



Regionale Planungsgruppen Schönbuch & Sindelfingen

Kinder psychisch kranker Eltern

WERKSTATTPROJEKT

16. Juni 2010
Landratsamt Böblingen

-Dokumentation-



Veranstalter: Regionale Planungsgruppen Schönbuch & Sindelfingen

Liebe Leserin, lieber Leser,

am 16.06.2010 fand die erste Fachtagung der Regionalen Planungsgruppen Sindelfingen und Schönbuch zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ statt.

Konzipiert als ‚Werkstattprojekt‘, dass eine Nachfolgeveranstaltung am 27.10.2010 sowie Vereinbarungen zu strukturierter Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen und Institutionen nach sich ziehen soll, stellt die große Resonanz der Teilnahme von rund 140 Fachkräften eindrücklich die Brisanz und Aktualität des Themas in der Jugendhilfe im Kreis Böblingen dar.

Durch ein Grundsatzreferat von der leitenden Ärztin der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Landesklinik Nordschwarzwald, Frau Dr. Kreis-Bierich, und der Diskussion des Themas aus unterschiedlichen Perspektiven in Arbeitsgruppen sollte und konnte eine Annäherung der verschiedenen Fachdisziplinen in ihrer Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnisses erreicht werden.

Referenten/Moderatoren aus Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, sozialpädagogischer Familienhilfe und Familiengericht entwickelten im Gespräch ihre Sichtweisen auf das Thema. Die Gesprächsbeiträge, resultierende Erkenntnisse und weitergehende Fragestellungen sind in dieser Dokumentation zusammengefasst.

Deutlich wurde, dass alle beteiligten Fachkräfte aufgefordert sind, im Rahmen ihres jeweiligen Verantwortungsbereichs konstruktiv, orientiert an der Maxime des Kindeswohls im Einzelfall, gemeinsam und, wo es geht, mit der Familie bestmögliche Lösungen zu entwickeln.

Nur im Sinne dieser Verantwortungsgemeinschaft kann es gelingen, in dem differenzierten, von Unsicherheiten und Unwägbarkeiten geprägten Themenfeld psychischer Erkrankungen, ein Höchstmaß an Handlungssicherheit für alle Beteiligten zu erlangen.

Erforderlich ist es, diesen Prozess aktiv zu gestalten und in persönlichem Kontakt zu stehen. Hierzu laden wir alle bisherigen und zukünftigen Kooperationspartner ein – einen Einstieg hierzu kann diese Dokumentation sowie die Teilnahme an der nächsten Fachtagung des Werkstattprojekts bieten.

In diesem Sinne wünschen wir viele Erkenntnisse beim Lesen!

Für die Vor- und Nachbereitungsgruppe mit freundlichen Grüßen

Meinolf Pieper Clemens Surmann

Inhaltsverzeichnis	Seite
(1) Frau Dr. Kreis-Bierich – Abstract zum Thema <i>Kinder kranker Eltern</i>	4
(2) Frau Dr. Heidenreich – Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Vortrag: Kinder psychisch kranker Eltern	7
(3) Ergebnisprotokoll der Arbeitsgruppe bei Frau Dr. Heidenreich	26
(4) Frau Dr. Ruhle-Rheinfandt – Kinder psychisch kranker Eltern	28
(5) Ergebnisse der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie	30
(6) Ergebnisse der Arbeitsgruppe – Sozialpädagogische Familienhilfe; Frau Buckenhüskes, Frau Weiland	33
(7) Ergebnisse der Arbeitsgruppe – Familiengericht; Frau Dr. Nobis	35
(8) Herr Roland Berner – <i>Gedanken, Ideen und Anekdoten (?) ... bei der Begehung der verschiedenen Arbeitsgruppen</i>	40

Redaktion: D. Weinmann, ASD Sindelfingen

(1) **Frau Dr. med. Kreis-Bierich, Chefärztin der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Nordschwarzwald**

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
Chefärztin Dr. med. U. Kreis-Bierich
Telefon: 0 70 51 / 5 86-2447
Fax: 0 70 51 / 5 86-2449
E-Mail: u.kreis-bierich@kn-calw.de

Abstract zum Thema **Kinder kranker Eltern**

Beschäftigt man sich mit dem Thema Kinder kranker Eltern muss man sich eigentlich die Frage stellen: was hält ein Kind gesund, was führt zu Auffälligkeiten?

Diese beiden Blickrichtungen sind diejenigen, die in dem Vortrag eingenommen werden.
Was hält ein Kind gesund?

Zwei Dinge sind es, die gesundes stabiles Verhalten im Rahmen der Entwicklung bewirken. Zum Einen die Bindung an die Eltern, zum Anderen das, was man als Resilienz bezeichnet.

Bindungsforschung und Bindungstheorien gibt es seit Mitte der 70er Jahre. Im Rahmen der Forschung hat sich herausgestellt, dass es mehrere Bindungsphasen gibt.

Im ersten Lebensjahr vier: die erste Phase ist die der unspezifischen Reaktion (-2. Monat), die zweite Phase ist die Phase der unterschiedlichen sozialen Reaktionsbereitschaft, die dritte Phase die des zielkorrigierten Bindungsverhaltens (Mutter Zentrum der Welt für den Säugling), die vierte Phase ist die der zielkorrigierten Partnerschaft (Ende des 1. LJ).

Im Vorschulalter entwickeln Kinder die sog. ‚theorie of mind‘, d.h. die Fähigkeit zu erkennen, dass andere Personen eigene Gedanken, Gefühle und Absichten haben.

Was beeinflusst die Bindungsentwicklung eines Säuglings?

Zum Einen die mütterliche Feinfühligkeit, definiert als Zusammensetzung aus:

der Wahrnehmung des Befindens des Säuglings,

der richtigen Interpretation der Äußerung des Säuglings,
der prompten Reaktion von Seiten der Mutter
als eine angemessene Reaktion

Eine feinfühlig Mutter lässt sich von den Signalen des Kindes leiten, sie freut sich über eine gute Stimmung des Kindes, unterbricht es nicht unnötig bei seinen Erkundungen und in seinem Spiel und schafft auf kooperative Weise, dass das Kind gerne in ihre Pläne einwilligt.

Wie ist gute Bindung erkennbar? Hierzu gibt es eine Standard- Testsituation , die sog. „fremde Situation“, während der in mehreren sog. provozierten Minidramen entwickelt und beobachtet wird, wie sich ein Kind in einem Raum mit einer fremden Person verhält wenn die Mutter im Raum ist, den Raum verlässt und wieder zurückkommt.

Zu den verschiedenen Bindungstypen gibt es klassische Verhaltensweisen der Kinder, es kommen aber auch Mischtypen des Verhaltens vor.

Es wurden vier Bindungstypen ermittelt, die *sichere Bindung*, die *unsicher vermeidende Bindung*, die *unsicher ambivalente Bindung* und die *desorganisiert/desorientierte Bindung*.

Voraussetzung für spezifische Bindungsqualitäten eines Kindes sind die entsprechenden mütterlichen Interaktionsmuster. Mütterliche Feinfühligkeit lässt sich speziell im Hinblick auf die Bindungs- und Explorationswünsche ihrer Kinder bewerten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Mutter in sicheren Bindungen generell feinfühlig auf praktisch alle kindlichen Äußerungen reagiert, eine Mutter in vermeidenden Bindungen eher die Bindungsverhaltensweise und eine Mutter in ambivalenten Bindungen eher die Explorationen des jeweiligen Kindes entmutigt.

Es zeigen sich Zusammenhänge zwischen Bindungsdesorganisation des Kindes und mütterlicher Depression, Verlustreaktionen oder Misshandlungsreaktionen von Seiten der Mutter. Auch bei Kindesverlust, einer eigenen knapp überstandenen tödlichen Erkrankung oder Drogenabhängigkeit kommt es häufig zum Auftreten von desorganisierten Bindungsmustern. In Untersuchungen zu direkten Kindesmisshandlungen zeigt sich ein sehr hoher Anteil von Kleinkindern mit desorganisierten Bindungsmustern.

Von einem Bindungstrauma spricht man, wenn das Schutz- und Fürsorgebedürfnis des Kleinkindes durch die Bindungsperson selbst missachtet oder verletzt wird, etwa durch Vernachlässigung oder Misshandlung durch die Bindungsperson, emotionale oder sexuelle Ausbeutung des Kindes oder irrationale Angst vor dem Kind. Solche Bindungstraumata sind zu beobachten bei Kindern psychisch kranker Eltern, deren Erkrankung sich im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen, Dissozialität, akuten Psychosen oder schweren depressiven Erkrankungen zeigt.

Was ist Resilienz?

Der Begriff ist gleichbedeutend mit psychischer Widerstandskraft oder der Fähigkeit von Individuen, erfolgreich mit akuten oder chronisch belasteten Situationen umzugehen.

