

# Arbeitshilfe

## Kinder psychisch erkrankter Eltern

Integrativ denken,  
umfassend motivieren,  
kooperativ handeln.



Zentralinstitut für  
Seelische Gesundheit  
Landesstiftung  
des öffentlichen Rechts

**STADT MANNHEIM**<sup>2</sup>  
Jugendamt und  
Gesundheitsamt

**Verantwortlich für den Inhalt:**

**Arbeitskreis Kinder psychisch erkrankter Eltern:**

Psychologische Beratungsstelle des Caritasverbands e.V., der Evang. Kirche und der Stadt Mannheim  
Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch  
Soziale Dienste und Frühe Hilfen, Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt der Stadt Mannheim  
Sozialpsychiatrischer Dienst im Gemeindepsychiatrischen Zentrum, Mannheim  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

**Kontakt:**

Jürgen J. Ebner (PB der Evang. Kirche), M1, 9a, 68161 Mannheim, Tel. 280 00 280,  
juergen.ebner@kbz.ekiba.de

**Mannheim, den 11.02.2021**

# Inhalt

## 1. Einleitung

1.1 Zur Entstehung der Arbeitshilfe	4
1.2 Bisheriger Stand der Kooperation	4

## 2. Ziele

4

## 3. Kooperationspartner\*innen

5

## 4. Handlungsempfehlungen

5

4.1 Grundprinzip	5
4.2 Kontaktaufnahme und Abklärung	7
4.3 Erbringung und Vernetzung der Hilfen	7
4.4 Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung	8
4.5 Ausblick	17

## 5. Basisinformationen

17

5.1 Kritische Praxiserfahrungen	17
5.2 Konzeptionelle Grundlagen für eine gelingende Kooperation	18
5.3. Forschungsstand	19

## 6. Literatur

21

### Zusatzmaterialien (stehen gesondert zur Verfügung)

- Angebote für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil
- Dokumentationsbogen zur Gefährdungseinschätzung
- Flyer Kinderschutz
- Flyer MaIKE
- Kriterienkatalog zur Bewertung psychischer Merkmale von Eltern
- Literaturliste Bücher und Broschüren zu Kinder psychisch erkrankter Eltern
- Mitteilungsbogen über Verdacht auf Kindeswohlgefährdung
- Schweigepflichtsentbindung
- Zusammenstellung Gesetzestexte

## 1. Einleitung

### 1.1 Zur Entstehung der Arbeitshilfe

„Kinder sind auch Angehörige“- diese Überzeugung ist in den letzten 25 Jahren immer mehr ins Bewusstsein der Fachöffentlichkeit gerückt. In Mannheim hat sich bzgl. der Versorgung Kinder psychisch erkrankter Eltern und der Kooperation zwischen den Fachkräften seit 1995 (siehe 1.2) viel getan. Trotz dieser Fortschritte gibt es aber noch einen Entwicklungsbedarf und die Notwendigkeit, das bisher Erreichte zu sichern. Um neue Fachkräfte in das Thema und den bisherigen Stand der Versorgung und Kooperation einzuführen sowie Qualitätsstandards zu formulieren, gab sich der Arbeitskreis (AK) ‚Kinder psychisch erkrankter Eltern‘ den Auftrag, eine Arbeitshilfe zu konzipieren. Eine Arbeitsgruppe hat dafür einen Entwurf erarbeitet. Der AK hat den Entwurf in der vorliegenden Fassung befürwortet und allen Fachkräften, die in unterschiedlichen Kontexten in dieses Thema involviert sind, zur Anwendung empfohlen. Für die Praxis sind die Handlungsempfehlungen (siehe Kapitel 4) zentral. Bisherige Erfahrungen, Grundlagen der Kooperation und wissenschaftliche Erkenntnisse finden Sie in Kapitel 5. Alle Fachkräfte, die mit dieser Arbeitshilfe Erfahrungen machen, sind gebeten, Rückmeldungen über die Nützlichkeit an die Vertreter\*in ihrer Institution im AK oder direkt an Herrn Ebner (siehe Seite 2) zu geben.

### 1.2 Bisheriger Stand der Kooperation

Seit 1995 gibt es den AK ‚Kinder psychisch erkrankter Eltern‘. Seine Aufgaben sind: Bedarfs-ermittlung, Austausch von Angeboten, Anregung von Kooperationen, Transfer von Informationen in die eigene Einrichtung sowie die Organisation von Fachtagen. Von 1999 bis 2001 wurde das ‚Kinderprojekt Mannheim‘ durchgeführt. Darin probierten die PB der Evang. Kirche, der Sozialpsychiatrische Dienst im Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ) und die Sozialen Dienste des Jugendamtes modellhaft Unterstützungsangebote für die Familien und eine intensive Kooperation aus. Nach erfolgreichem Abschluss des Projekts wurden die Erfahrungen 2012 in MaIKE (**M**annheimer **I**nitiative für **K**inder psychisch kranker **E**ltern), einer Kooperation zwischen der PB der Evang. Kirche und dem Sozialpsychiatrischen Dienst im GPZ überführt und seither fortgesetzt. MaIKE bietet eine multiprofessionelle Abklärung und Unterstützung der ganzen Familie in unterschiedlichen Settings sowie Fachberatung und Öffentlichkeitsarbeit an. Erfolge in der Wahrnehmung der Bedarfe der Kinder und Eltern, wirksame Angebote und gelungene Kooperationen bedeuten aber nicht, dass es keine Stolpersteine, Unsicherheiten und Lücken in der Wahrnehmung des Themas und der Versorgung mehr gibt (siehe 5.1, Seite 17 und 5.2, Seite 18).

## 2. Ziele

- Wahrnehmung von Bedarfen und möglichen Belastungen der Kinder (Blick aufs Kind)
- Früherkennung von Beeinträchtigungen der Elternfunktionen und Eltern-Kind-Interaktion
- Wirkungsvoller Kinderschutz
- Früherkennung psychischer Erkrankungen von Eltern, Vermittlung von Diagnostik und Therapien
- Auswahl passgenauer Angebote zur Unterstützung der Familien
- Verbesserte Kooperation der Institutionen von Jugendhilfe und Psychiatrie
- Prävention psychischer Störungen von Kindern

