
- Spezielle Hilfen für die Erkrankung sowie Aufklärung über diese
- Stärkung der Erziehungskompetenz

(Projektbericht des Netzwerkes Duisburg)

© PHG Duisburg 13

KipE Rheinland: Die Praxisarbeit

Was brauchen die Kinder?

- Erfahrungen mit Gleichaltrigen
- Stärkung der Kinder in der Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Ängste sowie eigenen Bedürfnissen sowie Ermutigung, diese auszudrücken
- Stärkung einer realistischen Wahrnehmung
- kindgerechte Aufklärung über die Bedeutung und Folgen der psychischen Erkrankung des Elternteils
- Entlastung von Schuldgefühlen

(Projektbericht des Netzwerkes Duisburg)

© PHG Duisburg 14

KipE Rheinland: Die Praxisarbeit

Was brauchen die Kinder?

- eine langfristige, stabile und verlässliche Beziehung innerhalb und außerhalb der Familie
- alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung angesetzt an ihren Bedürfnissen und Fragen mit dem Ziel zur besseren Situationseinschätzung
- Vermittlung von Hoffnung, Mut und positiver Zukunftserwartung zur Aktivierung der Selbstbefähigung der Kinder, eigene Lebensperspektiven zu entwickeln

(Projektbericht des Netzwerkes Duisburg)

© PHG Duisburg 15

KipE Rheinland: Die Praxisarbeit

Aber auch positive Kompetenzen können die Kinder entwickeln wie z.B.:

- Überdurchschnittliche Fähigkeiten zum Krisenmanagement
- Hohe Selbstständigkeit und soziale Fähigkeiten
- Großes Verantwortungsbewusstsein
- Ausgeprägtes Einfühlungsvermögen in andere Menschen

(Projektbericht des Netzwerkes Duisburg)

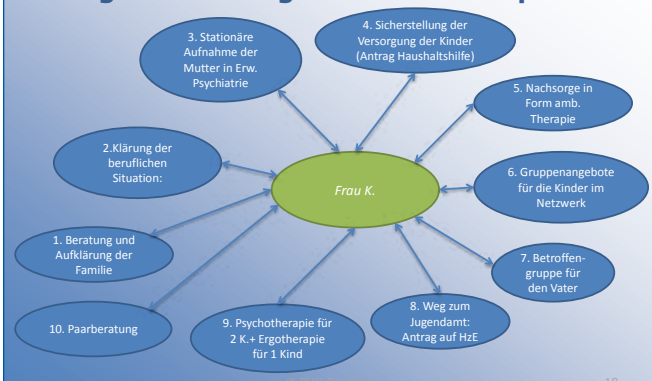
© PHG Duisburg 16

Vorstellung eines konkreten Fallbeispiels. Diese Beratung verlief 9 Monate bis die Lösungen mit der Familie auf Folie 18 gefunden und konkret umgesetzt werden konnten. Die Hilfe im Rahmen von KipE^{Rheinland} endet mit der Bewilligung einer refinanzierten Hilfe, in diesem Fall Hilfe zur Erziehung, durch das Jugendamt. Dann erfolgt in der Regel ein Übergabegespräch an den neuen Hilfeerbringer.

KipE Rheinland : Ein Fallbeispiel

© PHG Duisburg 17

mögliche Lösungen zum Fallbeispiel:



© PHG Duisburg 18

mögliche Lösungen zum Fallbeispiel:

Fazit

Eine psychische Erkrankung stellt für **alle** Beteiligten eine belastende und krisenhafte Lebenssituation dar.

Risikofaktoren sind nicht allein entscheidend für die gesundheitliche Entwicklung, sondern die Ressourcenaktivierung als Schutzfaktor.

© PHG Duisburg 20

Minimale Forderungen

- Eine niederschwellige Beratung –auch in der Komm Struktur - ist für Kinder als Angehörige, Familien und deren Bezugspersonen im Alltagsleben (Kindergarten, Schule, Jugendzentren etc.) durch Mitarbeiter, die neben psychiatrischen Kompetenzen auch Kompetenzen in der Kinder- und Jugendhilfe haben, gesichert
- Die regionalen Strukturen und Zugangsmöglichkeiten zu Hilfen sind dem beratenden Mitarbeiter bekannt.
- Netzwerke und verbindliche Absprachen zur Hilfeerbringung dieser Systeme existieren und werden genutzt.
- Aufklärung der Kinder und deren Angehörigen über eine psychische Erkrankung sind fester Bestandteil der Beratung.

© PHG Duisburg 21

Ein Weg entsteht dadurch, dass man ihn geht.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt:

PHG Duisburg
0203 34876-1240
www.phg-du.de

© PHG Duisburg 22

Impulsreferat von Dr. Ilka Markwort, LVR-Klinik Köln

LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Jugendhilfe trifft Erwachsenenpsychiatrie I.

Dr. Ilka Markwort

[1]LVR-Klinik Köln, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

KipE Abschlussveranstaltung Landschaftsverband Rheinland, 22.05.2014

LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

- **Psychiater haben oftmals keinen Kontakt zu den Kindern ihrer Patienten**
- **Kinder schlecht informiert über elterliche Erkrankung**

Kinder psychisch kranker Eltern, Psychiatr. Prax. 25 (1998) 134-138 Bohus, Schehr, Berger-Sallawitz, Novelli-Fischer, Stieglitz, Berger

Folie 2

- -

- **häufig mit der Betreuungssituation ihrer Kinder unzufrieden**
- **oftmals Ressentiments gegenüber JA**
- **Erfahrung mit JA (n=33** von insgesamt 83**)**
  1. gar nicht unterstützend, ernstnehmend, beratend (33-39%)
  2. beängstigend, bevormundend, kontrollierend (30-33%)

Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen; Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57: 774-788 (2008) Kölch, Schmid

Folie 3

LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Psychiater

- **wissen oft, ob Patienten Kinder haben**
- **wissen oft nicht, wie die Lebenssituation und die Unterstützung der Kinder ist**
- **sind schlecht informiert über präventive Angebote für Familien**
- **sehen in JA am ehesten Institution bei akuter Kindeswohlgefährdung**

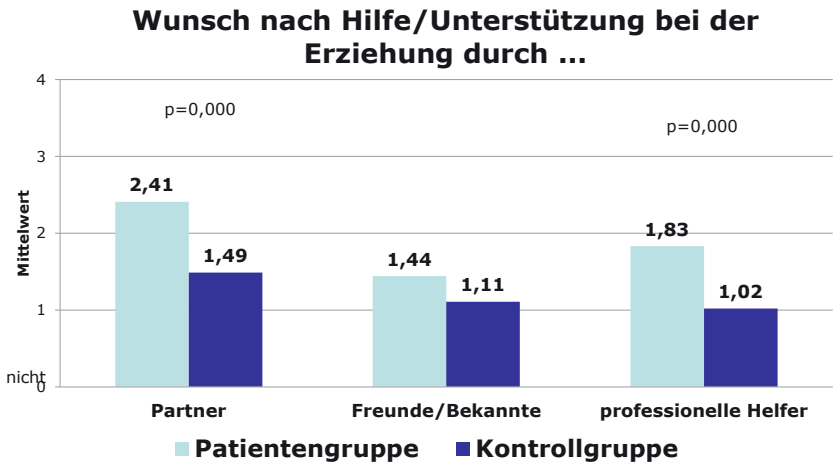
Was wissen Psychiater über die Kinder ihrer Patienten? Psychiatr. Prax. 2012; 39: 211-216; Franz, Kettemann, Jäger, Hanewald, Gallhofer

Folie 4

LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Qualität für Menschen

Kipsy-Studie Köln: Subjektiver Hilfebedarf



Folie 5

LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Qualität für Menschen

was brauchen Psychiater

- **Wissen um die Bedeutung von Elternschaft psychisch Kranker (für Patienten und Kinder)**
- **Haltung der Vorgesetzten (möglichst Angebote in der Klinik)**
- **Instrumente zur gesicherten Erhebung**
- **Jugendhilfeangebote (Information, Vernetzung!)**

LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Bisherige konkrete Maßnahmen in der LVR-Klinik Köln

- Patenprojekt Köln (Kooperation LVR-Klinik Köln & Landesjugendamt), seit 2006 (befristete Finanzierung)
- **Elterngruppen für stationäre, teilstat. u. ambul. Pat., (durch Kliniksozialdienst und Mitarbeitern zweier Kölner Jugendhilfeträger, EZB; befristete Finanzierung, seit 2010)**
- Aufnahmemöglichkeit eines Kindes bis <1 Jahr in Allgemeinpsychiatrie und bis zu drei Kindern im Vorschulalter auf der Drogenentgiftungsstation
- Sprechstunde für psychisch kranke Frauen mit Kinderwunsch, in Schwangerschaft und Stillzeit
- Verbindliches Erfragen von Elternschaft und evtl. Hilfebedarf schon im Aufnahmeprozess (KIS)

Folie 7

LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Elterngruppe

- **Ziele**
  - offener Austausch
  - Fragen und Antworten
  - Beratung durch Sozialarbeiter
  - Kennenlernen von Angeboten der Jugendhilfe und evtl. erste Kontakte ambulant
  - Infomaterial/ Kinderbücher
  - Verweisen an andere Institutionen der Jugendhilfe

Folie 9

LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Elterngruppe

•Wöchentliche Gruppe

⇩

stationär behandelte Patienten

•Sozialdienst der Klinik + Jugendhilfe

•Zweiwöchige Gruppen

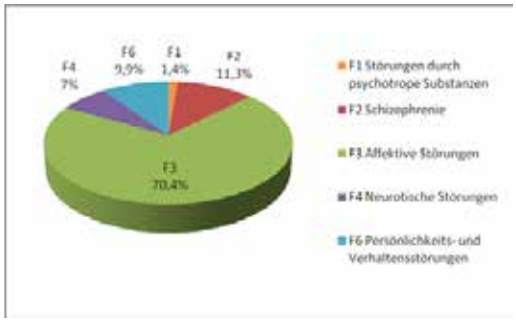
⇩

ambulant/ teilstationär behandelte Patienten

•Sozialdienst der Klinik + Jugendhilfe/EZB

LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Evaluation der Elterngruppe



LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Evaluation der Elterngruppe 01.02.-31.07.2012

Masterarbeit Rehabilitationswissenschaften, Jennifer Haas, LVR-Klinik Köln

- **105 Kinder, 69 Eltern (24 m, 45w)**
- **72% (75) zusammenlebend, 28% (29) nicht**
- **69% nicht mit ihrer psychisch kranken Mutter und 31% nicht mit ihrem psychisch kranken Vater zusammenleben**

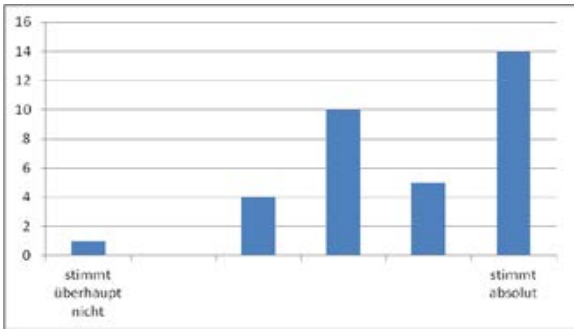
Folie 11

LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Qualität für Menschen

Evaluation der Elterngruppe

- **Die Elterngruppe hat mit sehr geholfen…**

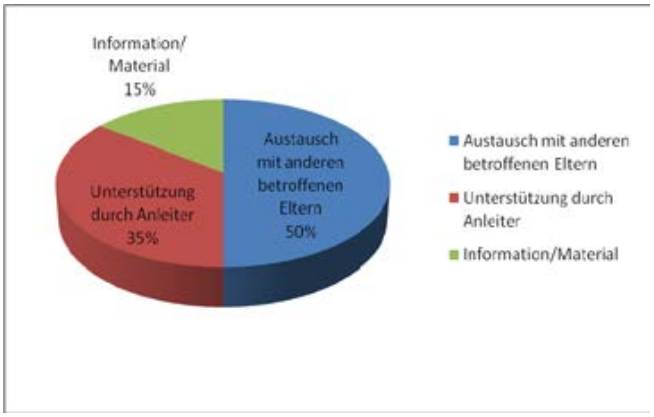


LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Qualität für Menschen

Evaluation der Elterngruppe

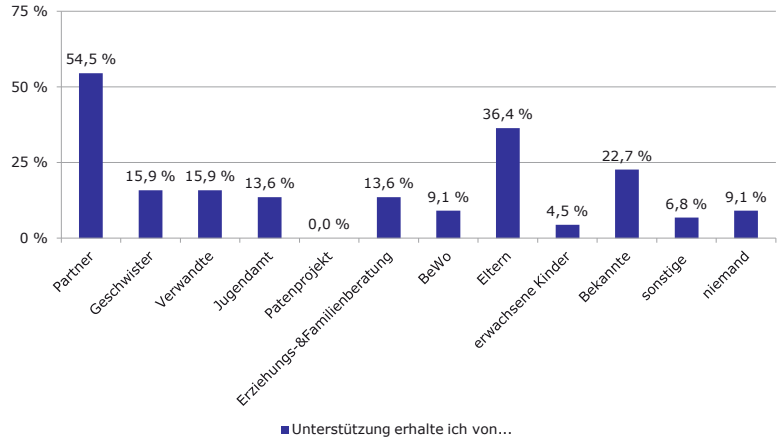
- **Geholfen hat mir…**



Folie 13

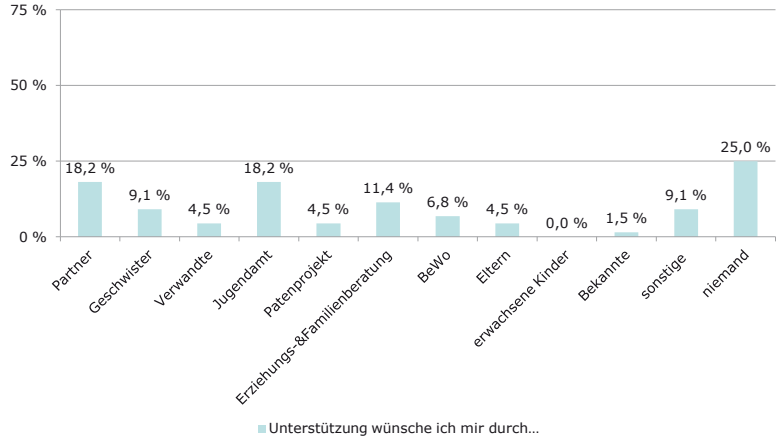
LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Unterstützung erhalte ich von...



LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Unterstützung wünsche ich mir durch...



Folie 15

Wichtig:

- **stationäre/teilstationäre Behandlungen in der Erwachsenenpsychiatrie werden immer kürzer (Ø 21 Tage, die Zeit drängt!)**
- **Kontaktaufnahme zur JH möglichst schon während stationärer Behandlung**
- **alle Beteiligten an einen Tisch (Transparenz), aber EINER koordiniert**
- **klare Absprachen und Aufgabenverteilung**

LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Danke für Ihr Interesse

Impulsreferat von Dr. Ute Projahn, LVR-Jugendhilfe Rheinland

Ich habe, wie schon in meinem Eingangsreferat erwähnt, über viele Jahre die Erfahrung gemacht, dass Pädagogen dahingehend ausgebildet sind, den ganzen Menschen zu sehen, und das auch noch in seinen sozialen Bezügen.

Der medizinisch ausgebildete Mensch sieht natürlich auch den ganzen Menschen, ist aber durchaus dazu in der Lage, und das nicht ausschließlich in der Spezialisierung, einzelne Teile zu erkennen und einer Störung oder Erkrankung per Diagnose einen Namen zu geben. Dieses gelingt zur großen Verblüffung der Pädagogen auch dann, wenn es sich um eine psychiatrische Erkrankung handelt, wo im eigentlichen Sinne des Wortes keine Wunde oder Erkrankung zu sehen ist.

Soweit so gut. Doch Pädagogen neigen dazu, sich gegen eine psychische Erkrankung zu wehren, sei es aus der Überzeugung heraus, dass die gesellschaftlichen Bedingungen zu der Erkrankung geführt haben, die Eltern der Kinder zu wenig Unterstützung bekommen oder auch mit den schwierigen Alltagsgeschäften überfordert sind.

Die wahrgenommene Sicherheit der Mediziner, ein Krankheitsbild zu definieren, führt in Krisensituationen zunächst zur Beruhigung und dann auch zur Erleichterung bei den Pädagogen, kurz danach aber auch wieder zum Zweifel und zur Ablehnung der Diagnose.

Dieses zwar interessante, aber doch auch störende Zusammenspiel der Professionen führt immer wieder dazu, dass die Erreichung einer stabilen Harmonie sich schwierig gestaltet.

Besonders kritisch wird es dann, wenn die verständnisvollen Pädagogen einen akuten psychischen Ausnahmezustand bei Erwachsenen oder Kindern/Jugendlichen erleben, der ihnen so viel Angst macht, dass eine Klinikeinweisung notwendig wird und dort entschieden wird, dass der Patient nach kurzer Zeit wieder entlassen werden kann und in sein gewohntes Umfeld zurückkehren soll.

Mitarbeiter der Jugendhilfe haben, wie es der Name schon sagt, Kontakte zu Kinder- und Jugendpsychiatrien. Die Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie entsteht entweder durch die Entwicklung von gemeinsamen Hilfeprojekten für Kinder UND Eltern oder aber durch die Betreuung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen bis über die Volljährigkeit hinaus.

Dazu zunächst ein kurzes Beispiel aus meinem Berufsleben.

Judiths Tante wendet sich über das Jugendamt an mich als Leiterin einer Jugendhilfeeinrichtung. Judith ist 16 Jahre alt. Sie lebt bei ihrer Tante, der Schwester ihrer Mutter, die selbst inzwischen in einer Wohngruppe für psychisch kranke erwachsene Frauen lebt. Judiths Tante lebt gemeinsam mit ihrem Ehemann und dem 17-jährigen gemeinsamen Sohn in angenehmen Lebensverhältnissen.