Faktoren, die die Resilienz fördern sind positive Beziehungen zu kompetenten und fürsorglichen Erwachsenen, unabhängig von den Bindungspersonen. Bei Resilienz handelt es sich um ein entwickeltes Verhaltensmerkmal und nicht um einen angeborenen Personenfaktor.

Bedeutend für die Entwicklung von Resilienz ist das Aufwachsen in geschützten, geregelten Verhältnissen.

Gute Bindung und resiliente Entwicklung an Kindern kranker Eltern sind zu erkennen an tragfähigen, verlässlichen Beziehungen zu einer oder mehreren erwachsenen Bezugspersonen außerhalb der Familie, in regelmäßigen Kontakten zu Schulkameraden und peers, daran dass die Kinder in Vereinen integriert sind und ein gesundes Hilfesuchverhalten zeigen.

Frühzeitig entlastende Hilfen können präventiv auf die Entwicklung der Kinder wirken. Dies betrifft vor allem Kinder kranker Eltern.

Wie können unterstützenden Maßnahmen aussehen?

Unterstützungsmaßnahmen für Kinder kranker Eltern sollen vor allem auf einer Aktivierung und Stärkung der personalen und sozialen Ressourcen der Kinder abzielen.

Ressourcenaktivierung für Eltern gibt es in Form verschiedener Elterntrainings sowie Erziehungsberatung und Beratung des Kommunikationsstiles der Eltern.

Für die Zeit eines Erkrankungsrückfalles sollten Krisenpläne erstellt werden, in die Vertrauenspersonen der Eltern mit einbezogen sein sollten. Hilfesysteme sollten so gewählt werden, dass es auch Kindern möglich ist auf solche Pläne zurückzugreifen.

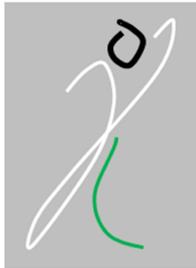
Es gibt unterschiedlichste Pschyoedukationsmaterialien für Eltern

Für Kinder (noch im Druck) Infokarten von Herrn Trepte.

Belletristische Literatur für Kinder psychisch kranker Eltern:

1. Kirsten Boie(2005)mit Kindern redet ja keiner .Fischer Verlag
2. Endre Lund Erikson (2004) Beste Freunde, kapiert! Cecile Dressler Verlag
3. Brigitte Minne (2004) Eichhörnchenzeit oder der Zoo in Mamas Kopf. Sauerländer Verlag
4. Gwyneth Rees (2004) Erde an Pluto oder als Mum abhob. Ravensburger Buchverlag
5. Jaqueline Wilson (2002) Tattoo Mum. Sauerländer

(2) Frau Dr. Heidenreich – Kinder psychisch kranker Eltern



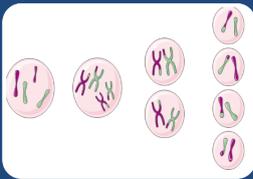
DR. GABRIELE HEIDENREICH
ÄRZTIN FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Stadtgrabenstr. 25
71032 Böblingen



07031 2044531
07031 2044530
dr.g.heidenreich@t-online.de

Kinder psychisch kranker Eltern



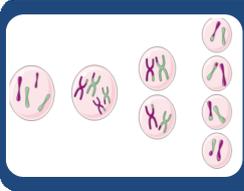
Genetische Veranlagung



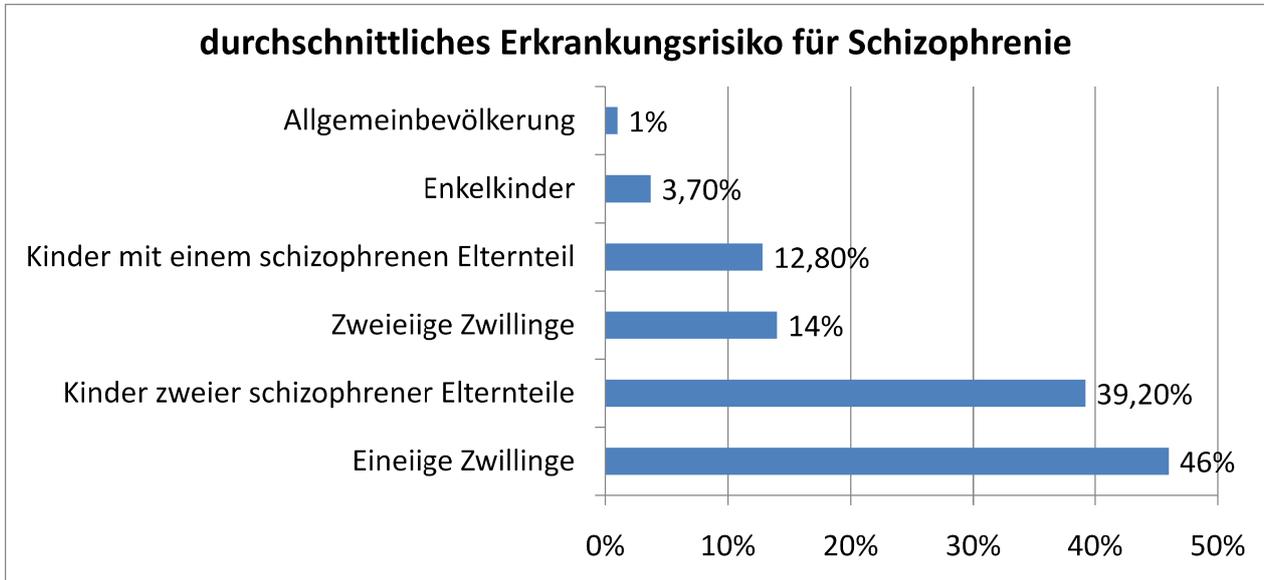
Kindeswohlgefährdung
postpartal

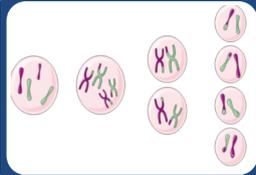


Kindeswohlgefährdung bei
Chronisch erkrankten Eltern



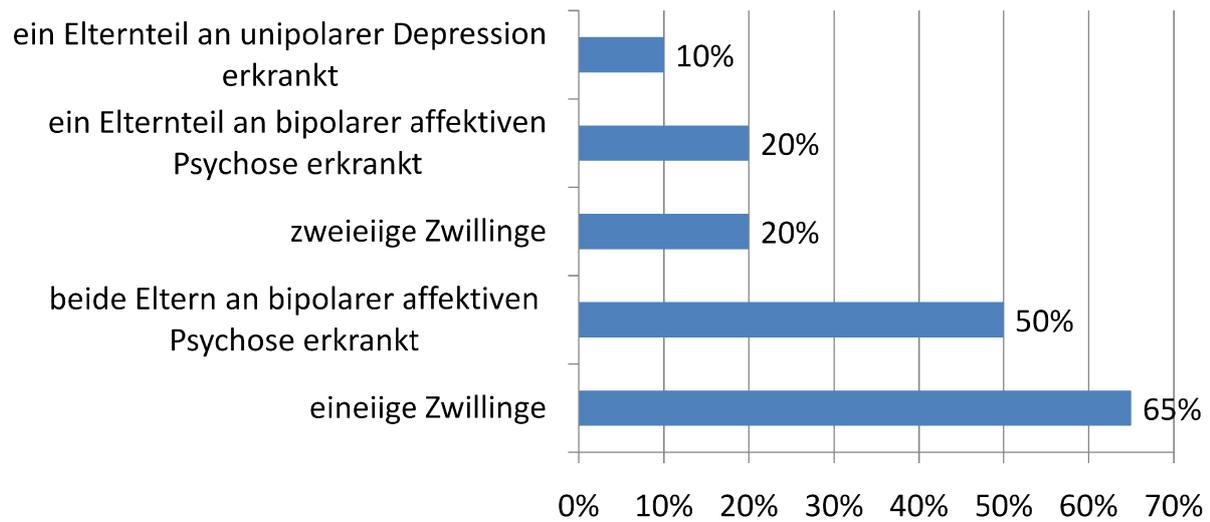
Genetische Veranlagung





Genetische Veranlagung

Genetische Disposition bei affektiven Psychosen (bipolarer Störung, unipolare Depression)





Kindeswohlgefährdung postpartal

■ Verdrängte Schwangerschaft und Infantizid

Auslösend für solches Verhalten können junges Alter der Mutter mit einhergehender seelischer Unreife, psychosoziale Konflikte sowie negative Kommunikationsmuster in der Familie sei. Die Geburt kommt für die Betroffene in der Regel völlig unverhofft und löst starke Angstgefühle und Verzweiflung aus.

■ Schizophrenie und Kindeswohlgefährdung

viele Schwangere mit Schizophrenie nehmen keine pränatale Vorsorge in Anspruch, bringen ihre Kinder häufig allein und ohne Hilfe zur Welt.