### 3. Kooperationspartner\*innen

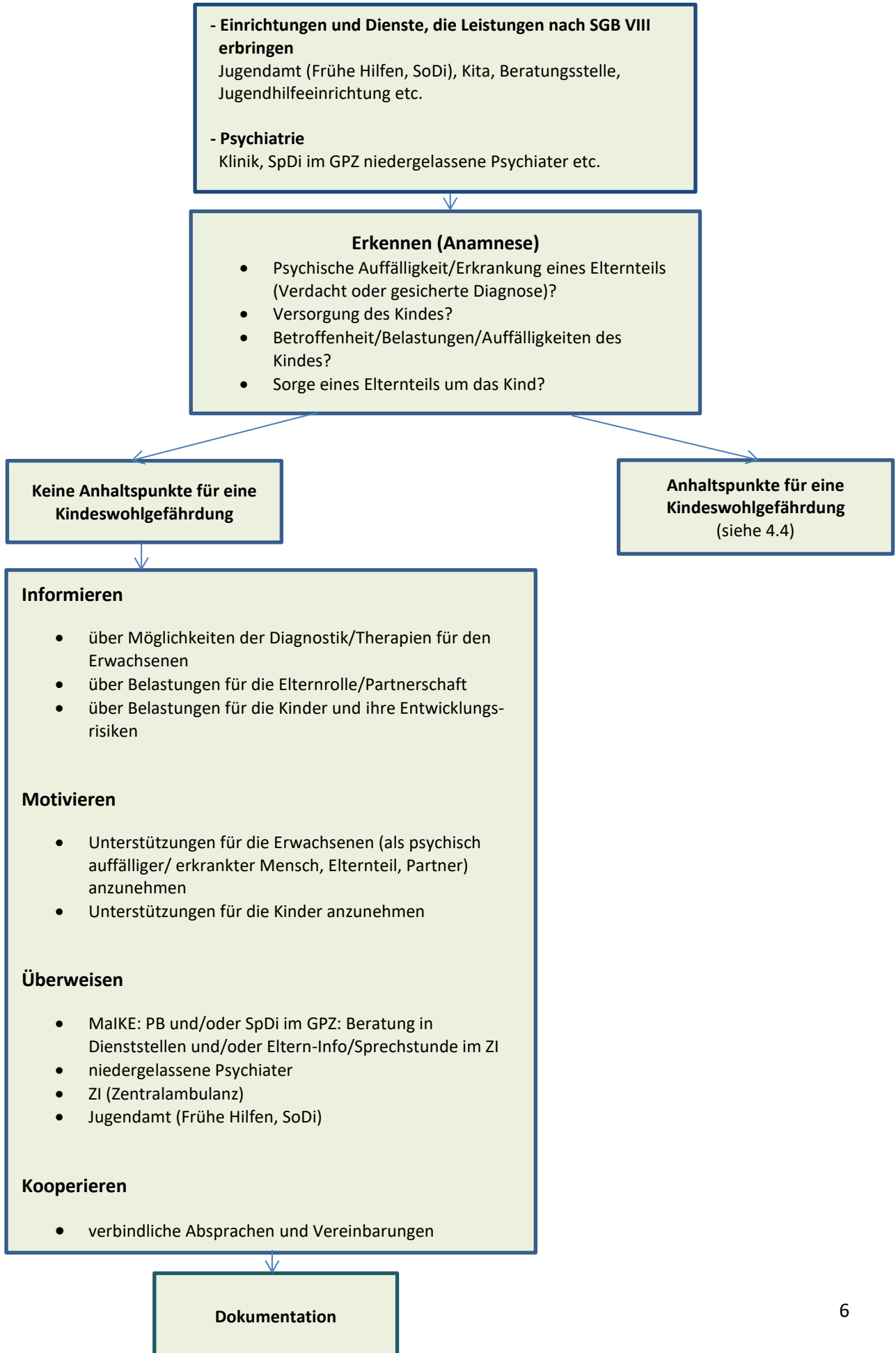
- Psychologische Beratungsstellen (PB) des Caritasverbandes e.V., der Evang. Kirche und der Stadt Mannheim
- Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch
- Sozialpsychiatrischer Dienst im Gemeindepsychiatrischen Zentrum getragen von: Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Mannheim e.V., Caritasverband Mannheim e.V., Diakonieverein im Diakonischen Werk Mannheim e.V., Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim (SpDi im GPZ)
- Soziale Dienste (SoDi) und Frühe Hilfen, Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt der Stadt Mannheim
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

### 4. Handlungsempfehlungen

#### 4.1 Grundprinzipien (siehe Schaubild 1, Seite 6)

- Die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe durch Erwachsene (Eltern) und Kinder sind grundsätzlich **freiwillig**. Die **Grenzen der Freiwilligkeit** sind eine vermutete oder tatsächliche Kindeswohlgefährdung (siehe 4.4) z.B. durch eine Selbst- oder Fremdgefährdung oder das Unvermögen, seine Angelegenheiten (Gesundheit, Wohnen, Finanzen etc.) selbst zu erledigen (siehe Anhang: Zusammenstellung Gesetzestexte).
- Die Klienten (Kinder und Erwachsene) sollen grundsätzlich über alle Prozesse informiert und an allen Entscheidungen beteiligt werden (**Transparenz und Partizipation**).
- Die zuerst kontaktierte Institution nimmt, neben ihren primären Aufgaben, die anderen Bedarfe (psychiatrisch, psychologisch, pädagogisch und sozial) der Kinder (Blick aufs Kind), Erwachsenen (Elternrolle, Partnerschaft) und der ganzen Familie wahr (**Erkennen**).
- Falls es keine Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung gibt, werden die Erwachsenen über Möglichkeiten der Diagnostik und Therapien, Belastungen für die Elternrolle und Partnerschaft sowie Belastungen der Kinder und ihre Entwicklungsrisiken informiert (**Informieren**).
- Anschließend werden Erwachsene und Kinder motiviert, Unterstützungen anzunehmen (**Motivieren**). Kinder sind mehrfach von ihren Eltern abhängige Angehörige, die mindestens genetisch, aber häufig auch psychologisch und psychosozial betroffen sind und immer präventive Unterstützung benötigen. Es sollte nie gewartet werden, bis ein Kind Auffälligkeiten zeigt, bevor es ein Angebot bekommt.
- Je nach Bedarf überweisen die Fachkräfte die Erwachsenen und Kinder an die zuständigen Institutionen (z.B. MaIKe, niedergelassene Psychiater, ZI, Jugendamt) (**Überweisen**). Die Überweisung erfolgt mit Zustimmung der Betroffenen und idealerweise verbindlich, d.h. durch begleitete telefonische/schriftliche Anmeldungen und/oder gemeinsame Erstgespräche. Davor unterschreiben die Klient\*innen immer eine Schweigepflichtsentbindung (siehe Anhang).
- Sobald eine zweite Fachkraft/Institution kontaktiert wird, initiiert die erstbefasste, überweisende Fachkraft eine klientenbezogene Kooperation (siehe 4.3, Seite 7) (**Kooperieren**).

**Schaubild 1: Kooperationsablauf Jugendhilfe und Psychiatrie**



## 4.2 Kontaktaufnahme und Abklärung

Beim Erstkontakt ist zu allererst eine Sicherheit und Vertrauen vermittelnde Beziehungsgestaltung wichtig, um einer Rückzugs- und Vermeidungstendenz der Eltern vorzubeugen („Kontakt vor Kontrakt“).

- Erst danach kann die psychosoziale Situation der Familie erhoben werden: Belastungen/Diagnose und Versorgungslage des erkrankten Elternteils, psychische Merkmale der Eltern und der Eltern-Kind-Interaktion, kompensierende Funktion bzw. Stabilität des gesunden Elternteils/anderer Bezugspersonen, emotionale, körperliche und soziale Situation des Kindes, Ressourcen der Familie etc.
- Eltern sollen für die Betroffenheit ihrer Kinder und deren Bedarfe sensibilisiert werden, auch wenn sie keine Auffälligkeiten zeigen.
- Gesprächs- und Unterstützungsangebote sollen klar und stetig vermittelt werden.
- Falls Eltern nicht kooperieren, z.B. keine Familienanamnese ermöglichen oder den von Fachkräften gesehenen Bedarf nicht teilen, soll eine Einschätzung erfolgen, ob es gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung gibt. Falls ja, richtet sich das weitere Vorgehen wie unter 4.4 (Seite 8 ff.) beschrieben, falls nicht, sollte die Arbeitsbeziehung fortgesetzt, die Situation der Familie weiterbeobachtet und die Motivierung für Unterstützung aufrechterhalten werden.

## 4.3 Erbringung und Vernetzung der Hilfen

- Zwischen den Fachkräften (bereits involvierte und zukünftige) und den Familien werden Bedarfe offen kommuniziert und Leistungen verbindlich vereinbart (Ziele, Rollen, Methoden, Verantwortung, Überleitung, Bewertung, Beendigung).
- Multimodale und multiprofessionelle Hilfen aus den Bereichen Gesundheitswesen und Jugendhilfe werden ausgewählt und eingesetzt.
- Mithilfe einer ‚Liste von Angeboten für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil‘ können Angebote und Anbieter transparent gemacht und kontaktiert werden (siehe Anhang).
- Die Kooperationspartner\*innen bieten sich wechselseitig anonymisierte Fachberatungen an.