Ich erfahre, dass Judith sich seltsam verändert. Sie besucht zwar weiterhin erfolgreich das Gymnasium, erzählt aber konfuse Geschichten, in denen sie ihre Tante diffamiert und bedroht. Judith und ihr Cousin bewohnen so eine Art gemeinsames Zimmer im Dachgeschoß des Hauses, welches aber wohl durch entsprechende Größe und Abtrennungen genügend Abstand zwischen den beiden ermöglicht. Ich denke sofort an eine Eifersuchtsproblematik und glaube, dass die Tante Judith loswerden will.

Judith findet Aufnahme in einer AWG. Zunächst bin ich angetan von ihrer angenehmen Art, später verliebt sie sich in einen Sozialpädagogen ihrer AWG, der aber sehr gut mit dieser Situation umgehen kann.

In einem HPG lerne ich die leibliche Mutter kennen. Freundlich, lieb, der Tochter zugetan, aber auch von den Medikamenten gezeichnet, aufgedunsen, beruhigt. Ein Bild, welches ich nie vergessen werde. Ein bestimmt sehr lieber Mensch, den ich sofort mag, der mir aber auch sehr leid tut. Judith schämt sich ihrer Mutter und ist ihr gegenüber sehr abweisend und unfreundlich. Judith wird zunehmend aggressiv, auch sich selbst gegenüber.

Sie ritzt sich, brennt sich mit heißen Löffeln tiefe Löcher in die Arme. Die erste Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nicht zu vermeiden. Die Zeit vergeht zwischen Leben bei uns und in der Psychiatrie. Judith verlässt die Schule ohne Abschluss und versucht sich in verschiedenen Praktika. Sie wird volljährig und die Erwachsenenpsychiatrie wird für sie zuständig. Ich bin oft bei ihr. Ein junger Arzt, noch in der psychiatrischen Ausbildung, gerät in Judiths Bann. Ich warne ihn. Später glaubt er mir und wir werden ein gutes Team. Wenn Judith in der Klinik ist, spielt sie die Stationsleitung. Judiths Zustand schwankt zwischen gut und ganz schlecht. Sie wird aus

der Jugendhilfe entlassen, da sie mehr in der Klinik als in der AWG leben kann. Später erfahre ich, dass sie sich in der Klinik selbst getötet hat.

Innerhalb des von mir geschilderten Patenprojektes für Kinder psychisch kranker Eltern erleben die Mitarbeiterinnen der LVR-Jugendhilfe Rheinland seit über drei Jahren eine sehr erfreuliche Kooperation mit der LVR-Erwachsenenpsychiatrie in Köln-Merheim. Nach meinem Empfinden gelingt die Zusammenarbeit sehr gut, ist von gegenseitiger Wertschätzung und Vertrauen getragen und ich selbst, die ich aus Zeitgründen gar nicht so intensiv in das Patenprojekt einsteigen kann als ich möchte, bemerke ein gutes Gefühl in mir, dass es eine gute Zusammenarbeit ist, die nicht nur gefällt, sondern auch gute Ergebnisse erreicht.

Ich fasse zusammen: die Hilfen durch die psychiatrischen Kollegen können für die Pädagogen hilfreich sein und auch dazu beitragen zu erkennen, dass es Grenzen pädagogischen Handels gibt.
Die ganzheitliche Betrachtung der Pädagogen im Zusammenspiel mit der Kompetenz der Psychiatrie kann eine Bereicherung für beide Seiten sein, wenn in der kollegialen Zusammenarbeit Sicherheit, Akzeptanz und Vertrauen im Vordergrund der gegenseitigen Bemühungen für das Wohlergehen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen steht.

FORUM 2:
KipE^{Rheinland} und Gemeindepsychiatrie – Rolle der SPZ

Zusammenfassung

Herr Arenz, ehemaliger Psychiatriekoordinator des Rhein-Sieg-Kreises, berichtete über die Schaffung von jeweils 0,5 Stellen für Fachkräfte an den vier SPZ des Rhein-Sieg-Kreises für die Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. Die Mittel wurden aus dem Haushalt des Kreises, die für das Gesundheitswesen vorgesehen sind, bereitgestellt. Der Aufgabenkatalog sieht fallbezogene Elternarbeit, Netzwerkarbeit und pädagogische Leistungen vor. Schwerpunkte, Konzept und Weiterentwicklung können sich je nach Standort aufgrund der örtlichen Rahmenbedingungen unterscheiden.

Herr Arenz verdeutlichte in der Diskussion, dass die Bedingungen im Rhein-Sieg-Kreis diese Lösung begünstigt hätten. Die Möglichkeiten für vergleichbare Lösungen in anderen Städten und Kreisen sind vor Ort unter Würdigung der Standortbedingungen zu prüfen. Herr Arenz verdeutlichte ebenfalls, dass die Abstimmung mit vielen verschiedenen Stellen, Ämtern und Gremien notwendig ist. Dazu müssen bei Bedarf auch unterschiedliche Darstellungsweisen genutzt werden.

Frau Richterich (Geschäftsführerin der PHG Duisburg) griff in ihrem Vortrag die Aufgabe der SPZ, als Initiatoren für die Vernetzung und Entwicklung von Hilfeangeboten für psychisch Kranke in ihrer Versorgungsregion, auf. Bezogen auf die Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern stellte sie fest, dass die SPZ

- den Auftrag der Vernetzung der Systeme der Jugendhilfe und der Gemeindepsychiatrie,
- den Auftrag der Entwicklung neuer Hilfsangebote für Familien mit einen psychisch erkrankten Elternteil und
- den Auftrag der Hilfen für Angehörige, denn Kinder psychisch kranker Eltern sind (lang vergessene) Angehörige ohne Lobby, sichern.

In einem fundierten Dialog mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erläuterte Frau Richterich die Etablierung der Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern am SPZ in Trägerschaft der PHG in Duisburg und das Zusammenwirken mit dem Duisburger Netzwerk (www.psag-netzwerk.de). Im Dialog konnten u. a. auch praktische Fragen geklärt werden, z. B. ob es notwendig ist, an Sozialpsychiatrischen Zentren Spielzeug für Kinder bereit zu halten.

Frau Görres (Geschäftsführerin des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V.) gab zum Abschluss einen Überblick über die Situation in Deutschland und über die besonderen Aktivitäten ihres Dachverbandes. Sie ging detailliert auf die Notwendigkeit gesetzlicher Anpassungen bzw. Möglichkeiten der Nutzung bestehender Vorschriften ein. Abschließend verwies sie auf die bestehende Initiative mehrerer Verbände zur Einrichtung einer Sachverständigenkommission beim Deutschen Bundestag mit dem Ziel die gesetzlichen Grundlagen für die Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern zu schaffen bzw. zu verbessern und bestehende Schnittstellenprobleme zu beseitigen. Sie konnte eindrücklich darstellen, dass diese Initiative die Unterstützung von möglichst allen Interessierten benötigt und man in den Kommunen die gewählten Bundestagsabgeordneten um Unterstützung der Initiative bitten sollte.

Impulsreferat von Karl-Heinz-Arenz, Gesundheitsamt Rhein-Sieg-Kreis

Über das Thema, der mit der psychischen Erkrankung eines oder beider Elternteile einhergehenden Risiken für die gesunde Entwicklung von Kindern, ist in den vergangenen Jahren viel geschrieben und veröffentlicht worden. Die drängende Notwendigkeit, diese Risiken zu erkennen und diesen entgegen zu wirken, ist, auch wenn zur Prävalenz von Kinder psychisch kranker Eltern derzeit keine belastbaren Studien vorliegen, unbestritten. Schätzungen bzw. Hochrechnungen auf der Grundlage vorhandener statistischer Angaben (wie z. B. Haushalte mit Kindern, Prävalenz psychischer Erkrankungen etc.) kommen zu dem Ergebnis, dass bei zwei bis drei Millionen Kindern unter 18 Jahren mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist. (ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDHILFE 2010)

Zahlreiche Untersuchungen schätzen, dass das kindliche Störungsrisiko um den Faktor zwei bis drei gegenüber einer gesunden Vergleichsgruppe erhöht ist. Auch das bekannte Drei-Drittel-Ergebnis kommt hier offenbar zum Tragen:

- ein Drittel der untersuchten Kinder weisen keinerlei Beeinträchtigungen auf,
- ein weiteres Drittel lediglich vorübergehende Auffälligkeiten,
- beim restlichen Drittel zeigen sich fortdauernde seelische Störungen.

Die Kinderpsychiater konnten zeigen, dass ein Drittel der Kinder in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung mindestens einen psychisch kranken Elternteil haben. [... (FAUST 2011)] Rezension zu [... (LENZ 2005)]
Auf die fachliche Begründung soll an dieser Stelle deshalb auch nicht weiter eingegangen werden. Vielmehr soll am Beispiel des Rhein-Sieg-Kreises die Umsetzung einer dauerhaft gesicherten Leistung für Kinder psychisch kranker Eltern, deren Finanzierung und die Integration dieser Leistungen in das bestehende Versorgungssystem dargestellt werden.

Sozialpsychiatrische Zentren

Unstrittig war die Verortung der Leistungen für Kinder psychisch kranker Eltern im Angebotsspektrum der vier Sozialpsychiatrischen Zentren im Rhein-Sieg-Kreis. Diese sind im Kreisgebiet dezentral angesiedelt und seit mehr als 20 Jahren etabliert. Darüber hinaus sind die Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes vollständig in deren Leistungsportfolio integriert.
Seit 2011 verfügen die Sozialpsychiatrischen Zentren über ein regionales einrichtungsbezogenes Psychiatriebudget. Leistungen werden nicht mehr wie zuvor fallbezogen mit dem Rhein-Sieg-Kreis abgerechnet, sondern auf der Grundlage einer Zielvereinbarung erbracht. Damit sind die Einrichtungen in der Lage unter Berücksichtigung der Nachfrage sowie der Strukturen des Versorgungsgebietes Leistungen bedarfsgerecht und flexibel zu erbringen. Insbesondere besteht damit auch die Möglichkeit, fallunabhängige Leistungen zu erbringen, wie z. B. der gerade im Bereich der Leistungen für Kinder psychisch kranker Eltern bedeutsame Aufbau von Kooperations- und Netzwerkstrukturen.

Die Sozialpsychiatrischen Zentren sind in ihrer jeweiligen Versorgungsregion gut vernetzt und erste Anlaufstation für Menschen mit psychischen Störungen bzw. Erkrankungen. Die Einzugsgebiete der Sozialpsychiatrischen Zentren orientieren sich an der Infrastruktur des Kreisgebietes und den Gemeindegrenzen, sind jedoch nicht deckungsgleich mit den Zuständigkeitsgebieten der Jugendämter im Kreisgebiet.

Hinzu kommt, dass drei der vier Sozialpsychiatrischen Zentren bereits Leistungen für Kinder psychisch kranker Eltern anboten und damit bereits über entsprechende Erfahrungen verfügten. Auch war der Rhein-Sieg-Kreis am Projekt KipE^{Rheinland} des Landschaftsverbandes Rheinland beteiligt, dessen Durchführung und Koordination im Kreisgebiet ebenfalls einem der Sozialpsychiatrischen Zentren übertragen worden war.

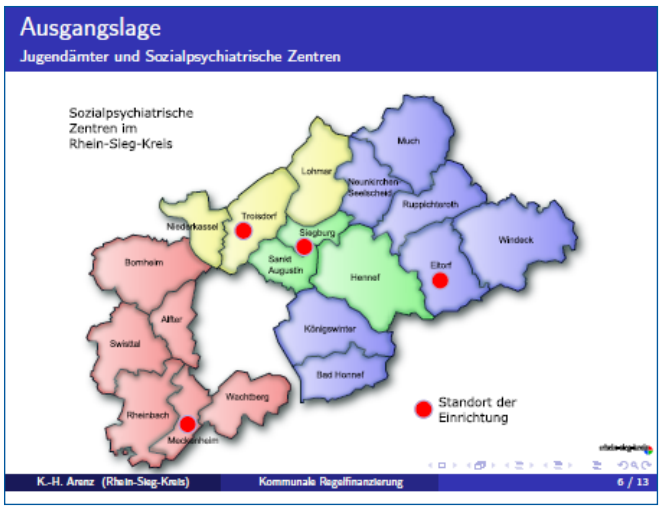


Abb 1: Sozialpsychiatrische Zentren im Rhein-Sieg-Kreis: Standorte und Versorgungsregionen

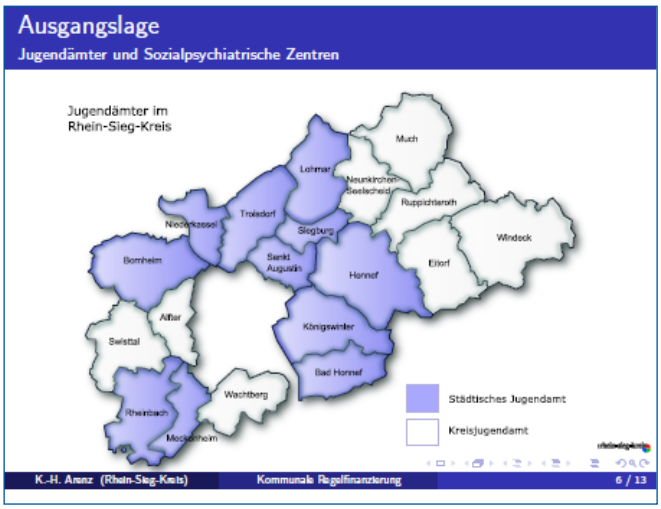


Abb 2: Jugendämter im Rhein-Sieg-Kreis

Finanzierung

In einem ersten Schritt galt es, Verwaltung und Politik für das Thema zu sensibilisieren und an die Problematik heranzuführen. Hierzu wurde ein verwaltungsintern abgestimmtes Rahmenkonzept vorgelegt, in dem neben fachlichen Aspekten auch erste Vorschläge zur Finanzierung enthalten waren.

Abb 3: Rahmenkonzept der Verwaltung

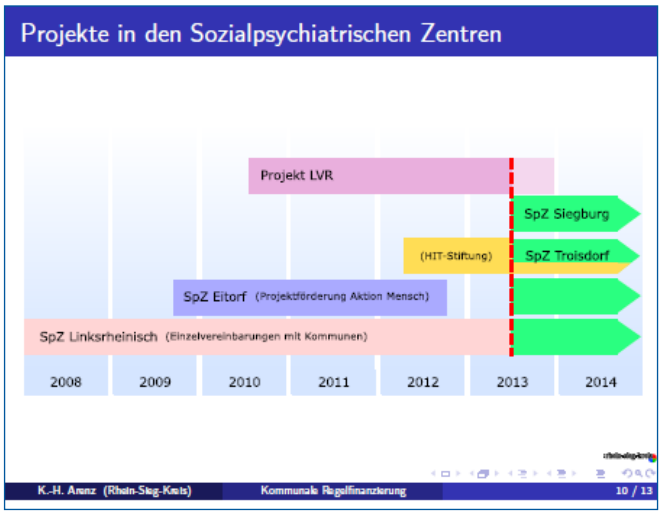


Abb 4: Laufende Modellprojekte im Rhein-Sieg-Kreis

In der Diskussion über die Zuständigkeit und damit der Kosten bewegt sich das Thema Kinder psychisch kranker Eltern zwischen den Systemen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe und fordert fast zwangsläufig eine gegenseitige Zuschreibung der Zuständigkeiten heraus. Dies dürfte mit einer der Gründe für die zögerliche Entwicklung entsprechender Versorgungsangebote sein.

Kritisch gesehen wird dies u.a. im 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, in dem die mangelhafte Verzahnung des Hilfesystems, der Jugendhilfe einerseits und dem der Gesundheitshilfe andererseits, beklagt wird. Gemeint sind hier wohl die unterschiedlichen Perspektiven der an der Versorgung Beteiligten, nämlich der Systeme Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe, die, bedingt durch ihren Auftrag und ihren Fokus, keine Hilfen für die Zielgruppe der Kinder psychisch kranker Eltern anbieten.

Ein weiteres Hindernis auf institutioneller Ebene ist darin zu sehen, dass die Erwachsenenpsychiatrie ihren Behandlungsauftrag (und die damit verbundene Vergütung von Leistungen) nur auf den erkrankten Elternteil bezieht und die Belange der Angehörigen (neben Lebenspartnern sind dies auch die Kinder!) auch durch die von den Kliniken vorgehaltenen Sozialdienste nur wenig im Blick hat. Umgekehrt richtet aber auch die Kinder- und Jugendhilfe ihre Aufmerksamkeit nur in jenen Fällen auf die Gruppe der Kinder psychisch Kranker, wenn die Eltern selbst oder Dritte aufgrund der elterlichen Erkrankung Hilfen zur Erziehung für notwendig halten oder es gar Hinweise auf eine Gefährdung des Kindeswohls gibt. Die Beschäftigung mit dieser Personengruppe unter präventiven Gesichtspunkten – also jenseits des Vorliegens eines konkreten Hilfeanlasses – ist in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe bislang kaum verbreitet. Weitere strukturelle Hemmnisse wie beispielsweise ein unterschiedliches Krankheitsverständnis der beteiligten Professionellen oder mangelnde fachliche Qualifikation (z. B. fehlende Praxis von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe mit der Gruppe psychisch kranker Eltern bzw. von Professionellen im Gesundheitswesen mit den speziellen Bedürfnissen von Kindern) erschweren eine Kooperation zusätzlich. (DEUTSCHER BUNDESTAG 2009)

Unterschiedliche Sichtweisen der Systeme, fachliche Einschränkungen und mangelnde Kooperation auf der institutionellen Ebene produzieren zusätzliche, die frühzeitige Unterstützung behindernde Probleme. So haben psychisch erkrankte Eltern sehr häufig ein hohes Misstrauen gegenüber Jugendämtern bzw. Angeboten der Jugendhilfe. Befürchtet wird, dass vonseiten der Behörde die psychische Erkrankung mit dem Verlust der Erziehungskompetenz gleichgesetzt wird, womöglich sogar eine Kindeswohlgefährdung vermutet wird, und einen Entzug des Sorgerechtes nach sich ziehen könnte. In der Folge bedeutet das, dass betroffene Eltern mögliche Leistungen der Jugendhilfe zu spät oder gar nicht in Anspruch nehmen.