Postpartal besteht für Mütter mit Schizophrenie ein erhöhtes Risiko einen akuten Krankheitsschub zu erleiden (55% der schizophrenen Mütter)



Kindeswohlgefährdung postpartal

■ Affektive Erkrankungen und Kindeswohlgefährdung

Frauen mit affektiven Erkrankungen haben das höchste Risiko eine Krankheitsepisode mit begleitender Kindeswohlgefährdung zu entwickeln.

15% der Frauen in der Allgemeinbevölkerung leiden unter einer postpartalen Depression

50% der Frauen mit vorbekannter bipolarer Erkrankung entwickeln eine postpartalen Depression.

Wenn die betroffene Frau bereits in der Schwangerschaft eine depressive Episode entwickelt hat, steigt das Risiko einer postpartalen Depression auf 70%.



Kindeswohlgefährdung postpartal

■ Postpartale Psychose

Die postpartale Psychose ist ein seltenes Ereignis und stellt einen medizinischen Notfall dar. Häufigkeit: Ca. 3 von 1000 Geburten in der Allgemeinbevölkerung .

Bei Frauen die an einer bipolaren Erkrankung leiden ist das Risiko 100 fach erhöht.

4 % aller Frauen mit postpartaler Psychose begehen Infantizid.



Kindeswohlgefährdung postpartal

Hinderungsgründe Hilfe anzunehmen sind unter anderem auch die Erwartungen an die junge Mutter:

- Mütter lieben ihre Kinder aufopferungsvoll,
- Mütter sind glücklich
- Das Neugeborene muss gestillt werden
- Die Mutter sorgt rund um die Uhr zufrieden und glücklich für das Neugeborene
- Alle anderen Mütter schaffen es problemlos
- „Genieß die Zeit, es geht so schnell vorbei“
- Eine Mutter weis instinktiv warum ihr Baby schreit, was es gerade braucht.



Kindeswohlgefährdung bei Chronisch erkrankten Eltern

Kinder die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, sind in vielfältiger Weise durch die elterliche Erkrankung betroffen und stehen unter erhöhtem Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln.

In der Risikoforschung zeigte sich in Studien von Rutter und Quinton (1984) dass ein Drittel der untersuchten Kinder keinerlei Beeinträchtigungen der Entwicklung hatte, ein Drittel lediglich vorübergehende Auffälligkeiten und ein Drittel zeigte persistente kinderpsychiatrische Störungen.

Die Auffälligkeiten der Kinder betrafen vor allem die sozial-emotionale und in einem geringeren Maße auch die kognitive Entwicklung.



Kindeswohlgefährdung bei Chronisch erkrankten Eltern

Die mütterliche Erkrankung wirkt sich gravierender auf die kindliche Entwicklung aus als die entsprechende väterliche Erkrankung.

Die elterliche Diagnose ist weniger bedeutsam für die kindliche Entwicklung als andere Dimensionen, wie

- die Chronizität,
- die Rückfallhäufigkeit,
- die symptomfreien Perioden,
- der Schweregrad der Erkrankung und
- das gemeinsame Auftreten mehrere psychosozialer Risikofaktoren.



Kindeswohlgefährdung bei Chronisch erkrankten Eltern

Bei **schizophrenen Erkrankung** reagieren die erkrankten Eltern häufig mit affektiver Überregtheit und einer verringerten verbalen Expressivität und Kommunikation auf ihre Kinder.

Der Erziehungsstil schizophrener erkrankter Mütter wird als desorganisiert, unsensitiv und/oder unberechenbar beschrieben.

Schizophrene Mütter sind stärker in ihrem interaktiven Verhalten beeinträchtigt als Mütter mit bipolaren Störungen.

Sie haben einen Mangel an Sensitivität, positiver Emotionalität und spielerischem Kontakt.

Darüber hinaus zeigen sie Unsicherheit in Bezug auf die Bedürfnisse der Kinder und größere Anspannung.



Kindeswohlgefährdung bei Chronisch erkrankten Eltern

Im Vorschulalter kann dies bei Kindern zu depressiven und ängstlich-zurückgezogenen Verhalten führen.

In der Schule neigen die betroffenen Kinder zu Defiziten in den Bereichen der Aufmerksamkeit , der affektiven Kontrolle und der sozialen Kompetenz.

In der Adoleszenz treten kognitive Störungen, ein schlechteres Kontextverständnis sowie vermehrt magische Denkstile hinzu.

Die Adoleszenz stellt für die Kinder eine vulnerable Phase dar, insbesondere dann, wenn die Mutter krank war und das Kind weiblich war.



Kindeswohlgefährdung bei Chronisch erkrankten Eltern

Depressive Mütter lassen im Kontakt mit ihren Kindern weniger Interesse und emotionale Beteiligung erkennen, erweisen sich als weniger einfühlsam und äußern den Kindern gegenüber auch vermehrt negative Gefühle und Feindseligkeiten.

Sie verhalten sich eher passiv und zeigen ein eingeeengtes kommunikatives Repertoire.

Depressive Mütter sind in der Erziehung häufig inkonsequent, zeigen weniger elterliche Unterstützung und sehen ihre Rolle als Erzieherin insgesamt weniger positiv.



Kindeswohlgefährdung bei Chronisch erkrankten Eltern

Gehäuft unnatürliche Tode der Kinder von psychisch erkrankten Eltern

In einer Untersuchung in Taiwan wurde das Sterblichkeitsrisiko von familienanamnestisch belasteten Vorschulkindern erhoben.

Die Kinder der psychisch kranken Eltern wiesen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, eine Frühgeburt zu sein und ein niedriges Geburtsgewicht zu haben. Das Risiko für einen plötzlichen Kindstod war deutlich erhöht.

Im Vorschulalter verstarben dreimal so viele Fälle wie in der Vergleichskohorte.

Bei unnatürlichen Toden waren die Töchter psychisch kranker Eltern noch einmal deutlich stärker gefährdet als die Söhne.

Dänische und schwedische Daten (von 2001 und 2005) sprechen für eine deutlich erhöhte Sterblichkeit auch in Europa.



Kindeswohlgefährdung bei Chronisch erkrankten Eltern

In Untersuchungen wurde deutlich dass die Beziehung zwischen elterlicher Erkrankung und kindlicher Entwicklungsstörung keine einseitige Wirkrichtung hat.

Der psychische Zustand der Mutter beeinflusst nicht nur die Entwicklung des Kindes, sondern auch die mütterlichen Erfahrungen im Umgang mit ihrem Kind und wirken sich auf die psychische Gesundheit der Mutter aus.

Die empirisch belegten wechselseitigen Beeinflussungen unterstreichen die Relevanz der Einbeziehung der Kinder in die Behandlung ihres erkrankten Elternteil .



Kindeswohlgefährdung bei Chronisch erkrankten Eltern

Die krankheitsbedingten Einschränkungen in der Betreuungs- und Erziehungsfunktion belasten den erkrankten Elternteil zusätzlich und verstärken **seine Schuldgefühle**, wie auch seine **Ängste** und **Sorgen über die Zukunft** der Kinder.

Steht kein gesunder Partner zur Verfügung, der kompensierend eingreifen kann und Verantwortung für die Kinder übernimmt, kann es in der Folge zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes kommen.

Die krisenhafte Situation kann sich weiter zuspitzen, wenn der erkrankte Elternteil den Verlust seines Sorgerechts für die Kinder und den damit verbundenen Verlust der Beziehung befürchten muss.



Kindeswohlgefährdung bei Chronisch erkrankten Eltern

Mehrere Studien weisen nach, dass der Verlust des Kindes durch die Entziehung des Sorgerechts **eine reale Gefahr** für den erkrankten Elternteil darstellt und eine erneute Dekompensation bewirken kann.

Eine Fallhebung bei 16 Jugendämtern aus dem gesamten Bundesgebiet ergab dass bei

57 von 214 Kindern (27%)

für die ein Sorgerechtsverfahren wegen Kindeswohlgefährdung eingeleitet worden war, erhebliche bis gravierende Belastungen der Eltern durch eine psychische Krankheit eine Rolle gespielt haben.



Kindeswohlgefährdung bei Chronisch erkrankten Eltern

Die Angst vor dem Verlust des Kindes führt dazu, dass sich psychisch kranke Eltern gegenüber Hilfsangeboten und professionellen Einrichtungen oftmals sehr reserviert und vorsichtig verhalten.

Ängste und Schamgefühle verhindern oftmals eine aktive Hilfesuche.

Die Krankheitsbedingten Einschränkungen in ihrer Betreuungs- und Erziehungsfunktion belasten die psychisch kranken Eltern.



Kindeswohlgefährdung bei Chronisch erkrankten Eltern

Erwartungen der erkrankten Eltern:

Eltern mit jüngeren Kindern wünschen sich in erster Linie Unterstützung in der Erziehung und im emotionalen Umgang mit ihren Kindern.