#### **4.4 Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung**

Das Bundeskinderschutzgesetz (BKischG) beschreibt in Artikel 1, dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG, siehe Anhang: Zusammenstellung Gesetzestexte) Grundsätzliches: Das Ziel, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern und Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung insbesondere durch Information, Beratung und Hilfe zu unterstützen.

Wie definiert die Rechtsprechung eine Kindeswohlgefährdung:

„(...) Eine gegenwärtige, in solchem Maß vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen oder leiblichen Wohls mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt.“ (BGH, 1956).

Gewichtige Anhaltspunkte können Auffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen im physischen, psychischen und Verhaltensbereich sein, die entweder persönlich wahrgenommen oder von Dritten (z.B. Angehörige oder Fachkräfte) berichtet werden. Sie können Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung durch körperliche, seelische und sexualisierte Gewalt sowie Vernachlässigung/Verwahrlosung sein:

##### **Körperliche Gewalt:**

Massive und/oder wiederholte Zeichen von Verletzungen ohne plausible Erklärung. Z.B. Blutergüsse, Striemen, Verbrennungen, Verbrühungen, Knochenbrüche.

##### **Seelische Gewalt:**

Negatives Selbstbild, starke soziale Unsicherheit, massive Gehemmtheit, ausgeprägtes mangelndes Selbstvertrauen. Verursacht z.B. durch Ablehnung, Erniedrigung, Demütigung, Verängstigung, Bedrohung und Isolierung durch die Bezugspersonen und/oder Personen aus dem sozialen Umfeld, Verweigerung von emotionaler Zuwendung, Zuschreibung einer „Sündenbockrolle“.

##### **Vernachlässigung/Verwahrlosung:**

Schlechter körperlicher Zustand, mangelnde medizinische Versorgung und Ernährung, Fehlen von Körperhygiene, unangemessene oder verschmutzte Kleidung.

##### **Sexualisierte Gewalt:**

Häufiges Zeigen der Genitalien, Nachahmen von Erwachsenensexualität, häufiges Berühren weiblicher Brüste, Berühren von Genitalien Erwachsener oder Kinder, Aufforderung von Erwachsenen oder Kindern, die eigenen Genitalien zu berühren, Masturbieren mit Objekten, altersunangemessenes Wissen über Sexualität, sexualisierte Übergriffe auf andere Kinder und alle anderen Symptome, die Kinder nach einer Traumatisierung zeigen. Körperliche Symptome wie: Hämatome, Rötungen, Verletzungen im Bereich der Genitalien und des Anus, Geschlechtskrankheiten.

Falls es gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung gibt, ist eine Gefährdungseinschätzung des Wohls des Kindes notwendig. Die Verbindlichkeit bei diesem Vorgehen hängt von der Berufsgruppe und der gesetzlichen Grundlage des Arbeitskontexts ab (siehe Tabelle 1, Seite 9).



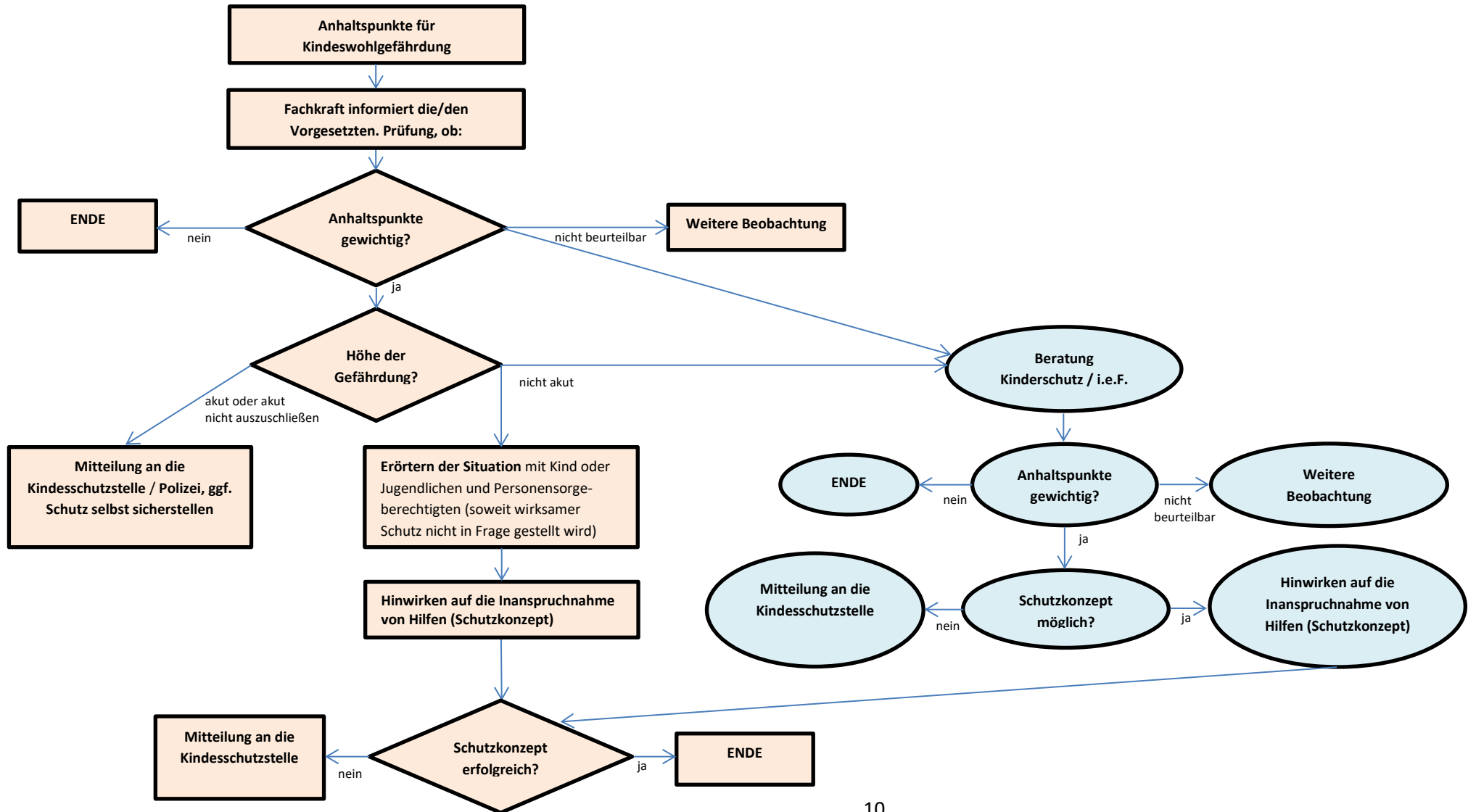
**Tabelle 1: Unterschiedliche Rechtsgrundlagen bzgl. des Vorgehens bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (siehe Anhang: Zusammenstellung Gesetzestexte)**

	Ärzt*innen, Berufspsycholog*innen , Sozialarbeiter*innen, Lehrer*innen etc. (§ 4, Abs. 1 KKKG)	Bei Fachkräften, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch VIII erbringen (§ 8a, Abs. 4 SGB VIII)
<b>1. Gefährdungseinschätzung und Einbeziehung von Kind/ Jugendlichen und Personensorgeberechtigten</b>	„[...] <b>sollen</b> mit dem Kind oder Jugendlichen und den Sorgeberechtigten die Situation <b>erörtern</b> (...) soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.“	„[...] <b>ist sicherzustellen*</b> , dass sie eine <b>Gefährdungseinschätzung vornehmen</b> und die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.“
<b>2. Beratung durch eine Fachkraft Kinderschutz/ insoweit erfahrene Fachkraft (i.e.F)</b>	„[...] haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe <b>Anspruch</b> auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.“	„[...] <b>ist sicherzustellen*</b> , dass bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird.“
<b>3. Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen</b>	„[...] <b>sollen</b> sie [...], soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.“	„In die Vereinbarung ist [...] insbesondere die <b>Verpflichtung</b> aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten [...].“
<b>4. Information an das Jugendamt</b>	„Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 (Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen) aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie <b>befugt</b> , das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.“	„In die Vereinbarung ist [...] insbesondere die <b>Verpflichtung</b> aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger [...] das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann. Die Mitteilung <b>soll</b> im Rahmen eines Gespräches zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger erfolgen, an dem die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt werden sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.“

\*d.h. müssen

**Schaubild 2: ‚Ablauf zur Umsetzung von § 4 KKG‘; Beschreibung siehe Seite 11 und 12**

Alle Ergebnisse des Ablaufs sind zu dokumentieren.