Die geforderte Annäherung der Systeme Gesundheitshilfe und Jugendhilfe, deren Kooperation und Verzahnung stößt in der Praxis und insbesondere hinsichtlich der Finanzierung von Leistungen häufig auf Schwierigkeiten, die zu einem Teil auch in den vorhandenen Strukturen zu suchen sind. Lösungswege und -strategien müssen sich deshalb an diesen strukturellen Bedingungen orientieren. Dennoch war, wenn auch verwaltungsintern kontrovers diskutiert, im ursprünglichen Konzept des Rhein-Sieg-Kreises eine gemeinsame Kostentragung durch Gesundheitshilfe und Jugendhilfe vorgesehen.

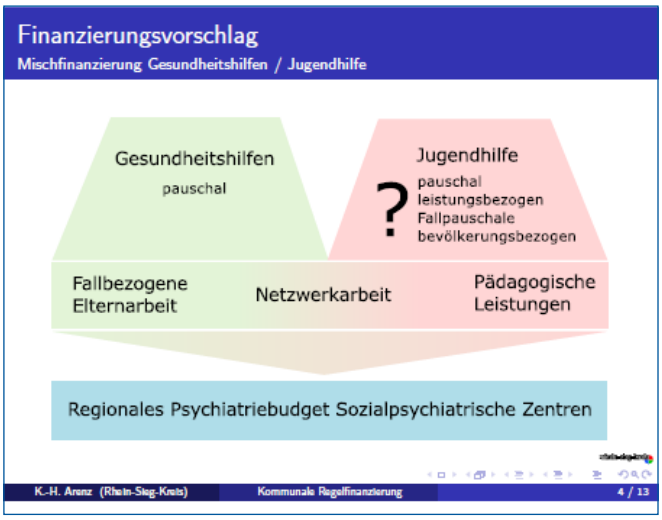


Abb 5: Ursprünglicher Finanzierungsvorschlag

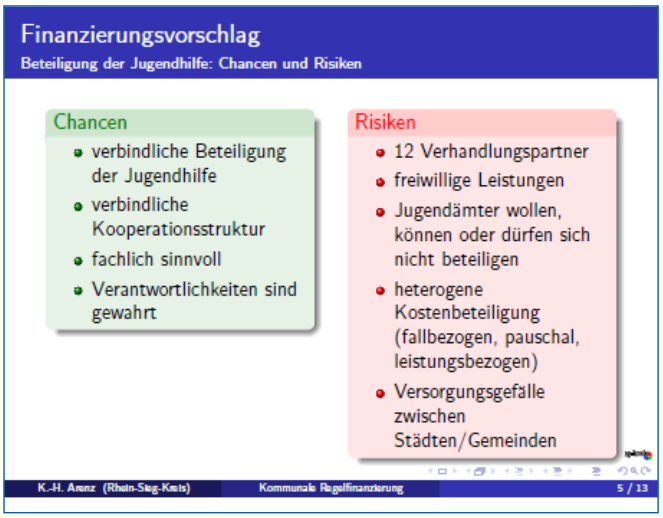


Abb 6: Ursprünglicher Finanzierungsvorschlag: Chancen und Risiken

Die Diskussion des Rahmenkonzeptes zeigte sehr schnell die Grenzen der geplanten anteiligen Finanzierung durch Jugendhilfe und Gesundheitshilfe auf, wohingegen die fachliche Notwendigkeit der vorgesehenen Hilfen umfassend bestätigt wurde. Das Ziel einer anteiligen Finanzierung der Leistungen durch die Jugendhilfe wurde deshalb aus folgenden Gründen aufgegeben:

- Nicht alle städtischen Jugendämter wären nicht oder nur eingeschränkt in der Lage gewesen, zusätzliche freiwillige Ausgaben zu tätigen, da deren Haushaltsführung dem Haushaltssicherungskonzept unterlag.
- Insgesamt wären Verhandlungen mit 12 verschiedenen Jugendämtern erforderlich geworden, 11 städtische Jugendämter sowie dem für 8 Gemeinden zuständigen Kreisjugendamt.
- Nicht alle städtischen Jugendämter wären bereit gewesen, sich an den Kosten der Leistung zu beteiligen.
- Es bestand keine Aussicht darauf, eine homogene Form der Vergütung für alle beteiligten Jugendämter zu implementieren. Sowohl fallbezogene als auch leistungsbezogene und pauschale Vergütungssysteme wurden in Erwägung gezogen. Für die leistungserbringenden Einrichtungen wäre ein unverhältnismäßig großer Abrechnungs-, Dokumentations- und Verwaltungsaufwand entstanden, wenn in der Versorgungsregion mit unterschiedlichen Vergütungssystemen gearbeitet werden sollte.

Anstatt der geplanten anteiligen Finanzierung durch Jugendhilfe und Gesundheitshilfe wurde eine Finanzierung allein durch den Bereich der Gesundheitshilfe vorgeschlagen, denn grundsätzlich gehört es zu den Aufgaben des Ambulant-aufsuchenden-Dienstes der Sozialpsychiatrischen Zentren,[1]

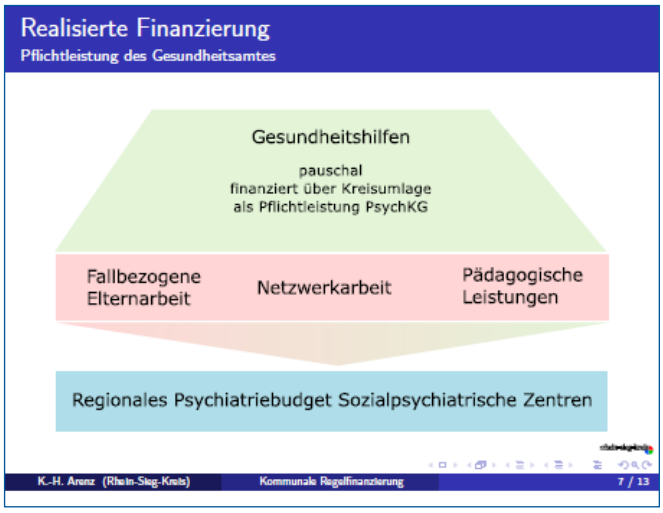


Abb 7: Finanzierung über Gesundheitshilfe

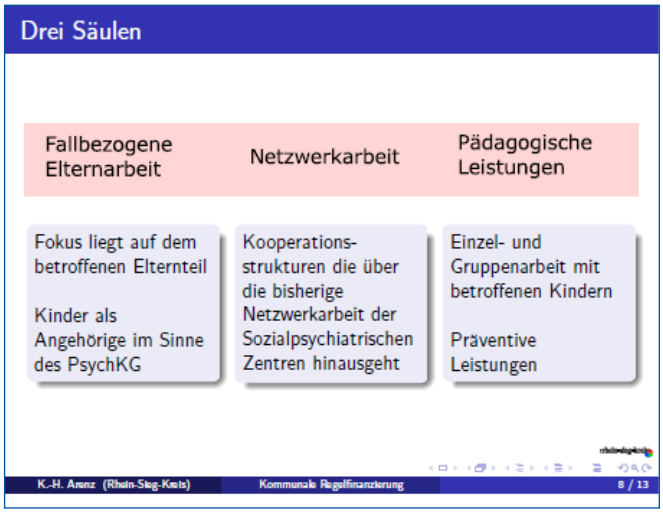


Abb 8: Arbeitsbereiche

[1] Beim Ambulant-aufsuchenden-Dienst handelt es sich um Pflichtleistungen des Rhein-Sieg-Kreises auf der Grundlage des PsychKG, die von den Sozialpsychiatrischen Zentren im Auftrag des Rhein-Sieg-Kreises durchgeführt werden.

vorsorgende Hilfen im Rahmen des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) auch Personen anzubieten, die mit der bzw. dem Betroffenen zusammenleben (DODEGGE und ZIMMERMANN 2011, S. 198). Hierbei soll bei den Angehörigen Verständnis für die besondere Lage der Betroffenen geweckt und deren Bereitschaft zur Mitwirkung bei den Hilfen gefördert werden. Dass diese Aufgabe, bezogen auf Kinder von Betroffenen, in der Vergangenheit nicht im gebotenen Umfang und in der gebotenen Qualität wahrgenommen wurde, hat seinen Grund in der Ausrichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste an der Erwachsenenpsychiatrie und damit Auswirkungen auf die von der Erkrankung betroffenen Personen.
Insofern handelt es sich bei den vorgesehenen Leistungen nicht etwa um eine Anhebung des Versorgungsstandards, sondern um eine Anpassung der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Zentren an einen erforderlichen Mindeststandard.

Darüber hinaus bestand nur auf dieser Grundlage die Aussicht auf die Realisierung einer für das gesamte Kreisgebiet gültigen einheitlichen Versorgungsstruktur und die Vermeidung eines Versorgungsgefälles zwischen den einzelnen kreisangehörigen Kommunen.

Zur Vorbereitung einer erforderlichen politischen Entscheidung wurde das Rahmenkonzept, verbunden mit dem entsprechenden Finanzierungsvorschlag über die Kreisumlage, sowohl in der Runde der Sozialdezernentinnen und Sozialdezernenten als auch der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister der kreisangehörigen Städte und Gemeinden erörtert.

Neben der fachlichen Begründung konnte nicht zuletzt das Argument der erheblichen Kosten für einen Jugendhilfefall überzeugen. Wenn auch die Zahl der Jugendhilfefälle, bei denen die psychische Erkrankung eines Elternteils eine Rolle spielt, statistisch nicht erfasst wird, so ist der Anteil dieser Problematik nach Einschätzung des Kreisjugendamtes beträchtlich und zeigt eine steigende Tendenz. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass durch geeignete Unterstützung und Hilfen für die Betroffenen im Vorfeld die Inanspruchnahme von kostenintensiven Leistungen der Jugendhilfe reduziert, in Einzelfällen auch vermieden werden kann.
Der Bericht der Gemeindeprüfungsanstalt Nordrhein-Westfalen (GEMEINDEPRÜFUNGSANSTALT NORDRHEIN-WESTFALEN 2009, S. 22) weist für den Rhein-Sieg-Kreis je Fall im Bereich der Hilfen zur Erziehung durchschnittliche unmittelbare Fallkosten in Höhe von 21 970 Euro aus.[2]
Untersuchungen (LENZ 2005) belegen, dass etwa ein Drittel der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Patientinnen und Patienten einen psychisch erkrankten Elternteil haben. Bei einer derzeit durchschnittlichen Behandlungsdauer von fast 30 Behandlungstagen im stationären Bereich und einem Tageskostensatz in Höhe von 419,33 Euro[3] verursacht jeder Behandlungsfall Kosten in Höhe von etwa 12 600 Euro. Unberücksichtigt sind hier die ambulanten und teilstationären Behandlungsfälle.
Insgesamt wird demnach bereits bei der Vermeidung von nur einigen wenigen Jugendhilfe- oder (stationären) Behandlungsfällen ein beträchtliches Einsparungspotential erreicht.

Mit einem uneingeschränkt einstimmigen Votum zugunsten des vorgestellten Konzeptes sowohl der Sozialdezernentinnen und Sozialdezernenten als auch der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister wurde der Weg geebnet für die Entscheidung in den zuständigen politischen Gremien des Kreistages.

Die letztendlich vom Kreistag im Haushalt bereitgestellten Mittel fließen in das jeweilige regionale Psychiatriebudget der Sozialpsychiatrischen Zentren ein. Durch die Finanzierung der Leistungen für Kinder psychisch kranker Eltern im Rahmen eines regionalen Psychiatriebudgets verfügen die Einrichtungen über ausreichend Gestaltungsmöglichkeiten, um das Angebot für Kinder psychisch kranker Eltern an die vorhandenen Strukturen anzupassen und eine bedarfs- und nachfragegerechte Gewichtung der Angebotsstruktur vorzunehmen. Die Einschätzung des Gesamtaufwandes je Einrichtung beruht auf den von den Sozialpsychiatrischen Zentren ermittelten Fallzahlen, d.h. der Anzahl der Betreuungsfälle, bei denen Kinder

[2] Nicht enthalten sind die Kosten der Eingliederungshilfe sowie die Kosten für Personalaufwendungen des Jugendamtes.
[3] Derzeitiger Tagessatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Bonn

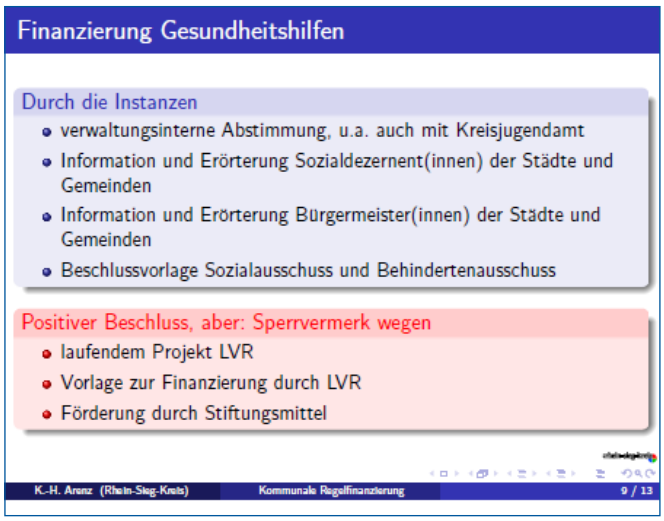


Abb 9: Der Weg durch die Instanzen

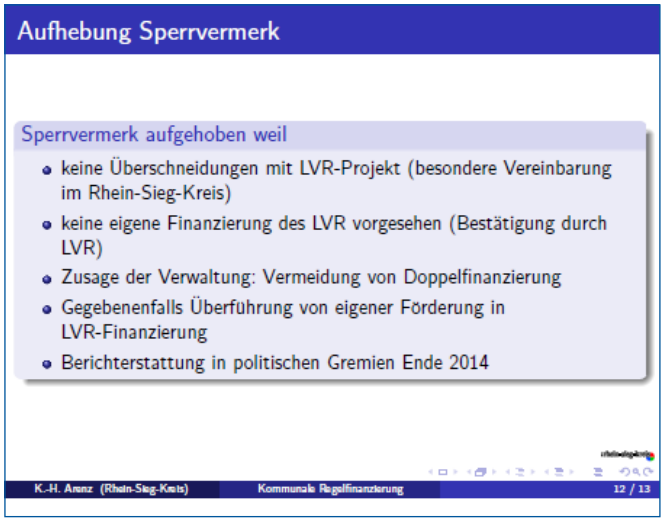


Abb 10: Abschließende Schritte

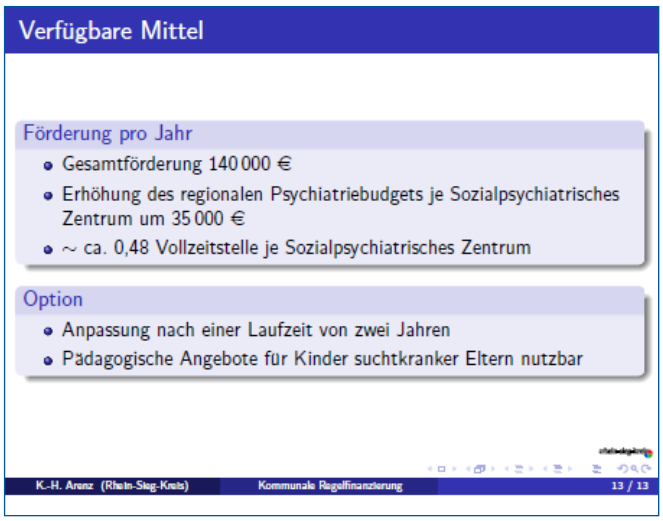


Abb 11: Finanzierungsumfang

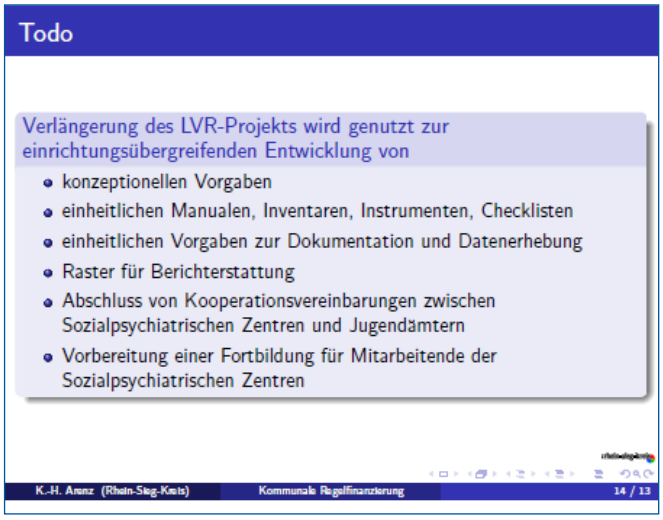


Abb 12: Nutzung des Projektes KipE[Rheinland]

betroffen sind sowie der fachlichen Bewertung des in jedem Einzelfall erforderlichen zusätzlichen Aufwandes.

Insgesamt stellt der Rhein-Sieg-Kreis einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 140 000 Euro zur Verfügung. Damit erhöht sich das regionale Psychiatriebudget um 35 000 Euro je Einrichtung, was in etwa 0,5 Vollzeitstelle entspricht.

Ausblick

Bereits in den Modellprojekten der Sozialpsychiatrischen Zentren bestand die Option, die pädagogischen Angebote auch für Kinder aus suchtbelasteten Familien zu öffnen. Hierzu wurden entsprechende Kontakte zu den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe aufgenommen. Da der damit verbundene zusätzliche Aufwand noch nicht abschätzbar ist, enthält der Finanzierungsbeschluss des Kreistages eine Klausel, die eine eventuell erforderliche Anpassung der Mittel offen lässt.