Eltern mit älteren Kindern suchen Unterstützung und Anregungen zur Aufrechterhaltung der Beziehung zu ihren Kindern.

Niemand wünscht sich den Entzug des Sorgerechtes.

(3) Ergebnisse der Arbeitsgruppe Frau Dr. Heidenreich

- Warum gibt es mehr psychisch kranke Mütter als Väter? Psychisch kranke Männer erkranken früher (18-24 Jahre) als Frauen. Deshalb gehen sie weniger Partnerschaften ein als Frauen, die später (25-30 Jahre) erkranken. D.h. zum Zeitpunkt ihres Krankheitsbeginns haben Frauen oft schon Partnerschaft bzw. Kinder. Deshalb dominiert bei der Betrachtung des Themas die psychisch kranke Mutter!
- Auch wenn oft psychische Erkrankungen (Psychosen, affektive Störungen) genetisch mit verursacht sind, ist Prävention wichtig, z.B. ein Erziehungsstil, der Kinder selbstbewusst macht. Das hängt aber wiederum davon ab, wie die Eltern selbst mit ihrer Krankheit umgehen.
- Kindeswohlgefährdung postpartal: Bei Schizophrenen besteht hohes Risiko, nach Geburt Schub zu bekommen und innerhalb des Schubs Kind zu gefährden. Allerdings werden wenige schizophrene Frauen Mütter, da ja auch beziehungs- und kommunikations-eingeschränkt.
- Bei Depression: die nächste Mutter-Kind-Station für erkrankte Mütter ist in Wiesloch.
- Kindeswohlgefährdung bei chronisch psychisch kranken Eltern: wenn der Vater erkrankt, ist häufiger die kognitive Entwicklung der Kinder auffällig. Wenn die Mutter affektiv erkrankt, ist häufiger die emotional-soziale Entwicklung des Kindes auffällig. Vor allem schwierig, wenn zur Erkrankungen noch andere Belastungen (z.B. alleinerziehend, Gewalt usw.) hinzukommen.
- Töchter von psychisch erkrankten Müttern haben das höchste Risiko, selbst zu erkranken.
- Die ärztliche Schweigepflicht ist sehr hoch, gerade auch bei psychischen Erkrankungen. Grundsätzlich ist eine Kooperation mit dem Jugendamt oder anderen Kooperationspartnern möglich. Für den Arzt sind Informationen von außen wichtig (Datenschutz beachten).
- Es stellt sich dann für den behandelnden Arzt die Frage: Wo fängt eine akute Kindeswohlgefährdung an? Liegt eine Überforderung der / des psychisch Kranken vor?

- Helfen Auflagen?
Auflagen können grundsätzlich hilfreich sein. Speziell konkrete Aufgaben (Familienhilfe) können hilfreich sein.
- Hilfeansätze sind oft sehr hochschwellig (aus der Sicht der Betroffenen). Niederschwelligkeit wäre wichtig. Oft ist ein langer Atem wichtig, das heißt, die Zeiträume können recht lang werden. Mütter dürfen von der Hilfe nicht überfordert werden. Ziele müssen auch veränderbar sein. Wichtig ist die Schaffung von Vertrauen. Wenn Eltern blockieren und / oder die Tür nicht öffnen, müssen Ideen über „Türöffner“ gesammelt werden. Im Umgang mit den Eltern sei Transparenz sehr wichtig. Alles sollte offen angesprochen werden, um Vertrauen aufzubauen. Den Müttern sollen Hilfen angeboten statt Konzepte durchgesetzt werden. Die Angst vor Sorgerechtsentzug sei sehr groß. Auch die Helfer bräuchten im Verständnis der Erkrankung Unterstützung.
- Erfolg im Sinne des Jugendamts heißt: keine Kindeswohlgefährdung. Diese garantiert aber keiner. Es gäbe so einen Teufelskreis: das Jugendamt will Kontakt zu den Eltern um schlimmere Eingriffe zu verhüten – die Eltern haben Angst vor Eingriffen und mauern – dadurch steigt für das Jugendamt das Risiko und es muss härter eingreifen.
- Kinder aus Familien psychisch kranker Eltern leiden unter der Situation. Wenn Eltern in die Klinik kommen, werden Kinder oft nicht richtig aufgeklärt über die Hintergründe der Krankheit. Inzwischen hat die Pharmaindustrie das Thema entdeckt und Broschüren für die Aufklärung der Kinder entwickelt.
- Es fehlen Ärzte / Psychiater, woraus sich lange Wartezeiten ergeben.
- Frau Heidenreich schlägt Arbeit für 2 Problemgruppen vor:
 - a) postpartale Erkrankung: Hauptansprechpartner sind hier die Hebammen, die dazu auch geschult werden müssen.
 - b) chronisch kranke Eltern, wo Kinder mit dem Problem allein gelassen sind: hier brauchen Kinder je nach Alter Aufklärung, Infos.

(4) Frau Dr. Ruhle-Rheinfandt – Kinder psychisch kranker Eltern

Als ich gebeten wurde, eine Arbeitsgruppe an dem heutigen Symposium zu betreuen, konnte ich als ärztliche Leiterin der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Böblingen spontan zusagen. Immer wieder sind wir im tagesklinischen Alltag, aber auch in den ambulanten Vorgesprächen, mit Kindern und Jugendlichen konfrontiert, bei denen ein, manchmal sogar zwei, Elternteile psychisch erkrankt sind. Dabei reichen die Diagnosen von Seiten der Eltern von leichten Burn-out bis hin zu schwersten psychotischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen, teilweise sogar mit Eigengefährdung, und nicht immer auszuschließender Fremdgefährdung, durch die Eltern. Bereits wiederholt konnten wir Familien in Kooperation mit der Tagesklinik für psychisch kranke Erwachsene begleiten.

Bei der Bitte, eine provokative Stellungnahme abzugeben, drängen sich spontan viele Fragen auf:

- Ein krankes Umfeld: wie viel erträgt ein Kind?
- Wann wird ein Kind psychiatrisch behandlungsbedürftig, wenn es doch nur Symptomträger einer kranken Familie ist?
- Ist die Wahrung der Grenzen zwischen den Generationen überhaupt möglich, wenn ein oft alleinerziehender Elternteil psychisch erkrankt ist?
- Sind Sozialisationsdefizite und Erziehungsmängel bei einem Kind überhaupt zu verhindern, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist?
- Inwieweit führen Erziehungsdefizite zu Verhaltensauffälligkeiten, die man als spezifisch für psychisch kranke Eltern bezeichnen kann?
- Wo ist hier die Abgrenzung zu erziehungsschwachen Eltern ohne psychische Erkrankung?
- Wo sind die Anteile der psychischen Belastung per se durch Folgen wie Tabuisierung, Schuldgefühle, Isolation, Identitäts- und Loyalitätskonflikte?
- Wie viel Mutter- oder Vatersein erträgt ein psychisch erkranktes Elternteil?
- Welche Folgen haben institutionelle Eingriffe auf das Familiengefüge?
- Wo, wann und in welcher Form besteht institutioneller Handlungszwang, und wo sind die Grenzen?
- Wo liegen die entsprechenden Zuständigkeiten?
- Wie verhält es sich mit den Persönlichkeitsrechten der einzelnen Familienmitglieder?
- Sind diese unterschichteten Persönlichkeitsrechte überhaupt miteinander in Einklang zu bringen?

Aus diesen Fragen leite ich folgende provokative These ab:

- Psychisch kranke Eltern sind mit Elternfunktionen überfordert und bleiben hilflos!
- Kinder psychisch erkrankter Eltern sind mit diesen Eltern überfordert und werden hilflos!
- Helfende Institutionen sind überfordert und werden hilflos gemacht! Besonders in dem Wissen, dass betroffene Kinder weder bei einem Verbleib bei den Eltern, noch bei einer institutionellen Begleitung, bis hin zu einem Leben ohne Wohnen außerhalb der Familie, eine Garantie für positive Entwicklung bekommen können!

Zum Schluss zu einer Frage zurück: Wie viel Scheitern müssen wir auch zulassen können?