## Beschreibung von Schaubild 2: ‚Ablauf zur Umsetzung von § 4 KKG‘, siehe Seite 10

**Bitte vergessen Sie nicht, jedes Ergebnis des Bewertungsprozesses zu dokumentieren!**

### **Ablauf innerhalb der Einrichtung durch die direkt betroffene Fachkraft:**

- **Anhaltspunkte** für eine Kindeswohlgefährdung (ein „ungutes“ Gefühl, Äußerungen und Verhaltensweisen des Kindes/Jugendlichen und Berichte Dritter) sollen immer sorgfältig dokumentiert werden (siehe Anhang: Dokumentationsbogen der Einrichtung zur Gefährdungseinschätzung‘).
- Sie informieren Ihre(n) Vorgesetzte(n) über Ihre Anhaltspunkte.
- Sie bewerten, ob die **Anhaltspunkte gewichtig** sind.
- Falls Sie diese als **nicht gewichtig** bewerten, wird der Ablauf beendet.
- Falls Sie **nicht beurteilen** können, ob die **Anhaltspunkte gewichtig** sind, beobachten Sie weiter den Verlauf (tauchen neue Anhaltspunkte auf, wird der Einschätzungsprozess wieder aufgenommen) oder haben Sie einen Anspruch auf eine Beratung durch eine Fachkraft Kinderschutz/i.e.F (insoweit erfahrene Fachkraft), siehe Seite 12.
- Falls Sie die **Anhaltspunkte für gewichtig** einschätzen, prüfen Sie, die Höhe der Gefährdung.
- Ist für Sie eine **akute Gefährdung** (unmittelbare Gefahr an Leib, Seele oder Leben) gegeben, sind Sie bzw. Ihr(e) Vorgesetzte(r) befugt, sofort die Kinderschutzzstelle des Jugendamtes zu informieren (siehe ‚MITTEILUNG ÜBER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG‘, Seite 12). Bei Gefahr in Verzug sind Sie befugt, bis zum Eingreifen von Jugendamt oder Polizei den Schutz des Kindes selbst sicherstellen. Über das Informieren des Jugendamtes sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Wenn Sie eine **akute Gefährdung nicht ausschließen** können, sind Sie ebenfalls befugt, das Jugendamt zu informieren (siehe ‚MITTEILUNG ÜBER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG‘, Seite 12).
- Falls Sie **gewichtige Anhaltspunkte für eine nicht akute Gefährdung** feststellen, haben Sie **zwei Möglichkeiten**: Entweder Sie erörtern die Situation mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten oder nehmen zunächst eine Beratung durch eine Fachkraft Kinderschutz/i.e.F (insoweit erfahrene Fachkraft) in Anspruch, siehe unten.
- Falls Sie diese Beratung nicht in Anspruch nehmen möchten, sollen Sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die **Situation erörtern**, und soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die **Inanspruchnahme von Hilfen** (eigene Maßnahmen der Einrichtung oder die anderer Fachkräfte = Schutzkonzept) **hinwirken**, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.
- Den **Erfolg des Schutzkonzepts** sollen Sie **bewerten**.
- Ist es **erfolgreich**, d.h. die Kindeswohlgefährdung konnte dadurch abgewendet werden, wird das Verfahren beendet.
- Ist das Schutzkonzept **erfolglos** (die Personensorgeberechtigten nehmen es nicht an, es wird nicht vollständig umgesetzt oder wirkt nicht ausreichend) und halten Sie ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung abzuwenden, sind Sie bzw. ist Ihr(e) Vorgesetzte(r) befugt, die Kinderschutzzstelle des Jugendamtes zu informieren (siehe ‚MITTEILUNG ÜBER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG‘, Seite 12). Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

## **Ablauf einer Beratung durch eine Beratungsfachkraft Kinderschutz/insoweit erfahrene Fachkraft (i.e.F.) :**

Diese Beratung erfolgt nach Vereinbarung und anonymisiert. Sie soll innerhalb von 5 – 8 Werktagen nach Anmeldung stattfinden. Teilnehmende sind die direkt betroffene Fachkraft, evtl. die/der Vorgesetzte sowie ein(e) Protokollant\*in. Über die Beratung wird von der anfragenden Einrichtung ein Echtzeitprotokoll erstellt, das der internen Dokumentation dient.

- Zuerst wird bewertet, ob die **Anhaltspunkte gewichtig** sind.
- Falls dies **verneint** wird, wird die Beratung beendet.
- Falls **nicht beurteilt** werden kann, ob die Anhaltspunkte **gewichtig** sind, beobachtet die Fachkraft weiter den Verlauf (tauchen neue Anhaltspunkte auf, wird der Einschätzungsprozess wieder aufgenommen).
- Falls die Anhaltspunkte für **gewichtig** eingeschätzt werden, wird geprüft, ob ein **Schutzkonzept zur Abwendung der Gefährdung möglich** ist. Dies ist abhängig von der Höhe der Gefährdung: akut oder nicht akut.
- Falls eine **akute Gefährdung** festgestellt wird, diese nicht ausgeschlossen werden kann oder bisherige Maßnahmen gescheitert sind, ist die Fachkraft bzw. ihr(e) Vorgesetzte(r) befugt, sofort die Kinderschutzzstelle des Jugendamtes zu informieren (siehe ‚MITTEILUNG ÜBER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG‘, unten). Über das Informieren des Jugendamtes sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.
- Falls die Gefährdung als **nicht akut** bewertet wird, sollen die Fachkraft mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern, und soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen (eigene Maßnahmen der Einrichtung oder die anderer Fachkräfte = Schutzkonzept) hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