Der vom zuständigen Ausschuss noch als hinderlich gesehene Umstand einer parallel laufenden Projektfinanzierung durch den Landschaftsverband Rheinland konnte für den Einstieg bzw. für die Fortsetzung der Arbeit positiv genutzt werden.
Die einrichtungsübergreifende Entwicklung und Nutzung konzeptioneller Vorgaben, einheitlicher Manuale, Instrumente und Checklisten sowie abgestimmter Dokumentation, Datenerhebung und Berichterstattung hat zum Ziel, eine einheitliche Arbeitsweise sicherzustellen. Hierzu dient auch die vorgesehene Fortbildung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Zentren.

Auf die dringende Verbesserung der Verzahnung zwischen den Systemen der Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe wurde bereits hingewiesen. Auch bei der im Rhein-Sieg-Kreis gewählten Finanzierungsform, nämlich ausschließlich über das System der Gesundheitshilfe, ist und bleibt die Zusammenarbeit mit dem System der Jugendhilfe unverzichtbar. Aus diesem Grund sind die Sozialpsychiatrischen Zentren verpflichtet, mit den jeweils im Versorgungsbereich zuständigen Jugendämtern Kooperationsvereinbarungen als Basis für eine institutionalisierte Kooperationsstruktur abzuschließen.

Abschließend soll nicht unerwähnt bleiben, dass es sich bei der vom Rhein-Sieg-Kreis gewählten Form der Finanzierung von Leistungen für Kinder psychisch kranker Eltern um einen Weg handelt, der stark von den regionalen Gegebenheiten abhängig und nicht ohne Weiteres auf andere Kommunen übertragbar ist. Die Überzeugungskraft des Sozialdezernenten, das Engagement der Einrichtungen und deren Träger und nicht zuletzt der sozial-politische Gestaltungswille des zuständigen Ausschusses für soziale Angelegenheiten und soziale Beschäftigungsförderung des Kreises haben dazu beigetragen, die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern im Rhein-Sieg-Kreis nachhaltig zu verbessern.

Literatur

ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDHILFE (Apr. 2010). Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ. Hamburg
URL: http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/Kinder/AGJ_Stellung_Kinder_psychisch_kranker_Eltern_27-04-2010.pdf (besucht am 29.11.2011).

BENGEL, Jürgen, Frauke MEINDERS-LÜCKING und Nina ROTTMANN (2009). »Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit«. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 35. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

DEUTSCHE SHELL AG, Hrsg. 15. Shell Jugendstudie – Jugend 2006
URL: http://www.shell-jugendstudie.de (besucht am 22.09.2006).

DEUTSCHER BUNDESTAG (2009). »13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung«. In: Bundestagsdrucksache 16/12860, S. 235.

DODEGGE, Georg und Walter ZIMMERMANN (2011). PsychKG NRW – Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten – Praxiskommentar. 3. Aufl.

FAUST, Volker (2011). Von Angst bis Zwang – Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln.
Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit
URL: http://www.psychosoziale- gesundheit.net/bb/05lenz_kinder.html (besucht am 02.09.2011).

GEMEINDEPRÜFUNGSANSTALT NORDRHEIN-WESTFALEN (2009). Überörtliche Prüfung des Rhein-Sieg-Kreises - Jugend.
Projekt Nr. 6917. Herne: GPA NRW.

HBSC DEUTSCHLAND, Hrsg. WHO-Jugendgesundheitssurvey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland. Epidemiologische Forschungsgruppe Kinder und Jugendgesundheit Berlin. Publikationen
URL: http: //www.hbsc - germany.de/publikationen.html (besucht am 18.03 2006).

HORSTKOTTE, Elisabeth (Nov. 2011). Vergessene Kinder – Kinder psychisch kranker Eltern
Aufwachsen ohne Netz und doppelten Boden.
Gesundheitsamt Bremen. Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Bremen
URL: http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_nb_GBE_Vergessene%20Kinder.pdf (besucht am 29.11.2011).

INSTITUT FÜR SOZIALPÄDAGOGISCHE FORSCHUNG MAINZ E.V.
Kinder psychisch kranker Eltern – Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie
URL: http://www.ism-mainz.de/admin/upload/File/Impulse%20Projekt%20+%20Kommentierung.pdf (besucht am 20.10.2011).

LENZ, Albert (2005). Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe-Verlag.

Impulsreferat von Birgit Richterich, Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg

1. Einige grundlegende Fakten

1.1 Soziographische Daten

- Im Verlaufe eines Jahres erleben mindestens 3 Millionen Kinder einen Elternteil mit einer psychischen Störung.
- Allgemeine Versorgungsdaten: 250.000 Kinder leben bei einem Elternteil, der sich wegen einer psychischen Erkrankung in psychiatrischer / psychosozialer Beratung / Behandlung / Betreuung befindet.
- Stationäre Versorgungsdaten: 175.000 Kinder machen pro Jahr die Erfahrung, dass ein Elternteil wegen einer psychischen Erkrankung stationär psychiatrisch behandelt wird. (Mattejat 2008)
- Circa 63 % der psychisch erkrankten Eltern minderjähriger Kinder leben in häuslicher Gemeinschaft mit ihren Kindern.

Untersuchung von Wagenblass (2002):

- 12 % der stationären Patienten gaben an, dass die Ärzte sie nicht nach Kindern gefragt haben.
- 37 % gaben an, dass die Ärzte sie nicht nach der Versorgung der Kinder gefragt haben.
- 55 % der Eltern gaben an, dass sie bereits ärztlich empfohlene stationäre Maßnahmen aus Sorge um die Kinder abgebrochen haben. (vgl. Wagenblass, 2008)

1.2 Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch kranker Eltern

Die mittlere allgemeine Prävalenzrate psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter schwankt zwischen 17 % und 21 %. (vgl. die Überblicksarbeit von Barkmann & Schulte-Markwort, 2004; BELLA-Studie, 2007)

Epidemiologische Studien zeigen, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein drei- bis vierfach höheres Risiko haben, eine psychische Störung zu entwickeln, als Kinder in der Allgemeinbevölkerung mit psychisch gesunden Eltern. (Beardslee et al., 2003)

2. Handlungsansätze

Die Benachteiligungen sind nicht naturgegeben! Wir haben die Möglichkeit, die Belastungen und Benachteiligungen zu reduzieren. Wir wissen auch, wie wir das Erkrankungsrisiko für Kinder psychisch kranker Eltern absenken können. (Mattejat 2008)

In Duisburg besteht seit 2006 ein gut arbeitendes Netzwerk für Kinder psychisch kranker Eltern. Vorab wurden gemeinsam zwischen Trägern der Jugendhilfe und der Psychiatrie folgende Handlungsempfehlungen erarbeitet (2005).

Handlungsempfehlungen der PSAG Duisburg:

- zielgruppengerechte Informationsbroschüren
- Aufbau eines Netzwerks
- ressourcenorientierte Gruppenangebote
- Entwicklung verbindlicher Fragebögen
- Unterrichtsangebote zum Thema
- Nennung von Kontaktpersonen für die Kinder
- Mitarbeiterfortbildung zum Thema
- standardisierte Checkliste zur Risikoeinschätzung
- begleitende Hilfen für Familien
- Helfergruppe für familienentlastende Dienste

Eine grundsätzliche Frage hierbei war:

Kinder psychisch kranker Eltern – eine Aufgabe der Jugendhilfe oder der Gemeindepsychiatrie?

- Angemessene Hilfen fordern eine enge Kooperation der Jugendhilfe und der Psychiatrischen Versorgungssysteme.
- Es bestehen unterschiedliche Auftragslagen beider Systeme (Kindeswohl und Elternwohl) – und systemimmanente Spannungspunkte.
- Nicht selten existieren gegenseitige Berührungsängste.
- Leistungsrechtlich sind für eine Familie / Problemlage evtl. unterschiedliche Leistungsträger zu berücksichtigen, die nicht immer sofort leistungsbereit sind.

Eine Lösung besteht in verbindlichen Kooperationsabsprachen, z. B. in Netzwerken und gelebter Zusammenarbeit.

Die Förderziele von KipE^{Rheinland}

KipE^{Rheinland} hat mit seinen Förderzielen genau an diesem Punkt angesetzt.

- Aufbau regionaler Netzwerke für die Erbringung von präventiven und niedrigschwelligen begleitenden Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern und ihren Eltern im gemeindepsychiatrischen Verbund unter Nutzung und Förderung der vorhandenen gemeindepsychiatrischen Strukturen.
- Koordination und Entwicklung von Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern in der jeweiligen Versorgungsregion

- sowie die Durchführung von konkreten Maßnahmen zur Betreuung, Beratung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern.

(...) Vorlage Nr. 13/148/1 des LVR Gesundheitsausschusses vom 26.5.2010

In der Umsetzung entstanden durch die Förderung von KipE^{Rheinland} viele Beispiele gelungener Kooperation, intensiver Vernetzung und auch innovativer konkreter Maßnahmen.

3. KipE^{Rheinland} – eine Aufgabe der SPZ?

Bei der Frage KipE und SPZ wäre dann neben den Aufgaben von KipE (s.oben) zu betrachten, welche Aufgaben die SPZ im Rheinland haben.

Die Aufgaben der SPZ im Rheinland

Die Sozialpsychiatrischen Zentren wirken als Initiatoren für die Vernetzung und Entwicklung von Hilfeangeboten für psychisch Kranke in ihrer Versorgungsregion. Sie sind damit Kristallisationspunkte für die Abstimmung und Koordination aller regionalen gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote, unabhängig davon, in wessen Trägerschaft sich diese Angebote befinden.

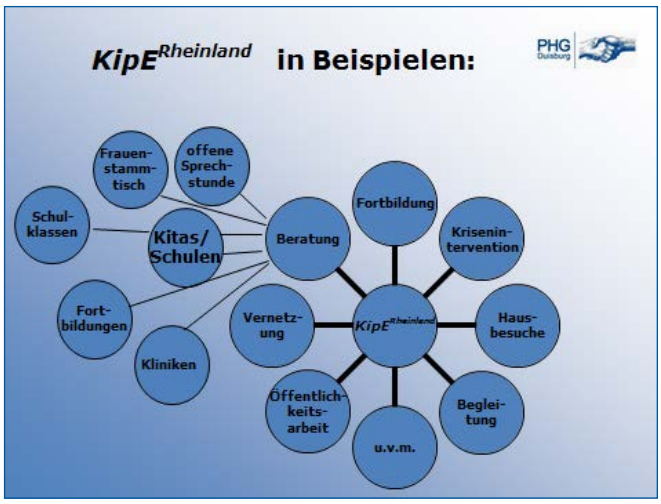
Zudem sollen die SPZ einen Beitrag dazu leisten, die Anliegen psychisch Kranker und ihrer Angehörigen in die Öffentlichkeit zu tragen. Die SPZ sollen Bestandteil der sozialen Kultur der Gemeinden werden, wie Jugendzentren, Kulturzentren oder Gemeindezentren.

http://www.lvr.de/de/nav_main/kliniken/verbundzentrale/frderundmodellprojekte/frderprogramme/sozialpsychiatrischezentrenspz/sozialpsychiatrischezentrenspz_2.html

KipE^{Rheinland} als SPZ–Bestandteil?

Betrachtet man die o.g. Aufgaben der SPZ wäre KipE^{Rheinland} letztendlich eine Aufgabe der SPZ. KipE^{Rheinland} ...

- sichert den Auftrag der Vernetzung der Systeme der Jugendhilfe und der Gemeindepsychiatrie.
- sichert den Auftrag der Entwicklung neuer Hilfsangebote für Familien mit einen psychisch erkrankten Elternteil.
- sichert den Auftrag der Hilfen als Angehörige, denn Kinder psychisch kranker Eltern sind (lang vergessene) Angehörige ohne Lobby.



Wie wäre dies im Alltag möglich, oft zu findende Bedenken sind z.B.:

- Jetzt sollen wir uns auch noch um Kinder kümmern?
- Werden Kinder „psychiatrisiert"?
- Sollen wir die Kontakt- und Beratungsstelle mit Spielzeug ausstatten?
- Nehmen wir Kinder zu Ausflügen mit?

Ein Fallbeispiel aus dem Alltag von KipE^{Rheinland} macht deutlich: Durch das Vorhandensein von KipE^{Rheinland} als erste Anlaufstelle und das Angebot der SPFH im SPZ, war es möglich:

- eine Fremdunterbringung des Kindes zu vermeiden
- umgehend (am nächsten Tag) eine SPFH mit einem hohen Unterstützungsbedarf (16 Stunden/Woche) einzusetzen
- den tagesstrukturellen Bedarf der Mutter in der Krisensituation umgehend zu erfüllen
- die Behandlungsbereitschaft der Mutter und die Übergangszeit bis zu einem spezifischen Klinikaufenthalt zu sichern
- eine für Kind und Mutter gute Lösung für das Kind in einer bekannten Pflegefamilie für die Klinikzeit zu finden

Damit die Integration von Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern im SPZ gelingen kann…
Institutionelle Voraussetzungen:

- gemeinsame bereichsübergreifende Supervision
- gemeinsame Teams und Fallbesprechungen
- fachbereichsbezogene inhaltliche Entwicklungen durch Fachbereichsleitung und Fachbereichsteams
- regionale Vernetzung im Hilfesystem der Jugendhilfe und der Gemeindepsychiatrie

In der praktischen Umsetzung hat sich als sinnvoll erwiesen:

- Bei tagesstrukturierenden Hilfen für Kinder haben inklusive Hilfen im kindgerechten Umfeld absoluten Vorrang (die Jugendgruppe, der Fußballverein etc.).
- Gruppenangebote für Kinder als Angehörige (Malen, Klettern etc.) finden auch bei allen Netzwerkpartnern statt.
- Familienunterstützende Hilfen wie SPFH und flexible Hilfen finden in den Familien statt.
- Bei Aktivitäten wie Festen etc. gehören Familien zur Normalität.

Minimale Anforderungen an ein SPZ unter Berücksichtigung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil/Kindern psychisch kranker Eltern wären aus unserer Erfahrung:

- Eine niedrigschwellige Beratung – auch in der Kommstruktur – ist für Kinder als Angehörige, Familien und deren Bezugspersonen im Alltagsleben (Kindergarten, Schule, Jugendzentren etc.) durch Mitarbeiter, die neben psychiatrischen Kompetenzen auch Kompetenzen in der Kinder- und Jugendhilfe haben, gesichert.
- Die regionalen Strukturen und Zugangsmöglichkeiten zu Hilfen sind dem beratenden Mitarbeiter für beide Systeme bekannt.
- Netzwerke und verbindliche Absprachen zur Hilfeerbringung dieser Systeme existieren und werden genutzt.
- Eine verbindliche Kooperation zu mindestens einem Träger der Jugendhilfe, der auch Kompetenzen für diesen speziellen Personenkreis hat, besteht und wird genutzt.

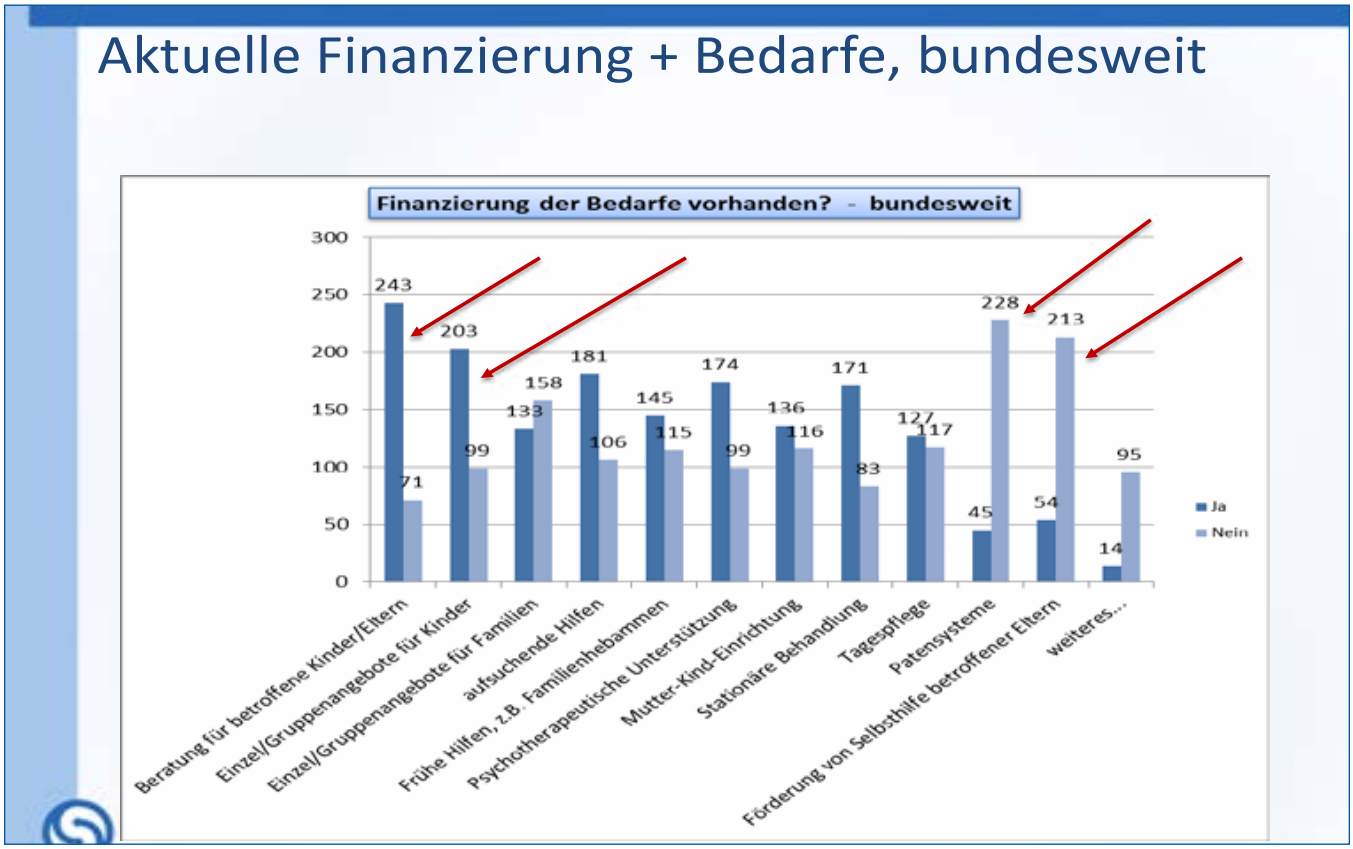
„Psychisch kranke Eltern haben ein Recht auf Elternschaft – und Kinder psychisch kranker Eltern ein Recht auf eine förderliche Kindheit!“ (Mattejat 2008)
Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Impulsreferat von Birgit Görres, Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie ist der bundesweite Zusammenschluss gemeindepsychiatrischer Trägerorganisationen, die lebensweltlich, trialogisch und in regionalen Netzwerken organisiert sind. Dabei sollen alle Hilfen so organisiert sein, dass ambulante Angebote nutzerfreundlich und sozialraumbezogen gestaltet sind und die Lebenssituation sowie die Ressourcen psychisch erkrankter Menschen mit berücksichtigen.