Frau Dr. Ruhle-Reinfandt

(5) Ergebnisse der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie

Fallvorstellung: siehe beiliegendes Blatt unter der Fragestellung „Wie viel Scheitern müssen wir zulassen können? Wo stoßen wir an die Grenzen unserer Institution?“

Statements aus der Arbeitsgruppe:

- These: Kinder fühlen sich sehr stark verantwortlich für kranke Eltern → „Gruppen“ für Kinder psych. Kranker Eltern → Anregung: es sollte (mehr) ambulante Gruppen/ Angebote geben (Psych. Beratungsstelle)
- These: Mütter halten sich lange bedeckt → mehr Beratungsgruppenangebote für Mütter und Kinder (Soz.psych. Dienst)
- Frage an Referentin nach Freiwilligkeit der Therapie, wenn Eltern z. B. blocken → dann muss Scheitern auch zugelassen werden können (Lehrer von Hauptschulprojekt)
- Frage nach der Freiwilligkeit aus Sicht einer Mitarbeiterin aus der SPFH → wenn eine Fremd- oder Eigengefährdung vorliegt, dann kann Familiengericht eingeschaltet werden, darauf sollen Eltern hingewiesen werden
- Frage nach der Annahme von therap. Gruppen für Kinder psych. Kranker Eltern (JA BB)
- Frage: was kann für Kinder getan werden, wenn Eltern psychisch krank sind?
 - Antwort der Referentin: stabiler und verständnisvoller Rahmen ist sehr wichtig (Kiga, Grundschule mit einbeziehen und sensibilisieren), Einbinden in Vereine, Kinder nicht noch mehr stigmatisieren, Ängste der Kinder ernst nehmen, v.a. Angst davor selbst krank zu werden, auch wichtig: Einbettung in Großfamilie (sofern vorhanden), weiterer Schritt: Einleitung von Jugendhilfemaßnahmen: diese sollten zupackend, praktisch sein, einen offenen Zugang bieten, es sollte ein offener Umgang mit der Problematik/ Erkrankung da sein, sinnvoll natürlich ein Gruppenangebot
- These: entlastende Hilfen sind noch nicht genug ausgebaut zur Schaffung einer stabilen und hilfegebenden Umgebung (JA HB)

- These: Verständnis für kranke Eltern muss geschaffen werden, z. B. Familienhelferin als „Coach“ / „Managerin“ der Familie , es herrscht große Erziehungsunsicherheit bei den Müttern→ Bestärkung (Mitarbeiterin der SPFH)
- Frage: Wie stark ist der Einfluss wenn Eltern erkrankt sind? Wird Kind dann auch erkranken? Liegt dann Eigen- oder Fremdgefährdung vor?
→ gute Aufklärung ist notwendig, vollstationäre Behandlung muss nicht immer die beste Lösung sein
- These: gesunde Anteile der Kinder stärken (Mitarbeiterin SPFH)
- These: trotz Erkrankung haben Kinder enge Bindung zur Mutter (Mitarbeiterin Frauenhaus)
- Vorschlag: Einsetzen einer qualifizierten Tagespflege, dass Kinder die Bindung ans Zuhause nicht verlieren (Mitarbeiterin des JA BB)
- Wichtig: Einsetzen von professionellen Helfern, die ein gutes Gespür für die betroffene Familie haben (Psych. Beratungsstelle)
- Problem: wie offen macht man die Diagnose (sofern es eine gibt) vor den Kindern → Begutachtung, eine „Diagnose“ ist auch nicht immer heilsbringend, man bewegt sich dann oft am Rande: was ist gefährlich fürs Kind und was nicht?
- Wichtig: Hilfen, die zuvor schon in betroffenen Familien installiert waren, müssen unbedingt auch bei stationärer oder teilstationärer Unterbringung parallel weiterlaufen (also bezahlt werden) (Mitarbeiterin aus SPFH)
- These: Kranke nicht nur schonen, sondern auch fördern. Eltern haben Verantwortung, Eltern muss dazu geholfen werden, diese Verantwortung auch wahrnehmen zu können→ nicht nur Entlastung, sondern auch Erziehungsverpflichtung (Mitarbeiter JA HB)
- Frage: was kann zur Prävention getan werden?
→ Stärkung des Umfeldes
→ Projekte in Schulen, z. B. „Was ist eine Beratungsstelle?“, Elternabende zu diesem Thema (Aufklärung), Infoveranstaltungen
- ABER: es ist immer noch gesellschaftliche Aufgabe sich gegenseitig zu stützen, also schon Projekte in und durch Institutionen, aber dennoch bleibt Hauptverantwortung bei den Eltern!

- These: wichtig ist kindgerechte Aufklärung, da Mütter oft Krankheit wie ein Schild vor sich hertragen (Mitarbeiterin SPFH) → gewünscht mehr Kooperation mit Erwachsenenpsychiatrie
- These: Beziehung zwischen Kindern und kranken Eltern oft symbiotisch „Riesenbeziehung“, wo profitiert das Kind von der Erkrankung der Eltern, wo profitieren die Eltern? Wie gesund kommt ein Kind aus so einem kranken System heraus?(Mitarbeiter JA HB)
→ oft zwar symbiotische Beziehung, Kinder können aber kompensieren, es kommt nicht darauf an über den Wert einer Beziehung zu urteilen, sondern es ist immer ein „Abwägen“, z. B. bei einer Herausnahme des Kindes aus Familie: dies immer nur bei akuter Kindeswohlgefährdung, sonst erfolgt eine Traumatisierung auf beiden Seiten. Wenn Herausnahme, ist es sehr wichtig, immer für eine Wiederanbahnung zu sorgen, so kann eine Herausnahme auch ein Zugewinn sein
- Frage: Motivation der Eltern, wie kann ein Elternteil zur Behandlung gebracht werden? → man sollte den „Gewinn“ herausstellen und Unterstützung anbieten, um die geeignete Behandlung, den geeigneten Therapeuten zu finden (oft schwierig für Betroffene)
- These: Stigmatisierung heutzutage, klar machen: man darf sich in Behandlung begeben, Kind wird dann nicht weg genommen
- Frage: Gibt es Gruppenangebote? (Mitarbeiterin SPFH)
- Frage: Wo finden Helfer Unterstützung → bessere Vernetzung notwendig, Bündelung der Fachlichkeit, AG/ Netzwerk, um effektiver an Ressourcen zu kommen

(6) Ergebnisse der Arbeitsgruppe – Sozialpädagogische Familienhilfe

Themen aus dem Bereich Schule:

- Vernetzung mit Schule ist wichtig, da Kinder sich innerhalb der Betreuung anders verhalten als in der Schule, Schule profitiert von Eindrücken aus der SPFH, Schule kann Probleme ansprechen und auf die Annahme einer Unterstützung hinwirken
- Soziale Arbeit ressourcenorientiert vs. Schule defizitorientiert?

Erfahrungen aus der Familienhilfe:

- Oftmals keine Krankheitseinsicht bei Klienten vorhanden, viele Kinder befinden sich die meiste Zeit des Tages in der Fremdbetreuung
- Kind oftmals Symptomträger, von Seiten der Eltern. Idee: „Kind braucht Therapie - wir nicht“
- SPFH auf gutes Netzwerk angewiesen, da FLS (*Anm.: Fachleistungsstunden*) zu wenig, um den gesamten Alltag abzudecken
- Für Eltern oftmals eine Überforderung, wenn viele FLS verfügt sind
- Angebote aus der Erwachsenenpsychiatrie sind wichtig, jedoch oftmals nicht bekannt
- Kulturellen Aspekt der Familien bedenken
- Frage seitens der Schule: Wann ist SPFH konstruktiv? Mitwirkung der Eltern notwendig sowie konkrete Zielsetzung, insgesamt nicht gut messbar, wann SPFH konstruktiv ist, Thema: wann ist es als Erfolg zu bewerten? - Kinder außerhalb der Familie unterzubringen kann auch Lösung sein, Spannungsverhältnis zwischen Vertrauen aufbauen vs. zeitlicher Rahmen / Erwartungen von außen es schnell „zu lösen“
- Frage seitens der PSB: Ist es möglich, mit der Familie innerhalb der SPFH über die psychische Erkrankung zuzusprechen?
- Unterschiedliche Erfahrungen aus der SPFH, es muss für Kinder kindgerecht erarbeitet werden, auf der sprachlichen Ebene ist es oftmals schwierig, Eltern wollen oftmals nicht, dass ihre Kinder von der Erkrankung wissen, Kinder manchmal sehr klar in ihren Wünschen an die Eltern, Anspruch an SPFH Krankheitsbilder zu erkennen

Erfahrungen aus der PSB/Sozialpsychiatrischen Dienst:

- Eltern haben Angst davor, was mit den Kindern während des Therapieaufenthaltes passiert, nicht anerkennen von Not vs. „Fuß in die Familie“ kriegen

- Angst, Jugendamt nimmt Kinder weg, wenn sie ihre Probleme offen äußern und um Unterstützung bitten, Probleme werden vor der SPFH aus diesem Grund auch verborgen, Eltern haben das Gefühl von der SPFH beschuldigt zu werden- die Zusammenarbeit mit der SPFH ist daher manchmal schwierig

Thema Plattform entwickeln:

- SPFH beinhaltet keine medizinische und therapeutische Arbeit, daher ist der Kontakt zu Erwachsenenpsychiatern umso wichtiger - hier wurden leider oftmals die Erfahrungen gemacht, dass Familienhelfer eher als „Supernanny“ wahrgenommen werden und kein Interesse an Kooperation besteht
- Idee von vielen Seiten: Austausch mit Fachärzten am „runden Tisch“ – Thema kurzer Draht herstellen und gemeinsames Verständnis entwickeln, mögliche Teilnehmer: SPFH, Schule, JA, Psychologen, Psychiatrie, Sozialtherapeutischer Dienst, Dolmetscher, kulturelle Berater...
- Es gilt hierbei zu bedenken: Unterschied zwischen konkreten Fall besprechen und kollegialem Austausch, Risiko Eltern kommen nicht, wenn diese Plattform zu groß ist, Terminfindung schwierig - Thema Ökonomie
- Idee: Eltern können Vertrauensperson mitbringen, Netzwerkkonferenz im kleinen anonymisierten Rahmen oder Eltern offen lassen, ob sie teilnehmen möchten
- Diskussion: Idee seitens der SPFH: „Psychiatrie heilt“ (?) - Thema gegenseitige Erwartungen

(7) Ergebnisse der Arbeitsgruppe - *Famliengericht*

Referentin: Familienrichterin am Amtsgericht Böblingen Frau Dr. Nobis

Dokumentation: Frau Pribil (Sozialtherapeutischer Verein Holzgerlingen), Herr Pieper (Kreisjugendamt, Außenstelle Sindelfingen)

Nach zunächst erfolgter Vorstellungsrunde mit Sammlung zu bearbeitender Themen und Fragestellungen erläuterte Frau Dr. Nobis chronologisch wie folgt, wobei Anmerkungen und Diskussionsbeiträge mit aufgenommen sind:

Frau Dr. Nobis stellte das Familiengerichtsverfahren in Fällen von Kindeswohlgefährdungen mit Nennung der zugehörigen Rechtsgrundlagen dar. Hierbei hob sie den juristischen Leitsatz hervor, der im § 1666 a Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) festgeschrieben ist, und der den „Grundsatz der Verhältnismäßigkeit“ sowie den „Vorrang öffentlicher Hilfen“ betont.

Insofern hat das Familiengericht den Auftrag, „Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ nach § 1666 BGB auf ihre Angemessenheit zu überprüfen. Zudem ist nach Möglichkeit Einvernehmen zwischen allen Beteiligten herzustellen, und der geringst nötige Eingriff in die Elternrechte vorzunehmen. Insofern gehe die Überprüfung einer möglichen Kindeswohlgefährdung immer mit der Überprüfung der Fähigkeit der Eltern einher, die (drohende) Kindeswohlgefährdung selbst, gegebenenfalls mit Unterstützung, abzuwenden.

Im Folgenden erläuterte Frau Dr. Nobis die Grundlagen der Vorgehensweise wie im „Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit“ (FamFG) geschildert.

Gemäß § 155 FamFG besteht ein *Vorrang- und Beschleunigungsgebot in Kindersachssachen*, was besagt, dass innerhalb eines Monats nach Beginn des Verfahrens ein Erörterungstermin mit allen Beteiligten beim Gericht stattfinden soll. Darüber hinaus soll gemäß § 159 FamFG eine *Anhörung des Kindes*, nach bestimmten Kriterien, beim Familiengericht stattfinden. Desweiteren hat gemäß § 162 FamFG das *Gericht in Verfahren, die die Person des Kindes betreffen, das Jugendamt anzuhören*, ebenso wie *die Eltern* gemäß § 160 FamFG.

Gemäß § 158 FamFG hat das Gericht, soweit dies zur Wahrnehmung der Kindesinteressen erforderlich ist, einen *Verfahrensbeistand* für das Kind zu bestellen. Auf Nachfrage erklärte Frau Dr. Nobis, dass der Verfahrensbeistand die Aufgabe hat, dem Kind im familiengerichtlichen Verfahren quasi als ‚Anwalt des Kindes‘ beizustehen und seine Interessen zu vertreten. Insofern unterscheidet sich die Aufgabe des Verfahrenspflegers von denen des Jugendamtes dahingehend, als dass das Jugendamt die Aufgabe hat, die gesamte Familie

vermittelnd zu beraten, zu unterstützen, Hilfeleistungen anzubieten und die Familie perspektivisch zu begleiten.

Neu ins FamFG aufgenommen wurde die Möglichkeit, frühzeitig mögliche Kindeswohlgefährdungen gemeinsam mit den Eltern und dem Jugendamt im Rahmen einer familiengerichtlichen Anhörung zu erörtern (§ 157 FamFG: *Erörterung der Kindeswohlgefährdung*). In diesem Erörterungstermin soll besprochen werden, „wie einer möglichen Gefährdung des Kindeswohls, insbesondere durch öffentliche Hilfen, begegnet werden und welche Folgen die Nichtannahme notwendiger Hilfen haben kann“ (Konsequenzenbezug: mögliche psychosoziale Folgen für das Kind durch Nichtveränderung der Gefährdungssituation sowie mögliche rechtliche Folgen für die Eltern durch Eingriff in die elterliche Sorge).

Frau Dr. Nobis erklärte, dass es häufig Situationen geben würde, in denen in diesen Erörterungsterminen Eltern sich aufgrund des Konsequenzenbezugs doch bereit erklären würden, ‚freiwillig‘ einen Jugendhilfeantrag zu stellen.

Frau Dr. Nobis erläuterte weiter, dass gerichtliche Eingriffe auch in nur Teilbereiche der elterlichen Sorge, so bspw. des Aufenthaltsbestimmungsrechts, Übertragung der Gesundheitsfürsorge oder der Berechtigung Sozialanträge für das Kind zu stellen, möglich seien. Für diese Bereiche wird dann ein Amtspfleger beim Jugendamt bestellt.

Bei einer Nichteinigung bzw. unterschiedlichen Bewertung von Gefährdungssituationen beim Erörterungstermin wird in der Regel von gerichtlicher Seite aus ein psychologisch-psychiatrisches Sachverständigengutachten eingeholt werden. Hierzu besteht zwar keine gesetzliche Verpflichtung für das Gericht, jedoch ist es regelmäßige Rechtsprechung oberer Gerichte, dass bei nicht eindeutigen Situationen ein entsprechendes Gutachten eingeholt werden sollte. Für die Erstellung der Gutachten kann von Seiten des Familiengerichts ein zeitlicher Rahmen, in der Regel drei Monate, vorgegeben werden.

Auf Nachfrage wurde die Situation bezgl. der Umgangskontakte von in Pflegestellen untergebrachten Kindern mit ihren Eltern diskutiert. In Einzelfällen erscheinen selbst 14-tägige Kontakte zu häufig zu sein. Es ergab sich die Frage, ob diese Kontaktfrequenz für die Kinder oder für die Pflegeeltern zu viel ist. Deutlich wurde, wie auch im weiteren Gesprächsverlauf, dass jeweils am Einzelfall orientierte Entscheidungen auch bei dieser Fragestellung notwendig sind, und keine generellen Aussagen getroffen werden können. Es muss jeweils im Einzelfall geklärt werden, welches die Gründe für die Fremdunterbringung waren, und wie sich die Eltern zu dieser Unterbringung positionieren, wodurch sich die am Kindeswohl orientierte Kontaktfrequenz ergeben kann.

Es erfolgten mehrere Nachfragen dahingehend, wie nicht eindeutige, an harten beobachtbaren Fakten (körperliche Misshandlung, körperliche Vernachlässigung, ‚vermüllte‘ Wohnung usw.) orientierte Kindeswohlgefährdungen von Seiten des Gerichts beurteilt werden.

Es wurde insbesondere die emotionale Vernachlässigung als Kindeswohlgefährdung genannt.

Hierzu erklärte Frau Dr. Nobis, dass aus ihrer Sicht in jedem Fall ein psychiatrisches Gutachten zum Entwicklungsstand des Kindes sowie seiner emotionalen Bindung und Entwicklung einzuholen sei.

In diesem Zusammenhang wurden die Möglichkeiten und Funktionen von im Auftrag des Gerichts erstellten medizinischen oder psychologischen Gutachten erörtert:

In Abgrenzung zu von sozialpädagogischen Fachkräften erstellten, an begleiteten, beobachtbaren Abläufen orientierten Stellungnahmen ist der Auftrag psychologischer oder psychiatrischer Gutachten, auf Basis wissenschaftlicher Beobachtungs- und Testmethoden Antworten auf vom Gericht konkret formulierte Fragestellungen zu geben. Dies bedeutet, dass der Gutachter auf Grund der gestellten Fragestellungen gezielt Antworten hierauf geben kann, ohne Rücksicht auf einen weitergehenden Helferkontext, der auf zukünftige Kontakte zur Familie aufgebaut ist, wie dies die sozialpädagogischen Fachkräfte im Rahmen der Jugendhilfe incl. Jugendamt zu berücksichtigen haben.