### **Fortsetzung des Ablaufs innerhalb der Einrichtung durch die direkt betroffene Fachkraft:**

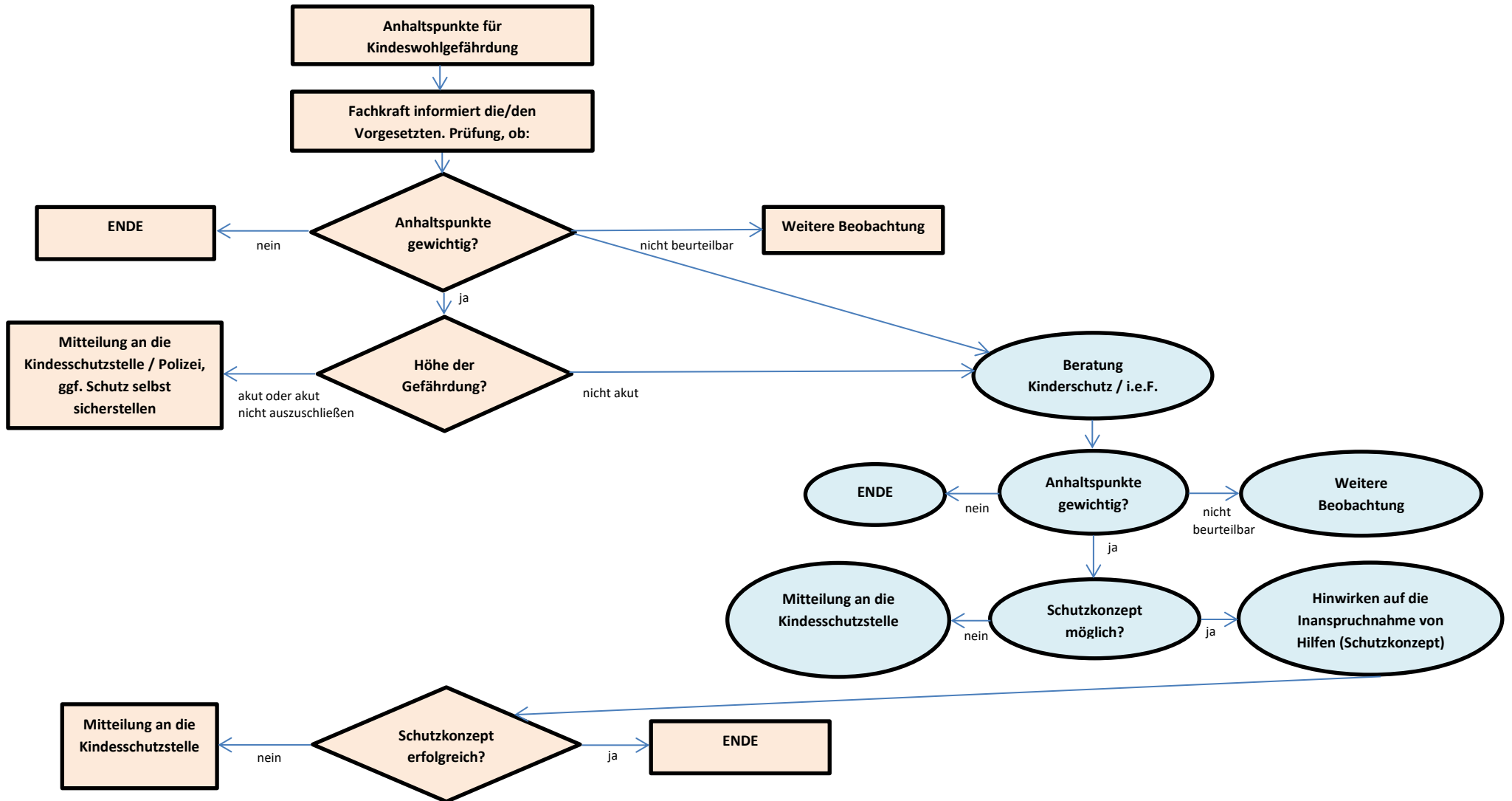
- Den **Erfolg des Schutzkonzepts** sollen Sie **bewerten**.
- Ist es **erfolgreich**, d.h. die Kindeswohlgefährdung konnte dadurch abgewendet werden, wird das Verfahren beendet.
- Ist das **Schutzkonzept erfolglos** (die Personensorgeberechtigten nehmen es nicht an, es wird nicht vollständig umgesetzt oder wirkt nicht ausreichend) und halten Sie ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung abzuwenden, sind Sie bzw. Ihr(e) Vorgesetzte(r) **befugt**, sofort die Kinderschutzzstelle des Jugendamtes zu informieren (siehe ‚MITTEILUNG ÜBER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG‘, unten). Über das Informieren des Jugendamtes sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

#### **‚MITTEILUNG ÜBER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG‘:**

Bitte informieren Sie die Kinderschutzzstelle des Jugendamtes telefonisch und schriftlich (per Fax). Telefonnummer und Faxnummer finden Sie in Tabelle 2 ‚Wichtige Kontaktdaten‘, Seite 16; den Mitteilungsbogen im Anhang 7.6. Bitte stellen Sie einen persönlichen Telefonkontakt sicher, d.h. hinterlassen Sie nicht nur eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter. Falls Sie die Kinderschutzzstelle in der gebotenen Zeit telefonisch nicht erreichen, informieren Sie die Polizei.

**Schaubild 3: ‚Ablauf zur Umsetzung von § 8a SGB VIII‘; Beschreibung siehe Seite 14 und 15**

Alle Ergebnisse des Ablaufs sind zu dokumentieren.



**Bitte vergessen Sie nicht, jedes Ergebnis des Bewertungsprozesses zu dokumentieren!**

**Ablauf innerhalb der Einrichtung durch die direkt betroffene Fachkraft:**

- **Anhaltspunkte** für eine Kindeswohlgefährdung (ein „ungutes“ Gefühl, Äußerungen und Verhaltensweisen des Kindes/Jugendlichen und Berichte Dritter) sollen immer sorgfältig dokumentiert werden (siehe Anlagen: Dokumentationsbogen der Einrichtung zur Gefährdungseinschätzung).
- Sie informieren Ihre(n) Vorgesetzte(n) über Ihre Anhaltspunkte.
- Sie bewerten, ob die **Anhaltspunkte gewichtig** sind.
- Falls Sie die **Anhaltspunkte als nicht gewichtig** bewerten, beenden Sie Ihre Ersteinschätzung.
- Falls Sie **nicht beurteilen** können, ob die **Anhaltspunkte gewichtig** sind, beobachten Sie weiter den Verlauf (tauchen neue Anhaltspunkte auf, wird der Einschätzungsprozess wieder aufgenommen) oder sollten Sie eine Beratung durch eine Fachkraft Kinderschutz/i.e.F (insoweit erfahrene Fachkraft) in Anspruch nehmen, siehe unten.
- Falls Sie die **Anhaltspunkt als gewichtig** einschätzen, prüfen Sie die Höhe der Gefährdung.
- Ist für Sie eine **akute Gefährdung** (unmittelbare Gefahr an Leib, Seele oder Leben) gegeben, sind Sie bzw. ist Ihr(e) Vorgesetzte(r) verpflichtet, sofort die Kinderschutzzstelle des Jugendamtes zu informieren (siehe ‚MITTEILUNG ÜBER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG‘, Seite 15). Bei Gefahr in Verzug sind Sie befugt, bis zum Eingreifen von Jugendamt oder Polizei den Schutz des Kindes selbst sicherstellen. Wenn Sie eine **akute Gefährdung nicht ausschließen** können, ist ebenfalls eine Mitteilung ratsam. An der Mitteilung sollen die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.
- Falls Sie **gewichtige Anhaltspunkte mit einer nicht akuten Gefährdung** feststellen, sind Sie verpflichtet, eine Beratung durch eine Fachkraft Kinderschutz/i.e.F (insoweit erfahrene Fachkraft) in Anspruch nehmen, siehe Seite 15.

**Ablauf einer Beratung durch eine Beratungsfachkraft Kinderschutz/insoweit erfahrene Fachkraft (i.e.F.):**

Diese Beratung erfolgt nach Vereinbarung und anonymisiert. Sie soll innerhalb von 5 -8 Werktagen nach Anmeldung stattfinden. Teilnehmende sind die direkt betroffene Fachkraft, evtl. die/der Vorgesetzte sowie ein(e) Protokollant\*in. Über die Beratung wird von der anfragenden Einrichtung ein Echtzeitprotokoll erstellt, das der internen Dokumentation dient.

- Zuerst wird bewertet, ob die **Anhaltspunkte gewichtig** sind.
- Falls dies **verneint** wird, wird die Beratung beendet.
- Falls **nicht beurteilt** werden kann, ob die Anhaltspunkte **gewichtig** sind, beobachtet die Fachkraft weiter den Verlauf (tauchen neue Anhaltspunkte auf, wird der Einschätzungsprozess wieder aufgenommen).