Die Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland sind überwiegend in Trägerschaft gemeindepsychiatrischer Trägerorganisationen, die sich diesem Leitbild verpflichtet fühlen. Diese sind meist in der AGpR (Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V.) auf Landesebene sowie auf Bundesebene im Dachverband Gemeindepsychiatrie vernetzt. Die sozialräumliche Schwerpunktsetzung der SPZ macht es naheliegend, dass niedrigschwellige Hilfen, wie z. B. Beratungsleistungen für von psychischer Erkrankung betroffene Familien und ihre Kinder, in den Sozialpsychiatrischen Zentren mit aufgebaut werden.

Seit nahezu 10 Jahren ist ein Schwerpunktthema des Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. der Aufbau ambulanter und lebensweltorientierter Hilfen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und ihre Kinder (Interdisziplinäre Fachtagungen, Newsletter, Materialien, Lobbyarbeit auf Bundesebene).
Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat im Jahr 2010 eine bundesweite interdisziplinäre Befragung zu fachlichen Einschätzungen zu Bedarfen und Finanzierungen der Hilfen für



Quelle: Projekte- und Finanzierungshandbuch,
„Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Stand der Dinge
Dachverband Gemeindepsychiatrie, 2011

Kinder psychisch erkrankter Eltern durchgeführt. Dabei wurde deutlich, dass die geregelte Finanzierung von Hilfen sozialrechtlich häufig möglich ist – jedoch in den einzelnen Kommunen und Städten meist unter Ermessensregelungen fällt. So erklärt sich eine hohe Abweichung der Regelfinanzierung der ambulanten Angebote in den einzelnen Bundesländern.
Bezüglich des Bedarfes gab es aus der Rückmeldung (N= 417 TN) eine klare Einschätzung der Notwendigkeit der Finanzierung folgender Hilfen:

1. Niedrigschwellige Beratung für betroffene Kinder / Eltern
2. Patensysteme
3. Förderung von Selbsthilfe betroffener Eltern
4. Einzel- / Gruppenangebote für Kinder

In den letzten Jahren entstand ein Netzwerk unterschiedlichster Verbände auf Bundesebene, die ebenfalls sozialraumorientiert für betroffene Familien und ihre Kinder arbeiten.

Wichtig bei der Betrachtung der Rolle der Sozialpsychiatrischen Zentren für lebensweltorientierte Angebote für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und den betroffenen Kindern, ist eine Klärung der Rolle der gemeindepsychiatrischen Organisationen und ihres Leitbildes. Dies ist eine notwendige Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation mit Netzwerkpartnern aus dem Bereich der Jugendhilfe, der Frühen Hilfen, der Schulen, der Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten sowie weiterer Akteure des Gesundheitssystems.

Was sind die besonderen Merkmale gemeindepsychiatrischer Angebote?
Gemeindepsychiatrie ist in der Gemeinde, neudeutsch dem „Sozialraum", angesiedelt,

- will Menschen dazu befähigen, mit ihrer seelischen Erkrankung in ihrem
- bisherigen Lebensumfeld zu leben – und ihre Ressourcen zu nutzen, um
- wieder zu gesunden.
- Personen- und nicht institutionsorientiert,
- regional mit Hilfeanbietern über den Gesundheitsbereich hinaus vernetzt,
- will die gesellschaftliche Teilhabe von psychisch erkrankten Menschen, ihren Angehörigen, Kindern und Freunden fördern,
- arbeitet gegen soziale Exklusion wie Arbeitsplatzverlust, Verarmung und
- Verlust (Überforderung) der Familien.
- will mit allen engagierten Bürgern und Bürgerinnen das direkte Umfeld und den Sozialraum so gestalten, dass auch schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen dort leben können.

Auf der Grundlage dieses Leitbildes engagieren sich seit mehr als 10 Jahren Träger und Mitarbeiter gemeindepsychiatrischer Organisationen im Dachverband Gemeindepsychiatrie mit familienunterstützenden Hilfen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil mit dem Schwerpunkt auf Hilfen für die Kinder.
So konzentrieren sich die aktuellen Hilfe- und Behandlungsangebote meist auf einzelne „Teile" des Systems Familie. So richtet sich die gewährleistete Unterstützung für Familien mit minderjährigen Kindern häufig entweder an die Eltern z.B. im Bereich der Gesundheitsfürsorge oder an ihre Kinder im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe. Diese Aufteilung erfolgt nach den unterschiedlichen Vorgaben des jeweiligen Sozialgesetzbuches. In der Folge entstehen in der Praxis oftmals miteinander konkurrierende Anforderungen und Aufträge an die Familie. Umfassende und komplexere, an der konkreten Lebenssituation und den Ressourcen einer Familie orientierte Hilfen sind bislang überwiegend nur im Rahmen von zeitlich befristeten Projekten bundesweit realisiert. Experten aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeuten, Psychiater sowie Kinderärzte und Hebammen und die Angehörigen psychisch erkrankter Menschen setzen sich daher seit einigen Jahren für die Sicherstellung einer nachhaltigen Verstetigung erfolgreicher Hilfen ein.

Langsam bekommt diese Bewegung „Rückenwind" von aktuellen gesetzlichen und politischen Beschlüssen. So wird die Zukunft der sozialraumorientierten Netze für Kinder künftig maßgeblich mitbestimmt werden von der UN Behinderten-

rechtskonvention (2009), die verbindliche Strukturen für die Selbstbestimmung behinderter Menschen, die Verhinderung von Aussonderung in institutionell organisierte Lebenswelten, die Förderung von gesellschaftlicher Teilhabe/Inklusion, die Sicherung der Barrierefreiheit sowie die volle Teilhabe am allgemeinen gesellschaftlichen Leben fordert.
In dem Zusammenhang mit der UN BRK wird sich die komplette Sozialgesetzgebung der Bundesrepublik ändern müssen und Politik und Verbände haben ein Ringen um die weitere Gestaltung des Umbauprozesses der sozialen Sicherungssysteme begonnen. So ist im Koalitionsvertrag eine Verbesserung der Schnittstellen zwischen den SGB vereinbart und Diskussionen um ein Bundesleistungsgesetz haben begonnen.
Gegenwärtige Diskussionen auf der Bundesebene bestätigen die hohe Aktualität dieses Themas „Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern" und den dringenden Handlungsbedarf. So hat z.B. die Jugend- und Familienministerkonferenz im Juni 2013 den Bedarf des verbesserten Zusammenwirkens von Leistungen nach dem SGB VIII mit Leistungen nach anderen SGBs und der Verstärkung von Präventionsarbeit identifiziert. Auch das Bundeskinderschutzgesetz (2012) fordert, dass in Zukunft alle wichtigen Akteure im Kinderschutz wie Jugendämter, Schulen, Gesundheitsämter, Krankenhäuser, Ärzte, Schwangerschaftsberatungsstellen und Polizei in einem Kooperationsnetzwerk zusammengeführt werden.
Die Kinderkommission des Deutschen Bundestages befasste sich Anfang 2013 intensiv mit der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern. In ihrer Stellungnahme vom 04. Juni 2013 weist sie ausdrücklich auf die Bedeutung einer flächendeckenden Versorgung mit vernetzten Hilfen hin.
Die Sachverständigenkommission des 14. Kinder- und Jugendberichtes fordert zusätzlich eine systematische Überprüfung der gegenseitigen gesetzlichen Kooperationsverpflichtungen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe (§ 81 SGB VIII) und den anderen gesellschaftlichen Akteuren. Sie verdeutlicht, dass der Weg zur Sicherung einer guten Versorgung nur durch die verbindliche Kooperation der unterschiedlichen Leistungsträger/Leistungsgesetze und die rechtliche Normierung von Mischfinanzierungen erreicht werden kann.

Auf diesem Hintergrund fanden sich in den letzten Jahren, teilweise unterstützt durch das BMG, den LVR sowie einiger Krankenkassen, Vertreter diverser bundesweit an den Thema „Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern" arbeitenden Verbände zusammen, um sich und ihre Arbeitsansätze zu vernetzen.

Im Herbst letzten Jahres gab es auf Initiative des AFET (Bundesverband der Erziehungshilfe), des Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. sowie der Katholischen Hochschule Paderborn (Prof. Albert Lenz) ein erstes Expertenhearing auf Bundesebene. Hier wurde eine politische Initiative zur Einrichtung einer Sachverständigenkommission zur Bewertung der Versorgungssituation von Kindern und Familien mit psychisch kranken Eltern beschlossen.

Wichtiger Fokus der Arbeit der künftigen Sachverständigenkommission ist die Analyse des bundesrechtlichen Handlungsbedarfs bei

- der Gestaltung und Verstetigung von kooperativen und multi-professionellen Hilfen,
- der Optimierung von Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern und
- der Finanzierung von Kooperations- und Netzwerkarbeit.

Diese Initiative stellte im Frühjahr 2014 einen entsprechenden Antrag sowohl an den Familienausschuss als auch an den Gesundheitsausschuss des Bundestages. Aus der Begründung des Antrages (Auszug Antrag an Familienausschuss + Gesundheitsausschuss 2014)
„... Zurzeit ist die planvolle und abgestimmte Hilfe für Kinder und ihre psychisch kranken Eltern noch von der individuellen Kooperationsbereitschaft einzelner beteiligter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im SGB II, III, IV,V, VIII, IV und XII sowie ambulanter gemeindepsychiatrischer Trägerorganisationen abhängig, es mangelt deutlich an einer systematischen und zielgerichteten Abstimmung aller Leistungen und Hilfen der verschiedenen Gesetzbücher."

Der Antrag der Initiatoren wird unterstützt von einem breiten Verbändebündnis (Bptk, Bkjpp, Bvkj, Bapk, Diakonieverbund

Schwelm, Kinderschutzbund SH, Ptv-Sachsen, Ism, Pfiff, Familienhebammen Mühlheim a.d. Ruhr, Schule und Krankheit, Martin Gropius Krankenhaus, Medical school Hamburg sowie der BAG KipE).

Die unterzeichnenden Organisationen sehen einen dringenden Handlungsbedarf auf der Bundesebene bei folgenden Themen:

- Rechtsanspruch des Kindes auf gesundheitliche und soziale Förderung
- Beachten der Wechselwirkungen familiärer Beziehungen und konsequentes Berücksichtigen des gesamten Familiensystems bei Erbringung von Hilfen – unabhängig davon, wer als erster aus der Familie nach Hilfe bzw. Unterstützung sucht
- Erweiterung des Begriffes von Prävention im SGB V – von dem aktuellen Ziel der Krankheitsverhütung zur salutogenetischen Perspektive
- Aufhebung der Altersbegrenzung (aktuell bis zum 12. Lebensjahr) beim Anspruch auf ergänzende Hilfen nach § 38 SGB V
- Verankerung verpflichtender Kooperationsarbeit und ihrer Finanzierung in den Sozialgesetzbüchern (analog des SGB VIII § 81)
- Erarbeitung einheitlicher Qualitätskriterien zum Aufbau von Kooperationen und Netzwerken
- Aufnahme in die Ausbildungscurricula der im BKiSchG benannten Akteure
- Finanzierung der Netzwerkarbeit
- Regelungen im SGB V bezüglich der Finanzierung von Kooperation der niedergelassenen ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, SoziotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen sowie der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege (nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab)
- Fachliche Analyse von Finanzierungslücken z.B. bei Kooperations- und Netzwerkarbeit sowie präventiven kooperativen Angeboten
- Expertise zu möglichen Finanzierungsoptionen an den Schnittstellen der betroffenen SGBs
- Erstellung eines bundesweiten Rahmenkonzeptes für die Gestaltung von komplexen Hilfen

Am 21.5.2014 fand ein nicht-öffentliches Fachgespräch im Familienausschuss statt. Dabei begrüßten der Vorsitzende der Kinderkommission sowie die anderen Abgeordneten ausdrücklich, dass das Thema durch die Fachverbände aufgegriffen wurde.
Die geladenen Sachverständigen (niemand aus dem Bereich der Psychiatrie!), die das Thema referierten, werteten im Nachgang den gemeinsamen Antrag und das Fachgespräch als einen wichtigen und großen Schritt in die richtige Richtung. Die Fraktionen werden intern weiter beraten und in unterschiedlicher Form mit dem Jugendministerium über den gemeinsamen Antrag, eine Sachverständigenkommission einzusetzen, sprechen. Alle Fraktionen bestätigten, das Thema weiterverfolgen zu wollen.

Wie die Gesundheitspolitik in diese Diskussion auf bundespolitischer Ebene einzubinden ist, blieb offen.
Daher ist es mehr als sinnvoll für alle regionalen Akteure zu Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern, in nächster Zukunft verstärkt und aktiv den Kontakt zu Politikern des Gesundheitsausschusses des Bundestages zu suchen, über die Arbeit und ihre Erfordernisse aufzuklären sowie für eine Weiterverfolgung des Anliegens einer interdisziplinären Sachverständigenkommission zu werben.

Für die regionale Sicherung der Nachhaltigkeit von Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern ist jedoch auch eine weitere politische Verankerung des Themas in der Kommune, eine Verankerung in psychiatrischen Einrichtungen sowie auch eine Verankerung im Bereich der Selbsthilfeförderung betroffener Eltern und Kinder (durch KK) und die aktive Unterstützung durch die Kostenträger und Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Zentren notwendig.
Dabei gilt es besonders die Schaffung niedrigschwelliger Beratung von Eltern und Kindern an den SPZ zu fördern.

Mehr: www.psychiatrie.de/dachverband/kinder

FORUM 3: Frühe Hilfen – Vernetzte Hilfen für psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder

Zusammenfassung

Das Fachforum stand unter der Fragestellung: Was können die Frühen Hilfen von KipE^{Rheinland} lernen? Im Zentrum dieses Workshops standen also dreierlei Themen: 1. Die Frühen Hilfen, 2. die Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern sowie 3. der Austausch über die Möglichkeiten verschiedener Arten der Vernetzung zwischen beiden Hilfesystemen. Diesen drei Aspekten wurde sich im Laufe des Forums angenähert. Es ging um eine gemeinsame Orientierung dahingehend, wie das Miteinander gelingen kann – zwischen den „Frühen Hilfen" und den „Hilfen für psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder" – und welche Art der Vernetzung sinnvoll und erstrebenswert ist.

Dazu wurden Referenten und Referentinnen aus der Stadt Bonn und vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) eingeladen, um an diesem regionalen Beispiel mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen des Forums ins Gespräch zu kommen.

Frau Henkel ist die Netzwerkkoordinatorin im Netzwerk Frühe Hilfen Bonn „das Netzwerk für Vater, Mutter, Kind", eingerichtet beim Familienkreis e.V.. Gemeinsam mit der Netzwerkkoordinatorin Frau Absalon, Caritasverband Bonn, ist sie für das Netzwerk Frühe Hilfen in Bonn zuständig. Ihre Aufgabe ist es, Netzwerkpartner einzubinden und hinsichtlich der Angebotsstruktur Bedarfe aufzugreifen und weiterzuentwickeln. Die Frühen Hilfen richten sich an (werdende) Eltern und ihre Kinder im Alter von 0 – 3 Jahren und zielen auf eine enge Kooperation unter Einbezug der Vertreter und Vertreterinnen des Gesundheitssystems. Frau Henkel berichtet in ihrem Vortrag über ihre praktische Arbeit und wie es ihr gelingt, die Vernetzung der Kooperationspartner so zu initiieren, dass das Ziel erreicht wird, Hilfen für junge Familien und Kinder rechtzeitig und so früh wie möglich auf den Weg zu bringen und anzubieten.

In der Stadt Bonn lässt sich – verglichen mit anderen Kommunen NRWs – der Gedanke einer partnerschaftlichen Verantwortungsgemeinschaft für die Frühen Hilfen zwischen freiem und öffentlichem Träger in der Stadt Bonn erkennen. Hier liegt eine insofern besondere Situation vor, da hier zwei freie Jugendhilfeträger die Koordination des Netzwerks Frühe Hilfen übernehmen. In der Regel ist die Koordination des Netzwerks Frühe Hilfen beim öffentlichen Träger verortet. Laut Landesgesamtkonzept NRW hat sich die Landeskoordinierungsstelle NRW dafür ausgesprochen, dass, sofern in den Kommunen ein freier Träger die Koordination des Netzwerks übernimmt, ein Ansprechpartner oder eine Ansprechpartnerin für die Frühen Hilfen beim öffentlichen Träger benannt sein soll. In der Stadt Bonn liegt beides vor: Zum einen eine Kooperation zweier überaus engagierter freier Kinder- und Jugendhilfeträger, die die Koordination des Netzwerks seit vielen Jahren erfolgreich übernehmen. Zum anderen ist aber auch das Jugendamt der Stadt Bonn, vertreten durch Herrn Fersch, Abteilungsleitung der Sozialen Dienste in der Stadt Bonn, ein reger und aktiver Partner in der Konzeptionierung und Weiterentwicklung des Netzwerks Frühe Hilfen, z. B. über die Entwicklung von Handlungsleitlinien, einbezogen. Wenn es um Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern geht, wurde darüber hinaus in der Stadt Bonn seit 2010 über KipE^{Rheinland} das Netzwerk JuPs eingerichtet. JuPs ist eine Trägerkooperation aus dem Bereich der Jugendhilfe (Evangelische Jugendhilfe Godesheim) und der Sozialpsychiatrie (Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V.). Im Rahmen der vom LVR geförderten Projektlaufzeit (Oktober 2010 – September 2013) wurde eine träger- und fachbereichsübergreifende Kooperation und Vernetzung initiiert. Fortgeführt wird die Initiative seitdem im Bonner Netzwerk „Gemeinsam stark für Kinder psychisch/suchtkranker Eltern".