Verdeutlicht wurde in diesem Zusammenhang, dass alle beteiligten Fachkräfte der unterschiedlichen Fakultäten (Familiengericht, Jugendamt, Freie Jugendhilfe, Gutachter) gemeinsam mit den Eltern eine Verantwortungsgemeinschaft bilden, um so die Kinder gemäß dem Verfassungsauftrag in ihren Grundrechten auf Unversehrtheit an Leib und Geist zu schützen.

Frau Dr. Nobis erklärte auf Nachfrage, dass Eltern von Seiten des Familiengerichts durchaus auferlegt werden könne, bspw. sich in eine therapeutische Behandlung zu begeben. Ob die Eltern dieser Auflage nachkommen oder nicht, liegt in ihrer Entscheidung, jedoch wird in diesem Fall ein Konsequenzenbezug hergestellt, der ggf. einen Eingriff in die elterliche Sorge bis hin zur Fremdunterbringung des Kindes nach sich ziehen kann. Da sich zwischenzeitlich die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass Therapien und pädagogische Begleitungen auch im Zwangskontext durchaus positive Veränderungen nach sich ziehen können, kann im Einzelfall eine solche Auflage situationsangemessen sein.

Auf weitere Nachfrage wurde die Differenz zwischen dem *Entzug der elterlichen Sorge* (§ 1666 Abs. 1 BGB) und dem *Ruhen der elterlichen Sorge* (§ 1673, 1674 BGB) umrissen:

Ein Entzug der elterlichen Sorge kann bei einer Gefährdung des Kindeswohls, neben anderen gerichtlichen Maßnahmen, erfolgen.

Ein Ruhen der elterlichen Sorge kann bei *rechtlichem* Hindernis (Geschäftsunfähigkeit des Elternteils) oder, häufiger, bei *tatsächlichem* Hindernis (Abwesenheit, Krankheit des Elternteils), wenn das Familiengericht feststellt, dass der Elternteil *auf längere Zeit* die elterliche Sorge nicht ausüben kann, angeordnet werden.

Diskutiert wurde die Frage von Datenschutz bzw. Schweigepflicht versus Kinderschutz. Hier bestand die einhellige Meinung, dass im Einzelfall sinnvollerweise in einem Team mehrerer

Fachkräfte die Anhaltspunkte für eine mögliche Kindeswohlgefährdung gesammelt und benannt werden müssen, um sie sodann einer fachlichen Bewertung der jeweiligen Profession zuzuführen. In jedem Fall ist der Kinderschutz höher zu bewerten als die Wahrung des Sozialgeheimnisses bzw. der Schweigepflicht, da Kinder selbst, wie bereits oben ausgeführt, mit Grundrechten ausgestattet sind, die zu gewährleisten Aufgabe jeder involvierten Fachkraft ist. Frau Dr. Nobis erklärte hierzu, dass in der Regel Eltern den Institutionen bzw. Fachkräften eine Schweigepflichtentbindung erteilen, von denen das Familiengericht eine Auskunft haben möchte, dies insbesondere bei Ärzten. Auch hier greift wieder der Konsequenzenbezug, da bei fehlender Mitwirkung der Eltern ggf. Eingriffe in die elterliche Sorge erfolgen müssen, um ein Kind angemessen schützen zu können.

Frau Dr. Nobis wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Gericht verpflichtet ist, wenn es bei einer gerichtlichen Erörterung keine weiteren Maßnahmen ergreift bzw. anordnet, die Situation in der Regel nach drei Monaten erneut im Rahmen einer Erörterung zu überprüfen. Bei Gerichtsanordnungen bzw. vom Gericht gebilligten Vereinbarungen werde in der Regel in angemessener Zeit ein Bericht des Jugendamtes dahingehend angefragt, inwiefern die vereinbarten Punkte von den Eltern/der Familie tatsächlich umgesetzt wurden.

Von Seiten der Familienhilfe wurde der Wunsch geäußert, in Einzelfällen sehr frühzeitig das Familiengericht hinzuzuziehen, mit einer klaren Positionierung des Familiengerichts zum Konsequenzenbezug. Hier wurde eine eindeutige Haltung des Familiengerichts zur Gewährleistung des Kinderschutzes für notwendig angesehen. Auch aus dem Bereich der Suchthilfe wurde dieser Punkt als besonders wichtiger benannt, da gerade bei suchtkranken Eltern häufig weitere psychische Störungen bzw. Erkrankungen hinzukommen, und nur durch klare Haltungen und Ansagen ein Hilfefonstrukt entwickelt werden kann, das einen Verbleib des Kindes in der Familie ermöglichen könnte.

In der Praxis wurde wiederholt die Erfahrung gemacht, dass für Familienrichter die bis zur Gerichtsanhörung angebotenen Hilfen nicht angemessen oder ausreichend erscheinen, um der Problemsituation Rechnung zu tragen. Festgestellt wurde in diesem Zusammenhang, dass auf freiwilliger Basis ein hohes Maß an Motivation zur Mitarbeit bei Eltern vorhanden sein muss, um Veränderungen herbei zu führen. Diese Motivation ist jedoch in diesem Zusammenhang häufig so gering, dass Hilfen nicht greifen und daher die gerichtliche Unterstützung als ‚extrinsischer Motivationsschub‘ notwendig ist. Jedoch ist eindeutig eine adäquate Diagnostik zur Nachvollziehbarkeit der notwendigen Handlungsschritte erforderlich.

Frau Dr. Nobis wies darauf hin, dass ggf. bei einem dringenden Handlungsbedarf im Wege einer *einstweiligen Anordnung* durch das Familiengericht auch ohne weitergehender Diagnostik sehr zeitnah Eingriffe in das Elternrecht vorgenommen werden können, um dann aus einer Situation heraus, in der das Kind akut geschützt ist, die weitere Diagnostik durchzuführen.

Abschließend formulierte Frau Dr. Nobis den Wunsch an die Jugendhilfe, Angebote zu schaffen, die es ermöglichen, psychisch kranke Eltern gemeinsam mit ihren Kindern angemessen in einem stationären Rahmen zu betreuen. Punktuell gibt es entsprechende Angebote, die jedoch nicht flächendeckend und in ausreichendem Maße zu Verfügung stehen. Es wurde in diesem Zusammenhang auch auf bspw. Patenschaftsmodelle verwiesen, in denen Familien mit einem psychisch kranken Elternteil Unterstützung von anderen Familien erhalten, die sie begleiten und in Krisensituationen das Kind/die Kinder aufnehmen können. Übereinstimmend wurde in diesem Bereich ein hoher Entwicklungsbedarf gesehen, dessen Ansatz im Weiteren verfolgt werden soll, der jedoch von der Bereitschaft geeigneter Patenfamilien oder Institutionen sowie der finanziellen Möglichkeiten abhängt.

Deutlich wurde auch, dass nach wie vor ein Informationsbedarf über die Angebote, Strukturen und Leistungen der Jugendhilfe bei anderen Fachdisziplinen besteht.

Abschließend erklärte Frau Dr. Nobis, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei Unklarheiten, Rückfragen und weiterem Informationsbedarf gern an sie wenden können.

Für das Protokoll
Pribil / Pieper

(8) Roland Berner – Gedanken, Ideen und Anekdoten (?) ... bei der Begehung der verschiedenen Arbeitsgruppen

Gedanken und Ideen... im Vorfeld, zum Auftakt und während des Verlaufs der Veranstaltung

Der Leiter des Jugendamtes, Wolfgang Trede, hatte eingangs betont, dass es beim Werkstattprojekt insbesondere darum gehe, eigene Ergebnisse zu erzielen. Interessant fand ich den (den Zeitungsberichten entnommenen) Begriff der „Statuspanik“, der mit psychischen Erkrankungen einher geht – möglicherweise sind die verschiedenen Professionen bei den Bemühungen um Zusammenarbeit und Vernetzung ja auch nicht ganz gefeit davor.

Zwei Ansatzpunkte lagen meinen Vorbereitungen zu Grunde: in dem Diskussionspapier „Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern“ der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) wird eingangs betont, in welche Richtung diese Veröffentlichung Impulse geben möchte. Diese sind u. a.:

- Systemübergreifende Vernetzungen
- Verstärkte Zusammenarbeit
- Arbeitsfeldübergreifende Kooperationen
- Verbindliche Zusammenarbeit
- Gemeinsame Verantwortung

Es wird interessant sein zu reflektieren, ob diese Aspekte von den Teilnehmenden auch im Rahmen der Veranstaltung als bedeutsam angesehen werden.

Ein weiterer Ansatzpunkt bildete eine unlängst im PARITÄTISCHEN Landesverband Baden-Württemberg durchgeführte Zukunftswerkstatt für Mitarbeitende der Mittleren Leitungsebene in Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung. Eines der zentralen Themen war auch dort die Befassung mit Psychischen Auffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Mein Eindruck (auch vor dem Hintergrund der großen Teilnehmer/-innenzahl): das Thema ist „da“.