- Falls die Anhaltspunkte für **gewichtig** eingeschätzt werden, wird geprüft, ob ein **Schutzkonzept zur Abwendung der Gefährdung möglich** ist. Dies ist abhängig von der Höhe der Gefährdung: akut oder nicht akut.
- Falls eine **akute Gefährdung** festgestellt wird, diese nicht ausgeschlossen werden kann oder bisherige Maßnahmen gescheitert sind, ist die Fachkraft bzw. ihr(e) Vorgesetzte(r) verpflichtet, sofort die Kindesschutzstelle des Jugendamtes zu informieren (siehe ‚MITTEILUNG ÜBER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG‘, unten). Über das Informieren des Jugendamtes sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.
- Falls die Gefährdung als **nicht akut** bewertet wird, sollen die Fachkraft mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern, und soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen (eigene Maßnahmen der Einrichtung oder die anderer Fachkräfte = Schutzkonzept) hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

#### **Fortsetzung des Ablaufs innerhalb der Einrichtung durch die direkt betroffene Fachkraft:**

- Den **Erfolg des Schutzkonzepts** sollen Sie **bewerten**.
- Ist es **erfolgreich**, d.h. die Kindeswohlgefährdung konnte dadurch abgewendet werden, wird das Verfahren beendet.
- Ist das **Schutzkonzept erfolglos** (die Personensorgeberechtigten nehmen es nicht an, es wird nicht vollständig umgesetzt oder wirkt nicht ausreichend), und halten Sie ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung abzuwenden, sind Sie bzw. ihr(e) Vorgesetzte(r) verpflichtet, sofort die Kindesschutzstelle des Jugendamtes zu informieren (siehe ‚MITTEILUNG ÜBER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG‘, unten). Über das Informieren des Jugendamtes sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

#### **‚MITTEILUNG ÜBER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG‘:**

Bitte informieren Sie die Kindesschutzstelle des Jugendamtes telefonisch und schriftlich (per Fax). Telefonnummer und Faxnummer finden Sie in Tabelle 2 ‚Wichtige Kontaktdaten‘, Seite 16; den Mitteilungsbogen im Anhang 7.6. Bitte stellen Sie einen persönlichen Telefonkontakt sicher, d.h. hinterlassen Sie nicht nur eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter. Falls Sie die Kindesschutzstelle in gebotenen Zeit telefonisch nicht erreichen, informieren Sie die Polizei.

der

**Tabelle 2: Wichtige Kontaktdaten bei Mitteilungen an das Jugendamt oder bei Schutzkonzepten**

<u>Institution</u>	<u>Adresse/Telefon/ggf. Ansprechpartner*in</u>
<p><b>Jugendamt und Gesundheitsamt der Stadt Mannheim</b> - Soziale Dienste</p>	<p><b>Kinderschutzzstelle</b> (Mo-Do 8.30-16.00 Uhr; Fr. 8.30-15.00 Uhr): <b>Tel.:</b> 0621 / <b>293-3700</b> <b>Fax:</b> 0621 / <b>293-3707</b></p> <p><b>Telefonische Rufbereitschaft des Jugendamtes außerhalb der Dienstzeit:</b> erreichbar über Polizei: Tel.: 110</p> <p><b>Region I (Nord)</b> <b>Speckweg 45 – 51, 68305 Mannheim</b> (Blumenau, Gartenstadt, Kirschgartshausen, Käfertal - Östliche Hessische Straße und Käfertal-Sonnenschein, Luzenberg, Sandhofen, Scharhof, Schönau, Waldhof Tel.: 0621 / 293-3951 (Sekretariat – Auskunft)</p> <p><b>Region II (Neckarstadt)</b> <b>Holzbauerstr. 6 – 8, 68167 Mannheim</b> (Friesenheimer Insel, Herzogenried, Neckarstadt, Wohlgelegen) Tel.: 0621 / 293-9178 (Sekretariat – Auskunft)</p> <p><b>Region III (Mitte)</b> <b>R 1, 12, 68161 Mannheim</b> (Feudenheim, Innenstadt, Jungbusch, Käfertal, Lindenhof, Oststadt, Schwetzingenstadt, Rott, Straßenheim, Vogelstang, Wallstadt) Tel.: 0621 / 293-3635 (Sekretariat – Auskunft)</p> <p><b>Region IV (Süd)</b> <b>Relaisstraße 153, 68219 Mannheim</b> (Almenhof, Casterfeld, Friedrichsfeld, Hochstätt, Mallau, Neckarau, Neuhermsheim, Neuostheim, Niederfeld, Pfingstberg, Rheinau, Seckenheim, Suebenheim) Tel.: 0621 / 293-6835 (Sekretariat – Auskunft)</p>
<p>- Frühe Hilfen Anlaufstelle</p>	<p><b>Beratungsangebot für Schwangere und Eltern mit Kindern von 0 - 3 Jahren</b> R1, 7, 68161 Mannheim, Tel.: 0621 / 293-3708 E-Mail: fruehe.hilfen@mannheim.de</p>
<p>- Netzwerkkoordination Frühe Hilfen und Kinderschutz</p>	<p><b>Beratung durch insoweit erfahrene Fachkraft (i.e.F.)</b> R 1, 7, 68161 Mannheim Tel.: 0621 / 293-3890 E-Mail: jugendamt.ief@mannheim.de</p>
<p><b>Mannheimer Initiative für Kinder psychisch erkrankter Eltern (MaIKe)</b></p>	<p><b>Sozialpsychiatrischer Dienst im Gemeindepsychiatrischen Zentrum Mannheim</b> C 3, 16, 68159 Mannheim Tel.: 0621 / 39 74 90 E-Mail: kontakt@spdi-mannheim.de</p> <p><b>Psychologische Beratungsstelle für Erziehungs-, Ehe- und Lebensfragen der Evangelischen Kirche in Mannheim</b> M1, 9a, 68161 Mannheim Tel.: 0621 / 280 00 280 E-Mail: team@pb.ekma.de www.pb.ekma.de</p>
<p><b>Zentralinstitut für Seelische Gesundheit</b></p>	<p>J 5, 68159 Mannheim</p> <p><b>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie</b></p> <p><b>Ambulanz:</b> Tel.: 0621 / 1703 - 2850 <b>Notfallbereitschaft:</b> - 7.30 – 17.00 Uhr: Case-Management Tel.: 0621 / 1703 – 2150 - 17.00 – 7.30 Uhr: Kontakt über Zentrale Tel.: 0621 / 1703 - 0</p> <p><b>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters</b></p> <p><b>Ambulanz:</b> Tel. 0621 / 1703 - 2850 <b>Notfallbereitschaft:</b> - 8.30 – 17.00 Uhr: Ambulanz, Tel.: 0621 / 1703 – 2850 oder Zentrale 0621 / 1703 – 0 - 17.00 – 8.30 Uhr: Zentrale Tel.: 0621 / 1703-0</p>



## 4.5 Ausblick

Kommunen, freie Träger und Krankenkassen müssen die finanziellen Ressourcen zur Verfügung stellen, um die vielfältigen Bedarfe der Familien (Prävention, Interventionen) und Absprachen zwischen den Kooperationspartnern erfüllen zu können.

## 5. Basisinformationen

### 5.1 Kritische Praxiserfahrungen (nach Hipp et al., 2010)

Psychisch erkrankte Eltern leiden besonders unter ihrer Symptomatik, weil diese nicht nur sie selbst, sondern auch ihre Kinder beeinträchtigt. Sie verfügen aber nicht immer über eine Krankheits- und Behandlungseinsicht. Falls sie sich ihre Störung eingestehen, fürchten sie oft nach Bekanntwerden ihrer psychischen Krankheit stigmatisiert, ausgegrenzt und ihrer Unabhängigkeit sowie elterlichen Sorge beraubt zu werden. Daraus folgt häufig, dass keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen bzw. bewusst vermieden und keine Diagnose gestellt wird. Notwendige Behandlungen, v.a. stationäre, die mit Trennungen und manchmal auch Fremdbetreuung des Kindes verbunden sind, und Hilfen zur Erziehung kommen dadurch nicht zum Tragen.