Aus Sicht des öffentlichen Trägers stellt Herr Fersch in seinem Vortrag heraus, welche Voraussetzungen es braucht, um das Netzwerk JuPs und das Netzwerk Frühe Hilfen in ihren jeweiligen Strukturen zu verbinden und Doppelstrukturen zu vermeiden. Besonders durch das engagierte Zusammenwirken aller Akteure sei es gelungen, die Hilfen für Kinder von psychisch erkrankten Eltern für die Altersgruppe der 0 bis 3-jährigen in das Netzwerk der Frühen Hilfen einzuspeisen und Transparenz herzustellen. Ein gegenseitiges Profitieren der beiden Netzwerke sei daher über die engen Kooperationsbeziehungen der freien Jugendhilfeträger und die Entwicklung gemeinsamer Standards und Handlungsleitlinien auch unter Einbezug des öffentlichen Trägers erfolgt.

Mit Auslaufen der finanziellen Förderung des Programms KipE^{Rheinland} stellt sich die Frage, inwiefern über die Finanzierung der Bundesinitiative Frühe Hilfen – zumindest für die Altersgruppe der 0 bis 3-jährigen – perspektivisch Anschlussmöglichkeiten gegeben sein können. Herr Hoffmann, wissenschaftlicher Referent im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), berichtet über Intention der Frühen Hilfen und Ausgestaltung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Bis zum 31.12.2014 ist die erste Modellphase der Bundesinitiative abgeschlossen, für die Zeit danach soll eine Fondlösung entwickelt werden. Zum Einbezug des Themas „Kinder psychisch kranker Eltern" in die Frühen Hilfen gibt es seitens des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen vielversprechende Vorhaben, die der Bedeutsamkeit des Themas gerecht werden wollen. Es finden Expertenworkshops zu dem Thema statt, eine Expertise soll bis Ende 2014 erstellt und ein Eckpunktepapier, das als Grundlage für die weitere Bearbeitung und Entwicklung des Themas in den Frühen Hilfen dient, erarbeitet werden.

In diesem Forum wurde deutlich, dass die Integration des Themas Hilfen und Angebote für „Kinder psychisch kranker Eltern" als einer besonderen Zielgruppe in den Frühen Hilfen nur über den Einbezug in einer gut koordinierten Netzwerkstruktur erfolgen kann. Ein partnerschaftliches Vorgehen der freien und öffentlichen Träger mit klarer Verantwortungsklärung und Rollenzuschreibung ist ein wichtiger Schritt, um konkret vor Ort das Wissen und die Handlungsabläufe beider Hilfesysteme – der Jugendhilfe als auch der Sozial- und Erwachsenenpsychiatrie – zu sichern und zu nutzen.
Aus der Fachberatung zum Thema Frühe Hilfen in verschiedenen Kommunen im Rheinland lässt sich als Moderatorin zudem Folgendes ergänzen: die Akteure aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie, aber auch aus Kliniken sind noch zu selten als Kooperationspartner/-partnerin in den Netzwerken Früher Hilfen vertreten. Auch berichten andere Kommunen darüber, dass die Kooperation im Einzelfall, die sich häufig aus der guten Verankerung im Netzwerk ergibt, nur vereinzelt stattfindet.
Die Entwicklungen auf Bundesebene durch die Neuausrichtung des Bundesfonds Frühe Hilfen ab dem 01.01.2016 bleiben, verbunden mit dem Wunsch nach einer weiteren Impulssetzung für das Thema, abzuwarten. Das Erreichen der Zielgruppe der „Kinder psychisch kranker Eltern" und die Vermittlung von Angeboten und Hilfen über die Netzwerke Früher Hilfen hat eine hohe Bedeutsamkeit für den Erfolg der Frühen Hilfen! Dieses wurde für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Forums durch die anregenden Vorträge und den guten gemeinsamen Austausch sichtbar.

Impulsreferat von Sascha Fersch, Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Bonn

WILLKOMMEN.
WELCOME.
BIENVENUE.
BONN.

Frühe Hilfen und Kinder psychisch kranker Eltern

Übersicht

- Hintergrundinformationen Bonn
- Übergeordnete Netzwerkstruktur
- Hintergrund / Entstehung
- Vorteile
- Stolpersteine

STADT. CITY. VILLE. BONN.

2 Abschlusstagung KipE Rheinland – Präsentation am 22. Mai 2014

Hintergrundinformationen

- ca. 320.000 Einwohner
- ca. 60.000 Einwohner < 21 Jahren
- Träger- und Institutionenvielzahl:
  - international
  - Amtsgericht; Landgericht
  - Universität; Kliniken; LVR-Klinik (KJP, KNZ, EP),
  - Substitutionseinrichtungen (stat., ambulant)

STADT. CITY. VILLE. BONN.

3 Abschlusstagung KipE Rheinland – Präsentation am 22. Mai 2014

Hintergrundinformationen

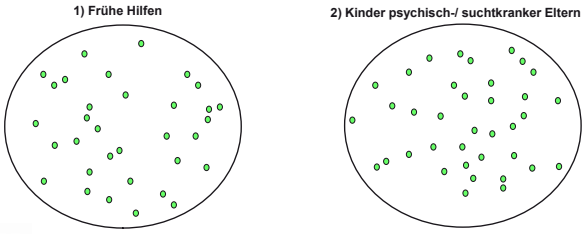
- Jugendhilfe:
  - ca. 1.600 laufende Hilfen (30.06.2013)
  - ca. 42 Mill. Euro im Bereich HzE (2013)
  - Vielzahl HzE-Träger (>30)
  - teilweise spezialisiert, z. B. Schnittstelle Psychiatrie, Sucht, stat. Kinder psychisch kranker Eltern etc.)

STADT. CITY. VILLE. BONN.

4 Abschlusstagung KipE Rheinland – Präsentation am 22. Mai 2014

Übergeordnete Netzwerkstruktur

zwei Netzwerke:



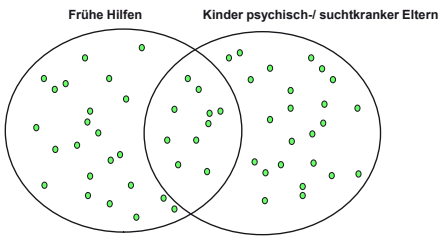
STADT. CITY. VILLE. BONN.

- seit ca. 2011
- 49 Netzwerkpartner
- verbindliche Kooperationsvereinbarung

- seit 2012; entstanden aus JuPs
- 30 Netzwerkpartner
- verbindl. Kooperationsvereinbarung

Übergeordnete Netzwerkstruktur

zwei Netzwerke:



STADT. CITY. VILLE. BONN.

6 Abschlusstagung KipE Rheinland – Präsentation am 22. Mai 2014

Netzwerk für Kinder psych. kranker Eltern

- Unterschied zu anderen KipE-Projekten: Schwerpunkte auf
  - Struktur / Rahmenbedingungen
  - Handlungsleitlinien
  - gegenseitige Systemkenntnis
- bedeutende Rolle auch des Gesundheitswesens (z. B. LVR-Klinik)

STADT. CITY. VILLE. BONN.

7 Abschlusstagung KipE Rheinland – Präsentation am 22. Mai 2014

Vorteile

- Vorteile (bezogen auf JuPs)
  - Thema psychische Erkrankungen erhält größeres Gewicht durch eigenes Netzwerk
  - Thema als solches rechtfertigt dies auch; wird besser bedient; Schwerpunktsetzung
  - gerade mit Blick auch auf Bonner Strukturen gerechtfertigt
  - spezialisierte Angebote

STADT. CITY. VILLE. BONN.

8 Abschlusstagung KipE Rheinland – Präsentation am 22. Mai 2014

Stolpersteine

- zwei Netzwerke
  - nicht „zu Tode vernetzen“
  - gut und klar abgrenzen einerseits
  - gut verzahnen andererseits
- Delegation an freie Träger
  - feste Ansprechperson beim öffentlichen Träger
  - regelmäßige Rückkopplung
  - vertrauensvolle Zusammenarbeit

STADT. CITY. VILLE. BONN.

9 Abschlusstagung KipE Rheinland – Präsentation am 22. Mai 2014

Stolpersteine

- kontinuierlich weiterentwickeln
  - z. B. Handlungsleitlinien „leben“
  - in die einzelnen Organisationen tragen
  - auf Angebote konkretisieren (z. B. einzelnen Maßnahmen, zentrale Anlaufstelle o. ä.)
  - fortwährender Prozess

STADT. CITY. VILLE. BONN.

10 Abschlusstagung KipE Rheinland – Präsentation am 22. Mai 2014

DANKE.
THANK YOU.
MERCI.
BONN.

Viele Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Impulsreferat von Anja Henkel, Frühe Hilfen Bonn

Ziel der Frühen Hilfen in Bonn ist eine Verantwortungsgemeinschaft für Kinder. Langfristig soll ein stabiles und wirksames lokales Netzwerk „Frühe Hilfen" entstehen, mit verbindlichen Formen der Kooperation, klar geregelten Verfahrenswegen sowie Zuständigkeiten der beteiligten Professionen und Institutionen. (Sann)

Frühe Hilfen Bonn – Das Netzwerk für Vater, Mutter, Kind ist ein Zusammenschluss von über 40 Institutionen in Bonn, die Eltern bei dem guten Start mit dem Baby unterstützen. Die Koordination übernehmen Caritasverband für die Stadt Bonn e.V. und Familienkreis e.V. gemeinsam.

Angebote für werdende Eltern und Familien mit Kindern bis zu 3 Jahren:

- Ein umfassender Überblick über Angebote für Familien zu den Themen Schwangerschaft und Geburt, Entlastung und Unterstützung, Erziehung, Frühförderung, Therapie, Betreuung u.v.m. unter www.fruehehilfen-bonn.de.
- Telefonische Beratung.
- Hausbesuche durch pädagogische Fachkräfte nach Vereinbarung.
- Information über und Vermittlung zu Angeboten in Ihrer Nähe.
- Schnelle Hilfe in Krisensituationen durch eine Familienhebamme, eine Familienpflegerin und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen.

2013 gab es insgesamt 405 Anfragen. Psychische Erkrankung ist ein Belastungsfaktor von vielen anderen, allerdings zunehmend (ca. 30 %). Zentrale Fragestellung ist, ob es schon eine Diagnostik gibt und, wenn nicht, ob die Mutter dafür offen ist. Erfahrungsgemäß sind bei Eltern mit psychischen Erkrankungen meist mehrere Helfer involviert, umso wichtiger ist die Zusammenarbeit.
Vorstellung eines Fallbeispiels einer allein erziehenden psychisch kranken Mutter in Zusammenarbeit Frühe Hilfen – Familienhebamme – LVR-Klinik.

Indikatoren für eine gelingende Zusammenarbeit:
Eltern sind mit „im Boot"

- Das ganze System ist im Blick (mit den Ressourcen und den Belastungen)
- Förderung des Kindeswohls: Was ist aus Sicht des Kindes die bindungsfreundlichste (Problem-) Lösung?
- Transparente Kommunikation (unter Berücksichtigung des Datenschutzes)
- Systemkenntnis der beteiligten Fachkräfte
- Größtmögliche Flexibilität der beteiligten Fachkräfte
- Arbeitshilfen von Frühe Hilfen Bonn auf: www.fruehehilfen-bonn.de
- Ressourcenkarte, Prämissen für die Zusammenarbeit, Arbeitshilfe Fallkoordination

Frühe Hilfen Bonn – Das Netzwerk für Vater, Mutter, Kind

Frühe Hilfen

für Familien mit Kindern von 0 - 3 Jahren

Frühe Hilfen Bonn – Struktur

Koordinierungsstelle Frühe Hilfen Bonn
Kooperation von Familienkreis und Caritasverband im Auftrag der Stadt Bonn

Kooperation:
- Institutionelle Kooperationen (z.B. Kliniken)
- Multiplikatoren-schulungen
- Koordination Eltern-Kind-Kurse

Niederschwellige Angebote für Familien:
- Ehrenamtliche
- Familienhebamme
- Tel. Beratung
- Hausbesuche
- Familienpflege

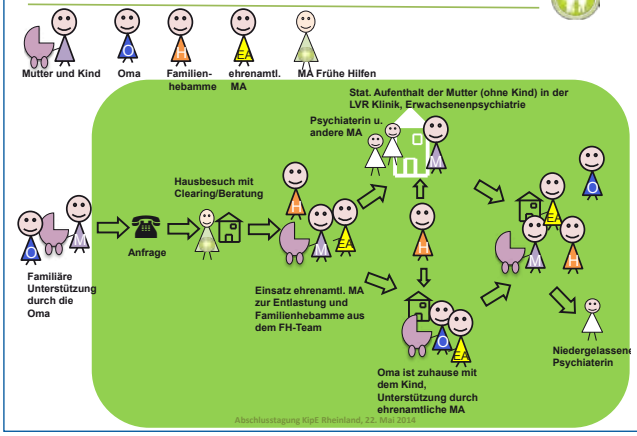
Netzwerk Frühe Hilfen Bonn
49 Träger
Jugendhilfe, Gesundheitshilfe, Familienbildung u.a.
www.fruehehilfen-bonn.de

Abschlusstagung KipE Rheinland, 22. Mai 2014

Frühe Hilfen Bonn – Zielsetzung

Verantwortungsgemeinschaft für junge Familien mit Kindern von 0-3 Jahren in Bonn

Frühe Hilfen Bonn – Beispiel aus der Praxis



Abschlusstagung KipE Rheinland, 22. Mai 2014

Frühe Hilfen Bonn – Indikatoren für gelingende Zusammenarbeit

Indikatoren für gelingende Zusammenarbeit:

- Eltern sind mit „im Boot“
- Das ganze System ist im Blick (mit den Ressourcen und den Belastungen)
- Förderung des Kindeswohls: Was ist aus Sicht des Kindes die bindungsfreundlichste (Problem-) Lösung?
- Transparente Kommunikation (unter Berücksichtigung des Datenschutzes)
- Systemkenntnis der beteiligten Fachkräfte
- Größtmögliche Flexibilität der beteiligten Fachkräfte

Arbeitshilfen von Frühe Hilfen Bonn auf www.fruehehilfen-bonn.de: Ressourcenkarte, Prämissen für die Zusammenarbeit, Arbeitshilfe Fallkoordination

Abschlusstagung KipE Rheinland, 22. Mai 2014

Frühe Hilfen Bonn – Fazit

Wer alleine arbeitet, addiert – wer zusammen arbeitet, multipliziert!
(Arabisches Sprichwort)

Kontakt:
Susanne Absalon & Anja Henkel
Tel. 0228-224155
info@fruehehilfen-bonn.de
www.fruehehilfen-bonn.de

Abschlusstagung KipE Rheinland, 22. Mai 2014

Was sind Frühe Hilfen?

Frühe Hilfen sind…
- frühzeitig
- systemübergreifend
- partizipativ
- inklusiv

Grundhaltung ist...
- wertschätzend
- ressourcenorientiert
- „vom Kind aus gedacht“

Abschlusstagung KipE Rheinland, 22. Mai 2014

Impulsreferat von Till Hoffmann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der BZgA

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Was sind Frühe Hilfen?

Abschlusstagung zum LVR-Förderprogramm

Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen im Rheinland – KipE

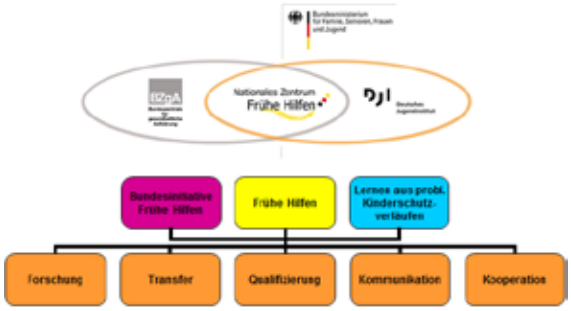
22. Mai 2014

Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Träger

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen



Bundesinitiative Frühe Hilfen

Agenda

Was sind Frühe Hilfen?

Die Bundesinitiative Frühe Hilfen

Schlaglicht aus den NZFH-Projekten

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Was sind Frühe Hilfen?

Frühe Hilfen umfassen

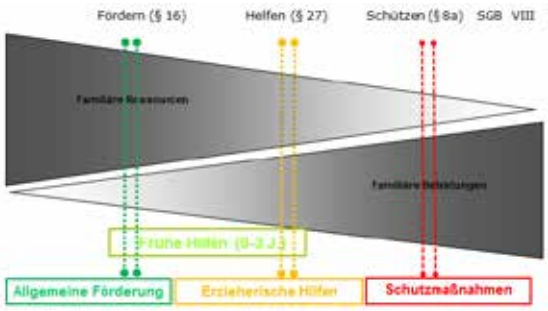
- **universelle / primäre Prävention**
  Unterstützung und Gesundheitsförderung für alle Familien in der Phase des Übergangs zur Elternschaft
- **selektive / sekundäre Prävention**
  gezielte Hilfen für Familien mit deutlichen psychosozialen Belastungen zur Vermeidung von Entwicklungsproblemen, Erziehungsschwierigkeiten
- **Überleitung zu weiteren Maßnahmen** zum Schutz des Kindes

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Was sind Frühe Hilfen?

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Was sind Frühe Hilfen?



vgl. Schone 2011

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Was sind Frühe Hilfen?

Zielgruppen

- Insbesondere Familien in Problemlagen
- Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft
- und in den ersten Lebensjahren (Schwerpunkt auf Altersgruppe 0 bis 3-Jährige)

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Die Bundesinitiative Frühe Hilfen

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Was sind Frühe Hilfen?