Und meine Eindrücke beim Betreten des 5. OG im Landratsamt? Zunächst einmal habe ich viele Bekannte getroffen, was mich sehr gefreut hat und dass das Thema einen derartig großen Zuspruch erfahren hat, hat mich – im Gegensatz zu den Verantwortlichen – eigentlich nicht überrascht: nicht etwa, weil es ein Modethema wäre, nein, es ist ein Thema mit Handlungsbedarf!

Was hätte mich vor einigen Jahren beim Betreten des Raumes erwartet? Die „Latzhosenfraktion“ der Sozialpädagog/-innen auf der linken Seite, daneben die „Weißkittel“ der Medizin und die „Robenträger/-innen“ der Justiz? Und heute: Von Blockbildung nichts zu sehen – gemischte Sitzordnung, teilweise sogar Tandems, und auch der Kleiderstil hat sich durchaus schon angenähert. Das stimmt doch hoffnungsvoll! Sie können also ihre

Nebenfrau bzw. ihren Nebenmann (um es mit den Worten des Kabarettisten Bülent Ceylan zu sagen) locker fragen: „Hey, und welche Bransch schaffsch Du?“

Jedenfalls zeigte sich dasselbe Bild auch mit Blick auf die Verteilung der „Professionen“ auf die Arbeitsgruppen – alle wurden „interdisziplinär“ besucht.

Ich habe also zu unterschiedlichen Zeitpunkten die Arbeitsgruppen jeweils für ca. 10 – 15 Minuten besucht und will ihnen meine Eindrücke nachfolgend kurz zusammenfassen.

Übrigens, interessant war der Hinweis von Clemens Surmann auf meine Frage, wie ich denn nun die Arbeitsgruppen finden könne? Seine Antwort: „Wir sind alleine hier oben – und überall wo eine Tür zu ist, da weißt Du, Du kannst rein!“ Im Fachjargon nennt man das dann wohl „niedrigschwellig“.

Und noch vier allgemeine Eindrücke aus den Arbeitsgruppen vorab:

1. Die Vorstellung von Zeiträumen, von notwendigem und vom möglichen Zeitaufwand ist höchst unterschiedlich.
2. Das Problem scheint weiblich – Männer (Väter) kommen nur am Rand (der Probleme) vor.
3. Allgemein gültige Antworten konnten kaum gefunden werden – der je spezifische Einzelfall muss in den Blick genommen werden.
4. Bei zahlreichen Falldarstellungen war oftmals lange nicht klar, welche, wann die richtige und geeignete Hilfe sein könnte. Retrospektiv betrachtet, waren „die Dinge“ oftmals viel einfacher zu erklären.

Welche Stichworte / Aspekte / Fragen habe ich bei den einleitenden Statements der Referentinnen und in den Arbeitsgruppen „aufgeschnappt“?

Arbeitsgruppe 1 – Sozialpädagogische Familienhilfe (Frau Buckenhüskes und Frau Weiland)

Die Arbeitsgruppe begann mit einer Vorstellungsrunde. Die Zusammensetzung war interdisziplinär. Den Einstieg bildete eine Fallvorstellung mit einer exemplarischen Erörterung zum Spannungsfeld der Kindeswohlgefährdung. Folgende Aspekte / Fragen ergaben sich:

- Was wissen wir von einander? Wie agiert das Jugendamt bei anonymen Anzeigen (§ 8a SGB VIII)? Was passiert „außerhalb“ der Jugendhilfe?
- Erfahrung einer Vertreterin der Schule an das Jugendamt: „Sie sind unsere Ressource, die wir gut und gerne in Anspruch nehmen“.
- Wann ist eine Herausnahme des Kindes erforderlich?
- Wie geht es weiter, wenn keine Krankheitseinsicht besteht und die Familie nicht weiter kommt?
- „Grundsätzlich ging's gut, aber mit der Krankenkasse lief etwas schief – da wurde eine andere Hilfe notwendig“.

- Häufig steht die Befürchtung im Raum, dass finanzielle Probleme entstehen, wenn Hilfe in Anspruch genommen wird.
- Bei Umzügen: wir wissen nichts von der Zeit davor – es war nicht vieles bekannt.

Arbeitsgruppe 2 – Richter (Frau Dr. Nobis)

Aufgeschnapptes Thema in der Arbeitsgruppe war § 1666 BGB – der Entzug der elterlichen Sorge:

Das Familiengericht muss die Gefährdung prüfen – sind die Eltern in der Lage die Gefahr abzuwenden? Welche Maßnahmen sind notwendig?

Der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz muss gewahrt bleiben (eine Trennung von Kindern / Eltern ist nur zulässig, wenn der Gefahr nicht auf andere Weise (durch mildere, geeignete Maßnahmen) begegnet werden kann. Neue, arbeitsfeldübergreifende Überlegungen können dabei hilfreich sein.

- Ein engmaschiges Netz von Hilfen ist erforderlich, auch um Möglichkeiten zu besprechen
- Für ein Erstgespräch wird von Fr. Dr. Nobis genügend Zeit (1 – 2 Stunden) anberaumt

Frage meinerseits: sind 1 – 2 Stunden genügend Zeit, um herauszufinden, welche Hilfen es geben könnte? Wie viel Zeit ist „genügend“ Zeit?

- Die Mitwirkung der Eltern ist zentral bedeutsam. Wenn Eltern mitwirken, kann ein Sorgerechtsentzug auch abgewendet werden, aber die Mitwirkung muss mehr sein, als nur ein Lippenbekenntnis
- Gegebenenfalls muss ein Gutachten eingeholt werden – die max. Frist hierfür sind 3 Monate (2 Monate bei eiligen Fällen) – was bedeutet dies für das Kind?
- Aussage eines JA-Mitarbeiters: fachkundig sind auch wir, aber aus einer anderen Disziplin heraus, und: ein Gutachter nimmt Kontakt auf – gibt eine „ungeschützte“ Stellungnahme ab, Kontakt beendet. Das JA muss den Kontakt aber halten.

Frage meinerseits: Gibt es auch so etwas wie ein „Beleidigtsein“ der Disziplinen, die eingangs benannte Statuspanik?

- Problem: Umgang – seitens der Kinder besteht eine immense emotionale Bindung zu den Eltern – Anspruch auf Umgang, aber: wie viel Umgang ist angemessen?
- Manchmal ist man „elternlastig“, manchmal „kindslastig“ in der Arbeit – dies muss im Einzelfall immer wieder neu reflektiert und ausgelotet werden.

Arbeitsgruppe 3 – Erwachsenenpsychiater (Frau Dr. Heidenreich)

- Wie kann die Kooperation verbessert werden, gibt es Möglichkeiten?

- Hilfeangebote müssen benannt werden – wer macht was? Was gibt es?
- Jeder arbeitet so isoliert
- Die Bereitschaft zur Hilfe ist immer da, wenn jemand herkommt
- Ich hätte gerne, dass ich jemanden habe, dass jemand vorbeigeht, die Frau schafft's einfach nicht.
- Im Notfall kann auch jemand 'rausgehen

Frage meinerseits: alle bieten Hilfe und Zusammenarbeit an, sofern sich der andere auf den Weg macht. Diese Wege müssen überdacht werden. Wer macht den ersten Schritt? Wenn alle einen Schritt gehen, werden Wege leichter und kürzer.

- Die Ansätze sind häufig zu hochschwellig (immer verbunden mit Ängsten). „Den Kreislauf der Angst unterbrechen“. Ideen sind gefragt.
- Über Niedrigschwelligkeit kann Vertrauen hergestellt und es können Zugänge ermöglicht werden. Überforderungen sollen vermieden werden.

Arbeitsgruppe 4 – Kinder- und Jugendpsychiater (Frau Dr. Ruhle-Reinfandt)

Die 3 provokanten Thesen des Eingangsstatements:

- Eltern bleiben hilflos.
- Kinder werden hilflos.
- Institutionen werden hilflos gemacht.

Wie viel Scheitern müssen wir zulassen können?

Einige Aspekte aus der Gesprächsrunde:

- Wenn eine psychische Erkrankung vorliegt, geht dies häufig mit Stigmatisierungsprozessen einher – Beratung des halb häufig in einem anderen Landkreis, damit möglichst niemand etwas davon mitbekommt.
- Gibt es Netzwerke für die Einzelfälle?
- Es gibt auch Überforderungssituationen der Hilfeerbringenden? Wie entstehen diese? Wie geht es den anderen (Frage in die Runde – zunächst keine Antwort, dann ... mir geht's ähnlich)

Hinweis meinerseits: Erforderlich ist m. E. eine Kultur der Offenheit zwischen den Hilfeerbringenden.

- Parallelprozesse verschiedener Hilfen, aber die Verknüpfung fehlt.

- Wir haben die Fachleute, wir müssen es nur nutzen (z. b. auch bei gemeinsamen runden Tischen)

Mit freundlichen Grüßen
Roland Berner