Das Wohl der Kinder gerät aufgrund der Probleme der Erwachsenen häufig aus dem Blick der Eltern und der Fachkräfte.

Wenn Kinder darauf angesprochen werden, verleugnen sie oft Fragen, Bedürfnisse und Probleme, weil sie glauben, ihre Situation durch eine Thematisierung zu verschlechtern und ihre Eltern damit zusätzlich zu belasten.

Mitarbeiter\*innen der Jugendhilfe und der Psychiatrie haben manchmal unzureichende Kenntnisse über die Aufgaben, Angebote und Kontexte anderer Institutionen.

Überweisungen an andere Berufsgruppen/Institutionen erfolgen nicht immer standardisiert (häufig nicht präventiv, sondern erst, wenn schon gewichtige Probleme existieren) und manchmal zu unverbindlich (reine Empfehlung, ohne Begleitung oder Schweigepflichtsentbindung).

Eine unzureichende Erfahrung mit psychischen Erkrankungen bei Vertreter\*innen der Jugendhilfe kann zu der Befürchtung führen, die Eltern mit der Thematisierung zu stigmatisieren und zu kränken und dadurch den Kontakt zu ihnen zu gefährden. Dadurch kann die Diagnosestellung und Einleitung wichtiger Therapien/Angebote verhindert oder erheblich verzögert werden.

Fachkräfte in der Psychiatrie nehmen die Patient\*innen in ihrer Elternrolle und die Kinder als Betroffene nicht immer ausreichend wahr. Wie die Eltern, sehen sie das Jugendamt manchmal mehr in seiner Wächter- und nicht in seiner Beratungs- und Unterstützungsfunktion, so dass sie glauben, ihre Patient\*innen in einer falsch verstandenen Parteilichkeit vor dem Jugendamt „schützen“ zu müssen.

## **5.2. Konzeptionelle Grundlagen für eine gelingende Kooperation (nach Hipp et al., 2010)**

### **Aus der Sicht der Eltern und Kinder**

Die Akzeptanz von Hilfen ist vom Erfolg der Beziehungsgestaltung abhängig. Die Beratungsbeziehung kann durch eine misstrauische Grundhaltung der Eltern aufgrund von Erfahrungen wie Beziehungsabbrüche, Bevormundung, Missbrauch und Gewalt, Kontrolle und bedrohliche Autonomieeinschränkung belastet sein. Die daraus resultierende Ambivalenz aktiviert Vermeidungs- und Rückzugsimpulse und erzeugt eine beeinträchtigte Absprachefähigkeit und Gefährdung des Arbeitsbündnisses. Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kontaktgestaltung sind die Reflektion dieser komplexen Beziehungsdynamik und eine personelle Kontinuität mit langfristigem Vertrauensaufbau.

Ein stabiler Versorgungsrahmen bildet die Voraussetzung für die Aufmerksamkeit der Eltern gegenüber ihrem Kind und Offenheit für pädagogische Anregungen.

Psychisch kranke Eltern, v.a. mit Traumaerfahrung, benötigen aufgrund erhöhter Belastungen und Ängste häufig intensivere Methoden zur Etablierung neuer Denk- und Verhaltensweisen als rein verbale sozialpädagogische Anregungen oder modellhafte Demonstrationen. Zur Interaktionsförderung sind z.B. video-gestützte Verfahren (z.B. Marte Meo oder Video-Home-Training) sinnvoll.

Bei psychisch kranken Menschen entsteht häufig Angst, Hilflosigkeit und Wut. Besonders traumatisierte Menschen reagieren oft mit Rückzug oder Verlust von Selbstkontrolle. Die Erlebniskontinuität, sowie die Einordnung neuer Erfahrungen in einen Kontext und deren Abruf sind beeinträchtigt. Lernprozesse, die das Erziehungsverhalten betreffen, werden verlangsamt oder blockiert. Die Folge ist: Hilfe braucht eine Langzeitperspektive i.S. einer primär unbefristeten Hilfeerbringung.

### **Aus der Sicht der Fachkräfte**

Multidimensionale Problemlagen bedürfen multimodaler und multiprofessioneller Hilfen (ressourcenaktivierend und -kompensierend).

Transparente, verbindliche Handlungsleitlinien gewährleisten die Koordination und Integration von Hilfen.

Aufgrund der Veränderungsdynamik psychischer Erkrankungen sind flexible, am aktuellen Bedarf orientierte Hilfsangebote sinnvoll (variable Kontingente an Fachleistungsstunden).

## 5.3 Forschungsstand

### 5.3.1 Epidemiologische Daten

Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung haben ein deutlich erhöhtes Risiko im Laufe ihrer Entwicklung mit Verhaltensauffälligkeiten zu reagieren und selbst an einer psychischen Störung zu erkranken (Lenz und Wiegand-Grefe, 2016).

4, 5 Millionen erwachsene Menschen in Deutschland benötigen psychiatrische und/oder psychotherapeutische Hilfe. Die höchste Elternschaftsrate weisen mit knapp 70 % affektive Erkrankte auf. Schizophrene Erkrankungen weisen eine Elternschaftsrate von knapp 47 % auf und bei den Persönlichkeitsstörungen sowie neurotischen Störungen lässt sich eine Elternschaftsrate von 44 % ermitteln. Einigen Studien zufolge sind zwischen 17 und 45 %, also rund ein Drittel aller stationären psychiatrischen Patienten, Eltern minderjähriger Kinder. Etwa 70 % der Eltern leben mit ihren Kindern zusammen oder haben Kontakt mit ihnen (Lenz und Wiegand-Grefe, 2017).

1 % der Allgemeinbevölkerung erkrankt im Verlauf des Lebens an einer psychotischen Störung (z.B. Schizophrenie). Bei einem Kind, dessen Elternteil an einer psychotischen Störung leidet, ist das Erkrankungsrisiko um mehr als das Zehnfache erhöht. Bei schweren affektiven Störungen beträgt das Erkrankungsrisiko über die Lebenszeit in der Allgemeinbevölkerung bei etwa 6 %. Bei Kindern von Eltern mit einer affektiven Störung, ist das Erkrankungsrisiko verdoppelt. Dies sind Beispiele für ein ‚spezifisches Erkrankungsrisiko‘, d.h. das Risiko dieselbe Störung wie die Eltern zu entwickeln. Kinder psychisch erkrankter Eltern können auch ganz andere psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten entwickeln („allgemeines Erkrankungsrisiko“). Kinder, bei denen ein Elternteil an einer affektiven Störung leidet, haben ein ca. vierfach höheres Risiko für die Entwicklung von psychischen Störungen als Kinder von psychisch gesunden Eltern (Lenz und Wiegand-Grefe, 2016).

### 5.3.2 Die subjektive Belastung von Kindern

In mehreren Interviewstudien wurde das subjektive Erleben der Kinder qualitativ analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kinder oft Schuldgefühle und Angst hatten, Wut empfanden, unter Loyalitätskonflikten und starken emotionalen Belastungen litten, wie beispielsweise schmerzliche Verlusterfahrungen durch eine Klinikeinweisung eines erkrankten Elternteils. Auch zeigte sich, dass diese Kinder ihre Eltern sensibel beobachteten und schnell lernten, Frühwarnzeichen für eine Verschlechterung des elterlichen Zustands zu erkennen und ihr Verhalten gegebenenfalls darauf abzustimmen. Jugendliche sorgten sich häufig um die Möglichkeit der Entwicklung einer eigenen psychischen Erkrankung. Auch empfanden sie Schuldgefühle bei getätigten Abgrenzungs- und Distanzierungsschritten.