Ziele der Frühen Hilfen

- Lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfeangeboten für Eltern und Kinder
- Entwicklungsmöglichkeiten von Kinder und Eltern verbessern
- Beziehungs- und Erziehungskompetenz der Eltern fördern
- Zum gesunden Aufwachsen von Kindern beitragen
- Rechte von Kindern auf Schutz, Förderung und Teilhabe sichern
- Frühzeitige Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Die Bundesinitiative Frühe Hilfen

Bundeskinderschutzgesetz seit dem 1. Januar 2012 (BKiSchG, § 3 Abs. 4 KKG)

Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern zur Umsetzung

Stärkung des kommunalen Engagements in den Frühen Hilfen über die Förderung und Aus- sowie Aufbau von…

ab 2016 Bundesfonds zur Sicherstellung der Frühen Hilfen: jährlich 51 Mio. EUR

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Was sind Frühe Hilfen?

Frühe Hilfen basieren

- vor allem auf multiprofessioneller Kooperation
- auf bürgerschaftlichem Engagement
- auf der Stärkung sozialer Netzwerke von Familien

Zentral ist deshalb eine enge Vernetzung und Kooperation (v.a. Gesundheitssystem und Jugendhilfe)

Gesamtziel:

- Flächendeckende Versorgung mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten
- Verbesserung der Versorgungsqualität

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Schlaglicht aus den NZFH-Projekten

- Vernetzung vertragsärztlicher Qualitätszirkel mit Angeboten Früher Hilfen
- Vorhaben zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern"

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Interdisziplinäre Qualitätszirkel
KV Baden-Württemberg

- Qualitätszirkel als Plattform zur Verbesserung der Kooperation von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Jugendämtern und anderen Hilfeanbietern
- Über die Kassenärztliche Vereinigung wird flächendeckender und zuverlässiger Zugang organisiert
- Moderation der Zirkel durch ausgebildetes Tandem bestehend aus den Bereichen Gesundheitswesen und Jugendhilfe
- Übergreifende Bearbeitung schwieriger Fälle wird ermöglicht
- Entwicklung eines Beratungsalgorythmus im Rahmen eins motivierenden Elterngesprächs

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Vorhaben zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern"

- Erarbeitung einer Expertise bis Ende 2014
- Expertenworkshop zum Thema

  Workshop mit Expertinnen und Experten aus der Fachpraxis sowie ein weiterer Workshop mit Teilnehmenden aus der Wissenschaft. In Kooperation mit dem Universitätsklinikum Ulm
- Entwicklung eines Eckpunktepapiers

  Grundlage für die weitere Bearbeitung und Entwicklung des Themas in den Frühen Hilfen

Bundesinitiative Frühe Hilfen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

till.hoffmann@nzfh.de
0221-8992517

Das LVR-Förderprogramm KipE[Rheinland] – Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen im Rheinland

Stadt Bonn
Verbundantrag Evangelische Jugendhilfe Godesheim gGmbH und Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V.
Kooperationsprojekt JuPs
Venner Str. 20
53177 Bonn
Ansprechpartnerin: Frau Früchte
Telefon: 0228 3827500
E-Mail: JuPs@ggmbh.de

Stadt Duisburg
Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg
Hollenbergstr. 9
47137 Duisburg
Ansprechpartnerin: Frau Hanitzsch
Telefon: 0203 348761240
E-Mail: jana.hanitzsch@phg-du.de

Kreis Euskirchen
Caritasverband für das Kreisdekanat Euskirchen e.V.
Kapellenstr. 14
53879 Euskirchen
Ansprechpartner/in: Herr Becker, Frau Koch
Telefon: 02251 650350
E-Mail: suchthilfe@caritas-eu.de, d.koch@caritas-eu.de

Stadt Köln
Gesundheitsamt
Neumarkt 15-21
50667 Köln
Ansprechpartnerin: Frau Dr. Gunia-Hennecken
Telefon: 0221 22124560
E-Mail: birgit.gunia-hennecken@stadt-koeln.de

Kreis Mettmann
Gesundheitsamt
Düsseldorfer Str. 47
40822 Mettmann
Ansprechpartnerin: Frau Scheibelhut-Schmidt
Telefon: 02102 445762
E-Mail: andrea.scheibelhut-schmidt@kreis-mettmann.de

Stadt Mönchengladbach
Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V.
Dahlener Str. 116
41239 Mönchengladbach
Ansprechpartnerin: Frau Jürgens
Telefon: 02166 970470
E-Mail: e.juergens@rehaverein-mg.de

Rhein-Sieg-Kreis
Verbundantrag Arbeiterwohlfahrt, Diakonie, Arbeitersamariterbund und Sozialdienst katholischer Männer
SKM/SPZ Meckenheim
Adolf-Kolpingstr. 2
53340 Meckenheim
Ansprechpartnerin: Frau Wieschollek
Telefon: 02225 9997626
E-Mail: alexandra.wieschollek@skm-rhein-sieg.de

Stadt Solingen
Verbundantrag Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Solingen und Psychosozialer Trägerverein Solingen
KIPS
Lennestr. 7
42697 Solingen
Ansprechpartner/in: Herr Weber (bis 31.03.2015), Frau Regier
Telefon: 0212 2312680
E-Mail: awo-kips@telebel.de

Kreis Viersen
Verbundantrag Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Viersen e.V. und Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Viersen gGmbH
AWO Kreis Viersen/PHG Viersen gGmbH
Hochstr. 29
41334 Nettetal
Ansprechpartnerin: Frau Seidel
Telefon: 02153 402323
E-Mail: seidel.awoviersen@online.de

Das Modellprojekt JuPs in Bonn

Das Modellprojekt JuPs, eine Kooperation der Evangelische Jugendhilfe Godesheim gGmbh und des Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V., hatte sich in den zurückliegenden mehr als drei Jahren, der Thematik Kinder psychisch kranker Eltern für die Region Bonn angenommen.

In seinen Leitgedanken folgte das Projekt den fachlichen Erkenntnissen, dass Kinder mit psychisch erkrankten Eltern in besonderen Belastungssituationen leben. Mit der Folge, dass das Risiko für die Kinder selbst psychisch zu erkranken, signifikant höher ist.

Insbesondere die Tatsache, dass die Hilfesysteme von Jugendhilfe und Psychiatrie meist unvermittelt nebeneinander standen, es wenig Wissen voneinander bzgl. fachlicher Herangehensweisen, Hilfemöglichkeiten etc. gab, wurde problematisch gesehen. Fachkräfte der Jugendhilfe zeigten große Unsicherheit im Umgang mit psychisch kranken Eltern.

Fachkräfte aus der Erwachsenenpsychiatrie, darunter die LVR-Klinik Bonn, nahmen Patienten häufig nicht in ihrer Elternrolle wahr und fragten nicht verbindlich nach der Versorgungssituation der Kinder.

Von der oben geschilderten Problemlage ausgehend, lag die Schwerpunktsetzung des Projektes JuPs zunächst bei dem Aufbau und der Pflege eines auf die Betroffenen zugeschnittenen gesamtstädtischen Netzwerkes mit dem Ziel, eine verbindliche Kooperation der unterschiedlichen Hilfesysteme zu erreichen.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurden von den Projektverantwortlichen regelmäßige Kooperationskonferenzen, Arbeitsgruppen mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung und Infoveranstaltungen mit dem Titel: „Dialoge eröffnen – Zugänge ermöglichen“, organisiert und durchgeführt.

Im Frühjahr 2012 wurde das Netzwerk: *„Gemeinsam stark für Kinder psychisch-/suchtkranker Eltern“* gegründet und die Vernetzung in einer verbindlichen Kooperationsvereinbarung schriftlich festgelegt.

Alle daran beteiligten 30 Institutionen und Einrichtungen aus den Bereichen Kinder-, Jugendhilfe, Erwachsenenpsychiatrie und Gesundheitswesen sind in einem Netzwerkkatalog abgebildet und die Zusammenarbeit ist im Rahmen einer Handlungsleitlinie verbindlich geregelt.

Mit Ablauf des Jahres 2013 endete die Projektförderung durch KipE^{Rheinland} regulär. Erfreulicherweise erhielten wir die Option einer Zwischenfinanzierung bis Mai 2014.

Im Rahmen der über dreijährigen Projektkoordination JuPs, konnten wir ein „Expertenwissen“ hinsichtlich der in Bonn angesiedelten Netzwerkstrukturen erwerben. Hinzu kommen Erfahrungen in der niederschwelligen Arbeit mit den betroffenen Familien selber im Rahmen von Gruppenangeboten und Elternberatung.

Dieses „Expertenwissen“ bietet eine ideale Ausgangsbasis, auch weiterhin eine zentrale Rolle innerhalb des Bonner Netzwerkes ausfüllen zu können. Hier ist es uns gelungen, eine Förderung für den Erhalt der Netzwerktätigkeit, zunächst für ein Jahr durch Stiftungsgelder und durch das Amt für Soziales und Wohnen in Bonn, zu erhalten.

Im Hinblick auf die von den betroffenen Familien geäußerten Bedarfe und ausgehend von den psychosozialen Problemlagen und Entwicklungsrisiken für die Kinder, erscheint uns darüber hinaus, die Entwicklung eines eigenen konkreten Angebotes für die Zielgruppe von besonderer Bedeutung zu sein. Aus diesem Grund haben wir unser Folgeprojekt JuPs konkret entwickelt, und konzeptionell so angelegt, dass es die bisher aufgebauten Netzwerkstrukturen aufgreift und darin eingebettet ein konkretes Hilfsangebot für die Zielgruppe anbieten wird. Herzstück dieses Angebotes wird eine Anlaufstelle für die Betroffenen sein. Darüber hinaus eine Internetseite sowie spezifische und methodisch innovative Gruppen- und Beratungsangebote für Eltern und Kinder. Hinsichtlich Öffentlichkeitsarbeit und Prävention sind Infoveranstaltungen an z. B. Schulen geplant.

Zur Realisierung dieses Angebotes ist es uns gelungen, neben den bereits bestehenden Trägern aus Jugend- und Eingliederungshilfe, eine Kooperation mit der Interdisziplinären Frühförderung und damit dem Gesundheitswesen, einzugehen. Dadurch legen wir den Blick verstärkt auf die Bedarfe der Kinder.

Wir hoffen, dass unsere Bewerbung im Rahmen der Landesinitiative NRW: STARKE SEELEN – Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW, Erfolg haben wird und wir die begonnene Arbeit erhalten und weiterentwickeln können.

Kontakt:

www.jups-bonn.de
Projektkoordination:
Christina Früchte
Telefon: 0228 3827500
E-Mail: jups@ggmbh.de
Lothar Steffens
Telefon: 0228 9753132

Netzwerk

FREIO

Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern und / oder suchtkranker Eltern

„Freio", so bezeichnen spielende Kinder im Rheinland seit Jahrzehnten den Ort, an dem sie in Sicherheit sind. Ein selbstgewählter Schutzraum, eine Tabuzone, eine klar definierte Ruhezone.

Mit dem Modellprojekt „Netzwerk Freio" hat der Caritasverband für das Kreisdekanat Euskirchen e.V. in der Zeit von Oktober 2010 bis Ende Mai 2014 drei Schwerpunkte verwirklichen können:

1. Die Hilfen für die von der psychischen Erkrankung ihrer Eltern mit betroffenen Kinder wurden weiterentwickelt, vernetzt und koordiniert und die Kinder in ihrer Persönlichkeit gefördert, gestärkt sowie stabilisiert, ihnen verschiedene „Freios" ermöglicht.
2. Den Eltern wurde ein Netzwerk von Beratung und Unterstützung in Bezug auf ihre Elternschaft angeboten.
3. Eine Vernetzung aller beteiligten Institutionen und Einrichtungen sowie die Fortbildung von Multiplikatoren wurden für diesen Zeitraum sichergestellt.

Die Hilfen für Kinder psychisch kranker und / oder suchtkranker Eltern ließen sich konzeptionell in folgenden Bereichen konkretisieren und umsetzen:

1. Kindern Halt geben

Angebote für Kinder

- Entwicklung, Koordination und Vernetzung von Hilfen für Kinder psychisch und / oder suchtkranker Eltern im Kreis Euskirchen.
- Durchführung von konkreten Maßnahmen zur Betreuung, Beratung und Versorgung von Kindern psychisch und / oder suchtkranker Eltern.
- Sicherstellung eines niederschwelligen Zugangs zu den Hilfen für die mit betroffenen Kinder.

Es fanden wöchentlich eine Kindergruppe, eine Teeniegruppe, Einzelgespräche mit den Kindern und Jugendlichen sowie verschiedene Aktivitäten wie Zirkusworkshop, Theaterworkshop, Museumsbesuch u. a. statt.

2. Eltern entlasten und unterstützen

Angebote für Eltern und Familien

- Durchführung von Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung psychisch und / oder suchtkranker Eltern.
- Familienbezogene Hilfestellung innerhalb der gemeindepsychiatrischen Strukturen des Kreises Euskirchen.

Neben dem Elterntreff gab es Elterngespräche und Familienaktionstage. Ein Höhepunkt war die gemeinsame Ferienaktion über fünf Tage mit den Kindern, Geschwistern und Eltern.

3. Multiplikatoren stärken – Vernetzung und Kooperation schaffen

- Zusammenarbeit zwischen den verantwortlichen Institutionen und relevanten Einrichtungen, insbesondere der Gemeindepsychiatrie (SPZ), den Fachkrankenhäusern, den Institutionen der Jugendhilfe und dem Jugendamt.
- Förderung und Ausbau eines Netzwerkes auf Kreisebene zur Früherkennung und Intervention in belasteten Systemen.
- Spezifische Fortbildungen für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, Schulung und Vernetzung von Fachkräften.
- Anonymisierte Fallberatung und Qualitätszirkel im Rahmen der Arbeitsgruppe „Kinder von psychisch kranken und / oder suchtkranken Eltern" der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG).
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Enttabuisierung der Thematik psychischer Erkrankungen in Familien.

Das NETZWERK FREIO leistete einen Beitrag, indem die gemeindepsychiatrischen Strukturen des Kreises eine familienbezogene Hilfestellung für die betroffenen Familien sicherstellten. In der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft gab es eine arbeitskreisübergreifende Arbeitsgruppe „Kinder von psychisch kranken und / oder suchtkranken Eltern". Mittels dieser Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen konnte die Berücksichtigung des individuellen Hilfebedarfs in einer Familie mit einem psychisch oder suchterkrankten Elternteil unter Einbeziehung der Gemeindepsychiatrie, der Jugendhilfe, den Schulen, den Kindertagesstätten und weiteren Diensten

und Institutionen gewährleistet werden. Es fand eine praktische Zusammenarbeit aller Beteiligten statt, Möglichkeiten und Grenzen der Beteiligten wurden deutlich, Aufgabenbereiche konnten geklärt werden, gemeinsame Handlungsstrategien konnten entwickelt werden, so dass es zur Schaffung eines verbindlichen Handlungsspielraumes für alle kam.
Die Fortbildungen dienten dem Ziel, Fachkräfte der unterschiedlichsten sozialen Institutionen für die Situation der Kinder zu sensibilisieren und Möglichkeiten der Früherkennung und Frühintervention in den jeweiligen Institutionen zu entwickeln. Die Durchführung der Fortbildungen erfolgte primär für Erzieher und Erzieherinnen aus dem Kreis Euskirchen.
Eine Presse und Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Enttabuisierung der Thematik „Von psychischer Erkrankung belastete Familien" fand während der Projektzeit statt und als Höhepunkt kann die mit über 250 Personen besuchte Fachtagung „Seelische Gesundheit in psychisch belasteten Familien; – Prävention und Vernetzung – im Juni 2013 in Euskirchen angesehen werden.

Mit dem NETZWERK FREIO beabsichtigten die Fachbereiche Eingliederungs- und Behindertenhilfe sowie Sucht- und Wohnungslosenhilfe des Caritasverbandes für das Kreisdekanat Euskirchen e.V. zum einen eine gut funktionierende Netzwerkarbeit, erforderliche Kooperationsstrukturen sowie eine kontinuierliche Fortbildung von Fachkräften und Multiplikatoren zu entwickeln. Zum anderen sollten über die bereits bestehenden Angebote begleitende Hilfeangebote für Kinder von psychisch kranken und/oder suchterkrankten Eltern sowie für deren Bezugspersonen aufgebaut werden. Nicht zuletzt war mit dem Konzept eine intensive Öffentlichkeitsarbeit verbunden.
In allen Punkten können wir auf eine zufriedenstellende und erfolgreiche Arbeit zurückblicken. Mit Traurigkeit erfüllt uns mit Ende des Projektes die Einstellung diverser Angebote wie insbesondere die Multiplikatorenfortbildung und die Elternarbeit. Umso mehr erfreut uns, dass eine Regelfinanzierung für das Gruppenangebot für die Kinder sichergestellt werden konnte.

Caritasverband für das
Kreisdekanat Euskirchen e.V.
Fachbereich Sucht- u. Wohnungslosenhilfe sowie
Fachbereich Eingliederungs- u. Behindertenhilfe
www.caritas-eu.de

Ihre Ansprechpersonen sind:
Bernhard Becker, Leiter der Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe
Dorothee Koch, pädagogische Leitung des Projektes
Telefon: 02251 650350
Kapellenstr. 14,
53879 Euskirchen
E-Mail: suchthilfe@caritas-eu.de
E-Mail: d.koch@caritas-eu.de

KipE^{Rheinland} Duisburg
Hilfen für Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern

Was steckt dahinter?

Die Zahlen sind deutlich: etwa drei Millionen junge Menschen und Kinder sind von eine psychischen Erkrankung eines oder beiden Elternteile deutschlandweit betroffen. Das Risiko selber zu erkranken, ist für Kinder, die mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen, ungleich höher.
Sie kämpfen mit Schuldgefühlen, Einsamkeit und sind häufig von dem Verhalten ihrer Eltern irritiert. Hinzu kommt die Angst, selbst psychisch zu erkranken. Hier aufzuklären und zu unterstützen ist das Ziel der KipE Duisburg.

Mit der KipE Duisburg möchte die PHG Duisburg genau an diesem Punkt ihr gemeindepsychiatrisches Angebot erweitern und niederschwellig ansprechbar sein.
Das zunächst durch den LVR finanzierte Projekt startete am 15.11.2010 mit seinen neuen Aufgaben und Angeboten in Duisburg. Inzwischen versucht die KipE Duisburg seit dem 1.6.2014 auf eigenen Beinen zu stehen.