In den Interviews wird deutlich, dass sich die Kinder genauere Informationen über die Erkrankung ihrer Eltern gewünscht hätten. Zudem zeigt sich, dass eine elterliche psychische Erkrankung das gesamte Familiensystem destabilisiert, in dem beispielsweise die Grenzziehung zwischen den Generationen undeutlich wird und die Kinder wichtige Verantwortlichkeiten in der Familie übernehmen (Parentifizierung).

Viele Kinder haben den Eindruck, dass sie mit niemandem über ihre Familienprobleme sprechen dürfen, sie ihre Eltern verraten und etwas „Böses“ tun, wenn sie sich an Personen außerhalb der

Familie wenden. Die Gründe für die Tabuisierung der eigenen Erkrankung können vielschichtig sein: gegenseitige Schonung und Rücksichtnahme, Krankheitsverleugnung, Angst vor Stigmatisierung oder Scham- und Schuldgefühle. Oftmals befürchten Eltern auch, in ihrer Elternrolle infrage gestellt zu werden oder das Sorgerecht für ihre Kinder abgesprochen zu bekommen. Die Tabuisierung verhindert eine offene Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung und damit eine durch Aufklärung mögliche Ressourcenmobilisierung bei den Kindern (Lenz und Wiegand-Grefe, 2017).

### **5.3.3 Risikofaktoren**

Forschungsergebnisse weisen einen wichtigen genetischen Einfluss bei der Entstehung psychischer Störungen nach, es wird aber ausschließlich eine Vulnerabilität vererbt. Die Entwicklung einer psychischen Störung hängt jedoch von Umweltfaktoren (z.B. belastende Lebensereignissen) ab. Es wird lediglich der Genotyp und nicht der Phänotyp vererbt. Neben den genetischen Faktoren stellt die psychische Erkrankung von Eltern einen psychosozialen Risikofaktor dar, der die Entwicklung der Kinder potentiell gefährdet. Viele psychische Erkrankungen beeinträchtigen die Elternrolle und führen zur Akkumulation von Belastungen in der Familie, deren Auswirkungen sich nicht nur addieren, sondern multiplizieren. Deshalb gelten Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil als Hochrisikofamilien. Bereits im Säuglingsalter werden Störungen der elterlichen Fähigkeit beschrieben, eine stabile Bindung herzustellen. Dies geht mit signifikanten elterlichen Interaktionsdefiziten wie mangelnde Responsivität, eher passivem Verhalten, einer begrenzten Ausdrucksfähigkeit sowie Formen der emotionalen Nicht-Erreichbarkeit einher (Lenz und Wiegand-Grefe, 2017).

Frühe psychosoziale Belastungen (zu denen psychische Erkrankungen der Eltern zählten) gingen in einer Studie von Zohsel et al. (2017) mit einem signifikant erhöhten Substanzmissbrauch bzw. einer Substanzabhängigkeit einher. Zusätzlich sagten frühe psychosoziale Risiken ein signifikant erhöhtes selbstberichtetes internalisierendes und externalisierendes Problemverhalten im Alter von 25 Jahren vorher. Dieser Zusammenhang wurde über affektive und behaviorale Dysregulation in der Kindheit vermittelt. Daher wurden Maßnahmen, die Fähigkeit zur Regulation von Emotionen und Verhalten erhöhen, für geeignet und notwendig erachtet, um die negativen Folgen früher Risikobelastungen zu reduzieren.

Hohm et al. (2017a) konnten zeigen, dass die kognitive und psychische Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter im Vergleich zu Kindern psychisch gesunder Mütter ungünstiger verläuft. Im Verlauf der kognitiven Entwicklung zeigten sich die negativen Folgen vor allem im jüngeren Kindesalter und gegen Ende des Jugendalters. Die negativen Auswirkungen einer postpartalen Depression zeigten sich zudem über den gesamten Zeitraum vom Säugling bis zum Erwachsenen hinweg in einer erhöhten Rate diagnostizierter psychischer Störungen (zwischen zwei und 11 Jahren signifikant). Die Interaktion zwischen Mutter und Säugling kam dabei eine herausragende Rolle zu. Die postpartale Depression hatte nur dann nachhaltige negative Auswirkungen auf die kognitive und psychische Entwicklung, wenn auch die Qualität der mütterlichen Interaktion beeinträchtigt war.

### 5.3.4 Resilienz – zwischen Robustheit und Widerstandsfähigkeit

Risikokonstellationen führen nicht unmittelbar zu Entwicklungsrisiken oder psychischen Störungen, sondern interagieren mit der Vulnerabilität oder der Resilienz des Kindes. Resilienz bezeichnet eine Widerstandsfähigkeit gegenüber extremen Belastungen, die sich im Kontext der Kind-Umwelt-Interaktion entwickelt. Resilienten Kindern gelingt eine funktionelle Anpassung an widrige, oftmals traumatische Umgebungsbedingungen in einer Weise, die langfristig ein kompensierendes, gesundes psychisches Funktionsniveau ermöglicht. Ressourcen für eine gesunde psychische Entwicklung von Kindern sind (Lenz und Wiegand-Grefe, 2017):

- personale Ressourcen (Copingverhalten, Selbstregulation, Motivation, Lernen)
- Ressourcen des Familiensystems (Bindung, Interaktion, Erziehung)
- Ressourcen des sozialen Netzwerks (Schule, Gleichaltrige)
- gesellschaftlich-kulturelle Faktoren (Normen, Werte)

Hohm et al. (2017b) untersuchten den Einfluss von Resilienzbausteinen (z. B. positives Temperament, Freundschaftsbeziehungen) unterschiedlicher Entwicklungsphasen auf die personale Resilienz im frühen Erwachsenenalter (19 Jahre). Über alle Phasen hinweg zeigte sich, dass die Interaktionen zwischen Eltern und Kind einen stabilen Einfluss auf den Erwerb von Selbstwirksamkeit nehmen. Eine unterstützende und am Kind interessierte Interaktion vom frühen Säuglingsalter bis ins Jugendalter hinein fördert die subjektive Überzeugung, schwierige Situationen gut bewältigen zu können.

## 6. Literatur

BGH (1956), *FamRZ*, 350.

Hipp, M., Schatte, D. & Altrogge, B. (2010). Multiinstitutionelles Kooperationsprojekt im Kreis Mettmann: Präventive Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 716-730.

Hohm, E., Zohsel, K., Schmidt, M.H., Esser, G., Brandeis, D., Banaschewski, T. & Laucht M. (2017a). Beeinträchtigt Start ins Leben. Langfristige Auswirkungen der postpartalen Depression und der Einfluss des mütterlichen Interaktionsverhaltens. *Kindheit und Entwicklung*, 26, 210-220.

Hohm, E., Laucht M., Zohsel, K., Schmidt, M.H., Esser, G., Brandeis, D. & Banaschewski, T. & (2017b). Beeinträchtigt Start ins Leben. Langfristige Auswirkungen der postpartalen Depression und der Einfluss des mütterlichen Interaktionsverhaltens. *Kindheit und Entwicklung*, 26, 210-220.

Lenz, A. & Wiegand-Grefe, S. (2016). Ratgeber Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, A. & Wiegand-Grefe, S. (2017). Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.

Zohsel, K., Hohm, E., Schmidt, M.H., Brandeis, D., Banaschewski, T. & Laucht M. (2017). Langfristige Folgen früher psychosozialer Risiken. Child Behavior Checklist-Dysregulationsprofil als vermittelnder Faktor. *Kindheit und Entwicklung*, 26, 203-209.