Aufgaben der KipE^{Rheinland} Duisburg:

Mit seinen Räumlichkeiten in Duisburg Meiderich bietet es auch eine erste Anlaufstelle für psychisch erkrankte Eltern, deren Kindern und weiteren Angehörigen, da von einer psychischen Erkrankung immer das ganze Familiensystem berührt wird. Ein erstes Gespräch, was auch anonym geführt werden kann, bietet die Möglichkeit, das jeweilige Anliegen zu besprechen, mögliche Fragen zu beantworten und über weitere Unterstützungsmöglichkeiten zu beraten. So ist es möglich Folgegespräche zu vereinbaren, bei welchem auch Angehörige mit eingebunden werden können.
Zusätzlich bietet es eine offene Sprechstunde, welche ohne vorherige Terminabsprache wahrgenommen werden kann. Diese findet am PHG Standort Duisburg Meiderich, Hollenbergstr. 9 immer montags (außer an Feiertagen und in den Ferien) von 15.00 bis 17.00 Uhr statt. Diese Beratung ist kostenlos und benötigt auch sonst keine formalen Voraussetzungen.

Neben dieser ersten Anlaufstelle nimmt die KipE Duisburg aber auch andere Aufgaben wahrnehmen. So möchte es mit Hilfe von Netzwerkkooperation – besonders mit der PSAG Duisburg – und der Öffentlichkeitsarbeit und der Öffentlichkeitsarbeit das bereits bestehende Hilfsangebote in Duisburg erweitern und die Öffentlichkeit mehr über psychische Erkrankungen, besonders bei betroffenen Eltern informieren und sensibilisieren.
Auch bietet es Fortbildungen für Fachkräfte und Multiplikatoren zu dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern" an.

Ausblick für die KipE^{Rheinland} Duisburg:

Um die Wirksamkeit und den Nutzen dieser Unterstützung wissenschaftlich zu überprüfen, startete im Januar 2013 eine wissenschaftliche Untersuchung zwischen der Arbeitsgruppe Sozialisationsforschung der Universität Duisburg-Essen und den Vertretern der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Duisburg (PSAG). Da das Netzwerk nicht in seiner Gesamtheit untersucht werden kann, wurden einige Bausteine herausgegriffen, unter anderem die Sprechstunde der KipE Duisburg. Die Erhebung der Universität Duisburg-Essen steht dabei unter dem Titel „Prävention und Intervention im Duisburger Netzwerk der PSAG für Kinder psychisch erkrankter Eltern" (kurz PID). Dank der Förderung durch die Robert-Bosch-Stiftung kann mit eine Gruppe Studierender des Masterstudiengangs Soziale Arbeit unter der Leitung von Prof. Dr. Bauer und Dr. Rehder zwei Semester lang untersucht und geforscht werden. Erste Ergebnisse wurden bereits veröffentlicht, der Abschlussbericht wird zu Beginn 2015 erwartet. Die daraus gewonnen Erkenntnisse und Empfehlungen werden in die weitere Arbeit der KipE Duisburg mit einfließen.

Kontakt:

Jana Hanitzsch
Angela Hollmann
Hollenbergstr. 9
47137 Duisburg
Telefon: 0203 34876-1240
E-Mail: jana.hanitzsch@phg-du.de
E-Mail: angela.hollmann@phg-du.de

Aktuelle Informationen können auch über folgende Internetseiten entnommen werden:
www.phg-du.de und www.psag-netzwerk.de

Erfolgreiche Arbeit in Mönchengladbach im Rahmen des LVR-Förderprogramms KipE Rheinland

Zu Beginn direkt eine gute Nachricht: Die Bezirksregierung fördert das KipE-Projekt für ein weiteres Jahr bis zum 30.06.2015. So können die verschiedenen Angebote der Projekt- und Koordinierungsstelle KipE, die sich in den vergangenen 3,5 Jahren etabliert haben, weiter fortgesetzt werden.

Direkt mit Start des Projekts in 2010 übernahm der Reha Verein die Koordination des Arbeitskreises (AK) KipE, der schon vor dem Förderprogramm bestand. Es wurden neue Impulse gesetzt, so dass sich der neue Arbeitskreis Flex-BeWo entwickeln konnte. Dieser setzte sich zum Ziel, die Kooperation zwischen der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe in Mönchengladbach zu verbessern. Inzwischen liegt eine unterschriftsfähige Kooperationsvereinbarung vor, die voraussichtlich in 2015 in Kraft treten wird. An dieser Vereinbarung haben die freien Träger der Jugendhilfe, das Jugendamt und die Träger der Eingliederungshilfe mitgewirkt und sie ist ein Meilenstein für eine effektive Zusammenarbeit in den betroffenen Familien.

Die bisher nebeneinander arbeitenden Arbeitskreise KipE und Kinder aus suchtbelasteten Eltern arbeiten jetzt miteinander durch Transparenz der Ziele und Austausch der Protokolle. Weiterhin ist vereinbart, dass diese Arbeitskreise einmal im Jahr gemeinsam tagen.

Die Zusammenarbeit mit Kindergärten, Familienzentren, der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie wurde ausgebaut. So ist das Netzwerk bestens darüber informiert, dass der Reha Verein eine niederschwellige Beratung für psychisch kranke Eltern und deren Kinder anbietet. Es finden häufig Zuweisungen durch andere Einrichtungen statt, so dass die Familien schnell beraten und passgenaue Hilfen entwickelt werden können.
Gleichzeit bietet der Reha Verein interessierten Fachleuten aus Schulen, Kindergärten, dem Gesundheitswesen sowie der Kinder- und Jugendhilfe Schulungen an. Dort werden die Fachkräfte für die spezielle Situation der Kinder sensibilisiert.

Nachdem während der Projektphase zwei zeitlich begrenzte Kindergruppen in Zusammenarbeit mit der Ev. Jugend- und Familienhilfe mit Hilfe von Stiftungsgeldern durchgeführt werden konnten, startet im September eine fortlaufende Kindergruppe. Da diese Gruppe aus Spendengeldern finanziert wird, ist sie erst einmal auf ein Jahr befristet. An dem Ziel, diese Kindergruppe in eine Regelfinanzierung zu überführen, wird der Reha Verein weiter arbeiten.

Im Rahmen des Förderprogramms hat der Reha Verein ein Konzept für Patenschaften für Kinder psychisch kranker/belasteter Eltern entwickelt. Der Antrag bei der Aktion Mensch wurde positiv entschieden, so dass die Arbeit in Kürze aufgenommen werden kann.

Weiterhin konnte eine Kooperationsvereinbarung mit dem Verein „Irrsinnig Menschlich“ in Leipzig getroffen werden. Eine Regionalgruppe in Mönchengladbach für die präventive Arbeit mit Jugendlichen in Schulen wurde gegründet:
Verrückt? Na und! – wird ab August 2014 mit Fachleuten und Experten in eigener Sache, die aus dem Netzwerk gewonnen werden konnten, starten. Weitere Infos erhalten Sie unter www.verrückt-na-und.de.

Durch die geschilderten Aktivitäten konnte in Mönchengladbach mittlerweile eine sehr gute Basis für die Belange für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien geschaffen werden. Die unterschiedlichen Systeme wurden kontinuierlich sensibilisiert, die Sichtweise wurde insgesamt ganzheitlicher. Die bisherigen Ergebnisse wirken fort und entfalten eine weiterführende Dynamik. Durch die Koordinierung der verschiedenen Aktivitäten konnte eine Steuerung dieser Dynamik nach dem Motto „wenn Einzelne etwas geben, kann in der Summe VIEL erreicht werden“. Dieses gilt es nun konstruktiv weiter zu entwickeln.

Kontakt:
Esther Jürgens
Dahlener Str. 116
41239 Mönchengladbach
Telefon: 02166 970470
E-Mail: e.juergens@rehaverein-mg.de

Referentinnen und Referenten

Karl-Heinz Arenz
Christine Gläser
Gesundheitsamt Rhein-Sieg-Kreis
Kaiser-Wilhelm-Platz 1
53721 Siegburg
Telefon: 02241 132519
E-Mail: christine.glaeser@rhein-sieg-kreis.de
Internet: www.rhein-sieg-kreis.de

Prof. Dr. Ullrich Bauer
Universität Bielefeld
Fakultät für Erziehungswissenschaft
AG Sozialisation
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
Telefon: 0521 106-6066
E-Mail: ullrich.bauer@uni-bielefeld.de

Sascha Fersch
Abteilungsleiter Soziale Dienste
Bundesstadt Bonn
Amt für Kinder, Jugend und Familie
Sankt Augustiner Str. 86
53103 Bonn
Telefon: 0228 77-3117
E-Mail: sascha.fersch@bonn.de
Internet: www.bonn.de

Dieter Göbel
Fachbereichsleitung LVR-Fachbereich Jugend
Landschaftsverband Rheinland (LVR)
LVR-Dezernat Jugend
Kennedy-Ufer 2
50679 Köln
Telefon: 0221 809-6213
E-Mail: dieter.goebel@lvr.de
Internet: www.lvr.de

Birgit Görres
Geschäftsführerin
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
Richartzstr. 12
50667 Köln
Telefon: 0221 277938-73
E-Mail: goerres@psychiatrie.de
Internet: www.psychiatrie.de

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Chefärztin Abt. Allgemeine Psychiatrie II
Ärztliche Direktorin
LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23
51109 Köln
Telefon: 0221 8993-629
E-Mail: euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de
Internet: www.klinik-koeln.lvr.de

Jana Hanitzsch
Fachbereichsleitung Kinder- und Jugendhilfe
Einrichtungsleitung SPZ Meiderich
Projektleitung KipE Duisburg
PHG Duisburg
Hollenbergstr. 9
47137 Duisburg
Telefon: 0203 34876-2701
E-Mail: jana.hanitzsch@phg-du.de
Internet: www.phg-du.de

Anja Henkel
Koordinatorin Frühe Hilfen Bonn
Familienkreis e.V.
Breite Str. 76
53111 Bonn
Telefon: 0228 18464204 oder 0228 224155
E-Mail: henkel@fruehehilfen-bonn.de
Internet: www.fruehehilfen-bonn.de

Till Hoffmann
Wissenschaftlicher Referent
Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Telefon: 0221 8992-517
E-Mail: till.hoffmann@nzfh.de
Internet: www.fruehehilfen.de, www.bzga.de

Dr. Ilka Markwort
Leitende Oberärztin
LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23
51109 Köln
Telefon: 0221 8993-637
E-Mail: ilka.markwort@lvr.de
Internet: www.klinik-koeln.lvr.de

Rolf Mertens
LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Fachbereich Planung,
Qualitäts- und Innovationsmanagement
Abteilung Psychiatrische Versorgung
COC (Cologne Office Center)
Siegburger Str. 203
50679 Köln
Telefon: 0221 809-6938
E-Mail: rolf.mertens@lvr.de
Internet: www.lvr.de

Regine Müller
Fachberatung Frühe Hilfen/
Bundesinitiative Frühe Hilfen
LVR-Landesjugendamt Rheinland/
Koordinationsstelle Kinderarmut
Kennedy-Ufer 2
50663 Köln
Telefon: 0221 809-6257
E-Mail: regine.mueller@lvr.de
Internet: www.jugend.lvr.de

Dr. Ute Projahn
Pädagogische Betriebsleiterin
LVR-Jugendhilfe Rheinland
Veybachstr. 31
53879 Euskirchen
Telefon: 02251 5060-343
E-Mail: ute.projahn@lvr.de
Internet: www.lvr.de

Dr. Michael Rehder
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Universität Duisburg-Essen
Fakultät für Bildungswissenschaften
Zentrum für Prävention und Intervention
im Kindes- und Jugendalter (ZPI)
Berliner Platz 6-8
45127 Essen
Telefon: 0201 183-6241
Sekretariat: 0201 183-2234
E-Mail: michael.rehder@uni-due.de
Internet: www.uni-due.de

Birgit Richterich
Geschäftsführerin
PHG Duisburg
Gehrstr. 54
47167 Duisburg
Telefon: 0203 34876-0
E-Mail: birgit.richterich@phg-du.de
Internet: www.phg-du.de

Susanne Stephan-Gellrich
Stellv. Fachbereichsleitung
LVR-Dezernat Klinikverbund
und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und
Innovationsmanagement
COC (Cologne Office Center)
Siegburger Str. 203
50679 Köln
Telefon: 0221 809-6643
E-Mail: susanne.stephan-gellrich@lvr.de
Internet: www.lvr.de

Martina Wenzel-Jankowski
LVR-Dezernentin Klinikverbund
und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Landschaftsverband Rheinland (LVR)
COC (Cologne Office Center)
Siegburger Str. 203
50679 Köln
Telefon: 0221 809-6619
E-Mail: martina.wenzel-jankowski@lvr.de
Internet: www.lvr.de

Presseinformation

Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern im Rheinland – Ergebnisse des Modellprojekts vorgestellt

Fachtagung zum LVR-Förderprogramm zieht Bilanz /Koordination und Vernetzung von Hilfsangeboten soll weitergeführt werden / Austausch von Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis über niedrigschwellige Hilfen für betroffene Familien

Köln. 22. Mai 2014. Auf einer Fachtagung zum Modellprojekt „Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern im Rheinland – (KipE)" haben Fachleute aus Wissenschaft und Praxis Bilanz gezogen. Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) hat dabei Projekte in neun rheinischen Modellregionen über drei Jahre lang finanziell gefördert.

Die psychische Erkrankung von Eltern stellt deren Kinder vor große Herausforderungen. Wo finden sie Hilfe, wenn die Eltern stationär behandelt werden müssen? Elterntrainings, Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche, Patenschaften, Familiengespräche – welche Angebote bieten die notwendige Unterstützung? Der LVR hat sich vor rund vier Jahren dieses Themas angenommen. Ziel war die Vernetzung und Koordination der verschiedenen Hilfsangebote, die sich an den Bedürfnissen der betroffenen Kinder und Eltern orientieren.

Martina Wenzel-Jankowski, LVR-Dezernentin Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen zieht eine positive Bilanz: „Mit unserer Modellförderung haben wir aufgezeigt, mit welchen Maßnahmen Kinder psychisch erkrankter Eltern versorgt werden können. Die Ergebnisse können für die Versorgung in den Regionen zum Aufbau notwendiger Strukturen und zur Weiterentwicklung genutzt werden". Daher steht für sie fest: „Als Trägerverwaltung, mit unseren LVR-Kliniken, als Förderer der Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) und im Einzelfall mit Hilfen der Eingliederungshilfe für Eltern mit Behinderung werden wir auch dauerhaft und zuverlässig Partner in den Netzwerken sein, die sich um die Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern kümmern."

Die Auswertung des Modellprojekts zeigt, dass damit viel bewegt wurde: Es wurden unter anderem

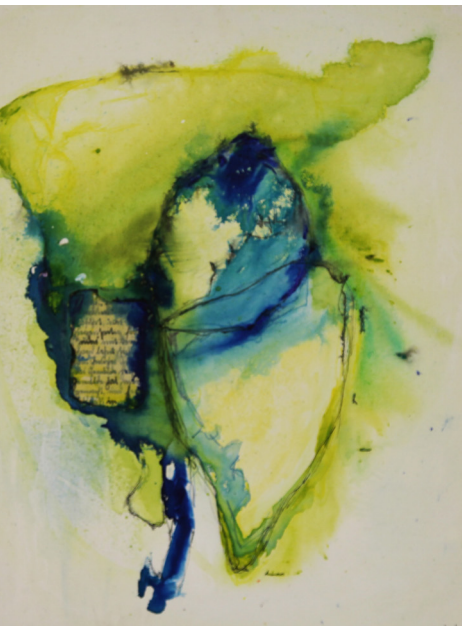
- tragfähige Netzwerkstrukturen mit Beteiligung von Gesundheitswesen und Jugendhilfe aufgebaut,

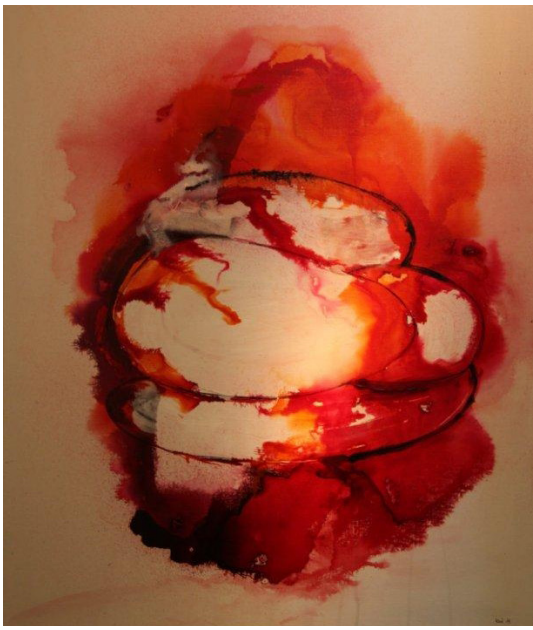
Organisationsbereich LVR-Direktorin, LVR-Fachbereich Kommunikation, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln; Leitung: Christine Bayer; Telefon: 0221 809-2781, Telefax: 0221 809-2889, Mail: presse@lvr.de, Internet: www.lvr.de

- Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern als regelfinanzierte Leistung in den vier (SPZ) im Rhein-Sieg Kreis verankert,
- konkrete Maßnahmen zur Betreuung, Beratung und Versorgung betroffener Kinder umgesetzt und
- Mindeststandards zu Hilfen für Kinder psychisch erkrankter oder suchtkranker Eltern in den LVR-Kliniken beschlossen.

Die Standards sollen dazu beitragen, dass betroffene Kinder nicht vergessen werden und Eltern sich ohne unangemessene Belastung durch Sorgen um ihre Kinder der Therapie widmen können.

Ansprechpartnerin für redaktionelle Rückfragen:
Landschaftsverband Rheinland
LVR-Fachbereich Kommunikation
Karin Knöbelspies
Tel 0221 809-7714
E-Mail Karin.knoebelspies@lvr.de





Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Dezernat Jugend
50663 Köln
www.lvr.de